

Medicina Interna

REVISTA DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA INTERNA
Portuguese Journal of Internal Medicine

LIVRO DE
RESUMOS

VOL.26

Edição
Especial

MAI/JUN 2019



| C | O | P | E | COMMITTEE ON PUBLICATION ETHICS

A Revista está conforme os princípios e procedimentos ditados pelo Committee on Publication Ethics (COPE) www.publicationethics.org

This journal subscribes to the principles and guidelines of the Committee on Publication Ethics (COPE) www.publicationethics.org

Medicina Interna

REVISTA DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA INTERNA
Portuguese Journal of Internal Medicine

Director | *Director*

João Araújo Correia, Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal

Editor-Chefe | *Editor-in-Chief*

João Sá, Hospital da Luz, Lisboa, Portugal

Editores Associados | *Associated Editors*

Lêlita Santos, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Vasco Barreto, Hospital de Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal

Filipa Malheiro, Hospital da Luz, Lisboa, Portugal

Conselho Editorial | *Editorial Board*

Ana Borges, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Bebiana Gonçalves, Hospital da Luz, Lisboa, Portugal

Cristina Rosário, Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal

David D'Cruz, St. Thomas Lupus Unit, UK

Emilio Casariego Vales, Presidente da Sociedade Española de Medicina Interna, España

Frank Bosch, Dutch Society of Internal Medicine, European Federation of Internal Medicine, Netherlands

João Ascensão, Faculty of Medicine, George Washington University, USA

Luís Duarte Costa, Hospital da Luz, Lisboa, Portugal

Mafalda Santos, Hospital São Sebastião, Santa Maria da Feira, Portugal

Marco Fernandes, Hospital São Sebastião, Santa Maria a Feira, Portugal

Maria João Lobão, Hospital de Cascais, Cascais, Portugal

Nuno Bernardino Vieira, Hospital de Portimão, Portimão, Portugal

Patrícia Dias, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Ramon Pujol, Faculty of Medicine, Universitat Barcelona, España

Sofia Lourenço, Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca, Portugal

Zélia Lopes, Hospital Padre Américo, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Penafiel, Portugal

Editor Técnico | *Technical Editor*

João Figueira

Consultora de Estatística | *Statistical Consultant*

Matilde Rosa

Consultora Técnica | *Technical Consultant*

Helena Donato

Open Access

A Revista Medicina Interna está licenciada com uma Licença Creative Commons - Atribuição-Não Comercial-Sem Derivações 4.0 Internacional.

A Revista Medicina Interna is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-No Derivatives 4.0 International License.

Paginação | *Publishing*

Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

Rua da Tobis Portuguesa, nº 8, 2º sala 7 1750-292 Lisboa

Tel.: 217520570 Fax: 217520579

Luisa São Bento

<http://www.spmi.pt>

Propriedade, Edição, Publicidade e Administração

Property, Editing, Advertising and Management

Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

Rua da Tobis Portuguesa, nº 8, 2º sala 7 1750-292 Lisboa

Tel.: 217520570 Fax: 217520579

cristina@spmi.pt | ana.silva@spmi.pt

<http://www.spmi.pt>

Assistentes Editoriais | *Editorial Assistants*

Cristina Azevedo

Ana Silva

Registo | *Register*

Isenta de registo por não estar à disposição

do público em geral (Despacho da ERC em 05/12/2012)

Periodicidade | *Periodicity*

Trimestral (4 números por ano)

Tiragem | *Edition*

3000 exemplares

Impressa em papel ecológico e livre de cloro, papel não ácido/Printed in acid-free paper

Depósito Legal | *Legal Deposit*

175 203/02

Indexada: IndexRMP | *Indexed in: IndexRMP*

Journal Following the ICMJE Recommendations (5/7/15)

Normas de Publicação | *Instructions for Authors*

http://revista.spmi.pt/site/normas_publicacao.php

Assinatura anual | *Annual Subscription*

€15

Preço por número | *Price per number*

€5



A Revista está conforme os princípios e procedimentos ditados pelo Committee on Publication Ethics (COPE) www.publicationethics.org

This journal subscribes to the principles and guidelines of the Committee on Publication Ethics (COPE) www.publicationethics.org



ISSN 0872 - 671X



Indexada/ Indexing:
SciELO: Scientific Electronic Library Online
DOAJ: Directory of Open Access Journals

 Listagem dos Revisores**04** **Comunicações Orais****06** **Casos Clínicos****157** **Posters com Apresentação Oral****231** **Imagens em Medicina****302** **E-Posters****410** **Índice de Autores****920**

Abilio Manuel Dias Gonçalves	Helena Cantante
Aida Cordero	Helena Sarmento
Alcina Mota da Ponte	Inês Palma dos Reis
Alexandra Bayão Horta	Isabel Fonseca
Alfredo Martins	Isabel Maldonado
Amélia Pereira	Ivone Maria Vieira da Costa Ferreira
Ana Campar	Joana Cochicho
Ana Catarina Rodrigues	Joana Coelho
Ana Maria Lopes	João Araújo Correia
Ana Paiva Nunes	João Correia
Ana Tornada	João Furtado Silva
Anabela Barros	João Luis Pacheco Pereira
António H. Carneiro	João Madaleno
António Oliveira e Silva	João Matos Costa
Armando Carvalho	João Melo
Carlos Cabrita	João Neves
Carlos Monteverde	João Porto
carmélia jesus rodrigues	João Ribeiro
Carolina Guedes	Jorge Crespo
Cláudia Ferrão	Jorge Leitão
Daniela Marado	Jorge Manuel dos Santos Fortuna
Diana Leite	Jorge Poço
Dilva Silva	José António Briote Mariz
Diogo Cruz	José Barata
Edna Gonçalves	José Bernardes Correia
Elsa Gaspar	José Miguel Maia
Emília Louro	José Poças
Fátima Campante	José Presa
Fátima Guedes	José Vera
Fátima Silva	Júlio R Oliveira
Fernando Manuel Pavão Bandeira Lobão Salvador	Lèlita Santos
Ferraz e Sousa	Luís Andrade
Filipe Vilão	Luis Brito Avo
Francisco Araújo	Luís Costa Matos
Francisco Parente	Luis Duarte Costa
Helder Esperto	Luísa Fonseca

Luisa Rebocho	Rui Pina
Manuel Filipe Gonçalves Ribeiro Breda	Rui San-Bento de Sousa Almeida
Manuela Lèlis	Sandra Mafalda Marques Santos
Margarida Maria de Mendonça Correia e França	Sofia Duque
Margarida Mota	Susana Isabel Neves Marques Nóbrega Dias
Maria da Luz Andrade Reis Brazão	Suzana Calretas
Maria Helena Sousa Brito	Teresa Branco
Maria Inês Simões	Teresa Fonseca
Maria Teresa Cardoso	Umbelina Caixas
Mónica Sousa	Vasco Barreto
Narciso Oliveira	Vera Romao
Nídia Pereira	Vítor Alexandre Pereira Gonçalves Branco
Nuno Cardoso	Vitor Paixão Dias
Nuno Filipe da Costa Bernardino Vieira	Zélia Lopes
Olga Maria Pereira Gonçalves	
Patrícia Carvalho	
Patrícia Dias	
Paula Alcântara	
Paula Lopes	
Paulo Bettencourt	
Pedro Leuschner	
Pedro Miguel Guerra Ribeiro	
Pedro Morais Sarmento	
Pedro Póvoa	
Prof. Adriano José Carvalho Rodrigues	
Prof. José Pereira de Moura	
Prof. Pedro Guimarães Cunha	
Prof. Pedro von Haffe	
Profª Sara Croca	
Rafaela Veríssimo	
Raquel Faria	
Rita Serras Jorge	
Rogério Vicente Ferreira	
Rosário Lebre	
Rosas Vieira	
Rui Garcia	

COMUNICAÇÕES ORAIS

23 DE MAIO DE 2019**Sala Neptuno A 15:00 - 17:00****CUIDADOS PALIATIVOS****CO047****432 O USO DE OPIÓIDES PARA CONTROLO DE SINTOMAS NA DOENÇA RESPIRATÓRIA CRÓNICA E INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AVANÇADAS**

Patrícia Baptista, Sara Vieira Silva, Elga Freire

Centro Hospitalar Universitário do Porto, Serviço de Medicina Interna

Título: O uso de opióides para controlo de sintomas na Doença Respiratória Crónica e Insuficiência Cardíaca avançadas

Introdução

Nos últimos anos tem-se tornado crescente a importância dos Cuidados Paliativos na abordagem da doença crónica avançada, nomeadamente na Doença Respiratória Crónica (DRC) e Insuficiência Cardíaca (IC) terminais. A melhoria da qualidade de vida destes doentes é o objetivo primordial e o controlo de sintomas a sua principal estratégia. O uso de opióides neste contexto tem-se revelado como um tratamento comprovadamente eficaz não só no alívio da dor mas também da dispneia refratária, sintoma tão prevalente nestas insuficiências de órgão.

Objectivo: Avaliar a prescrição de opióides na DRC e IC avançadas em doentes internados.

Material e Métodos: Estudo observacional e retrospectivo dos doentes com DRC e/ou IC avançadas internados num hospital central universitário e observados pela equipa intra-hospitalar de Cuidados Paliativos num período de 53 meses (de 1 de Janeiro de 2014 a 1 de Junho de 2018). Foi avaliada a prescrição de opióides, sua indicação, via e dose de administração, na data da primeira avaliação pela equipa e na data de alta ou óbito. A análise estatística foi realizada através do programa Excel®.

Resultados: Foram incluídos 183 doentes, 61 com IC, 49 com DRC e 73 com ambos os diagnósticos. Mais de ¾ dos doentes (76,5 %) apresentou-se com dispneia, mais prevalente no grupo dos doentes com IC e DRC (83,6%), seguido do grupo IC (78,7%) e DRC (63,3%). Esta distribuição refletiu-se também na percentagem de doentes com prescrição de opióide. A dor foi um sintoma globalmente menos prevalente (12,6%), também em todos os subgrupos analisados. A dose de opióide administrada foi em média superior nos doentes com opióide com dor em comparação com

os doentes com opióide com dispneia. À data de alta/óbito cerca de 68,3% dos doentes apresentava dispneia, a grande maioria (96,0%) controlada. A percentagem de doentes com terapêutica opióide foi maior à data de alta/óbito em comparação com a primeira avaliação (67,2% Vs 32,8%).

Conclusão: A dispneia confirmou-se como um sintoma muito prevalente nos doentes com DRC e IC avançadas. De acordo com a evidência científica conhecida, nos doentes avaliados verificou-se o uso frequente e crescente de opióides para controlo da dispneia refratária, ainda que em média, em menor dose do que a necessária para controlo da dor.

23 DE MAIO DE 2019**Sala Neptuno A 15:00 - 17:00****CO048****652 DECISÃO DE NÃO REANIMAR E LIMITAÇÃO DO ESFORÇO TERAPÊUTICO NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA**Catarina Carvalho, André Maia, José Eira, Paula Marques
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro**Introdução**

O estabelecimento de decisões de fim de vida, nomeadamente a decisão de não tentar reanimar (DNAR), de suspensão (withold) e/ou abstenção terapêutica (withdraw), é hoje prática corrente em todo o mundo ocidental, inserindo-se no conceito de limitação do esforço terapêutico (LET). No entanto, nem sempre estas intervenções são claras e consensuais, sendo por isso merecedoras de reflexão.

Objetivos: Esclarecer o conceito de LET. Analisar as características epidemiológicas dos doentes assumidos para limitação do esforço terapêutico num serviço de Medicina Interna.

Métodos: Estudo observacional, descritivo e retrospectivo conduzido num serviço de Medicina Interna de Janeiro a Setembro de 2018. Foram recolhidas e estudadas as características epidemiológicas e atitudes tomadas em 311 doentes divididos em dois grupos: 223 doentes com indicação de decisão de não reanimar (grupo DNR) e 88 doentes sem essa indicação (grupo controlo).

Resultados: No grupo DNR, 48,4% (108) eram homens, idade mediana de 86 anos (80-91), duração mediana de internamento de 11 dias (7-20), tendo ocorrido 48,9% (109) de óbitos. O grupo controlo, com 45,5% (40) homens, apresentava idade mediana de 83 anos (76-91) e duração mediana de internamento de 7 dias (5-10), com 17% (15) de óbitos registados. No grupo DNR, 89,2% (199) dos casos apresentavam uma

dependência parcial a total para as atividades da vida diária (AVD), 11 % (5) residiam sozinhos, 47,1% (105) com familiares, 36,2% (81) estavam institucionalizados, no grupo controlo apenas 14,8 % (13) estavam institucionalizados. Em 62.2% (138) existia demência moderada a severa, já no grupo controlo verificava-se em 28,7% (25) dos casos. O principal diagnóstico de admissão em ambos os grupos foi a doença respiratória em 33,6% (75) e 20,5% (18), grupo DNAR e controlo, respetivamente. A duração mediana para assumir a decisão de DNAR foi de 2 dias (1-6) e desde a decisão até ao desfecho de morte verificou-se uma mediana de 7 dias (3-12).

Como atitude de LET, as medidas de conforto foram aplicadas em 37,2% dos casos, sendo a principal ação o controlo da dor (49,3%), seguida pela suspensão de medidas de monitorização (14,6%) e pedido de apoio aos cuidados paliativos (13,2 %).

Em 18.6% da amostra verificou-se terapêutica desproporcionada: manutenção de abordagem terapêutica com intenções curativas (11.2%) e manutenção de investigação diagnóstica em situação de fim de vida (7.4%).

Através de regressão logística observou-se que a existência de vida de relação (OR=0,314; p=0,016) e independência nas AVD (OR=0,242; p=0,032) associaram-se a menor tomada de decisão de DNAR, já a presença de caquexia (OR=3,627; p=0,007) associa-se fortemente a uma tomada de decisão.

Conclusão: É fundamental determinar os objetivos de cuidados aos doentes pelas características que estes apresentam, sendo para isso necessárias linhas orientadoras que uniformizem critérios de decisão de atuação

23 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno A 15:00 - 17:00

CO050

1045 ANALISANDO AS ALTAS "CELESTIAIS" EXPECTÁVEIS

Filipa Cardoso, Rita Valente, Teresa Souto Moura, Margarida Sá Pereira, Paula Fonseca
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Introdução

O internamento em Medicina Interna engloba uma população considerável de doentes com patologia crónica e múltiplas comorbilidades. Insulto agudo e/ou história natural da doença, insuficiências de suporte público e institucional no âmbito paliativo, determinam, não raramente, hospitalização a cargo desta especialidade para implementação das

necessárias medidas de conforto, com previsível e não desprezável repercussão na taxa de mortalidade.

Objectivo: Caracterizar um ano de óbitos expectáveis ocorridos numa enfermaria de Medicina Interna.a.

Material e métodos: Análise retrospectiva via consulta de processo clínico informatizado. Recolha de dados demográficos e clínicos. Análise estatística através de Microsoft Excel.

Resultados: Dos 1056 internamentos efetuados no ano 2018, 100 resultaram em morte - taxa de mortalidade 9,46%. A idade média dos falecidos foi de 82,69 anos, com ligeiro predomínio do género feminino (57%)

Destas cem hospitalizações, 33% teve como objectivo acções paliativas: 29% medidas de conforto em fase agónica/final de vida, previsivelmente em horas ou dias; 4% controlo sintomático de doentes com sobrevida esperada de semanas ou meses. Caracterização do grupo: idade média 79,9 anos (min 54; máx 101); demora média 6,4 dias (min 0; máx 31); internamento/s nos 12 meses precedentes (n=16); dependência total (n=6, dos quais 2 sem vida de relação), parcial (n=14) e independente (n=13). Motivos de internamento: patologia oncológica terminal (n=17), acidente vascular cerebral (AVC, n=7), insuficiência cardíaca (n=3), infecção grave (n=3), outros (n=3). 5 doentes oncológicos terminais eram previamente seguidos por Cuidados Paliativos.

Relativamente às 67 altas 'celestiais' remanescentes: idade média 84.1 anos (min 52; max 98), demora média 14,9 dias (min 0; máx 84), 22 parcialmente dependentes, 52 totalmente dependentes (10 sem vida de relação). Os motivos de internamento prevalentes foram: infecção respiratória (n=28), AVC (n=6), suspeita de neoplasia oculta (n=5), infecção urinária (n=5), insuficiência cardíaca (n=5). De salientar a comorbilidade oncológica neste grupo: n=14, 10 em estágio terminal, 4 acompanhados em Cuidados Paliativos.

Conclusão: A amostra apresenta um significativo número de doentes admitidos para conforto em final de vida dos quais muito poucos com ligação prévia ao Cuidados paliativos. Questionamos assim se uma enfermaria de agudos constitui o melhor local para estas situações? Por outro lado, os cuidados paliativos englobam também o acompanhamento de doenças progressivas em fase avançada - não necessariamente oncológicas ou terminais -, vertente por vezes subestimada ou tardiamente adoptada. O reforço de estruturas, concretamente, unidades especializadas, consultas, equipas hospitalares e comunitárias configura-se, deste modo, imperativa. Enfatizamos ainda que o parâmetro "mortalidade" requer uma análise mais fina, muito para além do estritamente numérico e

do meramente percentual.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno A 15:00 - 17:00

CO053

1302 O IMPACTO DA EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE CUIDADOS PALIATIVOS (EIHSCP)

Carolina Palma, Paula Banha, Ricardo Pereira, Beatriz Navarro, Hugo Jorge Casimiro, Sandra Deodato, Ana Bernardo

Serviço de Medicina Interna, Serviço de Oncologia Médica, Hospital de São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal

Introdução

Os Cuidados Paliativos (CP) entendem-se como cuidados ativos holísticos, dirigidos por equipas específicas, cujo objectivo é promover o bem-estar e conforto do doente em fase avançada ou com doença progressiva. É necessária uma abordagem multidisciplinar, integrando médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, de forma a reunir as condições necessárias que permitam o alívio e prevenção do sofrimento físico, psicológico e social dos doentes e dos seus cuidadores, com o objetivo sempre de proporcionar uma melhor qualidade de vida e acompanhamento no processo de luto.

Objetivos: Analisar a casuística da EIHSCP no ano de 2018.

Métodos: Análise retrospectiva e descritiva realizada através da consulta de processos clínicos dos doentes seguidos pela Equipa de Cuidados Paliativos no ano de 2018.

Resultados: No fim do ano de 2018, encontravam-se ativos em Consulta Externa de CP 138 doentes, com predomínio do género masculino (52.8%). A idade média dos doentes é de 74.7 anos (38- 95). O tempo médio entre a referenciação e a primeira consulta foi de 25 dias. A maioria das referenciações foram provenientes do Serviço de Oncologia Médica, seguido da Consulta Multidisciplinar de Decisão Terapêutica e Cirurgia Geral. Outros Serviços que referenciaram doentes foram a Cardiologia, a Medicina Interna e a Neurologia.

90% dos doentes seguidos em consulta externa têm diagnóstico oncológico estabelecido, sendo o grupo das neoplasias digestivas o diagnóstico mais comum. O adenocarcinoma da próstata, as neoplasias do foro ginecológico e do pulmão também são patologias frequentes seguidas em consulta. Apenas 14 doentes têm diagnóstico não oncológico: 5 doentes com insuficiência cardíaca, 3 com esclerose múltipla, 3 com síndrome demencial avançada, 2 com o diagnóstico de DPOC e 1 doente

com dor neuropática.

Registaram-se 130 pedidos de avaliação a doentes internados, sendo que o tempo médio de resposta foi 3.9 dias. 16 pedidos não foram respondidos em tempo útil.

Dos 115 doentes falecidos em 2018 com seguimento prévio em CP, 59% eram do género masculino e a idade média era 76 anos. O tempo médio entre a primeira consulta e a data de óbito foi de 234 dias. No que diz respeito ao local do óbito, mais de metade dos doentes (52.7%) faleceu em ambiente hospitalar ou em RNCCI.

Conclusão: A avaliação retrospectiva de 1 ano de trabalho em CP é de extrema importância para promover o desenvolvimento da qualidade de serviços prestados pela Equipa. Os doentes oncológicos constituem a maioria dos doentes seguidos em consulta, o que revela concordância com estudos anteriores.

Verificou-se uma boa resposta aos pedidos de observação aos doentes internados.

O número de doentes falecidos no domicílio pouco difere do número de doentes falecidos em contexto hospitalar ou em RNCCI, o que constitui um indicador de qualidade, pois salienta a viabilidade dos cuidados multidisciplinares e a capacitação dos cuidadores informais.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno A 15:00 - 17:00

CO055

1774 FATORES PROMOTORES DA QUALIDADE DE VIDA NO DOENTE TERMINAL

Emanuel Cadavez, Márcia Mendonça, Anabela Morais
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução

Os Cuidados Paliativos promovem o conforto, a dignidade e a qualidade de vida de doentes com patologia incurável e progressiva. A qualidade de vida é um conceito abstrato e subjetivo, podendo ser definida genericamente como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida. Neste contexto, a avaliação da qualidade de vida é de particular importância, permitindo monitorizar intervenções, ajustar estratégias e fornecer informação com valor prognóstico e de sobrevida. Existem diversos instrumentos para a sua avaliação, entre os quais o "Palliative Care Outcome Scale" (POS).

Objetivo:

Identificar fatores com impacto na qualidade de vida do doente terminal.

Material e Métodos:

Estudo descritivo e transversal, realizado na Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) do Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro (CHTMAD). A amostra foi composta por 50 doentes portadores de doença crónica, evolutiva e incurável, provenientes de diferentes serviços do CHTMAD, admitidos na UCP num período de 4 meses. Critérios de inclusão: doente estável, com cognição preservada e consentimento informado. Foi aplicada a escala POS nas 24 horas após a admissão. A análise dos dados foi realizada com recurso ao programa Excel.

Resultados:

O sexo masculino representava 58% da amostra. A idade variou entre os 43-92 anos, em que 52% tinham idade <70 anos. Predomínio dos doentes com doença oncológica avançada (80%).

O índice de POS na amostra variou de 5 a 33, com um valor médio na amostra de 21,3. Não se verificou diferenças significativas entre géneros. O grupo etário acima dos 70 anos apresentava o menor índice de POS (21,1) em oposição aos doentes na 6ª década de vida (POS 27,1). Os doentes oncológicos apresentavam um índice POS superior (22,3), com variação significativa em função do tipo de neoplasia. Os doentes não oncológicos apresentam um POS inferior (17,2), apresentando os doentes com cirrose hepática os melhores índices POS (14).

A grande maioria dos doentes (84%) referia dor não controlada, o que se associou a piores índices POS. Verificou-se também relação entre a intensidade de sintomas específicos (ansiedade e anorexia) e a qualidade de vida global dos doentes. A insónia, dispneia e tosse não apresentaram impacto na qualidade de vida.

Conclusões:

O mau controlo sintomático em doentes internados portadores de doença terminal é uma "triste" realidade. Realça-se o ineficaz controlo da dor, fator com forte impacto na qualidade de vida. Verificou-se também que o controlo da ansiedade e da anorexia, a comunicação adequada e a satisfação das necessidades existenciais e espirituais são relevantes na promoção da qualidade de vida.

Os melhores índices de POS verificados na população mais idosa interpretam-se, pelo fato da percepção da morte ser uma experiência profundamente individual, em que os idosos experienciam uma aceitação dependente da satisfação auferida com a vida já vivida.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno A 15:00 - 17:00

CO057

2152 REFERENCIAÇÃO DE DOENTES À EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE CUIDADOS PALIATIVOS: ESTUDO ESTATÍSTICO E ANÁLISE CRÍTICA.

Ana Vera Cruz, Maria Margarida Pereira, Marta Cerol, Ana Ricardo, Petra Pego

Hospital Distrital de Santarém

INTRODUÇÃO

Inicialmente os Cuidados Paliativos destinavam-se apenas aos doentes com cancro, nos estadios terminais. Com o desenvolvimento crescente da palição e por questões éticas de equidade, justiça e acessibilidade a cuidados de saúde, situações como as insuficiências avançadas de órgão, a SIDA em estadio terminal, as doenças neurológicas degenerativas, as demências em fase terminal, os doentes com sequelas de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) foram reconhecidas como patologias cujos doentes apresentam necessidades muito semelhantes, e que em muito beneficiarão se receberem Cuidados Paliativos de qualidade.

Segundo o estado da arte, todos os doentes com doenças crónicas, sem resposta à terapêutica de intuito curativo e com prognóstico de vida reconhecidamente limitado, devem ter acesso a Cuidados Paliativos.

OBJECTIVOS

O principal objectivo deste estudo é caracterizar, a nível de diagnósticos e situação clínica no momento da referenciação, os doentes sinalizados à Equipa Intra-Hospitalar de Cuidados Paliativos (EIHCP).

MATERIAL E MÉTODOS

Foram incluídos no estudo todos os doentes internados entre Outubro e Dezembro de 2018 que foram referenciados à EIHCP. Foi feita a análise estatística com apoio do software Microsoft Excel®2016.

RESULTADOS

Durante o período estudado foram feitos 68 pedidos de colaboração à EIHCP.

A média de idades foi de 71.2 anos, sendo 59% dos doentes do sexo masculino. 60 doentes tinham diagnóstico de patologia oncológica (88.2%) e 8 doentes com patologia não oncológica (11.8%). No grupo dos doentes não oncológicos foram referenciados 6 doentes com insuficiência de órgão em estadio terminal – 3 com Insuficiência Cardíaca, 1 com Insuficiência Hepática, 1 com Doença

Pulmonar Obstrutiva Crónica. Foi referenciado 1 doente para controlo da dor associada a escaras de decúbito e 1 doente para controlo sintomático de sequelas de AVC.

Observou-se que 30 dos doentes (44.1%) vieram a falecer durante o internamento, sendo que 10 doentes (14.7%) estavam em situação de últimos dias de vida no momento da referenciação.

CONCLUSÕES

Constata-se que os doentes referenciados para a EIHC são na sua maioria doentes oncológicos e que grande parte dos doentes já estão numa fase muito avançada da doença no momento da referenciação. Estes resultados sugerem que não estão a ser identificadas necessidades paliativas a um vasto número de doentes, nomeadamente aos doentes não oncológicos, e que quando são identificadas já é tardiamente, provavelmente porque ainda há uma forte associação dos Cuidados Paliativos ao doente agónico. Os autores alertam para a necessidade da formação nesta área para que os doentes com necessidades de Cuidados Paliativos sejam correctamente e atempadamente identificados, sendo assegurados os melhores cuidados.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Sala Fénix A 14:30 - 16:00

Doenças autoimunes e reumatismais

CO001

1033 PAPEL DA BIÓPSIA DE GLÂNDULAS SALIVARES ACESSÓRIAS NO DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME DE SJÖGREN E DE OUTRAS DOENÇAS SISTÉMICAS

Ana Isabel Lopes 1, Raquel Machado-Neves 2, Mrinalini Honavar 2, P. Ricardo Pereira 1

1.Serviço de Medicina Interna, Hospital Pedro Hispano, 2.Serviço de Anatomia-Patológica, Hospital Pedro Hispano

Introdução

A biópsia das glândulas salivares acessórias (BGSA) é um procedimento diagnóstico minimamente invasivo. É sobretudo usada para o diagnóstico de Síndrome de Sjögren (SS), permitindo objetivar a presença de sialoadenite linfocítica, um critério da classificação diagnóstica de SS do American-European Consensus Group (AECG). No entanto, o valor da BGSA também tem sido reportado noutras doenças inflamatórias/infiltrativas.

Objetivos: Analisar as características dos doentes e o motivo para a realização da BGSA. Primariamente, pretendeu-se estudar a utilidade da BGSA para o diagnóstico da SS, relacionando os achados da

biópsia com manifestações clínicas e com outros exames complementares. Secundariamente, pretendeu-se avaliar o papel da BGSA no diagnóstico de outras doenças inflamatórias/infiltrativas.

Material e métodos: Foi efetuada uma análise retrospectiva dos doentes submetidos a BGSA entre Abril de 2014 e Dezembro de 2017, com base na revisão dos processos clínicos.

Resultados: Identificados 173 doentes. Do total, 129 (75%) realizaram BGSA por suspeita de SS, 44 (25%) por suspeita de amiloidose, sendo que em 3 (2%) doentes havia suspeita de ambos, e 3 (2%) por suspeita de sarcoidose.

Dos doentes com suspeita de SS, 86% eram mulheres com idade média de 57 anos. Em 40% dos casos havia evidência de sialadenite linfocítica grau>2 da escala de Chisholm-Mason. Em 45% dos doentes havia registo do teste de Schirmer (TS) e 27% tinham realizado cintigrafia das glândulas salivares (CGS). O anti-SSA, os ANA e o FR correlacionaram-se significativamente com a presença de sialoadenite linfocítica na BGSA. Pelo contrário, a xerostomia, a xeroftalmia, o anti-SSB, o TS e a CGS não se correlacionavam. Quarenta e três (33%) não cumpriam critérios de classificação de SS do AECG, mas apresentam diagnóstico clínico de SS (30 primário; 13 secundário). Nove (7%) cumpriam os critérios de classificação antes da realização da BGSA. Após a BGSA esse número subiu para 25 (19%).

Dos doentes com suspeita de amiloidose, 64% eram homens com idade média de 70 anos. Em 43% dos casos para estudo de cardiopatia e em 25% por proteinúria nefrótica. A biópsia foi positiva em 4 doentes, e dois deles tinham biópsias de outros órgãos também positivas. O diagnóstico foi confirmado em 4 doentes, sendo que um deles apresentava BGSA negativa para amiloide.

Em nenhum caso de suspeita de sarcoidose houve histologia compatível, sendo que o diagnóstico foi confirmado num doente.

Conclusão: A BGSA foi usada no diagnóstico de SS e de amiloidose. A BGSA permitiu aumentar o número de doentes que cumpriam os critérios de classificação da SS, ainda que muitos doentes não tivessem realizado TS ou CGS. No entanto, a ausência de correlação verificada entre estes apoia a utilização da BGSA de modo a aumentar a possibilidade de completar os critérios diagnósticos. A BGSA parece ter também utilidade no diagnóstico da amiloidose. A BGSA é um procedimento simples com utilidade diagnóstica.

25 DE MAIO DE 2019**Sala Sala Fénix A 14:30 - 16:00****CO003****1030 RECORRÊNCIA DE HEPATITE AUTOIMUNE APÓS TRANSPLANTE HEPÁTICO**

Luís Teles, Celina Gonçalves, Sofia Ferreira, Judite Gandara, Ramon Vizcaíno, Jorge Daniel, Helena Pessegueiro Miranda

Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

A Hepatite autoimune (HAI) tende a recorrer em cerca de 20-30% dos doentes transplantados.

O objetivo do nosso estudo era determinar a incidência de recorrência de hepatite autoimune após transplante hepático e fatores de risco associados, nomeadamente perceber se existia alguma diferença entre a imunossupressão realizada.

Métodos: Análise retrospectiva de todos os doentes com hepatite autoimune que foram submetidos a transplante hepático (TH) devido a doença hepática crónica terminal ou insuficiência hepática fulminante/subfulminante desde janeiro de 1996 a outubro de 2017.

Resultados: foram incluídos um total de 33 doentes com o diagnóstico de hepatite autoimune que foram transplantados; Em 44,8% a indicação foi insuficiência hepática aguda por hepatite autoimune. 81,8% (n=27) dos doentes eram do sexo feminino, com uma idade média à data do transplante de 43 anos (± 13). Quase 27% dos doentes faleceu de complicação imediata após o transplante.

A recorrência de hepatite autoimune verificou-se em um terço dos doentes, sendo o diagnóstico feito em média após 36 meses do transplante (min 6; max 64). Doentes com recorrência apresentavam valores de IgG e MELD, previamente ao transplante, mais elevados, no entanto sem significância estatística ($p > 0,05$). Não se verificou associação com outros fatores como idade ao diagnóstico de HAI, idade ao transplante, indicação para TH (descompensação crónica, insuficiência hepática aguda), tipo de descompensação antes do transplante (ascite, encefalopatia e hemorragia por varizes), presença concomitante de outras doenças autoimunes ou síndrome de overlap ($p > 0,05$). Após o TH, doentes que iniciaram logo imunossupressão tripla que incluiu micofenolato de mofetil (MMF) tiveram menos probabilidade de recorrência de HAI (OR: 0,054; 95%CI [0,04-0,667]; $p = 0,021$). Nenhum dos casos de recorrência esteve associado a perda do órgão transplantado.

Conclusão: na nossa amostra, um terço dos doentes recidiva HAI. A recorrência ocorreu cerca de três anos após o TH, mas não esteve associada a pior prognóstico. O início de imunossupressão com MMF foi o único fator associado a menos probabilidade de recidiva de HAI.

24 DE MAIO DE 2019**Sala Fénix B 9:15 - 10:45****CO067****1134 POSITIVIDADE DE ANTICORPOS ANTINUCLEARES: COMO INTERPRETAR CLINICAMENTE? – ESTUDO RETROSPECTIVO NUMA CONSULTA DIFERENCIADA**

Sara Martins, Tânia Ferreira, João Silva, Ana Reis, Gonçalo Miranda, Isabel Caballero, Liliana Fonseca, Raquel Faria, Esmeralda Neves, Carlos Vasconcelos

Centro Hospitalar do Porto

Introdução

Os anticorpos antinucleares (ANAs) são frequentemente utilizados como método complementar para o diagnóstico em doentes com suspeita clínica de doença autoimune (DAI). Contudo, alguns estudos retrospectivos demonstraram que a positividade para os ANAs tem um baixo valor preditivo positivo para a deteção da mesma. Assim, o papel dos ANA como marcador diagnóstico permanece algo controverso.

O objectivo deste estudo foi caracterizar uma população de doentes com ANAs positivos e a sua relação com o diagnóstico final de DAI.

Métodos

Estudo retrospectivo e observacional dos doentes avaliados em Consulta Externa de Doenças Autoimunes e Imunologia Clínica de um centro terciário durante os anos de 2016 e 2017. Critérios de Inclusão: doentes com uma primeira titulação de ANA superior a 1/160; exclusão com diagnóstico prévio de DAI. Análise estatística com SPSSv21.0. Usou-se a curva ROC para definição de título de anticorpos com maior especificidade para diagnóstico de doença autoimune; foi considerado significativamente estatístico $p < 0,05$.

Resultados

Dos 227 doentes avaliados foram incluídos 192, dos quais 78% (n=149) do sexo feminino, com idade média $48,5 \pm 16,2$ anos. Destes, 75% (n=144) tinha doença autoimune: Artrite Reumatóide (17%, n=25), Lupus Eritematoso Sistémico (14%, n=20) e artrite psoriática (12,5%, n=18). Dos 25% (n=48) que não apresentavam DAI, as patologias identificadas foram patologia osteoarticular

degenerativa (n=10), fibromialgia (n=5), tiroidite autoimune (n=3) e infecção por HIV(n=2). O padrão mosqueado foi o mais comum tanto nos doentes com DAI como nos sem DAI (p= 0,923). O padrão centrómero (n=10) associou-se em 50% a esclerodermia sistêmica limitada. Relativamente aos restantes padrões não houve nenhuma tendência de associação a nenhuma patologia DAI específica.

Verificou-se que os doentes com DAI apresentam uma mediana de títulos de ANAs superiores quando comparados com os doentes sem DAI [1/320 (IQR: 1/160 – 1/1280) vs 1/160 (IQR: 1/160 – 1/320); p= 0,012], e que para títulos >1/640 há uma maior probabilidade de estarmos perante uma DAI (especificidade 92%; sensibilidade 27%; AUC 0,614, p= 0,006).

Conclusões

À semelhança de outros estudos, os ANAs foram positivos também em pacientes sem DAI. Contudo os doentes DAI mostram títulos significativamente mais elevados, sendo que para valores >1/640 apresentam uma elevada especificidade para DAI, perdendo porém sensibilidade.

Neste estudo não se identificou relação entre os padrões de anticorpos e os diagnósticos específicos de DAI nem o seu atingimento sistémico, no entanto esta avaliação é condicionada pelo reduzido tamanho da amostra.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Fénix B 9:15 - 10:45

CO068

1112 TERAPÊUTICA BIOLÓGICA EM DOENÇAS AUTO-IMUNES – CARACTERIZAÇÃO DE UMA CONSULTA

Rita Grácio, Pedro Tavares, Tatiana Pires, Carla Falcão, Catarina Santos, Alcina Ponte
Centro Hospitalar de Leiria

Introdução

As doenças auto-imunes são entidades pouco frequentes que apresentam um elevado grau de complexidade diagnóstica e terapêutica. Estas doenças causam lesão significativa de órgão e provocam sintomas incapacitantes levando a impotência funcional, incapacidade e redução da qualidade e esperança média de vida. A terapêutica com fármacos biológicos veio revolucionar o tratamento de algumas doenças auto-imunes, tratando-se de uma terapêutica altamente específica e eficaz, que tem como objectivo primário a remissão das mesmas.

Objectivos: Este trabalho tem como objectivo a

caracterização dos doentes seguidos numa consulta de Doenças Auto-Imunes sob terapêutica biológica, em relação tipo de doença, terapêutica biológica realizada, e índices de actividade de doença.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo, com revisão dos processos clínicos de doentes seguidos na consulta de Doenças Auto-Imunes de um centro hospitalar. Foram realizadas análises descritiva e bivariada, com recurso ao IBM SPSS Statistics V23®.

Resultados: De um total de 67 doentes a realizar terapêutica biológica, 50,7% são homens e 49,3% mulheres, apresentando uma mediana de idades de 55 anos. O diagnóstico mais prevalente é a Artrite Reumatóide (43,3%), seguido da Espondilite Anquilosante (35,8%) e posteriormente da Artrite Psoriática (20,9%). Relativamente à terapêutica biológica, os fármacos mais utilizados são: Etanercept (43,3%), seguido pelo Golimumab (37,3%) e Adalimumab (10,4%). Relativamente à actividade da doença, verifica-se uma diminuição estatisticamente significativa da velocidade de sedimentação (VS), após início de terapêutica biológica (p<0,001), acompanhada de uma redução estatisticamente significativa dos índices de actividade, nomeadamente do DAS28 e ASDAS (p=0,007 e p=0,001, respectivamente). Assim, do total de doentes tratados com biológico, 87% apresenta doença inactiva ou índices de actividade baixos.

Conclusões: Este trabalho vem reforçar a eficácia da terapêutica biológica nas doenças auto-imunes, traduzindo-se numa melhoria clínica e analítica e consequente melhoria da qualidade de vida destes doentes.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Fénix B 9:15 - 10:45

CO069

3 CLINICAL AND PROGNOSIS IMPLICATIONS OF OTHER PROTHROMBOTIC FACTORS IN ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME PATIENTS: A SINGLE-CENTER COHORT ANALYSIS

Mariana Laranjeira, Gilberto Rosa, Ester Ferreira
Centro Hospitalar de São João

Introduction: The development of thrombosis is multifactorial in Antiphospholipid Syndrome (APS), with other inherited and acquired risk factors influencing the thrombotic profile. While inherited thrombophilia are still rare among APS patients, some works suggest a higher prevalence of C and S Proteins deficiencies and factor V Leiden mutation in these patients compared

to the general population. Nevertheless, the exact frequency and clinical implications of the presence of these prothrombotic factors in APS are still poorly characterized. Methods: All patients followed in an Autoimmune Diseases consultation with a diagnosis of APS fulfilling the Sidney revised criteria were included. Data regarding inherited thrombophilia was collected - Activated protein C resistance (APCR); Leiden V Factor mutation; C and S proteins deficiencies; Prothrombin G20210A mutation; and Antithrombin III deficiency. Results: A total of 75 patients were analyzed, with 65.3% corresponding to primary APS. The mean age of the study sample was 40 ± 9.4 years and the mean duration of disease was of $6.57 \text{ years} \pm 4.78 \text{ years}$. Seventeen (22.7%) patients exhibited an inherited thrombophilia: 9 (16.1%) S protein deficiency, 5 (10.2%) APCR, 5 (8.5%) antithrombin III deficiency, 4 (7.1%) C protein deficiency, 2 (4.5%) prothrombin G20210A mutation and 1 (2.0%) Leiden V factor mutation. The presence of inherited thrombophilia did not show statistically significant association with clinical manifestations or recurrence of events. Conclusion: Although with a significant prevalence in the studied sample, the presence of inherited thrombophilia did not display a significant clinical implication. However, positive findings might have been undermined due to the reduced sample size originating an underpowered study.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Fénix B 9:15 - 10:45

CO070

1109 POLIMIALGIA REUMÁTICA – DADOS DE UM HOSPITAL DISTRITAL

Madalena Sousa Silva, António Carneiro, Isa Silva, Luís Pereira, Carolina Sequeira, Paula Antunes, Sofia Rodrigues, Ana Boquinhas

Hospital de Cascais - Serviço de Medicina Interna

A polimialgia reumática é uma doença reumatológica inflamatória, caracterizada por rigidez articular associada a impotência funcional e artralgia. Atinge sobretudo mulheres >50 anos.

Objetivo: Caracterização dos doentes com polimialgia reumática diagnosticada num Hospital Distrital.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes com diagnóstico de polimialgia reumática, realizado entre 2010 e 2018. Colheita de dados através de consulta de processos clínicos e subsequente análise descritiva.

Resultados: Durante o período estabelecido houve 15 doentes diagnosticados com esta patologia. A maioria (60%, n=9) foram mulheres com uma

proporção mulher:homem de 1,5:1; discretamente inferior ao descrito na literatura. A idade média na altura do diagnóstico foi de $81.4 (\pm 10.3)$, com uma idade máxima de 94 e mínima de 55 anos. A forma de apresentação mais frequente foram queixas artrálgicas (60%, n=9), seguindo-se sintomas constitucionais em 26.7% e rigidez articular em 13.3%. Em 80% dos doentes verificou-se envolvimento da cintura escapular, em 73.3% cintura pélvica e menos frequentemente (46.7%) envolvimento cervical. 60% dos doentes (n=9) referiram rigidez matinal. Do estudo laboratorial destacou-se anemia à admissão em 60% dos doentes, com uma hemoglobina média de 11.7 g/dL ; elevação de velocidade de sedimentação (VS) em todos os doentes aquando da primeira avaliação, com uma VS média de $76 \text{ mm } 1^{\text{a}} \text{ h}$. Apenas um doente não evidenciava elevação de proteína C reactiva à admissão, com um valor médio de 11.1 mg/dL . 33.3% (n=5) dos doentes apresentou PCR >20mg/dL. Apenas num doente se verificou associação com arterite de células gigantes. Todos os doentes iniciaram corticoterapia com prednisolona, com doses diárias variáveis entre 15 e 60mg, (média de 23.3 mg/dia). O tempo até início de redução de dose de corticoide oscilou entre 10 dias e 6 meses, tendo havido recorrência de sintomatologia após redução em 4 doentes, coincidente com aqueles cujo início de desmame ocorreu mais tarde. 26.7% dos doentes (n=4) tiveram um internamento relacionado com a patologia de base ou terapêutica instituída - 2 por recorrência sintomática após desmame de corticoide, 2 por descompensação de diabetes mellitus, 1 associado a fractura osteoporótica e outro por candidíase esofágica. Oito doentes evidenciaram complicações médicas associadas a corticoterapia. Houve associação neoplásica em 2 doentes. Dos 15 doentes da amostra, 4 morreram desde o diagnóstico 1 por causa infecciosa, 2 por causa cardiovascular e 1 por neoplasia em estágio terminal.

Conclusões: A polimialgia reumática é uma doença com alto impacto na qualidade de vida dos doentes pelo que, quando abordada de forma precoce poderão ser minimizadas as intercorrências nefastas. Parece-nos um número de doentes muito diminuto face a outros estudos, o que leva a pensar que seja uma entidade subdiagnosticada. Com este trabalho pretende chamar-se a atenção para esta patologia, de forma a correctamente abordar o doente.

24 DE MAIO DE 2019**Sala Fénix B 9:15 - 10:45****CO071****1178 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ADULTA COM SÍNDROME DE SJÖGRÉN PRIMÁRIO DE UM CENTRO HOSPITALAR**

Guiomar Pinheiro, António Lamas, Mariana Brandão, Fátima Farinha, Carlos Vasconcelos

Centro Hospitalar Universitário do Porto

INTRODUÇÃO

O Síndrome de Sjögren (SS) é uma doença autoimune sistémica, caracterizada por sintomas sicca, podendo cursar com uma grande variedade de manifestações. Classicamente ainda se distingue como primário (ocorre isoladamente - SS_p) ou secundário, como complicação de outras doenças autoimunes (DAI). Estes doentes apresentam um considerável espectro de marcadores serológicos e de autoanticorpos.

OBJECTIVO: Caracterizar a população adulta com SS_p, seguida numa Unidade especializada em Doenças Autoimunes de um Centro Hospitalar.

MATERIAL E MÉTODOS: Estudo de coorte, retrospectivo, unicêntrico, que inclui doentes seguidos numa Unidade especializada em DAI de um Centro Hospitalar. Foram seleccionados os doentes com os diagnósticos de 'Síndrome Seco', 'Síndrome Sicca' ou 'Síndrome de Sjögren', até 31 de Dezembro de 2017. Destes, foram excluídos os que não preenchiam os critérios de SS do American-European Consensus Group (2002), menores de 18 anos e os que apresentavam outra DAI sistémica (Lúpus Eritematoso Sistémico, Síndrome Anti-Fosfolipídico, Esclerodermia/Esclerose Sistémica, Polimiosite, Dermatomiosite, Miosite de Corpos de Inclusão, Artrite Reumatóide, Doença Mista do Tecido Conjuntivo, Artrite Psoriática e Doença de Behçet).

RESULTADOS: Após aplicação dos critérios de exclusão, obtiveram-se 111 doentes, 96% dos quais mulheres, com uma idade média de início de sintomas de 44 anos. 98% apresentou sintomas orais e 95% sintomas oculares. Dos 97 doentes (87%) que realizaram cintigrafia de glândulas salivares, 93% teve um resultado compatível com SS. 84% dos doentes foram submetidos a biópsia de glândulas salivares, com histologia compatível com SS em 85% dos casos. A média da velocidade de sedimentação à apresentação foi de 34mm/s (mínimo-máximo: 3-119mm/s). 85% e 87% dos doentes teve anti-Ro/SSA e ANAs positivos (respectivamente), enquanto 56% foram positivos para o anti-La/SSB. O factor reumatóide estava presente em 61% dos 97 doentes testados e o anticorpo anti-alfa-fodrina em 37% dos 61 doentes

analizados. 35% dos doentes apresentavam citopenias à apresentação da doença, 5% com neutropenia (neutrófilos <1500/uL), 25% com anemia (hemoglobina < 12g/dL) e 5% com trombocitopenia (plaquetas < 100.000/uL). Houve 1 diagnóstico de linfoma (1%).

CONCLUSÕES: Tal como descrito na literatura, o SS primário afectou esmagadoramente o género feminino, com o início dos sintomas na 5ª década de vida. A maioria dos doentes apresentou sintomas orais e/ou oculares, anticorpos anti-Ro/SSA e ANAs. Um grande número de doentes realizou biópsia de glândulas salivares, de extrema importância para o diagnóstico, embora não mandatória. Apesar do maior risco de linfoma descrito nesta população (prevalência de 5%), apenas 1 doente (1%) teve este diagnóstico.

24 DE MAIO DE 2019**Sala Fénix B 9:15 - 10:45****CO072****16 VASCULITES: A EXPERIÊNCIA DE UM NOVO HOSPITAL DISTRITAL**Sílvia Balhana, Inês Mendes, Maria João Batista, Carla Noronha, Francisco Araújo, José Lomelino Araújo
Hospital Beatriz Ângelo**Introdução**

A afecção de vários sistemas e a heterogeneidade clínica das vasculites coloca-as como importante diagnóstico diferencial em múltiplas ocasiões, porém, são patologias raras.

Objectivo: Este trabalho pretende demonstrar o impacto das vasculites nos internamentos de um hospital distrital recentemente implementado.

Material e Métodos: Realizada casuística de 5 anos (2013-2018), seleccionando doentes com pelo menos uma admissão por vasculite como diagnóstico primário ou secundário. Dos 46 doentes analisados, organizámos a colheita de dados por forma a caracterizar esta população; perceber a evolução da vasculite desde o início do acompanhamento até à actualidade; e caracterizar o último internamento destes doentes.

Resultados: Dos 46 doentes incluídos, 54% são homens e predominando a faixa etária entre 61-80 anos. Verificou-se maior prevalência de vasculites secundárias; doença de Behçet; e arterite de células gigantes. Por outro lado, os doentes com maior número de internamentos tinham os diagnósticos de Granulomatose com poliangeíte e Granulomatose eosinofílica que contextualizamos na complexidade e gravidade da clínica subjacente a estas vasculites.

Ao longo da evolução clínica os principais sistemas afectados foram o cutâneo/mucoso, renal, osteoarticular, hematológico e respiratório. A vasta maioria (36 doentes) necessitou de terapêutica corticóide (em pulsos e/ou oral) no decurso da doença; 25 doentes foram tratados com azatioprina, ciclofosfamida ou outro imunossupressor; 3 doentes realizaram terapêutica biológica; e 5 doentes plasmaferese. Dos 38 doentes que mantêm seguimento em consulta hospitalar, 27 doentes são seguidos em consulta de Medicina Interna - Doenças Auto-imunes.

O último internamento teve como diagnóstico principal a vasculite em 27 destes doentes; enquanto os restantes 19 doentes foram internados sobretudo por insuficiência cardíaca descompensada e/ou intercorrência infecciosa. A média de dias de internamento foi superior nos internamentos por vasculite (20,96 dias Vs 13,68 dias) demonstrando a complexidade diagnóstica e terapêutica. Este facto é também sustentado por escalas de gravidade clínica: Birmingham Vasculitis Activity Score (15 dos doentes internados pela vasculite com BVAS > 10); e pelo Five Factor Score (19 dos doentes internados pela vasculite com FFS ̥1). Foi nos doentes com escalas de gravidade superior que se verificou maior número de complicações com 3 admissões em unidade de cuidados intensivos; e 4 óbitos.

Conclusões: Destacamos a gravidade clínica com necessidade de abordagem terapêutica combinada e multidisciplinar em doentes com diagnóstico de vasculite; sendo a Medicina Interna, como trave mestra hospitalar, a especialidade mais envolvida nestes internamentos e no follow-up dos doentes em consulta.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Fénix B 9:15 - 10:45

CO073

1438 PÊNFIGO – A HISTÓRIA NUM HOSPITAL CENTRAL

Joana Andrade, Inês Fróis Cunha, Vera Romão
Centro Hospitalar Tondela Viseu

Introdução

Caracterizado por uma disseminação de bolhas intra-epidérmicas, com extensas erosões na pele e mucosas, o Pênfigo é uma doença auto-imune com maior incidência na meia-idade, afectando proporcionalmente homens e mulheres. O diagnóstico assenta na biópsia cutânea e imunofluorescência e o tratamento na corticoterapia, por vezes em associação com outros imunossupressores.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo, descritivo de todos os doentes com diagnóstico de pênfigo (N=41 doentes), num período de 5 anos, num hospital central.

Resultados: Dos 41 doentes em estudo, 58,5% eram do género feminino, com uma idade média de 78,1 anos, sendo a mínima de 30 e a máxima de 97 anos. Dois dos casos estavam classificados como pênfigo vulgar, um como pênfigo foliáceo e os restantes trinta e oito como pênfigo bolhoso. Da amostra global apenas 14,6% tinha atingimento das mucosas, sendo que estava presente em 100% do subgrupo de casos classificados como pênfigo vulgar. A mucosa oral foi a mais frequentemente atingida (83,3% dos casos). Admitiu-se pênfigo induzido por fármaco em 12,2% dos casos, dois associados à ciprofloxacina, dois associados a IECA e um associado a levetiracetam. Em 24,4% admitiu-se pênfigo induzido por infecção. Em 48,8% havia um diagnóstico prévio de diabetes, sendo que destes 40% estavam sob insulino-terapia, 55% medicados com metformina e 50% com inibidor da DPP4. Só em dois dos casos havia sobreposição com doença autoimune sistémica, um caso com doença de Behçet e outro com artrite psoriática. Patologia tiroideia foi identificada em 7,3% dos casos e doença oncológica em 14,6%. A evolução foi favorável em 70,7%, mas destes registaram-se 20,7% recidivas. Considerando o tratamento, 68,3% cumpriu corticoterapia oral com prednisolona, 29,3% corticóide tópico e 26,8% faziam simultaneamente outros imunossupressores (72,7% azatioprina e 27,3% metotrexato). Registaram-se complicações do tratamento em três dos casos, um por infecção que justificou internamento, outro por catarata bilateral e outro por toxicidade medular induzida pela azatioprina.

Discussão e Conclusão: A classificação do pênfigo teve limitações condicionadas pela realização e descrição dos resultados das biópsias e imunofluorescência, nem sempre disponíveis. A diabetes foi a condição associada ao pênfigo na maioria dos casos, o que está em conformidade com a literatura. A sobreinfecção associada ao pênfigo, relacionada com a área de lesão e/ou com a terapêutica preconizada, pode resultar em elevada morbi-mortalidade. Para uma correta abordagem há que procurar caracterizar as variantes induzidas por fármaco, as relacionadas com a diabetes, as sobrepostas a outras doenças autoimunes sistémicas e as variantes em contexto neoplásico e paraneoplásico, mais frequentes em idade avançada.

24 DE MAIO DE 2019**Sala Fénix B 9:15 - 10:45****CO074****1703 ARTERITE DE CÉLULAS GIGANTES – A EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE DE IMUNOLOGIA CLÍNICA**

Paulo Almeida, Adelaide Moutinho, António Marinho, Raquel Faria, Ana Campar, Mariana Brandão, Pedro Vita, Graziela Carvalheiras, Carlos Vasconcelos, Fátima Farinha

Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução

A arterite de células gigantes (ACG) é a vasculite sistémica mais comum. Atinge vasos de grande calibre e o pico de incidência ocorre na 7ª década. A biópsia da artéria temporal (AT) é o gold standard para o seu diagnóstico, mas técnicas mais recentes de imagem são fundamentais para as doenças sem atingimento supraaórtico.

Objetivo: Revisão de coorte quanto a: características demográficas, apresentação clínico-analítica e imagiológica, orientação terapêutica, complicações e evolução de doentes com ACG.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo por consulta de processos clínicos de doentes seguidos numa Consulta Diferenciada de 1/1/2004 a 31/12/2018 com o diagnóstico de ACG. Análise estatística com SPSS (v.25.0).

Resultados: Analisaram-se 26 doentes (21 mulheres: 80,8%), com idade média ao diagnóstico de $72,9 \pm 8,6$ anos. As comorbilidades mais comuns foram hipertensão arterial (57,7%), cardiopatia (46,2%) e dislipidemia (42,3%). Os sintomas constitucionais (80,8%) foram os mais frequentes (astenia (76,9%), febre (50,0%), perda ponderal (46,2%)), seguidos dos supraaórticos (cefaleias (65,5%), claudicação mandibular (34,6%), alteração à palpação da AT e hipersensibilidade do couro cabeludo (26,9%) e oftalmológicos (42,3%)). Houve clínica de Polimialgia Reumática (PMR) em 34,6% dos casos. Analiticamente, em média: anemia (hemoglobina $11,1 \pm 1,7$ g/dL); elevação da proteína C reativa ($83,4 \pm 87,9$ mg/dL) e da velocidade de sedimentação ($81,50 \pm 25,8$ mm/1ªh). Cerca de 65,4% realizou biópsia da AT, 92,3% com resultado compatível. A angioTC foi realizada em 53,8% (alterações em 35,7%) e a angioRMN em 30,8%. A tomografia por emissão de positões foi realizada em 23,1%: atingimento de grandes vasos em 38,5% dos doentes (50% com manifestações clínicas). Iniciou-se corticoterapia (CCT) em todos os doentes: 11,5% em bólus inicial e 61,5% ≤ 40 mg de prednisolona. O início do desmame de CCT demorou em média $3,7 \pm 4,9$ meses. Foram descritas complicações da

CCT em 65,4% dos casos. Em metade dos doentes houve necessidade de agente poupador de CCT: metotrexato (23,1%) e tocilizumab (19,2%). Comparando o grupo medicado apenas com CCT com o que necessitou de terapêutica adicional, a duração média de CCT ($67,2 \pm 42,3$ meses) e a média de seguimento ($78,2 \pm 39,6$ meses) foram superiores mas sem significância estatística. Houve recidiva em 26,9% dos casos. Em média, o seguimento foi de $65,1 \pm 46,7$ meses (19,2% suspenderam seguimento e 15,4% faleceram). Dos 65,4% doentes que mantêm seguimento, 82,4% têm doença controlada (17,6% sem terapêutica e 58,8% sob CCT).

Conclusões: Estes doentes apresentaram características demográficas e clínico-analíticas similares às descritas na literatura, excepto a menor frequência de PMR descrita. Relativamente ao diagnóstico, evidencia-se a apresentação clínica, sendo que 34,6% dos doentes não realizou biópsia das AT e em nenhum foi solicitado eco-doppler das AT. Na amostra, o início do desmame de CCT foi moroso, sendo a suspensão bastante rara.

24 DE MAIO DE 2019**Sala Fénix B 9:15 - 10:45****CO075****303 CAPILAROSCOPIA NA REGIÃO DO ALENTEJO: OS ÚLTIMOS 3 ANOS**

Rita Ribeirinho, Margarida Jacinto
Hospital Espírito Santo - Évora

INTRODUÇÃO

A capilaroscopia periungueal é um método diagnóstico simples e não invasivo que permite diferenciar fenómeno de Raynaud primário e secundário, descrever as alterações da rede capilar periungueal, que por sua vez são transversais às doenças do tecido conjuntivo. Através deste método é possível confirmar o estado de microangiopatia, que está relacionada com as alterações em órgãos-alvo. É ainda importante no seguimento da doença e monitorização da eficácia de terapêutica.

OBJECTIVO: Análise estatística de 3 anos de Consulta de Capilaroscopia.

MÉTODOS: Estudo observacional e retrospectivo dos doentes seguidos em Consulta de Capilaroscopia, num Hospital Central, entre 2016 e 2018.

RESULTADOS: No total foram realizadas 115 consultas, 45 das quais, de seguimento, onde se verificou que 22% (10) dos doentes apresentaram melhora da microangiopatia e 8% (4) dos doentes tinham agravamento. Quanto ao género, 93 (81%) doentes eram mulheres e 22 (19%) eram

homens. Foi observada uma distribuição de idades entre os 16 e 89 anos, sendo que em média os doentes de capilaroscopia tiveram 53 anos. Quanto à sintomatologia, constatou-se que 105 (91%) dos doentes relatavam sintomatologia de microangiopatia - Fenómeno de Raynaud (FR) ou Úlceras Digitais (UD) (25 doentes (22%)) – e que esta se correlacionava em 102 (88%) dos casos com alterações na videocapilaroscopia. Apenas 3 (3%) dos doentes que não apresentavam sintomatologia tinham alterações. Destas alterações destaca-se a presença de FR secundário em 108 (94%) e o padrão esclerodérmico-like em 26 (23%) doentes. Destes últimos 5 (25%) encontravam-se na fase precoce, 10 (50%) na fase activa e 5 na fase tardia (25%). Em relação ao diagnóstico, verificou-se que 65 (57%) dos doentes ainda não tinha diagnóstico definitivo. Os 4 diagnósticos prévios estabelecidos mais frequentes foram: 11 (10%) Esclerose Sistémica (ES), 10 (9%) Lúpus Eritematoso Sistémico (LES), 4 (3%) Artrite Reumatoide (AR) e 5 (4%) Síndrome de Sjögren (SS). Correlacionando o padrão esclerodérmico-like com o tipo de diagnóstico, verifica-se que este está presente na sua maioria em doentes já diagnosticados de ES (8 doentes – 40%), mas que os doentes que não tinha diagnóstico reumatológico concretizado (8 doentes – 40%), apresentam de igual modo este padrão.

CONCLUSÃO: Este exame revelou-se um importante auxiliar no diagnóstico e seguimento dos doentes com doenças auto-imunes nesta região, permitindo em alguns casos a exclusão de doença reumática, noutros um diagnóstico definitivo mais concreto e célere, ajudando também a compreender o estadiamento da doença, e a eficácia terapêutica.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno D 9:15 - 10:45

CO193

1290 HEPATITE AUTO IMUNE – REALIDADE DE UM HOSPITAL DISTRITAL

Ana Paula Antunes, Tânia Strecht, Madalena Sousa Silva, Ana Gorgulho, Inês Vicente, Carolina Fabião Sequeira, Marta Custódio, Catarina V. Oliveira, Anabela Salgueiro Marques

Hospital de Cascais - Dr. José de Almeida

INTRODUÇÃO

Hepatite auto-imune (HAI) caracteriza-se por uma inflamação idiopática, a maior parte das vezes crónica/progressiva, relativamente incomum. O seu diagnóstico mantém-se um desafio, face à heterogeneidade das manifestações clínicas, histológicas e laboratoriais, com os critérios de diagnóstico a serem aperfeiçoados a cada dia. A HAI foi das primeiras doenças hepáticas cujo diagnóstico mostrou benefício comprovado em

estudos clínicos randomizados, já que o tratamento imunossupressor é altamente eficaz.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi avaliar características epidemiológicas, clínicas, laboratoriais e histológicas, bem como a resposta à terapêutica instituída.

MATERIAL E MÉTODOS

Recorremos à análise dos dados dos doentes com diagnóstico de HAI, nos anos de 2010 a 2018. Foi utilizada a ferramenta Excel.

RESULTADOS

Encontrados 7 diagnósticos de HAI, 100% sexo feminino com idade média de 57 anos. Segundo International Autoimmune Hepatitis Group Score, 4 (57,1%) considerados diagnóstico definitivo e 3 (42,9%) como provável. Apenas 1 doente se caracterizava como HAI tipo 2.

3 (42,9%) das doentes apresentavam outras doenças auto-imunes.

Do ponto de vista clínico, apenas 1 doente era assintomática; 4 (57,1%) das doentes apresentavam-se com icterícia, 3 (42,9%) com astenia, 3 (42,9%) com ascite, e apenas 1 (14,3%) doente tinha queixas de dor abdominal.

Laboratorialmente, 3 (42,9%) doentes apresentavam transaminases elevadas (2 com AST/ALT > 1,5) e 5 (71,4%) mostravam hiperbilirrubinémia. Em 80% das doentes observou-se hipergamaglobulinémia significativa. Na sua maioria não apresentavam os auto-anticorpos convencionais. A etiologia viral foi excluída em todas as doentes. Somente 2 (28,6%) apresentavam cirrose, sendo que uma foi submetida a transplante e outra veio a falecer por hepatite fulminante.

6 doentes submetidas a tratamento de indução com corticoterapia, 5 (83,3%) mantiveram terapêutica de manutenção combinada; 4 (66,7%) fizeram azatioprina, 1 ciclosporina e 2 (33,3%) micofenolato-mofetil. Duração média de tratamento de 7 meses (66,7% duração inferior a 1 ano).

CONCLUSÕES

Destaca-se que a nível Europeu há poucos dados sobre a incidência e prevalência da HAI, estimando-se que varia entre 16 a 18 casos por 100000 habitantes.

A totalidade dos diagnósticos no sexo feminino; as doenças auto-imunes simultâneas, assim como a existência de hipergamaglobulinémia, vão de encontro aos dados da literatura que preconiza que nos doentes com HAI deve ser realizado rastreio de outras doenças auto-imunes.

A cirrose documentou-se em 33,3%, em semelhança

á coorte Alemã, sendo esta percentagem inferior quando se estudam outras causas de cirrose hepática, como etanol, hepatites virais ou mesmo hemocromatose.

A HAI, diagnosticada em estádios iniciais, tem bom prognóstico, devendo ser considerada em qualquer doente com doença hepática, especialmente com presença de hipergamaglobulinemia e se o doente apresenta características de outras doenças auto-imunes.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Sala Fénix A 14:30 - 16:00

DOENÇAS CARDIOVASCULARES

CO009

121 PREVALÊNCIA DE PLURIPATOLOGIA NUMA UNIDADE DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Marta Marques, Helena Gonçalves, Joana Calvão, Ramon Bover, Josebe Goirigolzarri, Manuel Mendez
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/ Vila do Conde

Introdução

A pluripatologia é um problema frequente, apesar de não existir definição universalmente aceite. Atualmente consideram-se pacientes pluripatológicos (PP) aqueles que apresentam de forma simultânea várias doenças crónicas, com recorrências frequentes, que influenciam negativamente a sua situação funcional, tornando-os hiperfrequentadores dos cuidados de saúde. Objetivo: Determinar a prevalência de pluripatologia numa Unidade de Insuficiência Cardíaca (UIC), definir as características destes pacientes e estratificação prognóstica com recurso aos scores PROFUND e Seattle. Material e métodos: Estudo prospetivo observacional, com entrevista presencial estruturada de pacientes observados na consulta de Insuficiência Cardíaca (IC) de uma UIC, por um período de 6 semanas. A recolha de dados foi realizada presencialmente pelos autores e com recurso à história clínica eletrónica. Foram recolhidas variáveis demográficas, clínicas, analíticas, funcionais e sociofamiliares. Avaliados scores de comorbilidades como Charlson e de estimativa de mortalidade como PROFUND e Seattle. A análise dos resultados foi realizada com o programa SPSS e definido p value <0,05. Resultados: A amostra incluiu 246 pacientes, com idade média de 75±11,9 anos, dos quais 104 (42,3%) eram do sexo feminino; 118 (48%) eram pluripatológicos, com score de Charlson de 7,9±3,8 e PROFUND 3,4±3,7. Das categorias definidoras de pluripatologia de PROFUND, a mais prevalente foi a categoria A - patologia cardiovascular (118,

100%), seguida da categoria B - patologia renal (82, 69,5%) e da categoria C - patologia pulmonar (31, 26,3%). Na análise comparativa, verificou-se que os PP eram mais idosos (77 vs. 73 anos, p = 0,001), mais frágeis e apresentavam maior limitação funcional (Barthel: 84,7 vs. 96,1, p <0,001). Apresentavam, ainda, maior prevalência de HTA, diabetes e dislipidemia e maior prevalência das doenças crónicas recolhidas. Verificou-se ainda um maior número de internamentos por IC nestes doentes (14,4 vs. 4,7, p = 0,015), sendo a cardiopatia isquémica a etiologia mais frequente responsável pela IC. Os PP foram mais sintomáticos, com classes NYHA III-IV (4,2 vs. 0,8, p <0,001), valores mais elevados de NT-proBNP (2985 vs. 1780, p = 0,013) e menor fração de ejeção (45,7 vs. 47,5, p = 0,31). A classe farmacológica mais utilizada foi os betabloqueadores (75,6%). Na análise prognóstica observou-se uma concordância na estimativa de mortalidade entre o score PROFUND e Seattle, com scores mais elevados nos PP. Conclusões: Este estudo demonstra a alta prevalência de PP nas UIC, refletindo a necessidade de cuidados multidisciplinares. Os PP definem um grupo com elevada fragilidade, dependência funcional e associação de múltiplas comorbidades, obrigando a uma abordagem holística com estratégias no controlo do risco cardiovascular e doenças crónicas associadas. O score PROFUND é uma ferramenta útil na orientação de decisões clínicas e planeamento terapêutico do PP.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno B 9:15 - 10:45

CO058

865 PROBLEMAS NA ESFERA SEXUAL EM MULHERES HIPERTENSIVAS: UM PROBLEMA INFRA DIAGNOSTICADO.

Lorena Lozano Real, Paula Sofia Araújo, Mykhailo Iashchuk, Isabel Correia Barahona, Juan Manuel Urbano Gálvez

ULSNA- Hospital Santa Luzia de Elvas

A disfunção sexual feminina (DSF) é um problema bastante frequente e altamente complexo, geralmente subdiagnosticado por várias razões, incluindo razões culturais. A hipertensão arterial tem sido apontada como um fator de risco para o DSF. Devido à alta prevalência desta doença, é de se presumir que a DSF tem uma incidência subestimada em nosso meio.

O objetivo é avaliar a prevalência da hipertensão arterial na população feminina que frequenta consultas especializadas (medicina interna, cardiologia e medicina familiar) numa área de Badajoz e compará-lo com um grupo de mulheres sem hipertensão dos mesmos procedimentos.

Foi um estudo transversal e analítico realizado numa amostra de mulheres ativas que participaram de uma consulta de Cardiologia, Medicina Interna e Medicina de Família e Comunidade em uma área da província de Badajoz.

O questionário validado do Índice de Função Sexual Feminina (FSFI) foi utilizado para avaliar seis aspectos da função sexual feminina através de um questionário anónimo aplicado aos participantes. Consentimento verbal informado foi solicitado aos participantes do referido estudo. Dados biográficos e clínicos foram coletados, com significância estatística estabelecida para $p < 0,005$.

Um total de 216 mulheres foram estudadas, das quais 108 tinham HBP e 108 sem história ou dados clínicos de hipertensão. A prevalência de FSD em mulheres hipertensas foi de 65,8% contra 44,5% entre mulheres sem hipertensão. Encontrou-se associação estatisticamente significativa entre a PSD e a PAE (OR = 2,35; IC95% 1,08-5,1; $p = 0,021$). A média de idade em mulheres hipertensas foi de 60,5 anos sem diferença significativa na idade entre o grupo de mulheres com ESF hipertensas e não hipertensas. Diferenças significativas foram observadas nos itens de desejo sexual, orgasmo e lubrificação. O tempo de diagnóstico da hipertensão arterial foi relacionado de maneira estatisticamente significativa com a DSF ($p = 0,008$). No grupo dos hipertensos houve uma correlação estatisticamente significativa entre o número de substâncias ativas anti-hipertensivas e o DSF. Os betabloqueadores foram os medicamentos mais relacionados ao FSD em pacientes hipertensos.

A prevalência de FSD foi maior em mulheres com hipertensão, apresentando um risco 2,35 vezes maior de FSD quando comparadas com mulheres sem hipertensão. O tempo de evolução do TCA, o número de drogas utilizadas e o uso de betabloqueadores foram significativamente correlacionados com a DSF. Os médicos devem estar atentos, suspeitos e atuar desde cedo sobre um problema que afeta um grande número de mulheres hipertensas sexualmente ativas e que, por razões culturais, podem passar despercebidas.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno B 9:15 - 10:45

CO059

2081 DETERMINAÇÃO DA LESÃO VASCULAR SEIS MESES APÓS CONTROLO EM SUBGRUPOS DE HIPERTENSOS RESISTENTES

Nuno Brito, Paula Alcântara, Cristina Alcântara, Fátima Veloso, Carlos Moreira

CCUL. Serviço de Medicina I.Faculdade de Medicina de Lisboa. Universidade de Lisboa.CHULN

Introdução

A velocidade de onda de pulso (VOP) e o Augmentation Index (AI) são marcadores bem conhecido da distensibilidade aórtica e independentes preditores de eventos cardiovasculares.

O objetivo do presente trabalho foi avaliar ser após o controlo da pressão arterial (PA), as lesões apresentadas a nível vascular se mantinham dependente da gravidade da hipertensão arterial (HT).

Método: Doentes (d) com HT resistentes referenciados ao nosso centro foram divididos em dois grupos de acordo com a terapêutica necessário para o controlo da PA. Assim consideramos o grupos que teve necessidade de terapêutica com clonidina (HTC) e o grupos que não necessitou deste fármaco para o controlo da PA (HTN). A todos os d fomos avaliar os parâmetros bioquímicos e hematológicos, a eletrocardiograma (ECG), a medição ambulatorial da pressão arterial (MAPA), a pressão arterial (PA) central (PAC) e periférica (PAP), o VOP e AI no momento de admissão e após 6 meses de terapêutica com PA controlada.

Consideramos igualmente um grupo de controlo (C) e os d foram comparados entre o instante inicial (A) e após os 6 meses de controlo da PA (P). O modelo estatístico foi o t-student emparelhado e não emparelhado com $p < 0,01$ (two-tailed).

Resultados: Os grupos não apresentavam diferenças significativas em relação à idade, sexo, índice massa corporal, duração da hipertensão, PAP e número total de fármaco antihipertensores, exceto a clonidina. Após os 6 meses de controlo da PA encontramos diferenças significativas na PAC sistólica (C:110.2+12.1;HTN:117.2+13.2;HTC:122.2+12.5, $p < 0,01$), Pressão pulso C (C:41.3+13.6;HTN:44.7+13.6;HTC:51.3+14.5, $p < 0,01$), VOP (C:9.23+0.9;HTN:11.3+1.1;HTC:14.2+1.6, $p < 0,01$) e AI (C:34.5+1,3;HTN:37.3+1.2;HTC:40.3+1.5, $p < 0,01$), mas não na PA C diastólica. Analisando os valores antes e após a Terapêutica, encontramos uma diferença significativa em ambos os grupos de HT em relação à PAC sistólica (A-HTN:123.4+14.6:P_

HTN:117.2+13.2; A_HTC:138.5+13.6;P_HTC:122.2+12.5,p<0.01), Pressão pulso C (A_HTN:46.2+12.8:P_HTN:44.7+13.6,A_HTC:55.3+14.6;P_HTC:51.3+14.5,p<0.01) e VOP(A_HTN:12.3+1.6;P_HTN:11.3+1.1;A_HTC:15.3+1.8;P_HTC:14.2+1.6,p<0.01).

Conclusão: A regressão da lesão a nível aórtico que se obtém com o controlo da pressão arterial apresenta-se diferente nos dois grupos provavelmente relacionado com a gravidade da hipertensão arterial subjacente.

Como a rigidez arterial se encontra relacionado com a mortalidade e morbilidade cardiovascular, poderemos esperar que mesmo após o controlo da pressão os doentes com maior gravidade apresentem risco de ventos aumentado.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno B 9:15 - 10:45

CO061

476 PERICARDITE - ANÁLISE DE 5 ANOS

Pedro Custódio, Ana Rita Gomes, Sofia Guerreiro Cruz, Gilda Nunes, José Barata
Hospital Vila Franca de Xira

A pericardite é uma síndrome pericárdica inflamatória que, de acordo com a Sociedade Europeia de Cardiologia, se define pela presença de duas das seguintes características: dor pleuro-pericárdica típica; atrito pericárdico; alterações eletrocardiográficas específicas e derrame pericárdico. O estudo etiológico completo da pericardite é incomum, estando reservado para as pericardites graves. Em termos gerais o tratamento é bem sucedido e o prognóstico é bom para a maioria dos doentes.

Neste trabalho, avaliamos retrospectivamente 40 doentes internados nos Serviços de Medicina Interna e Cardiologia, com o diagnóstico de pericardite, entre 2014 e 2018. O tempo médio de internamento foi de 6,85 dias. Registou-se maior prevalência de casos em doentes do sexo masculino (30), em linha com os dados epidemiológicos europeus. A média e mediana de idade da população analisada foi de 50,4 e 49 anos respetivamente. Na admissão, todos os doentes apresentavam dor torácica, em 25 (62.5%) ocorreu supradesnivelamento generalizado do ST e/ou infradesnivelamento do segmento PR e 21 (52.5%) apresentavam derrame pericárdico. Considerou-se pericardite aguda em 31 doentes, incessante em 4 e recorrente em 5. Do total de doentes, 25 não apresentavam critérios de gravidade maior (febre, evolução sub-aguda, derrame pericárdico de grandes dimensões, tamponamento ou falência na resposta à terapêutica anti-inflamatória ao 7º dia de

tratamento), 4 doentes apresentavam 2 critérios maior e 11 apresentavam 1 critério maior. Na população estudada, em 12 doentes verificou-se perimicardite, com envolvimento miocárdico preponderante: troponina superior a 5ng/mL (10), discinesias ecocardiográficas (6), ou estudo por ressonância indicativo de miocardite (11). Deste subgrupo, 5 realizaram estudo angiográfico para exclusão de doença coronária.

Do ponto de vista etiológico, apesar de a maioria dos doentes não ter realizado estudo dirigido, verificou-se a seguinte distribuição: neoplásica (1), doença sistémica auto-imune (2), pós-lesão miocárdica (2), medicamentosa (1), bacteriana (1) e sem motivo identificado (33). Deste último grupo, 10 doentes apresentavam quadro clínico sugestivo de síndrome gripal nas duas semanas precedentes. Dos doentes admitidos com pericardite, 3 desenvolveram tamponamento. Embora se encontre presentemente preconizada a terapêutica adjuvante com colchicina, de modo a melhorar a resposta à aspirina ou ao anti-inflamatório não-esteróide e reduzir as recorrências, somente 28 doentes foram medicados com este fármaco. Não se verificou qualquer óbito, tendo 37 doentes tido alta para o domicílio, 2 sido transferidos para a Cirurgia Cardíaca e 1 para uma Unidade de Hemodinâmica.

A Pericardite apresentou-se como um diagnóstico pouco frequente neste hospital, com uma evolução clínica favorável e sem mortalidade associada para o período estudado.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno B 9:15 - 10:45

CO062

199 ESTUDO DESCRITIVO SOBRE A PREVALENCIA, TRATAMENTO E CONTROLO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NOS DOENTES DE MEDICINA INTERNA.

Francisco da Mata Alves, Julia González Granados, Isabel Arvanas Serrano, Aurelia Elena Fuentes Caraballo, Laura Rueda Carrasco, Beatriz Guerrero Sanchez, Raquel Rostro Galvéz, Francisco Javier Monreal Periañez, Jorge Manuel Romero Requena

Complejo H. Universitario de Badajoz. (Espanha)

OBJETIVO PRINCIPAL – Estudar as pautas de tratamento antihipertensivo administradas nos doentes de Medicina Interna e os níveis de controlo alcançados.

SECUNDARIOS: 1) Conhecer a prevalência deste fator de risco cardiovascular (FRCV) nos doentes de Medicina Interna. 2) Determinar se se aplicam as atuais guias de tratamento. 3) Confirmar se se realizam os corretos ajustes de terapêutica domiciliária durante os internamentos nos casos de

mal controlo.

MATERIAL E METODOS Estudo observacional descritivo em que se incluem 110 doentes dados de alta do Serviço de Medicina Interna deste hospital na primeira semana de Maio de 2017, excluindo-se aqueles dados de alta de forma voluntária o por falecimento. Para a seleção, utilizámos a história clínica em formato eletrónico da base de dados do Servicio Extremeño de Salud (JARA®) e para a análise estadística SPSS® (v15.0.1 de 2006).

RESULTADOS: Incluímos 110 doentes, dos quais 71 tinham o diagnóstico de hipertensão arterial (HTA), 40 mulheres e 31 homens (56% e 44%, respectivamente), com idades compreendidas entre os 48 e 97 anos (média de idade de 79 anos). 6% realiza somente medidas dietéticas, 23% somente com um fármaco, 42% com uma associação de dois fármacos e 30% com uma associação de 3 ou mais fármacos.

Tendo em consideração que as atuais guias de tratamento aconselham cifras inferiores a 140 e 90 para TA sistólica e diastólica, respetivamente (e em casos de diabetes concomitante valores inferiores a 130 e 80 mmHg), observamos que 76% dos nossos doentes está bem controlado com a terapêutica domiciliária pautada. Dos doentes mal controlados (dos quais 50% apresentavam uma HTA grau 1 e 50% um grau de HTA de 2 ou superior), cerca de 73% recebeu um reajuste de tratamento no momento da alta, para correção dos valores tensionais.

DISCUSSÃO A HTA é um dos principais FRCV e uma das principais doenças controladas pelos internistas atualmente. Podemos considerar que a maioria dos nossos doentes apresentam um bom controlo tensional. Dos doentes mal controlados, a maioria recebeu um correcto reajuste de terapêutica no momento da alta, segundo as atuais guias de tratamento, individualizando sempre que possível, dependendo de cada doente e das suas possíveis comorbilidades.

CONCLUSÕES Observamos que a HTA é um FRCV presente num importante número de doentes do nosso serviço e que, de maneira geral, é bem controlada pelos Internistas. Ainda que seria interessante fazer um seguimento temporal para determinar o controlo depois do reajuste de terapêutica e quantificar incidências de complicações.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno B 9:15 - 10:45

CO063

586 ENDOCARDITE INFECIOSA: RECOMENDAÇÕES CUMPRIDAS?

Miguel Martins, Francisca Martins, Rui Malheiro, Mariana Silva

Centro Hospitalar de Lisboa Central

Introdução

A incidência da endocardite infecciosa (EI) tem vindo ao aumentar, à medida que a população envelhece e a proporção de doentes com dispositivos intracardíacos, nomeadamente válvulas, cresce. Torna-se assim uma doença cada vez mais frequente nas enfermarias de Medicina Interna (MI), devendo o internista estar a par das últimas atualizações e oferecer aos seus doentes os melhores cuidados possíveis numa doença com uma taxa de mortalidade ainda tão elevada.

Objetivo: Avaliar o cumprimento das recomendações de 2015 da European Society of Cardiology (ESC) para o tratamento de EI, em particular as colheitas de sangue como estratificador de risco, as alterações na antibioterapia (ATBT) e o tratamento dentário em todos os doentes.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo conduzido num centro hospitalar central português. Colheita com recurso aos registos informáticos do doente relativos ao período. A população-alvo do estudo foram os últimos 50 doentes internados codificados no sistema hospitalar como EI, correspondente ao período entre 11/2016 e 03/2018. Características da população: 58% sexo masculino, mediana de idade 68,5 anos, 64% com múltiplas comorbilidades (4 ou mais patologias), 70% internados em enfermarias de MI, mediana de duração de internamento de 45 dias. Características da doença: 92% EI de lado esquerdo, 82% em válvulas nativas (VN), 30% por *Streptococcus* orais e 30% por *Staphylococcus* spp., manifestações extra-cardíacas em 32%, taxa de mortalidade durante o internamento atingiu os 38%, ascendendo aos 44% se contabilizada a a mortalidade até 1 ano após EI.

Resultados: Apenas 1 doente colheu hemoculturas (HCs) 48 horas a 72 horas após o início da antibioterapia (ATBT), ao passo que 10% realizam no fim do curso (não havendo recomendação para tal). Somente 24% dos doentes foram avaliados por estomatologia.

Relativamente ao uso de aminoglicosídeos e as alterações nas últimas recomendações, os resultados são discordantes consoante a bactéria isolada. No caso dos 11 doentes com infeção em VN por *Staphylococcus aureus* sensíveis a meticilina,

um aminoglicosídeo foi usado em 45% dos casos, ao contrário do atualmente recomendado. Contudo, dos 5 doentes infetados com *Streptococcus gallolyticus*, nenhum realizou aminoglicosídeo, o que vai em linha com as recomendações mais recentes.

Conclusões: A mortalidade geral dos doentes com EI apresenta-se muito elevada, e apesar de ser necessário ter em contas outras características (idade do doente, comorbilidades, manifestações associadas, organismo causador), devem ser seguidas as medidas que demonstraram um impacto positivo na gestão da doença. A adequação de antibióticos, e iatrogenia causada por estes, e uma concreta estratificação da doença que nos permitam estabelecer desde cedo a prioridade cirúrgica são duas medidas a ter em conta no tratamento. Como prevenção da doença, é imprescindível uma boa higiene bucal, bem como uma reavaliação das indicações de profilaxia.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno B 9:15 - 10:45

CO064

202 ESTUDO DESCRITIVO SOBRE A PREVALENCIA DA DOENÇA CARDIOVASCULAR, CONTROLO DOS SEUS FATORES E ESTIMAÇÃO DE RISCO NOS DOENTES DE MEDICINA INTERNA.

Francisco da Mata Alves, Laura Rueda Carrasco, Isabel Arvanas Serrano, Julia González Granados, Aurelia Elena Fuentes Caraballo, Beatriz Guerrero Sanchez, Raquel Rostro Galvéz, Rafael Aragón Lara, Jorge Manuel Romero Requena.

Complejo H. Universitario de Badajoz.(Espanha)

OBJECTIVO PRINCIPAL – Estudar a prevalência dos factores de risco cardiovascular (FRCV) (modificáveis e não modificáveis) e da doença cardiovascular (DCV).

SECUNDÁRIOS: 1) Conhecer a aplicabilidade das tabelas de estimação de risco 2) Determinar o risco de incidência de eventos CV aos 10 anos.

Estudo observacional descritivo em que se incluem 110 doentes do Serviço de Medicina Interna na primeira semana de Maio de 2018, excluindo-se aqueles dados de alta de forma voluntária ou por falecimento. Para a selecção, utilizámos a história clínica electrónica da base de dados do Servicio Extremeño de Salud e para a análise estatística SPSS®. Para a estimação de risco CV utilizámos as tabelas de SCORE até aos 65 anos e as tabelas de SCORE O.P. em > 65 anos.

RESULTADOS: Incluímos a 110 doentes (49 mulheres) entre os 19 e os 97 anos de idade

(média de 73 anos), dos quais 71 diagnosticados de hipertensão arterial (76% com bom controlo segundo as atuais guias clínicas), 60 com o diagnóstico de dislipidemia (56% com bom controlo), 47 com o diagnóstico de diabetes mellitus (66% com bom controlo), 28 com antecedentes de hábito tabágico dos quais 54% actualmente ex-fumador. Se assumimos como factor de risco não modificável em relação com a idade e sexo às mulheres maiores de 55 anos e aos homens maiores de 45 anos, observamos que 83,8% dos nossos doentes apresenta um aumento de RCV.

39% apresentou, pelo menos, um episódio de DCV major (síndrome coronário agudo, enfarto agudo de miocárdio, acidente cerebro-vascular acidente isquémico transitório ou aneurisma de aorta) e 6% apresentou, pelo menos, um episódio minor (doença arterial periférica ou angina de peito). 27% tem um filtrado glomerular estimado (FGE entre 30 e 60 mL/min (o que representa um fator de alto RCV) e um 10% um FGE < de 30 mL/min o que constitui um fator de muito alto RCV. Acerca da estimação de risco, segundo as tabelas de SCORE e SCORE O.P., 61% dos nossos doentes tem uma probabilidade >10% de apresentar um evento CV fatal, aos 10 anos, e somente um 16% uma probabilidade menor de 5%. Em relação às comorbilidades que aumentam o RCV (como são a insuficiência cardíaca, a fibrilação auricular, a doença pulmonar crónica, cancro e as doenças auto-imunes), 77% dos nossos doentes apresenta, pelo menos, uma delas.

A maioria dos doentes de medicina Interna apresenta, pelo menos, um factor que aumenta o RCV, e que a maior idade maior número de factores e prevalência de DCV. Devemos reconhecer o bom controlo de FRCV modificáveis nos nosso doentes. Provavelmente pelo perfil do doente de Medicina Interna, a sua idade média e a pluripatologia, era de esperar estes resultados nas tabelas de estimação de risco.

CONCLUSÕES De maneira geral, existe bom controlo dos FRCV modificáveis. Por outro lado, considerando os resultados obtidos com respeito à estimação de RCV, seria interessante realizar seguimento temporal para determinar incidências de DCV e evolução no controlo de FRCV e restimação de RCV.

24 DE MAIO DE 2019**Sala Neptuno B 9:15 - 10:45****CO065****1491 PREDITORES DE MORTALIDADE DE ENDOCARDITE INFECCIOSA – A EXPERIENCIA DE UM CENTRO TERCIARIO:**

Alexandra Briosas, André Esteves, Ana Rita Pereira, Ana Marques, Sofia Alegria, Daniel Sebaiti, Ana Broa, Ines Cruz

Hospital Garcia de Orta

Introdução

Apesar dos avanços da medicina, a endocardite infecciosa (EI) ainda é uma das principais causas de morbimortalidade em doentes com doença valvular cardíaca.

Objetivo: Caracterização da população com EI nos últimos 12 anos (2006-2017) num hospital terciário, assim como identificação de fatores preditores de mortalidade.

Métodos: Estudo retrospectivo de centro único que incluiu doentes (dts) com EI durante os últimos 12 anos (2006-2017). Foi realizada análise uni e multivariada para determinar os fatores independentes de mortalidade.

Resultados: Incluídos 174 dts, 75% (n=131) do sexo masculino, com idade média de 61 ± 16 anos. De antecedentes pessoais relevantes, 41,3% (n= 75) tinham doença valvular prévia, sendo a doença degenerativa a etiologia mais comum (24,4%). 54% tinham hipertensão arterial, 25,3% insuficiência cardíaca (IC) prévia, 12,8% tinham infeção por HIV e 9,3% tinham antecedentes de neoplasia.

À admissão, 58,3% (n=98) apresentavam sintomas constitucionais e 53,5% sopro na auscultação (n=91). Ocorreu EI de válvula nativa em 74,1% dos casos (n=129), sendo a válvula aórtica a mais afectada (54%, n=94). No exame microbiológico, o agente isolado mais frequente foi o *Staphylococcus aureus* (24,7%, n= 43), seguido do *Enterococcus* (12,1%) e do *Streptococcus viridans* (11,5%). 20,1% dos casos não houve isolamento. A principal alteração ecocardiográfica foi a presença de vegetação identificável (89,4%).

Durante o internamento, a principal complicação desenvolvida foi a insuficiência cardíaca (42,1%), seguida das complicações valvulares locais (35,7%), nomeadamente a destruição valvular (21,2%) e a presença de abscesso (14,3%). Existiram complicações embólicas em 33,9% dos casos. Um terço dos doentes (33,9%) foi submetido a intervenção cirúrgica.

A taxa de mortalidade foi de 29,9% e choque séptico foi a principal causa de morte (35,6%).

Houve uma associação entre a mortalidade hospitalar e a presença de insuficiência cardíaca prévia (p=0,003), infeção por *Staphylococcus aureus* (p=0,048) ou agentes do grupo *Streptococcus* (p= 0,014), nomeadamente, *Streptococcus viridans* (p=0,039), com os dias de internamento (p=0,001), presença de abscesso perivalvular (p=0,007), disfunção do ventrículo esquerdo (VE) (p=0,012), evolução em IC (p<0,001) ou choque séptico (p< 0,001) e tratamento médico apenas (p<0,001). Foram fortes preditores de mortalidade hospitalar os dias de internamento (OR: 0,96, IC 95% 0,93- 0,98, p=,001), presença de disfunção do VE (OR: 5,95, IC 95% 1,3-25, p=0,017), evolução em IC (OR: 4,2, IC 95% 1,4-12,7, p=0,009) ou choque séptico (OR:12,7, IC 95% 3,5 – 45,1, p< 0,001) e tratamento médico exclusivo (OR, 0,052, IC 95% 0,011 – 0,243, p< 0,001).

Conclusão: A EI associa-se a elevada morbimortalidade hospitalar. Para a população observada, os preditores de mortalidade foram maioritariamente clínicos, sendo que o tratamento cirúrgico desempenha um importante papel protetor.

24 DE MAIO DE 2019**Sala Neptuno B 9:15 - 10:45****CO066****1516 CARACTERIZACAO DA POPULACAO COM ENDOCARDITE INFECCIOSA E A SUA EVOLUCAO AO LONGO DOS ANOS.**

Alexandra Briosas, Andre Esteves, Ana Rita Pereira, Ana Marques, Sofia Alegria, Daniel Sebaiti, Ana Broa, Ines Cruz

Hospital Garcia de Orta

Introdução

Apesar dos avanços da medicina, a endocardite infecciosa (EI) ainda permanece uma das principais causas de morbilidade e mortalidade nos doentes com patologia valvular.

Objetivo: Caraterização da população com EI ao longo de 12 anos (2006-2017) e avaliação das alterações no que diz respeito a epidemiologia e outcomes desfavoráveis (morbilidade e mortalidade) ao longo dos anos.

Métodos: Estudo retrospectivo que incluiu doentes (dts) com EI nos últimos 12 anos. Para avaliação das alterações sofridas ao longo dos anos, dividiu-se a população em dois grupos: grupo 1 incluía doentes de 2006 até 2011 e o grupo 2 incluía doentes de 2012 até 2017.

Resultados: Incluídos 174 dts, 75% (n=131) do sexo masculino, com idade média de 61 ± 16 anos. De antecedentes revelantes, 41,3% (n= 75) tinham doença valvular prévia, 54% tinham hipertensão arterial (HTA), 25,3% insuficiência cardíaca (IC), 13,8% doença pulmonar (DP), 20,2% doença hepática (DH) e 12,8% tinham infecção por HIV.

À admissão, 53,5% tinham sopro à auscultação (n=91) e 47,9% apresentavam anemia. Ocorreu EI de válvula nativa em 74,1% dos casos (n=129), sendo a válvula aórtica a mais afetada (54%, n=94). O agente isolado mais frequente foi o *Staphylococcus aureus* (24,7%, n= 43), sendo que em 20,1% não houve isolamentos. Durante o internamento, a principal complicação desenvolvida foi a insuficiência cardíaca (42,1%), e existiram complicações embólicas em 33,9% dos casos. A taxa de mortalidade foi de 29,9%.

Comparativamente ao grupo 1, o grupo 2 apresentou maior incidência de HTA (63% vs 39,4%, $p=0,002$) mas menos comorbidades, tais como: DP (9,3% vs 21,2%, $p=0,027$), DH (12,1% vs 33,3%, $p= 0,001$) ou infecção por HIV (8,5% vs 19,7%, $p=0,032$).

À admissão, a maioria dos dts do grupo 2 apresentaram anemia (66% vs 19,7%, $p<0,001$), não havendo diferenças relativamente à presença de febre ou sopro na auscultação. Ainda assim, parece haver uma tendência estatística para que estes dts não apresentem sopro como manifestação inicial.

Apesar de não haver diferenças no que diz respeito ao tipo ou localização da válvula afetada, houve um menor número de casos associados a válvulas protésicas implantadas há menos de 1 ano (6,8% vs 36,8% $p=0,006$) nos dts do grupo 2. O *S. aureus* permaneceu o principal agente isolado em ambas as populações.

Relativamente à morbilidade, verificou-se uma diminuição das complicações por insuficiência cardíaca (32,4% vs 57,6%, $p=0,001$) e por embolização (27,6% vs 43,9%, $p=0,028$), nomeadamente cerebral (40,5% vs 76,9%, $p= 0,022$), nos dts do grupo 2. Contudo, não houve redução na mortalidade a longo prazo.

Conclusão: Para a população estudada, não existiram alterações clínicas ou epidemiológicas significativas ao longo dos anos. Apesar da mortalidade permanecer inalterada, houve uma menor incidência de complicações a longo prazo, nomeadamente por IC ou embolização, alertando-nos para a importância cada vez maior do diagnóstico e tratamento precoce na prevenção de complicações.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno A 9:15 - 10:45

CO103

1318 LEVOSIMENDAN EM PULSOS NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÓNICA AVANÇADA: RESULTADOS PRELIMINARES

Rita Homem, Sofia Furtado, Joana Maurício, Sérgio Maltês, Ana Rita Santos, Inês Felizardo Lopes, Susana Quintão, Juliana Campos, Catarina Bastos, Catarina Rodrigues, Inês Araujo, Luis Campos, Cândida Fonseca
Hospital São Francisco de Xavier

Introdução

O levosimendan é um fármaco inodilatador que tem vindo a ser utilizado na insuficiência cardíaca crónica avançada (ICCA), em regime ambulatorio (Hospital de Dia) ou em internamento, com intuito paliativo ou como ponte para o transplanta cardíaco. Três ensaios controlados (LevoRep, LION-HEART, LAICA) mostraram resultados promissores com ciclos intermitentes de levosimendan nestes contextos.

Objetivo: Avaliar a eficácia da administração intermitente de levosimendan na melhoria da sintomatologia, capacidade funcional e evolução da insuficiência cardíaca/morbilidade em doentes com ICCA.

Material e Métodos: Estudo prospetivo sobre a utilização de levosimendan em doentes com ICCA, em pulsos de 6 horas, a cada 2 semanas, em regime de Hospital de Dia. Critérios de inclusão: fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) < 35%; terapêutica médica otimizada; classe NYHA III/IV; descompensações frequentes (≥ 1 nos últimos 6 meses (M)) sem fator precipitante identificado; ter previamente realizado perfusão de levosimendan durante 24h em internamento sem reacções adversas; Critérios de exclusão: obstrução grave do trato de saída do ventrículo esquerdo ou patologia valvular não corrigida com compromisso hemodinâmico significativo; pressão arterial sistólica < 80mmHg. Outcomes avaliados: capacidade funcional através de prova de marcha de 6 minutos (PM6M) aos 0, 3 e 6M; classe funcional de NYHA e NT-proBNP, em todos os pulsos.

Resultados: Apresentamos os resultados preliminares do estudo, 36 administrações de levosimendan em 3 doentes incluídos desde Julho de 2018, que apresentam evolução favorável: 1) Homem de 63 anos com cardiopatia isquémica com FEVE 35%, a aguardar transplante cardíaco. Aos 0M: NYHA III, NT-proBNP 8000pg/mL, PM6M 128m; aos 3M: NYHA II, NT-proBNP 1550pg/mL, PM6M 159m; 6M: NYHA II, NT-proBNP 1654pg/mL (redução de 79% em comparação com o valor

inicial); PM6M 182m. 2) Homem de 82 anos com cardiopatia isquêmica em fase dilatada com FEVE 30%. Aos 0M: NYHA III, NT-proBNP 1634pg/mL; PM6M 190m; aos 3M: NYHA I, NT-proBNP 624pg/mL; PM6M 369m. Aos 6M: NYHA I, NT-proBNP 733pg/mL (redução de 55% em comparação com o valor inicial); PM6M 422m. 3) Homem de 67 anos com cardiopatia isquêmica com FEVE 13%. Aos 0M: NYHA III, NT-proBNP 11383pg/mL; PM6M 285m. Aos 3M: NYHA III, NT-proBNP 8430pg/mL (redução de 26% em comparação com o valor inicial); PM6M 270m (ainda não completou os 6M de tratamento). Não ocorreram efeitos adversos.

Conclusões: A administração de pulsos de levosimendan, em regime de ambulatorio, foi eficaz e segura. Melhorou a capacidade funcional avaliada pela NYHA e PM, aos 3 e 6M, de doentes com ICCA sob terapêutica médica otimizada, concomitante com uma redução no valor de NT-proBNP, marcador rebusto de prognóstico nestes doentes.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno A 9:15 - 10:45

CO104

2039 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: ETIOLOGICAMENTE FALANDO

Adriana Quitério, Hugo Costa, Teresa Silva, Ana Baptista, Eva Lourenço

Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Hospital de Faro

Introdução

A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica causada por uma doença cardíaca com repercussão no débito e/ou pressões intracardíacas aumentadas. A existência de comorbilidades condiciona a etiologia e esta tem relação com a caracterização da fracção de ejeção (FE), podendo ter influência na morbi-mortalidade.

Objectivos: Determinar o número de doentes internados por IC agudizada (crónica ou de novo) num dia nos serviços de Medicina Interna de um hospital central. Caracterizar a população e patologia quanto à FE, etiologia e comorbilidades, bem como a morbi-mortalidade.

Método: Estudo retrospectivo analítico descritivo com colheita de dados 15 dias após a referida data. Criados 4 grupos com base na FE documentada por ecocardiografia: IC-FEp- FE preservada (>50%); IC-FEmr- FE moderadamente reduzida (40-49%); IC-FEr- FE reduzida (<40%); IC-FEd- FE desconhecida. Aferida a etiologia [hipertensiva (HTA), valvular (VAL), arritmica (ART), isquémica (ISQ), desconhecida (DES)], as comorbilidades [Diabetes Mellitus (DM),

hipertensão arterial (Hta), anemia, patologia respiratória crónica (PRC), doença renal crónica (DRC), fibrilhação auricular (FA)] pela verificação dos processos clínicos e a morbi-mortalidade através dos estadios funcionais da New York Heart Association (NYHA) e registos de óbito.

Resultados: Identificados 50 doentes de um universo de 188 com idades compreendidas entre 58 e 96 anos (média de 82), sendo 52% do sexo feminino. Entre estes, 30% apresenta IC-FEp, 6% IC-FEmr, 20% IC-FEr, 44% IC-FEd. No grupo IC-FEp 53% apresenta 3 comorbilidades (86% Hta; 46% Anemia, 40% PRC, 33% DM, 30% FA, 13% DRC) sendo descrita cardiopatia combinada (HTA+VAL) em 53% e ART em 26%, NYHA III em 40% e 13% de mortalidade. IC-FEr registou 3 comorbilidades em 40% dos doentes (60% Hta; 40% DM; 20% Anemia, 20% FA, 20% DRC, 10% PRC) com cardiopatia ISQ em 70% e 20% ART, NYHA II em 60%, não registando óbitos. No IC-FEd, 31% apresenta 3 comorbilidades (59% Hta, 36% DM, 36% FA), 45% com etiologia desconhecida, 72% com NYHA desconhecido, sendo que se registou 27% de mortalidade.

Conclusões: IC-FEp registou o maior número de internamentos por agudização com FE caracterizada, mais comorbilidades (destacando-se a Hta) e etiologia combinada (HTA + VAL) mais frequente, registando maior morbi-mortalidade. Por outro lado, o grupo IC-FEr verificou um menor número de comorbilidades (no entanto maior frequência de DM) com cardiopatia isquémica na maioria. Hta e DM são frequentes e relacionam-se com a progressão da IC tornando-se imprescindível o controlo dos fatores de risco modificáveis. Salienta-se que IC-FEd engloba um grande número de doentes, com etiologia desconhecida, estadio funcional da NYHA desconhecido e com mortalidade elevada. Será essencial um maior cuidado na avaliação e rigor nos registos clínicos, já que poderá ter impacto no tratamento e prognóstico.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno A 9:15 - 10:45

CO105

2040 GUESS WHO'S BACK: RE-ADMISSÕES POR INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Adriana Quitério, Hugo Costa, Teresa Silva, Ana Baptista, Eva Lourenço

Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Hospital de Faro

Introdução

De acordo com vários estudos, a Insuficiência Cardíaca é a causa mais comum de hospitalização

em doentes acima dos 65 anos sendo que a necessidade de recorrer ao serviço de urgência (SU) e internamento por descompensação está relacionada com despesas de saúde, qualidade de vida e prognóstico. O tratamento e correta abordagem desta síndrome poderá diferir de acordo com a sua caracterização e etiologia.

Objetivos: Determinar o número de internamentos por insuficiência cardíaca agudizada (crónica ou de novo) num dia nos serviços de Medicina Interna (MI) de um hospital central. Caracterizar a população e patologia (fração de ejeção – FE), avaliar as causas de agudização, número de admissões ao SU e internamentos durante o último ano, bem como a mortalidade.

Métodos: Estudo retrospectivo analítico descritivo com colheita de dados 15 dias após a referida data. Criados 4 grupos com base na FE documentada por ecocardiografia ou ausência de registo desta: IC-FEp- FE preservada (>50%); IC-FEmr- FE moderada (40-49%); IC-FEr- FE reduzida (<40%); IC-FEd- FE desconhecida. Foi aferido o número de admissões no SU e internamentos por IC agudizada durante o ano anterior à data estabelecida e a mortalidade através dos registos de óbito.

Resultados: Identificados 50 doentes de um universo de 188 com idades compreendidas entre 58 e 96 anos (média de 82), sendo 52% do sexo feminino. Entre estes, 30% apresenta IC-FEp, 6% IC-FEmr, 20% IC-FEr, 44% IC-FEd. No total, verificaram-se 90 admissões no SU por agudização da IC (média de 1.8 admissões/doente e 52% com pelo menos 2) registando-se maior frequência nos doentes de IC-FEd e IC-FEp (33% cada). Ocorreram 70 internamentos (média de 1.4 internamentos/doente e 32% com pelo menos 2) com duração média de 14,5 dias, dos quais 37% corresponderam a IC-FEd e 31% IC-FEp. Das causas de agudização, 51% de admissões ao SU e 65% de internamentos ocorreram em contexto de infeções, a maioria com foco respiratório. Dos internamentos, 15% ocorreram por complicações das comorbilidades (anemia; enfarte agudo do miocárdio; acidente vascular cerebral; crise hipertensiva; trombo-embolismo pulmonar), 14% por progressão da doença de base e 3% por incumprimento terapêutico. Quanto à mortalidade, 18% dos doentes faleceram, dos quais 67% correspondiam a IC-FEd e 22% a IC-FEp.

Conclusões: A descompensação da IC foi responsável por cerca de 1/3 de todos os internamentos em MI no período avaliado, sendo que 1/3 destes terá tido outro internamento no último ano pelo mesmo motivo. Das causas de agudização, a maioria corresponde a infeções respiratórias, tornando-se premente a profilaxia através da vacinação anti-gripal e pneumocócica. Verificaram-se mais recorrências ao SU, internamentos e mortalidade associada nos grupos IC-FEp e IC-FEd. Tendo em conta que IC-FEd corresponde a patologia não

caracterizada, a correta classificação deverá fazer parte da abordagem do clínico, pois poderá ter impacto no tratamento e prognóstico.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno A 9:15 - 10:45

CO106

1826 DECONGESTION THERAPY: DOES IT DIFFER FROM DISCHARGE TO USUAL LIFE CONDITIONS AND AMONG HEART FAILURE PATIENTS?

Francisco Pulido Adragão, Inês Nabais, Ines Lopes da Costa, Inês Egídio, Patricia Moniz, Luis campos, Inês Araujo, Cândida Fonseca

Clínica de Insuficiência Cardíaca, Hospital S. Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Introduction: Most decompensations of heart failure (HF) are due to congestion. At discharge from hospitalization patients are supposed to be in their dry weight, as congestive signs at this time are a predictor of rehospitalizations and mortality. Although most times euvolemic state is obtained during hospitalization, ambulatory habits and lifestyle diverge from hospital conditions, and medication might need to be adjusted.

Objective: To evaluate the adequacy of the prescribed diuretic dose at discharge on ambulatory conditions at reassessment after 2 weeks (average), and if there are differences on the diuretic dose among ejection fraction groups.

Methods: Retrospective study of consecutive hospitalizations due to decompensated HF in an Acute Heart Failure Unit (AHFU) over one year, between November 2017 and October 2018, examining hospital databases. Patients who were reassessed in a period of 30 days in Day Hospital (DH) were selected, and diuretic therapy changes were assessed.

Results: Of 162 patients discharged directly from the AHFU, 142 (87,7%) were referred to DH reevaluation; of these, 29 didn't attend to the booked appointment, with a final population of 113 patients. The mean time to reassessment was 12 days, with 37 (32,7%) patients needing to increase diuretic dose at this time due to congestion (average of 3,6 kg weight increase) – 81,0% needed to increase loop diuretic dose, 45,9% thiazidic-like and 8,1% mineralocorticoid receptor antagonists (MRA). 70,2% of them were with sequential nephron blockage. 51,4% patients needed endovenous diuretic administration in the first evaluation and 3 were rehospitalized before 30 days after discharge due to decompensated HF. Out of 76 patients that didn't need diuretic adjustment in their visit, only 2 were readmitted in 30 days due to decompensated

HF. 31% of non-reduced ejection fraction (non-HFrEF) needed diuretic adjustment and 34,5% of reduced ejection fraction (HFrEF) needed it as well.

Conclusion: Nearly a third of patients reevaluated at DH needed diuretic adjustment at the first visit, with no difference between HFrEF and non-HFrEF. This supports the importance of early reevaluation after discharge for therapy readjustment, preventing future readmissions. In our experience, reevaluation at 12 days allowed not only adjustment of oral diuretic dose but also administration of IV diuretic, preventing 84,2% rehospitalizations. Diuretic doses at discharge might be appropriate for in-hospital setting, but commonly not enough at ambulatory environment. Future studies should be directed to the increase of diuretic dosage at discharge in order to prevent early readmissions and mortality.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno A 9:15 - 10:45

CO107

2067 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Leticia Santos, Jorge Lopes, Catarina Valadão, Catarina Bekerman

Hospital Garcia de Orta

OBJETIVO:

A Insuficiência Cardíaca (IC) é um dos diagnósticos mais prevalentes na enfermagem de Medicina Interna. O motivo de descompensação é um dos aspetos fulcrais para a abordagem do doente em internamento e para a prevenção de novo episódio após a alta.

MATERIAL E MÉTODOS:

Foram revistos, de forma retrospectivo, os doentes internados em 2018 num Serviço de Medicina Interna com o diagnóstico principal ou secundário de IC descompensada e analisadas as etiologias da descompensação, NT-proBNP e Fração de Ejeção (FE) avaliada por ecocardiografia.

Foram contabilizadas um total de 5 co-morbilidades, incluindo doença renal crónica, neoplasia, doença pulmonar obstrutiva crónica, doença cerebrovascular e a presença de pelo menos um fator de risco cardiovascular.

RESULTADOS:

Dos 108 doentes incluídos, 72% pertencia ao género feminino, 74% possuía idade superior a 65 anos (com idade média estimada de 81 anos) e 69% apresentava pelo menos 2 das 5 co-morbilidades.

Da avaliação ecocardiográfica, 50% apresentava-se com FE preservada, 23% com FE deprimida e 10% com FE intermédia. Os restantes 16% dos doentes ou apresentava FE não quantificada por limitação técnica ou não realizaram ecocardiografia até à data da redação desta casuística.

O valor do NT-proBNP em 49% dos doentes apresentava-se inferior a 5.000 pg/mL e em 44% superior a 5.000 pg/mL. Em 6% dos doentes, o seu valor não foi quantificado.

Relativamente às causas de descompensação, apenas em 18% dos doentes foi objetivada etiologia única, sendo os diagnósticos mais prevalentes as causas infecciosas em 48%, as arritmias e a anemia, ambas em 40%. Outras etiologias identificadas foram o edema agudo do pulmão hipertensivo, o Síndrome Coronário Agudo, o incumprimento terapêutico ou sobrecarga hídrica, o tromboembolismo pulmonar e as alterações da função tiroideia.

CONCLUSÕES:

A IC é uma síndrome clínica causada por uma anomalia estrutural e/ou funcional cardíaca, condicionando uma diminuição do débito cardíaco e/ou um aumento das pressões intracardíacas. A maioria dos doentes com o diagnóstico de IC descompensada revistos apresentava etiologia múltipla para a descompensação e FE preservada.

Verifica-se que a maioria dos doentes internados num serviço de Medicina Interna são idosos com múltiplas co-morbilidades, sendo a sua otimização fundamental na prevenção da descompensação da IC.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno A 9:15 - 10:45

CO108

728 SACUBITRIL/VALSARTAN DO PARADIGM-HF À PRÁTICA CLÍNICA NA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

Mariana da Cruz, Nuno Zarcos Palma, Gisela Vasconcelos, Lígia Santos, Margarida Cruz, Inês Oliveira, Ricardo Meireles

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Introdução

Sacubitril/valsartan é responsável por dupla modulação neuro-hormonal: bloqueia o sistema renina angiotensina-aldosterona (SRAA) e inibe a nepriliasina (ARNi). O doente idoso com pluripatologia seguido em Consulta Externa (CE) de Medicina Interna (MI), está pouco representado no PARADIGM-HF.

Objectivo: Caracterização da população e avaliação do perfil de segurança/eficácia do sacubitril/valsartan na prática clínica.

Métodos: Estudo longitudinal prospectivo observacional, iniciado em Dezembro de 2017. Incluídos pacientes seguidos em CE de IC de MI que iniciaram terapêutica com ARNi. O protocolo regista a caracterização do doente e avaliação do perfil do fármaco.

Resultados: Durante 15 meses foram observados 99 doentes com IC, num total de 164 consultas. Foi introduzido ARNi em 13%, em ambulatório. 53,8% mulheres, idade média 77,1 $\pm$ 9,2 anos. Peso médio de 67.0 $\pm$ 5.3 Kg. Katz médio de 5,6 $\pm$ 0.4. Quanto a comorbilidades: HTA em 92%, dislipidemia em 85%, DM2 em 53,8%, obesidade grau 1 em 46%, hiperuricemia em 69%, SAOS em 7.7%, síndrome demencial ligeiro em 23.1%, anemia em 46%, ferropenia em 69%. FA permanente em 38%, todos eles hipocoagulados com anticoagulantes orais directos (NOAC). Relativamente à etiologia da IC, multifactorial em alguns casos: 5 isquémica, 8 hipertensiva, 3 valvular, 1 etanólica. Quanto à classificação morfológica a FEVE média é 29,8 $\pm$ 6,5%. A terapêutica médica encontrava-se optimizada em todos os doentes: iECA/ARAII (dose equivalente <5mg de ramipril em 84,6%, e >5mg em 15,4%), 100% BB, 92,3% ARM. A dose de introdução foi 24/26mg em 11 doentes e 49/51mg em 2. Neste trabalho analisamos 10 doentes que completaram o seguimento até dose máxima tolerada. Tempo médio de seguimento de 9.4 meses. Metade da amostra tolerou a dose máxima 97/103mg, 4 doentes 49/51mg, e apenas um 24/26mg, o fator limitante foi em todos eles o perfil tensional. A média de eGFR(MDRD) prévia ao internamento foi 57,69 $\pm$ 26.5 mL/min/1.73m², e no final foi 67.16 $\pm$ 17,9 mL/min/1.73m², a média de potássio sérico manteve-se inalterada (4.6mmol/L). Simultaneamente a classificação funcional NYHA média diminui 0.7. Não houve necessidade de suspensão do fármaco. Um doente teve agudização da função renal com necessidade de internamento dada a sobreposição com ARAII. No período analisado, não se registou nenhum óbito.

Conclusão: Na CE de MI de IC os doentes são mais idosos e com mais comorbilidades que no PARADIGM-HF. A eficácia do fármaco está patente na redução de classe funcional NYHA. Foi verificada apenas 1 intercorrência. Não houve óbitos, em contraste com uma mortalidade expectável de 12%. A segurança fica comprovada com aumento dos níveis de eGFR (MDRD) e sem hipercaliemia. O factor limitante para titulação foi a hipotensão. Os autores concluem que o fármaco é seguro e eficaz em doentes idosos com pluripatologia e polimedicados.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno A 9:15 - 10:45

CO109

405 UTILIZAÇÃO DE CARBOXIMALTOSE FÉRRICA ENDOVENOSA EM DOENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRACÇÃO DE EJECCÃO INTERMÉDIA E PRESERVADA

André Rosa Alexandre, Jácome Morgado, Inês Rodrigues, Luís Landeiro, Vanessa Carvalho, Pedro Morais Sarmento
Serviço de Medicina Interna, Hospital da Luz - Lisboa, Lisboa, Portugal

INTRODUÇÃO

A deficiência de ferro é prevalente nos doentes com insuficiência cardíaca (IC) independentemente da fracção de ejeccção, agravando o seu prognóstico por limitar a capacidade funcional, deteriorar a qualidade de vida e aumentar a mortalidade. As guidelines actuais preconizam a identificação e correcção da ferropénia no tratamento dos doentes com IC com fracção de ejeccção reduzida. No entanto, são desconhecidos os efeitos da sua correcção no contexto de IC com fracção de ejeccção intermédia (FEint) ou preservada (FEp).

OBJECTIVO

Caracterizar o impacto da correcção da ferropénia com carboximaltose férrica endovenosa (CMF) em doentes com IC FEint ou IC FEp sintomática.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudámos uma coorte retrospectiva de doentes submetidos a correcção de ferropénia absoluta (ferritina sérica <100 mcg/L) ou funcional (ferritina sérica 100-299mcg/L e saturação de transferrina <20%) com 1g de CMF através da consulta dos registos clínicos electrónicos do nosso Hospital de 2015 a 2018. Seleccionámos para análise os doentes com IC FEint (40-49%) ou IC FEp (>=50%) sintomática, recolhendo dados demográficos, carga de co-morbilidades associadas, classe funcional da New York Heart Association (NYHA) e nível sérico de NTpro-BNP. Comparámos as variáveis referidas antes do tratamento e após 3 meses de seguimento com recurso aos testes t de Student e Mann-Whitney.

RESULTADOS

Identificámos 54 doentes com IC FEint ou IC FEp sintomática (NYHA>I) tratados com CMF. A idade média observada foi de 82,9 $\pm$ 7,1 anos, tendo predominado o género masculino (53,7%). As comorbilidades mais frequentes foram a hipertensão arterial (69%), a doença renal crónica (67%) e a fibrilhação auricular (65%). A presença de cardiopatia isquémica foi identificada em 24%

dos doentes. As neoplasias gastrointestinais e a doença péptica foram pouco prevalentes (15% e 11%, respectivamente). A medicação crónica com antiagregantes plaquetares e/ou anticoagulantes foi identificada em 90,7% dos doentes. A maioria dos doentes tinha ferropénia absoluta (83%), sendo 72,2% dos doentes anémicos com uma hemoglobina média de $11,0 \pm 2,1$ g/dL. A média do nível sérico de NTpro-BNP antes do tratamento com CMF foi de 6491 pg/mL, reduzindo para 5048 pg/mL três meses após o tratamento. Inicialmente 52% dos doentes encontravam-se em classe NYHA II, 44% em NYHA III e 4% em NYHA IV. Três meses após o tratamento com CMF identificámos 61% dos doentes em NYHA II e 39% em NYHA III. Estas tendências de redução no nível de NTpro-BNP ($p=0,62$) e da classe da NYHA ($p=0,27$) três meses após o tratamento não atingiram significância estatística.

CONCLUSÕES

As tendências de redução do nível de NTpro-BNP e melhoria da classe funcional da NYHA que identificámos neste estudo poderão indiciar um potencial benefício do tratamento da ferropénia com CMF nos doentes com IC FEint ou IC FEp. São necessários estudos prospectivos aleatorizados com seguimentos mais longos para esclarecimento definitivo desta questão.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno A 9:15 - 10:45

CO110

1535 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E REINTERNAMENTO NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA.

SANTOS PEREIRA, Sílvia¹; HOMEM, Rita¹; LOPES, Joana¹; MEIRELES, Ricardo²; AMARO, Mário¹; SPENCER, Vanda¹.

Hospital Garcia de Orta

INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca é uma doença com elevada prevalência e com tendência a aumentar. Os internamentos e reinternamentos destes doentes estão associados a uma redução da qualidade de vida, ao aumento da morbimortalidade, bem como ao aumento das despesas em saúde. Neste trabalho, pretende-se analisar os internamentos e reinternamento dos doentes internados com o diagnóstico primário de insuficiência cardíaca num serviço de Medicina Interna no período de 12 meses.

MATERIAL E MÉTODOS: Trata-se de um estudo retrospectivo, cujos dados foram obtidos dos programas SCLinic e Alert, usando a codificação

do ICD-9 para insuficiência cardíaca, sendo posteriormente analisados por Excel e SPSS.

RESULTADOS: Houve 1020 doentes internados no serviço de Medicina Interna com o diagnóstico de insuficiência cardíaca num período de 12 meses. Destes, 340 doentes apresentavam diagnóstico primário de insuficiência cardíaca, sendo a média de idade de 80,3 anos. A média de dias de internamento foi de 12,0 dias (total 4084 dias). Houve maior tendência para doentes do sexo feminino (53.3% vs 46.7%).

A taxa de reinternamento foi de 33.5%, verificando-se que são doentes com maior número de comorbilidades (média 4.8 vs 4.4, respectivamente) e com tendência para insuficiência cardíaca com fracção de ejeção reduzida, embora a idade média seja semelhante em ambos os grupos. O tempo de internamento foi mais curto nos reinternamentos do que nos internamentos únicos (11.16 vs 12.44 dias).

Quanto ao seguimento em consulta hospitalar (Medicina Interna vs Cardiologia), verificou-se que os doentes com reinternamentos passaram a ser seguidos em consulta, sendo que a maioria das consultas foram feitas até aos 3 meses após a alta.

A admissão no serviço de urgência também é frequente nos doentes com insuficiência cardíaca, sendo que as idas à urgência nos 30 dias seguintes à data de alta foi superior nos doentes com reinternamentos ($n=53$ vs 8), com uma média anual de 3.4 vs 1.3 episódios de urgência nos doentes reinternados vs doentes sem reinternamentos.

A taxa de mortalidade intrahospitalar foi de 8.8%, sendo que no grupo dos reinternamentos a taxa de mortalidade aos 12 meses foi superior (28.1% vs 15.9%) e aos 30 dias foi inferior (5.3% vs 6.2%) em comparação com os doentes sem reinternamentos.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO: As taxas de reinternamento nos diferentes estudos são muito díspares, tendo em conta a definição de reinternamento não estar uniformizada, podendo variar dos 5% aos 29%. A nossa taxa de reinternamento foi mais elevada dada a abrangência temporal adoptada e também devido à idade e complexidade dos doentes.

São necessários mais trabalhos em Portugal sobre a casuística da insuficiência cardíaca para perceber a verdadeira dimensão dos reinternamentos, de modo a adoptar medidas que visem à sua diminuição e assim obter ganhos em saúde com melhoria na qualidade de vida dos doentes e redução do peso socioeconómico desta entidade.

24 DE MAIO DE 2019**Sala Neptuno A 9:15 - 10:45****CO111****731 SACUBITRIL/VALSARTAN E O BENEFÍCIO NA FUNÇÃO RENAL EM DOENTES DA CONSULTA EXTERNA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

Mariana da Cruz, Nuno Zarcos Palma, Gisela Vasconcelos, Lígia Santos, Margarida Cruz, Inês Oliveira, Ricardo Meireles

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Introdução

Existem interações bidirecionais entre doença cardíaca – Insuficiência cardíaca (IC) - e renal. A redução da taxa de filtração glomerular (eGFR) está associada ao aumento de mortalidade na IC, sendo que nestes doentes a eGFR está frequentemente diminuída e pode agravar com o bloqueio do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA).

Objectivo: Avaliar os efeitos na função renal da terapêutica com sacubitril/valsartan na prática clínica da Consulta externa (CE) de IC da Medicina Interna (MI).

Métodos: Estudo longitudinal prospectivo observacional, iniciado em Dezembro de 2017. Incluídos pacientes seguidos em CE de IC do serviço de MI a quem foi iniciada terapêutica com ARNi. O protocolo regista a caracterização do doente: sexo, idade, peso, perfil tensional, comorbilidades, etiologia de IC, FEVE, terapêutica instituída. Avaliação do perfil do fármaco: variações da NYHA, peptídeos natriuréticos; recurso a cuidados médicos, eGFR (MDRD) e níveis séricos de potássio. Neste trabalho analisamos 10 doentes que completaram o seguimento até dose máxima tolerada.

Resultados: Durante 15 meses foram observados 99 doentes com IC, num total de 164 consultas. Foi introduzido o ARNi em 13% (n=13), a todos eles em regime de ambulatório. 53,8% (n=7) do sexo feminino, idade média de 77,1+/-9,2 anos. Peso médio de 67+/-5.3 Kg. Katz médio de 5,6. Tempo médio de seguimento de 9.4 meses. 50% toleraram 97/103mg, 40% doentes 49/51mg, 10% doentes 24/26mg, o fator limitante foi em todos eles o perfil tensional. A eGFR (MDRD) prévia ao início do tratamento foi 57.6 (80.4-113.2) mL/min/1.73 m², e no final do seguimento foi 61 (80.4-106.7) mL/min/1.73 m², com diferença estatisticamente significativa (95% IC:-18.57 to -0.365; p<0.05]. Não houve alteração na média de potássio sérico (K+ 4.6 mmol/L). Durante o decorrer do estudo houve uma agudização da função renal com necessidade de internamento, em doente com sobreposição de ARAII e ARNi por incumprimento

terapêutico.

Conclusão: Apesar da inibição do SRAA, a terapêutica com sacubitril/valsartan melhora significativamente a eGFR não aumentando os níveis médios de potássio sérico, não havendo assim hipercaliémia (K+>5.5 mmol/L). Desse modo, apesar da presente avaliação ter sido realizada em doentes mais velhos e com mais comorbilidades, as conclusões do PARADIGM HF mantêm-se havendo necessidade de mais estudos sobre a aplicabilidade deste composto na doença renal crónica.

25 DE MAIO DE 2019**Sala Neptuno B 9:15 - 10:45****CO125****17 TRENDS DA PREVALENCIA DA OBESIDADE NA POPULAÇÃO DA ARS NORTE ENTRE OS ANOS DE 2008 E 2018. ASSIMETRIAS URBANAS/RURAIS DESTA PREVALÊNCIA.**

Mário Espiga de Macedo¹; Tiago Taveira-Gomes^{1,2,3,4}, Maria Espirito Santo^{1,5}, Pedro Marques da Silva^{1,6} Rui Cruz Ferreira^{1,7}

1 – Programa Nacional para as Doenças CérebroCardiovasculares da DGS; 2 – USF Covelo, ACES Porto Oriental, ARS Norte; 3 - AI4Health CINTESIS; 4 – IINF

Introdução

A obesidade quer em adultos quer em jovens é já chamada a nova epidemia do século XXI. A ela estão associadas uma cada vez maior prevalências de outros fatores de risco cardiovasculares, como a hipertensão arterial, a diabetes, a dislipidemia, assim das como o enfarte do miocárdio e o acidente vascular cerebral. A melhor efectividade e rentabilidade dos serviços de Saúde, só pode ser obtida com o conhecimento promenorizado e discriminado das populações que trata. Fomos por isso estudar a realidade epidemiológica de toda a população inscrita nas unidades de Saúde da ARS Norte.

Métodos:

Análise retrospectiva da base de dados dos CSP da ARS Norte no ano de 2008 e 2018, com cerca de 3 milhões de utentes com idade superior a 18 anos. Foram calculadas as prevalências controlos de hipertensão arterial (HTA), na população diabética tipo 2 (DM2) com base dos registos biométricos, análises clínicas e prescrições medicamentosas registadas. O controlo da HTA, e DM2 foi calculado de acordo com as recomendações da Sociedade Europeia de Cardiologia.

Resultados:

A prevalência da obesidade variou entre 27,6% no sexo masculino e 38,7% no sexo feminino. Esta maior prevalência no sexo feminino mantém em todos os grupos etários e até à oitava década, em que começa a haver uma prevalência muito semelhante nos dois sexos. O distrito com maior obesidade foi Bragança com 39,8%, e o de menor foi Viana do Castelo com 31,5%. Contudo a análise das prevalências de obesidade nos diferentes conselhos da região Norte revelam enormes assimetrias, de difícil explicação, com elevados valores no nordeste e algumas zonas da bacia do Douro, e valores mais reduzidos no Porto, Braga, Alto e Baixo Tâmega.

Conclusões: o aumento da prevalência da obesidade é uma realidade na região Norte do país e vai aumentando com a idade e sendo sempre mais prevalente no sexo feminino. Existe uma enorme dispersão, a nível conselheiro, desta mesma prevalência que merece um estudo mais aprofundado e que deverá servir de orientação para futuras estratégias de saúde.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno B 9:15 - 10:45

CO128

205 ESTUDO DESCRITIVO SOBRE A PREVALENCIA, TRATAMENTO E CONTROLO DAS DISLIPIDEMIAS NOS DOENTES DE MEDICINA INTERNA.

Francisco da Mata Alves, Beatriz Guerrero Sanchez, Laura Rueda Carrasco, Aurelia Elena Fuentes Caraballo, Isabel Arvanas Serrano, Julia González Granados, Rafael Aragón Lara, Jorge Manuel Romero Requena.

Complejo H. Universitario de Badajoz. (Espanha)

OBJETIVO PRINCIPAL – Estudar as pautas de tratamento hipolipemiantes administradas nos doentes de Medicina Interna e os níveis de controlo alcançados.

SECUNDARIOS: 1) Conhecer a prevalência deste fator de risco cardiovascular (FRCV) nos doentes de Medicina Interna. 2) Determinar se se aplicam as atuais guias de tratamento. 3) Confirmar se se realizam os corretos ajustes de terapêutica domiciliária durante os internamentos nos casos de mal controlo.

MATERIAL E METODOS Estudo observacional descritivo em que se incluem 110 doentes dados de alta do Serviço de Medicina Interna deste hospital na primeira semana de Maio de 2017, excluindo-se aqueles dados de alta de forma voluntária ou por falecimento. Para a seleção, utilizámos a história clínica em formato eletrónico da base de dados do Servicio Extremeño de Salud (JARA®) e para a análise estatística SPSS® (v15.0.1 de 2006).

RESULTADOS: Incluímos 110 doentes, 60 com o diagnóstico de dislipidemia, 28 mulheres e 32 homens (47% y 53%, respetivamente) e com idades compreendidas entre 54 e 92 (média de 75 anos). 36,5% realiza somente tratamento com medidas dietéticas, 45% com estatina, 7,5% com uma associação estatina/ezetimibe e 11% com um fibrato. A média de valores de low density lipoproteins (LDL) foi de 93 mg/dL (13% com níveis > 110 mg/dL), a média de high density lipoproteins (HDL) de 43 mg/dL e média de 136 mg/dL de triglicéridos (4% > de 200 mg/dL). Concluímos que 56% estava dentro dos seus valores objetivo (considerando que 39% apresentavam concomitantemente diabetes mellitus, o que constitui um fator que justifica um controlo ainda mais estrito). Importante referir que, dos doentes mal controlados, um 30% foi devido a HLD fora de rango e 25% devido a hipertrigliceridemia. 50% dos doentes com mal controlo receberam um reajuste de terapêutica domiciliária.

DISCUSSÃO A dislipidemia é um dos principais FRCV e está presente num importante número dos nossos doentes. Podemos considerar que a maioria dos nossos doentes tem um bom controlo deste FRCV. Dos doentes mal controlados, a maioria está associado a um valor baixo de HDL (lipoproteína mais relacionada com actividade física e medidas dietéticas que o LDL), pelo que o seu controlo é mais difícil com a farmacologia atual. A maioria dos nossos recebe um tratamento correto segundo as guias atuais de terapêutica, individualizando sempre que possível segundo as prováveis comorbilidades.

CONCLUSÕES Observamos que a DLP é um FRCV presente num importante número de doentes do nosso serviço e que, de maneira geral, é bem controlada pelos Internistas. Ainda que seria interessante fazer um seguimento temporal para determinar o controlo depois do reajuste de terapêutica e quantificar incidências de complicações.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno B 9:15 - 10:45

CO129

204 ESTUDO DESCRITIVO SOBRE A PREVALENCIA, TRATAMENTO E CONTROLO DE DIABETES MELLITUS NOS DOENTES DE MEDICINA INTERNA.

Francisco da Mata Alves, Aurelia Elena Fuentes Caraballo, Beatriz Guerrero Sanchez, Isabel Arvanas Serrano, Julia González Granados, Laura Rueda Carrasco, Raquel Rostro Galvéz, Jorge Manuel Romero Requena.

Complejo H. Universitario de Badajoz. (Espanha)

OBJETIVO PRINCIPAL – Estudar as pautas de tratamento antidiabético administradas nos

doentes de Medicina Interna e os níveis de controlo alcançados.

SECUNDARIOS: 1) Conhecer a prevalência deste fator de risco cardiovascular (FRCV) nos doentes de Medicina Interna. 2) Determinar se se aplicam as atuais guias de tratamento. 3) Confirmar se se realizam os corretos ajustes de terapêutica domiciliária durante os internamentos nos casos de mal controlo.

MATERIAL E METODOS Estudo observacional descritivo em que se incluem 110 doentes dados de alta do Serviço de Medicina Interna deste hospital na primeira semana de Maio de 2017, excluindo-se aqueles dados de alta de forma voluntária ou por falecimento. Para a seleção, utilizámos a história clínica em formato eletrónico da base de dados do Servicio Extremeño de Salud (JARA®) e para a análise estadística SPSS® (v15.0.1 de 2006).

RESULTADOS: Incluímos 110 doentes, dos quais 47 tinham o diagnóstico de diabetes mellitus (DM), 26 mulheres e 21 homens (55% e 45%, respectivamente), com idades compreendidas entre os 70 e 90 anos (média de idade de 81 anos). 11% realiza somente medidas dietéticas, 19% com Metformina, 38% com associação de Metformina com outro antiabético oral (ADO), 23% com ADO associado a insulina e 9% somente com insulina. A média de hemoglobina glicosilada (HbA1c) foi de 6,78%. Tendo em consideração que as atuais guias de tratamento aconselham níveis de HbA1c < 7%, objetivamos que 66% dos nossos doentes está bem controlado. Dos doentes mal controlados, 75% têm mais de 75 anos e 81% recebeu ajuste da terapêutica domiciliária.

DISCUSSÃO A DM é um dos principais FRCV e uma das principais doenças controladas pelos internistas atualmente. 66% dos nossos doentes tem um bom controlo segundo as guias clínicas atuais mas, considerando que 75% dos doentes mal controlados têm mais de 75 anos e que, novas guias começam a ser menos estritas com o valor objetivo de HbA1c deste grupo de doentes, pelo elevado número de comorbilidades e risco de complicações, podemos considerar que a maioria dos nossos doentes têm um bom controlo deste FRCV, já que 79% deles apresentam HbA1c < 8%.

CONCLUSÕES Observamos que a DM é um FRCV presente num importante número de doentes do nosso serviço e que, de maneira geral, é bem controlada pelos Internistas. Ainda que seria interessante fazer um seguimento temporal para determinar o controlo depois do reajuste de terapêutica e quantificar incidências de complicações.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno D 9:15 - 10:45

CO142

1906 ANÁLISE DOS PRINCIPAIS FATORES DE DESCOMPENSAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

David Campoamor, Josiana Duarte, Isabel Carvalho, Sofia Sobral, Teresa Goes

Unidade Local de Saúde Litoral Alentejano

Introdução:

A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome com elevada prevalência em Portugal, especialmente na população idosa. O prognóstico agrava com cada descompensação da mesma com necessidade de hospitalização. Os fatores que provocam a descompensação são conhecidos. Não entanto, e apesar das terapêuticas disponíveis atualmente, continua a ser uma das causas mais frequentes de internamento nos Serviços de Cardiologia e Medicina.

Objetivos:

Caracterização dos doentes com diagnóstico prévio de IC crónica, internados numa enfermaria de Medicina por IC descompensada.

Material e métodos:

Foi realizado um estudo transversal onde foram avaliadas várias características epidemiológicas e clínicas de uma amostra total de 59 indivíduos com pelo menos uma descompensação no período de Janeiro a Julho de 2018, admitidos num Serviço de Medicina Interna do Serviço Nacional de Saúde. Para o tratamento estatístico foi utilizado o software SPSS (versão 25), com análise descritiva univariada e a técnica de classificação de indivíduos TwoStep cluster.

Resultados:

Foi possível verificar uma média de idades de 81,7±8,8 anos, sendo que a maioria (78,0%) possuía uma classificação NYHA classe II e um ecocardiograma com FEVE preservada (54,2%). As principais causas de descompensação foram não-cardiovasculares (52,5%), seguida de causas cardiovasculares (28,8%), causas relacionadas com o paciente (11,9%) e finalmente causas múltiplas (6,8%). Dentro das descompensações de causa não-cardiovascular, a principal foi infeção ou estado febril (72,7%). Dentro das cardiovasculares, as principais foram HTA descontrolada ou crise hipertensiva (37,5%) e taquiarritmias (31,3%). Dentro das descompensações relacionadas com o paciente, as principais foram a inadequação terapêutica (50%) e incumprimento terapêutico

(30%), sendo de realçar que 2/3 dos indivíduos estudados não tomavam medicação otimizada previamente à admissão.

O agrupamento dos doentes em clusters, permitiram-nos captar dois grandes grupos, o cluster 1 com tendencialmente mais descompensações (0,55 readmissões/6 meses) e o cluster 2 com menos descompensações (0,13 readmissões/6 meses. A associação de medicação não otimizada de acordo com as guidelines da European Society of Cardiology (ESC) antes e durante a hospitalização, aumentam a vulnerabilidade e conduzem a um maior número de readmissões hospitalares por descompensação da IC.

Conclusões:

A prevalência de faixa etária idosa, neste estudo, reflete a relação da gravidade da doença com o acumular de comorbilidades associadas a idades avançadas, bem como a crescente dificuldade de gestão adequada dos problemas de saúde. A otimização terapêutica durante o internamento assim como a educação do doente de forma a promover o correto cumprimento da mesma, são essenciais na prevenção das descompensações da insuficiência cardíaca crónica.

A identificação dos fatores modificáveis de descompensação de IC permite a implementação de estratégias concretas para a sua prevenção.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Fénix B 9:15 - 10:45

CO157

1581 EVENTOS HEMORRÁGICOS APÓS SÍNDROME CORONÁRIO AGUDO

Daniel Marques, João André Ferreira, Rui Baptista, Sílvia Monteiro, Francisco Gonçalves, Lino Gonçalves.

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução

Após um síndrome coronário agudo (SCA), os doentes necessitam de terapêutica com antiagregantes plaquetares, sendo os eventos hemorrágicos complicações possíveis desta terapêutica.

Objectivos: Determinar a incidência de eventos hemorrágicos em doentes após SCA.

Material e Métodos: Efectuámos o seguimento de uma coorte de doentes internados por SCA em uma Unidade de Cuidados Intensivos Coronários no período de 1 de Janeiro a 31 de Março de 2016, através da consulta do processo informático e de contacto telefónico, para avaliar o surgimento de eventos hemorrágicos com pelo menos uma

das seguintes características: que motivassem procura de serviços de saúde, com necessidade de transfusão de concentrado de eritrócitos, de internamento ou com instabilidade hemodinâmica, ou hemorragia intra-craniana, retroperitoneal ou retro-ocular.

Resultados: Neste período, estiveram internados 147 doentes, 144 dos quais com diagnóstico de SCA (67 com enfarte agudo do miocárdio com supra-desnívelamento de ST, 60 com enfarte agudo do miocárdio sem supra-desnívelamento de ST, e 17 com angina instável), com idades compreendidas entre 33 e 89 anos. Oito doentes (5,5%) faleceram durante o internamento. 132 doentes tiveram alta medicados com dois antiagregantes plaquetares; 2 doentes medicados com um antiagregante e um anticoagulante oral de acção directa (DOAC); e 2 doentes medicados com 2 antiagregantes e DOAC. O tempo de seguimento variou de 5 a 36 meses. 4 (2,8%) doentes faleceram durante o seguimento. Registaram-se eventos hemorrágicos em 10 doentes (7,5%), 4 doentes (3%) com epistaxis com necessidade de medidas locais (todos duplamente antiagregados), 4 (3%) doentes com hemorragia digestiva alta (2 doentes duplamente antiagregados, 2 doentes medicados com dois antiagregantes e DOAC), 1 doente (1,5%) com hemorragia digestiva baixa (medicado com 1 antiagregante e DOAC). Destes 10 doentes, seis (4,5%) necessitaram de transfusão de concentrado de eritrócitos, três (2,3%) dos quais necessitaram de internamento para esclarecimento etiológico. Não se registaram hemorragias com instabilidade hemodinâmica, ou intra-cranianas, retroperitoneais ou retro-oculares.

Conclusão: A incidência de eventos hemorrágicos foi baixa, sendo ainda mais baixa a incidência de hemorragia com necessidade de transfusão ou internamento, com valores próximos dos descritos na literatura. A terapêutica instituída após o internamento por SCA parece ser segura, no entanto será necessário estudar uma maior população de doentes.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Fénix B 9:15 - 10:45

CO158

1743 INTERNAMENTOS POR EAM COM FE INFERIOR A 40% - CARACTERIZAÇÃO DE UMA POPULAÇÃO

José Eduardo Mateus, Rui Baptista, Sílvia Monteiro, Francisco Gonçalves, Lino Gonçalves

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução

Os sobreviventes de enfarte agudo do miocárdio

(EAM) apresentam um risco elevado de eventos cardiovasculares recorrentes, como enfarte, arritmias e morte cardiovascular. A disfunção ventricular esquerda é o mais importante fator preditor de mortalidade após um EAM.

Objetivo: Caracterizar os resultados de uma população de doentes com baixa fração de ejeção (FE) após EAM e avaliação dos outcomes clínicos (mortalidade e re-internamento).

Material e Métodos: Estudo retrospectivo analítico dos doentes internados por EAM com FE inferior a 40% numa Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC) entre 2012 e 2016. A avaliação estatística foi realizada através do SPSS®, utilizando os seguintes testes: Qui-quadrado, t de student e ANOVA.

Resultados: Durante este período foram internados 4090 doentes na UCIC, dos quais 2303 (56,3%) por EAM. Destes, 339 (14,7%) tinham FE à admissão inferior a 40% (média 30,4%). Este grupo de doentes era predominantemente do sexo masculino (72,9%), tinha uma idade média de 70,4 anos, a maioria foi internada por EAM sem elevação do segmento ST (53,7%), hipertensos (74,1%) e com dislipidémia (85%). A taxa de mortalidade foi de 35,5%: 11,2% durante o internamento (todos por complicações do EAM), 14,2% aos 3 meses (43,8% por infeção e 43,8% por complicações do EAM), 18,3% aos 6 meses (45,2% por infeção) e 23,9% ao ano (48,1% por infeção, $p<0,05$). Os doentes hipertensos eram significativamente mais velhos (72,4 vs 66,6 anos, $p<0,05$), bem como os com dislipidémia (71,1 vs 64,6 anos, $p<0,05$). A maioria dos fumadores (74,4%) tinha elevação do segmento ST ($p<0,001$). Os doentes que faleceram tinham menor FE (28 vs 32%, $p<0,001$), sobretudo os que faleceram durante o internamento (26 vs 30%, $p<0,05$). A taxa de re-internamentos foi de 2%.

Conclusões: Cerca de 1 em cada 3 doentes com FE inferior a 40% após um EAM acabam por falecer, sobretudo nos primeiros 3 meses após o evento, enquanto que outros fatores parecem assumir um papel mais relevante no prognóstico a médio-longo prazo (6 e 12 meses). Os fatores de risco individual (idade e co-morbilidades associadas) presentes antes do EAM deverão ser tidos em consideração na avaliação prognóstica e alvo de intervenção dirigida.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Fénix B 9:15 - 10:45

CO159

1642 FIBRILHAÇÃO AURICULAR E INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: UMA RELAÇÃO PRESERVADA

Hugo Costa, Adriana Quitério, Teresa Silva, Ana Baptista, Eva Lourenço

Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Hospital de Faro

Introdução

A fibrilhação auricular (FA) e a insuficiência cardíaca (IC) são duas entidades cada vez mais prevalentes na população em geral coexistindo frequentemente e partilhando fatores de risco e aspetos fisiopatológicos que podem levar a um agravamento clínico e de prognóstico. Esta relação está entre os diagnósticos cardiovasculares mais comuns à admissão hospitalar, e estudos mais recentes revelam um maior impacto nos doentes com IC com fração de ejeção preservada (IC-FEp).

Objetivos: Determinar o número de doentes internados por insuficiência cardíaca agudizada (crónica ou de novo), num único dia, nos serviços de Medicina Interna de um hospital central. Caracterização da população e patologia (fração de ejeção – FE) bem como a coexistência de FA, brain natriuretic peptide (BNP) à admissão, classe funcional da New York Heart Association (NYHA) e morbi-mortalidade.

Métodos: Estudo retrospectivo analítico descritivo com colheita de dados 15 dias após a referida data. Criados 3 grupos com base na FE documentada por ecocardiografia: IC-FEp- IC com FE preservada (>50%); IC-FEmr- IC com FE moderada (40-49%); IC-FEr - IC com FE reduzida (<40%). Foi aferida a coexistência de FA com técnica electrocardiográfica (ECG), o valor de BNP (se entre 100-500 pg/ml ou acima de 500pg/ml) pela consulta dos resultados analíticos à admissão, e a morbi-mortalidade através dos estadios clínicos basais de acordo com a classificação funcional da NYHA e registos de óbito.

Resultados: Identificados 50 doentes de um universo de 188 com idades compreendidas entre 58 e 96 anos (média de 82), sendo 52% do sexo feminino. Entre estes, 30% apresenta IC-FEp, 6% IC-FEmr, 20% IC-FEr, 44% com FE desconhecida. Da amostra, 20 com diagnóstico de FA, sendo que 30% destes com IC-FEp, 5% com IC-FEmr, 25% com IC-FEr, 40% com FE desconhecida. Dentro do grupo IC-FEp com FA, 66% apresentaram BNP entre 100 e 500 pg/ml, 66% estariam em classe I de NYHA e 33% desconhecido, verificando-se mortalidade de 16%. O grupo IC-

FEmr com FA é composto por 1 doente com BNP à admissão >500 pg/ml, em classe NYHA II. Dentro do grupo IC-FEr com FA, 60% apresentaram BNP >500 pg/ml, 100% em NYHA II, sendo que não se verificou mortalidade à data de colheita de dados.

Conclusões: Verifica-se que 40% dos doentes apresentam overlap de IC e FA. Existem poucos estudos que determinam a relação entre FE e FA e o seu prognóstico. O grupo de doentes com IC-FEP e FA concomitante apresentou valores de BNP mais reduzidos (100-500 pg/ml) e morbi-mortalidade mais elevada, já que estariam mais sintomáticos (NYHA de base ≥III) e registaram maior mortalidade. Tendo em conta o elevado número de doentes não caracterizados, torna-se essencial um maior rigor nos registos clínicos no futuro, já que esta avaliação poderá ter impacto no tratamento e prognóstico.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Fénix B 9:15 - 10:45

CO160

966 FA E ANEMIA NUM SERVIÇO DE MEDICINA – ESTUDO RETROSPECTIVO

Mário Bibi, Alda Tavares, Sara Moreira Pinto, Rute Ferreira, Cristina Rosário

Unidade de Local de Saúde de Matosinhos

Introdução

A fibrilhação auricular (FA) é a arritmia cardíaca sustentada mais frequente. Alguns estudos recentes, nomeadamente relativos aos anticoagulantes diretos orais, tendem a demonstrar que a anemia quando presente em doentes com FA pode estar associada a maior mortalidade, maior risco de internamentos e a maior risco de complicações hemorrágicas e isquémicas.

Objetivo

Procurou-se saber se a presença de anemia tem impacto em termos de prognóstico, nomeadamente, morte em internamento e aos 12 meses, bem como no reinternamento hospitalar no prazo de um ano, em doentes internados por FA numa população portuguesa.

Material e métodos

Realizou-se um estudo retrospectivo, analisando os doentes internados entre Abril de 2014 e Junho de 2015 num Serviço de Medicina Interna em que o diagnóstico de FA foi inaugural ou constituiu um dos motivos de internamento. Excluíram-se os doentes cuja FA não constituiu um problema ativo durante o internamento. Foram recolhidos dados epidemiológicos, clínicos e analíticos. Foram

realizados testes de Q quadro e de Mann-Whitney, definindo-se resultados estaticamente significativos para $p < 0,05$.

Resultados

Foram analisados um total de 236 internamentos, correspondendo a 214 doentes distintos. Sessenta e seis por cento dos doentes eram do sexo feminino e a média de idades situou-se nos 77 anos. A maioria das FA classificaram-se como permanentes à saída do internamento (53%), 41% eram FA inaugurais e 42% dos doentes apresentava anemia (hemoglobina inferior a 12 g/dl) à data de admissão. À data de alta foram hipocoagulados 65% dos doentes com anemia e 72% dos doentes sem anemia, diferença significativa ($p=0,297$). Morreram em internamento 11,2% dos doentes com anemia e 9,4% dos doentes sem anemia. No 1º ano após a alta ocorreu a morte de 31,6% dos doentes com anemia e 21,7% dos doentes sem anemia. Não houve associação entre as variáveis óbito e anemia ($p=0,651$ no caso da morte no internamento e $p=0,887$ na morte no ano após alta). Quanto aos reinternamentos durante os 12 meses após alta, o valor médio de reinternamentos por doente foi de 1,32 nos com anemia e de 0,67 nos sem anemia ($p=0,01$). Dos 221 reinternamentos analisados apenas 2 se reportaram a complicações hemorrágicas e não foram encontrados resultados estaticamente significativos nos reinternamentos por eventos isquémicos.

Conclusão

A presença de anemia em doentes internados com FA associou-se a um aumento do número de reinternamentos, e uma tendência para maior mortalidade. No entanto, é impossível afirmar se esta associação se reportará a uma relação causal ou apenas a um marcador de prognóstico. Pretendemos com este trabalho alertar para esta associação, sendo que será importante em estudos prospetivos perceber se a investigação e tratamento da anemia influenciará o prognóstico destes doentes.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Fénix B 9:15 - 10:45

CO161

1551 A FOTO DE UM DIA DA FIBRILHAÇÃO AURICULAR NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Margarida Temtem, Catarina Nóbrega, Rubina Miranda, Maria da Luz Brazão

Hospital Central do Funchal

INTRODUÇÃO

A fibrilhação auricular (FA) é a arritmia cardíaca mais comum. Com o envelhecimento notório da população a sua prevalência tem vindo a aumentar, sendo o sexo masculino o mais afectado. O aparecimento desta taquiarritmia, se não tratada corretamente, pode trazer consequências relacionadas com a redução do débito cardíaco, a ocorrência de eventos trombóticos, sendo uma importante causa de morbimortalidade com um grande impacto numa enfermaria de Medicina Interna. **OBJETIVO:** Avaliar a prevalência da FA numa enfermaria de medicina interna. Destes doentes averiguar quantos estão sob terapêutica de controlo de ritmo, de controlo de frequência, tendo sido aplicada a escala CHA2DS2-VASc e HAS-BLED. Foi avaliado o uso de terapêutica anticoagulante, o respectivo ajuste à função renal, as comorbilidades cardiovasculares e a dependência nas actividades de vida diária de todos os doentes. **MATERIAL E MÉTODOS:** Análise retrospectiva, observacional e descritiva dos doentes com o diagnóstico de FA, internados numa enfermaria de um Serviço de Medicina Interna no dia 13 de fevereiro de 2019. **RESULTADOS:** Num total de 114 doentes internados, 40,35% eram do sexo masculino, sendo a média de idades de 76,72 anos. 28,95% (33) dos doentes tinham o diagnóstico de FA, destes 39,39% eram do sexo masculino e a média de idades era de 79,79 anos, sendo que 87,88% tinha 65 anos ou mais. Sob controlo ritmo foram analisados 15,15% e sob controlo de frequência 69,70%, sendo que 12,12% estavam sob ambas as terapêuticas. 27,27% dos doentes com FA não estavam a cumprir terapêutica nem para controlo de ritmo nem para controlo de frequência. Dos doentes com FA, 93,94% tinham o CHA2DS2-VASc maior ou igual 2 e 64,52% destes doentes não estavam anticoagulados, sendo que em 60% destes a anticoagulação era recomendada e em 35% devia ser ponderada. Do total dos doentes com FA 48,48% tinham o HAS-BLED maior ou igual 3 e 37,5% destes estavam anticoagulados. Apenas 36,36% dos doentes com FA estavam anticoagulados, sendo que, destes, 41,67% tinha insuficiência renal, mas apenas 40% dos insuficientes renais tinham a anticoagulação ajustada à função renal. Quanto às comorbilidades cardiovasculares presentes nos doentes com FA, 90,91% tinham insuficiência cardíaca associada, 84,85% tinham hipertensão arterial, 48,48% eram diabéticos e 30,30% tinham dislipidemia. 21,21% dos doentes tinham estas 4 comorbilidades e 63,64% eram parcial ou totalmente dependentes nas actividades da vida diária. **CONCLUSÃO:** Comprova-se a elevada prevalência da FA na idade geriátrica com o aumento concomitante das comorbilidades cardiovasculares, sendo cada vez mais importante ponderar o uso de determinadas terapêuticas no doente idoso. Apesar desta necessidade de ponderação para os doentes dependentes e com multipatologia, ainda se identificam alguns doentes que não estão protegidos do risco tromboembólico potenciado pela FA.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Fénix B 9:15 - 10:45

CO162

854 FIBRILHAÇÃO AURICULAR NUM SERVIÇO DE MEDICINA – CASUÍSTICA DE UM SEMESTRE

Sara Moreira Pinto, Mário Bibi, Alda Tavares, Cristina Rosário, Rute Moraes Ferreira

ULSM - Hospital Pedro Hispano

Introdução

A fibrilhação auricular (FA) é a arritmia cardíaca sustentada mais frequente. Está associada a um risco acrescido de morte, acidentes vasculares cerebrais e internamentos, redução da qualidade de vida e ainda aumento de disfunção ventricular esquerda, sendo responsável por cerca de 10-40% das hospitalizações.

Objetivo

Caracterização da abordagem e do outcome dos doentes admitidos num internamento de Medicina Interna por FA; caracterização da população de doentes com FA e suas comorbilidades; análise da prática clínica: hipocoagulação e contra-indicações.

Material e métodos

Estudo retrospectivo com análise dos doentes internados entre abril de 2014 e junho de 2015 num Serviço de Medicina Interna em que o diagnóstico de FA foi inaugural ou constituiu um dos motivos de internamento. Excluíram-se os doentes cuja FA não constituiu um problema ativo durante o internamento. Recolha de vários dados epidemiológicos, clínicos e analíticos. Análise estatística com recurso ao Excel® e SPSSv25®.

Resultados

Foram analisados 969 internamentos, dos quais 236 cumpriam os critérios de inclusão. Sessenta e seis por cento dos doentes eram do sexo feminino e a média de idades foi 77 anos. Cerca de 90% dos doentes eram autónomos (62%) ou apenas parcialmente dependentes (28%). A comorbilidade mais frequente foi a hipertensão arterial essencial (84%), seguida da dislipidemia (64%), diabetes mellitus tipo 2 (40%) e a cardiopatia isquémica e valvular (45%). Quarenta e um por cento das FA foram inaugurais, sendo que 53% tiveram FA classificada como permanente à data da alta e 24% FA paroxística. Em 86% dos doentes foi decidida a estratégia de controlo de frequência, sendo os fármacos de eleição o bisoprolol (22%), carvedilol (22%) e a digoxina (58%). Em 4% dos casos foi alterada a estratégia ao final de 48 horas. À data da alta, a mediana dos scores CHA2DS2-VASc foi 4 com um máximo de 9 e o HAS-BLED com mediana

de 2 com máximo de 5. Sessenta e quatro por cento dos doentes saíram hipocoagulados, dos quais 72% com antagonistas da vitamina K, 7% com Dabigatran, 12% com Apixabano. Do total dos doentes, 31% tinham contraindicações ao início da hipocoagulação, sendo que a mais prevalente foi o risco de queda. Vinte e seis por cento morreram no primeiro ano, destes, 10% no internamento e 14% nos primeiros 6 meses após a alta. Apenas dois doentes tiveram complicações hemorrágicas no primeiro ano.

Conclusões

Com o envelhecimento da população o desenvolvimento de FA é cada vez mais prevalente, culminando numa maior taxa de complicações associadas. Nesta amostra verificamos uma população idosa e reduzido número de doentes hipocoagulados na alta. Apesar da maioria ter contraindicações descritas, o risco de queda foi sobrevalorizado como motivo isolado para a decisão de não hipocoagular, que vai contra as recomendações atuais. Pretendemos chamar a atenção para a importância da sistematização na abordagem destes doentes, de modo a prevenir complicações da doença.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Fénix B 9:15 - 10:45

CO163

823 ANÁLISE DE CUSTO-EFECTIVIDADE DE APIXABANO VERSUS EDOXABANO NA PREVENÇÃO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM DOENTES PORTUGUESES COM FIBRILHAÇÃO AURICULAR NÃO VALVULAR

Diana Alves, Mónica Inês, Carlos Polanco, Fernando Andrés-Nogales, Patricia Ruiz
Bristol-Myers Squibb & Pfizer

Introdução

A fibrilhação auricular não valvular (FANV) é umas das causas mais frequentes de arritmia cardíaca e a maior responsável por acidentes vasculares cerebrais (AVCs) e eventos tromboembólicos. Apesar das orientações clínicas Europeias recomendarem a utilização de terapêutica anticoagulante em doentes com FANV como medida de prevenção das complicações associadas, muitos destes doentes não cumprem essas recomendações. O edoxabano foi aprovado recentemente para esta indicação. Considerando as diferentes opções disponíveis, verifica-se a necessidade de evidência acerca da eficiência do tratamento anticoagulante nestes doentes.

Objetivo

Avaliar a razão de custo-efetividade de apixabano versus edoxabano na prevenção de AVC em doentes com FANV, em Portugal.

Material e Métodos

Um modelo de Markov previamente desenvolvido com 10 estados de saúde foi customizado para estimar resultados económicos e clínicos ao longo da vida, em ciclos de 6 semanas. As características da população com FANV foram obtidas a partir do estudo clínico de apixabano, ARISTOTLE. Os dados de eficácia (taxa de eventos clínicos por 100 doentes-ano) e de segurança foram obtidos a partir de comparações indiretas pelo método de Bucher, que incluiu dados dos estudos ARISTOTLE e ENGAGE-AF com grupo controlo de varfarina. Foi considerada a perspectiva do Serviço Nacional de Saúde Português (SNS), tendo sido incluídos os custos dos medicamentos (PVP, incluindo IVA e comparticipação de 69%) de acordo com as dosagens aprovadas no RCM (apixabano: 10 mg/dia [5 mg duas vezes/dia], edoxabano: 60 mg/dia), os custos das complicações e os custos do tratamento agudo e a longo prazo da doença - obtidos a partir de bases de dados nacionais (€, 2019). Os custos e consequências foram atualizados a uma taxa de 5%. Foram obtidas as razões de custo-utilidade/custo-efetividade (ICUR/ICER) para o apixabano versus edoxabano. Foi efectuada uma análise de sensibilidade para avaliar a robustez dos resultados do modelo.

Resultados

Numa coorte de 1.000 doentes, o tratamento com apixabano evitará 6 AVCs isquémicos, 1 hemorragia intracraniana, 2 enfartes agudos do miocárdio, 7 hemorragias major e 29 hemorragias clinicamente relevantes não major, quando comparado com o edoxabano.

O apixabano beneficiará mais 0,045 anos de vida ganhos (LYG) e mais 0,034 anos de vida ganhos ajustados pela qualidade (QALY), quando comparado com o edoxabano. O custo incremental de apixabano versus edoxabano por doente com FANV será de 25,28€. Da perspectiva do SNS, o ICER e o ICUR de apixabano versus edoxabano foi de 557,36€ por LYG e 739,64€ por QALY, respetivamente. A análise probabilística mostrou uma probabilidade de 77% e de 79% do apixabano ser custo-efetivo quando considerados os limites de 20.000€/QALY e 30.000€/QALY, respetivamente.

Conclusões

De acordo com os resultados deste modelo, o apixabano comparado com o edoxabano pode ser considerado uma alternativa custo-efetiva na prevenção de AVC em doentes com FANV, em Portugal.

25 DE MAIO DE 2019**Sala Fénix B 9:15 - 10:45****CO164****489 REDUÇÃO DE DOSE EM DOENTES IDOSOS E FRÁGEIS – BENÉFICO OU PREJUDICIAL?**

Adriana Girão, José Lopes de Almeida, Sofia Martinho, Ivo Barreiro, Rui Pina, Rui Batista, Rui Marques Santos, Armando de Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução

A prescrição dos novos anticoagulantes orais (NOAC) em populações frágeis e idosas com fibrilhação auricular (FA) deve ser individualizada. Procurámos verificar a hipótese de numa população idosa e frágil, com risco de hemorragia alto, a proporção de doentes com um regime de dose diferente da indicação formal (com dosagem infraterapêutica) ser particularmente alta.

Métodos: Estudo observacional retrospetivo de 327 doentes com diagnóstico de FA, admitidos no Serviço de Medicina Interna no período de 1 ano, com prescrição de NOAC na alta. Foram considerados os seguintes grupos de doentes: doentes com prescrição de dose reduzida sem critérios formais para redução (dose infraterapêutica), $n=170$; a restante população ($n=157$) incluiu doentes com: dose normal ($n=99$) ou reduzida com critérios de redução ($n=43$) e doentes com dose supraterapêutica ($n=15$). Efectuado follow-up a um ano a todos os doentes, com avaliação dos seguintes outcomes: mortalidade global, acidente vascular cerebral (AVC), embolia sistémica e hemorragia major.

Resultados: Verificou-se que os doentes eram idosos ($81,9 \text{ anos} \pm 7,68$) e frágeis (índice de Katz $3,35 \pm 2,36$). O NOAC mais prescrito foi o apixabano (38,8%), seguido do rivaroxabano (36,4%) e dabigatrano (24,8%). Entre os doentes com dose infraterapêutica, o apixabano foi prescrito em 45,3% dos doentes, o dabigatrano em 29,4% e o rivaroxabano em 25,3%. Apesar de que apenas 18,3% dos doentes tivessem critérios clínicos para redução de dose, 65,4% tiveram alta com dose reduzida e, portanto, 52% teve alta com dose infraterapêutica.

Em relação aos outcomes a 1 ano, a mortalidade global (40,8% vs 25,5%, $RR = 1,6$, $p = 0,003$) e o outcome combinado por AVC, embolia sistémica e taxa de eventos hemorrágicos major (10,1% vs 3,2%, $RR = 3,16$, $p = 0,015$) foi superior em doentes com dose infraterapêutica.

Entre os doentes com dose infraterapêutica, comparando com a restante população, o aumento

da taxa de eventos isquémicos (AVC e embolia sistémica) não atingiu significado estatístico (3,7% vs. 1,9%, $p = 0,5$), mas atingiu para eventos hemorrágicos (hemorragia major e AVC hemorrágico) (6,1% vs 0,6%, $p = 0,01$).

Na análise multivariada após ajuste para idade, Índice de Katz e CHAD2VAS2C, função renal e DOAC prescrito, a dosagem infraterapêutica de DOAC foi um preditor independente de eventos isquémicos e hemorrágicos ($HR = 3,51$; $IC95\% 1,08-11,38$). No entanto perdeu-se o efeito negativo independente em relação à mortalidade ($HR 1,32$, $IC 95\% 0,87-1,99$).

Conclusões: Verifica-se uma proporção significativa de doentes frágeis e idosos com diagnóstico de FA medicados com dose infraterapêutica. Este subgrupo tem uma desvantagem de sobrevivência significativa, reflectindo eventualmente um viés de prescrição. No entanto, estes doentes têm também uma taxa mais elevada de eventos isquémicos e/ou hemorrágicos, sugerindo que a redução de dose em doentes sem critérios não é uma estratégia efetiva, sendo inclusivamente prejudicial para o doente.

25 DE MAIO DE 2019**Sala Fénix B 9:15 - 10:45****CO165****536 ANTICOAGULANTES ORAIS DIRECTOS EM DOENTES COM FIBRILHAÇÃO AURICULAR - DADOS DA VIDA REAL**

Renato Guerreiro, Susana Quintão, Catarina Bastos, Juliana Campos, Inês Sarmiento, José Guia, Manuel Araújo, Inês Araújo, Ana Leitão, Cândida Fonseca

Clínica de Anticoagulação Oral, Hospital de São Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Introdução:

Os anticoagulantes orais directos (DOACs) tornaram-se terapêutica de 1ª linha na anticoagulação de doentes com fibrilhação auricular (FA) ao longo da última década como alternativa aos antagonistas da vitamina K. Até à presente data foram aprovados 4 fármacos desta classe: apixabano, dabigatrano, edoxabano e rivaroxabano. As suas indicações e contraindicações são semelhantes, no entanto os estudos que conduziram à sua introdução no mercado foram realizados em doentes com FA contra varfarina, o que face à heterogeneidade das populações dos diferentes estudos, não permite compará-los entre si. Assim, permanece a questão quanto às diferenças entre eles nos que respeita à prevenção de eventos embólicos ou ocorrência de eventos hemorrágicos.

Objectivo:

Analisar a eficácia e segurança dos DOACs na prevenção de eventos embólicos, bem como na ocorrência de evento hemorrágicos em doentes com FA seguidos numa clínica de hipocoagulação ao longo de 8 anos.

Material e métodos: Numa população sob anticoagulação oral (ACO) com DOACs os doentes foram monitorizados sistematicamente através do programa Gota v.8.1.3, em consulta de enfermagem com apoio médico, ao longo de 8 anos, segundo as recomendações da European Heart Rhythm Association (EHRA).

Resultados:

Foi avaliada uma população total de 523 doentes com FA sob ACO com DOACs, 49.33% homens, idade média de 77 anos (DP 9.8). Do total de doentes 127 (24.28%) estavam sob apixabano, 125 (23.90%) sob dabigatran, 71 (13.58%) sob edoxabano e 200 (38.24%) sob rivaroxabano, com doses ajustadas às co-morbilidades, a idade média de cada um dos grupos foi 79.4 (DP 8.3), 76.4 (DP 9.4), 77.4 (DP10.4) e 76.4 (DP10.4), respectivamente. Relativamente a eventos isquémicos, ocorreram 3 acidentes vasculares cerebrais (AVC) cardioembólicos no grupo de doentes sob apixabano, não tendo ocorrido nenhum no grupo do dabigatran, edoxabano e rivaroxabano. No que respeita a eventos hemorrágicos verificaram-se 19 casos (3.6%) respectivamente, 3, 4, 1 e 11 no grupo do apixabano, dabigatran, edoxabano e rivaroxabano. Verificou-se diferença estatisticamente significativa entre o grupo do rivaroxabano e do apixabano (Tukey's test - intervalo de confiança (IC) 95% [- 0.045 - 0.017], $P=0.02$) relativamente à ocorrência de AVC. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os outros grupos. Não se verificou diferença estatisticamente significativa entre qualquer um dos grupos relativamente a eventos hemorrágicos.

Conclusões:

A nossa análise mostrou que o número de eventos cardioembólicos/hemorrágicos foi mínimo atestando do posicionamento dos DOACs como fármacos de primeira linha. Não existiram, nesta população, diferenças significativas entre os diferentes DOACs no que respeita a eventos isquémicos ou hemorrágicos em com FA.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno A 9:15 - 10:45

CO166

2023 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO NA EMBOLIA PULMONAR: UMA PROPOSTA DE OPTIMIZAÇÃO DA GESTÃO DE DOENTES

Diogo Raposo André, Fabiana Gouveia, Carolina Vasconcelos Barros, Rita Branquinho Pinheiro, Marina Raquel Santos, António José Chaves, Maria da Luz Brazão
Hospital Central do Funchal

INTRODUÇÃO

A Embolia Pulmonar Aguda (EP) é, a nível mundial, a terceira principal causa de morte de etiologia cardiovascular. Nestes doentes, a previsão e estratificação do prognóstico deve ser implementada para uma orientação terapêutica apropriada.

A estratificação deve considerar a documentação de disfunção ventricular direita por ecocardiograma transtorácico (ECO) ou angiotomografia computadorizada (angioTC) e níveis elevados de biomarcadores cardíacos. Estes elementos definem um Risco Intermédio Alto (RIA) de mortalidade precoce, segundo o Pulmonary Embolism Severity Index (PESI). Perante este nível de risco deve ser considerada a admissão numa Unidade de Cuidados Intermédios (UCIm). Na ausência dos factores acima enumerados, é assumido um nível de Risco Intermédio Baixo (RIB), para o qual não estão definidas linhas orientadoras de admissão hospitalar. Face à incerteza da melhor abordagem, o Score de risco BOVA (ScB) permite identificar quais os doentes com maior probabilidade de desenvolver complicações relacionadas com EP.

OBJECTIVO: Identificar e caracterizar os doentes internados, num Hospital Central, com o diagnóstico de EP com RIB de mortalidade precoce e aplicar o ScB de forma a avaliar se a alocação dos doentes foi adequada.

MATERIAL E MÉTODOS: Estudo retrospectivo das características dos doentes internados com o diagnóstico de EP, segundo o International Classification of Diseases 10, durante o ano civil de 2017. A informação recolhida foi tratada através do IBM SPSS Statistics ;, versão 25. As variáveis contínuas serão apresentadas por média, desvio-padrão e/ou mediana; as categóricas como frequência (n) e percentagem (%).

RESULTADOS: A amostra é composta por 117 doentes, na sua maioria do sexo feminino (n = 76; 65%), dos quais 13 (11,1%) faleceram no decurso do internamento. A idade média foi de $69 \pm 1,3$ anos. À admissão, 83,8% dos doentes (n = 98)

encontravam-se hemodinamicamente estáveis. Destes, 68% (n = 67) apresentavam um RIB de mortalidade precoce. Cerca de 2/3 destes doentes (n=40; 59,7%) foram admitidos em ambiente de enfermaria e os restantes (n=27; 40,3%) numa UCIm, apesar de 17, destes últimos, apresentarem um ScB baixo. Na amostra em estudo foram registados 3 (4,5%) óbitos que apresentavam sinais de sobrecarga cardíaca direita ao nível do electrocardiograma - padrão S1Q3T3, Bloqueio de Ramo Direito e inversão dos segmentos ST das derivações precordiais direitas – apesar de não estar documentada imagiologicamente (ECO ou AngioTC), de forma a serem aplicados os scores em estudo.

CONCLUSÃO: Estes resultados salientam a importância do ScB, no que toca à orientação e gestão dos doentes de RIB ao longo do internamento. O electrocardiograma, para além da ECO ou AngioTC, pode ser um método útil em identificar doentes com critério de gravidade, à semelhança dos doentes com disfunção cardíaca direita.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno A 9:15 - 10:45

CO167

1636 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: CASUÍSTICA E REALIDADE HOSPITALAR

Maria Ferreira, António Gerardo, Catarina Pereira, Fernando Aldomiro

Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca

Introdução

O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma patologia frequente mas subdiagnosticada, com sinais e sintomas pouco específicos, o que causa algum atraso na suspeita clínica. É uma causa maior de mortalidade, morbilidade e hospitalização, motivo pelo qual constitui uma patologia de elevada importância.

Objectivo

Descrever a casuística de TEP diagnosticados num hospital português durante o ano de 2017 e estudar dados clínicos, demográficos, mortalidade e factores de risco.

Método

Estudo retrospectivo que abrangeu todos os doentes internados entre 1 de Janeiro e 31 de Dezembro de 2017. Foram consultados os processos clínicos electrónicos e foram recolhidas variáveis antropométricas (idade, sexo, IMC), serviço e duração do internamento, mortalidade a 30 dias e a 6 meses, status de anticoagulação (prévia,

após diagnóstico e à data da alta), realização de fibrinólise, caracterização do diagnóstico por exames imagiológicos, repercussão nas cavidades cardíacas direitas (ecocardiograma e no ECG), alterações gasimétricas, presença de eventos trombóticos prévios e de factores de risco para TEP (IMC, dislipidémia, neoplasias, imobilização, cirurgias major, trombofilias, doença hepática crónica, insuficiência cardíaca).

Resultados

Foram identificados 146 doentes com diagnóstico de TEP, que corresponde a 0,78% da totalidade dos internamentos em 2017 (18462). A duração média de internamento foi de 17,96 dias (máximo - mínimo). A taxa de mortalidade a 30 dias foi de 18,49% e 30,14% a 6 meses. A maioria dos casos (97,26%) foi diagnosticada por Angio-TC torácica, os restantes, através de cintigrafia V/Q e autópsia. Houve uma percentagem considerável de eventos maciços (36,30% nas artérias pulmonares primitivas bilateralmente). Dos doentes que realizaram estudo ecocardiográfico (85), 58,82% apresentaram critérios de sobrecarga das cavidades direitas (dilatação do ventrículo direito e/ou aumento da PSAP). O padrão electrocardiográfico S1Q3T3 foi documentado em 21,01%. Quanto aos factores de risco, 10,95% dos doentes tinham mais de 70 anos e 22,60% um IMC>30kg/m². Em 32,88% dos doentes havia uma história prévia de eventos trombóticos. Tinham neoplasias 32,88% dos doentes. Destes, 22,91% tinham neoplasia do pulmão, 18,75% da mama, 12,5% do tubo digestivo, 12,5% do sistema nervoso central, 10,42% das glândulas anexas do tubo digestivo. Nesta série 12,33% dos doentes estavam previamente hipocoagulados.

Conclusões

Verificou-se mortalidade elevada e superior à esperada quando consultadas outras séries. A ausência de critérios de sobrecarga no ecocardiograma ou de padrão S1Q3T3 não deve afastar definitivamente a hipótese diagnóstica de TEP.

Salienta-se a importância do conhecimento das características dos doentes com esta patologia, que se evidencia neste estudo, na suspeita clínica e diagnóstico precoce.

26 DE MAIO DE 2019**Sala Neptuno A 9:15 - 10:45****CO168****1205 TRÊS ANOS DE CONSULTA ESPECIALIZADA EM TROMBOEMBOLISMO PULMONAR – QUE POPULAÇÃO?**

Andreia Freitas, Nuno Leal, José Almeida, Marta Sousa
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução

O Tromboembolismo Pulmonar (TEP) é uma causa maior de morbimortalidade e hospitalização. É considerado provocado na presença de fatores de risco reversíveis (ex. trauma, cancro, cirurgia) e não-provocado na ausência destes mesmos fatores. A hipocoagulação é o tratamento standard. As decisões em seu torno podem, no entanto, constituir um desafio: para cada doente, o risco trombótico é superior ao hemorrágico? E, se sim, por quanto tempo deve um doente ficar hipocoagulado? Uma consulta hospitalar especializada é crucial no seguimento destes doentes.

Objetivo: Caracterizar a população seguida na consulta de Medicina Interna - TEP.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo que incluiu os pacientes observados em consulta de Medicina Interna – TEP de 01/10/2014 a 31/07/2017 com ̥ 18 anos e Angiotomografia (Angio-TC) ou Cintigrafia de Ventilação/Perfusão (V/Q) ̥ 3 meses após diagnóstico. Os dados foram recolhidos a partir do processo eletrónico dos doentes e analisados usando o software IBM SPSS Statistics 25.

Resultados: Foram incluídos 148 indivíduos, a maioria do sexo feminino (n=97, 65.5%). A idade média foi 61 anos e a mediana 65 anos (18 a 88 anos). O fator de risco mais comum foi a obesidade (n=81, 54.7%), seguido da imobilização prolongada (n=47, 31.8%) e do tabagismo (n=26, 17.6%). Viagem de avião foi o fator de risco menos comum (n= 4, 2.7%). Cerca de 30% dos TEP foram classificados como de risco intermédio-alto (n=46, 31.1%), risco intermédio-baixo (n=44, 29.7%) e risco baixo (n=44, 29.7%); apenas 14 (9.5%) casos foram classificados como de alto risco. Foi realizada trombólise em 24 (16.2%) indivíduos e trombectomia em 5 (3.4%). A maioria dos doentes foi inicialmente anticoagulada com anticoagulante oral direto (DOAC) (n=85, 57.4%). Dos 63 (42.6%) inicialmente anticoagulados com antagonistas da vitamina K (AVK), 6 (42.6%) fizeram switch para DOAC. O Apixabano foi o preferencial (n=14, 61.5%). 6 meses após o início da hipocoagulação, a principal queixa apresentada pelos doentes foi dispneia (n=33, 22.4%). Foi reportada hemorragia maior em apenas 4 (2.7%) casos. Observou-se

doença residual aos 6 meses no Angio-TC em 15 (10.1%) e na Cintigrafia de V/Q em 48 (32.4%) casos. No período do estudo, 10 (6.8%) doentes tiveram novo evento tromboembólico.

Conclusão: O TEP ocorre mais nos mais velhos e resulta da interação entre fatores de risco permanentes e reversíveis. Na população estudada e na literatura, aproximadamente 1/3 dos TEP é de baixo risco. Apesar de considerados gold-standard da hipocoagulação oral, os AVK começam agora a dar lugar aos DOAC – de eficácia não inferior e possivelmente mais seguros. Na população estudada, todas as trombectomias foram realizadas em TEP de alto e intermédio-alto risco, enfatizando a gravidade destes doentes e a necessidade de uma vigilância clínica e analítica apertadas e regulares, possíveis em consulta externa especializada.

26 DE MAIO DE 2019**Sala Neptuno A 9:15 - 10:45****CO169****2062 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO – QUAIS OS DOENTES RECOMENDADOS PARA TERAPÊUTICA EM AMBULATÓRIO?**

Fabiana Gouveia, Diogo Raposo André, Rafael Nascimento, Carolina Vasconcelos Barros, Rita Branquinho Pinheiro, Marina Raquel Santos, João Miguel Freitas, Rita Vieira, Luz Brazão

Hospital Central do Funchal

INTRODUÇÃO

O Tromboembolismo Pulmonar agudo (TEP), como síndrome clínica potencialmente fatal, resulta da oclusão da circulação pulmonar cujo quadro clínico depende da existência de patologia cardiopulmonar prévia, do tamanho do êmbolo, do número de episódios embólicos e da resposta neuro-hormonal ao evento. Os critérios HESTIA (cH), desenvolvidos por Zondag, permitem identificar quais os doentes com disfunção do ventrículo direito que têm um baixo risco de desenvolverem um evento adverso em ambulatório, permitindo realizar o tratamento com segurança no domicílio. Permitem, ainda, identificar os doentes com baixo risco para mortalidade hospitalar ou em 30 dias e elevada sensibilidade com valor preditivo negativo (VPN) nas situações de doença infecciosa, doença cardiovascular, entre outras.

OBJECTIVO: Identificar os doentes internados com o diagnóstico de TEP agudo, num Hospital Central de Janeiro a Dezembro de 2017, normotensos que poderiam ter alta precoce e tratamento em ambulatório de acordo com os cH.

MATERIAL E MÉTODOS: Estudo retrospectivo dos doentes internados com o diagnóstico de TEP agudo segundo o International Classification of Diseases, 10th Revision. Os dados obtidos foram tratados pelo IBM SPSS Statistics® Versão 25, sendo as variáveis contínuas apresentadas por média, desvio-padrão e/ou mediana e as categóricas como frequências (n) e percentagem (%).

RESULTADOS: A amostra em estudo é composta por 98 doentes, com predomínio do sexo feminino (n=65, 66,3%), idade média de 69 ±15,5 anos e com uma duração média de internamento de 12,6 ±9,9 dias. Quando aplicados os cH foram identificados 34 (36,9%) doentes que poderiam realizar terapêutica em ambulatório e 58 (55,9%) em ambiente hospitalar. Destes últimos, a maioria era do sexo feminino (n=37, 63,8%), com uma duração média de internamento de 15,17 ±9,7 dias. Face à elevada sensibilidade do VPN, os principais critérios impeditivos de alta precoce em ambiente de Enfermaria e de Unidade de Cuidados Intermédios, foram: o internamento superior a 24 horas, a necessidade de aporte de oxigénio superior a 24 horas e o risco hemorrágico. De referir ainda que 7 (12%) doentes que não tinham indicação para terapêutica em ambulatório, segundo os cH, foram re-internados 30 dias após a alta.

CONCLUSÃO: A aplicação dos cH na prática clínica, seleccionou os doentes que não necessitariam de internamentos prolongados, permitindo uma terapêutica em ambulatório. Por outro lado, a elevada sensibilidade do VPN dos cH sinaliza os doentes com necessidade de tratamento hospitalar.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno A 9:15 - 10:45

CO170

2089 TROMBOEMBOLISMO VENOSO: OS NÚMEROS POR DE TRÁS DESTA PROBLEMÁTICA.

Rui Osório, Carlos Candeias, Teresa Salero, Ramiro Sá Lopes, Carlos Cabrita

Centro Hospitalar Universitario do Algarve - Hospital de Faro

Introdução

O tromboembolismo venoso (TEV) e as suas duas apresentações mais frequentes, tromboembolismo venoso profundo (TVP) e o tromboembolismo pulmonar (TEP) são um importante problema de saúde pública pelo impacto quer em termos de morbilidade e mortalidade quer por custos e consumo de recursos. O TEP e TVP são, portanto, apresentações clínicas de uma mesma entidade, partilhando os mesmos factores predisponentes. Estas entidades podem ocorrer quer nas enfermarias

médicas ou cirúrgicas quer nos serviços de urgência ou mesmo em consultas de várias especialidades.

Objectivo: Caracterizar a população de doentes que compareceram numa consulta de tromboembolismo venoso.

Material e métodos: Os autores apresentam um trabalho retrospectivo onde se pretende caracterizar a população dos doentes que compareceram numa consulta de tromboembolismo venoso num período de 6 meses (entre Janeiro e Junho de 20016).

Resultados: Nesse período foram realizadas 175 consultas, num total de 111 doentes. Na sua maioria eram mulheres (66 %). A idade média dos doentes foi de 61 anos e a mediana de 63 anos. Na sua maioria foram referenciados dos internamentos (63%) especialmente de Medicina Interna (59%) podendo também ser referenciados de consultas (28%) em particular das consultas de oncologia (8%) e de pneumologia (2,7%). Sessenta por cento dos doentes apresentavam o diagnóstico de TEP e 24% a combinação TEP e TVP. Os principais sintomas referidos pelos doentes foram dispneia (34%) e dor pleurítica/torácica (23%). Em cerca de 40% dos doentes foi possível identificar a causa, maioritariamente associado a trombofilias adquiridas (neoplasias (25%), síndrome antifosfolipídico (17%)) e hereditárias (trombofilias hereditárias 20%). Como é conhecido a terapêutica passa pela hipocoagulação, e neste caso 46% encontravam-se a fazer dicumarínicos, 38% hipocoagulantes directos e 16% heparinas de baixo peso molecular. De referir que em cerca de 5% dos doentes procedeu-se a alteração de hipocoagulante.

Conclusões: O TEV é a terceira causa mais frequente de doença cardiovascular e o TEP especificamente é uma causa major de mortalidade, morbilidade e hospitalização na Europa. Sendo assim é importante de caracterizar e conhecer a melhor a epidemiologia destas entidades para assim melhor prevenir e tratar.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno A 9:15 - 10:45

CO171

151 A EMBOLIA PULMONAR AUMENTA MAS A MORTALIDADE DIMINUI

Carolina Barros, Mariana Gomes, Carolina Morna, Diogo André, Fabiana Gouveia, Teresa Faria, Luz Brazão
Hospital Central do Funchal

INTRODUÇÃO

A embolia pulmonar (EP) corresponde à obstrução da vasculatura pulmonar por um trombo/embolo.

A sua taxa de incidência estimada em Portugal é de 35/100 000 habitantes e tem-se verificado um aumento desta nos últimos anos. No entanto foi observado um decréscimo na mortalidade intra-hospitalar.

OBJECTIVO: Determinar o número de doentes internados no serviço de Medicina Interna de Abril de 2016 a Abril de 2018 por EP e os seus principais factores de risco (FR) assim como co-morbilidades.

MATERIAL E MÉTODOS: Análise retrospectiva dos doentes internados com o diagnóstico de EP no serviço de Medicina Interna de Abril de 2016 a Abril de 2018, através da revisão de processos clínicos de internamento. A avaliação estatística foi realizada com recurso ao programa Microsoft Office Excel® 2010.

RESULTADOS: Um total de 149 doentes foram internados no serviço de Medicina Interna de Abril de 2016 a Abril de 2018 com o diagnóstico de EP, a maioria foi do sexo feminino (n=108, 72%), com idade média de 72 (25 a 95) anos. A demora média de internamento foi de 11 (0 a 66) dias. A principal sintomatologia apresentada à admissão foi a dispneia (n=93, 62%) seguindo-se da dor torácica (n=51, 34%) e da síncope (n=38, 26%). Observou-se aproximadamente em 108 casos (72%) hipocapnia e em 126 (85%) hipoxia na gasimetria arterial realizada à admissão e a presença de hipocapnia e hipoxia concomitantes apenas verificou-se em 96 casos (64%). Cerca de 143 (96%) dos doentes apresentavam valor de D-dímeros, ajustado à idade, compatível com diagnóstico de EP. Na sua grande maioria o diagnóstico foi confirmado por Tomografia computadorizada torácica (n=143, 96%), e em apenas 19 casos (18%) foi realizado ecocardiograma para avaliação de complicações mecânicas. Os principais factores de risco encontrados foram a idade superior a 60 anos (n=130, 87%), imobilização (n=41, 28%), história pessoal de tromboembolismo venoso (TEV) (n=26, 17%) e neoplasia maligna (n=24, 16%). Registaram-se apenas 12 óbitos (8%), sendo que os principais factores de risco apresentados por estes foram a idade superior a 60 anos (n=12, 100%), imobilização (n=9, 75%) e as neoplasias malignas (n=5, 42%). Na sua grande maioria, os doentes foram medicados com anticoagulantes orais directos (n=121, 81%). Aproximadamente 6 (4%) doentes apresentaram recorrência da embolia pulmonar apesar da anticoagulação estabelecida à data de alta.

CONCLUSÕES: O aumento da longevidade condicionando o aumento das co-morbilidades assim como da dependência e imobilização têm sido os principais aliados para o aumento da incidência de EP, sendo que os principais FR encontrados foram a idade, imobilização, história pessoal de TEV e neoplasia maligna. A taxa de mortalidade intra-hospitalar verificada foi baixa, o que reflecte os diagnósticos mais precisos, graças

à maior utilização dos exames complementares de diagnóstico disponíveis, conduzindo a um melhor tratamento atempado.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno A 9:15 - 10:45

CO172

894 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR – A REALIDADE DE UM HOSPITAL DISTRITAL

Tânia Strecht, Ana Paula Antunes, Carolina Sequeira, Isa Silva, Marta Custódio, Jana Zélinova, Anabela Marques
Hospital de Cascais

Introdução

A embolia pulmonar (EP) é uma forma de tromboembolismo venoso e resulta da oclusão da circulação arterial pulmonar por êmbolos, maioritariamente provenientes da circulação venosa. Os trombos na circulação pulmonar afectam a relação ventilação/perfusão, provocando hipertensão pulmonar e diminuição do débito cardíaco. O espectro clínico é vasto, desde o doente assintomático até ao choque cardiogénico/obstrutivo.

Objectivo

Caracterização epidemiológica, analítica, imagiológica, electro e ecocardiográfica dos doentes com EP, bem como a identificação de factores de risco (FR) e dos casos com trombose venosa profunda (TVP) associada.

Material e Métodos

Análise retrospectiva dos diagnósticos de EP entre 1 de Janeiro de 2010 e 31 de Dezembro de 2016. Avaliou-se o género, idade, gasimetria, D-dímeros, eletrocardiograma e ecocardiograma, angio-tomografia computadorizada (angioTC), e existência de TVP concomitante. Utilizou-se a ferramenta Excel para análise dos dados.

Resultados

No período estudado identificaram-se 501 diagnósticos de EP, 88,6% dos casos como diagnóstico inicial e os restantes como intercorrência durante internamento hospitalar.

O número de diagnósticos/ano foi estável entre 2010-2012 (45 a 55 casos) tendo posteriormente uma tendência crescente até ao máximo de 115 casos diagnosticados em 2016.

O género feminino foi predominante (304 [60,7%]), e o escalão etário 80-89 anos foi o mais afetado em ambos os sexos.

Da análise dos FR nos doentes hospitalizados por

EP a hipertensão arterial foi o FR mais prevalente (291 [65,5%]), seguido da insuficiência cardíaca congestiva (125 [28,2%]), repouso no leito superior a 3 dias (121 [27,3%]), obesidade (109 [24,5%]) e insuficiência respiratória (91 [20,5%]).

Obteve-se gasimetria em 422 dos doentes, encontrando-se hipocapnia em 235 (55,7%).

Realizada a avaliação de D-dímeros em 86,6%, todos com valor positivo (média de 12,3 mg/L), sem falsos negativos, demonstrando o seu elevado valor preditivo negativo.

O ECG foi realizado em 471 (94%) doentes, sendo que 33,1% apresentava taquicardia sinusal e apenas 7,9% tinha padrão S1Q3T3.

Dos 398 (79%) doentes fizeram ecocardiograma, 210 (52,8%) tinham hipertensão pulmonar.

A maioria dos diagnósticos foram feitos por angioTC (458 [91,4%]) e apenas dois doentes (0,4%) foram diagnosticados por cintigrafia ventilação/perfusão.

Em 175 (34,9%) doentes foi documentada a presença de TVP concomitante.

Conclusões

À semelhança do que é a realidade nacional, o número de casos de EP identificados ao longo do tempo tem vindo a aumentar, o que pode ser explicado pela maior longevidade, comorbilidades e diminuta mobilidade. Em 7 anos a incidência de EP duplicou, destacando-se também neste trabalho a elevada prevalência da hipertensão (65,5%) e de TVP (34,9%) concomitantes.

Apresenta-se esta análise esmiuçada de forma a contribuir para maior diagnóstico dos casos de EP, bem como para que se identifiquem ainda melhor os FR de forma a agir melhor na prevenção.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno A 9:15 - 10:45

CO173

881 O ECOCARDIOGRAMA NA AVALIAÇÃO DA DOENÇA CEREBRAL VASCULAR: UMA ANÁLISE RETROSPECTIVA

Daniela Guerreiro Carneiro, Inês Urmal, Ana Bravo, André Grazina, Beatriz Barata, Pedro Mesquita, Rosário Eça, Helena Estrada, Mário Alcatrão

Serviço de Medicina 2.1, Hospital de Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introdução

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma importante causa de morbimortalidade nos

países industrializados. O embolismo cardíaco é responsável por 15% a 40% dos AVC isquémicos (AVCi), enquanto 30% a 40% são classificados como de causa indeterminada. O ecocardiograma transtorácico (ETT) tem um papel essencial na avaliação, diagnóstico e abordagem dos AVC cardioembólicos e de etiologia desconhecida, estando o seu uso indicado em doentes cujo resultado possa guiar a decisão terapêutica.

Material e métodos: Os autores apresentam um estudo retrospectivo sobre a utilização e rentabilidade do ETT em doentes internados na enfermaria de Medicina com AVCi e acidente isquémico transitório (AIT), no ano de 2018. O objetivo da análise é avaliar a modificação da atitude terapêutica com base no achado ecocardiográfico, para otimizar a indicação clínica para a realização do ETT em internamento, segundo a etiologia da doença cerebral vascular (DCV).

Resultados: Foram analisados 92 doentes com AVCi/AIT, sendo 38% (35) de causa indeterminada, 28% (26) cardioembólicos, 12% (11) por aterosclerose de grande vaso e 22% (20) por doença de pequenos vasos. Nos de causa indeterminada, 91% teve indicação para ETT, que não foi realizado em 28% dos casos. A dilatação da aurícula esquerda (DAE) foi o principal achado no ETT (23%), sendo que em 71% não se registou alteração sugestiva de fonte cardioembólica. No AVC cardioembólico considerou-se que todos tinham indicação para ETT, sendo que em 45% dos casos não foi realizado em internamento e destes, 70% não estava previamente hipocoagulado. A alteração mais frequente foi novamente a DAE (31%) e em 65% dos ETT não se identificou fonte cardioembólica. O AVC por doença de pequenos vasos teve indicação de ETT em 10% dos casos, em que a revisão imagiológica sugeria eventos isquémicos múltiplos de cronicidade diferente. No entanto, 22% daqueles que não tinham indicação, realizaram o exame. Não foram encontradas alterações ecocardiográficas relevantes. Nos casos de etiologia aterosclerótica de grande vaso, 64% teve indicação de ETT em internamento e destes 86% fizeram o exame; 27% dos ETT registaram DAE, sendo a única alteração encontrada.

A alteração ecocardiográfica mais frequentemente encontrada em todos os ETT realizados (48) foi a dilatação da aurícula esquerda (22%), com uma frequência semelhante o aneurisma do septo, a calcificação do anel mitral e a acinesia segmentar (3%). 71% dos ETT não mostraram alteração sugestiva de fonte cardioembólica.

Conclusão: Os achados no ETT não modificaram a atitude terapêutica em nenhum dos casos revistos, por não se documentar uma fonte com alto potencial embólico, que justificasse, por si só,

a instituição de hipocoagulação.

O recurso à ecocardiografia na DCV deve ser criteriosamente avaliado, tendo em conta a convicção clínica e imagiológica de fonte cardioembólica, visando a necessidade de hipocoagulação do doente.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno A 9:15 - 10:45

CO174

215 ALTERAÇÕES DA CONDUÇÃO INTRAVENTRICULAR EM DOENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA

Ana Neto, Daniel Seabra, Inês Oliveira, Henrique Guedes, Aurora Andrade, Paula Pinto

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Introdução

A Insuficiência Cardíaca (IC) é o estadio final de várias cardiopatias. A recuperação da função sistólica ventricular esquerda (FSVE) é importante para o prognóstico destes doentes (dts). A maioria dos dts com IC tem alterações no eletrocardiograma (ECG), muitos deles com perturbações da condução intraventricular (IV). O atraso na condução elétrica, particularmente da parede lateral do ventrículo esquerdo (VE), pode levar a contracção assíncrona, o que prejudica a eficácia da contracção ventricular. A dessincronia mecânica está habitualmente associada a anormalidades da condução IV, particularmente bloqueio completo de ramo esquerdo (BCRE).

Objetivo:

Avaliar a presença de alterações da condução IV em dts seguidos numa Clínica de Insuficiência Cardíaca (CIC) e relacioná-las com a recuperação de FSVE após pelo menos 3 meses de terapêutica médica otimizada (TMO).

Métodos:

Estudo retrospectivo onde foram incluídos os dts seguidos na CIC de um único centro. Os dts apresentavam fração de ejeção (FE) reduzida à admissão na CIC e diagnóstico prévio de IC há pelo menos 6 meses ou internamento prévio por IC aguda. Os parâmetros avaliados foram: duração do QRS (dQRS) após TMO, etiologia da IC (isquémica e não-isquémica), FE e variação desta após TMO. A recuperação da FSVE (rFSVE) foi quantificada por ecocardiografia e definida como incremento da FE $\geq 10\%$ relativamente ao valor inicial. Os dts foram divididos em 2 grupos: rFSVE (G1) e não-rFSVE (G2). Foram excluídos os dts portadores de pacemaker definitivo à admissão. Os dados

relativos a dts portadores de CRT foram avaliados previamente à sua implantação.

Resultados:

Incluídos 276 dts, com uma média de idade de 60.5 ± 13.1 anos, 24.6% do sexo feminino. A média da dQRS foi de 129.6 ± 30.8 milissegundos (ms). 42.0% apresentava etiologia isquémica como causa da IC, não havendo diferença significativa entre a etiologia da IC e a média de dQRS. 27.9% apresentava BCRE, 44.2% apresentava perturbações da condução não-BCRE. 30.1% dos dts recuperaram função após TMO. Na análise univariada, a dQRS correlacionou-se de forma inversa com a FE à admissão e esta correlação manteve-se após TMO ($p < 0.001$). A média de dQRS foi menor em dts com rFSVE ($p = 0.004$).

Conclusão:

Na amostra avaliada, a maioria dos dts apresentava alteração da condução IV. A média da dQRS correlacionou-se de forma inversa com a FE inicial tendo esta correlação se mantido após TMO. A rFSVE associou-se a menores valores médios da dQRS.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Fénix B 9:15 - 10:45

CO183

86 DIABETES E RISCO CARDIOVASCULAR – ANÁLISE DOENTES SEGUIDOS EM CONSULTA DE DIABETOLOGIA

Natália Nunes Teixeira, Marta Cerol, Ana Rita Paulos, Margarida Cabrita

Hospital Distrital de Santarém

Introdução

A Diabetes Mellitus (DM) está intimamente associada a doença cardiovascular (CV) que constitui um enorme desafio considerando a prevalência, os recursos que mobiliza para o tratamento e morbilidades inerentes. As complicações macrovasculares continuam a ser uma das causas de morte mais comuns.

Objetivos: Caracterização do perfil colesterolemico num grupo de doentes com DM, análise do risco CV e estratégias terapêuticas.

Métodos: Estudo retrospectivo, dos doentes com DM, seguidos em consulta de Diabetologia no ano de 2017. Os dados foram recolhidos entre a primeira e a última consulta realizadas no período referido, através do SClínico e a análise estatística realizada em Excel.

Resultados: O número total de doentes observados

foi 108. O tempo medio de doença foi de 17 anos, o sexo masculino predomina (51%), a faixa etária mais frequente situava-se nos 61-70 anos, com idade média de 64.5anos e 87% eram diabéticos tipo 2. A hemoglobina A1C media era de 8%, e cerca de 56% dos doentes eram obesos. Presença de hipertensão arterial em 76,4%, dislipidemia em 61,4%, sedentarismo em 38,7% e tabagismo em 8,7% dos casos. Relativamente aos níveis de colesterol LDL, 81,4% tinham valores >70 mg/dl e 78,3% apresentavam HDL <60 mg/dl. A media do risco cardiovascular global (RCVG) conforme o ASCVD risk score era elevada em 31,2%. 62% faziam estatinas, 87,4% terapêutica anti-hipertensora, 39,8% antiagregação plaquetaria e 7,6% hipocoagulação oral. Das estatinas mais prescritas predomina a sinvastatina, seguida da atorvastatina. Nas complicações macrovasculares a mais frequente foi doença coronária (42,03%), seguida da arteriopatia periferica (19.27%) e da doença vascular cerebral (13,68%).

Conclusão: Face aos resultados obtidos deveria ser otimizada e intensificada a terapeutica dirigida para esta área da doença nomeadamente na seleção da estatina mais adequada ao perfil de RCV.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno C 9:15 - 10:45

CO192

241 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MACIÇO - REFERENCIAÇÃO PARA TERAPÊUTICA ENDOVASCULAR

Catarina Faria, Marco Fernandes, Maria Correia, Sérgio Brito, Mafalda Baleiras, Hugo Moreira, Luís Campos
Serviço de Medicina Interna - UF IV, Hospital São Francisco Xavier, CHLO

INTRODUÇÃO

O tromboembolismo pulmonar (TEP) representa a 3ª doença cardiovascular mais frequente e pode ser fatal na fase aguda ou levar a doença crónica e incapacitante. Comparativamente a outras, a abordagem, e consequentemente o prognóstico, dos doentes com TEP tem-se mantido relativamente estanque nas últimas décadas. A terapêutica endovascular (TEV) constitui uma opção reconhecida nos doentes com TEP de alto risco com contra-indicação para trombólise e uma opção a considerar nos doentes com TEP de risco intermédio-alto.

OBJECTIVOS: Documentar a TEV como opção de tratamento seguro na fase aguda do TEP maciço de alto risco com contra-indicação para trombólise e no risco intermédio-alto, e o seu impacto no prognóstico.

MATERIAL E MÉTODOS: Apresentamos 5 casos de TEP maciço referenciados para TEV entre Maio de 2018 e Janeiro de 2019. Foram referenciados dois casos de TEP de risco alto com contra-indicação absoluta para trombólise e três casos de TEP de risco intermédio-alto. A elegibilidade para o procedimento foi determinada pelos colegas de Cardiologia.

RESULTADOS: Apresentamos 5 doentes, 60% do sexo feminino, com média de idades 73±15 anos. Todos os doentes apresentavam à admissão insuficiência respiratória tipo 1, aumento de biomarcadores cardíacos (NT-proBNP e troponina T de alta sensibilidade) e evidência ecocardiográfica de sobrecarga do ventrículo direito (VD) com disfunção sistólica do mesmo. 60% dos doentes apresentava contra-indicação absoluta para trombólise. Foi sempre iniciada hipocoagulação previamente à TEV, 30% com heparina não fraccionada e 60% com heparina de baixo peso molecular. Todos realizaram trombectomia aspirativa com dispositivo PENUMBRA. Não ocorreram quaisquer complicações relacionadas com o procedimento. Todos tiveram alta sem necessidade de O2 suplementar e com confirmação ecográfica de função sistólica do VD preservada.

CONCLUSÕES: Os resultados imediatos da TEV parecem promissores, com melhoria clínica e ecocardiográfica evidente e sem complicações atribuíveis à técnica nesta amostra, apesar de estarem descritas na literatura. A amostra reduzida e a ausência de grupo de controlo limita a interpretação e relevância estatística dos dados e ensaios clínicos em larga escala serão necessários para validar a TEV como tratamento de primeira linha no TEP.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno D 9:15 - 10:45

CO201

964 VACINAÇÃO NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA – UMA ESTRATÉGIA MODIFICADORA DE DOENÇA POUCO APLICADA

Beatriz Valente Silva, Daniel Costa Gomes, Ana de Matos Valadas, Inês Silva

Centro Hospitalar Lisboa Norte

Introdução

As infeções respiratórias são uma causa major de morbimortalidade nos doentes com insuficiência cardíaca (IC). A vacinação para vírus influenza e Streptococcus pneumoniae ao reduzir a incidência e/ou gravidade das infeções respiratórias previne as descompensações de IC, reduz a necessidade de internamento e a morbimortalidade associada. A

vacinação regular e a vacinação no primeiro período da época vacinal tem impacto mais favorável comparativamente com a vacinação intermitente ou tardia.

Objetivos:

Determinar a taxa de vacinação para influenza e para *S. pneumoniae* numa população de doentes internados com diagnóstico primário ou secundário de IC.

Métodos:

Foram incluídos todos os doentes com idade superior a 65 anos internados num serviço de Medicina Interna com o diagnóstico de IC crónica, no período compreendido entre 1/11/2018 e 15/02/2019. Analisaram-se retrospectivamente as características demográficas e clínicas e os resultados de pesquisa de vírus respiratórios. Consultou-se a Plataforma de Dados da Saúde para recolher informação relativa à vacinação para influenza e *S. pneumoniae* para as épocas vacinais 2017-2018 e 2018-2019.

Resultados:

Foram incluídos 152 doentes, 53,9% do sexo feminino, com uma idade média de $81,14 \pm 9,25$ anos e um tempo mediano de internamento de 6 dias (IQR 5). A cobertura vacinal para influenza na época 2017-2018 foi de 44,7% (n=68) e na 2018-2019 foi de 38,8% (n=59). Destes últimos 67,8% foram vacinados no período precoce de vacinação (até 15 Novembro). A vacinação nas duas épocas consecutivas verificou-se em 27,6% (n=42) dos doentes. A cobertura vacinal conjunta para influenza e *S. pneumoniae* foi de 10,52% (n=16).

A infeção respiratória foi causa de admissão em 51,9% (n=79), com isolamento de influenza A em 10,1% (n=8), sete dos quais não se encontravam vacinados. Dos doentes admitidos com infeção respiratória 34,5% apresentava simultaneamente descompensação de IC.

Das comorbilidades avaliadas apenas a doença arterial coronária e as neoplasias influenciaram positivamente o número de doentes vacinados ($p=0,02$; $p=0,02$, respetivamente). Não se verificou uma associação entre a vacinação e a idade, tratamento com anticoagulantes ou o número cumulativo de comorbilidades ($p=0,954$; $p=0,601$; $p=0,234$, respetivamente).

Conclusão:

A taxa de vacinação para Influenza e *S. pneumoniae* neste estudo encontra-se abaixo dos dados disponíveis na literatura internacional, reportada em cerca de 70%. Verifica-se também que a maioria dos doentes se vacina de forma intermitente, com um decréscimo da cobertura vacinal da época 2017-2018 para a 2018-2019, o que acompanha a tendência verificada internacionalmente.

A vacinação para influenza é uma intervenção custo efetiva, segura e de fácil acesso, devendo ser encarada como uma estratégia modificadora de doença na Insuficiência Cardíaca.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno B 9:15 - 10:45

CO211

1117 IMPACTO DA RELAÇÃO UREIA:CREATININA À ADMISSÃO NOS INTERNAMENTOS POR INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA

Mariana Mendes Gomes, Luís Romualdo Correia, Carolina Barros, Helena Luís, Bela Machado, Mariana Bilreiro, Rita Rodrigues, Maria Luz Brazão

Hospital Central do Funchal - Serviço de Medicina Interna

Introdução

A disfunção renal é reconhecida como fator de mau prognóstico na insuficiência cardíaca (IC). Entre os marcadores analíticos usados para aferir essa disfunção disponíveis na prática clínica encontramos a ureia e creatinina séricas. Cada um apresenta limitações que impedem uma relação clara entre o valor absoluto, com a disfunção renal e o seu contributo prognóstico em contexto de IC descompensada. Nas limitações, encontramos a sarcopenia que pode surgir em contexto de caquexia cardíaca e a contração de volume intravascular favorecido pelos fármacos utilizados na IC, nomeadamente, os diuréticos. Um parâmetro simples, a razão ureia:creatinina (RUC), tem sido sugerida como forma de ultrapassar as limitações descritas.

Objetivos: Aferir o valor da RUC à admissão no prognóstico dos doentes admitidos por IC descompensada num serviço de Medicina Interna (SMI).

Material e Métodos: Foi elaborado um estudo retrospectivo. Foram incluídos todos os internamentos consecutivos de um SMI ao longo de 6 meses motivados por IC descompensada em adultos provenientes do ambulatório. Extraíram-se variáveis demográficas, semiológicas e analíticas à admissão bem como o tempo de internamento e a ocorrência de óbito intra-hospitalar por qualquer causa. Entre as variáveis analíticas, destacou-se a ureia e creatinina, e dessas foi calculada a RUC. Os casos foram divididos em grupo A ($RUC < 60$) e B ($RUC \geq 60$). As variáveis qualitativas foram expressas em frequências enquanto as qualitativas em média e desvio-padrão (DP); utilizou-se, respectivamente, o teste Qui-quadrado e teste t para estudar das diferenças entre os grupos. A associação entre RUC e óbito intra-hospitalar foi aferido com recurso a regressão logística incluindo

fatores de confundimento preditores reconhecidos. Assumiu-se o limiar de significado estatístico $p < 0,050$. Utilizou-se o software da instituição para a consulta dos processos clínicos. Agregaram-se os dados com o Microsoft Office Excel 2010. O tratamento estatístico foi realizado com o apoio do IBM SPSS versão 19.0.

Resultados: Obteve-se uma mostra de 166 casos. A média das idades foi de 80,1 (DP 8,2) anos. Cinquenta e oito (34,9%) pertenciam ao sexo masculino. A média das uremias foi 74,0 (DP 43,3) mg/dl e das creatininemias 1,4 (DP 0,6) mg/dl. A média da RUC foi 52,9 (DP 16,4). Verificou-se óbito em 19 casos (11,4%). No grupo A, foram incluídos 120 casos (72,3%) e ocorreram 8 óbitos (6,7%) enquanto o grupo B era composto por 46 casos (27,7%) tendo falecido 11 (23,9%) ($p = 0,002$). Verificou-se associação entre uma RUC > 60 e o óbito intra-hospitalar (odds-ratio 4,4 $p=0,003$), mantendo a associação significativa na regressão com outros preditores.

Conclusão: Uma RUC elevada em contexto de IC descompensada esteve associada a mau desfecho no decorrer do internamento sugerindo valor prognóstico. Sugere-se mais estudos neste campo.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno B 9:15 - 10:45

CO212

957 HEART FAILURE IN REAL LIFE, A HETEROGENEOUS POPULATION BENEFITING FROM A SPECIALIZED MULTIDISCIPLINARY PROGRAMME

Inês Egídio de Sousa, Inês Lopes da Costa, Inês Nabais, Francisco Adragão, Patrícia Moniz, Susana Quintão, Lúcia Fernandes, Célia Osana, Luís Campos, Inês Araújo, Cândida Fonseca

Hospital São Francisco Xavier

Introduction: Heart failure(HF) is a public health problem, affecting a diversified population, growing in prevalence despite therapy and prevention advances. Most Cardiology departments' registries describe predominantly HF with reduced ejection fraction (HFrEF), while Internal Medicine mainly reports HF with preserved ejection fraction (HFpEF).

Objective: To evaluate demographics, clinical characteristics and acute management of a non-selected population hospitalized in an Acute Heart Failure Unit (AHFU) with a multidisciplinary team.

Methods: Retrospective study of consecutive hospitalizations due to decompensated HF in an AHFU, over one year.

Results: Of 181 hospitalizations, 55.2% were men, mean age 76 years. Most patients (77.3%) were admitted from the emergency room and 12.1% were admitted from our Day Hospital(DH). 50.8% had non-HErEF (HEpEF 44.2% and HF with mid-range ejection fraction (HFmrEF) 6.6%) and 49.2% HErEF. The most frequent aetiologies of HF were hypertensive (48.6%), ischemic (44.2%) and valvular (26%). Most of the patients had decompensation of chronic HF (93%). Most decompensations were due to arrhythmias (26%), infection (24.9%) and medication non-adherence (24.9%). Patients were admitted in NYHA classes III (35.4%) or IV (64.6%), and at discharge the majority (70.7%) were in class II. Most patients were on B profile (95.6%) requiring IV diuretics; of these 14.4% evolved to C profile requiring inotropics, 9.4% of which on levosimendan. Mean in-AHFU stay was 8,1 days, and mortality 6%. Population had high multimorbidity, with an average of 6 comorbidities: arterial hypertension (75.6%), atrial fibrillation (6.2%), chronic Kidney disease (56.4%), diabetes (42.5%), among others. After discharge, 87.7% were referred to DH, 76,5% HF consultation and 45.7% other speciality evaluation (22.2% Pneumology, 16% Cardiology, 4.3% Nephrology, Endocrinology and Internal Medicine). Readmission at 30 days was 12.5% (52.4% due to decompensated HF) and mortality 5.3% (45.4% due to HF).

Conclusion: results support epidemiologic data, where HErEF tend to be as prevalent as non-HErEF. Despite differences, acute management tends to be similar as most patients are congestive at admission. All groups had high multimorbidity, requiring a multidisciplinary approach. A specialized and structured HF Program allows integrated care, with systematic and differentiated approach, reflected on our short hospital stay and mortality, inferior to national (9.6 days and 12.5% in 2014, respectively) and international data.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno B 9:15 - 10:45

CO213

1872 IN-HOSPITAL MANAGEMENT OF DISEASE MODIFYING DRUGS IN HEART FAILURE WITH REDUCED EJECTION FRACTION - AN OPPORTUNITY TO IMPROVE?

Inês Nabais, Francisco Pulido Adragão, Inês Lopes da Costa, Inês Egídio, Patrícia Moniz, Luís Campos, Inês Araújo, Cândida Fonseca

Unidade de Insuficiência Cardíaca, Hospital São Francisco Xavier - CHLO

Introduction: Heart failure (HF) is a syndrome with

high morbimortality and its prevalence continues to grow. New therapeutic options are an opportunity to change the natural history of the disease. Guidelines recommend in-hospital maintenance or initiation of all disease-modifying drugs (DMD), with titration as much as possible before discharge.

Objective: To analyse in-hospital management of DMD in HF with reduced ejection fraction (HFrEF) patients admitted in an Acute Heart Failure Unit (AHFU).

Methods: Retrospective study of consecutive hospitalizations due to acutely decompensated HF, over a year, examining hospital databases. HFrEF patients discharged from the AHFU were selected to evaluate medication at admission, in-hospital and at discharge.

Results: From the 181 AHFU admitted patients, 76 HFrEF were included. At admission 68.4% were on renin-angiotensin-aldosterone inhibitor (RASi) - 50.0% ACEi, 9.2% ARB, 9.2% ARNI; 72.4% on beta blocker (BB) and 65.8% on aldosterone antagonists (ARM). At discharge 77.6% were on RASi - 57.9% ACEi; 9.2% ARB; 10.5% ARNI; 85.5% BB and 77.6% ARM; 57.9% were on triple DMD therapy and 10.5% on Ivabradine. Regarding ACEi: 34.1% started, 18.2% increased and 27.3% maintained ambulatory dose; Regarding ARB: 14.3% started, 14.3% increased, 42.9% maintained ambulatory dose. Regarding ARNI: 25% started, 23.5% increased 50% maintained ambulatory dose. Although during hospitalization all DMD were titrated to patients maximum tolerated dose, at discharge most patients on RASi (83.1%) and BB (80.0%) were not on maximum recommended doses according to guidelines, while on ARM only few patients (27.1%) didn't reach maximum doses. Very few patients needed to reduce or suspend DMD medication at discharge - 5.8% reduced and 21.2% suspended RASi, mainly due to low blood pressure (50.0%) and renal disease (30.0%); 12.7% reduced and 10.9% suspended BB mainly due to low blood pressure (38.9%) and bradycardia (22.2%); 6% both reduced and suspended ARM mainly due to renal disease (60.0%).

Conclusion: While being a predictor of bad prognosis, hospitalization was an opportunity to optimize HFrEF treatment. At discharge patients' DMDs maximum tolerated doses were frequently inferior to guideline's recommended maximum dosages. Although in line with other real-life registries and even trials, titration should always be re-challenged in an early post-discharge assessment.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno B 9:15 - 10:45

CO214

475 REGISTO DE DOENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA (ICA) NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DURANTE 1 ANO

Rita Correia, Pedro Leite Vieira, Marisa Linhares, Fábica Cruz, Sandra Martin, Maria Eugénia André

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, Hospital Amato Lusitano

Introdução

Os doentes com ICA são um grupo heterogéneo, com elevadas taxas de reinternamento e mortalidade mesmo após alta. Em Portugal a incidência de Insuficiência Cardíaca Crónica foi estimada no estudo EPICA (1998-2000) em 4.36%, acreditando-se que este número seja actualmente subestimada tendo em conta o envelhecimento da população até à data actual.

Objectivo: Caracterizar uma população de doentes com ICA num Serviço de Medicina Interna (SMI), durante um ano.

Material e Métodos: Estudo observacional, prospectivo e transversal, dos doentes internados com diagnóstico principal de ICA no SMI, durante o período de Abril de 2017 a Abril de 2018. Os dados epidemiológicos e clínicos foram recolhidos através do Sclenic®. Análise realizada por SPSS®.

Resultados: Amostra de 118 doentes (59,3% mulheres, idade média: $84 \pm 7,9$ anos). Tempo médio de internamento 27,2 dias. Comorbilidades mais frequentes: Fibrilhação auricular (78,8%), HTA (70,3%) e Diabetes mellitus (39%). Em média, apresentavam 3 comorbilidades. Caracterizando a ICA da amostra: 81,4% crónica agudizada; 84,6% Classe funcional III e IV à entrada; 60,5% com fracção de ejeção preservada; Perfil hemodinâmico B (Quente e Húmido) em 68,6%. A amostra apresentava um BNP médio à entrada de $803 \pm 796 \mu\text{g/L}$. Não foram encontradas correlações entre o valor de BNP e a mortalidade. Os doentes com classe funcional de III e IV apresentam fracções de ejeção mais baixas, com significado estatístico ($59,56 \pm 14$ vs $65,97 \pm 11,8$, $p < 0,01$). Etiologia IC: 29,7% doença cardíaca isquémica; 36,4% HTA; 9,3% Taquiarritmias. O principal factor precipitante da agudização foi infecção (50%), mas sem correlação estatística com a mortalidade intrahospitalar. Mortalidade global de 52,2% e 9,3% falecidos durante o internamento. 28,8% reinternados por novo episódio de ICA.

Com significado estatístico, os doentes que faleceram comparativamente com os não falecidos

no internamento apresentavam hipercaliemia ($p=0,04$), hipernatremia (143 vs 138, $p<0,01$), GGT mais elevada à entrada (113 vs 51, $p=0,03$), Creatinina superior a 1,2 ($p=0,03$), Ureia aumentada (140 vs 73, $p=0,02$) e PCR mais elevadas (111 vs 48, $p<0,01$). Os doentes com valores mais baixos de ferro sérico (43,34 vs 63,48, $p=0,04$) e saturação da transferrina (14,4 vs 23,7, $p=0,03$) apresentaram mortalidade global superior com significado estatístico. Os doentes com DPOC apresentaram uma mortalidade global tendenciosamente superior ($p=0,06$).

Conclusões: O doente tipo com ICA internado num serviço de medicina interna é mulher, com mais de 80 anos, com 3 ou mais comorbilidades, IC crónica agudizada, com fracção de ejeção preservada, NYHA III ou IV e perfil B à entrada. A amostra apresenta uma taxa de mortalidade global de 52,2%, semelhante ao já descrito na literatura. A disfunção renal com alterações iónicas correlacionam-se com a mortalidade, assim como a ferropenia independente da presença de anemia.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno B 9:15 - 10:45

CO215

441 REINTERNAMENTOS POR INSUFICIÊNCIA CARDÍACA - A EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Tiago Rabadão; Leonor Naia; Mariana Teixeira; Filipa Ferreira; Margarida Eulálio; Rosa Jorge

Hospital Infante D. Pedro, Centro Hospitalar do Baixo Vouga

INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) associa-se a elevada morbimortalidade, com grande repercussão no sistema de saúde, nomeadamente no que se refere ao número e duração dos internamentos hospitalares.

OBJECTIVOS: Caracterização dos doentes reinternados por IC, nomeadamente quanto à idade (na primeira admissão), ao número e à duração dos internamentos, aos motivos de agudização e às suas comorbilidades.

MATERIAL E MÉTODOS: Estudo retrospectivo, baseado na revisão dos processos clínicos dos doentes reinternados no Serviço por IC descompensada, entre 2010 e 2016.

RESULTADOS: Foram identificados 289 doentes, 62% mulheres. Apresentavam idade média (IM) de 82 anos, sendo as mulheres mais velhas (IM: 83 anos). Cada doente, em média, apresentou

14 admissões no Serviço de Urgência (SU), 4 reinternamentos, 48 dias de internamento e cumpriu terapêutica com 10 fármacos. 62% apresentavam algum grau de dependência e 18% residiam em lar. Durante o período considerado, faleceram 69% dos doentes. Foram identificadas, em média, 6 comorbilidades por doente, sendo as principais: hipertensão arterial (HTA) (82%), fibrilhação auricular (FA) (72%), anemia (66%) e doença renal crónica (DRC) (63%). A principal etiologia de IC foi a hipertensiva (81%) e as causas mais frequentes de agudização foram a infecção (52%) - sobretudo respiratória (31%) e as taquiarritmias (10%). Do total, 70% apresentavam FEV preservada: 69% mulheres, IM de 83 anos e com maior prevalência de HTA (96%), FA (75%), obesidade (41%) e maior número de admissões no SU (15 em média). Os doentes com FEV reduzida (30%) eram mais jovens (IM: 79 anos), maioritariamente homens (54%), com maior grau de autonomia (54% autónomos); apresentaram maior taxa de mortalidade (70%) comparativamente aos com FEV preservada; e, ainda, maior taxa de incumprimento terapêutico (22%) e bradiarritmia (13%) como factores de agudização. Do total de doentes, 31% tinham menos de 80 anos, 54% dos quais mulheres e 58% com FEV preservada; neste grupo verificou-se uma maior proporção de diabetes mellitus (57%), de obesidade (44%) e de doença arterial periférica (38%). Os doentes com mais de 4 reinternamentos (29%) eram mais jovens (IM: 79 anos), 54% mulheres e, em média, com 23 admissões no SU; estes apresentaram maior expressão da anemia (78%), DRC (71%), doença pulmonar (56%) e hiponatremia (43%).

CONCLUSÕES: Os doentes com reinternamentos por IC descompensada apresentam significativo número de comorbilidades, independentemente da FEV e do género, devendo o controlo destas ser integrado na sua abordagem. As infecções assumem-se como a principal etiologia de descompensação e consequentemente dos internamentos, realçando a necessidade do melhoramento das estratégias da sua prevenção e controlo.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno B 9:15 - 10:45

CO216

1167 SACUBITRIL/VALSARTAN –NOVA ESPERANÇA PARA UMA DOENÇA FATAL

Josiana Duarte, Tiago Fiúza, David Campoamor, Paula Pestana, Henrique Rita, José Sousa e Costa

Hospital do Litoral Alentejano

A descoberta e a introdução do inibidor da neprilisina no tratamento da insuficiência cardíaca crónica com fracção de ejeção reduzida (HFrEF) constituem

um marco notável no tratamento dos doentes com esta patologia. O composto sacubitril/valsartan é o primeiro da classe a demonstrar redução na mortalidade e morbilidade dos doentes com HFrEF como demonstrado no estudo PARADIGM-HF.

Apresenta-se um estudo retrospectivo em que foram analisados os doentes internados num hospital no ano de 2018 (incluindo enfermaria de medicina, serviço de urgência, unidade de cuidados intermédios e unidade de cuidados intensivos) que estivessem sob tratamento com sacubitril/valsartan. Obtivemos uma amostra de 17 doentes, 13 do sexo masculino, 4 do sexo feminino; a média de idades era de 66 anos (mínimo 36 e máximo 85). Relativamente à etiologia, 10 doentes apresentavam miocardiopatia dilatada, 4 cardiopatia isquémica, 1 cardiopatia isquémica e hipertensiva e 2 cardiopatia hipertensiva. 13 doentes encontravam-se na classe funcional II e 4 na classe III da NYHA (New York Heart Association) à data de início do fármaco. Em 11 doentes houve melhoria sintomática ao fim de 12 semanas, manutenção da mesma classe em 6 doentes e em nenhum se verificou agravamento sintomático. Todos os apresentavam fração de ejeção inicial (Fej) menor ou igual 35%. A Fej média medida por ecocardiograma era de 26% (mínima 11.5% e máxima 35%). Em apenas 2 doentes foi possível avaliar a Fej 12 semanas após início do fármaco (num deles houve melhoria da Fej de 35 para 46,1% e no outro de 26 para 28%). Em termos de mortalidade, 1 dos 17 doentes faleceu ao final de 1 ano sob terapêutica com o fármaco. 6 doentes tiveram internamentos por descompensação da insuficiência cardíaca. Quanto a efeitos secundários houve 1 doente diagnosticado com angioedema, 2 com agravamento nos índices renais, 1 com hipercaliémia e 1 com hipotensão. O fármaco iniciado na consulta externa em 4 doentes, no S. Cardiologia em 1 e no S. Medicina em 12. 6 doentes tinham devices implantados. Em termos de comorbilidades: 9 tinham Diabetes, 7 doença arterial coronária, 6 anemia, 2 doença pulmonar obstrutiva crónica, 5 fumadores, 8 doença renal crónica, 6 doença valvular cardíaca, 13 hipertensão arterial, 11 dislipidémia e 7 fibrilação auricular.

As variáveis classe sintomática da NYHA antes do início do fármaco e 12 semanas após, por não seguirem distribuição normal, foram analisadas com estatística não paramétrica: teste de Levene para avaliar a homogeneidade da variância e Mann Whitney para testar a hipótese. Concluiu-se que existe uma diferença estatisticamente significativa ($p=0.002$) nas classes funcionais antes e após início do fármaco, correspondendo a melhoria sintomática significativa.

Como desafio futuro seria interessante prolongar o estudo no tempo para avaliar a Fej às 12 e às 36 semanas após início do fármaco e a possível redução da mortalidade, internamentos por descompensação e necessidade de ajuste da medicação.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno B 9:15 - 10:45

CO217

2196 AVALIAÇÃO DA PRÁTICA DE TROMBOPROFILAXIA PRIMÁRIA EM DOENTES MÉDICOS INTERNADOS NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

João Gramaça, Sara Garez Gomes, Teresinha Ponte, Filomena Carneiro, Fátima Campante

Centro Hospitalar Barreiro Montijo

INTRODUÇÃO

Estima-se que mais de metade dos doentes médicos hospitalizados apresentem risco de eventos tromboembólicos venosos (TEV), risco esse que pode ser significativamente diminuído se existir uma boa prática em termos de profilaxia primária destes eventos.

Existem scores de risco validados para doentes médicos, cujos resultados mostram um benefício na prevenção de eventos com tromboprofilaxia adequada, como o Score de Predição de Padua. Acresce na decisão o risco hemorrágico individual do doente, sendo este estudado pelo International Medical Prevention Registry on Venous Thromboembolism, que demonstrou que os factores de risco independentes mais fortes para hemorragia à admissão são úlcera gastroduodenal activa, evento hemorrágico nos 3 meses prévios e trombocitopenia com $< 50\,000/\mu\text{L}$.

OBJECTIVO: Os autores propõem-se a avaliar o risco dos doentes internados num Serviço de Medicina Interna e a determinar se se encontra instituída uma tromboprofilaxia adequada de acordo com o risco trombótico e hemorrágico.

MATERIAL E MÉTODOS: Este é um estudo descritivo exploratório com o objectivo de avaliar o risco de TEV em doentes médicos internados numa amostra de 32 doentes internados numa determinada data.

RESULTADOS: Dos 32 doentes internados, 6 apresentavam diagnóstico prévio ou de novo de fibrilhação auricular e 1 de TEV, encontrando-se anticoagulados com heparina de baixo peso molecular ou rivaroxabano em dose terapêutica.

Dos restantes 25, 36% (9) apresentavam um score de Padua < 4 (o valor considerado como cut off no estudo para tromboprofilaxia primária). Destes doentes, 3 (33%) encontrava-se medicado com heparina de baixo peso molecular em dose profiláctica.

Dos doentes com score de Padua $>$ ou $= 4$ (14 doente, ou seja 64%), 5 (35%) não se encontravam a cumprir tromboprofilaxia primária; 2 sem razão expressa e 3 por risco hemorrágico aumentado. A

salientar que destes 3, 2 se encontravam a utilizar meias de compressão, sendo esta uma estratégia sub-ótima. Nenhum doente se encontrava sob compressão pneumática intermitente

Salienta-se assim que no cômputo geral, 20% dos doentes avaliados se encontrava incorrectamente hipocoagulados de acordo com as directrizes do score utilizado, quer por sobretratamento, quer por não utilização da trombotoprofilaxia; 12% com indicação não estavam sob terapêutica por risco hemorrágico.

CONCLUSÕES: Os autores são da opinião que é necessária uma amostra maior para uma melhor caracterização da realidade do internamento hospitalar, quer num único centro, quer a nível nacional, com recurso a um score adequadamente validado. Destaca-se o facto de existir uma elevada percentagem de doentes com risco aumentado de TEV, sendo interessante o facto de tanto haver sobre como sub tratamento, o que destaca a relevância duma utilização correcta de ferramentas no sentido de aplicar as armas terapêuticas com critério.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno B 9:15 - 10:45

CO218

1079 PROFILAXIAS NO DOENTE INTERNADO: CASUÍSTICA DE PROFILAXIA PRIMÁRIA DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO NOS SERVIÇOS DE MEDICINA INTERNA NUM HOSPITAL DISTRITAL

Marta Fonseca, Mário Ferreira, Zélia Neves, João Machado
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Introdução

A introdução de fármacos destinados a profilaxias no internamento é uma prática comum, entre elas a do tromboembolismo venoso (TEV). Não existem atualmente normas bem definidas quanto a essa prática, mas estudos demonstram que o seu uso tem benefício na mortalidade de doentes cirúrgicos, sem resultados tão consistentes em doentes médicos. O risco de TEV deve ser avaliado consoante as escalas disponíveis, destacando também a avaliação do risco hemorrágico, fatores a ter em conta na tomada de decisão para iniciar a anticoagulação profilática, sobretudo numa população fragilizada como é característico da Medicina Interna. Tendo em conta as mais recentes publicações, assiste-se muitas vezes à utilização de profilaxia em situações sem indicação, com os riscos inerentes.

Objetivos: Os autores apresentam o estudo retrospectivo da utilização de profilaxias de

tromboembolismo venoso e respetiva indicação clínica em doentes internados em 4 serviços de Medicina Interna dum hospital distrital.

Material e Métodos: Efetuou-se o estudo retrospectivo dos processos clínicos de todos os doentes internados num determinado dia em 4 serviços de Medicina Interna até à data da alta.

As variáveis analisadas para o risco de embolia e hemorragia basearam-se nos scores de risco preditivo de Padua e IMPROVE bleeding risk, respetivamente.

Resultados: Foram analisados um total de 174 doentes, com média de idades 72,6 anos, sem predomínio de sexo. Foram excluídos 54 doentes por terem indicação para anticoagulação em dose terapêutica. Dos restantes 120, foi introduzida anticoagulação profilática em 86 doentes (72%), 36% dos quais não tinham indicação clínica ou por baixo risco de TEV (score de PADUA <4, 58%) ou por risco hemorrágico alto (1 fator de risco major ou pelo menos 2 minor, 42%), apesar do score de Padua ≥ 4.

74% dos 120 doentes apresentavam um score Padua ≥ 4, predizendo um alto risco de TEV, sendo os fatores de risco mais observados a imobilização >3 dias e idade >70 anos. 7,5%, apesar de terem indicação, não iniciaram anticoagulação profilática. Objetivou-se um alto risco hemorrágico em 28,3% dos doentes, cerca de metade destes medicados para profilaxia de TEV.

O fármaco utilizado em todos os doentes foi enoxaparina. Todos os doentes analisados mantiveram a profilaxia durante todo o tempo de internamento.

Conclusões: A maioria dos doentes analisados foram medicados profilaticamente de acordo com as recomendações mais recentes. No entanto, observa-se ainda o sobreuso dessa medicação numa percentagem considerável de doentes. Releva-se assim a necessidade de realização de protocolos de prática clínica hospitalar, com vista ao uso adequado de anticoagulação profilática no sentido de prevenir o TEV em doentes de maior risco e tentar evitar os riscos de iatrogenias associados a essa terapêutica.

26 DE MAIO DE 2019**Sala Neptuno B 9:15 - 10:45****CO219****152 TROMBOPROFILAXIA PRIMÁRIA DA EMBOLIA PULMONAR – PREVER OU PREVENIR?**

Carolina Barros, Mariana Gomes, Carolina Morna, Diogo André, Fabiana Gouveia, Teresa Faria, Luz Brazão

Hospital Central do Funchal

INTRODUÇÃO

A embolia pulmonar (EP) é a terceira doença cardiovascular mais frequente e a sua incidência aumentou nos últimos anos. Os doentes hospitalizados apresentam risco aumentado para eventos de tromboembolismo venoso (TEV), podendo dividir-se esse risco em dois períodos, nomeadamente, a hospitalização aguda e o período após hospitalização (até aos 90 dias). Ainda não foi possível provar o benefício na redução de eventos e mortalidade da extensão da tromboprolifaxia primária (TBP) após a alta, em doentes internados por patologia médica.

OBJECTIVOS: Determinar o risco acrescido de EP nos 30 dias seguintes a um internamento por patologia médica que não-TEV.

MATERIAL E MÉTODOS: Análise retrospectiva dos doentes reinternados com o diagnóstico de EP no serviço de Medicina Interna de Abril de 2016 a Abril de 2018, através da revisão de processos clínicos de internamento. A avaliação estatística foi realizada com recurso ao programa Microsoft Office Excel® 2010.

RESULTADOS: Registaram-se 149 casos de doentes internados por EP de Abril de 2016 a Abril de 2018, desses, 14,8% (n=22) tiveram um internamento prévio por patologia médica que não-TEV nos últimos 30 dias, sendo que 73% (n=16) regressaram nos primeiros sete dias após a alta. A maioria era do sexo feminino (77%, n=17) e a idade média foi de 75 (53 a 92) anos. A demora média de internamento foi de 10 (7 a 19) dias. Os principais factores de risco e co-morbilidades apresentados por estes foram a idade superior a 60 anos (77%, n=17) imobilização no leito superior a 3 dias (73%, n=16), estado infeccioso agudo prévio (41%, n=9), insuficiência cardíaca (31%, n=7), acidente vascular cerebral (AVC) isquémico com parésia/plegia de membro inferior (23%, n=5). Registaram-se 6 óbitos (21%), sendo a maioria do sexo feminino (67%, n=4). Desses, os factores de risco apresentados foram a imobilização superior a 7 dias (n=5, 83%), estado infeccioso prévio (n=4, 67%), tabagismo (n=2, 33%) e parésia/plegia de membro inferior na sequência de AVC (33%, n=2).

CONCLUSÕES: Não existe até à data indicação formal para prolongar a TBP primária medicamentosa após a alta nos doentes internados por patologia médica, contudo, entende-se que certos factores de risco condicionam per se um risco muito aumentado para eventos de TEV, como por exemplo a imobilização no leito e a insuficiência cardíaca, outra patologia em crescente no nosso país, podendo estes beneficiar não de uma estratégia universal mas sim de uma individualização na abordagem profiláctica de acordo com as suas co-morbilidades.

24 DE MAIO DE 2019**Sala Neptuno B 9:15 - 10:45****DOENÇAS DIGESTIVAS E PANCREÁTICAS****CO060****18 ESTUDO DA PREVALÊNCIA E CONTROLO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL, DA DISLIPIDEMIA, DA DIABETES MELLITUS E O SEU CONTRIBUTO PARA O RISCO CARDIOVASCULAR GLOBAL NA ARS NORTE. AVALIAÇÃO DAS DIFERENÇAS URBANO/RURAIS E INTERCONCELHIAS.**

Mário Espiga de Macedo¹; Tiago Taveira-Gomes^{1,2,3,4}, Maria Espirito Santo^{1,5}, Pedro Marques da Silva^{1,6} Rui Cruz Ferreira^{1,7}

1 – Programa Nacional para as Doenças CérebroCardiovasculares da DGS; 2 – USF Covelo, ACES Porto Oriental, ARS Norte; 3 – AI4Health CINTESIS; 4 – IINF

A Hipertensão arterial continua a ser o principal factor de risco das , aliado à importância da contribuição da dislipidemia, da diabetes e da obesidade no desenvolvimento das DCV. A melhor efectividade e rentabilidade dos serviços de Saúde, só pode ser obtida com o conhecimento promenorizado e descriminado das populações que trata. Fomos por isso estudar a realidade epidemiológica de toda a população inscrita nos serviços da ARS Norte.

Métodos

Análise da base de dados dos CSP da ARS Norte em Junho de 2018, com cerca de 3 milhões de utentes com idade superior a 18 anos. Foram calculadas as prevalências e controlos da hipertensão arterial (HTA), dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2 (DM2) com base dos registos biométricos. O controlo da HTA, dislipidemia e DM2 foi calculado de acordo com as recomendações da SEC.

Resultados:

A prevalência da HTA foi de 31,2%, mais elevada

nos homens (29,9%) do que nas mulheres (32,3%), com um controlo de 48,9% e 54,8% respetivamente no sexo masculino e feminino. Contudo a prevalência é mais elevada em Bragança (38,6%) e menos no Porto (30,5%), com grande variabilidade interconcelhia. Em relação às dislipidemias, esta foi mais prevalente nos homens (33,6%) do que nas mulheres (29,9%), e mais prevalente nas zonas rurais (Vila-Real com 37,4%) do que nas urbanas (Porto com 31,5%), e com grande variabilidade interconcelhia. O mesmo padrão existe para a diabetes, mais prevalente em Vila-Real (8,6%) do que em Braga (6,5%). Por sua vez é Vila-Real onde existe melhor controlo (62%) e Bragança onde ele é menor (58,1%). Os dados analisados permitiram concluir que cerca de 23% da população do Norte de Portugal tem um risco cardiovascular muito alto e está localizada preferencialmente nas zonas rurais.

Conclusões

O presente estudo permite afirmar em relação às patologias analisadas, que o controlo da hipertensão arterial e da diabetes atingiram níveis muito satisfatórios. Já o mesmo não se pode dizer em relação às dislipidemias. Mas deve-se salientar as enormes assimetrias encontradas, para as diferentes patologias, das zonas rurais em relação às

zonas urbanas. Contudo verifica-se uma grande variabilidade/assimetria interconcelhia no estudo das mesmas variáveis.

Os resultados encontrados deverão ser considerados, quando se abordam os problemas de saúde e a estratégia do seu tratamento na região Norte

25 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno A 9:15 - 10:45

CO112

1014 PRESCRIÇÃO DE INIBIDORES DE BOMBA DE PRÓTONS (IBP) NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA.

Joana Diogo, Carolina Coelho, Rita Bizarro, Bernardo Ferreira, José Jácome, Ana Gonçalves, Conceição Loureiro
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introdução

Os IBP são fármacos que actuam essencialmente como supressores da acidez gástrica. Devem ser usados na dose mínima efectiva, durante o menor tempo possível e reavaliada periodicamente a sua necessidade. A profilaxia com IBP está recomendada nos doentes em tratamento com anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) e que apresentam elevado

risco hemorrágico e nos doentes que apresentam factores de risco acrescido para úlcera de stress.

A utilização de IBP tem aumentado ao longo dos anos em Portugal, o que representa um aumento não só dos custos, mas também dos efeitos adversos e das interacções medicamentosas.

Objectivo: Avaliação da adequação da prescrição de IBP numa enfermaria de Medicina Interna.

Material e Métodos: Foram seleccionados os doentes internados numa enfermaria de Medicina durante o último trimestre de 2018. Foram excluídos os óbitos e os doentes transferidos para outros Serviços. Do processo clínico do doente recolheram-se os seguintes dados: género, idade, terapêutica à admissão na enfermaria e à data da alta, patologias que sustentem a prescrição de IBP e IBP prescrito nos casos aplicáveis. Os dados foram posteriormente tratados estatisticamente através do recurso ao Microsoft Excel®.

Resultados: Neste estudo foram incluídos 277 doentes, sendo a maioria do género masculino (62 %) com uma idade média de 74 anos em ambos os géneros. Do total dos doentes em estudo, 30,7 % (110 doentes) encontravam-se medicados com um IBP à data de admissão, sendo que destes, apenas 23,6 % (aproximadamente 9 % do total de doentes) teriam indicação para a manutenção do IBP. À data da alta clínica houve um acréscimo de doentes medicados com IBP para 52,3 %. A terapêutica com IBP foi iniciada em 41 doentes, mas apenas 4 (9,7 %) teriam indicação para a sua prescrição. É também importante salientar que a terapêutica com IBP em doentes sem indicação apenas foi suspensa em 6 dos doentes à data da alta (5,45 %). O IBP mais frequentemente prescrito à admissão foi o omeprazol e à data da alta o pantoprazol.

Conclusões: O aumento da prescrição de IBP na prática clínica diária é evidente. Este trabalho permite-nos concluir que a maioria dos doentes a cumprir terapêutica com IBP à entrada na enfermaria não teria indicação formal para a sua manutenção. Por outro lado, à data da alta, na maioria dos casos não houve ajuste da terapêutica com IBP, nos doentes sem indicação para a sua manutenção.

É importante salientar que, a continuidade e o início da terapêutica com IBP tem de ser reavaliada individualmente tendo em conta os riscos e os benefícios que ela possa acarretar. A terapêutica com IBP deve ser temporária, devendo apenas ser prolongada no tempo em casos específicos.

25 DE MAIO DE 2019**Sala Neptuno A 9:15 - 10:45****CO113****1288 UTILIZAÇÃO DE INIBIDORES DA BOMBA DE PROTÕES (IBP) NA PROFILAXIA DE DOENÇA ULCEROSA PÉPTICA (DUP) – ANÁLISE TRANSVERSAL DE 176 CASOS EM SERVIÇOS DE MEDICINA INTERNA**Mário Ferreira, Marta Fonseca, Zélia Neves, João Machado
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca**Introdução**

A utilização de IBP na profilaxia de DUP é prática comum no doente internado. A sua eficácia e segurança estão amplamente descritas, assim como as indicações para o seu uso. Não existem normas bem definidas para o uso profilático de IBP no doente não crítico. Não obstante, tem-se observado um aumento significativo do seu uso nos doentes tratados em ambulatório, muitas vezes por longos períodos e sem reavaliação da necessidade de tratamento.

Objetivos: O estudo pretende avaliar a frequência e adequação da prescrição de IBP na profilaxia de DUP nos doentes internados em serviços de Medicina Interna dum hospital distrital e perceber se houve ajuste terapêutico na alta.

Material e Métodos: Efetuou-se a análise retrospectiva transversal dos processos clínicos eletrónicos de todos os doentes internados, num determinado dia, nos serviços de Medicina Interna, sendo reavaliados 2 semanas após o dia selecionado.

Definiram-se as indicações para a utilização de IBP na profilaxia de DUP, tanto em ambulatório como no internamento com base nas mais recentes guidelines da American College of Gastroenterology, American Gastroenterological Association e World Gastroenterology Organisation.

Resultados: Dos 227 doentes internados no dia selecionado, 51 foram excluídos, 22 por óbito no período de estudo e 29 pela ausência de alta clínica no fim do estudo.

Dos 176 doentes analisados, 50,6% eram mulheres e a média de idades era de 74,4 anos.

Em ambulatório, 69 doentes (39,2%) encontravam-se medicados com IBP, sendo que apenas 39,1% destes tinham indicação para tal. As principais indicações encontradas foram a antiagregação em doentes com idade >65 anos (n=17) e a DUP idiopática (n=5). Dos 107 que não faziam IBP, 16,8% deveriam fazer de acordo com as guidelines usadas.

Nos doentes internados, 57,4% (n=101) iniciaram terapêutica. Em 29,7% destes, a profilaxia não estava indicada. Dos doentes com indicação a quem foi adequadamente prescrito IBP, 62% apresentavam 2 ou mais fatores de risco para DUP. À data da alta, 81 doentes (46%) receberam prescrição de IBP, sendo que 54,3% deles não reuniam critérios para manter esse tratamento.

Conclusões: Este estudo transversal de 176 doentes alerta para a má utilização de IBP, particularmente em ambulatório. Nos doentes internados observou-se a correta prescrição na maioria dos doentes, de acordo com as recomendações mais recentes. Contudo, em 30% dos doentes a profilaxia não estava indicada e à data da alta a manutenção desta terapêutica não se justificava em cerca de metade dos casos.

Apesar das limitações associadas às características da amostra, este estudo vem reforçar a necessidade de reavaliar os protocolos de atuação clínica no que toca à profilaxia de DUP, baseados na evidência científica mais recente. A prescrição inapropriada destes fármacos está associada quer a um impacto económico negativo, quer a efeitos adversos.

25 DE MAIO DE 2019**Sala Neptuno A 9:15 - 10:45****CO115****884 INIBIDORES DA BOMBA DE PROTÕES NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA**

INIBIDORES DA BOMBA DE PROTÕES NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA Daniela Madeira, Patrícia Vasconcelos, Ana Corte-Real, Feliciano Cruz, Nuno Bragança

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

INTRODUÇÃO

Os inibidores da bomba de protões (IBPs) são atualmente uma das classes farmacológicas mais prescritas, dada a sua eficácia e perfil de segurança. No entanto, nos últimos anos, tem-se verificado um uso mais prolongado destes fármacos, o que se associa a um aumento dos efeitos adversos.

OBJECTIVOS

Analisar o padrão de prescrição de IBPs num Serviço de Medicina Interna.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo retrospectivo dos doentes admitidos no nosso serviço de 01/09 a 30/11/2018. Analisámos variáveis sócio-demográficas e clínicas, assim como o padrão de prescrição de IBPs (em ambulatório, durante o internamento e à data da

alta) relativamente às suas indicações. Avaliámos, também, a prevalência de efeitos adversos em doentes com uso prolongado destes fármacos. As indicações para a utilização terapêutica e profilática adequada de IBPs foram definidas pelos Normas da DGS 036/2011 e Boletim terapêutico ARSLVT 1/2016, respetivamente. A codificação, registo e análise estatística dos dados foi feita em Excel®.

RESULTADOS

Dos 315 doentes estudados, cerca de 36% faziam terapêutica com IBP em ambulatório de forma crónica (duração superior a 8 semanas). No entanto, apenas 10 (3,19%) tinham indicação formal para esta prescrição, de acordo com a Norma da DGS. Durante o internamento, foram prescritos IBPs a 195 doentes (62,3%). Deste grupo, 97 doentes iniciaram terapêutica com IBP durante o episódio, não havendo indicação para tal em 87%. Nos restantes doentes, o principal motivo de prescrição foi um episódio de hemorragia digestiva alta. 116 doentes (41,43%) tiveram alta medicados com IBP, sendo que apenas cerca de 10% tinha indicação. A terapêutica com antiagregantes, anticoagulantes e corticóides, bem como a patologia gástrica foram os principais preditores de prescrição de IBPs em ambulatório. Os principais motivos que influenciaram a prescrição inapropriada de IBP, durante o internamento e aquando da alta, foram: a continuação da terapêutica habitual do doente e a profilaxia da úlcera de stress. No que respeita aos efeitos adversos da prescrição prolongada de IBP, salienta-se um risco aumentado de hipomagnesiemia (RR 1,62), ferropenia (RR 1,36) e infeções respiratórias (RR 1,14).

CONCLUSÃO

Este estudo ilustra uma utilização inapropriada de IBPs, numa grande maioria dos casos, num serviço de Medicina Interna. As indicações para a prescrição de IBPs durante o internamento e à data da alta devem ser sempre revistas, de forma a reduzir prescrições inadequadas, custos e o risco de iatrogenia.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno A 9:15 - 10:45

CO117

2096 PROFILAXIA DA DOENÇA ULCEROSA GASTRODUODENAL NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA: UM ESTUDO TRANSVERSAL

Gonçalo Durão-Carvalho, Ana Canoso, Joana Carneiro, Joana Louro, Rosa Amorim

Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar do Oeste - Unidade de Caldas da Rainha, Caldas da Rainha, Portugal

Introdução

Existem poucos estudos portugueses de vida real sobre profilaxia de doença ulcerosa péptica (DUP) e úlcera de stress, no doente não-crítico internado por patologia médica aguda. A prescrição actual baseia-se em recomendações para a prevenção da úlcera (e suas complicações), com recurso a inibidores de bombas de prótons (IBP) e antagonistas dos receptores-H2 (ARH2).

Objectivo: Avaliar a profilaxia da DUP e/ou da úlcera de stress num serviço de medicina interna, divididos em 2 subgrupos (<65 anos vs >=65 anos).

Material e Métodos: Estudo transversal, observacional, retrospectivo e unicêntrico, incluindo os doentes internados no Serviço de Medicina Interna de um hospital distrital no dia 06.02.19, com idade >=18 anos e tempo de internamento >=24 horas. Na avaliação da adequação da prescrição foram seguidas as recomendações do American College of Gastroenterology e da American Society of Health-System Pharmacists. Aplicou-se ainda o índice de comorbilidades de Charlson (ICC). Processamento estatístico em SPSS e Excel.

Resultados: Incluídos 38 doentes: 44,7% sexo masculino, idade mediana de 80 anos (IQ, 31-92). Diagnósticos principais de internamento mais frequentes: insuficiência cardíaca descompensada (n=5), acidente vascular cerebral isquémico (n=5) e síndrome coronário agudo (n=5). Diagnósticos secundários mais frequentes: hipertensão arterial (60,3%), diabetes mellitus tipo 2 (47,4%) e dislipidemia (52,6%).

Dos 38 doentes, 68,4% (n=26) estavam medicados com IBP e 23,7% (n=9) com ranitidina. Em 81,6% (n=31) verificou-se terapêutica concomitante com aspirina, corticoterapia e/ou anticoagulante, e 2 doentes com os 3 princípios activos em simultâneo. Um doente tinha prescrição simultânea de IBP e ARH2, sem razão clínica justificável.

O grupo com <65 anos (n=8) apresentava número reduzido de comorbilidades (ICC médio-3,5).

Todos estavam sob profilaxia com IBP ou ARH2 (ranitidina). Apenas 1 fazia profilaxia previamente ao internamento, sem causa identificada. 4 doentes apresentavam factores de risco para úlcera de stress: ventilação mecânica > 48h (n=2), lesão traumática medular (n=1) e corticoterapia sistémica (n=1). Os restantes 4 tinham 1 factor de risco para DUP: uso concomitante de aspirina e/ou anticoagulante.

No grupo com < 65 anos (n=30), todos apresentaram ICC < 3, dos quais 73,3% tinham ICC < 7.

80% (n=24) tinham 2 factores de risco para DUP, conferindo-lhes risco moderado. Só um doente foi considerado de risco elevado por reunir 3 factores: > 65 anos, história prévia de DUP não complicada e tratamento concomitante com AAS e anticoagulante.

Salienta-se que neste grupo etário, apesar de 2 doentes terem dupla indicação para prevenção de doença ulcerosa, não se encontravam medicados com IBP ou ARH2.

Conclusões: Neste estudo 92% dos doentes fazia terapêutica profilática da doença ulcerosa, dos quais 68,4% com IBP. Apenas 3 doentes (7,9%) com indicação para profilaxia doença ulcerosa não estavam a realizá-la.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno A 9:15 - 10:45

CO118

1004 INIBIDORES DA BOMBA DE PROTÕES (IBP) - INQUÉRITO À PRÁTICA CLÍNICA!

Carolina Coelho, Joana Diogo, Rita Bizarro, Bernardo Ferreira, José Jácome, Ana Gonçalves, Conceição Loureiro
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introdução

Os IBP são fármacos protectores gástricos que tem efeitos adversos e interações medicamentosas e que são cada vez mais prescritos em Portugal. É essencial avaliar a manutenção desta terapêutica por longos períodos, sobretudo em doentes assintomáticos e que não apresentam uma indicação clara a sua utilização.

As indicações para terapêutica prolongado com IBP, > 8 semanas, são: estadios graves de doença de refluxo gastro-esofágica (DRGE) como esofagite erosiva ou esófago de Barret, síndrome de Zollinger-Ellison, e profilaxia de úlceras duodenais e gástricas associadas aos anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) em doentes de risco. Em qualquer uma das restantes indicações o tratamento

não deve habitualmente exceder as 8 semanas. A profilaxia com IBP só está indicada nos doentes sob terapêutica com AINEs e que apresentem risco acrescido de hemorragia e nos doentes com factores de risco acrescido para úlceras de stress.

Objectivo: Avaliar a correcta indicação e prescrição de IBP por clínicos de diferentes especialidades.

Material e Métodos: Foi formulado um questionário na plataforma Google Docs, que foi divulgado e preenchido por clínicos de diferentes especialidades. Compreendia 9 questões de escolha múltipla. Os dados foram trabalhados através da plataforma Google Docs.

Resultados: Obtivemos 134 respostas, em 29 especialidades médicas e cirúrgicas, a maioria Medicina Interna (41%) e Medicina Geral e Familiar (26,1%). 86,6%, dos clínicos revêem a terapêutica com IBP em consulta ou internamento.

Relativamente às indicações para prescrição: 81,8% considera-a na terapêutica de erradicação de *H. pylori*; 62,9% na prescrição em doentes sob terapêutica com corticoides e 47,7 % em doentes com história prévia de gastrite. Salienta-se que 26,9% prescreve IBP com curso curto de AINEs; 42% inicia/mantém a terapêutica em doentes antiagregados e 22,6% em doentes polimedicados em ambulatório com 5 ou mais fármacos.

No que respeita às indicações para uso prolongado de IBP: 94,8% considera a prescrição prolongada em doentes com DRGE sintomática; 87,3% na erradicação de *H. pylori*; 85,8% no tratamento de úlcera duodenal e de úlcera gástrica; 81,3% no tratamento de esofagite de refluxo; 80,6% na profilaxia de úlceras duodenais e gástricas associadas aos AINEs nos doentes de risco; 78,4% na síndrome de Zollinger-Ellison.

Relativamente à descontinuação da terapêutica, 72,4% afirma suspender os IBP quando considera que esta não tem indicação.

Conclusões: As indicações para a prescrição e manutenção da terapêutica com IBP são claras. Contudo esta classe continua a ser prescrita de forma errática, e nem sempre a revisão terapêutica e a sua suspensão é tida em conta. As consequências têm sido um aumento dos custos, dos efeitos adversos e das interações medicamentosa, sem qualquer benefício para o doente.

25 DE MAIO DE 2019**Sala Neptuno A 9:15 - 10:45****CO120****2131 INIBIDORES DA BOMBA DE PROTÕES NA ENFERMARIA DE MEDICINA – BENEFÍCIO OU PREJUÍZO?**

Madalena Vicente, Anna Taulaigo, Marília Fernandes, Inês Figueiredo, Ana Lladó, Heidi Gruner, António Panarra

Hospital Curry Cabral - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

INTRODUÇÃO

Os inibidores da bomba de protões (IBPs) são antiácidos de uso comum, constituindo uma classe de fármacos amplamente utilizada quer em ambulatório, quer em internamento.

OBJETIVO: análise da utilização de IBPs numa enfermaria de Medicina.

MÉTODOS: Estudo observacional retrospectivo, através da análise dos processos clínicos dos doentes internados num serviço de Medicina, nas duas últimas semanas de Janeiro de 2018. De acordo com a literatura, foram definidos critérios de utilização adequada e inadequada.

RESULTADOS: Foram incluídos 67 doentes, 61% (n=41) do sexo masculino e 39% (n=26) do sexo feminino, com uma média de idade de 75,7 anos. Do total de doentes, 30 estavam sob antiagregação simples, 3 sob antiagregação dupla e 26 (39%) tomavam IBP em ambulatório. Foram definidos como critérios de uso adequado: casos de úlcera gastroduodenal; doença de refluxo gastroesofágico (DRGE) com esofagite; DRGE com sintomas; Esófago de Barret; S. Zollinger Ellison, terapêutica com AINEs, incluindo baixa dose de ácido acetilsalicílico, associada a outro fator de risco (história de úlcera não complicada, idade superior a 65 anos, uso de corticóide sistémico ou anticoagulante oral); hemorragia digestiva ou coagulopatia. Tendo em conta estes critérios, dos 26 doentes que estavam sob IBP em ambulatório, 65% estavam a cumprir sem indicação e, dos que não faziam, 14 (34%) deveriam estar a tomar. Em internamento, 70% dos doentes estavam medicados com IBP e, destes, 16 (34%) não tinham indicação, havendo 5 doentes que deveriam estar sob IBP e não estavam.

DISCUSSÃO: Com a análise desta amostra, foi possível concluir que há muitas falhas na prescrição de IBP, quer em ambulatório quer em internamento. Tratando-se de uma classe de fármacos com efeitos adversos e custos associados, é fundamental uma prescrição criteriosa e revisão terapêutica frequente.

26 DE MAIO DE 2019**Sala Neptuno D 9:15 - 10:45****CO198****2065 PANCREATITE AGUDA: UMA ENTIDADE PRESENTE NOS CUIDADOS INTERMÉDIOS.**

Rui Osório, Teresa Salero, Sérgio Pina, Sílvia Castro, Cristina Granja

Centro Hospitalar Universitario do Algarve - Hospital de Faro

Introdução

A pancreatite aguda (PA), é uma das doenças gastrointestinais mais comuns que requer hospitalização, consiste na inflamação do pâncreas causado pela libertação das enzimas pancreáticas. As doenças do trato biliar e o consumo excessivo de álcool representam cerca de 80% das causas de PA. A incidência anual é de cerca de 13-45/100000 pessoas, na sua maioria são leves e autolimitadas, 30% são moderadamente graves e 10% são graves. A disfunção multiorgânica é o principal determinante de gravidade e causa de morte precoce.

Objetivo: Caracterizar os doentes com necessidade de admissão na Unidade de Cuidados Intermédios (UCInt) com o diagnóstico de PA.

Material e métodos: Realizou-se um estudo retrospectivo observacional de doentes internados com PA na UCInt no ano de 2018. Caracterizam-se os seguintes aspetos: género, idade, sintomas iniciais, etiologia, proveniência, destino, demora média de internamento na UCInt e total hospitalar, procedimentos invasivos realizados, antibioterapia preconizada e mortalidade.

Resultados: No ano de 2018 foram internados na UCInt 14 doentes com o diagnóstico de PA, dos quais 8 eram mulheres e 6 homens. Média de idades de 70,5 anos. Na sua maioria os sintomas iniciais foram dor abdominal com náuseas e vómitos (71,4%), sendo que os restantes apresentaram unicamente dor abdominal.

Relativamente à etiologia: 50% foi litiásica, 28% etilismo e 7,5% neoplasia pancreática. 57% das admissões foram do Serviço de Urgência, 21% do Internamento de Gastroenterologia e 14% transferidos da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). A maioria (64%) foi transferida para o serviço de Gastroenterologia, e 28%, devido a agravamento clínico, foram transferidos para a UCI. O tempo médio de internamento total hospitalar dos doentes com alta foi de 28 dias, e de internamento na UCInt foi de 4 dias. A média dos critérios de RANSON a admissão foi de 2,4 (mínimo 1, máximo 4) cuja probabilidade de morte é 2-15%. Do total

dos doentes 64,3% apresentaram PA necrotizante e os restantes PA edematosa,

Dois doentes foram submetidos a laparotomia (devido a complicações), 4 foram submetidos a CPRE e todos os doentes transferidos do SU não iniciaram antibioterapia nas primeiras 48 horas.

A evolução foi favorável em 75,6% dos casos. Ocorreu um óbito na UCInt (taxa de mortalidade 7,1%, por limitação terapêutica) e 2 doentes foram transferidos para a UCI onde faleceram (taxa de mortalidade total de 21,4%).

Conclusões: As formas complicadas de PA originam internamentos prolongados, sendo importante a abordagem por equipas multidisciplinares, em ambiente de unidades de cuidados intermédios para as formas não ligeiras na fase precoce.

A mortalidade verificada esteve de acordo com a gravidade da amostra em estudo.

Os autores defendem que atualmente as pancreatites devem ser alvo de tratamentos minimamente invasivos, reservando a antibioterapia apenas para as complicações infecciosas que ocorram, salientando a natureza inflamatória desta entidade.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno D 9:15 - 10:45

CO199

2025 SINTOMAS INESPECÍFICOS, SINTOMAS DE ALERTA

Tânia Madureira, Pedro Vilas, Beatriz Gosalbez, Irene Furtado

Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Hospital de Faro

INTRODUÇÃO

Sintomas como perda ponderal e astenia são bastante frequentes e inespecíficos em relação à doença subjacente, dificultando o processo diagnóstico. O cancro do pâncreas é diagnosticado habitualmente numa fase em que a sobrevida dos doentes já está comprometida. Apesar dos avanços nas técnicas cirúrgicas e na quimioterapia disponíveis, o diagnóstico tardio faz com que a letalidade da doença se mantenha elevada, com sobrevivência global aos 5 anos de apenas 5%.

OBJETIVOS: Estudar os doentes com cancro do pâncreas em relação à forma de apresentação, diferença temporal entre o início da clínica e a procura de cuidados médicos, diagnóstico atempado, possibilidade de tratamento e impacto na sobrevivência.

MATERIAL E MÉTODOS: Foram consultados 59

processos clínicos de pacientes com diagnóstico de cancro do pâncreas no período correspondente entre janeiro de 2012 e junho de 2016. Foram usadas estatística descritiva e curvas de sobrevida de Kaplein-Meier no SPSS 25.0.

RESULTADOS: Foram analisados 59 casos, 61% do sexo masculino, com mediana de idades de 67 anos. A admissão hospitalar ocorreu pelo serviço de urgência em 81% dos casos motivada por sintomas/sinais com várias semanas de evolução - mediana de 2 meses, máximo 12 meses. A perda ponderal significativa foi a manifestação mais frequente (69%). A dor abdominal esteve presente em 56%, a astenia em 52%, icterícia em 39% e a ascite em 5%. O diagnóstico inaugural de diabetes ou a descompensação de diabetes preexistente, estiveram presentes em 28% dos casos. Estudos complementares com TC abdominal seguindo de biopsia confirmaram a suspeita diagnóstica de cancro do pâncreas. A maioria envolvia a cabeça do pâncreas, eram adenocarcinomas, e apresentou-se em estadio avançado (estadio IV em 41%). 34% dos doentes estudados não tiveram indicação para tratamento direcionados à doença oncológica, sendo a estratégia paliativa assumida desde o início. A sobrevida mediana foi de 121 dias, 4 meses. A sobrevivência foi estatisticamente superior nos doentes submetidos a cirurgia (34%, mediana 355 vs 75 dias, $p=0.0003$) e nos que realizaram quimioterapia (46%, mediana 359 vs 41 dias, $p=0.001$). Nos casos de doença avançada ao diagnóstico, a sobrevida mediana foi de 59 dias (vs 355 para a doença não metastizada, $p=0.001$).

CONCLUSÕES: A maioria dos doentes manifestou clínica inespecífica e arrastada no tempo, de difícil valorização e interpretação pelo próprio e pelos clínicos. Como esperado, verificou-se uma apresentação tardia, com quase metade dos casos em estadio avançado ao diagnóstico, e consequentemente com baixa sobrevivência. Verificou-se que, quando o doente reúne condições para cirurgia e/ou quimioterapia, a sobrevivência mediana é estatisticamente diferente, aproximando-se de 1 ano. Os dados apresentados estão de acordo com o estado da arte. A escassa especificidade da clínica dos doentes com cancro do pâncreas à apresentação, torna crucial o estudo no sentido de identificação precoce desses doentes.

25 DE MAIO DE 2019**Sala Sala Fénix A 14:30 - 16:00****DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS****CO002****517 AGENTES ANTI-HIPERGLICEMIANTE EM DOENTES DIABÉTICOS HOSPITALIZADOS POR HIPOGLICEMIA EM PORTUGAL: RESULTADOS DO ESTUDO HIPOS-WARD**

Sílvia Alão, Lèlita Santos, Jorge Soares, Francisco Araújo, João Romano, João Conceição, Paula Martins de Jesus

MSD Portugal, CHUC, Coimbra, CHUP, Porto, HBA, Loures, MSD Portugal, MSD international GmbH Singapore, MSD Portugal

Introdução

A hipoglicemia em doentes diabéticos ocorre geralmente quando existe um desequilíbrio entre a ingestão do agente anti-hiperglicemiante (AAH) e a necessidade fisiológica do corpo, sendo responsável por complicações clínicas e sociais adversas.

Objetivo: Descrever as classes de AAH utilizadas pelos doentes diabéticos hospitalizados por hipoglicemia em Portugal, considerando os dados demográficos dos doentes e o tratamento em ambulatório da diabetes.

Materiais e métodos: Foi realizado um estudo observacional, transversal, multicêntrico (Hipoglicemia em Portugal: Doentes Hospitalizados-HIPOS-WARD) para avaliar doentes adultos com diabetes mellitus (DM) tratados com AAH e hospitalizados devido a uma hipoglicemia. Os AAH foram classificados por classes seguindo uma lista pré-especificada: insulina, secretagogo, não-secretagogo e insulina+secretagogo. Doentes de 18 unidades de medicina interna ou endocrinologia, num total de 16 hospitais, foram recrutados consecutivamente por um período de 21 meses (nov/16-ago/18).

Resultados: Foram admitidos 176 doentes, com idade média de 72 anos, sendo o esquema terapêutico mais frequente a terapia à base de insulina (n = 88; 50,0%), seguido do secretagogo (n = 53; 30,1%), insulina+secretagogo (n = 18; 10,2%) e não-secretagogos (n = 17; 9,7%). Os doentes que utilizavam insulina+secretagogo e secretagogo apresentaram uma mediana de idade mais alta que aqueles em terapia não-secretagogos e em insulina (p = 0,0089). Nenhuma diferença foi observada em termos de género dos doentes. Verificou-se, contudo, uma maior proporção de doentes acompanhados nos cuidados primários de saúde tratados com secretagogos (94,3%) e menor

em doentes tratados com insulina (45,5%).

Conclusões: Os doentes diabéticos hospitalizados por hipoglicemia encontravam-se principalmente a tomar insulina e/ou secretagogos, o que está associado com o aumento do risco de hipoglicemia descrito para estes fármacos na literatura. Esquemas terapêuticos baseados ou que incluíam secretagogos foram mais comuns em doentes mais velhos e a serem seguidos nos cuidados de saúde primários, representando um possível uso de secretagogos como uma última linha de tratamento ou relacionada à inércia clínica. No entanto, são necessários mais dados para abordar estas diferenças. Considerando a necessidade crucial de minimizar a hipoglicemia, os AAH não-secretagogos mais novos podem ser benéficos nestes doentes, pois estão associados a um menor risco de hipoglicemia, em comparação com agentes mais antigos, como os secretagogos.

25 DE MAIO DE 2019**Sala Neptuno B 9:15 - 10:45****CO121****520 TIPO DE DIABETES EM DOENTES HOSPITALIZADOS POR HIPOGLICEMIA EM PORTUGAL: RESULTADOS DO ESTUDO HIPOS-WARD**

Sílvia Alão, Lèlita Santos, Jorge Soares, Francisco Araújo, João Romano, João Conceição, Paula Martins de Jesus

MSD Portugal, CHUC, Coimbra, CHUP, Porto, HBA, Loures, MSD Portugal, MSD international GmbH Singapore, MSD Portugal

Introdução

A hipoglicemia é um problema comum em doentes com diabetes mellitus (DM), que muitas vezes limita os doentes que tentam controlar de forma rigorosa os níveis de glicose. Atingir o controlo ótimo da glicose é fundamental para evitar complicações clínicas adversas, tanto em doentes diabéticos do tipo 1 quanto do tipo 2.

Objetivo: Em doentes hospitalizados por hipoglicemia em Portugal descrever, por tipo de diabetes, os dados demográficos dos doentes e a gestão habitual da diabetes.

Materiais e métodos: HIPOS-WARD (Hipoglicemia em Portugal: Doentes Hospitalizados) é um estudo observacional, transversal, multicêntrico desenhado para avaliar doentes adultos com DM tratados com agentes anti-hiperglicemiantes (AAH) hospitalizados devido a uma hipoglicemia. Este estudo incluiu doentes internados em 18 unidades de medicina interna e endocrinologia num total de 16 hospitais nacionais por um período de 21 meses (Nov16-Aug18). Os episódios foram

recrutados consecutivamente durante o período de amostragem.

Resultados: Foram incluídos 176 doentes, com idade média de 72 anos e em que 55% eram do sexo feminino. Em relação ao tipo de diabetes, 18 doentes apresentavam DMT1 (10,2%), 152 apresentavam DMT2 (86,4%) e 6 apresentavam outras formas de diabetes (3,4%). A mediana da idade dos doentes com DMT1 foi menor do que os doentes com DMT2 (49,5 vs. 78 anos, $p < 0,0001$). Quanto ao IMC, a mediana foi também menor para os doentes DMT1 (22,9 vs. 26,3 kg/m², $p = 0,0088$). A duração média da doença era de 22 anos para doentes com DMT1 e 10 anos para doentes com DMT2 ($p = 0,0007$). Por sua vez, o tratamento do diabetes era realizado pelo próprio doente em 72,2% dos doentes com DMT1 e em 38,2% dos doentes com DMT2, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p = 0,0127$). Os resultados mostraram também uma maior proporção de doentes acompanhados nos cuidados de saúde primários com DMT2 face aos doentes com DMT1 (68,4% vs. 22,2%, $p = 0,0013$). Quanto a hipoglicemias prévias, nos últimos 12 meses, verificou-se que ocorreram em 85,7% dos doentes com DMT1 e em 40,4% dos doentes com DMT2 ($p = 0,0014$).

Conclusões: Estes resultados são consistentes com as características dos doentes com DMT2, quando comparados a doentes com DMT1, sendo estes mais velhos, com maior IMC, com menor tempo de doença e acompanhados nos cuidados de saúde primários. De referir ainda que mais de metade destes doentes necessitam de ajuda (total ou parcial) para gerir o tratamento da diabetes. Isto, somado à polimedicação nesta população frágil, aumenta o risco de uso inadequado dos medicamentos e o risco de episódios mais graves relacionados com a falta de controlo glicémico.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno B 9:15 - 10:45

CO122

525 FATORES DE RISCO PARA A HOSPITALIZAÇÃO POR HIPOGLICEMIA NA POPULAÇÃO DIABÉTICA EM PORTUGAL: RESULTADOS DO ESTUDO HIPOS-WARD

Sílvia Alão, Lèlita Santos, Jorge Dores, Francisco Araújo, João Romano, João Conceição, Paula Martins de Jesus.
MSD Portugal, CHUC Coimbra, CHUP Porto, HBA Loures, MSD Portugal, MSD international GmbH Singapore, MSD Portugal

Introdução

Em doentes diabéticos, a hipoglicemia é um dos efeitos colaterais mais comuns e uma das principais

barreiras para alcançar o controlo glicémico. Por vezes, a hipoglicemia resulta em episódios graves que terminam em internamento hospitalar e que representam um peso significativo tanto para os doentes assim como na utilização de recursos de saúde.

Objetivo: Estimar a prevalência de fatores de risco para hipoglicemia em doentes diabéticos hospitalizados por episódio hipoglicémico em Portugal.

Materiais e métodos: HIPOS-WARD (Hipoglicemia em Portugal: Doentes Hospitalizados) é um estudo observacional, transversal, multicêntrico destinado a avaliar doentes adultos com diabetes mellitus (DM) tratados com agentes anti-hiperglicemiantes (AAH) e internados devido a hipoglicemia. Os doentes foram avaliados considerando uma lista pré-especificada dos fatores de risco mais comuns para hipoglicemia documentados na literatura. No estudo, participaram 16 hospitais nacionais (compreendendo 18 unidades de medicina interna e endocrinologia) por um período de 21 meses (novembro de 2016 - agosto de 2018). Os episódios foram recrutados consecutivamente dentro do período de amostragem.

Resultados: Foram incluídos 176 doentes, com média de idade de 72 anos, predominantemente do sexo feminino (55%) e com duração média de doença de 11 anos. Os fatores de risco mais comuns relatados para hipoglicemia foram: polifarmácia, definida como o doente a tomar mais de 5 fármacos distintos ($n = 147$, 84% do total); idade superior a 75 anos ($n = 87$, 49%); qualquer hipoglicemia prévia nos últimos 12 meses ($n = 58$, 33%); refeições irregulares como fator de estilo de vida ($n = 52$, 30%) e demência ($n = 28$, 16%). Foi utilizada uma abordagem conservadora em que se considerou para o cálculo da percentagem relativa os dados ausentes ou desconhecidos como ausência do fator de risco especificado.

Conclusões: À semelhança do que encontramos na literatura internacional, doentes polimedicados e idosos foram os fatores de risco mais comuns que levaram à hospitalização por hipoglicemia. Estes fatores surgem como o resultado de múltiplas comorbilidades crónicas e o consequente aumento da complexidade no tratamento destas populações. A identificação destes fatores de risco potenciais contribui para a identificação de grupos de risco e para a implementação de estratégias apropriadas.

25 DE MAIO DE 2019**Sala Neptuno B 9:15 - 10:45****CO123****440 AMILOIDOSE - CASUÍSTICA DE UMA PATOLOGIA RARA**

Tiago Rabadão; Leonor Naia; Filipa Ferreira; Mariana Teixeira; Margarida Eulálio; Rosa Jorge

Hospital Infante D. Pedro, Centro Hospitalar do Baixo Vouga

INTRODUÇÃO

A amiloidose compreende um grupo heterogéneo de patologias que resultam do depósito extracelular de proteína amiloide, condicionando disfunção de órgão. Apresenta uma grande variedade de manifestações, dependendo do seu tipo, quantidade e local dos depósitos. É uma patologia rara, cujo diagnóstico constitui um desafio clínico, requerendo um elevado índice de suspeição.

OBJECTIVOS: Caracterização dos doentes com amiloidose internados no serviço de Medicina Interna, quanto à classificação, manifestações clínicas e intercorrências durante o curso da doença.

MATERIAL E MÉTODOS: Estudo retrospectivo, baseado na revisão dos processos clínicos dos doentes internados no Serviço com o diagnóstico de amiloidose, entre 2010 e 2018.

RESULTADOS: Foram identificados 12 doentes, 6 homens e 6 mulheres, com idade média (IM) ao diagnóstico de 60 anos. Sete doentes apresentavam Polineuropatia Amiloidótica Familiar (PAF), 3 Amiloidose sistémica AL (primária), 1 Amiloidose AL nodular localizada (pulmão) e 1 Amiloidose AA secundária a osteomielite crónica. Os doentes com Amiloidose AL apresentavam uma IM superior ao diagnóstico (IM: 69 anos), associada a gamapatia monoclonal (n=2) e a síndrome mielodisplásica (n=1); clinicamente evidenciando insuficiência cardíaca (n=3), proteinúria nefrótica (n=2), macroglossia (n=2), perda ponderal (n=1), polineuropatia sensoriomotora (n=1), púrpura (n=1) e síndrome do túnel cárpico (n=1). Nestes doentes, o estudo foi motivado pela presença de proteinúria nefrótica (n=2), macroglossia isolada (n=1) e edemas periféricos com macroglossia (n=1); o diagnóstico foi realizado por biópsia renal (n=2), cutânea (n=1) e da gordura abdominal (n=1). O doente com forma nodular localizada, fumador, com síndrome de Sjögren e síndrome do túnel cárpico, foi diagnosticado por biópsia do nódulo, não apresentando sintomatologia relevante. Os doentes com PAF apresentavam idades mais jovens ao diagnóstico (IM: 54 anos). Neste grupo, verificou-se: emagrecimento (n=5), diarreia (n=4), hipotensão ortostática (n=3), incompetência cronotrópica (n=3), obstipação

(n=3), distrofia da córnea, doença renal (n=2), incontinência urinária (n=2), parestesias (n=2), miocardiopatia restritiva (n=1), gastroparésia (n=1) e síndrome do túnel cárpico (n=1). Em dois destes doentes coexistiam outras causas de neuropatia: álcool (n=1) e diabetes mellitus (n=1). Após o diagnóstico, os doentes com PAF foram reinternados por infecção de úlceras de decúbito (n=2), pneumonia de aspiração (n=1), síncope (n=1) e desidratação grave por diarreia (n=1); apenas um doente realizou transplante hepático.

CONCLUSÕES: A amiloidose é um importante diagnóstico diferencial nos doentes com sintomas do foro cardíaco e renal. Pela prevalência de PAF em Portugal e pelo seu carácter degenerativo e incapacitante, é crucial o seu rastreio nos indivíduos com história familiar ou com sintomas sugestivos para a referenciação precoce e tratamento adequado.

25 DE MAIO DE 2019**Sala Neptuno B 9:15 - 10:45****CO124****618 DIFERENÇAS ENTRE A PRIMEIRA E A SEGUNDA GRAVIDEZ COM DIABETES GESTACIONAL NUMA UNIDADE DE DIABETOLOGIA**

Mariana Figueiras, Sérgio Pina, Sofia Amálio, Elsa Pina
Hospital de Faro

Introdução

As mulheres com antecedentes de Diabetes Gestacional (DG) têm um risco aumentado de recorrência de algum grau de alteração do metabolismo dos hidratos de carbono em futuras gestações assim como um risco acrescido de Diabetes mellitus no futuro.

Objectivos: Avaliar a evolução materno-fetal na primeira e segunda gravidez com DG, na mesma mulher.

Material e métodos: Estudo retrospectivo de mulheres com duas gravidezes com DG que frequentaram a Consulta de Diabetologia no nosso hospital entre 2011 e 2016 (n=19). Foram analisadas as variáveis: idade, índice de massa corporal (IMC) prévio à gravidez, ganho ponderal materno, idade gestacional do diagnóstico, necessidade de terapêutica medicamentosa, idade gestacional de início de terapêutica medicamentosa, semana do parto, tipo do parto, peso do recém-nascido, APGAR, complicações materno-fetais e do recém-nascido (pré-eclâmpsia, hidrâmnios, morte fetal, hipoglicemia, necessidade de internamento em cuidados intensivos) e reclassificação pós-parto. Analisaram-se os dados utilizando o SPSS

23ª edição.

Resultados: Na 2ª gravidez com DG verificou-se, tendencialmente, ainda que estatisticamente não significativo, um IMC normal prévio à gravidez mais frequente (9 vs. 10 mulheres), ganho ponderal materno superior ($p < 0,379$), idade gestacional do diagnóstico mais precoce (21 semanas na primeira gravidez vs. 17 na segunda, $p < 0,134$), semana do parto semelhante (38 semanas $p < 0,829$), peso do recém-nascido semelhante nas duas gestações ($p < 0,102$), índice de APGAR mais elevado (8 vs 9, $p < 0,564$), menos complicações materno-fetais e do recém-nascido e maior número de provas de reclassificação realizadas (10 vs. 13).

Conclusão: O número reduzido da população estudada contribuiu para a inexistência de significado estatístico nas correlações estudadas. É de facto essencial continuar a monitorizar estas situações para perceber se os ensinamentos realizados na primeira gravidez se traduzem significativamente em evoluções materno-fetais mais favoráveis na segunda gestação.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno B 9:15 - 10:45

CO126

2052 UTILIZAÇÃO DA NOVA CLASSIFICAÇÃO DE DIABETES COM INÍCIO NA IDADE ADULTA EM CONSULTA ESPECIALIZADA DE DIABETES – CASUÍSTICA

Ana Pacheco, Ana Silva Rocha, Ana Filipa Pires, Hugo Pinheiro, Lílíana Torres, Zélia Lopes, Mari Mesquita
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Introdução: A classificação da diabetes em tipo 1 e tipo 2 tem-se mantido praticamente intacta nos últimos 20 anos. Em Março de 2018 um grupo de investigadores escandinavos propôs nova classificação de diabetes do adulto em 5 grupos. Esta classificação permite distinguir indivíduos com risco de complicações ao diagnóstico e gerir de forma individualizada a terapêutica.

Objetivos: Aplicar a nova classificação nos doentes observados em consulta de Medicina Diabetes e avaliar as comorbilidades e lesões de órgão alvo.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo por consulta do processo clínico dos doentes avaliados num semestre da consulta em 2018. Recolhidos dados demográficos, HbA1c, lesões de órgão alvo e comorbilidades; a idade de diagnóstico, presença de autoimunidade e função estimada da célula B pancreática (pelo doseamento de peptídeo C). Os doentes foram agrupados segundo a nova classificação.

Resultados: Foram avaliados os processos clínicos de 199, excluíram-se 116 doentes sem doseamento de peptídeo c, incluídos no estudo 83 doentes. 51 mulheres e 32 homens, média de idades de 59,9 ± 2,4, média de HbA1c atual 8,3 ± 0,3 e média de peptídeo C 1,9 ± 0,2. Segundo os critérios definidos foram agrupados: 4 doentes no grupo 1, 10 doentes no grupo 2, 55 doentes no grupo 3, 12 doentes no grupo 4 e 2 doentes no grupo 5. A relação com lesões de órgão alvo com significância estatística ($p < 0,05$): observa-se uma maior ocorrência de retinopatia nos grupos 1 e 2 (50% e 40% respetivamente), de nefropatia nos grupos 3 e 4 (40% e 42%, respetivamente), de dislipidemia nos grupos 3 e 4 (83% em ambos) e de HTA também nos grupos 3 e 4 (85% e 83%, respetivamente). Foram avaliadas a doença cerebrovascular, a cardiopatia isquémica e pé diabético, não se tendo identificado significado estatístico.

Conclusão/discussão: Na consulta são seguidos doentes com mais difícil controlo metabólico o que justifica a maior percentagem de doentes do grupo 3 (insulinorresistência grave). Os grupos 1 (autoimunidade grave) e 5 (ligeira relacionada com a idade) têm uma representação minor. No grupo 1 incluem-se doentes habitualmente seguidos em Endocrinologia e no grupo 5 incluem-se doentes habitualmente seguidos por Medicina Geral. Em relação às lesões de órgão alvo, este estudo está de acordo com a literatura, com maior associação retinopatia aos grupos com insulino-carência. A nefropatia observa-se numa elevada percentagem de doentes do grupo 3, conforme descrito na literatura. Na nossa amostra de doentes observa-se prevalência elevada de nefropatia no grupo 4 (obesos não insulino resistentes). Os doentes foram classificados segundo o peptídeo C atual podendo ser um viés na classificação como não insulinorresistentes.

Os autores encontram benefícios na utilização da nova classificação de diabetes por ajudar a identificar os doentes cuja vigilância e tratamentos específicos devem ser intensificados desde o diagnóstico.

25 DE MAIO DE 2019**Sala Neptuno B 9:15 - 10:45****CO127****1963 PÉ DIABÉTICO - FOCO NOS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES E SUA RELAÇÃO COM COMPLICAÇÕES MICRO E MACROVASCULARES**

Carolina Chaves, Alfredo Chavez, Clara Paiva
Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPER

A prevalência da Diabetes mellitus (DM) em Portugal tem aumentado e estima-se que mais de 200 mil portugueses com DM possam vir a desenvolver uma úlcera por pé diabético¹. A doença macrovascular é mais prevalente nos doentes com úlceras de pé diabético do que naqueles sem essa complicação².

O objetivo deste trabalho foi caracterizar o perfil de risco cardiovascular (RCV) dos utentes com DM seguidos em consulta de Pé Diabético e compreender a sua relação com o risco de desenvolvimento de úlcera e amputações.

Realizámos um estudo retrospectivo, descritivo, de uma população com DM seguida em consulta multidisciplinar de Pé Diabético (Medicina Interna, Cirurgia Geral e Cirurgia Vascular). Foram consideradas variáveis demográficas, metabólicas (HbA1c), de RCV e complicações microvasculares e macrovasculares. Os dados foram processados recorrendo ao programa Microsoft Office Excel®.

Foram estudados 181 indivíduos (50% do sexo masculino) com idade mediana de 66 anos (mínimo-máximo: 40-95 anos). Registaram-se 118 indivíduos (65.2%) com hábitos tabágicos, 139 (76.8%) com hipertensão arterial e 80 (44.2%) com IMC > 30 Kg/m². A HbA1c média foi de 8,2%. No que diz respeito à prevalência de amputação major, amputação minor e de úlceras prévias, esta foi de 2.8%, 23.8% e 7.3%, respetivamente.

No total da amostra e quanto às complicações microvasculares, a prevalência nefropatia e retinopatia foi de 17.1% e 11.6%, respetivamente. Quanto às complicações macrovasculares, a prevalência de doença cardiovascular, doença cerebrovascular e doença arterial periférica foi de 17.7%, 13.3% e 25.4%, respetivamente.

A HbA1c média nos indivíduos com história de amputação ou úlcera foi superior (9.8%) aos doentes sem história desta complicação (7.4%).

A prevalência de complicações microvasculares nos indivíduos com e sem história prévia de amputação ou úlcera foi de 29,8% e 28,2%, respetivamente. A prevalência de complicações macrovasculares nos indivíduos com e sem história prévia de amputação

ou úlcera foi de 73,3% e 29,8%, respetivamente.

Nos doentes sem história de amputação ou úlcera a complicação mais prevalente foi microvascular, já que 19,4% dos doentes tinham o diagnóstico de nefropatia diabética. Por sua vez, nos indivíduos com história de úlcera ou amputação, a complicação mais frequente foi macrovascular, sendo que a doença arterial periférica estava presente em 42,1% destes doentes.

Em conclusão, verificámos maior prevalência de complicações macrovasculares nos indivíduos com antecedentes de amputação ou úlcera. A presença destes eventos na história pregressa do utente poderá ser útil para sinalizar ao clínico os indivíduos com maior perfil de risco macrovascular, permitindo a intensificação do seu esquema terapêutico e eventual diminuição da frequência de eventos macrovasculares.

1)M Dantas; Pé Diabético, soluções para um grande problema; Bial; 2018; 2)Tuttolomondo A; et al; Diabetic Foot Syndrome as a Possible Cardiovascular Marker in Diabetic Patients; JDR; 2015

26 DE MAIO DE 2019**Sala Fénix B 9:15 - 10:45****CO175****690 A REALIDADE DA REFERENCIAÇÃO DE DIABÉTICOS PARA CONSULTAS ESPECIALIZADAS NUM HOSPITAL DISTRITAL**

Luciana Faria, Catarina Patronillo, Florisa González, Ângela Coelho, Teresa Pinto
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde

A maioria das recomendações atuais sobre diabetes mellitus, definem que as intervenções precoces e intensivas nos níveis de glicose são essenciais para atingir os alvos glicémicos e prevenir complicações. No entanto, a maioria delas não inclui recomendações específicas de referenciação a consultas de especialidade.

A Federação Internacional de Diabetes emitiu, em 2017, um documento com algumas sugestões para a referenciação, nomeadamente mau controlo metabólico, múltiplas comorbilidades e necessidade de tratamento complexo e/ou redefinição do alvo terapêutico.

Pretendeu-se assim, caracterizar, de forma descritiva, os doentes enviados pela primeira vez à Consulta Externa de Medicina – Diabetes durante o ano de 2017 e, após 1 ano de seguimento.

Dos 58 doentes avaliados na primeira consulta, com idade média de 62,3 anos, 94,8% tinham diabetes

tipo 2, o tempo médio de evolução da doença era de 13,7 anos e a hemoglobina A1c média era de 9,8%. A lesão órgão alvo estava já descrita em 41,3% e mais de metade correspondia a complicações microvasculares. A taxa de insulinização inicial era de 63,8% e, metade dos não insulino-tratados apresentavam 3 ou mais classes de antidiabéticos orais.

Após um ano de seguimento hospitalar, verificou-se que em média cada doente teve 4 consultas médicas, e cerca metade apresentavam vigilância simultânea nas consultas de Enfermagem e Nutrição. Houve em média (+/-desvio padrão) uma diminuição do índice de massa corporal -0,43 Kg/m² (+/- 2,2) e do valor da hemoglobina A1c -1,87 % (+/-1,77) e, 27,9% dos doentes apresentavam hemoglobina A1c<7%. Face às intervenções farmacológicas verifica-se que a taxa de insulinização, nos diabéticos tipo 2, aumentou para 72,7% e, quanto às classes de antidiabéticos orais, 32,1% iniciaram inibidores do SGLT2, 17,9% inibidores da DPP-4, 8,9% metformina e 3,6% análogos de GLP1. Por fim verificou-se que 17,2% dos doentes tiveram alta durante o período indicado, a maioria por atingimento e estabilização do alvo terapêutico definido.

Avaliando os resultados obtidos verificamos que apesar dos doentes serem enviados geralmente antes dos 65 anos, já apresentam muitos anos de evolução da doença e LOA estabelecida, limitando as intervenções que se pretendem intensivas e precoces.

Esta realidade deve fazer-nos pensar em definir critérios de referenciação mais precisos, que nos permitam uma orientação mais precoce dos doentes, para que seja possível atrasar a progressão da doença e suas complicações, melhorando a qualidade de vida.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Fénix B 9:15 - 10:45

CO176

795 CETOACIDOSE DIABÉTICA – UMA SÉRIE DE 149 DOENTES.

Helga Vicente, Sara Magno, Liliana Fernandes, João Machado.

Hospital Fernando Fonseca

Introdução

A cetoacidose diabética (CAD) é uma das complicações metabólicas agudas mais frequentes e graves da Diabetes Mellitus (DM). O seu diagnóstico assenta na documentação de hiperglicemia, acidose metabólica com hiato aniónico aumentado e cetonemia/úria. O seu prognóstico varia de acordo

com a sua gravidade e fator precipitante, podendo atingir os 9% na população idosa com múltiplas comorbilidades. 1

Objetivo: Caracterizar a população internada por cetoacidose diabética num hospital distrital nos últimos dois anos.

Material e Métodos: Realizou-se um estudo retrospectivo, observacional, que incluiu todos os doentes admitidos no SU com o diagnóstico de CAD nos anos de 2017 e 2018. Foram utilizados métodos estatísticos descritivos e os resultados são apresentados em percentagem, média e desvio padrão. Os dados foram analisados com recurso ao software SPSS versão 20.0.

Resultados: A amostra é composta por 149 doentes (51% mulheres) com uma idade média de 49.6 ± 21.2 anos. A DM tipo 2 foi o subtipo de diabetes mais prevalente (51%). A maioria dos doentes tinha dez ou mais anos de evolução da doença (58.4%) e estava sob insulino-terapia (55.7%). A HbA1c média à admissão foi de 11.2±2.4%. Em 23 casos a CAD foi a manifestação inaugural da DM, sendo a maioria dos restantes precipitados por infeção (46%) ou por incumprimento terapêutico (43.2%). O bólus inicial de insulina foi prescrito à maioria (74.5%) e 62.4% necessitaram de mais de 12 horas de perfusão insulínica. A hipocaliemia foi a complicação mais frequente e assistiu-se a uma mortalidade de 3.3 %. Relativamente à forma de apresentação, 60 casos (40,8%) apresentaram-se sob a forma de CAD ligeira e 45 (30,2%) sob a forma de CAD grave, sendo que os principais sintomas de apresentação foram náuseas, vómitos e dor abdominal, 70 (47%).

Conclusões: Apesar dos enormes avanços disponíveis para o tratamento da DM, a análise documenta um elevado número de internamentos por CAD. Contrariamente ao esperado verifica-se um predomínio ligeiro de diabéticos tipo 2, refletindo a maior prevalência deste subtipo. Os precipitantes mais comuns foram infeções e incumprimento, fatores evitáveis com uma otimização da educação terapêutica. Apesar de retrospectiva, a dimensão da amostra e número de variáveis avaliadas nesta análise contribui para a melhor caracterização da população portuguesa com DM.

26 DE MAIO DE 2019**Sala Fénix B 9:15 - 10:45****CO177****930 HIPERVITAMINEMIA B12 – CASUÍSTICA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA**

Mariana Aveiro Lavrador, Helder Esperto, Mafalda Ferreira, José Abreu Fernandes, Fernando Rodrigues, José P. Moura, Armando Carvalho

Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Introdução

A vitamina B12 (vitB12) é uma coenzima ubiquitária implicada nas reações de síntese de DNA e de metionina. Dos doentes submetidos a doseamento para averiguar um possível défice, 8% têm inesperadamente níveis plasmáticos aumentados.

Excluída a terapêutica/suplementação com cobalamina, os níveis elevados de vitB12 podem dever-se a síntese aumentada, clearance diminuída dos seus transportadores ou libertação de reservatórios. As consequências da hipervitaminemia estão pouco estudadas, embora um aumento do nível de vitB12 plasmática comporte o risco de provocar um défice funcional com manifestações clínicas que, paradoxalmente, se assemelham ao seu défice. As principais causas descritas na literatura são as doenças hematológicas, hepatopatias agudas e crónicas, neoplasias sólidas, doenças autoimunes e doença renal.

Objetivos: Avaliar a prevalência de hipervitaminemia B12 em doentes internados num serviço de Medicina Interna a quem foi doseada vitB12 e identificar as principais causas associadas.

Métodos: Identificação dos casos de doseamento de vitB12 pedidos de agosto a outubro de 2018. Considerados valores normais entre 187-1000 pg/ml. Obtenção de dados clínicos através da consulta do processo. Análise estatística descritiva, utilizando os programas SPSS v.25 e Microsoft Excel.

Resultados: 298 doentes identificados, com idade média de 76,70 anos (DP=15,16), 66,10% do sexo feminino. A mediana da vitB12 foi de 488 pg/mL (AIQ = 421), sendo os valores mínimo e máximo de 83 e 6000 pg/mL. A maioria (76,85%) estava dentro da normalidade; 7,05 % tinham défice de vitB12 e 16,11% tinham valores superiores. Dos doentes com hipervitaminemia, 37,50% tinham hepatopatia, 33,33% doença renal, 22,92% tomavam suplementação com vitB12, 16,67% neoplasia sólida, 8,33% doença hematológica e 8,33% doenças autoimunes. Em 14,58% não foi identificada uma etiologia provável.

Conclusões: O nível elevado de vitB12 foi mais prevalente que o seu défice, tal como referido na literatura. As três principais causas encontradas nesta população foram a hepatopatia, a doença renal e a suplementação vitamínica. Estas, em conjunto com as neoplasias sólidas e doenças mieloproliferativas, são as principais causas a suspeitar quando se está perante um valor elevado no doseamento de vitB12.

26 DE MAIO DE 2019**Sala Fénix B 9:15 - 10:45****CO178****1342 A INFLUÊNCIA DO INTERNAMENTO NO TRATAMENTO DA DIABETES MELLITUS**

Tiago Martins Branco, Teresa Tomásia Silva, Iryna Lazenko, Ana Baptista, Mario Lázaro

Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, Unidade de Faro

Introdução

Um internamento é um momento importante na saúde de um indivíduo, sendo uma oportunidade excelente para abordar a várias patologias do doente, principalmente um doente geriátrico.

Objectivo: Descrever como um internamento em enfermaria de medicina modifica a terapêutica antidiabética numa população geriátrica

Material e métodos: Desenhou-se um estudo descritivo retrospectivo, onde consultou-se processos de doentes internados ao longo do 1º trimestre de 2018 no serviço de Medicina 2 do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve. Recrutou-se 66 participantes com idade >= 65 anos e diagnóstico prévio de Diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Esta população apresentava uma idade média de 82 anos (65-97 anos), sendo constituída por 59,15% de mulheres. Em termos de controlo metabólico calculou-se uma hemoglobina A1c glicada média de aproximadamente 8%. Como complicações associadas descreve-se: retinopatia diabética 4,5%; nefropatia diabética 60,6%; neuropatia diabética 6,1%; evento macrovascular 48,5%. Relativamente à terapêutica com antidiabéticos orais (ADO) prévia ao internamento: 65,2% estavam medicados com 1 agente, 30,3% com 2 fármacos; e 4,5% com 3 medicamentos. No que toca à classe de ADO escolhida: 53,0% tomavam inibidores da DPP4; 45,5% metformina; 19,7% sulfenilureias; 3,0% inibidores da SGLT2; e 1,5% acarbose. Posteriormente ao internamento 81,4% estava com 1 ADO; 16,9% com 2 ADO; e 1,7 ficou com 3 ADO. O perfil de classes farmacológicas: 32,2% medicados com inibidores da DPP4; 28,8% sob Metformina; 6,8% com sulfenilureias; e 1,7%

com inibidores da SGLT2.

Considerando a terapêutica com insulina, 34,8% dos participantes encontrava-se sob alguma forma de insulinoterapia. Após o internamento, o número de doentes sob o tratamento com insulina era de 40,7%.

Discussão: Está-se perante uma população idosa com um controlo metabólico não muito estrito (HbA1c média 8%). Isto reflecte-se numa taxa de eventos macrovasculares considerável (48,5%). Todavia, as taxas de complicações microvasculares são diminutas quando comparadas com a anterior. Muito provavelmente estar-se-á perante um viés de informação, uma vez que é habitual a sua omissão nos registos de internamento.

Relativamente aos ADO utilizados nota-se uma preferência pelos inibidores da DPP4 antes e após a hospitalização, algo expectável tendo em conta o perfil de segurança destes fármacos e a população em questão. No que toca à insulinoterapia verificou-se uma taxa de insulinoatização de 20%.

O internamento condicionou alterações na abordagem farmacológica da DM2 em 45,8% dos participantes com uma intensificação da terapêutica em 16,7%; uma redução em 16,7%; e em 7,6% uma alteração na classe de ADO prescrito.

Conclusão: Um internamento é um evento importante na vida de um doente geriátrico com diabetes. Na casuística em questão, verificou-se uma alteração da estratégia terapêutica em 45,8% dos casos, onde 44,9% sofreu uma mudança no grau de intensidade do controlo metabólico.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Fénix B 9:15 - 10:45

CO179

1629 DIABETES E DOENÇA RENAL CRÓNICA – O USO DE ANTI-DIABÉTICOS NA POPULAÇÃO IDOSA

Leonor P. Silva, José Mário Bastos, Pedro Salvador, Marina Reis, Rafaela Veríssimo

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução:

A prevalência da Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) em idosos tem aumentado (18%) e 50% dos portadores têm mais de 60 anos. Além disso, a DM2 em idosos associa-se a maior risco de morte prematura, outras comorbilidades e às grandes síndromes geriátricas. Alterações da função renal (FR) são frequentes em doentes com DM2, para além da redução da taxa de filtração glomerular (TFG) inerente ao envelhecimento. O controlo glicémico é um fator

importante para evitar uma evolução desfavorável da FR. A escolha do anti-diabético deverá ter em consideração a FR e possíveis efeitos prejudiciais e nefroprotectores das classes farmacológicas.

Objetivo: Avaliar a utilização de fármacos anti-diabéticos nos idosos diabéticos com doença renal crónica (DRC).

Materiais e métodos:

Estudo transversal, retrospectivo, descritivo e analítico sobre doentes idosos com DM2 e DRC seguidos em consulta de diabetes num hospital central.

Resultados:

Foram analisados 143 doentes, 55,9% do sexo feminino, com mediana de idades de 75,83 anos. Nesta amostra, os doentes apresentaram uma duração média de 20 anos de DM2 e de 5 anos de DRC. A HbA1c média foi de 8,2 % (DP+/- 2,12) e a creatinina sérica de 1,53mg/dL (DP+/- 0,63), correspondendo a uma TFG de 39 mL/min (DP+/- 19).

No que concerne aos anti-diabéticos, 81,1% estavam medicados com insulina, 60,8% com inibidores da DPP4 (IDPP4), 32,9% sob metformina, 12,6% sob sulfonilureias (SU), 6,3% sob agonistas da GLP-1 e 4,2% sob inibidores da SGLT2.

Analisando a FR, 35,7% apresentavam um estadio IIIa, 39,7% estadio IIIb, 21,7% estadio IV e 3,5% estadio V. A HbA1c variou entre 8,07% e 8,4%, não se verificando diferenças estatisticamente significativas entre estadios de DRC ($p=0,596$). A metformina foi utilizada predominantemente no estadio IIIa (51%) e IIIb (35,7%) e a insulina e os IDPP4 foram amplamente utilizados, sobretudo nos estadios mais avançados da DRC (estadio IV, 90,3% e 64,5%; estadio V 60% e 80% respetivamente).

Conclusões:

A escolha do tratamento da DM2 no idoso deverá minimizar as hipoglicemias. A vigilância da FR 2 a 4 vezes por ano é recomendada na presença de níveis de creatinina no limite inferior da normalidade e em idosos.

Tendo em conta a presença de DRC, a terapêutica instituída associou-se a um razoável controlo glicémico face à faixa etária avaliada, independentemente do estadio de DRC. A segurança no uso da insulina poderá justificar a sua elevada utilização mesmo com TFG baixas. Por outro lado, a insulina pode ser útil no idoso, como agente anabolizante, reduzindo o risco de fragilidade, com melhoria cognitiva e metabólica. A metformina foi evitada nos estadios mais avançados, embora ainda seja utilizada com $TFG < 60 \text{ mL/min}$. Apesar dos estudos sugerirem as SU como uma das classes mais hipoglicemiantes, ainda se verifica um elevado

recurso a estes fármacos.

Este trabalho pretende reflectir sobre os fármacos anti-diabéticos da atualidade, a sua indicação e benefício quando se aborda o grupo dos idosos com DRC.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Fénix B 9:15 - 10:45

CO180

1664 CETOACIDOSE DIABÉTICA: CASUÍSTICA DE UMA UNIDADE

Francisco Simões de Carvalho, Joana Lima Ferreira, Carolina Guedes

Unidade Local de Saúde de Matosinhos - Hospital de Pedro Hispano

[Introdução] A cetoacidose diabética (CAD) é uma complicação potencialmente fatal, mas evitável, da diabetes mellitus (DM). Nos últimos anos, o número de internamentos por CAD parece estar a aumentar. Os fatores desencadeantes de CAD mais frequentes são infeção, cirurgia, trauma, isquemia do miocárdio, pancreatite e incumprimento terapêutico. Apesar de períodos de internamento relativamente curtos, as admissões por CAD, pelas suas particularidades, representam custos significativos para os sistemas de saúde.

[Objetivo] Analisar globalmente a população de doentes internados por CAD, quanto às características demográficas, aos fatores desencadeantes, terapêutica prévia, duração do internamento e orientação à data de alta.

[Material e Métodos] Estudo retrospectivo com análise descritiva dos doentes admitidos numa Unidade de Cuidados Intermédios, com diagnóstico principal ou secundário de CAD, entre setembro de 2011 e julho de 2018. Foram usados registos do processo clínico. A análise estatística foi efetuada recorrendo ao SPSS. Na subanálise recorreu-se ao teste de Mann-Whitney U.

[Resultados] Identificaram-se 83 doentes, idade 44,3+/-19,4 anos e 57,8% sexo feminino. Cerca de metade dos doentes tinha diagnóstico prévio de DM tipo 1, 10% diabetes inaugural e os restantes com DM tipo 2 conhecida. Apresentavam um tempo desde o diagnóstico de DM 13,4+/-11,1 anos, estando 75% insulinotratados à data de admissão. Verificou-se uma duração média de internamento (DMI) de 6,1+/-4,7 dias. Os fatores desencadeantes de CAD, por ordem de frequência, foram: 45% incumprimento terapêutico (DMI 4,6 dias); 30% infeção (DMI 8,6 dias); 18% indeterminado (DMI 4,6 dias); 6% fármacos (DMI 9,3 dias); e 1% pancreatite (8 dias). Verificou-se que o tempo de internamento nos episódios de

CAD desencadeados por infeção é estatisticamente superior quando comparado com outras causas (8 vs 4 dias, $p=0,002$). A data de alta, a maioria dos doentes foi orientado para a consulta externa.

[Conclusões] Embora nos últimos anos o foco principal se tenha voltado para as complicações cardiovasculares da DM, as emergências hiperglicémicas continuam a condicionar elevadas taxas de morbilidade para os doentes e a representar custos elevados para os sistemas de saúde. Por um lado, a infeção é o fator desencadeante de CAD com maior impacto na duração do internamento hospitalar. Por outro, o incumprimento terapêutico foi o fator mais frequentemente identificado no nosso centro, que, em conjunto com a infeção, representam $\frac{3}{4}$ de todas as admissões por CAD. Neste sentido, este trabalho permitiu a implementação de medidas para melhorar a adesão terapêutica e um protocolo de tratamento de CAD.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Fénix B 9:15 - 10:45

CO181

1156 DA CONSULTA AO INTERNAMENTO: ANÁLISE RETROSPECTIVA DE UMA POPULAÇÃO COM DIABETES TIPO 2

Irene Verdasca, Patrícia Vicente, Vanisa Rosário, Ana Lourenço, José Guia, Luís Campos
Hospital São Francisco Xavier

Introdução

O número de internamentos em que a diabetes surge como diagnóstico associado tem evidenciado uma dinâmica de crescimento acentuada nos últimos anos, ao contrário do número de internamentos em que diabetes se assume como diagnóstico principal. Quanto à mortalidade, em Portugal, a população com diabetes representa anualmente cerca de 26% da mortalidade intra-hospitalar.

Objetivo: Determinar os principais motivos de internamento dos doentes pertencentes à consulta de diabetes hospitalar e caracterizar esta população.

Material e Métodos: Análise retrospectiva dos doentes observados na consulta de diabetes, tipo 2, durante o ano de 2017. Através do processo eletrónico foram incluídos apenas os doentes que foram internados durante o período de 1 ano após observação em consulta. Recolha de variáveis demográficas, tempo de evolução da doença (TED), valor de HbA1c e diagnósticos principais.

Resultados: Do total de 1862 doentes observados em consulta durante o ano de 2017, foram internados 197 doentes (10,6%), a maioria do sexo masculino (64%), com média de idades de

72 anos, com HbA1c média de 7,5% e TED média de 15 anos. As patologias infecciosa (23,9%), cardiovascular (22,3%), cirúrgica (12,7%), ortopédica (8,1%), cerebrovascular (7,6%) e neoplásica (7,4%) representam a grande maioria das admissões hospitalares.

Destaca-se a análise das principais causas médicas- pneumonia, insuficiência cardíaca (IC) e acidente vascular cerebral (AVC) isquémico. Para a pneumonia (12,2%) os doentes tinham uma média de idades de 75 anos (coeficiente de variação (cv) 11%), HbA1c média de 7,5% (cv 26%), TED em média de 14,8 anos (cv 75,8%). A IC representa 13,7% dos internamentos e estes tinham uma média de idades de 76 (cv 11%), HbA1c média de 7,9% (cv 22%), TED em média de 17 anos (cv 56%). O AVC isquémico surge em 5,6% dos internamentos e os doentes apresentavam uma média etária de 78 anos (coeficiente de variação [cv] 10%), HbA1c média de 8,4% (cv 28%), TED em média de 16 anos (cv 97%). Relativamente aos óbitos, estes ocorreram em 7,1%, a maioria do sexo feminino (86%), com média de idades de 72 anos, HbA1c média > 8%, com TED em média de 13 anos. As 3 principais causas de óbito foram por patologia infecciosa (50%), nomeadamente pneumonia e choque séptico; patologia cerebrovascular (21,4%) - a maioria por AVC isquémico- e por patologia cardiovascular (14,2%) representadas por IC com evolução para choque cardiogénico.

Conclusões: A descompensação por patologia do foro respiratório, cardíaco, cerebrovascular ou do foro cirúrgico surge como um dos principais motivos de internamento hospitalar. Apesar da dimensão da amostra, constata-se que este grupo de doentes são idosos com TED prolongado e que são internados não pela descompensação da diabetes mas pelas complicações secundárias que lhe estão associadas. Os óbitos listados apesar de idade mais jovem e TED menor em relação à amostra apresentam um pior controlo metabólico prévio.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Fénix B 9:15 - 10:45

CO182

1691 OS INIBIDORES DA SGLT2 NA CONSULTA DE DIABETES

Josiana Duarte, David Campoamor, Tiago Fiúza, Paula Pestana, Henrique Rita, José Sousa e Costa
Hospital do Litoral Alentejano

O tratamento da Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) continua a ser um desafio. Na DM2 existe aumento da expressão renal dos co-transportadores sódio-glicose tipo 2 (SGLT2) provocando maior

reabsorção de glicose. Esta alteração é a base para o desenvolvimento de fármacos anti-diabéticos com atuação a nível renal. Os inibidores da SGLT2 (iSGLT2) inibem seletiva e reversivelmente esse co-transportador promovendo a excreção renal de glicose em excesso, reduzindo a glicémia através de um mecanismo que é independente na insulina. Para além disso, estes fármacos favorecem um balanço hídrico negativo levando à perda de peso.

Apresenta-se um estudo retrospectivo em que foram analisados os doentes que em 2018 estavam sobre tratamento com iSGLT2, na consulta de Diabetes. Dos 566 doentes seguidos nessa consulta, 104 estavam sob terapêutica com iSGLT2, 59 eram do sexo feminino, 45 masculino; com uma média de idades de 62 anos. O tempo médio de evolução da DM 2 era de 11 anos, com 13% de complicações macrovasculares, 18% de microvasculares e 2% com ambas. A grande maioria estava medicada concomitantemente com biguanidas (80%) e inibidores da DPP4 (91%), 70% dos doentes também estavam sob insulina. Na maioria dos casos (90%) os iSGLT2 foram iniciados na consulta externa de DM, em 3 casos no internamento e em 7 casos pelo médico de família. A média da HbA1c antes de iniciarem tratamento com iSGLT2 era de 9.36%, de 8.23% aos 6 meses e 7.79% ao ano. A semelhança de estudos anteriores em que aos 24 meses houve uma redução média da HbA1c até 1.01%, neste estudo houve uma redução até 1.57%. Houve uma redução média do peso ao ano de 3.29 Kg consonante com dados da literatura (reduções entre 1-5 Kg com maiores reduções em doentes com mais peso). Todos os doentes que iniciaram este tratamento apresentavam IMC superior 25Kg/m². O peso médio inicial era de 84.22 Kg, 82.39Kg aos 6 meses e de 80.93Kg ao ano. A clearance da creatinina inicial destes doentes era de 82.01 ml/min eGFR MDRD e de 85.92 ml/min ao ano. Durante o período estudado não houve hipoglicémias ou infeções do trato urinário documentadas.

As variáveis contínuas foram comparadas através do teste T de Student. Da análises dos dados concluiu-se que existe diferença estatisticamente significativa entre a HbA1c prévia e HbA1c aos 6 meses e entre HbA1c prévia e HbA1c ao ano (p valor < 0.05). O mesmo acontece com o peso, uma vez que existe diferença estatisticamente significativa entre o peso prévio e o peso aos 6 meses assim como entre o peso prévio e o peso ao ano (p valor < 0.05). Conclui-se ainda que os dados vão de encontro a outros estudos já publicados, nomeadamente no que diz respeito à redução da HbA1c e do peso.

É imperativo vencer a inércia e estabelecer o tratamento tendo em conta as características individuais de cada doente, nomeadamente naqueles com doença cardio-vascular em que os iSGLT2 se mostraram especialmente promissores, como constatamos com alteração recente às guidelines da EASD/ADA.

24 DE MAIO DE 2019**Sala Neptuno D 9:15 - 10:45****DOENÇAS HEMATOLÓGICAS****CO085****1120 ANEMIA HEMOLÍTICA: CASUÍSTICA DE UM HOSPITAL CENTRAL**

Inês Marques, Arsénio Barbosa, Claudemira Pinto, Beatriz Carmo, Filipa Silva, Jorge Almeida
Centro Hospitalar Universitário São João

Introdução: A anemia hemolítica (AH) resulta de uma diminuição do tempo de circulação dos eritrócitos devido à sua destruição precoce, acompanhada pelo aumento da percentagem de reticulócitos circulantes. O seu diagnóstico e subsequente classificação etiológica requer a interpretação de um leque importante de parâmetros clínicos e laboratoriais. As causas de AH podem ser categorizadas de diferentes formas: adquirida ou hereditária, aguda ou crónica, intra ou extra-corporal, intra ou extra-vascular, imune ou não-imune.

Objetivo: Descrever as características demográficas, clínicas e laboratoriais dos doentes internados por AH

Material e Métodos: Realizou-se um estudo retrospectivo dos internamentos por AH, entre janeiro/2006 e dezembro/2016. Recorrendo ao programa estatístico SPSS, foi feita a análise descritiva dos dados demográficos, marcadores laboratoriais de hemólise, estratégias de tratamento e fatores de morbimortalidade.

Resultados: Dos 95 episódios de internamento com o diagnóstico de AH, foram excluídos os doentes com idade inferior a 18 anos ($n=25$; 26.32%), os episódios de internamento sem dados disponíveis para a sua caracterização ($n=6$; 6.32%) e os episódios cujo motivo de internamento estava incorretamente classificado ($n=4$; 4.21%). Assim, foram incluídos 60 doentes, 29 (48.3%) dos quais eram género masculino, com média de idade de 60.28 ± 19.91 anos, provenientes na sua maioria do serviço de urgência (55%). As etiologias mais frequentes AH foram: auto-imune (AHAI) (35.0%), microangiopática (33.3%) e por causa infecciosa (5%). A mediana do tempo de internamento foi de 15.50 dias, tendo sido superior nos internamentos por AH microangiopática (21.50 dias). À admissão, o valor médio de hemoglobina (Hb) foi 7.31 ± 1.83 g/dL. Nesse contexto, doentes com AH por microangiopatia apresentaram Hb mais elevada (8.36 ± 1.91 g/dL) e doentes com AHAi apresentaram Hb mais baixa (6.43 ± 1.46 g/dL). A mediana do valor de desidrogenase láctica (DHL), à admissão, foi de 545 U/L. Os doentes com AH de etiologia

mecânica foram aqueles onde este parâmetro foi superior (DHL 1479 U/L). O valor mínimo de Hb durante o período de internamento foi em média 6.23 ± 1.21 g/dL. Nesse contexto, doentes com AH induzida por fármacos/ocupacional apresentaram Hb mínima mais elevada (7.10 ± 1.52 g/dL) e doentes com AHAi apresentaram Hb mínima mais baixa (5.72 ± 1.51 g/dL). As estratégias terapêuticas mais frequentemente usadas foram a corticoterapia (CCT) (33.3%), CCT associada a plasmafereze (18.3%) e tratamento de suporte (16.7%). Em 8.3% doentes foi administrado Rituximab, após falência de outras estratégias terapêuticas. A esplenectomia foi realizada em 20% dos doentes. Cerca de 36.7% dos internamentos foram motivados por recidiva da AH ou sofreram recidiva posteriormente. A taxa de mortalidade foi de 8.2%.

Conclusões: As etiologias de AH mais comuns são a AHAi, microangiopática e por infeção. As estratégias terapêuticas diferem de acordo com a etiologia da AH, motivo pelo qual deve ser feito um diagnóstico adequado

24 DE MAIO DE 2019**Sala Neptuno D 9:15 - 10:45****CO086****853 GAMAPATIAS MONOCLONAIS – QUAIS OS CRITÉRIOS ANALÍTICOS DE GRAVIDADE? A REALIZAÇÃO DE ASPIRADO MEDULAR TRARÁ SEMPRE BENEFÍCIO?**

Rita S. Gomes, Mafalda Ferreira, José Bernardes Correia, Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução

As gamapatias monoclonais (GM), associadas a um vasto espectro de entidades clínicas, resultam da proliferação de um clone de plasmócitos e consequente produção de uma imunoglobulina clonal (componente M). A Mayo Clinic sugere a estratificação do risco das GM de acordo com a quantidade e isotipo do componente M, considerando como características de baixo risco: IgG < 1.5 mg/dL e rácio cadeias leves livres normal; IgM < 1.5 mg/dL. No estudo das GM, além da avaliação destes parâmetros analíticos, tem de se considerar a presença/ausência de critérios CRAB (hipercalcémia, insuficiência renal, anemia e lesões ósseas líticas) ou de sintomatologia suspeita.

Objetivos: Estratificar o risco das GM segundo os critérios Mayo Clinic; Avaliar os critérios para realização de aspirado medular.

Material e métodos: Estudo observacional,

descritivo e retrospectivo. Identificação dos doentes internados no Serviço de Medicina Interna, no ano de 2017, com diagnóstico de GM. Recolha dos dados através da consulta da nota de alta e dos exames complementares.

Resultados: Obteve-se uma amostra de 46 doentes, com idade média ao diagnóstico de $76,7 \pm 11,1$ anos e dos quais 63% (n=29) eram do sexo masculino. Em relação à caracterização da gamapatia, o isotipo G foi o mais frequente (65%, n=30), seguido do A (15%, n=7). Aplicando os critérios Mayo Clinic, verificaram-se, maioritariamente, GM de baixo risco (74%, n=34). Em 33% (n=15) dos doentes a gamapatia era um antecedente conhecido, sendo que em 67% (n=31) dos casos o diagnóstico foi realizado no referido internamento. Neste último grupo de doentes, 71% (n=22) apresentaram GM com critérios analíticos de baixo risco, que foram estudadas com aspirado medular em 68% (n=15). Destes, cerca de 53% não apresentavam critérios CRAB nem sintomatologia suspeita. Por outro lado, nas gamopatias com parâmetros analíticos de gravidade (29%, n=9), que constituem só por si indicação para estudo medular, este foi realizado em 67% (n=6). Do total das 46 gamopatias analisadas, a maioria cumpriu critérios de Gamapatia Monoclonal de Significado Indeterminado - MGUS (80%, n=32).

Conclusão: As GM sem critérios analíticos de gravidade foram as mais frequentes. Estas apresentaram-se, maioritariamente, sem sintomatologia suspeita ou critérios CRAB acompanhantes, culminando com o diagnóstico de MGUS. Numa percentagem considerável dos casos, o resultado do aspirado medular não veio alterar a orientação do doente. Nesse sentido, poder-se-ia ter evitado a realização de um procedimento que é invasivo e, por isso, não desprovido de riscos. Nesses casos, poderia ser protelado, mantendo-se a vigilância analítica do componente M. Embora ainda não haja recomendações definidas, alguns autores defendem uma atitude menos interventiva perante as GM de baixo risco, que privilegia a vigilância.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno D 9:15 - 10:45

CO087

789 POLIGLOBULIA : A IMPORTÂNCIA DA CLÍNICA NUM DIAGNÓSTICO

Ana Oliveira e Costa, Andreia Costa, Manuel Cunha, Fernando Salvador, Paula Marques

Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro

INTRODUÇÃO

Policitemia corresponde à anormal elevação da

hemoglobina e/ou hematócrito no sangue periférico, podendo ser o reflexo de múltiplas e diferentes patologias. A sua abordagem pode ser exaustiva e multidisciplinar, sendo o equilíbrio entre a clínica e a investigação etiológica essencial.

CASO CLINICO

Homem de 52 anos, ex-fumador (20UMA), com antecedentes de trombose venosa profunda do membro inferior esquerdo aos 45 anos e, 6 meses depois, isquemia arterial do membro inferior direito, submetido a trombectomia e posterior amputação. Medicado com acenocumarol e ácido acetilsalicílico. Sem antecedentes familiares de relevo. Orientado para a consulta de Medicina para estudo de poliglobulia. Sem outra sintomatologia além da trombótica. Da investigação realizada a destacar: Hb 20g/dL, Htc 65.2%, VGM 102fL, com 8700 leucócitos e 171 000 plaquetas; eritropoietina (EPO) 5,2 mUI/mL (2,6-34,0), reticulócitos 1,04% (0.5-2.5%), sem alterações morfológicas dos glóbulos vermelhos no esfregaço de sangue periférico, ecografia sem evidência de hepato-esplenomegalia, biópsia óssea inconclusiva para diagnóstico. Por suspeita de PV realizada pesquisa de mutações V617F JAK2, do exão 14 e 12, que foram negativas, e pesquisa do gene MPL e CALR, também ambos negativos. Avaliação do cariótipo sem alterações. Excluída hipoxia crónica e tumores secretores de EPO: provas respiratórias sem doença pulmonar crónica e estudo do sono sem SAOS, ecocardiograma, TC cerebral e toraco-abdomino-pélvico sem lesões. Excluídas etiologias secundárias de poliglobulia. Paralelamente, pelas trombozes arteriais e venosas excluída ainda trombofilia e síndrome anti-fosfolipídico. Apesar da negatividade da investigação, a suspeita de PV manteve-se pelo que realizou ainda estudo molecular do gene JAK2. Surpreendentemente este revelou uma nova variante JAK2 N1108S, com frequência alélica de 52% que, no presente caso, foi classificada como provavelmente patogénica. Aguarda estudos funcionais para confirmação de mutação germinativa ou somática. Mantém flebotomias terapêuticas regulares para hematócrito < 45%, sem novas intercorrências à presente data.

DISCUSSÃO

Dada a multiplicidade de etiologias que podem estar subjacentes a uma policitemia a sua abordagem pode implicar uma investigação exaustiva assim como, por vezes, um estudo genético diferenciado. No presente caso, apesar da negatividade do estudo etiológico, a clínica e a necessidade terapêutica prevaleceu conduzindo à sequenciação do gene JAK2 e, consequentemente, à identificação de uma variante genética descrita na literatura em apenas um doente com PV. Apesar da incerteza em relação ao seu significado e funcionalidade, esta descoberta poderá abrir portas para a sinalização de novos alvos de doença, sempre com objetivo

de um maior conhecimento da doença e melhor abordagem dos doentes.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno D 9:15 - 10:45

CO088

956 HEMATOMAS EM DOENTES ANTI-COAGULADOS- ESTUDO RETROSPECTIVO COM ANÁLISE DESCRITIVA DOS DOENTES INTERNADOS NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Sofia Gomes Brazão, Ricardo Ferreira, Joana Duarte, Ricardo Mendonça, Sara Leitão, Rui Santos, Armando Carvalho

Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e Clínica Universitária de Medicina Interna, FMUC

Introdução

Os hematomas são complicações hemorrágicas frequentes, na sua maioria de resolução espontânea. Ocasionalmente, podem exigir vigilância em internamento e nalguns casos tratamento invasivo. Nos últimos anos a prescrição dos non-vitamin K antagonist oral anticoagulants (NOAC's) aumentou consideravelmente. Menos interações medicamentosas e a ausência de necessidade de monitorização regular, são dos fatores que mais contribuem para o seu uso crescente. Por outro lado, a dificuldade em reverter o efeito anticoagulante e a necessidade de ajuste de dose em caso de taxa de filtração glomerular (TFG) reduzida

(<50ml/min) limitam o seu uso, em especial no doente idoso.

Objectivo: Caracterizar os doentes internados que desenvolveram hematomas sob anticoagulação.

Métodos: Análise retrospectiva das cartas de alta dos doentes internados num Serviço de Medicina Interna entre Fevereiro de 2018 e Fevereiro de 2019 selecionadas pela palavra-chave hematoma. Foram excluídos os doentes não hipocoagulados.

Resultados: Dos 214 doentes identificados com hematomas, 54 (25,2%) estavam sob anticoagulação: 37 (68,8%) sob NOAC, 13 (24,5%) sob Varfarina e 3 (5,7%) sob Enoxaparina. O anticoagulante mais utilizado nesta foi o Apixabano (43,4%). Trinta e seis (66,7%) eram mulheres, a idade média foi de 82,1 anos e o principal motivo para anticoagulação foi a fibrilhação auricular (94,3%). Do total, 64,2% dos hematomas estavam presentes à admissão, mas só em 6 doentes (11,3%) foram motivo de internamento. Quanto à etiologia, 50,9% foram identificados como espontâneos e 9,25% associados a procedimentos (implantação de pacemaker, tromboembolectomia e extração

dentária). Quanto à localização, 22,6% eram no crânio, 17% no abdómen, 13,2% nos membros superiores e em menor percentagem noutras localizações. Necessitaram de tratamento invasivo 11,1%, sendo que destes, a grande maioria (83,3%), estava medicada com NOAC's em dose ajustada à TFG. Durante o internamento, o anticoagulante habitual foi substituído por Enoxaparina na maioria dos doentes. O doseamento do NOAC foi feito em apenas 5 casos: o doseamento do Edoxabano foi realizado ao 5º dia após suspensão, sendo ainda doseável; o Apixabano foi doseado em 2 doentes, ao 5º

e ao 12º dia após suspensão, sendo em ambos detetado; e o Dabigatrano foi possível dosear 3 dias após a suspensão. No momento da alta, 22% ficou sem anticoagulante e 20,4% com outro. Nenhum doente faleceu em consequência direta destas complicações.

Conclusão: A maioria dos hematomas surgiu em doentes com NOAC. No entanto, na generalidade dos casos estes não condicionaram a situação clínica. Os hematomas mais graves foram maioritariamente em doentes com TFG:<50ml/min também sob NOAC. Quando requisitados os doseamentos dos NOAC's, estes foram detetáveis mesmo vários dias após a sua suspensão. Questiona-se a importância do doseamento destes fármacos, principalmente em doentes com compromisso da função renal, visto terem maiores complicações hemorrágicas.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno D 9:15 - 10:45

CO089

709 QUANDO O SANGUE CLAUDICA O OSSO É QUE PAGA

Vasco Neves, Pedro Ventura, Rodrigo Alves, Ana Moreira, Jorcílio Vicente, Maria Pacheco, João Correia

ULS Guarda, hospital Sousa Martins, Medicina Interna

Medulograma é um exame de inquestionável importância na prática clínica do internista, nomeadamente para o diagnóstico etiológico de alterações hematológicas, megalias, febre de origem desconhecida e doenças de armazenamento/infiltrativas; permite ainda estadiar distúrbios hemato-oncológicos.

A casuística em causa tem como objectivo aferir as principais suspeitas diagnósticas que motivam a solicitação de estudo medular, e em que ponto do estudo/doença os mesmos são solicitados; assim como perceber a prevalência das .

Para se levar o estudo a bom porto, realizados uma análise retrospectiva dos estudos medulares realizados durante todo o 2017, no nosso hospital,

em âmbito de internamento e consulta, com recurso a consulta de processo. Análise estatística feita com recurso a spss.

Da análises dos mesmo destacou que foram realizados 139 exames, com 65% em consulta. A idade média foi de 70,4 anos, com 55,4% de mulheres. As citopenias representam o principal motivo de solicitação do exame, seguidas das citoses, estudo diagnóstico de gamapatias, estadiamento de doença hemato-oncológicas e estudo etiológico de megalias. Em cerca de 21% dos casos o medulograma foi relatado como normal. O grupo diagnóstico mais frequente foi o das gamapatias, seguido por síndromes linfoproliferativas, a par com síndromes mieloproliferativas. Os mielodisplasias ocuparam o 4º diagnóstico patológico mais frequente. Em 41% dos casos, verificou-se conformidade entre suspeita inicial e o resultado do medulograma e, surpreendentemente, somente em cerca de 39% houve conformidade entre o resultado do medulograma versus imunofenotipagem. Igualmente de espantar é o facto de a elevada percentagem de exames descritos como sem grumos e/ou com má qualidade.

Sumariamente, a casuística em causa, permitiu-nos destacar, desde logo, a idade média avançada dos examinados, o que poderá reflectir-se no elevado numero de gamapatias diagnosticadas. O facto de 21% dos relatos serem normais levanta o véu sobre a pertinência da solicitação do medulograma. De referir ainda, a elevada percentagem de medulogramas rotulados como sem grumos/inconclusivos. Por ultimo, levanta a questão de a conformidade suspeita/resultado ser ou não satisfatória.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno D 9:15 - 10:45

CO090

2010 LINFOMAS – A REALIDADE DE UM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Ana Paula Antunes, Tânia Strecht, Madalena Sousa Silva, Inês Vicente, Carolina Fabião Sequeira, Ana Gorgulho, Marta Custódio, Inês Rossio, Catarina V. Oliveira, Anabela Salgueiro Marques

Hospital de Cascais - Dr. José de Almeida

INTRODUÇÃO

Dentro de todas as doenças oncológicas, os linfomas apresentam uma incidência em Portugal de 4%. Representam um grupo de doenças heterogéneo, tendo cada subtipo características clínicas e morfológicas bem definidas.

OBJECTIVO

Caracterização epidemiológica, clínica, histológica

e prognóstica da população diagnosticada com linfoma no nosso serviço.

MATERIAL E MÉTODOS

Análise retrospectiva descritiva dos doentes diagnosticados com linfoma entre 2014 e 2018 através de consulta de registos clínicos e exames laboratoriais, imagiológicos e histológicos. Utilização da ferramenta Excel.

RESULTADOS

Durante este período foram diagnosticados 90 doentes. A idade média de diagnóstico foi de 67 anos, na sua maioria homens (65,8% homens e 34,2% mulheres).

Ao diagnóstico, a maioria dos doentes apresentava sintomas B (54,3%), sendo a perda ponderal foi o mais frequente (70,7%). Em termos laboratoriais, verificou-se citopenias em 76,6% e LDH aumentada em 49,4% dos doentes.

A maioria dos casos foram diagnosticados em estadio IV Ann Arbor (57,6%). As linfadenopatias abdominais (22,4%) e retroperitoneais (19%) foram as mais frequentes.

Observou-se uma maior prevalência dos linfomas de células B comparativamente aos de células T (93,3% vs 6,67%). Registaram-se mais casos de Linfomas não Hodgkin (LNH) vs Linfomas de Hodgkin (LH), 86,7% e 13,3%, respectivamente. Dentro dos LNH, o linfoma difuso de grandes células e o linfoma folicular foram os tipos histológicos mais documentados (30% vs 14,4%).

Nos doentes submetidos a tratamento foi obtida remissão completa em 54,5% dos doentes e recidiva em 9%; no entanto apenas foi possível apurar dados em 22 doentes. A taxa de mortalidade global atingiu os 50,6%; ocorreu em média 11,7 meses após o diagnóstico e/ou tratamento.

Dos 64,5% dos doentes testados para VIH, 18,9% foram positivos, não existindo predominância entre LH ou LNH.

CONCLUSÕES

Os nossos resultados estão de acordo com as estimativas mundiais, europeias e nacionais, nomeadamente no que diz respeito à distribuição em género, estadio e tipo histológico. Não existem dados nacionais em termos clínicos e laboratoriais publicados até à data que possam ser comparados com os resultados obtidos nesta análise, podendo esta ser uma área mais explorada no futuro.

Realça-se o facto de ter sido encontrada uma taxa significativa de doentes com linfoma e infecção VIH (dados mundiais apontam para 4%). Tal resultado poderá ser reavaliado posteriormente em outros estudos.

Em relação à mortalidade, esta foi interpretada

de forma global e não ajustada a cada subtipo histológico. A elevada taxa obtida poderá dever-se ao estadio avançado à data de diagnóstico.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno D 9:15 - 10:45

CO091

1896 A RELEVÂNCIA CLÍNICA DA BISALBUMINÉMIA

Margarida Pereira, Isabel Cachapuz, Joana Caires
Hospital Pedro Hispano, Hospital Sousa Martins

Introdução

A bisalbuminémia é uma alteração qualitativa da albumina caracterizada pela presença no mesmo indivíduo de 2 tipos de albumina sérica com mobilidades electroforéticas diferentes, produzindo um pico bifásico na fração de albumina. Existem dois tipos de bisalbuminémia: as hereditárias e as adquiridas. A bisalbuminémia hereditária não tem significado patológico (incidência de 0,7 por 1000 até 1 por 8 500). Por outro lado, as causas adquiridas são transitórias e podem ter significado clínico relevante.

Objetivos

Com este estudo, pretende-se determinar as causas mais frequentes de bisalbuminémia, compará-las com a literatura e avaliar a necessidade de alterações na sua abordagem clínico-laboratorial.

Métodos

Análise retrospectiva das electroforeses séricas entre 2009 e 2015 com posterior revisão do processo clínico dos doentes

Resultados

Foram identificados 20 doentes com bisalbuminémia. A electroforese foi repetida (intervalo mínimo de 1 ano) em 13 doentes. Destes, 9 mantiveram o padrão de bisalbuminémia e nos restantes, o traçado retornou ao padrão electroforético normal. A imuno-electroforese foi realizada em 3 doentes: um apresentava uma gamapatia monoclonal IgG/lambdas (MGUS); um era normal e o outro era um mieloma múltiplo de cadeias leves (MM). Outras causas detetadas: dois síndromes nefróticas e um era iatrogenia medicamentosa. Laboratorialmente, em três doentes tinham disfunção tiroideia.

Conclusões

A bisalbuminémia adquirida é normalmente transitória e pode ser observada em doentes que foram submetidos a antibiótica prolongada nomeadamente, beta-lactâmicos. Contudo, indicou processo patológico subjacente em quatro doentes:

MGUS, MM de cadeias leves e Síndrome nefrótica. Estas causas estão descritas na literatura sendo fundamental a integração clínico-laboratorial da bisalbuminémia. A maioria dos casos (9) reflete provavelmente bisalbuminémia hereditária. Foi detetado um caso de provável disalbuminémia hipertiroidinémia e hipertiroidotironinémia, que, pode surgir na bisalbuminémia hereditária. É caracterizada por uma afinidade alterada para as hormonas tiroideias (elevação das frações totais e livres da T3 e T4 num doente eutiroideu). Esta patologia não necessita de tratamento farmacológico.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno D 9:15 - 10:45

CO092

1611 UM LOCAL RARO DE PLASMOCITOMA EXTRAMEDULAR

João Louro, Diana Falcão, Mónica Reis, José Barata
Hospital Vila Franca de Xira

Introdução

Os autores apresentam este caso não só pela facto de se tratar de uma patologia rara, plasmocitoma extramedular, como pela forma rara de apresentação/localização, no lúmen brônquico.

Caso Clínico: Doente de 69 anos de idade, autónomo com antecedentes pessoais de DPOC, status pós AVC isquémico condicionando hemiparesia esquerda, Diabetes Mellitus tipo 2 e dislipidémia. Com hábitos etanólicos e tabágicos moderados.

Aparentemente bem até 2 dias antes do seu internamento, altura em que inicia quadro de tosse não produtiva com dificuldade respiratória associada. Negava outra sintomatologia de órgãos ou sistemas.

Ao exame objetivo destacava-se à auscultação pulmonar um murmúrio vesicular diminuído no terço superior do hemitórax esquerdo sem ruídos adventícios associados. Encontrava-se hemodinamicamente estável embora febril com temperatura timpânica de 38,6°C.

Analiticamente apresentava um aumento dos parâmetros de fase aguda com uma leucocitose de 11500, neutrofilia de 81,7% e Proteína C Reactiva de 32,91mg/dl. Na gasometria efetuada em ar ambiente apresentava uma Pa de oxigénio de 57,6mmHg sem outras alterações.

Efetuiu inicialmente um Rx Tórax onde se observou uma hipotransparência homogénea no lobo superior esquerdo. Para melhor caracterização fez uma TC tórax onde revelou: "...densificação de praticamente todo o lobo superior esquerdo (LSE),

com discreto broncograma aéreo e ligeira perda de volume, traduzindo componentes de consolidação e atelectasia. Obliteração do lumen do brônquio lobar superior esquerdo.

Neste contexto ficou internado com o diagnóstico de pneumonia LSE obstrutiva.

Fez uma broncofibroscopia onde se observou uma lesão neoformativa que ocluía quase na totalidade o brônquio lobar superior esquerdo, no entanto não foi possível a total reperfusão do brônquio por este procedimento. Foram efectuadas biópsias e feitas as culturas de lavado broncoalveolar (LBA).

Iniciou antibioterapia empírica com Amoxicilina e Ác. Clavulânico juntamente com Azitromicina que cumpriu durante 12 e 3 dias respectivamente. No LBA isolou-se *Serratia Marcescens*, resistente à antibioterapia em curso pelo que foi efectuado o switch para cotrimoxazol, tendo cumprido durante 7 dias.

A anatomopatologia da biópsia revelou aspectos histológicos e imunohistoquímicos compatíveis com uma neoplasia plasmocitária.

Realizado estudo complementar tendo-se concluído que se tratava de uma lesão única.

Com o intuito de reperfundar o brônquio na sua totalidade e para tratamento definitivo realizou-se broncoscopia rígida, onde foi possível retirar toda a massa existente no lúmen brônquico.

Discussão: Reforça-se com este caso a importância da avaliação cuidada de uma situação clínica aparentemente frequente, a pneumonia. E ainda a caracterização adequada de lesões plasmocitárias, tendo em conta que a terapêutica e o prognóstico relativamente a lesões isoladas ou não é bastante diferente.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno D 9:15 - 10:45

CO093

1356 CASUÍSTICA DE UM ANO DE CONSULTA DE HEMOSTASE E TROMBOSE DE UM HOSPITAL DISTRITAL

Patrícia Carneiro, Hugo Viegas, Sónia Serra, Ermelinda Pedroso

Centro Hospitalar de Setúbal

INTRODUÇÃO

A Consulta de Hemostase e Trombose foi criada no nosso Hospital em 2009 como consulta de subespecialidade de Medicina Interna, pela necessidade de agrupar os doentes com distúrbios da coagulação. Os doentes com patologia

trombótica constituem a grande maioria dos doentes referenciados a esta consulta. O Tromboembolismo Venoso (TEV) tem uma prevalência muito elevada, sendo uma das mais frequentes com que a maioria dos médicos se depara pelo menos uma vez ao longo da sua carreira.

OBJETIVOS: Definir a população em seguimento na consulta de Hemostase e Trombose de um Hospital distrital, os diagnósticos mais frequentes e a indicação para a investigação realizada.

MATERIAIS E MÉTODOS: Foram consultados os processos clínicos dos doentes avaliados em consulta de Hemostase e Trombose durante o ano de 2017. As características demográficas, diagnósticos e estudo etiológico foram tratados em Excel.

RESULTADOS: Durante o ano de 2017 foram realizadas um total de 201 consultas, das quais 70 eram primeiras consultas. Dos doentes avaliados, 65% eram do sexo feminino e 35% eram do sexo masculino, sendo a idade média dos mesmos de $56,8 \pm 15$ anos. A moda foi de 71 e a mediana foi de 78. A doente mais jovem tinha 20 anos e a doente mais idosa tinha 87 anos. Comparando a idade dos doentes com o género verificamos que em todas as classes etárias há uma maior prevalência do sexo feminino, excepto na faixa dos 60 aos 69 anos. Mais de 80% dos doentes são referenciados por TEV, 41,4% sob a forma de Trombose Venosa Profunda (TVP) e 25,5% de Tromboembolismo Pulmonar (TEP), sendo que em 12,4% dos doentes estas duas entidades estão presentes em simultâneo. Também comuns foram os pedidos de consulta por colite isquémica (7,6%) e por alteração das provas de coagulação ou achados positivos no estudo genético (5,2%). Os pedidos de consulta de Hemostase e Trombose provinham na sua maioria da Consulta Externa (40%). O Serviço de Urgência e o Internamento contribuem cada um com 25% de todos os pedidos. Os restantes 10% compõem os doentes referenciados através do Médico de Família e do Hospital de Dia de Medicina Interna. Em termos de estudo etiológico constatou-se que mais de 40% dos doentes referenciados a uma primeira consulta de Hemostase e Trombose, tinham já feito estudo da coagulação que não estaria indicado.

CONCLUSÃO: A consulta de Hemostase e Trombose é constituída na sua grande maioria por doentes pós-TEV. Cerca de 2/3 dos doentes é do sexo feminino, com uma grande prevalência de mulheres entre os 40 e os 49 anos. A consulta externa é o serviço que mais referencia doentes a esta consulta. Constatou-se que um número significativo de doentes teria já feito investigação de distúrbios da coagulação que não estariam indicados ou que foram realizados em fase aguda de doença, o que se traduz em gastos desnecessários em saúde, sem benefício para o doente.

26 DE MAIO DE 2019**Sala Neptuno D 9:15 - 10:45****DOENÇAS HEPATOBILIARES****CO194****1666 ÍNDICE DE COMORBILIDADE DE CHARLSON COMO PREDITOR DE MORTALIDADE INTRA-HOSPITALAR NA CIRROSE HEPÁTICA**

Andreia Tavares, Diana Dias, Heloísa Ribeiro, Yolanda Martins, Luís Pedro Tavares

Serviço de Medicina Interna, CHEDV

INTRODUÇÃO

Estima-se que 40% dos doentes com cirrose apresentem outras patologias associadas, contribuindo para a sua elevada taxa de mortalidade. Assim, conhecer a carga de doença associada à Cirrose Hepática (CH) pode ter impacto no prognóstico destes doentes. O Índice de Comorbilidade de Charlson (ICC), criado em 1984, inclui a avaliação da presença de 17 patologias, cuja pontuação varia de acordo com a sua influência na morte precoce, constituindo um bom indicador de carga de doença e de mortalidade. O ICC é, desde 2012, preenchido em todos os doentes internados no serviço de Medicina Interna (SMI).

OBJETIVOS

Avaliação do Índice de Comorbilidade de Charlson ajustado à idade (ICCa) dos doentes internados com CH e do seu impacto na mortalidade intra-hospitalar e a 30 dias, e na taxa de reinternamento a 30 dias.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo retrospectivo dos doentes internados no SMI de 1 de julho de 2013 a 30 de junho de 2018 com descrição de doença hepática crónica (DHC) complicada no ICCa. Excluídos os doentes com preenchimento incompleto. Efetuada subanálise referente à mortalidade intra e extra-hospitalar e reinternamentos a 30 dias, avaliando 3 subgrupos de doentes, consoante a pontuação total no ICCa (grupo 1: 0-3; grupo 2: 4-5; grupo 3: >=6 pontos). A análise estatística foi feita com SPSS® e foi considerado estatisticamente significativo $p < 0,05$.

RESULTADOS

Nos cinco anos em estudo, foram internados 528 doentes com descrição de DHC complicada no ICCa. Foram incluídos 493 doentes, com mediana de 61 anos, predomínio do género masculino (75%) e ICCa médio de $4,4 \pm 1,95\%$. Mais de metade (57.6%) apresentavam pelo menos 1

comorbilidade, além da DHC complicada e desses, um em cada seis (17.2%) tinham 3 ou mais patologias. As mais frequentemente associadas à DHC complicada foram: Diabetes mellitus com ou sem complicações (28.6%), a Insuficiência Cardíaca (16.8%) e a Doença Pulmonar Crónica (10.1%).

A demora média observada foi de 10.0 dias, a taxa de mortalidade intra-hospitalar e a 30 dias foi de 12.0 e 7.9%, respetivamente, e 29.2% dos doentes foram reinternados no primeiro mês após a alta. Isoladamente nenhuma das comorbilidades teve impacto independente nos 3 outcomes clínicos em estudo.

Observou-se maior mortalidade intrahospitalar nos doentes com ICCa mais elevado (grupo 1: 8,1% vs grupo 2: 14,1% vs grupo 3: 20%, $p = 0,015$) e, não foram observadas diferenças na taxa de mortalidade e reinternamento a 30 dias.

DISCUSSÃO

A cirrose hepática está associada a elevada mortalidade, particularmente quando surgem outras comorbilidades. A presença isolada de determinadas patologias, não parece ter impacto na mortalidade ou reinternamentos. No entanto, a sua coexistência, e portanto, a carga de doença estimada, através do ICCa, poderá permitir identificar os doentes com maior risco de morte a curto prazo e, assim, definir um plano de prevenção e tratamento mais individualizado.

26 DE MAIO DE 2019**Sala Neptuno D 9:15 - 10:45****CO195****1440 O PAPEL DA UNIDADE INTERMÉDIA NA GESTÃO DA LESÃO HEPÁTICA AGUDA SEVERA/FALÊNCIA HEPÁTICA AGUDA**

Ana Oliveira, Tânia Ferreira, Vanessa Barcelos, Arlindo Guimas, Pedro Vita, Ana Rego, Graziela Carvalheiras, Miguel Ricardo, Filipe Nery, Diana Valadares

Centro Hospitalar do Porto

A Lesão Hepática Aguda Severa (LHAS) e a Falência Hepática Aguda (FHA) constituem situações raras de disfunção hepática aguda rapidamente progressiva, num fígado previamente saudável. Estão potencialmente associadas a múltiplas complicações e a disfunção multiorgânica, constituindo situações cuja abordagem deve ser feita em unidades diferenciadas de centros de referência.

Caracterizaram-se os casos de LHAS e FHA, segundo os critérios apresentados nas guidelines da Associação Europeia para Estudo do Fígado

de 2017, admitidos numa Unidade de Cuidados Intermédios de um hospital de referência através da análise retrospectiva dos respetivos processos, de maio/2010 a dezembro/2018.

Identificaram-se 51 casos de LHAS/FHA. A idade média foi 49 ± 13 anos e 63% (n=32) eram mulheres. 38 doentes apresentaram-se com LHAS, tendo 7 evoluído para FHA sendo a infeção o fator precipitante em 4 casos; 13 apresentaram-se com FHA ad initio, perfazendo um total de 20 doentes com FHA, 40% (n=8) de apresentação hiperaguda, 40% (n=8) de apresentação aguda e 20% (n=4) subaguda.

A lesão hepática induzida por drogas (DILI, drug induced liver injury) foi a etiologia mais comum (43%, n=22) estando em praticamente metade dos casos (n=10) relacionada com o paracetamol; seguiu-se a etiologia autoimune (AI) (25%, n=13) e vírica (12%, n=6, 4 por VHB e 2 por VHE). Observaram-se 3 casos de intoxicação por cogumelos, 3 lesões hepáticas por isquemia, 1 Síndrome de Budd-Chiari (SBC), 1 fígado gordo da gravidez e 1 golpe de calor. Em 1 doente não foi possível determinar a etiologia.

A terapêutica com N-acetilcisteína foi implementada em 42 doentes (82%), além dos tratamentos dirigidos à etiologia respetiva. O transplante hepático (TH) foi proposto em 10 casos de FHA e realizado em 8 casos; 2 dos doentes propostos o realizaram por óbito e recuperação, respetivamente.

A mortalidade da FHA foi de 35% (n=7), tendo sido de 13% (n=1) entre os doentes que foram submetidos a TH e de 50% (n=6) nos doentes não submetidos a TH. A mortalidade foi superior nas formas agudas (50%, n=4), seguida das hiperagudas e subagudas (cada uma 25%, n=2 e n=1 respetivamente). As etiologias das FHA fatais foram DILI não paracetamol (n=3), AI (n=3) e SBC (n=1). 71% (n=5) dos óbitos ocorreram em doentes transferidos de outras instituições.

Entre os doentes que sobreviveram, todos apresentaram uma sobrevida > 12 meses.

Nesta revisão a DILI foi a causa mais comum de LHAS/FHA, sendo o paracetamol o agente mais frequentemente identificado, resultados idênticos aos de outras séries publicadas; por outro lado, a etiologia AI foi mais comum do que a etiologia vírica, contrariamente ao que tem sido descrito. Destaque ainda para o facto de existir apenas 1 caso em que não foi determinada a etiologia, o que ocupa o 1º/2º lugar na maioria das séries. A mortalidade da FHA foi inferior àquela publicada na literatura, o que poderá refletir a importância da determinação etiológica, referência precoce e gestão em centros especializados para otimização terapêutica e melhoria de prognóstico.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno D 9:15 - 10:45

CO196

1481 SÍNDROME BUDD-CHIARI: EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE INTERMÉDIA MÉDICA

Márcia Cravo, João Neves-Maia, Diana Pinho Santos, Arlindo Guimas, Pedro Vita, Ana Luísa Rego, Rute Alves, Álvaro Ferreira, Alexandre Pinto, Diana Valadares, Graziela Carvalheiras, Miguel Ricardo, Gustavo Barbosa, Helena Pessegueiro, Filipe Nery

Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução

A Síndrome de Budd-Chiari (SBC) é uma entidade rara. O seu largo espectro clínico varia entre assintomático e falência hepática aguda (FHA), sendo esta última uma forma de apresentação ainda mais incomum. O reconhecimento da etiologia é fundamental, pois que a estratégia terapêutica consiste na hipocoagulação e tratamento da doença subjacente e, dependendo da gravidade e evolução, por técnicas de repermeabilização endovascular e/ou transplante hepático. O manuseio da SBC depende, de igual forma, da experiência de cada centro.

Caso Clínico: Apresentamos a experiência de uma Unidade Intermédia Médica de um Hospital Universitário terciário na gestão de 5 casos com diagnóstico inaugural de SBC. De entre estes, 3 eram mulheres, e a idade média de 35 anos. Em 4 casos foram identificadas etiologias associadas a estados adquiridos de hipercoagulabilidade, nomeadamente 2 doentes com síndrome de anticorpo antifosfolipídico (SAF), 1 doente com síndrome mieloproliferativa e 1 doente com neoplasia hematológica. A FHA foi a apresentação clínica inicial mais comum, presente em 3 dos 5 doentes, 1 doente com lesão hepática aguda severa (LHAS) e 1 doente com apresentação sub-aguda. O diagnóstico foi estabelecido por estudo Doppler em todos os doentes, confirmado por tomografia computadorizada. Na abordagem terapêutica, a hipocoagulação foi introduzida em todos os casos (com a exceção de 1 doente com plaquetas < 10000/uL, INR=4.8, FV=4%), com a restante abordagem dependente da gravidade clínica e diagnóstico etiológico subjacente (citorredução, plasmaferese, rituximab e/ou corticoterapia). Foi realizada angioplastia a 1 dos doentes com FHA e ao com LHAS. O TIPS (por MELD elevado e insuficiência cardíaca) e o transplante hepático (por neoplasia ativa e cardiopatia grave) foram considerados contraindicados em 2 doentes com FHA. Ambos faleceram no internamento.

Discussão: Na abordagem inicial ao SBC são fundamentais o diagnóstico atempado e o

tratamento com hipocoagulação e dirigido à doença subjacente. As técnicas endovasculares e transplante hepático devem ser consideradas aquando da falência da primeira abordagem terapêutica e/ou a apresentação com FHA condiciona outra estratégia. É fundamental excluir neoplasia ativa já que esta contraindica formalmente o transplante hepático. O número significativo de casos com FHA face à amostra pode traduzir o viés de abordagem desta entidade num Centro de Referência. A abordagem inicial, diagnóstica e terapêutica de um doente com SBC com apresentação aguda deve ser realizada numa Unidade de monitorização e vigilância continuadas como as Unidades de Cuidados Intermédios.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Sala Fénix A 14:30 - 16:00

DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS

CO004

2054 SEPSIS POR ENTEROBACTERIÁCEAS PRODUTORAS DE CARBAPENEMASES

João Gonçalves, Ana Vigário, Ana Rita Costa, Guiomar Pinheiro, Ernestina Reis, João Araújo Correia
Centro Hospitalar do Porto

SEPSIS POR ENTEROBACTERIÁCEAS PRODUTORAS DE CARBAPENEMASES

INTRODUÇÃO

A emergência de enterobacteriáceas produtoras de carbapenemases (EPC) apresenta-se como uma crescente ameaça para os serviços de saúde a nível mundial. As opções para o tratamento de infeções causadas por estes agentes são limitadas. A experiência mundial com esta realidade é limitada.

OBJETIVO

Com este estudo pretendeu-se averiguar a realidade da infeção por EPC num centro hospitalar Português, nomeadamente verificar a eficácia das terapêuticas utilizadas e auditar as práticas na gestão destes casos.

MÉTODOS

Foi realizada uma análise de registo prospetivo no contexto do programa de rastreio da colonização e infeção por EPC da Comissão de Controlo Infeção e Resistências aos antimicrobianos (CCIRA) de um centro Hospitalar entre os anos de 2016-2018. Foram considerados infetados todos os doentes com amostra microbiológica positiva para EPC considerada como infeção pela equipa assistente. Foram incluídos na análise todos os doentes com

critérios de sepsis (definidos com a presença de score de SOFA ≥ 2).

RESULTADOS

Foram analisados de 92 casos de sepsis por EPC (num total de 182 infeções). A idade média foi de 69.56 $\pm$ 14.78 anos sendo 66.3% dos doentes do sexo masculino. A taxa de mortalidade global foi de 43.8% e a taxa de mortalidade atribuível a infeção de 31.4%. O foco mais comum foi o urinário (45.7%) seguido do respiratório (22.8%) e abdominal (12%). Verificou-se a presença de sensibilidade mantida ao meropenem em 22.1% das amostras relacionadas com os episódios de infeção. Nas amostras em que foi efetuada avaliação de MICs por método de diluição, verificou-se que 13/17 amostras (76,47%) apresentavam MIC para o meropenem ≤ 8 mg/dl. De acordo com os dados existentes na literatura, verificou-se que o uso de terapêutica empírica com um agente ativo na estirpe EPC se associou de forma significativa a menor mortalidade global (18,2% vs 53,2%, $p=0,032$) e a tendência para menor mortalidade atribuível a infeção (22.2% vs 42.2%, $p=0.261$). O uso de esquema que incluía carbapenemo associou-se a uma tendência a menor mortalidade atribuível a infeção (25.0% vs 35.7%, $p=0.344$) mas que apenas apresentou significância estatística quando considerados os casos mais graves (SOFA ≥ 4 , 23.8% vs 55.0%, $p=0.041$). Contudo, apenas 46.6% dos doentes com score SOFA > 4 foram tratados com esquema com carbapenemo apesar da prevalência superior de estirpes com MIC ≤ 8 para o meropenem.

CONCLUSÃO

Este estudo demonstra o impacto clínico da infeção por EPC. O impacto de mortalidade verificado com a presença de terapêutica empírica adequada e da utilização de carbapenemos estão de acordo com a evidência existente na atualidade. Contudo, existe margem para otimização da gestão destes doentes nomeadamente na utilização mais frequente de carbapenemos nos doentes mais graves. A continuação dos programas de vigilância é essencial para o combate adequado às estirpes multirresistentes.

23 DE MAIO DE 2019**Sala Fénix B 15:00 - 17:00****CO010****430 AUDITORIA ÀS PRÁTICAS DE ANTIBIOTERAPIA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DE UM CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO**

Penélope Almeida, Marli Ferreira, Inês Ferreira, Ernestina Reis, João Araújo Correia

Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar do Porto

Introdução

Na era dos microrganismos multirresistentes, para os quais as opções terapêuticas escasseiam, é urgente o alerta para boas práticas de antibioterapia, dado o grande impacto na morbimortalidade e nos custos para os sistemas de saúde.

Objetivos: Rever a antibioterapia utilizada no doente internado, para promoção da melhor prática clínica.

Material e métodos: Auditoria realizada durante 10 semanas, incluindo os doentes internados em duas unidades do Serviço de Medicina Interna de um Centro Hospitalar Universitário. Apuraram-se dados demográficos, índices de Karnofsky e Charlson, diagnósticos de infeção, se fora realizada colheita de produtos microbiológicos, quais esses produtos, os isolamentos obtidos e a antibioterapia usada. As infeções foram classificadas conforme o foco e a tipologia: adquiridas na comunidade, associadas aos cuidados de saúde (IACS, na presença de internamento de duração superior a 48h nos 90 dias prévios à admissão ou em doentes residentes em lar ou unidade de cuidados continuados), individualizando-se as infeções nosocomiais (adquiridas 48h após a admissão).

Resultados: Avaliaram-se 204 episódios de internamento, de 199 doentes. Verificou-se proporção M:F = 1:1, média de idades de 75 anos, Karnofsky mediano de 60 e índice de Charlson médio de 6. Contaram-se 273 infeções, das quais 51% da comunidade, 18% IACS e 31% nosocomiais.

Quanto à antibioterapia empírica: nas infeções da comunidade destacou-se o uso de aminopenicilinas em 60%, cefalosporinas de 3ª geração em 11% e quinolonas em 11%. Nas IACS, utilizaram-se penicilinas antipseudomónicas em 39% e cefalosporinas de 3ª geração em 14%. O uso de carbapenemos ultrapassou os 6%, bem como o de glicopéptidos. Nas infeções nosocomiais, a utilização de penicilinas antipseudomónicas e de glicopéptidos manteve-se, observando-se uso superior de carbapenemos, 14%. Surgiu utilização de linezolid em 6% das infeções.

Quanto ao uso de antibióticos de acordo com o foco, destacaram-se os focos respiratório e urinário, correspondendo a 84% das infeções. Nas infeções respiratórias usaram-se aminopenicilinas em 47%, penicilinas antipseudomónicas em 27% e ainda macrólidos em 29%, sempre em associação com outros antimicrobianos. Nas infeções urinárias, utilizaram-se aminopenicilinas, penicilinas antipseudomónicas e quinolonas em 34, 19 e 13%, respetivamente.

Foram colhidos produtos em 253 (93%) das infeções, obtendo-se isolamentos microbiológicos em 112 (44%). Considerando estas 112 infeções, houve ajuste da antibioterapia ao TSA em 77% das infeções da comunidade e em 90% das IACS e das infeções nosocomiais. Foi possível restringir o espectro antimicrobiano em 23% dos casos.

Na ausência de isolamentos, houve escalada terapêutica em cerca de 1/5 das infeções.

Conclusão: A presente análise poderá ser reproduzida noutros serviços, de modo a identificar potenciais alvos de ação. O estudo da flora e práticas locais é essencial para otimizar a conduta de prescrição de antimicrobianos.

23 DE MAIO DE 2019**Sala Fénix B 15:00 - 17:00****CO011****482 DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSE ACTIVA DE UM HOSPITAL DISTRITAL ENTRE 2008 E 2018**

Rita Correia, Óscar Matos, Fábica Cruz, Mariana Martins, Sandra Martin, Maria Eugénia André

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco - Hospital Amato Lusitano

Introdução

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), apesar do esforço global realizado nos últimos 10 anos, a tuberculose manteve-se em 2016 entre as 10 principais causas de morte a nível mundial. Estima-se que a Mortalidade da Tuberculose em Portugal é de 2,4%.

Objetivo: Caracterizar a população de doentes com Tuberculose Activa num hospital distrital entre 2008 e 2018.

Material e Métodos: Estudo observacional, retrospectivo, transversal de doentes internados com diagnóstico de Tuberculose Activa de 2008 a 2018. Os dados epidemiológicos e clínicos foram colhidos através do Sclenic® e análise por SPSS®.

Resultados: Amostra de 119 doentes com diagnóstico de tuberculose activa: Pulmonar (83%);

Pleurisia Tuberculosa (5,9%) e Ganglionar (5%). 79% homens com idade média de $59,8 \pm 19,5$ anos. O tempo médio de internamento foi de $28,5 \pm 21,3$ dias. 15,1% dos indivíduos tinha realizado vacina BCG e 10% reconheciam exposição ao bacilo. Os indivíduos apresentavam classe socioeconómica baixa (87,4% de Classe I e II de Graffar). As comorbilidades mais frequentes: alcoolismo crónico (28,6%), Tabagismo activo (40,3%), Neoplasia Activa (14,3%); Toxicodependência (12,6%) e Diabetes Mellitus (11,8%). Das complicações destacam-se as cavitações/cavernas (26%), Pleurisia com derrame (16%), Adenopatias (4,2%), Hemoptises (4,2%), foram também identificados casos isolados de pneumotórax e eritema nodoso. No diagnóstico imagiológico: 48% das radiografias torácicas com apresentação típica, sendo as cavernas a mais frequente (20%) e TAC Tórax típicas em 74,8%. 36,2% das radiografias não sugestivas apresentaram imagens típicas em TAC Tórax. Ao que se refere ao exame microbiológico, foi efectuado em 89% exame directo da expectoração sendo em 75,5% positivos, e efectuados 14(11,8%) exames directos a outros produtos (LBA; LP e Urina) sendo positivos 57,1%. Obtiveram-se 71,7% de culturas da expectoração positivas. O exame directo da expectoração e as culturas apresentam uma correlação positiva estatisticamente significativa ($p \text{ value} < 0,001$). A elevação da ADA no Líquido Pleural estava presente em 7 dos 10 doentes. Realizaram-se 16 colheitas de suco gástrico, destes apenas 4 positivos.

58,8% iniciaram em internamento terapêutica quadrupla com Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida e Etambutol.

21% dos doentes faleceram e 4,2% apresentaram necessidade de reinternamento. Verificou-se uma correlação positiva estatisticamente significativa entre o exame directo da expectoração e as alterações típicas no Rx Torax ($p \text{ value} < 0,01$).

Conclusões: Os doentes internados com diagnóstico de tuberculose activa, com tuberculose Pulmonar, eram homens, de classe social baixa, com alcoolismo crónico ou tabagismo activo, cujo diagnóstico se baseava em alterações imagiológicas típicas e exame directo de expectoração.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Fénix B 15:00 - 17:00

CO012

483 A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO DE TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR – ANÁLISE RETROSPECTIVA DOS CASOS DE TUBERCULOSE NO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA NO PERÍODO DE 8 ANOS

Vanessa Chaves, Sofia Tavares, Ana Ferreira, Fernando Nogueira, José Marques, Ester Ferreira, Jorge Almeida
Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto

Introdução

A tuberculose (TB) continua a ser um problema de saúde pública mundial, sendo endémica no norte de Portugal. Caso: Homem, 35 anos; TB tratada na infância, doença pulmonar cística intersticial em estudo. Internado por síndrome febril. Após estudo exaustivo negativo para causa infecciosa, autoimune e neoplásica, iniciou corticoterapia por se assumir a presença de estado inflamatório crónico; apresentou resolução da febre. Reinternado 2 meses depois por recrudescência de febre. Estudo imagiológico com adenopatias mediastínicas de novo. Biópsia ganglionar positiva para *Mycobacterium tuberculosis*. Diagnosticou-se TB ganglionar e iniciou antibacilares. Apresentou evolução desfavorável, com suspeita de TB disseminada, falecendo em D16 de tratamento.

Objetivo: Analisar o número e características dos casos de TB diagnosticados no Serviço de Medicina Interna (SMI).

Material e Métodos: Estudo retrospectivo dos casos de TB no SMI no período de 8 anos (janeiro 2008-dezembro 2015). Os casos foram identificados pela codificação ICD-9 dos diagnósticos de alta. A informação colhida incluiu dados demográficos, motivo de internamento, tipos de TB, método diagnóstico e outcome.

Resultados: Identificou-se 65 casos de TB; 64.6% do género masculino; mediana de idades 74 (IIQ 53-80). Cinco doentes tiveram TB previamente; 5 eram imunodeprimidos. Os principais motivos de admissão foram derrame pleural para estudo (24.6%), infeção respiratória (20%) e sintomas constitucionais (9.2%). Cerca de um terço constituíram diagnósticos de presunção. Dos casos confirmados, 52.4% apresentavam exclusivamente envolvimento pulmonar (TBP), 33.3% exclusivamente extrapulmonar (TBEP) e 14.3% envolvimento misto. Os locais de TBEP mais comuns foram pleural (35.7%), genitourinário (21.4%) e ganglionar (14.3%). Dos casos com diagnóstico de presunção ($n=23$), a maioria foram

de TB pleural (n=8) e TB disseminada (n=8), seguidos de TB pericárdica (n=4) e ganglionar (n=2). Nos casos de TB de presunção pleural e pericárdica, a maioria dos diagnósticos baseou-se na elevação da adenosina deaminase e na presença de granulomas com necrose caseosa no exame anatomopatológico. No total, 21 doentes faleceram no internamento; dos casos confirmados, a maioria eram de TB pulmonar (n=8) e genitourinária (n=3).

Conclusões: Realça-se a importância de considerar a TB em doentes com clínica/achados sugestivos, principalmente em zonas endémicas. Nos casos sem confirmação microbiológica (cerca de 1/3 na amostra), o diagnóstico e tratamento podem ser estabelecidos com base na suspeição. Na nossa amostra a percentagem de TBEP foi superior à descrita na literatura e a de TBP inferior. Este aspeto pode relacionar-se com o facto de se terem analisado apenas os casos no SMI, sendo que a maioria dos casos fortemente suspeitos de TBP é internada na Pneumologia/Infeciologia. A mortalidade foi elevada na TBP em comparação com a TBEP, o que está em conformidade com a literatura.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Fénix B 15:00 - 17:00

CO013

553 CARACTERIZAÇÃO DE TUBERCULOSE LACTENTE DE UM HOSPITAL DISTRITAL

Rita Correia, Óscar Matos, Fábica Cruz, Mariana Martins, Sandra Martin, Maria Eugénia André

Unidade Local de Saúde Castelo Branco - Hospital Amato Lusitano

Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que ⅓ da população mundial tem tuberculose latente (TBL) no entanto menos de 5% é diagnosticada e tratada. Nos últimos anos desenvolveram-se testes conhecidos como interferon gamma release assay (IGRAs), especialmente criados com o objectivo de ultrapassar o problema da baixa especificidade dos testes cutâneos e assim permitir rastrear a doença. Devido ao risco de reactivação ou nova infecção nos doentes submetidos a terapêutica imunossupressora, nomeadamente biológicos, nas doenças auto imunes, está preconizado o rastreio dos mesmos previamente ao início do tratamento

Objectivo: Caracterizar a Tuberculose Latente num hospital distrital de 2016 a 2018.

Material e Métodos: Estudo observacional, retrospectivo, transversal de doentes submetidos a rastreio de tuberculose latente, com colheita

de dados através do programa clinidatanet® e sclinic®. Análise por SPSS®.

Resultados: Foram solicitados na unidade hospitalar 507 exames de IGRAs no período avaliado (Idade média de 59 ±18 anos; 54% mulheres).

21% solicitados pelo internamento de medicina interna, 20% pela consulta de Medicina interna, 13,2% pela consulta de Auto-imunes e 12,8% pelo Serviço de Gastroenterologia. Os motivos mais frequentes do pedido foram suspeita de tuberculose activa (56,8%) e rastreio pré imunossupressão (38,8%).

29,6% da amostra apresentava IGRA positivo e 4,3% indeterminado.

Dos doentes com IGRAs positivos: 28(16,4%) apresentavam sintomas típicos de Tuberculose activa (TB) e 124 realizaram radiografia de tórax para exclusão de TB apresentando em 19,4% alterações imagiológicas típicas.

A TB foi diagnosticada em 4,3% da amostra e TBL em 25,6%. Dos doentes com TBL, 39,5% realizaram terapêutica profiláctica.

A presença de sintomas típicos de tuberculose activa correlacionou-se positivamente com o diagnóstico da mesma com significado estatístico (p<0,01) e com achados típicos na radiografia de tórax (p<0,01).

Conclusões: A especificidade elevada do IGRA permite identificar de forma mais específica os doentes com TBL que irão iniciar terapêuticas imunossupressoras, contudo implica sempre a exclusão de tuberculose activa. Na nossa amostra a presença de sintomas e a radiografia torácica apresentaram uma boa correlação com a presença de TB, estatisticamente significativa.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Fénix B 15:00 - 17:00

CO014

1237 PERFIL DE UTILIZAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Dora Lameiras, Diogo Santos, Joana Alves Vaz, Manuela Zita Veiga, Isabel Madruga

Hospital de Egas Moniz - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

Introdução

A prescrição de antimicrobianos é frequente no serviço de Medicina Interna. Verifica-se que, apesar da existência de programas de apoio à prescrição, existem ainda situações de uso desta terapêutica

sem foco identificado e em ciclos de duração mais prolongada, comparativamente às recomendações.

Objetivo: Análise retrospectiva do perfil de utilização de antibioticoterapia e infeções mais prevalentes.

Material e Métodos: Análise retrospectiva de 202 doentes, internados no serviço de Medicina com utilização de antibioticoterapia, entre outubro e dezembro de 2018. Foi avaliado o tipo de antibiótico, duração da terapêutica e infeção subjacente.

Resultados: A média de idades dos doentes foi de 78,7 anos, sendo 54% mulheres (n=110). Destes 202 doentes, 70% (n=140) tiveram necessidade de antibioticoterapia em internamento, estando esta relacionada directamente com o motivo principal de internamento ou como intercorrência. Apenas em 67 destes doentes houve isolamento microbiológico a suportar a terapêutica prescrita, senso em 7 casos de microrganismos multirresistentes.

Como antibioterapia inicial, foi mais prescrita a associação amoxicilina-ácido clavulânico em 56 doentes, tendo em 18 deles sido realizada associação com claritromicina. Os restantes antibióticos mais prescritos foram piperacilina-tazobactam (n=26), cefuroxima (n=19), ceftriaxona (n=12), meropenem (n=9) e levofloxacina (n=6). Alguns doentes realizaram pelo menos três antibióticos (n=14) durante o internamento, sendo que em média o tempo para alteração de antibioticoterapia foi 9 dias; a demora média de internamento nestes doentes foi de 17,9 dias, contrariamente aos doentes que realizaram apenas um ciclo de antibioticoterapia, que tiveram uma demora média de 14,5 dias. Após a mudança de esquema de antibiótico o mais prescrito foi meropenem (n=14), seguido de piperacilina-tazobactam (n=9).

Relativamente às infeções mais prevalentes, as infeções urinárias afectaram 78 doentes, seguidas das infeções respiratórias, presentes em 65 doentes. De referir ainda que 18 doentes apresentaram mais do que um processo infeccioso durante o internamento, sendo o mais frequente a cistite acompanhada de infeção respiratória (traqueobronquite ou pneumonia). As infeções hospitalares foram relevantes, estando presentes em 12,8% dos doentes, com mortalidade verificada em 5 doentes deste grupo (27%). O antibiótico mais prescrito neste grupo foi piperacilina-tazobactam (n=8), com duração da terapêutica em média de 8,6 dias.

Conclusões:

Nos doentes internados verifica-se a utilização frequente de antibióticos de largo espectro, pois estes doentes apresentam infeções associadas a alta morbimortalidade. Contudo, apesar das recomendações divulgadas, ainda é relevante a mortalidade verificada nas infeções hospitalares. Assim sendo, é necessária uma maior consciencialização das indicações na prescrição

antibiótica, de modo a reduzir as resistências microbiológicas.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Fénix B 15:00 - 17:00

CO015

1709 TRATAMENTO DA ESPONDILODISCITE: ESTUDO RETROSPETIVO DE 30 PACIENTES

Círia SOUSA, Catarina MACIEL, Natália LOPES, Fernando SALVADOR, Paula VAZ MARQUES

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução

A espondilodiscite é uma doença infecciosa potencialmente fatal, cujo diagnóstico é frequentemente difícil, devido à forma de apresentação com sinais e sintomas pouco específicos, adicionando ao facto da alta prevalência de dor lombar na população geral.

Existe consenso que a antibioterapia deve ser iniciada apenas após a identificação do microrganismo, se ausência de complicações neurológicas ou sépsis, de forma a otimizar os resultados.

Estão recomendados esquemas prolongados de antibioterapia, durante pelo menos 6 semanas, e de forma empírica um esquema apropriado deverá incluir cobertura de MSSA, estreptococos e gram-negativos.

Os autores caracterizaram e avaliaram a prevalência de espondilodiscite e as principais opções terapêuticas num centro hospitalar.

População e Métodos: Estudo retrospectivo observacional de todos os doentes com diagnóstico de espondilodiscite durante o internamento, entre 2010 e 2017. Avaliaram-se variáveis demográficas, comorbilidades, forma de apresentação, fatores de risco, isolamentos microbiológicos e tratamento efetuado.

As variáveis contínuas foram expressas na forma de média $\pm$ desvio padrão e as variáveis categóricas foram apresentadas como distribuições de frequência. Foi utilizado o software IBM SPSS statistics versão 25.0.0. A precisão das taxas de prevalência foi dada pelos intervalos de confiança de 95% (IC 95%).

Resultados: Foram diagnosticados 30 casos de espondilodiscite (60% homens; idade média 70,57 $\pm$ 11,28), provenientes na maioria dos casos dos serviços de medicina interna (73,3%). A principal comorbilidade encontrada foi a diabetes mellitus (49.9%). Na apresentação, a maioria dos doentes apresentava dor lombar associada a sintomas

constitucionais, e 50% apresentavam sintomas neurológicos.

Em 40% dos doentes havia história de infecção prévia. Na admissão, 80% dos doentes tinha pedida a PCR, mas apenas 27% tinha velocidade de sedimentação. A maioria dos doentes realizou TAC e RMN durante o internamento.

A localização mais frequente foi a coluna lombossagrada ao nível de L4-L5 (23%), com apenas um nível afetado em 70% dos doentes. O principal microrganismo isolado foi o *Staphylococcus aureus* meticilino-sensível, não havendo isolamentos em cerca de 47% dos doentes.

Na maioria dos doentes optou-se pelo tratamento conservador com dois antibióticos. O início de antibioterapia ocorreu em média ao fim de 7 dias de internamento, os esquemas de antibioterapia mais utilizados foram a vancomicina e o ceftriaxone. A mediana do tempo de tratamento endovenoso foi de 41 dias.

Conclusões: O protelar do início da antibioterapia até obtenção de todos os produtos microbiológicos continua a ser uma dificuldade no tratamento destes doentes, reduzindo a taxa de identificação dos microrganismos, com possibilidade de antibioterapia dirigida por períodos mais curtos e com melhores respostas clínicas.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Fénix B 15:00 - 17:00

CO016

1727 INFEÇÃO POR CLOSTRIDIUM DIFÍCILE – O QUE MUDOU

Rosana Maia, João Pais, Pedro Pinto, Miguel Costa, Duarte Silva, Edgar Torre, Carmélia Rodrigues, Diana Guerra
ULSAM - Hospital de Santa Luzia - Viana do Castelo

Introdução

O *Clostridium difficile* (CD) é uma bactéria anaeróbia, Gram positiva, produtora de toxinas, que coloniza a flora intestinal quando sujeita a fenómenos agressores. A infecção por CD (ICD) é uma das infeções associadas a cuidados de saúde mais frequentes, sendo uma causa importante de morbilidade e mortalidade.

Objetivo: Avaliação e comparação da incidência, fatores de risco (FR), sintomatologia, complicações da ICD, antes e após aplicação de protocolo de prevenção de infeção. Avaliação do impacto da referida intervenção.

Material e métodos: Trata-se de um estudo retrospectivo e comparativo. Foram incluídos doentes com internamento nos anos de 2008-2010

e de 2014-2016. Em 2010, efetuadas sessões de formação aos profissionais de saúde quanto à prevenção de ICD. Critérios de inclusão: idade superior a 18 anos e pesquisa de antígeno e toxina CD positiva. A pesquisa foi efetuada através da consulta de processos clínicos e a análise estatística utilizando o Microsoft Excel.

Resultados: Relativamente ao período de 2008-2010, a ICD foi diagnosticada em 32 doentes, a maioria internada no Serviço de Medicina (N=22), com uma média de idade de 78 anos. O tempo médio de internamento foi de 27 (máximo 81; mínimo 3) dias, e a maioria das infeções surgiu como intercorrência do internamento hospitalar (N=19). A manifestação clínica (MC) mais frequente foi a diarreia. Todos os doentes tinham presente pelo menos 1 FR - média de 2.75, sendo os mais prevalentes a idade e a antibioterapia recente. A maioria evoluiu sem complicações (N=25). Verificou-se uma taxa de mortalidade intra-hospitalar (TMI) de 25%. Relativamente ao período de 2014-2017 (após formação e aplicação de protocolo de prevenção), a ICD foi diagnosticada em 33 doentes, a maioria internada no Serviço de Medicina (N=25), com uma média de idade de 77 anos. O tempo médio de internamento foi de 28 (máximo 169; mínimo 1) dias, e a maioria das infeções surgiu como intercorrência do internamento hospitalar (N=25). A MC mais frequente foi a diarreia (N=28), seguida da febre (N=10). Todos os doentes tinham presente pelo menos 1 FR - média de 3.33, sendo os mais prevalentes a idade (N=25), a antibioterapia (N=28) e o internamento recente (N=18). A maioria evoluiu sem complicações (N=25), verificou-se um caso de megacólon tóxico e TMI de 24%. Comparando estes 2 períodos, verificou-se que a incidência de ICD tem um padrão flutuante (2008: 0.048%, 2009: 0.066%, 2010: 0.15%, 2014: 0.05%, 2015: 0.068%, 2016: 0.1%), mas não se denota uma diminuição da mesma. O impacto na mortalidade não parece ter sofrido alteração. O número de ICD associadas aos cuidados de saúde (N=18 -> 25)

Conclusões: Os fatores de risco associados ao desenvolvimento de ICD são principalmente aqueles que alteram a normal flora intestinal: antibioterapia, infeções gastrointestinais, idade > 65 anos e o internamento. A ICD é um problema crescente nos doentes internados, sendo pertinente a melhoria das medidas de prevenção e atuação.

23 DE MAIO DE 2019**Sala Fénix B 15:00 - 17:00****CO017****1739 MORBILIDADE E MORTALIDADE DOS DOENTES INTERNADOS COM GRIPE NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA NOS PICOS 2017/2018 E 2018/2019**

Ana de Matos Valadas, Beatriz Valente Silva, Daniel Costa Gomes, Inês SF da Silva

Centro Hospitalar Lisboa Norte, CHLN

Introdução

A Gripe constitui uma patologia viral que afecta predominantemente as vias respiratórias. Verificou-se recentemente um pico de Gripe A, conhecido pela pandemia de 2009 e que se tornou numa gripe sazonal sem necessidade de cuidados especiais de isolamento segundo a DGS, apesar das propriedades bioquímicas que o tornam mais virulento e patogénico do que o tipo B.

Objectivo: Comparar a morbilidade e mortalidade dos doentes numa enfermaria de Medicina Interna com diagnóstico de infecção a vírus Influenza nos picos de Gripe de 17/18 e 18/19.

Material e Métodos:

Estudo retrospectivo baseado na consulta dos processos clínicos dos doentes internados nos picos de Gripe 17/18 e 18/19 (semana 46 à semana 7 do ano seguinte). Foram incluídos os doentes com pesquisa positiva de Influenza em exsudado nasofaríngeo, tendo sido comparados os dados demográficos, vacinais, o tipo e subtipo de vírus Influenza, o número de dias com insuficiência respiratória, a saturação periférica de oxigénio (SpO₂) mínima, o valor máximo de lactato e o número de óbitos. Foi considerada como diferença estatisticamente significativa um valor de $p < 0,05$.

Resultados:

Foram incluídos 37 doentes. No pico 17/18 verificou-se o isolamento de Influenza em 21 doentes, com predomínio do género feminino (67%) com idade média de 74 anos (18 dos 21 doentes com mais de 65 anos), comparativamente ao isolamento em 16 doentes no pico 18/19, com o mesmo predomínio de género (69%) e com a idade média de 75 anos (11 dos 16 doentes com mais de 65 anos). No pico 17/18, 24% dos doentes eram portadores de doença crónica pulmonar, comparativamente com 13% no pico 18/19. Verificou-se que no pico 17/18 houve 29% de doentes com isolamento de Influenza A (restantes com Influenza B), enquanto que 100% dos doentes no pico 18/19 tiveram isolamento de Influenza A. No pico 17/18 apenas 10% fizeram a

vacina da Gripe vs 31% no pico 18/19.

Não se verificaram diferenças estaticamente significativas entre os dois picos no que respeita a critérios de gravidade, nomeadamente no número de doentes com SpO₂ < 92% (80% em 17/18 vs 75% em 18/19), número de doentes com hiperlactacidémia (31,6% em 17/18 vs 37,5% em 18/19) ou número de doentes que apresentaram mais do que 5 dias de insuficiência respiratória (43,8% em 17/18 vs 37,5% em 18/19). Verificou-se 1 óbito causado por Gripe em cada pico.

Conclusões:

Ao contrário do que seria de esperar pela totalidade de infecção a Influenza A dos doentes internados no pico 18/19, não se verificou uma diferença significativa na morbilidade e mortalidade relativamente ao pico 17/18 onde predominou a infecção a Influenza B. Contudo, no pico 17/18 houve uma maior percentagem de doentes portadores de doença crónica pulmonar e menor percentagem de doentes vacinados. Conclui-se, portanto, que o tipo de vírus Influenza não é o único factor determinante na morbilidade e mortalidade dos doentes internados por Gripe, devendo ser tidos em conta outros factores demográficos e clínicos.

23 DE MAIO DE 2019**Sala Fénix B 15:00 - 17:00****CO018****1778 SÉPSIS EM MEDICINA INTERNA, UMA RETROSPECTIVA**Luís Tavares, Mariana Oliveira, Pamela Ferreira, Luís Dias, Manuela Henriques, Clara Paiva, Humberto Costa
Hospital do Divino Espírito Santo, EPE, Ponta Delgada, Portugal

A sépsis é um motivo de internamento frequente, que acarreta uma elevada mortalidade e custos médicos elevados. O diagnóstico atempado, a identificação do foco e a instituição de antibioterapia dirigida ao agente suspeito são necessárias de forma a melhorar o outcome dos doentes.

O objetivo deste estudo foi conhecer a realidade do Serviço de Medicina Interna (SMI) de um hospital central no que diz respeito ao número de doentes internados com o diagnóstico de sépsis, focos principais, microrganismos isolados, antibioterapia efetuada e prognóstico seja a mortalidade intra-hospitalar e outcome aos 6 meses e 1 ano.

Para isso foram analisadas as notas de alta de 2 enfermarias do SMI, deste hospital, durante o período de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2017, tendo como principal filtro o diagnóstico principal

de sépsis ou choque séptico.

Como resultados obtiveram-se 97 doentes, dos quais 56.7% eram do sexo feminino. A idade média dos doentes foi de 72 (± 15) anos. 43,3% tiveram o diagnóstico de choque séptico e 18.6% necessitaram de internamento em Cuidados Intermédios ou Cuidados Intensivos.

Nas comorbidades mais frequentes destacam-se hipertensão arterial (61.9%), diabetes mellitus tipo II (35.1%), fibrilhação auricular (33%) e insuficiência cardíaca (32%).

O foco mais comum foi urinário, com 47.4% dos casos, nos quais o agente mais frequentemente isolado foi *Escherichia coli* não produtora de betalactamases em 47.8% dos casos, seguido de foco respiratório, com cerca de 27.8% dos casos, sendo que na maioria não se isolou agente causador.

Em termos de antibioterapia, os antibióticos empíricos mais utilizados foram as cefalosporinas (ceftriaxone em 26.8% e cefuroxima em 18.6% dos casos), seguidas por piperacilina-tazobactam (24.7%).

No que diz respeito à mortalidade, 13,4% dos doentes faleceram durante o internamento, sendo o outcome de sobrevivência a 6 meses e a 1 ano de 91.5% e 84.1%, respetivamente.

Conclui-se que a sépsis é um motivo de internamento importante com (6.4% do total de internamentos). A mortalidade intrahospitalar foi semelhante à descrita na literatura, no entanto assumindo o contexto de internamento numa enfermaria de Medicina Interna, assume-se que estes doentes provavelmente tenham menos critérios de gravidade que doentes numa unidade cuidados intensivos ou intermédios, e, portanto, com menor mortalidade expectável. A sobrevida a 6 meses e a 1 ano foi superior à descrita na literatura.

Estudos semelhantes de casuística, nas nossas enfermarias de Medicina Interna, são importantes para reconhecermos a importância deste diagnóstico e para relembrar a necessidade de otimizarmos as nossas atitudes e terapêuticas nestes casos.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Fénix B 15:00 - 17:00

CO019

1956 INFEÇÕES DO TRATO URINÁRIO – A REALIDADE DE UM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DURANTE O ANO DE 2018

Paula Costa, Filipa Lima, Mariana Santos, Mariana Oliveira, Letícia Balanco, Raquel Senra, Marisa Rocha, Abel Alves, Sandra Gouveia, Luís Dias

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

Introdução

As infeções do trato urinário (ITU) são muito prevalentes em Portugal e um dos motivos mais frequentes de internamento nos Serviços de Medicina, estando associadas a elevados custos e morbilidade.

Objetivo

Neste estudo, pretende-se caracterizar os doentes internados por ITU no serviço de Medicina Interna de um hospital durante o ano de 2018.

Material e Métodos

Estudo retrospectivo e descritivo dos doentes com o diagnóstico principal de ITU internados no período entre 1 de janeiro de 2018 a 31 de dezembro de 2018. Os dados foram obtidos através da consulta dos processos clínicos.

Resultados

Foram analisados os processos clínicos de 429 doentes, 147 (34,3%) homens e 282 (65,7%) mulheres. A idade média dos doentes internados por ITU no ano de 2018 foi de 75 anos, sendo que 82% dos casos apresentavam 65 ou mais anos. Cerca de 90,7% dos doentes residiam no domicílio e 64,1% dos doentes admitidos apresentavam algum grau de dependência. Dos casos diagnosticados, 2% foram admitidos inicialmente em Unidade de Cuidados Intensivos. Quanto aos fatores de risco mais prevalentes, foi possível verificar que 52% dos doentes eram diabéticos, 12,6% eram portadores crónicos de algália, 15,9% apresentavam litíase renal e 50,8% cumpriram antibioterapia nos 3 meses prévios. Conseguiu isolar-se agente etiológico em 85,1% das uroculturas (UC) realizadas. O agente mais frequentemente isolado na UC foi a *Escherichia coli* (44,4%), seguindo-se a *Klebsiella pneumoniae* em 17,3% dos casos. Como agentes menos frequentemente identificados destacam-se o *Citrobacter freundii*, o *Citrobacter koseri* e a *Serratia marcescens*. O antibiótico mais amplamente utilizado empiricamente foi o ceftriaxone, em 32,9% dos casos. Foi realizado switch antibiótico em 53,4% dos casos e a duração

média de antibioterapia foi de 10 dias. Dos resultados obtidos concluiu-se que 84,2% das ITU diagnosticadas correspondiam a cistites. Verificou-se ainda que 42,2% dos casos de ITU diagnosticados ocorreram em doentes com internamento nos 3 meses anteriores. Dos casos de ITU identificados, 82 casos (19,1%) evoluíram para sépsis/choque séptico. A mortalidade por ITU foi de 4,7%.

Conclusões

As ITU continuam a ser um dos motivos mais frequentes de internamento, sobretudo nos doentes idosos, com comorbilidades graves e importante grau de dependência. O agente mais comumente isolado foi a *Escherichia coli*. Este estudo demonstra a importância dos exames culturais e do conhecimento dos microorganismos mais frequentes no meio hospitalar, de modo a diminuir as resistências à terapêutica instituída.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Fénix B 15:00 - 17:00

CO020

1957 BACTERIEMIAS POR ENTEROBACTERIACEAE RESISTENTES AOS CARBAPENEMOS – A REALIDADE DE UM CENTRO HOSPITALAR

Rita Queirós, Ana Oliveira e Costa, Mónica Dinis Mesquita, Joana Vaz Cunha, Ana Paula Dias

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

INTRODUÇÃO:

A crescente prevalência da resistência bacteriana aos antibióticos é um problema crítico de saúde pública. Atualmente, para a Organização Mundial de Saúde as Enterobacteriaceae resistentes aos carbapenemos (ERC) ocupam um lugar de destaque na lista de 'microorganismos prioritários' resistentes a antibióticos que representam a maior ameaça à saúde humana. As ERC originam infeções notoriamente difíceis de tratar e estão associadas a elevadas taxas de mortalidade devido às opções limitadas de tratamento.

OBJETIVOS:

Analisar as características dos doentes com bacteriemias por ERC e avaliar o impacto clínico da infeção.

MATERIAL E MÉTODOS:

Análise retrospectiva dos doentes de um Centro Hospitalar nos quais foram isoladas ERC em hemoculturas (HC) entre 1 de janeiro de 2017 e 31 de dezembro de 2018. Caracterizou-se a população de acordo com os dados demográficos,

microbiológicos e clínicos que constavam nos respetivos processos individuais.

RESULTADOS:

Foram identificadas 50 bacteriemias por ERC. Estas ocorreram principalmente em indivíduos com idade superior a 60 anos (76%), mais frequentemente no sexo masculino (74%) e em 46% dos casos em doentes autónomos. Havia história de múltiplos internamentos prévios em 7 indivíduos (14%) e 7 (14%) não tinham antecedentes pessoais de relevo. A maioria das bacteriemias teve origem nosocomial (86%), das quais 55,8% em enfermarias médicas. Assumiram-se infeções da corrente sanguínea por ERC em 90% dos casos e contaminações nos restantes.

Quando foi assumida infeção, a maioria estava associada a infeções do trato urinário (33,3%) seguidas do uso de cateter venoso central ou cateter totalmente implantado (24,4%). Quase todas as bacteriemias foram devidas a *Klebsiella pneumoniae* (88,9%). Os antibióticos mais utilizados para erradicação da bacteriemia foram a tigeciclina e a colistina, seguidas da gentamicina e ampicacina, sendo que o objetivo (comprovado com HC de controlo negativas para ERC) foi conseguido em 21 casos. A duração média dos internamentos foi de 41,78 dias. 22,2% (N=10) dos doentes tinham tido isolamentos de ERC prévios, dos quais 5 em HC. A taxa de mortalidade foi de 42,2% (N=19), sendo que 16 óbitos foram atribuídos à infeção por ERC. Dos sobreviventes (N=26), 9 (34,6%) apresentaram isolamentos de ERC em rastreios sépticos posteriores, mas destes apenas 3 foram bacteriemias.

CONCLUSÕES:

Com este trabalho pretende-se demonstrar o forte impacto das bacteriemias por ERC em dois anos de vigilância num centro hospitalar. É urgente consciencializar os médicos para a identificação oportuna e precisa das ERC e instituição precoce de tratamento. Salienta-se a importância da manutenção rigorosa das normas de assepsia na colheita de HC evitando-se contaminações que poderão motivar instituição de antibioterapia de largo espectro desnecessariamente. Uma limitação a este estudo é a sua pequena dimensão que não permitiu a identificação clara de fatores de risco para ERC nestes doentes.

24 DE MAIO DE 2019**Sala Neptuno C 9:15 - 10:45****CO084****22 UM ANO DE PNEUMOCOCCUS NUM HOSPITAL**

Rita Gameiro, Joana Marques, Rodolfo Gomes, Sara Freitas, Carlos Palos, Bárbara Picado, Fernando Martos Gonçalves, José Lomelino Araújo

Hospital Beatriz Ângelo

INTRODUÇÃO

A doença pneumocócica invasiva caracteriza-se pela presença de infeção confirmada por *Streptococcus* (St.) *pneumoniae*, através de isolamento em local normalmente estéril. A sua apresentação clínica é variável, dependendo da localização da infeção. A sua mortalidade atinge 20%.

OBJETIVOS: Caracterizar a coorte de doentes com doença pneumocócica invasiva no ano de 2017 a nível hospitalar, analisando dados demográficos, factores de risco, complicações e mortalidade.

MÉTODOS: Foram seleccionados os doentes em que se identificou a presença de St. *pneumoniae* em local estéril, analisando-se posteriormente os seus processos clínicos.

RESULTADOS: Foram identificados 50 casos, correspondendo 72% a homens. 70% da amostra total tinha mais de 65 anos, com uma média de $15,8 \pm 9,2$ dias de internamento. A infeção mais frequente foi pneumonia (82%). Na amostra global de doentes, foi identificada insuficiência respiratória em 70% e derrame pleural em 19%. 24% dos doentes necessitaram de internamento em serviço de medicina intensiva (SMI), sendo 16% submetidos a ventilação invasiva e 11% a ventilação não invasiva. 16% precisaram de suporte vasopressor e 4% de técnica dialítica. O sangue foi o local de isolamento mais frequente (79%), sendo o St. sensível a penicilina em 86%. O antibiótico iniciado foi amoxicilina/ácido clavulânico associado a azitromicina em 44%, com posterior suspensão de azitromicina em 55%. Relativamente à presença de factores de risco, o tabagismo foi o mais frequente (44%), seguido de cardiopatia (36%) e doença pulmonar (36%). Houve uma taxa de mortalidade de 16%.

DISCUSSÃO: Tal como na literatura, houve atingimento preferencial de idosos com maior número de factores de risco, sendo a identificação de St. mais frequente em hemocultura. Contrariamente ao expectável, os internamentos mais prolongados ocorreram em doentes mais jovens com mais factores de risco e com necessidade de internamento no SMI. Apesar disso, o óbito precoce ocorreu em doentes mais velhos, com neoplasia e com sépsis.

Neste contexto, os autores reforçam a importância da vacinação pneumocócica nos grupos de risco.

24 DE MAIO DE 2019**Sala Pégaso 9:15 - 10:45****CO094****1296 MALÁRIA**

Cláudia Lemos, Beatriz Santos da Silva, Ana Sofia Silva, Ema Freitas, Maria da Luz Brazão

Hospital Central do Funchal

INTRODUÇÃO

A malária é uma doença tropical parasitária, cujo diagnóstico correto e precoce não permite apenas um tratamento mais eficaz, como reduz o aparecimento de resistências ao tratamento.

A incidência anual de novos casos estima-se ser superior a 500 milhões, e é responsável por mais de um milhão de mortes por ano.

Em Portugal a malária permaneceu endémica até cerca de 1950, porém, nas últimas décadas, o aumento do volume de viagens internacionais, nomeadamente, destinos tropicais, endémicos para esta doença, acarretaram também o aumento dos casos importados.

OBJECTIVO: Estudo das características demográficas, clínicas, laboratoriais, profilaxia e de tratamento ambulatorial e hospitalar de uma população de doentes com o diagnóstico de malária internados num hospital distrital.

MÉTODOS: Análise retrospectiva dos processos clínicos codificados como "malária" (códigos 084.0-0.84.6; ICD-9 e B50-B54; ICD-10) num hospital distrital, englobando o serviço de urgência (sala de observação), de medicina interna e de doenças infecciosas, num período de quatro anos. Análise descritiva.

RESULTADOS: Identificaram-se 44 internamentos por malária neste período. A população apresentava uma média de idade de 42 anos, e 97.6% eram leucodérmicos. Os doentes eram na sua totalidade, do sexo masculino e com viagem recente, e a maioria efetuou profilaxia pré-viagem (81%). A maior parte dos doentes apresentava manifestações há menos de 10 dias após o fim da viagem (65.9%) e na generalidade tratavam-se de primeiros internamentos (55.8%). Os sintomas mais frequentes na apresentação eram: febre (93,2%), mialgias (56,8%), calafrios (40,9%), cefaleia e vômitos (38,6%), fadiga e diarreia (34,1%), tosse e dor abdominal (22,7%) e diaforese (4,5%). Analiticamente, destacava-se trombocitopenia (97,5%), anemia (45%), elevação das transaminases (40%), coagulopatia

(27,5%) e alteração da função renal (17,5%). Em 64% dos casos isolou-se o agente patogénico, com um predomínio do *Plasmodium falciparum* (52%). Foram feitos diagnósticos diferenciais com: dengue (76,5%), febre tifóide (35,3%), pneumonia e chikungunya (17,6%) e leptospirose (11,8%). Os doentes cumpriram terapêutica com doxiciclina (93,2%), quinina (70,5%), atovaquona (31,8%) e com primaquina (9,1%). Em ambulatório foram prescritos a doxiciclina (94,3%), quinina (65,7%), primaquina (11,4%) e com atovaquona (5,7%).

CONCLUSÃO: A caracterização da população está em concordância com a literatura existente. A malária é uma doença tratável e prevenível, cujo diagnóstico é menos comum na Europa. Deve ser sempre suspeitada quando existe história de viagem recente a áreas endémicas, por em Portugal existir apenas casos importados. Não existem sinais e sintomas específicos, apesar da febre ser encontrada ao exame objetivo em grande número de doentes. Salienta-se um diagnóstico laboratorial rápido e precoce permitindo um tratamento mais dirigido com diminuição da mortalidade e morbilidade.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Pégaso 9:15 - 10:45

CO095

1171 MALÁRIA IMPORTADA: COORTE RETROSPECTIVA NUM HOSPITAL TERCIÁRIO PORTUGUÊS (2013-2018)

Carlos Pinhão Ramalheira, Ana Gonçalves, Rúdi Fernandes, Sara Almeida, Rita Dutschmann, João Machado

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Introdução

A malária é uma protozoonose causada por *Plasmodium species* importada de regiões endémicas. Deste modo, os fluxos migratórios contribuem para a frequência desta patologia no nosso país, pelo que é particularmente frequente em hospitais com uma população de referência constituída por muitos portugueses originários das ex-colónias ou com muitos migrantes, como é o caso do hospital em análise. O estudo destas dinâmicas é essencial uma vez que o tratamento é orientado pela gravidade clínica, espécie de *plasmodium* e epidemiologia da região de origem.

Objetivo: Este estudo visa descrever as características demográficas, bem como espécie de parasita, clínica, opções de tratamento e frequência de recorrências dos casos de malária num hospital terciário português.

Material e Métodos: Coligidos retrospectivamente

registos clínicos de todos os casos que apresentavam clínica sugestiva de malária com confirmação laboratorial de infecção em adultos (>18 anos) num hospital terciário português de 2013 a 2018. Foram consideradas as variáveis: sexo, idade, país de origem, espécie de *plasmodium* e parasitemia, data do episódio, internamento, morte intrahospitalar.

Resultados: Apurámos um total de 224 doentes com diagnóstico de malária, na sua maioria homens (n=148; 66%) com uma idade mediana ao diagnóstico de 41 anos de idade (mín. 18; máx. 77). O país de origem mais frequente foi Angola (n=85; 38%) seguida pela Guiné Bissau (n=52; 23%). Apenas 8 casos foram provenientes de outros continentes que não o Africano. A manifestação clínica mais frequente foi a febre (100%), seguida de arrepios/calafrios (n=185; 83%), vômitos (n=27; 12%) e esplenomegalia descrita (n=51; 23%). A espécie mais frequente foi o *plasmodium falciparum* isoladamente (n=202; 90,2%), seguida de não-falciparum (n=8; 3%), infecção mista (n=8; 3%) e indeterminada (n=6). A maioria (n=195) dos doentes apresentava parasitemia baixa (<5%) e uma minoria (n=13) parasitemia muito elevada (>10%). Estes doentes motivaram 390 episódios, dos quais 58 cursaram com internamento, 14 em unidade de cuidados intermédios/intensivos. Regista-se apenas uma morte intra-hospitalar por malária cerebral. A maioria dos doentes foi medicada com quinino e os restantes com derivados da artemisina.

Conclusões: A suspeita de malária deve ser evocada perante febre num doente proveniente de regiões endémicas. Nesta série apurámos que a maioria dos casos foi diagnosticada em homens provenientes de regiões de África subsariana, particularmente de Angola e da Guiné Bissau. O *Plasmodium falciparum* foi a espécie mais frequentemente identificada, geralmente com parasitemias baixas. Apesar de actualmente as taxas de resistência a quinino nestas regiões ser elevada, uma proporção significativa de doentes foi medicada com quinino com sucesso.

24 DE MAIO DE 2019**Sala Pégaso 9:15 - 10:45****CO096****1998 ESTUDO SEROLÓGICO DE INFECÇÃO A PARVOVÍRUS B19 NA POPULAÇÃO SERVIDA POR UM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA: REVISÃO CASUÍSTICA CLÍNICO-LABORATORIAL DO ANO DE 2018**

Ana Carlota Vida, Cheila Plácido, José Alves, Graça Dias, Graça Andrade, Maria da Luz Brazão
Hospital Central do Funchal

Introdução

O Parvovírus B19 (PB19) é um vírus de DNA com apresentação clínica variável. A infecção pode ser assintomática e autolimitada ou cursar com febre, mialgias, artralgias, rash e cefaleias. Classicamente, associa-se ao eritema infeccioso e às artropatias, em crianças e adultos, respetivamente.

Objetivo: Caracterizar o perfil de doentes a quem são solicitados estudos serológicos para o PB19 num Serviço de Medicina Interna (SMI), durante o período de um ano; conhecer o contexto clínico, motivo de requisição e seus resultados.

Métodos: Realizou-se análise retrospectiva, parametrizada pelo software Modulab® Werfen v3.0, de todos os pedidos de testes serológicos para PB19 durante o período de Janeiro a Dezembro de 2018, efetuados por clínicos do SMI de um hospital distrital. Destes, procedeu-se a revisão paralela do Processo Clínico e recolheram-se as seguintes variáveis: idade, sexo, contexto de requisição, quadro clínico e analítico que a motivaram, hipótese diagnóstica inicial e resultados laboratoriais.

Resultados: Identificaram-se 72 casos neste período, cuja população apresentava uma média de idades de 50 anos ($\pm 17,3$), a maioria do sexo feminino (51,2%). Dos pedidos realizados, 37,5% foram em contexto de consulta, 31,9% em internamento e 30% em urgência. Relativamente aos resultados serológicos, 58,3% dos doentes apresentou IgG positivo (pos) e IgM negativo (neg); 29,2% IgG e IgM neg; 9,7% IgG inconclusivo e IgM neg; 2,8% IgG pos e IgM inconclusivo. Não se identificou nenhum caso com serologia compatível com infecção aguda.

Em relação ao motivo e hipótese diagnóstica avançados no pedido de exames laboratoriais, identificaram-se como mais frequentes: Febre (34,7%); Outro diagnóstico (11,1%); Adenopatia (5,6%); Trombocitopenia (5,6%); Artrite (4,1%), Hepatite (4,1%) e Pneumonia (4,1%). Da amostra inicial, 2,8% não possuía informação relativa ao quadro clínico. Dos restantes, 69,4% dos doentes

apresentava pelo menos um dos sintomas habituais da infecção PB19: febre (47,1%), artralgias (25,7%), mialgias (22,9%), coriza (12,9%), rash (12,9%) e cefaleias (8,6%). Por outro lado, 28,6% não apresentava nenhum destes e, nesse grupo, os sintomas mais referidos foram adenopatias (20%), cansaço (10%), dispneia (10%), úlceras (10%). Relativamente ao quadro analítico, 38,9% realizou controlo no mês anterior ao pedido e as alterações mais frequentes foram linfocitopenia (57,1%), trombocitopenia (50%), anemia (39,3%) e leucocitose (21,4%).

Conclusão: Dos pedidos efetuados nenhum se revelou positivo para infecção aguda por PB19, ainda que a maioria apresentasse pelo menos um sintoma atribuível a esta, o que pode justificar-se pela clínica inespecífica que caracteriza a infecção. A maioria apresentava serologias compatíveis com infecção no passado. Dado que, segundo a literatura, a reinfeção é muito rara, tornava-se pouco provável a presença de infecção aguda nesta amostra. Assim, conclui-se que a colocação desta hipótese diagnóstica está provavelmente sobrevalorizada.

24 DE MAIO DE 2019**Sala Pégaso 9:15 - 10:45****CO097****382 ENTEROBACTERIÁCEAS RESISTENTES AOS CARBAPENEMOS – CASUÍSTICA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NUM SERVIÇO DE MEDICINA**

Margarida R. Fonseca, Daniela Silva Brito, Carmen Ferreira, Mário Santos, Fernanda Coutinho, Fátima Pimenta

Centro Hospitalar Médio Tejo

INTRODUÇÃO As infecções causadas por microorganismos multirresistentes são uma causa importante de morbilidade e mortalidade a nível mundial, destacando-se o aumento de incidência recente de colonização e infecção por enterobacteriáceas resistentes aos carbapenemos (ERC).

OBJETIVO Caracterizar os doentes com isolamento de enterobacteriáceas resistentes aos carbapenemos num Serviço de Medicina de um hospital distrital.

MATERIAL E MÉTODOS Estudo retrospectivo de 1 de janeiro de 2017 a 31 de maio de 2018 incluindo todos os casos de isolamento de ERC ocorridos em doentes internados nos Serviços de Medicina de um centro hospitalar distrital. Foram estudadas as características demográficas, os fatores de risco, as características microbiológicas dos isolados e as opções terapêuticas e a evolução.

RESULTADOS Foram identificados 37 doentes com isolamentos de ERC. 56% dos doentes eram do sexo masculino e média de idades foi de 80 anos (entre os 54 e os 100 anos). Os internamentos tiveram uma duração média de 26 dias. A taxa de mortalidade foi de 27%. Apenas 21% dos doentes eram autónomos, sendo os restantes parcial ou totalmente dependentes nas atividades de vida diárias. A maioria dos doentes (29, correspondendo a 78%) tinham estado internados no ano precedente e tinham realizado antibioterapia nos três meses precedentes. 37% (14) dos doentes eram portadores de dispositivos invasivos, estomas ou feridas crónicas. Cerca de 70% dos doentes apresentava pelo menos dois fatores de risco para infeção ou colonização por ERC. 35% (13) dos doentes estavam colonizados (identificação no exsudado retal e urina). Em 68% (25) dos doentes considerou-se que houve isolamento patológico de ERC, mais frequente na urina (92%), destacando-se 4 isolamentos em hemocultura e 1 no lavado broncoalveolar. A *Klebsiella pneumoniae* produtora de carbapenemases KPC foi o microorganismo mais frequente, em 28 doentes. 27 doentes realizaram terapêutica antibiótica, com uma duração média de 7 dias, sendo a Colistina o fármaco mais usado.

CONCLUSÕES A análises destes dados alerta para a importância da identificação precoce dos doentes portadores de ERC – um dos passos mais importantes para a prevenção da sua transmissão.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Pégaso 9:15 - 10:45

CO098

973 ENTEROBACTERIACEA PRODUTORES DE CARBAPENEMASES, UMA REALIDADE DAS ENFERMIARIAS DE MEDICINA INTERNA

Joana Azevedo Carvalho, Miguel Trindade, Catarina Favas, Ana Bastos Furtado, José Delgado Alves
Serviço de Medicina IV, Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, Amadora

A prevalência das Enterobacteriaceas produtoras de carbapenemases (EPC) tem aumentado de forma exponencial desde 2011 sendo uma realidade cada mais comum nas enfermarias. A infeção por estas estirpes acarreta um risco acrescido de mortalidade que atinge os 41%, em alguns estudos. Os principais factores de risco identificados são os procedimentos invasivos e o tempo de antibioterapia prévia. Existem medidas de controlo de foco standardizadas nacionais e internacionais e indicações sobre as opções terapêuticas recomendadas nas infeções a EPC, muitas vezes desconhecidas.

O estudo apresentado tem como objectivo a caracterização de uma população de doentes com isolamento de EPC internados num serviço de Medicina Interna, após um surto por estes microrganismos.

Estudo descritivo, retrospectivo da população de doentes internados com amostra biológica positiva para EPC durante o período de Janeiro de 2017 a Dezembro de 2018. A recolha de dados foi feita através da consulta dos processos em sistema informático Soarian®.

A população em estudo é constituída por 31 doentes, na sua maioria do sexo feminino (56.7%), com uma média de idade de 75.7 ($\pm 10,4$) anos e um índice de comorbilidade de Charlson médio de 6,5. Dos 31 doentes, 36% provinham de unidade de cuidados intensivos (UCI). A duração média de internamento hospitalar atingiu os 42,7 dias, dos quais apenas 24,5 dias foram de internamento activo. Os três principais diagnósticos à admissão foram o choque séptico ($n=7$), pneumonia associada aos cuidados de saúde ($n=5$) e as infeções do trato urinário ($n=3$). Como potenciais fatores predisponentes, 58.1% dos doentes apresentavam internamento prévio há menos de 6 meses e com uma taxa de exposição antibiótica nos últimos 3 meses de 51.6%. Verificou-se uma elevada exposição antibioterapia de largo espectro durante o internamento, nomeadamente, 38.7% dos doentes foram expostos a meropenem. A mais de 2/3 dos doentes foi colocada cateterização vesical. Quanto aos resultados microbiológicos, 56.1% foram isolamentos em amostra de urina, seguindo-se a expectoração em 19.5% e o sangue em 12,2%. Dos tipos enzimáticos de carbapenemases, 73.3% eram OXA48. No que toca à sensibilidade, 26.7% dos isolamentos eram resistentes a meropenem, 73.3% à ciprofloxacina e 43.3% à fosfomicina. Em cerca de 22,6% dos doentes foi assumida colonização. Um terço da população faleceu durante o internamento, em média 19.9 dias após o último isolamento positivo.

Tal como descrito na literatura, a antibioterapia, exposição a procedimentos invasivos e a mortalidade hospitalar são reprodutíveis na nossa população. Destaca-se a estadia em UCI e o internamento prolongado como potenciais factores de risco a serem considerados. As EPC tornaram-se numa realidade preocupante, motivando a tomada de medidas preventivas, de onde se destaca o uso racional do antibiótico.

24 DE MAIO DE 2019**Sala Pégaso 9:15 - 10:45****CO099****1233 INFECÇÕES URINÁRIAS DA COMUNIDADE: UM ESTUDO COMPARATIVO EM 2 ANOS**

Marli Cruz, Rui Barros, Betânia Ferreira, António Carneiro
Hospital da Luz Arrábida

Introdução

As infeções do trato urinário (ITU) são frequentes e umas das indicações mais comum para prescrição de antibióticos. Este trabalho pretende contribuir para compreender os padrões de resistência dos agentes mais frequentemente associados a ITU da comunidade (IUC) e antibióticos prescritos, de forma a levar a uma prescrição terapêutica mais ajustada à comunidade na qual o hospital está inserido.

Objetivo

Comparar a evolução das características das IUC, ao longo de 2 anos, nomeadamente: frequência dos agentes isolados, resistência aos antimicrobianos e padrão de prescrição de antibióticos.

Material e métodos

Estudo retrospectivo, realizado em 2 períodos de 6 meses, em 2013 e 2015, dos doentes avaliados no atendimento urgente, com o diagnóstico confirmado de IUC.

Efetuada a revisão individual do processo clínico, resultados microbiológicos e prescrições terapêuticas. Incluídos apenas os doentes com o diagnóstico de IUC (total 1928), excluindo-se os indivíduos algaliados, as grávidas e as infeções associadas aos cuidados de saúde.

Resultados

Em 6 meses de 2013 foram avaliados 940 casos de IUC versus 988 episódios em igual período de 2015. Em 2013 foram colhidas 360 uroculturas com um aumento em 2015 para 437 (ie, 38% vs 44% dos casos, respetivamente), com isolamento de agente em 53% e 60%. Em 2013 e 2015, o agente mais frequentemente isolado foi a *Escherichia coli*, correspondendo a 86% e 80% dos isolamentos, respetivamente. A análise do perfil de sensibilidades revelou, em 2013 vs 2015, valores de 90% vs >98% para a nitrofurantoína e cefuroxima, 86% vs 94% para as quinolonas, 85% vs 85% para a amoxicilina-clavulanato e de 73% vs 83% para o co-trimoxazole. Foram prescritos antibióticos em 98% dos casos nos dois anos, sendo as quinolonas os antibióticos mais prescritos (45% vs 40%: 2013 vs 2015), seguidas pela amoxicilina-clavulanato

(23% vs 24%), fosfomicina (17% vs 23%), nitrofurantoína (2% vs 7%) e co-trimoxazole (9% vs 2%).

Conclusão

Tal como esperado o agente mais isolado foi a *Escherichia coli*, com documentação de elevada sensibilidade para a maioria dos antibióticos testados.

Nestes dois anos, destaca-se a diminuição na prescrição de quinolonas e co-trimoxazole e aumento significativo na prescrição de fosfomicina e nitrofurantoína, o que se aproxima das normas nacionais.

Verificou-se diminuição das resistências, nomeadamente às quinolonas, o que é um dado contrário à tendência nacional e europeia, levantando questões quanto à recomendação de não utilização destes antibióticos como 1ª linha.

A prescrição de antibioterapia adequada é essencial para prevenir recorrências e reduzir a resistência aos antibacterianos. Também, a formação contínua dos médicos poderá contribuir para otimizar quer a adequação do pedido de uroculturas, quer a terapêutica instituída.

24 DE MAIO DE 2019**Sala Pégaso 9:15 - 10:45****CO100****169 ESPONDILODISCITE INFECCIOSA - A IMPORTÂNCIA DA MEDICINA INTERNA NA SUA ABORDAGEM**

Adriana Paixão Fernandes, David Prescott, Ana Isabel Brochado, Margarida Pimentel Nunes, Inês Branco Carvalho, Isabel Montenegro Araújo, Beatriz Donato, Rita Sérvio, José Luis Ferraro, Salomão Fernandes, Olga Pereira, António Martins Baptista, José Lomeli

Serviço de Medicina Interna 4.3, Hospital Beatriz Ângelo

Introdução

A Espondilodiscite Infecciosa (EI) é uma infecção das estruturas do eixo vertebral, refletindo um quadro de infecção geralmente inoculada por via hematogénea, por si indicativo de maior fragilidade ou exposição do doente em questão. Dada a sua localização e probabilidade de ser originada de ou evoluir para infecção disseminada, a morbimortalidade pode ser significativa.

Objetivo: Caracterização dos doentes e respetivo internamento por EI.

Material e Métodos: Análise retrospectiva dos doentes internados por EI nos diferentes serviços do Hospital, no período de 2012 a 2018. Incluídos 23 doentes sucessivos, identificados através da

codificação diagnóstica (IC-10), seguindo-se a consulta do respetivo processo clínico relativo ao período de internamento.

Resultados: foram admitidos 23 doentes com o diagnóstico de EI durante o período em estudo, os quais apresentavam uma idade mediana de 69 anos e 70% eram do género masculino. A maioria (56%) apresentava, pelo menos, um factor de risco para EI, sendo os três mais frequentes a imunossupressão (30%), infeção prévia/concomitante (26%) e diabetes mellitus (21%). O principal sintoma foi a raquialgia (87%), salientando-se a ausência de febre em 61%. O tempo médio até ao diagnóstico foi de 65 dias e a duração média de internamento 34 dias. O serviço de internamento foi a Medicina Interna em 91% e a Ortopedia em 9%. Em 17% dos doentes não foi identificado o agente microbiológico, sendo que em 50% destes foi realizada biópsia óssea que se revelou negativa. O *Staphylococcus aureus* multissensível foi o agente patogénico mais frequente (26%) e a coluna lombar a região mais acometida (61%). A admissão assinalava-se anemia em 78%, hiponatremia em 35%, disfunção renal em 26%, proteína-C reativa média de 15 mg/dL e velocidade de sedimentação média de 87 mm/h. Verificaram-se complicações infecciosas em 74% e necessidade de intervenção cirúrgica em 35%. A duração média de antibioterapia foi de 55 dias. Cerca de 35% dos doentes foram readmitidos na sequência desta infeção e a mortalidade foi de 8.7%.

Conclusões: Os dados apresentados corroboram a complexidade semiológica e sintomática que, associado ao envolvimento sistémico, tornam o diagnóstico de EI desafiante. A abordagem da EI não se esgota na resolução infecciosa, carecendo de uma avaliação multidisciplinar dadas as comorbilidades pré-existentes e repercussão multissistémica da EI. Por conseguinte, releva-se 1) o papel da Medicina Interna na abordagem desta entidade nosológica, nomeadamente na abordagem inaugural, no diagnóstico e resolução das complicações médicas associadas e 2) a colaboração multidisciplinar com a especialidade de Ortopedia, nomeadamente na instrumentação invasiva (diagnóstica e/ou terapêutica).

24 DE MAIO DE 2019

Sala Pégaso 9:15 - 10:45

CO101

376 COLITE PSEUDOMEMBRANOSA – CASUÍSTICA DE INTERNAMENTO DO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DE 2015 A 2018

Helena Rodrigues, Rogério Ferreira, Lélita Santos, Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução

A colite pseudomembranosa é uma doença infecciosa provocada pelo bacilo gram positivo *Clostridium difficile*. Esta é uma das infeções associadas aos cuidados de saúde mais comuns e também uma importante causa de morbi-mortalidade nos doentes idosos hospitalizados. A colonização do intestino ocorre pela via fecal-oral e é facilitada pela disrupção da flora intestinal normal, surgindo geralmente na sequência de antibioterapia prévia.

Objectivos:

Caracterizar os doentes com diagnóstico de colite pseudomembranosa internados no Serviço de Medicina Interna de um hospital central num período de três anos.

Material e métodos:

Estudo retrospectivo, baseado na pesquisa de cartas de alta dos doentes internados no Serviço de Medicina Interna entre 30/04/2015 e 30/04/2018, utilizando como palavras chave "*Clostridium*" e "*difficile*". Apenas foram considerados doentes com diagnóstico principal ou secundário de infeção por *Cl. difficile*, tendo sido excluídos todos os doentes com estirpe não toxicogénica e suspeita de infeção não confirmada por estudo de fezes. Registaram-se a idade, sexo, grau de dependência, duração de internamento, antibioterapia prévia e outros fatores de risco, tratamento, complicações, infeção prévia e recorrência de infeção.

Resultados:

Foram incluídos no estudo 64 doentes, de acordo com os critérios apresentados. A maioria era do sexo feminino (78,1%), com idade média de 80,8 anos (mín 32 e máx 97). Quanto ao grau de dependência, 57,8% dos doentes era totalmente dependente e 39% estavam institucionalizados. A duração média de internamento foi de 15,8 dias.

A maioria dos doentes (38 doentes - 59,3%) tinha sido submetido a antibioterapia nos 3 meses prévios. Os antibióticos mais implicados foram: ciprofloxacina, amoxicilina/ác. clavulânico, metronidazol, piperacilina/tazobactam. No que

toca aos outros fatores de risco associados: toma de inibidor da bomba de prótons (45,3%), doença renal crônica (31,2%), insuficiência cardíaca (43,8%), antecedentes de neoplasia (17,1%).

O tratamento instituído foi: metronidazol em 39 doentes (60,9%), vancomicina em 10 doentes (15,6%), combinação de metronidazol e vancomicina nos restantes. 21 doentes (32,8%) tomaram probiótico. Ocorreram complicações em 27 doentes (42,1%), sendo as mais comuns as infecciosas. A taxa de mortalidade foi de 23,4%.

14% dos doentes tinham antecedentes de infeção por *Cl. difficile* e 18,7% tiveram recorrência da infeção.

Conclusões:

Verificou-se que na população estudada, esta infeção afeta doentes de faixas etárias mais avançadas, com grau de dependência mais elevado, sendo que a grande maioria apresenta importantes comorbilidades, que constituem também fatores de risco para infeção. Uma importante proporção dos doentes tinha sido submetida a antibioterapia nos meses anteriores, constituindo assim um importante fator de risco. No que toca ao tratamento instituído, este estava de acordo com as guidelines vigentes à data de internamento.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Pégaso 9:15 - 10:45

CO102

1055 EPIDEMIOLOGIA, FACTORES DE RISCO E EVOLUÇÃO CLÍNICA DAS INFEÇÕES POR ENTEROBACTEREACEAS RESISTENTE A CARBAPENEMES (ERC) NUM HOSPITAL DISTRITAL EM 2018: ESTUDO PROSPETIVO

Pedro Manata, Carla Ferreira, Ana Graís, Inês Ferreira, Maria João Pinto, Raquel Almeida, João Matos Costa
Hospital Distrital de Santarém

INTRODUÇÃO

As infeções por Enterobacteriaceas resistentes aos carbapenemos (ERC) são uma preocupação de saúde mundial, especialmente nos doentes frágeis, imunodeprimidos, com internamentos prolongados e impacto na mortalidade. Na origem destas resistências está a exposição prévia a antibióticos, em particular de carbapenemos, devido à disseminação de Enterobacteriaceas produtoras de betalactamases (ESBL). Dada a condição crítica desses pacientes, o tratamento deve ser oportuno, agressivo e eficiente. A colistina é tratamento de última linha nas infeções por *Klebsiella pneumoniae* resistente a carbapenemos (KPC), porém a sua

utilização crescente tem levado ao aparecimento de resistências. **OBJETIVO:** Caracterização dos casos de ERC, em particular por KPC, em todo o hospital no ano de 2018. Identificar e analisar os fatores de risco associados a mau prognóstico nas infeções por ERC. Determinar a mortalidade associada a estas infeções. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Estudo prospetivo de Janeiro a Dezembro de 2018. Foram incluídos consecutivamente todos os casos detetados com isolamento de ERC (infeção ou colonização). Os dados clínicos dos pacientes foram recolhidos dos registos médicos via SClínico e trabalhados em Microsoft Excel 365. Foram analisados os seguintes parâmetros: 1) Demográficos, 2) Comorbilidades, 3) Procedimentos invasivos, 4) Infeções concomitantes 4) Localização anatómica dos isolados, 5) Resistências a antibióticos, 6) Exposição prévia a antibióticos e antifúngicos. **RESULTADOS:** Durante o ano de 2018 foram identificados 40 doentes com cultura positiva para ERC, sendo que em 32 foi isolada a estirpe *Klebsiella pneumoniae* e em 8 *Klebsiella ozaenae*. Das 40 ERC, só 6 é que foram identificadas como KPC, sem informação quanto ao tipo de carbapenemase nas restantes. Foram documentados clinicamente 30 casos de infeção por ERC e 10 colonizações. As estirpes isoladas foram detetadas na urina (n=12), trato respiratório (n= 10), sangue (n=8), exsudado rectal (n=10) em contexto de rastreio, pele (n=1) e ponta de cateter (n=1). A taxa de mortalidade foi de 55%. Nos doentes com infeção documentada, 22 fizeram antibioterapia dirigida com colistina (n=19), ciprofloxacina (n=2), amicacina (n=1) e nos restantes terapêutica empírica. Em média o tratamento com colistina foi de 11 dias. Dos 40 pacientes com ERC identificada, 87% tinham mais de 60 anos, sem predomínio de género (F:M = 20:19), com proveniência de casa (n=16) ou Lar (n=14). De entre as comorbilidades estudadas destaca-se a Diabetes (n=15) e a doença renal crónica (DRC) (n=15). A média de internamento foi de 38 dias. **CONCLUSÕES:** A elevada mortalidade está de acordo com a literatura, bem como os fatores de risco; destacando-se a idade e as comorbilidades como a Diabetes e a DRC. A exposição prévia a antibióticos deve ser valorizada em contexto de internamentos longos com infeções concomitantes. Apesar do tratamento dirigido com colistina na maioria dos doentes, o resultado clínico foi desfavorável.

25 DE MAIO DE 2019**Sala Neptuno A 9:15 - 10:45****CO116****1441 ESTUDO DA EFICÁCIA DE TERAPIA DE ERRADICAÇÃO DE H. PYLORI: ESQUEMA CLÁSSICO VS ESQUEMA SEQUENCIAL**

Rita Reigota, José Pedro Leite, David Sousa, Cristina Martins, Joana Paixão, Bráulio Gomes, Ana Teixeira, João Melo, Pedro Ribeiro, Armando Carvalho

Serviço de Medicina Interna - CHUC e Clínica Universitária de Medicina Interna - FMUC

Introdução

A infeção da mucosa gástrica por *Helicobacter pylori* (Hp) é um factor de risco bem conhecido para atrofia gástrica, doença ulcerosa péptica, adenocarcinoma gástrico e linfoma de células B local. O tratamento da infeção e a garantia da sua eficácia são importantes na prevenção da morbimortalidade que lhe está associada. Existem vários esquemas terapêuticos aprovados, de eficácia variável, dependente sobretudo do padrão de resistência local aos antimicrobianos utilizados. O esquema clássico, triplo [inibidor da bomba de prótons 2id (IBP) + amoxicilina 1000mg 2id + claritromicina 500mg 2id durante 14 dias] foi considerado terapêutica de primeira linha, mas, hoje em dia, tem taxas de eficácia frequentemente inferiores a 80%. Por este motivo, têm vindo a ser utilizados esquemas alternativos, como por exemplo o sequencial (IBP 2id + amoxicilina 1000mg 2id 5 dias, seguidos de IBP 2id + claritromicina 500mg 2id + tinidazol 500mg 2id durante 5 dias).

Objetivos: Comparar a eficácia do esquema triplo clássico vs esquema sequencial na população de referência do nosso Hospital. Avaliar relação entre o grau histológico de colonização da mucosa (ligeiro, moderado ou grave) e a eficácia de cada esquema terapêutico.

Material e métodos: Análise retrospectiva de processos de doentes com obesidade grau II e III, submetidos a terapêutica erradicadora de Hp ao longo de 4 anos (2014 – 2017). Foram recolhidos 114 processos, sendo excluídos 9 por terem sido submetidos a esquemas terapêuticos que não faziam parte do objetivo do estudo. A eficácia dos esquemas terapêuticos foi avaliada através do resultado do teste respiratório da urease. Dos 105 processos incluídos, 23 corresponderam a esquema clássico e 82 a esquema sequencial, sendo os grupos comparados através dos testes qui-quadrado ou exato de Fisher, assumindo significância estatística para um valor de $p < 0,05$.

Resultados: A comparação entre os grupos mostrou que não havia diferenças estatisticamente

significativas entre eles no que diz respeito a dados demográficos, biométricos e comorbilidades, bem como ao grau de colonização por Hp. O esquema clássico apresentou uma eficácia de 65,2%, enquanto o sequencial teve eficácia de 80,0%, sendo a diferença estatisticamente significativa ($p=0,048$). Relativamente ao grau de colonização por Hp, não se verificou diferença entre os três graus e a eficácia da terapêutica, nem para o esquema clássico ($p=0,250$) nem para o esquema sequencial ($p=0,897$).

Conclusões: Este estudo mostrou eficácia superior da terapia sequencial. Face à classificação proposta por Graham et al, no estudo europeu de *Helicobacter pylori*, os nossos resultados aconselham que o esquema triplo seja abandonado. O grau de colonização não deve influenciar a escolha de esquema terapêutico. Urge testar outros esquemas antibióticos, assim como dosagens e duração do tratamento, de forma a obter taxas de cura superiores a 95%.

26 DE MAIO DE 2019**Sala Pégaso 9:15 - 10:45****CO202****1149 EPIDEMIOLOGIA E RENTABILIDADE DE EXAMES CULTURAIS NAS INFECÇÕES DO TRACTO URINÁRIO**

Diogo Costa Santos, Dora Lameiras, Joana Vaz, Graça Lérias, Isabel Madruga

Hospital de Egas Moniz - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

Introdução

As infeções do trato urinário constituem uma percentagem significativa dos diagnósticos dos doentes internados num serviço de Medicina, cujo tratamento ineficaz pode cursar com evolução desfavorável e prolongamento do tempo de internamento. O tratamento dirigido obriga ao reconhecimento dos agentes etiológicos mais frequentemente envolvidos.

Objetivo: Avaliar a rentabilidade dos exames culturais e os patógenos identificados em doentes com infeções do trato respiratório num serviço de Medicina.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo de doentes com diagnóstico de saída de infeções do trato urinário, internados num Serviço de Medicina entre Outubro e Dezembro de 2018, avaliando-se o número de uroculturas e hemoculturas realizadas e respectivos resultados.

Resultados: Incluídos 78 doentes com média de

idades de 79,8 anos, sendo 60% mulheres (n=47), com diagnóstico de infecção do tracto urinário: 83% (n=65) com cistite aguda e os restantes (n=13) com pielonefrite aguda. Foram colhidas uroculturas em 97% dos doentes, desconhecendo-se o motivo pelo qual não foram colhidas amostras em 2 doentes. Obtiveram-se isolamentos microbacteriológicos em 68% (n=53) dos doentes com infecção do tracto urinário. Na cistite aguda foram obtidos resultados em 67% (n=43) das amostras colhidas e na pielonefrite foram obtidos resultados em 83% (n=10) das uroculturas realizadas. Identificou-se mais do que um agente etiológico numa única urocultura em 11% (n=6) das infecções do tracto urinário, sendo mais frequente na cistite aguda (n=5). Os patógenos mais frequentemente isolados foram *Escherichia coli* multissensível (n=20), *Klebsiella pneumoniae* multissensível (n=11), *Escherichia coli* produtora de beta-lactamases de espectro alargado (ESBL; n=5) *Klebsiella pneumoniae* ESBL (n=4), *Enterococcus faecalis* (n=3) e *Pseudomonas aeruginosa* (n=2). Constatou-se isolamento de estirpes produtoras de beta-lactamases de espectro alargado em 18% (n=10) das uroculturas colhidas. Relativamente a hemoculturas, estas foram adquiridas em 12,8% (n=10) dos doentes com infecção do trato urinário. Os isolamentos etiológicos foram mais frequentes no doentes com pielonefrite, obtendo-se resultados em todas as amostras colhidas (n=4), enquanto na cistite aguda isolou-se agente etiológico em 17% das hemoculturas adquiridas (n=1). Os patógenos identificados em hemocultura foram *Escherichia coli* multissensível (n=3), *Escherichia coli* ESBL (n=1) e *Klebsiella pneumoniae* (n=1).

Conclusão: A grande percentagem de isolamentos em urocultura facilita a orientação terapêutica. Todos os doentes com pielonefrite aguda obtiveram isolamento etiológico em hemocultura, demonstrando a sua importância em infeções urinárias graves. As bactérias gram negativas persistem como patógeno mais frequentemente identificado, nomeadamente a *Escherichia coli*, com uma fracção significativa de patógenos produtores de beta-lactamases de espectro alargado, consequente a uma população idosa e com comorbilidades.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Pégaso 9:15 - 10:45

CO203

1189 ANTIBIOTERAPIA EM INTERNAMENTO HOSPITALAR DE MEDICINA INTERNA

Ana Canoso, Ana Rodrigues, Rosa Amorim
Centro Hospitalar do Oeste

INTRODUÇÃO

As patologias de etiologia infecciosa continuam a ser as mais frequentes na população do internamento hospitalar. A emergência de agentes multirresistentes é um problema transversal, que afeta tempo de internamento e prognóstico.

OBJETIVOS E MÉTODOS : Realizado estudo retrospectivo durante último trimestre de 2018, dos doentes admitidos em enfermaria de Medicina Interna por quadro infeccioso, com o objetivo de caracterizar esta sub-população quanto a: variáveis demográficas; diagnóstico nosológico/etiológico, realização de exames culturais; agentes isolados; escolha e tempo de antibiótico (ATB); mortalidade; tempo de internamento hospitalar. Dados colhidos a partir do processo informático (SCLinico) e tratados em Excel e SPSS.

RESULTADOS: Número total de amostra 114 doentes – dos quais 52.6% do género feminino. Idade média de 76.88 ±15,59 anos. Tempo médio de internamento: 9,7 dias ±6,25 dias. Cerca de 65,8% dos casos com etiologia da comunidade; 27,2% associados a cuidados de saúde; 4.4% nosocomiais. Infeções do trato Respiratório superior (IFTS)-9,6% - e inferior (ITRI)-48,2%; trato genito-urinário superior (ITGUS)-7% - e inferior (ITGUI) 21%; pele-2,6%; osso-0,9%; Sistema nervoso central (SNC)-0,9%; gastro-intestinal (GI)-0,9%; sépsis 7,9%. Em 10,3% dos casos não foram pedidas culturas. Dos pedidos: 68,4% uroculturas (UC); 47,4% hemoculturas; 28,1% expectoração. Cerca de 62,4% das culturas foram pedidas antes de início ATB; Restantes pedidas após ATB – só 3,8% nas primeiras 24h. Resultados positivos em 47,4% – mais de metade dos casos UC. Percentagem de multirresistentes de 18,4%. A média de dias de ATB foi de: 8,6 dias nas ITRS; 8,4 ITRI; 8,4 ITGUI; 8,7 ITGUS; 8,3 na Sépsis ponto partida respiratório e 8,6 na sépsis de partida urinária; 10 dias Pele. Verificou-se associação estatisticamente significativa entre tempo de internamento e presença de agente multirresistente (p=0.001). A mortalidade na amostra foi de 7%.

CONCLUSÃO : Tem-se verificado um aumento de infeções associadas a cuidados de saúde ou mesmo nosocomiais. As ITRS são as mais prevalentes. Nem

sempre são pedidos exames culturais, sendo que a rentabilidade dos mesmos difere conforme o meio. A percentagem de multirresistentes é considerável, o que confere associação com maior tempo de internamento. Por tudo isto, a adaptação de forma racional do uso de ATB num serviço de medicina é essencial, devendo passar pela sua uniformização de acordo com a boa prática clínica.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Pégaso 9:15 - 10:45

CO204

2073 COLITE PSEUDOMEMBRANOSA: CASUÍSTICA DE 1 ANO

Sónia Santos, Joana Raquel Monteiro, Fernanda Pinhal, Célio Fernandes

Centro Hospitalar de Leiria

A Colite Pseudomembranosa (CPM) é uma doença infecciosa que surge geralmente na sequência de antibioterapia prévia. Existem elevadas taxas de colonização em doentes internados, assumindo esta infeção um papel muito relevante dentro das patologias nosocomiais, com fortes implicações no prognóstico do doente hospitalizado. A sua incidência tem vindo a aumentar, assinalando-se uma taxa de mortalidade elevada, sendo as recorrências comuns.

Realizou-se uma análise retrospectiva de uma amostra constituída pelos doentes internados em qualquer serviço de um Hospital Distrital, com diagnóstico de CPM durante 1 ano. Os dados foram obtidos através da consulta das notas de alta dos doentes com o objectivo de caracterizar os doentes com CPM internados, métodos de diagnóstico e tratamento efectuado durante o ano 2013 no Centro Hospitalar de Leiria.

Durante o período referido, estiveram internados 58 doentes com o diagnóstico de CP, 9 dos quais foram reinternados por recorrência. Verificou-se uma predominância do sexo feminino (n=39) em relação ao masculino (n=19). A média de idade de internamento foi de 72,77 anos. A duração dos internamentos teve uma média de 13,03 dias. Estudou-se a distribuição pelos diferentes serviços, a terapêutica instituída e a sua eficácia.

A idade avançada aparenta ser um factor de risco para o desenvolvimento desta patologia. Os antibióticos mais implicados foram as cefalosporinas e as penicilinas em concordância com outros estudos. O método de diagnóstico mais frequentemente utilizado foi a pesquisa de toxinas de *Clostridium difficile* e o tratamento, o metronidazol, seguido da associação metronidazol com vancomicina.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Pégaso 9:15 - 10:45

CO205

1184 FEBRE Q – SÉRIE DE CASOS

Rafaela Pereira, Rosário Blanco, Alexandra Martins, Joana Pestana, Ana Pimenta de Castro, Helena Brito, Mário Lázaro

Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Hospital de Faro, Medicina 2

Introdução:

A febre Q é uma zoonose causada por *Coxiella burnetii* de distribuição mundial. Os dados disponíveis apontam para uma baixa incidência desta doença em Portugal, no entanto, acredita-se que a mesma esteja subdiagnosticada e subnotificada. Entre 2012 e 2015 foram reportados entre 20 a 26 casos/ano em dados publicados pela DGS.

Material e Métodos: Relatam-se 3 casos de doentes com febre Q que surgiram numa enfermaria de Medicina Interna entre Fevereiro de 2018 e Janeiro de 2019.

Resultados:

Homem, 67 anos, com quadro de síndrome constitucional com perda ponderal de 20% e febre intermitente com um mês de evolução. Ao exame físico salientava-se eritema palmar difuso pruriginoso. Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios e das transaminases. Serologias a anticorpos anti-C. burnetii fase II revelaram IgM elevada e IgG negativa. Contexto epidemiológico: esteve um mês antes numa casa do campo abandonada com roedores. Foi tratado com doxiciclina 100 mg 12/12h com resolução da febre e ganho ponderal progressivo.

Mulher, 53 anos, vive em ambiente rural e tem 3 cães com vacinas actualizadas. Quadro de febre com sintomatologia gripal com duas semanas de evolução e episódio de acolia. Objectivamente sem alterações relevantes. Analiticamente com elevação da PCR, transaminases, gama-GT, LDH e bilirrubinas. Serologias a anticorpos anti-C. burnetii fase II positiva para IgM e negativa para IgG. Completou 14 dias de doxiciclina 100 mg 12/12h com resolução das queixas de astenia ao fim de 2 meses.

Homem, 46 anos, internado para estudo de quadro de poliartralgias migratórias com 3 meses de evolução, úlcera na úvula, úlceras escrotales, hiperémia conjuntival, lesões purpúricas nos membros inferiores e febre no último mês. Analiticamente refere-se factor reumatóide e p-ANCA positivos assim como serologia a anticorpos anti-C. burnetii fase II IgM positivo com baixo título

e IgG negativa. Actualmente o doente encontra-se assintomático e em vigilância em consulta externa dada a interpretação inicial do quadro dentro de um contexto auto-imune.

Conclusões:

Estes 3 casos que surgiram num curto espaço de tempo relembram-nos da importância de se equacionar a possibilidade de febre Q em vários diagnósticos diferenciais. Todos os casos clínicos expostos revelaram-se um desafio diagnóstico pela sua inespecificidade. O espectro de manifestações da febre Q é amplo, podendo ocorrer de forma assintomática ou manifestar-se como síndrome febril confundível com uma virose ou síndrome febril prolongado.

Quando existem antecedentes epidemiológicos o diagnóstico torna-se mais evidente, no entanto, este deve ser sempre considerado mesmo na ausência de contexto claro.

Recorda-se ainda a importância desta doença ser notificada ao SINAVE para se realizar uma avaliação epidemiológica correcta, assim como estabelecer a incidência e distribuição geográfica no nosso país.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Pégaso 9:15 - 10:45

CO206

908 INFECÇÕES DA CORRENTE SANGUÍNEA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Ana Bravo, Cláudia Janeiro, Daniela Carneiro, Inês Urmal, Rosário Eça, Helena Estrada

Serviço de Medicina 2.1 - Hospital Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar Lisboa Central

Introdução

As infecções da corrente sanguínea (ICS) estão associadas a elevada mortalidade quando não reconhecidas a tempo. Existem factores de risco intrínsecos e extrínsecos, como idade avançada, neoplasias, diabetes mellitus, terapêutica imunossupressora e procedimentos invasivos. A identificação do local primário da infecção é fundamental para a escolha da antibioterapia empírica e para eventual controlo do foco.

O objectivo deste estudo consiste em caracterizar os doentes com infecções da corrente sanguínea numa enfermaria de Medicina Interna de um hospital central nos dois últimos anos.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos episódios de ICS nos doentes internados num Serviço de Medicina Interna de Janeiro de 2017 a Dezembro de 2018. Avaliaram-se as características

demográficas, factores de risco intrínsecos e extrínsecos, a origem da bacteriémia e os microorganismos identificados.

Resultados: Foram incluídas 98 ICS em 94 doentes, das quais 69,4% (68) comunitárias e 30,6% (30) nosocomiais. As ICS comunitárias ocorreram em 68 doentes, 97% admitidos a partir do Serviço de Urgência (SU). Apresentavam idade média de 76,4 anos e 52,9% eram do sexo masculino. A demora média de internamento foi 12,5 dias. Dos 68 doentes, 61 tinham ICS secundárias, com focos urinário (36), respiratório (8), pele e tecidos moles (8) e gastro-intestinal (5) como mais frequentes, e 7 tinham ICS primárias, 5 das quais a *S. aureus* metilicina resistente (MRSA). Os microorganismos mais frequentemente isolados foram *E. Coli*, em 25 episódios, seguido de MRSA (6), *S. pneumoniae* (6), *K. pneumoniae* (4), *P. aeruginosa* (3), *S. aureus* metilicina sensível (MSSA) (3) e *E. faecalis* (3). A maioria dos doentes teve alta (48) ou foi transferida (7) e 13 faleceram, o que corresponde a uma taxa de mortalidade de 19,1%. Em cerca de 17% doentes (12), existiam pelo menos 3 factores de risco intrínsecos ou extrínsecos.

Em relação às ICS nosocomiais, ocorreram 30 casos em 26 doentes, salientando-se 4 doentes com 2 ICS nosocomiais em momentos diferentes do mesmo internamento. Do SU foram admitidos 22 doentes (84,6%), com idade média de 79,2 anos e 76,9% eram do sexo masculino. A demora média de internamento foi de 29,9 dias. Dos 26 doentes, 8 apresentavam ICS primárias, uma das quais com isolamento de *Candida*, e os restantes com ICS secundárias, sendo os focos urinário (9), intra-abdominal (3) e respiratório (3) os mais frequentes. Os isolamentos mais frequentes foram MSSA (10), MRSA (6), *K. pneumoniae* (7) e *E. Coli* (3). A taxa de mortalidade foi de 42,3% (11 doentes); 6 doentes foram transferidos e 9 tiveram alta. Cerca de 46% dos doentes (12) com ICS nosocomiais tinham 3 ou mais factores de risco.

Conclusão: As ICS continuam a desempenhar um papel importante nos doentes internados, particularmente as ICS nosocomiais, com elevada taxa de mortalidade. É essencial prevenir, através do controlo de possíveis factores de risco extrínsecos, além de reconhecer e actuar precocemente.

26 DE MAIO DE 2019**Sala Pégaso 9:15 - 10:45****CO207****681 INFECÇÕES NOSOCOMIAIS DA CORRENTE SANGUÍNEA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA**

Raquel Gil, Cristina Nunes, Irene Barros, Sandra Linhares, José Brizuela, Eugénia Madureira

Unidade Local de Saúde do Nordeste - Hospital de Bragança

INTRODUÇÃO

Infecção nosocomial define-se como uma infecção adquirida no hospital por um doente que foi internado por outra razão que não essa infecção, uma infecção num doente internado num hospital, ou noutra instituição de saúde, e que não estava presente, nem em incubação, à data da admissão. Estão incluídas as infecções adquiridas no hospital que se detectam após a alta.

OBJECTIVOS: O objectivo deste trabalho é a avaliação do número de infecções nosocomiais da corrente sanguínea num serviço de Medicina Interna, associados a factores de risco extrínsecos (cateter vesical, cateter venoso central, cateter venoso periférico, hemodialise, alimentação parentérica e parentérica, cirurgia, endoscopia, tubo / canula endotraqueal) e factores intrínsecos (diabetes e outra imunodeficiência).

METODOLOGIA: Realizou-se um estudo retrospectivo, no período compreendido entre 01 de Janeiro de 2014 a 31 de Dezembro de 2017, que tem como critérios selectivos doentes com infecção sistémica que não estava presente nem em incubação no momento da admissão do doente no serviço de Medicina Interna, que cumpra os seguintes requisitos: uma ou mais hemoculturas positivas; febre ou calafrios ou hipotensão; sinais e sintomas e resultado laboratorial positivo não relacionado com outro foco infeccioso, em pelo menos duas hemoculturas colhidas separadamente. Teve como base, dados da DGS – INCS (Infecção Nosocomial da corrente sanguínea) e do GCL – PPCIRA.

RESULTADOS: no período compreendido no estudo, foram admitidos um total de 5244 mulheres e 5433 homens, tendo-se registado 20 episódios em Medicina Mulheres, com uma densidade de incidência de 0,5% num total de 37863 dias de internamento e 35 episódios em Medicina Homens, com uma densidade de incidência de 0,8%, num total de 43638 dias de internamento. Dos factores extrínsecos em Medicina Mulheres verificou-se: cateter vesical 16 caso; cateter venoso periférico 11 casos; hemodialise 9 casos; cateter venoso central 9 casos; alimentação entérica 2 casos;

endoscopia 1 caso; tubo / canula endotraqueal 1 caso. Factores intrínsecos: diabetes 6 casos; outra imunodeficiência 7 casos, num total de 56 factores de risco registados. Em Medicina Homens: cateter vesical 11 casos; cateter venoso central 7 casos; cateter venoso periférico 5 casos; hemodialise 4 casos; alimentação parentérica 2 casos e cirurgia 1 caso. Factores intrínsecos: diabetes 7 casos, para um total de 37 casos registados.

CONCLUSÃO: Neste estudo não foi feita a correlação das precauções básicas de controlo de infecção entre Medicina Homens e Medicina Mulheres, no entanto verificaram-se diferenças significativas na densidade de incidência entre uma e outra, podendo este facto estar relacionado a factores intrínsecos de cada uma, uma vez que funcionam em espaços físicos separados e com equipas de profissionais de saúde distintas. As infecções hospitalares são uma fonte importante de complicações, estando associadas a um aumento nos gastos de recursos hospitalares.

26 DE MAIO DE 2019**Sala Pégaso 9:15 - 10:45****CO208****1111 ENDOCARDITE INFECIOSA: UM ESTUDO RETROSPECTIVO DE 5 ANOS DE UM HOSPITAL DA ÁREA DA GRANDE LISBOA**

Inês Nunes da Silva, Clara Matos, Maria Ferreira, Teresa Branco

Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca

Introdução:

A Endocardite Infeciosa (EI) é uma infeção do endocárdio causada por bactérias, vírus ou fungos e que está associada a alta morbimortalidade. O agente causal mais frequente é o *Streptococcus viridans*, responsável por casos de EI subaguda, seguido pelo *Staphylococcus aureus*, que origina quadros agudos. A Insuficiência Cardíaca e a embolização séptica são as complicações mais observadas e as que determinam um prognóstico mais desfavorável.

Objectivo:

Revisão dos processos de doentes internados num hospital da área da grande Lisboa entre 2014 e 2018 com o diagnóstico de EI, com o intuito de caracterizar a população afetada por esta doença.

Métodos:

Estudo retrospectivo, descritivo, no qual foram examinados os processos clínicos dos doentes internados no referido hospital durante o período previamente referido, com diagnóstico à data de alta

de EI. Para além da caracterização epidemiológica, foi avaliado o tempo de internamento, a apresentação clínica, o microrganismo causal, a existência de fatores de risco para EI, a morbimortalidade e o destino pós-alta.

Resultados:

Durante o período previamente referido, foram documentados 34 casos de EI, dos quais 91% eram do sexo masculino e 9% eram caucasianos e de nacionalidade portuguesa. Os restantes, de raça negra e imigrantes. A média de idade de diagnóstico foi de 62,5 anos e compreendeu os 20 e os 84 anos de idade.

A maioria dos casos apresentaram-se como um síndrome febril de origem indeterminada e a manifestação subaguda foi a mais representada. Foi realizada uma revisão do tempo até ao diagnóstico e a sua correlação com o prognóstico. A média de internamento correspondeu a 27,9 dias e o a maioria dos doentes foi inicialmente admitida nos serviços de Medicina.

Verificou-se que 32% dos doentes tinham factores de risco para endocardite, sendo a prótese valvular o mais frequente. O *Streptococcus viridans* foi o microrganismo causal mais frequentemente identificado, seguido pelo *Staphylococcus aureus* sensível à meticilina. Em 18% casos não foi reconhecido agente etiológico. De realçar que se observaram 15% de casos de EI por *Streptococcus gallolyticus*, cuja bacteriemia se encontra associada a neoplasia colorrectal. No entanto, a investigação apenas documentou doença diverticular em 3 casos.

A complicação mais frequentemente identificada foi a insuficiência cardíaca aguda, a qual se observou em 29% dos casos, seguida de embolização séptica (26%), nomeadamente cerebral (12%) e esplênica (9%). 24% dos casos tiveram necessidade de cirurgia cardiotorácica emergente e 12% faleceram.

Conclusão:

A EI é uma patologia pouco habitual na prática clínica e por vezes difícil de reconhecer dada a falta de especificidade do quadro clínico de apresentação. No entanto, encontra-se associada a complicações severas e a alta mortalidade, pelo que é fundamental um diagnóstico precoce e um tratamento adequado para evitar as consequências nefastas que dela advêm.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Pégaso 9:15 - 10:45

CO210

317 EPIDEMIOLOGIA DAS INFECÇÕES NOSOCOMIAIS DA CORRENTE SANGUÍNEA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA – ESTUDO RETROSPECTIVO A 5 ANOS

Tiago Vasconcelos, Joana Nascimento, Marta Duarte, Marta Coelho, Daniela Louro, Rui Ferreira, Raquel Pinho, Domitília Faria, Helena Rita, Maria José Grade, Lourdes Cabezero, Luísa Arez

Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade de Portimão

INTRODUÇÃO E OBJECTIVOS: As infeções nosocomiais da corrente sanguínea (INCS) estão entre as mais importantes causas de aumento de morbimortalidade nos doentes hospitalizados, com consequente aumento de tempo de internamento e gastos em saúde. Neste estudo é apresentada a caracterização epidemiológica das INCS ao longo de 5 anos num Serviço de Medicina Interna (SMI). **MATERIAL E MÉTODOS:** Estudo retrospectivo dos episódios de INCS nos doentes internados no SMI, no período de 01/01/2013 a 31/12/2017, com caracterização demográfica, microbiológica e evolução temporal da incidência das INCS neste serviço. **RESULTADOS:** Registaram-se 297 INCS, para 22927 doentes internados, em 195506 dias de internamento, o que corresponde a uma proporção de 13 ‰ episódios por cada mil doentes admitidos, com pico de incidência em 2014 de 1,8‰ /1000 dias internamento; 187 (63%) sexo masculino e 110 (37%) no sexo feminino, com mais de 80 anos 136/297 (45,8%); 138 (46,5%) são infeções primárias, das quais, 10 (7,2%) associadas a Cateter Vascular Central (CVC) e 4 (2,9%) são associadas ao cateter venoso periférico. Com origem secundária 159 (53,5%), com causas mais frequentes a infeção urinária (83; 52,2%) e a respiratória (53; 33,3%). O tempo médio de internamento até ocorrer INCS foi > 15 dias, em 119/297 (40,1%). Isolou-se um total de 316 microrganismos, por ordem decrescente: *Staphylococcus aureus* 74 (23,4%), *Escherichia coli* 63 (19,9%), *Pseudomonas aeruginosa* 37 (11,7%) e *Klebsiella pneumoniae* 21 (6,6%). Nos padrões de resistência identificados salientamos: *S.aureus* resistente à meticilina 36 (48,6%), *E. coli* ESBL+ 5 (7,9%), *P.aeruginosa* resistente a quinolonas 6 (16,2%), *P.aeruginosa* resistente a carbapenemos 3 (8,1%) e *K.pneumoniae* ESBL + 2 (9,5%). **CONCLUSÕES:** Os doentes de maior risco para INCS são os mais idosos ou com internamentos prolongados. O cumprimento das precauções básicas e das medidas preventivas das infeções mais frequentes, bem como o não prolongamento desnecessário da estadia hospitalar,

são fundamentais para diminuir a incidência das INCS. Apesar do *S. aureus* ser em número absoluto o agente mais isolado, na globalidade verifica-se maior prevalência de gram negativos, o que deve ser tido em conta na escolha da antibioterapia empírica.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Sala Fénix A 14:30 - 16:00

DOENÇAS NEUROLÓGICAS E CEREBROVASCULARES

CO008

362 A PRESSÃO DE PULSO COMO FATOR PROGNÓSTICO INDEPENDENTE NO AVC ISQUÉMICO

Ana Silva Rocha, Filipa Leal, Isabel Cruz, Marta Dalila Martins, Marina Henriques Mendes, Anabela Silva, Vítor Fagundes, André Paupério, Juliana Lopes, Luís Nogueira, Mari Mesquita

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HTA) é o fator de risco modificável mais prevalente no AVC isquémico. A pressão de pulso (PP) é definida pela diferença entre a pressão arterial sistólica (PAs) e a pressão arterial diastólica (PAd). A PP tende a aumentar com a idade e é um marcador indireto de rigidez arterial, resultando do aumento da PAs e diminuição da PAd. A PP parece ser um marcador de lesão vascular.

OBJETIVO: O estudo teve como objetivo avaliar se a PP nos primeiros três dias de internamento, após um AVC isquémico, pode ser um factor independente de prognóstico.

MATERIAL E MÉTODOS: Estudo observacional retrospectivo. Foram recolhidos dados do processo clínico dos doentes internados numa Unidade de AVC no ano de 2017 com o diagnóstico de AVC isquémico.

Foram analisadas: características demográficas, fatores de risco vascular (FRV), status funcional prévio e à data de alta segundo a escala mRankin, NIH Stroke Scale (NIHSS) à admissão, classificação do AVC segundo a escala de Oxfordshire Community Stroke Project (OCSP), duração do internamento e mortalidade intra-hospitalar. Avaliados os registos de PA de 2 medições diárias, durante os 3 primeiros dias de internamento. Foram calculados os valores médios de PAs, PAd e PP. Excluídos os doentes com internamento inferior a 3 dias ou transferidos de outro hospital.

RESULTADOS: Total de 189 doentes, 56,1% do

sexo masculino e 43,9% do sexo feminino. Idade média foi de 66,4±17,1 anos.

A HTA estava presente em 74,6% dos doentes. O NIHSS à admissão variou entre 0 e 28 e o mRankin prévio entre 0 e 4. A duração média de internamento foi de 17,9±15,0 dias. A taxa de mortalidade intra-hospitalar foi de 3,0%. Dos doentes observados, 20,1% foram submetidos a trombólise e 13,2% a trombectomia, apresentando 12,2% transformação hemorrágica.

A PP média global aumentou com a idade ($p<0,001$), com a presença de HTA ($p<0,001$) e com a presença de diabetes mellitus (DM) ($p<0,001$), não apresentando relação com outros FRV.

Verificou-se que o mRankin prévio se relacionou com a PP média global ($p=0,031$) e com a PAd média global ($p=0,015$). A PAd média global apresentou uma correlação com o NIHSS ($p=0,002$) tal como a PP média global quando ajustada para idade ($p=0,011$).

Verificou-se que a PP média global apresentou uma relação estatisticamente significativa com o mRankin à data de alta ($p<0,001$) que se manteve quando ajustada para sexo, idade, mRankin prévio e FRV ($p=0,007$; OR 0,413 – 2,54). Os doentes com maior PP média global têm maior probabilidade de à data da alta apresentar mRankin > 3 ($p=0,005$). Os doentes falecidos apresentaram PP média no 1º dia de internamento superior ($p=0,04$).

CONCLUSÃO: Neste estudo verificou-se uma relação entre a PP média global, idade, presença de HTA e DM. A PP média global revelou-se um marcador de prognóstico independente, relacionando-se com o estado funcional à data da alta.

A PP média no 1º dia de internamento apresentou-se como marcador de mortalidade intra-hospitalar.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Pégaso 9:15 - 10:45

CO148

1225 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÉMICO EM DOENTES HIPOCOAGULADOS

Inês Cunha, Joana Andrade, César Matos, Sara Machado, Ana Pinto, Margarida Agudo, Rui Marques, Vera Romão, Ana Gomes

Centro Hospitalar Tondela Viseu

Introdução

Estima-se que a fibrilhação auricular (FA) esteja presente em 2,5% da população portuguesa com mais de 40 anos, sendo responsável por cerca de 1/4 dos acidentes vasculares cerebrais isquémicos

(AVCi). É essencial para a sua prevenção saber quais doentes hipocoagular e como. Os anticoagulantes orais diretos (DOACs) são recomendados preferencialmente em detrimento dos antagonistas da vitamina K (AVKs), exceto em doentes com válvulas mecânicas e estenose mitral moderada a severa. Os AVKs reduzem o risco de AVCi em 2/3 e de mortalidade em 1/4 quando comparado com a não hipocoagulação, mas os DOACs reduzem a ocorrência de AVC em 19% em comparação com os AVKs, com a vantagem de não necessitarem de monitorização do INR.

Objetivo: Determinar a prevalência de FA e da sua hipocoagulação numa amostra de doentes admitidos com AVCi. Averiguar o tipo de anticoagulantes utilizados, a decisão quanto à sua manutenção à data de alta e o seu impacto na mortalidade aos 30 dias.

Materiais e métodos: Análise retrospectiva de todos os doentes internados por AVCi numa unidade de AVC, em 2017 (N=322), com recolha de dados através do SClínico e análise estatística com o SPSS.

Resultados: A idade média foi 74.1 anos [35-97 anos], 51.6% eram mulheres e 28.6% tinham FA. Dos doentes com FA, 75.0% não estavam hipocoagulados à data do AVC, 7.6% estavam sob AVKs (destes 85.7% sob varfarina e os restantes sob acenocumarol) e 17.4% sob DOACs (62.5% rivaroxabano, 25.0% dabigatran, 12.5% apixabano e nenhum sob edoxabano). O INR médio dos doentes sob AVKs foi de 2.28 [1.53-2.69]. Era inferior a 2 em 28.57% dos casos, maior ou igual 2 e menor ou igual a 3 nos restantes 71.43%. Nos doentes sob varfarina a dose média semanal foi 33.96 mg [21.25-42.5 mg/semana]. Só um doente estava sob acenocumarol (22.00 mg/semana, com INR de 1.60). Dos doentes sob AVKs, à data de alta, 83.3% trocaram para um DOAC e 16.7% para outro AVK. Dos doentes sob DOACs, 53.3% mantiveram o DOAC em dose igual, 20.0% aumentaram a dose e 26.7% trocaram para outro DOAC.

A mortalidade aos 30 dias foi superior nos doentes que previamente ao AVCi não estavam hipocoagulados quando comparados com os hipocoagulados (14.5% vs 8.7%, $p=0.475$) e nos doentes que estavam previamente com AVKs por comparação aos medicados com DOACs (14.3% vs 6.25%, correspondente este último a 1 doente sob rivaroxabano; $p=0.529$).

Conclusão: Mais de 1/4 dos doentes tinha FA, mas destes só uma pequena percentagem estava hipocoagulada, maioritariamente com DOACs, com destaque para o rivaroxabano. A maioria dos que faziam AVKs trocaram para DOAC à data da alta. Quanto à mortalidade, os resultados estão de acordo com a literatura, com uma menor mortalidade nos doentes hipocoagulados, sobretudo com DOACs. Estudos com populações maiores, determinaram

que a mortalidade seria 10% inferior nos doentes com DOACs em comparação com a varfarina, favorecendo a recomendação de dar preferência aos DOACs sempre que não haja contraindicações.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Pégaso 9:15 - 10:45

CO149

1367 ACIDENTE VASCULAR HEMORRÁGICO NO DOENTE HIPOCOAGULADO

Inês Cunha, Joana Andrade, César Matos, Sara Machado, Ana Pinto, Margarida Agudo, Rui Marques, Vera Romão, Ana Gomes

Centro Hospitalar Tondela Viseu

Introdução

A fibrilhação auricular (FA) associa-se a um elevado risco de eventos tromboembólicos. Para a sua prevenção muitos doentes recebem terapêutica hipocoagulante. Se por um lado, esta ajuda a prevenir acidentes vasculares cerebrais (AVC) isquémicos, por outro a sua complicação mais temida é o AVC hemorrágico (AVCh). Nos doentes sob varfarina o risco de AVCh pode ser 2 vezes superior à população geral e com maior mortalidade. Já nos doentes sob anticoagulantes orais diretos (DOACs) a incidência é significativamente reduzida em relação à varfarina.

Objetivo: Avaliar a prevalência de FA nos doentes com AVCh, o tipo e doses de anticoagulantes em curso aquando do AVCh, o plano terapêutico à data da alta e o impacto da hipocoagulação na mortalidade a curto prazo.

Material e Métodos: Análise retrospectiva de todos os doentes internados por AVCh numa unidade de AVC, no ano de 2017 (N=89), com recolha de dados através do SClínico e análise estatística com o SPSS.

Resultados: A idade média foi de 72.8 anos [39-93 anos]. 39.3% eram mulheres. 22.5% tinham FA. Destes 39.1% não estavam hipocoagulados, 26.1% estavam sob antagonistas da vitamina K (varfarina em todos os casos) e 34.8% sob DOACs. Nos doentes sob varfarina, a dose média semanal foi de 31 mg [20-35 mg/semana] e o índice internacional normalizado (INR) médio foi de 3.22 [1.98-4.32]. O INR era < 2 em 16.7% dos casos, > 2 e < 3 em 33.3% e > 3 em 50%. À data de alta, 75.0% dos doentes tinham suspenso a varfarina e não iniciaram outro anticoagulante e 25.0% trocaram-na por um DOAC. Dos doentes sob DOACs, 37.5% realizavam rivaroxabano (33.3% destes na dose de 15mg id e os restantes 20mg id), 25% apixabano (todos

na dose 2.5mg 2id), 25% dabigatran (50% na dose 110mg 2id e 50% 150mg 2id) e os restantes 12.5% edoxabano (todos 60mg id). À data da alta, todos os doentes haviam suspenso DOACs. Dos doentes com FA, faleceram no 1º mês pós-AVC 18.7% dos que não estavam hipocoagulados à data do AVCh e 21.4% dos que estavam ($p=0.809$). Dos doentes hipocoagulados aquando do AVCh, faleceram 33.3% dos que estavam sob varfarina e 12.5% dos sob DOACs, correspondendo a 1 doente sob apixabano ($p=0.347$).

Conclusões: Na população estudada, a FA foi uma entidade frequente, com a maioria dos doentes sob hipocoagulação à data do AVCh. A percentagem de doentes hipocoagulados com varfarina e DOACs foi semelhante, sendo o rivaroxabano o DOAC com maior representatividade. À data da alta, a maioria dos doentes havia suspenso hipocoagulação. De acordo com a literatura, a maioria dos AVCh sob varfarina ocorrem sob dose terapêutica com mortalidade próxima dos 40% ao 1º mês. No nosso estudo, ocorreram maioritariamente sob doses supratrapêuticas e a mortalidade foi semelhante à descrita. Em conformidade com outros estudos, a mortalidade nos doentes sob DOACs é semelhante aos doentes não hipocoagulados e inferior aos doentes sob varfarina, favorecendo a escolha dos DOACs como fármacos anticoagulantes mais seguros.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Pégaso 9:15 - 10:45

CO150

1875 DELIRIUM, UM PEQUENO GRANDE PROBLEMA

Tiago Fiúza, Isabel Taveira, Monika Dvorakova, Leonor Gama, Teresa Bernardo, Cláudia Vicente, José Sousa e Costa

Serviço de Medicina Interna da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

Introdução

O delirium é uma síndrome neuropsiquiátrica transitória e flutuante, com início súbito, que se caracteriza por declínio cognitivo global do nível de consciência e da atenção, atividade psicomotora aumentada ou diminuída, e alteração do ciclo sono-vigília. Pode apresentar-se como delirium hiperativo, hipoativo (o mais frequente e menos frequentemente detetado) e misto. Está relacionado com o aumento da morbimortalidade e condiciona um impacto muito negativo nos doentes, famílias e profissionais de saúde. Apesar disso, a evidência científica para o tratamento do delirium é escassa, sendo preferencial a terapêutica não farmacológica, multidisciplinar, sendo os fármacos intervenções de segunda linha, nomeadamente quando existe

comportamento disruptivo.

Objetivos: Identificação/rastreio da incidência de delirium em doentes internados no Serviço de Medicina Interna.

Material e Métodos: Estudo prospectivo, realizado entre 11 e 15 de Fevereiro a doentes internados no Serviço de Medicina Interna. O rastreio foi realizado com recurso à Escala CAM (Confusion Assessment Method), validada em português. O estado neurológico basal e a flutuação do estado de consciência foram avaliados durante as 24 horas prévias a cada observação. A análise estatística foi realizada com IBM SPSS Statistics.

Resultados: Foi avaliado um total de 76 doentes internados, com idade mediana de 81 anos, 54% do género masculino ($n=41$), perfazendo 249 avaliações, das quais 21% foram positivas ($n=53$). Dividindo os doentes por faixa etária obtiveram-se 2 grupos, (idade >75 anos e idade <75 anos), tendo-se confirmado uma associação estatisticamente significativa ($p=0.031$) para a ocorrência de delirium nos doentes com >75 anos. Dos 43 doentes internados por causas infecciosas, 13 apresentaram CAM positivo em pelo menos uma das avaliações. Dos 33 doentes com insuficiência renal, 9 também apresentaram CAM positivo. Apesar de a terapêutica com opioides e benzodiazepinas estar associada a aumento de delirium na literatura atual, isso não se verificou na nossa amostra. Por outro lado, nos doentes sob corticoterapia ($n=12$), apenas 5 se mantiveram com CAM negativo ao longo de todo o período de avaliação. Durante o período do estudo, e apesar das medidas não farmacológicas serem a primeira linha terapêutica (estratégias comportamentais, ambientais e sociais), nenhum doente tinha sido submetido às mesmas, e apenas 11 dos doentes estava medicado com antipsicóticos.

Conclusão: O delirium é uma entidade pouco reconhecida pelos profissionais de saúde, apesar das consequências inerentes. Com este trabalho, os autores pretendem realçar a importância do reconhecimento do delirium, assim como do seu tratamento precoce, para diminuir o seu impacto negativo sobre o doente, família e profissionais de saúde.

25 DE MAIO DE 2019**Sala Pégaso 9:15 - 10:45****CO151****1095 VIA VERDE AVC – “TEMPO É CÉREBRO”**

Fábia Cruz, Rita Correia, Sandra Martin, Maria Eugénia André

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Introdução

A via verde AVC (Acidente Vascular Cerebral) consiste numa estratégia organizada para melhor orientação dos doentes com doença vascular cerebral, principal causa de mortalidade e morbilidade a nível nacional. Para os AVC isquémicos a estratégia intra-hospitalar, segundo as recomendações internacionais e as normas nacionais, apresenta como objetivo um limite de 60 minutos desde a admissão hospitalar até ao início da terapêutica fibrinolítica – tempo “porta-agulha”.

Objetivo: O objetivo do estudo é caracterizar a atuação da via verde AVC intra-hospitalar, nos AVC isquémicos com critérios para fibrinólise, no período de 01.01.2016 a 31.01.2019, numa Unidade Local de Saúde (ULS).

Material e Métodos: Estudo observacional retrospectivo de todos os doentes com AVC isquémico que cumpriram terapêutica fibrinolítica. Avaliaram-se: características demográficas e clínicas, escala de NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) prévia e após terapêutica fibrinolítica, tempo de evolução sintomática, tempo desde a admissão até à realização de TC-CE (tomografia computadorizada crânio-encefálica), tempo desde a TC-CE até ao início da fibrinólise, tempo “porta-agulha” e progressão anual. Os dados foram recolhidos através do registo das fibrinólises efetuadas no serviço de urgência da ULS e consulta do SClínico®. A análise estatística foi efetuada em documento Excel®.

Resultados: No período temporal definido foram registados um total de 111 doentes que realizaram trombólise (idade média 74 anos, 59.5% do sexo masculino). Destes doentes 84 (75.7%) apresentavam hipertensão arterial, 69 (62.2%) dislipidémia, 39 (35.1%) obesidade, 32 (28.8%) fibrilhação auricular e 29 (26.1%) antecedentes de tabagismo. A via verde AVC foi ativada em 91 (82.0%) dos doentes. A nível arterial identificou-se presença de trombo na artéria cerebral média em 71 (64.0%) doentes e 18 (16.2%) doentes realizaram trombectomia. O NIHSS à admissão apresentava uma mediana de 12 [7-18], após terapêutica fibrinolítica a mediana é de 5 [2-13]. Verificou-se uma progressiva diminuição dos vários intervalos de tempo avaliados ao longo dos anos,

nomeadamente, do tempo “porta-agulha” com uma mediana de 56 [48-97] em 2018.

Conclusões: Com os dados obtidos há a destacar a elevada prevalência de fatores de risco cardiovasculares, predisponentes e condicionantes da morbi/mortalidade desta patologia. A artéria cerebral média é a artéria mais frequentemente envolvida. Os profissionais de saúde da ULS estão despertos para a ativação da via verde AVC verificando-se que sucessivamente ao longo dos anos o registo para todos os tempos discriminados é progressivamente melhor. Para o tempo “porta-agulha”, de acordo com o que está em vigor na Norma de Orientação Clínica: Via Verde do AVC no adulto e conforme as recomendações internacionais (National Institute of Neurological Disorders and Stroke), a ULS cumpre o tempo definido.

25 DE MAIO DE 2019**Sala Pégaso 9:15 - 10:45****CO152****1700 UMA ANÁLISE CRÍTICA SOBRE A INCIDÊNCIA DE AVC EM DOENTES COM FIBRILHAÇÃO AURICULAR**

Juliana Magalhães, José Pereira, Inês Antunes, Ivone Barracha, Rosa Amorim

Centro Hospitalar do Oeste - Unidade de Torres Vedras

Introdução

A Fibrilhação Auricular (FA) é a arritmia cardíaca sustentada mais comum e prevê-se que, nos países desenvolvidos, um em cada quatro adultos de meia-idade venha a desenvolver FA. Esta arritmia é um forte fator de risco para acidente vascular cerebral (AVC) e um dos achados mais importantes na investigação etiológica de doentes com AVC isquémico. A anticoagulação oral é eficaz na prevenção dos AVC isquémicos em doentes com FA e pode prolongar a vida, no entanto, estes doentes apresentam na sua maioria múltiplas comorbilidades e estão por isso polimedicados. O risco de hemorragia e/ou de complicações hemorrágicas é também maior, dada a fragilidade deste grupo. A decisão de hipocoagular, assim como a escolha do fármaco adequado, pelos seus riscos e benefícios, torna-se um desafio.

Objetivos: Comparar a incidência de AVC isquémico em doentes com FA com e sem anticoagulação prévia, caracterizar a população quanto a fatores de risco e comparar os tipos de anticoagulação quanto à incidência de AVC, complicações hemorrágicas e mortalidade.

Material e Métodos: Estudo observacional, longitudinal, retrospectivo, descritivo-correlacional. Foram incluídos no estudo todos os doentes

internados com AVC isquémico e FA, com idade superior a 18 anos, no serviço de Medicina no ano de 2017. Os dados foram obtidos dos processos clínicos dos doentes e tratados através da ferramenta estatística SPSS (Statistical Product Service Solutions).

Resultados: Da população estudada (104 doentes) 54,8% eram mulheres, sendo a média de idades de 81 anos. Entre os factores de risco cardiovasculares mais frequentes salientam-se: HTA (88,5%), dislipidémia (51%), insuficiência cardíaca (69%) e doença renal crónica (40%). Cerca de 57% não estavam previamente anticoagulados, apesar de o score CHADS-VASC2 ser superior a 2 em cerca de 90% destes doentes. Dos doentes previamente anticoagulados, 37,8% estavam medicados com dicumarínicos, 48,8% com DOACs e 13,3% com heparina. A taxa de mortalidade foi de 27%, tendo sido superior no grupo de doentes não anticoagulados (57%), sendo que no grupo de doentes anticoagulados, a mortalidade foi superior em doentes medicados com dicumarínicos (50%), mas sem evidência de significado estatístico. Mortalidade foi superior em doentes do género masculino (60%) e em doentes com DRC (57%), com valor $p < 0,05$. Em 16% verificou-se transformação hemorrágica, mais frequente nos doentes previamente anticoagulados (53%) e em 67% dos doentes medicados com dicumarínicos ($p < 0,05$), todos com valores de INR fora do alvo terapêutico.

Discussão: Os resultados demonstram a importância da identificação da FA e do início de anticoagulação pelo alto risco de eventos cerebrovasculares. O estudo demonstrou benefício de hipocogular independentemente do tipo de anticoagulante. Contudo, verificou-se nestes doentes um maior risco de transformação hemorrágica, sobretudo nos doentes medicados com dicumarínicos pela dificuldade de alcançar o INR terapêutico.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Pégaso 9:15 - 10:45

CO153

772 CARACTERIZAÇÃO E FACTORES DE MAU PROGNÓSTICO EM DOENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA

Cláudia Janeiro, Rita Santos, João Teixeira, Pedro Mesquita, Rosário Eça, Raquel Mesquita, Luís Vale, Helena Monteiro

Serviço de Medicina 2.1, Hospital Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar Lisboa Central

Introdução

As doenças cerebro-cardiovasculares constituem a

principal causa de morte em Portugal, representando um alvo de grande atenção por parte dos profissionais de saúde. Em 2014, só o acidente vascular cerebral (AVC) isquémico representou cerca de 20 mil episódios e 250 mil dias de internamento. Tem-se assistido a uma melhoria dos indicadores destas patologias, resultado de uma acção combinada das medidas preventivas, da organização dos serviços de saúde e funcionamento adequado das Unidades de Intervenção em articulação com o sistema de assistência pré-hospitalar de emergência (Vias Verdes AVC e Coronária).

Objectivos: Caracterização da população numa enfermaria de Medicina Interna com diagnóstico de AVC e principais factores associados a mau prognóstico.

Métodos: Análise retrospectiva dos internamentos numa enfermaria de Medicina Interna por AVC de Janeiro de 2014 até Dezembro de 2016 por consulta de processo clínico. Foram recolhidos dados demográficos, antecedentes clínicos e resultados de exames imagiológicos. O prognóstico foi avaliado consoante o grau de dependência e ocorrência de falecimento, pelo que considerou-se mau prognóstico um valor de Rankin superior a 3 à data de alta. Efectuou-se estudo estatístico descritivo, análise uni e multivariável recorrendo ao software SPSS para caracterização destes factores.

Resultados: Foram incluídos 177 doentes, 55% mulheres, idade média 77 +- 11 anos. O AVC isquémico correspondeu a 85% dos casos e os factores de risco vascular mais frequentes foram a hipertensão (87%), dislipidémia (53%) e diabetes (34%); 26% dos doentes apresentava fibrilhação auricular mas apenas 8,5% estava sob anticoagulação. A duração de internamento foi de 14 +- 12 dias, com Rankin 3 +- 2 à data de alta e mortalidade 9,6%.

A análise estatística univariável mostrou que o sexo feminino, idade, dislipidémia, diabetes, fibrilhação auricular, hemisfério direito, complicações infecciosas no internamento e internamento prolongado são factores de mau prognóstico ($p < 0,05$). A análise multivariável mostra que, à excepção do hemisfério direito e da idade, o sexo feminino (OR(95% IC)= 2,4 [1,144-5,169], $p = 0,021$), dislipidémia (OR (95% IC)= 2,25 [1,071-4,729], $p = 0,032$), diabetes (OR (95% IC)=2,42 [1,114-5,270], $p = 0,026$), fibrilhação auricular (OR (95% IC)=2,525 [1,103-5,776], $p = 0,028$), tempo de internamento (OR (95% IC)=1,05 [1,008-1,087], $p = 0,018$) e complicações infecciosas no internamento (OR (95% IC)=8,63 [3,339-22,309], $p < 0,001$) são factores que agravam significativamente o prognóstico do doente com AVC nesta população.

Conclusão: Os dados obtidos encontram-se de acordo com a literatura, destacando-se a importância do controlo dos factores de risco cardiovascular, dado

que para além de serem altamente prevalentes na população com AVC, estão também associados a pior prognóstico, nomeadamente maior grau de dependência à data de alta ou morte.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Pégaso 9:15 - 10:45

CO154

2017 AVC EM DOENTE JOVEM: UM ESTUDO RETROSPECTIVO

Miguel Reis Costa, Marta Moreira, Pedro Pinto, Rosana Maia, Duarte Silva, Irene Miranda, Carmélia Rodrigues, Diana Guerra

Unidade Local de Saúde do Alto Minho – Hospital de Santa Luzia, Viana do Castelo

INTRODUÇÃO

O acidente vascular cerebral (AVC) no adulto jovem é incomum, correspondendo a 5-15% do total de AVCs. Porém esta incidência tem vindo a aumentar, e com um impacto desproporcional em termos socioeconómicos uma vez que se trata de uma faixa etária no ativo.

OBJETIVOS: Pretende-se avaliar as características demográficas, tipo de AVC, fatores de risco, evolução e mortalidade destes doentes para uma melhor prevenção e abordagem desta patologia.

MATERIAL E MÉTODOS: Estudo transversal selecionando os doentes com idade entre 18 e 55 anos internados no Serviço de Medicina Interna, entre os anos de 2017 e 2018 com diagnóstico principal de AVC.

RESULTADOS: Obtiveram-se 32 diagnósticos de AVC em adultos jovens com igual proporção entre género e uma média de idades de 48 anos (variando entre 30 e 55), a maioria com escala mRankin (mRs) prévio ao evento de zero (90,6%). De uma forma geral com maior prevalência dos factores de risco vasculares (FRV) nos homens. Quanto à tipologia de AVC, 34,4% foram hemorrágicos (AVCh), 28,1% isquémicos (AVCi), 25% acidentes isquémicos transitórios (AIT) e 12,5% trombozes venosas cerebrais (TVC). Relativamente à etiologia, segundo a classificação de TOAST, 55,6% foram devido a oclusão de pequenos vasos, 22,2% cardioembólicos, 11,1% com outra causa identificável (dissecção carotídea) e 11,1% de causa indeterminada. Ainda nos AVCi, os FRV mais prevalentes foram a dislipidemia (88,9%), HTA (75%), obesidade (50%) e o tabagismo (37,5%). Uma distribuição semelhante foi encontrada nos AIT. Já nos AVCh, o alcoolismo (54,4%) foi mais prevalente, seguido da HTA (45,5%) e tabagismo (36,4%). A TVC ocorreu apenas em mulheres, com uma prevalência de dislipidemia e toma de

contracetivos orais de 50%, e obesidade em 25%. À data de alta nos casos de AVCi notou-se agravamento na mRs, em que 55,5% pontuava ≤ 1 mantendo-se aos 3 meses. No AVCh verificou-se um pior prognóstico à data de alta, com apenas 36,4% dos doentes a pontuar na mRs ≤ 1 , e aos 3 meses 54,6%. Quanto à mortalidade precoce, identificaram-se 4 óbitos (1 caso de TVC e 3 doentes com AVCh).

DISCUSSÃO: Corroborando outros estudos, há um predomínio de FRV tradicionais nos casos de AVCi em idades jovens, sobretudo em homens. Ao contrário do que é descrito verificou-se nesta revisão uma maior prevalência de dislipidemia do que HTA. No AVCh, e de acordo com a literatura, verificou-se uma alta prevalência de alcoolismo e HTA, sendo o tipo de AVC com pior prognóstico. A TVC tipicamente acontece em mulheres com toma de contracetivos orais e obesas, constatando-se neste trabalho também maior prevalência de dislipidemia.

CONCLUSÃO: Assim, apesar de existirem fatores de risco específicos para doença cerebrovascular cuja expressão na população jovem não pode ser descurada, é importante identificar os FRV tradicionais, a maioria modificáveis, reafirmando a relevância do controlo destes, para reduzir a morbimortalidade associada ao AVC.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Pégaso 9:15 - 10:45

CO155

171 " CEFALÉIAS SECUNDÁRIAS – CASUÍSTICA DE 5 ANOS DE UMA CONSULTA HOSPITALAR DE CEFALÉIAS "

Joana Braga, Octávia Costa, Margarida Lopes, Gisela Carneiro, Sara Varanda

Hospital de Braga

Introdução

A cefaleia é um sintoma comum, que se pode atribuir a diversas etiologias, globalmente classificadas como primárias e secundárias. No primeiro caso, a dor deve-se a alterações funcionais do sistema nervoso central, enquanto, no segundo, ocorre secundariamente a alterações estruturais. É possível um doente apresentar mais de um tipo de cefaleia ou uma cefaleia com características mutáveis ao longo do tempo, o que pode tornar o diagnóstico desafiante.

Objetivo:

Revisão dos casos de cefaleias secundárias diagnosticados numa consulta de cefaleias de um hospital central no período de outubro de 2014 a

dezembro de 2018.

Material e Métodos:

Estudo retrospectivo do registo de doentes consecutivos referenciados à consulta de neurologia/cefaleias de um hospital central.

Revisão dos processos clínicos e classificação dos casos de acordo com os critérios estabelecidos pela classificação internacional de cefaleias 3ª edição 2018.

Sub-análise do grupo de doentes com diagnóstico de cefaleias secundárias, isoladas ou associadas a cefaleias primárias.

Resultados:

Foram revistos 518 casos de doentes referenciados à consulta de cefaleias, dos quais

Apresentavam quadros compatíveis com cefaleias primárias 76,81% do sexo feminino, média de idades de 40 anos.

Os restantes 91 (17,6%), apresentavam cefaleias secundárias, isoladas, em 27 casos, ou associadas a cefaleias primárias, em 64. Este grupo era maioritariamente do sexo feminino (78%) e apresentava média de idades de 45 anos.

Relativamente às etiologias secundárias, a cefaleia por abuso medicamentoso foi o diagnóstico mais frequente (49.5%), sendo que, em 41,8% dos casos apurou-se a cefaleia primária subjacente que motivou o consumo excessivo de analgésicos e, nos restantes 7,7% a cefaleia primária associada apresentava características imprecisas.

Seguiram-se em frequência a cefaleia a cefaleia cervicogénica (15 doentes), a cefaleia atribuída a perturbação intracraniana não vascular (4 por hipotensão do LCR e 2 por malformação de Chiari tipo 1) e a cefaleia atribuída a perturbação da homeostasia (2 cefaleia atribuída a viagem de avião e 4 cefaleia da apneia do sono). No respeitante aos doentes que abandonaram a consulta (18 doentes), 55% apresentavam cefaleia por abuso medicamentoso.

Conclusões:

Apesar de a consulta específica de cefaleias ser iminentemente para o diagnóstico diferencial e tratamento de cefaleias primárias, uma proporção significativa de doentes apresentava cefaleia secundária isolada ou concomitante a cefaleia primária, tendo ocorrido um intervalo de tempo considerável até ser feito o diagnóstico correto.

Todos os médicos assistentes devem colaborar na educação dos doentes com cefaleias, por um lado, destacando a necessidade de atentarem nas características da dor e dos sintomas acompanhantes e, por outro, ensinando a importância de evitar o consumo excessivo de analgésicos, a causa mais

frequente de cefaleia secundária nesta e noutras séries publicadas.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Pégaso 9:15 - 10:45

CO156

958 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO EM DOENTES HIPOCOAGULADOS COM ANTICOAGULANTES ORAIS DIRETOS – EXPERIÊNCIA NO HOSPITAL DISTRITAL

Ivanna Ostapiuk, Paulo Zóe Costa, Bárbara Saraiva, Joana Caires, Paula Neves, Orlando Mendes, Heidya Cabrera, João Correia

ULS Guarda

Introdução

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma das primeiras causas de mortalidade em Portugal sendo a fibrilação auricular (FA) um dos principais fatores de risco para AVC isquémico (AVCi). Atualmente, muitos destes doentes encontra-se sob anticoagulantes orais diretos (DOACs). Apesar do aumento do número de doentes internados nas unidades de AVC (UAVC) previamente medicado com DOACs, a abordagem do AVC nestes doentes ainda permanece controversa.

Ojetivo: Pretende-se avaliar as características dos doentes admitidos com AVCi associado a FA e medicados com DOACs numa UAVC de um hospital distrital.

Materiais e Métodos: Estudo observacional retrospectivo de doentes internados numa Unidade de AVC de um hospital distrital, entre 1 de Janeiro de 2017 e 31 de Dezembro 2018. Critérios de inclusão: diagnóstico de AVCi em doentes com FA conhecida e sob DOACs. Pesquisa: codificação de GDHs e consulta dos processos clínicos. Análise estatística: Microsoft Excel.

Resultados: Obtiveram-se 527 doentes internados. Destes foram identificados 41 (24 mulheres; idade média 80.4 anos) com AVCi de causa cardioembólica por FA e medicados previamente com DOACs. Destes 16 estavam sob rivaroxabano, 12 sob dabigatran, 9 sob apixabano e 4 sob edoxabano. Dos 41 doentes em 4 foi feita trombólise e 2 doentes reuniram critérios para trombectomia mecânica, sem complicações posteriores. Globalmente destaca-se boa evolução, sendo que à data de alta 30 doentes não tiveram agravamento do grau de dependência prévio e apresentaram NIHSS <6. Dois doentes faleceram durante o internamento por AVCi extenso com transformação hemorrágica. A data de alta 27 doentes mantiveram o mesmo DOAC previamente prescrito e não foi feito qualquer ajuste da dose,

em 2 a dose foi ajustada, em 7 doentes foi alterado para outro DOAC e 3 tiveram alta com enoxaparina. Todos os doentes foram avaliados em consulta 3-6 meses após o internamento, verificando-se estabilidade clínica, sem registos de novos eventos isquémicos ou hemorrágicos. Como limitações ao estudo salienta-se: tamanho da amostra, ausência de informação quanto ao cumprimento terapêutico e impossibilidade de titular dos níveis de DOAC.

Conclusões: Verificou-se uma maior incidência dos eventos nos doentes anticoagulados com rivaroxabano e dabigatran, mas o tamanho da amostra é pequena e não permite aos autores aferir o impacto deste resultado. Pretende-se a realização de mais estudos comparativos, pertinência no doseamento dos fármacos, de modo a referir as diferenças de eficácia e segurança entre as DOACs.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno A 15:00 - 17:00

DOENÇAS ONCOLÓGICAS

CO046

4 NEOPLASIA DO PULMÃO - O DIAGNÓSTICO ESCONDIDO, NO DOENTE INTERNADO NO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO HOSPITAL DE BRAGA - CASUÍSTICA DE 5 ANOS

Diana Pimenta; Raquel Fontes; Margarida Robalo; Joana Sotto Mayor; Sofia Esperança; Carlos Capela

Hospital de Braga

Introdução: O cancro do pulmão é a principal causa de mortes por cancro no mundo. A maioria dos doentes apresenta, na avaliação diagnóstica, sintomas suspeitos de neoplasia do pulmão, no entanto o diagnóstico pode ser obtido como um achado incidental em exames de imagem do tórax. O objetivo da avaliação inicial é obter informações clínicas e radiológicas suficientes para orientar a biópsia, o estadiamento e tratamento.

Objetivo: Este estudo pretende analisar as características demográficas e clínicas de doentes internados no Serviço de Medicina Interna do Hospital de X, entre 2012 e 2017, por diversos diagnósticos médicos, e que a investigação clínica a que foram submetidos, durante o internamento, identificou a Neoplasia do Pulmão como diagnóstico principal.

Material e métodos: Realizou-se uma análise retrospectiva através da consulta dos processos clínicos dos doentes internados no Serviço de Medicina Interna do Hospital de X, no período entre 2012 e 2017, por diversos diagnósticos, cuja investigação clínica realizada tenha identificado a Neoplasia Pulmonar como diagnóstico principal.

Resultados: Identificaram-se 41 doentes, com média de idades de 70,85 anos, dos quais 27 (65,9%) do sexo masculino e 14 (34,1%) do sexo feminino. Das queixas apresentadas à admissão, 56,1% referiu tosse; 63,4% referiu dispnéia; 17,1% apresentava hemoptises; 53,7% referiu perda ponderal; 12,2% apresentava alterações do comportamento e 48,8% apresentava insuficiência respiratória. Do total de doentes, 56,1% eram fumadores. Em 24,4% dos doentes o motivo de internamento foi Pneumonia Adquirida na Comunidade; 19,5% para estudo de etiologia de Derrame Pleural. Identificaram-se ainda outros motivos de internamento: o estudo de neoplasia primária no doente com metástases hepáticas em 12,2% dos casos, alterações do comportamento em 9,8% dos casos. O tipo histológico mais frequente foi o Adenocarcinoma do Pulmão, identificado em 48,8% dos casos; em 14,6% identificou-se o Cancro do Pulmão de Pequenas Células; em 12,2% o Cancro do Pulmão de Não Pequenas Células e em 9,8% o Carcinoma Epidermoide. Em 14,6% não foi identificado o tipo histológico. 68,3% dos doentes apresentavam metástases à data do diagnóstico. Relativamente ao estadiamento todos os doentes encontravam-se no estadio IV à data do diagnóstico. Dos tratamentos instituídos 19,5% foram submetidos a Quimioterapia; 14,6% a Quimioterapia associada a Radioterapia e em 65,9% foi instituído tratamento paliativo. A sobrevida média dos doentes analisados foi de 5,5 meses.

Conclusões: Apesar do número reduzido de doentes identificados, este trabalho pretende alertar para a importância do diagnóstico diferencial da neoplasia do pulmão no doente internado nos Serviços de Medicina Interna, dada a incidência cada vez maior desta neoplasia. Por outro lado, foi possível verificar que a grande maioria dos doentes estudados apresentava doença metastática, tendo sido submetidos a tratamento paliativo e consequentemente apresentaram sobrevida reduzida.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno A 15:00 - 17:00

CO049

906 DOENTES ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS INTENSIVOS

Laura Machado, Ana Catarino, Bárbara Marques, Ana Marques, Paula Casanova, Arsénio Santos, Armando Carvalho

CHUC

Introdução

O número de doentes a viver com cancro tem vindo a aumentar. Para isso contribui o envelhecimento

da população, a maior capacidade diagnóstica e a diminuição da mortalidade. A admissão em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) pode ser necessária na abordagem da doença aguda associada a neoplasia ou pelas complicações dos tratamentos; 5% dos doentes com tumores sólidos e até 15% dos doentes com neoplasias hematológicas necessitam de admissão em UCI devido a complicações agudas durante as fases iniciais de doença.

Objetivo: Avaliar as características dos doentes oncológicos numa UCI, particularmente o diagnóstico de admissão, relacionado ou não com a neoplasia ou o tratamento oncológico, a evolução e a mortalidade.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo de 99 doentes oncológicos admitidos numa UCI entre janeiro e dezembro de 2016.

Resultados: De 638 doentes admitidos na UCI em 12 meses, 99 (15,5%) tinham cancro: 70 (70,7%) tumor sólido e 29 (29,3%) doença hematológica maligna. SAPS II: $45,9 \pm 17,6$. Vinte e dois (81,5%) dos doentes com neoplasias hematológicas foram admitidos devido a complicações médicas, em 18 (55,4%) diretamente relacionadas com a neoplasia ou com o seu tratamento. Pelo contrário, nos tumores sólidos, a patologia cirúrgica foi a principal causa de admissão na UCI: 56 (77,8%) dos casos, sendo 31 (55,4%) complicações da cirurgia oncológica eletiva, 20 (35,7%) após cirurgia urgente relacionada com a doença e 5 (8,9%) após cirurgias não relacionadas com a doença ou com o tratamento. A taxa de mortalidade dos doentes oncológicos foi maior (39,4%) quando comparada com a população não oncológica. Os doentes com neoplasias hematológicas tiveram uma taxa de mortalidade de 63% e os doentes com tumores sólidos de 30,6%.

Conclusões: Os doentes com neoplasias sólidas tiveram maior probabilidade de serem admitidos em UCI no contexto de patologia cirúrgica e os doentes hemato-oncológicos risco mais elevado de complicações médicas. A mortalidade dos doentes com neoplasias sólidas foi semelhante à mortalidade de doentes não-oncológicos em UCI. No entanto, os doentes com neoplasias hematológicas tiveram um prognóstico muito pior. A admissão dos doentes oncológicos em UCI deve ser equacionada sobretudo tendo em conta a gravidade da doença aguda, potencial reversibilidade e o estado funcional prévio do doente, com um plano de tratamento oncológico bem definido. Assim poderá ser necessário o desenvolvimento de critérios de admissão mais objetivos para esta população, complementares dos critérios clínicos habituais, mantendo sempre um diálogo entre Intensivistas, Oncologistas, Hematologistas e Internistas.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno A 15:00 - 17:00

CO051

1057 SÍNDROME DE LISE TUMORAL – UMA SÉRIE DE CASOS

Sara Magno, Helga Mamede, Liliana Fernandes, João Machado

Hospital Professor Dr. Fernando Fonseca

Introdução

O Síndrome de Lise Tumoral (SLT) é uma das emergências oncometabólicas mais frequentes e mais ameaçadoras da vida, e é mais frequentemente associada a neoplasias hematológicas de alto grau sob tratamento activo. Resulta da destruição celular maciça sendo caracterizado por distúrbios iónicos e disfunção renal aguda associada [1] [2] [3].

Objectivos: Caracterização demográfica e clínica dos doentes (dts) internados num hospital polivalente, com o diagnóstico de SLT.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo através da consulta de processos clínicos de dts internados nos serviços de Medicina Interna, Oncologia e serviço de urgência com o diagnóstico de saída de SLT entre 2012 e 2018. Análise de dados e tratamento estatístico em Excel2013 e SPSS 24.

Resultados: Dos 11 dts analisados, 55% (n=6) eram do sexo masculino, com uma média de idades de 65 anos (DP 5 anos, mínimo 91, máximo 43). O tempo mediano de internamento foi de 10 dias (IIQ 24 dias, mínimo 0 dias, máximo 50 dias). A maioria dos dts (55%, n=6) tinha uma neoplasia hematológica, 27% (n=3) uma neoplasia sólida e 18% (n=2) ambas. Apenas 27% (n=3) dos dts se encontravam sob terapêutica anti-neoplásica, 18% (n=2) tinha doença renal crónica (DRC) e outros 18% (n=2) tinha toma prolongada de nefrotóxicos. 36% dos dts (n=4) realizou profilaxia. À entrada, os valores séricos médios eram de: potássio 5,0mg/dl (DP 0,3mg/dl), fosfato 5,4mg/dl (DP 0,3mg/dl), cálcio total 9,3mg/dl (DP 0,7mg/dl), creatinina 3,2mg/dl (DP 0,5mg/dl); ácido úrico com mediana de 16,1mg/dl (IIQ 10mg/dl). A forma de apresentação mais comum foi astenia (72%, n=8), seguida de alterações do ritmo cardíaco e queixas gastro-intestinais (cada 18%, n=2) e morte súbita (9%, n=1). Nenhum doente apresentou sintomas neuromusculares. Assim, 91% (n=10) dos dts apresentaram SLT clínico com uma mediana de gravidade de 3 na escala de Cairo-Bishop (IIQ 2). Como terapêutica, 91% (n=10) dos dts recebeu fluidoterapia; realizaram em igual número alopurinol e rasburicase (45%, n=5), um doente (9%) não recebeu qualquer hipouricemiante; 18% (n=2) recebeu medidas de alcalinização urinária. A maioria (91%, n=10)

não realizou hemodiálise (HD). Nenhum doente foi internado em UCI. O outcome foi morte em 36% (n=4) dos dts. Dos doentes falecidos, todos tinham neoplasia hematológica (n=4) e nenhum tinha DRC nem realizou HD. Não houve correlação entre o tipo de neoplasia e o síndrome clínico ou laboratorial (p=0,438).

Conclusões: Neste estudo, predominaram as neoplasias hematológicas, que estiveram presentes em todos os óbitos. Em 73% dos dts o SLT ocorreu espontaneamente. Só 36% dos dts realizaram profilaxia. Esta série, apesar do número reduzido de casos, ilustra uma percentagem significativa de SLT que ocorreram de forma espontânea. Assim, salienta-se a importância de estratificar atempadamente o risco de desenvolvimento de SLT, de forma a instituir profilaxia e tratamento atempadamente.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno A 15:00 - 17:00

CO052

1281 NEOPLASIAS EM MEDICINA INTERNA

Miguel Sousa Leite, Salvador Morais Sarmento, Daniela Marto, Ana Brito, Hugo Inácio, Sofia Mateus, Andreia Amaral, Dina Pita, Marta Moitinho, Catarina Salvado

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

INTRODUÇÃO

As neoplasias constituem a segunda causa de morte no nosso país. Fazem hoje parte da vivência natural das enfermarias de medicina, seja por descompensações inerentes à neoplasia e/ou sua terapêutica, seja por complicações ou comorbilidades. Interessa, portanto, conhecer a amostra em questão para conhecer as particularidades e susceptibilidades desta população.

Apresentamos a casuística das neoplasias de um serviço de medicina com 30 camas ao longo do ano de 2017.

OBJECTIVOS

Fazer o levantamento de todos os casos de neoplasias malignas de órgão sólido dos doentes internados num serviço de Medicina Interna ao longo de um ano, analisando ainda os dados do internamento versus a restante população.

MÉTODOS

À amostra foram aplicados os seguintes critérios de inclusão e exclusão para definir a população alvo:

- Inclusão: neoplasias de órgão sólido,

activas, malignas, com diagnóstico prévio ou no internamento em questão (considerando também reinternamentos no mesmo ano para objectividade em termos estatísticos).

- Exclusão: neoplasias hematológicas, neoplasias benignas, neoplasias que se entende estarem em remissão completa ou massas suspeitas em estudo ainda sem diagnóstico objectivo.

Tendo em conta os critérios definidos foram recolhidos os seguintes dados para estudo e tratamento: tipo de tumor, estadiamento da doença, metastização e abordagem terapêutica, diagnósticos principais e secundários do internamento, mortalidade e referenciação a cuidados paliativos

RESULTADOS

Foram analisados um total de 786 internamentos, dos quais 100 cumpriam os critérios de inclusão, correspondendo a 13% do total do serviço. Da amostra, 89% eram do sexo feminino. A média de idades era de 77 anos. O tempo de internamento foi superior ao da população geral (em média de 11.3 dias versus 10.8 dias). A grande maioria era oriundo da urgência geral do hospital. As neoplasias mais frequentes foram as de origem gastrointestinal (36%) e mama (16%). 58% estavam já metastizadas. As causas mais frequentes de internamento foram as complicações infecciosas (35%) e a progressão da doença (32%). A maioria encontrava-se já em fase paliativa e em 52% foi activada a equipa de cuidados paliativos intrahospitalar. 13 doentes tiveram como destino unidades de cuidados paliativos e 17 faleceram no internamento, sendo a mortalidade da amostra quase o dobro da geral do serviço (17% versus 9%).

CONCLUSÕES

É importante considerar a relevância da patologia neoplásica nas enfermarias de medicina, particularmente em hospitais onde a oncologia não tem internamento. Seria importante considerar a criação de equipas multidisciplinares nos hospitais do SNS de modo a melhor encarar e gerir de forma mais célere e eficaz a patologia complexa destes doentes. Seria também de extrema importância o reforçar das equipas de cuidados paliativos de modo a dar uma resposta digna aos problemas dos doentes em final de vida.

23 DE MAIO DE 2019**Sala Neptuno A 15:00 - 17:00****CO054****1755 ESTUDO RETROSPECTIVO DE UMA SÉRIE DE DOENTES COM NEUTROPÊNIA FEBRIL**

Ana Gonçalves, Carlos Ramalheira, Sara Almeida, Rudi Fernandes, Rita Dutschmann, João Machado

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Historicamente a neutropénia febril está associada a doentes oncológicos, porém tem vindo a expandir o seu âmbito, incluindo hoje, os doentes halotransplantados de medula e os doentes severamente comprometidos. O risco de infecção aumenta exponencialmente com a descida neutrófilos, tornando-se especialmente grave com a descida de neutrófilos $<100 \times 10^9/L$.

OBJECTIVO:

Caracterizar os doentes internados por neutropénia febril, num Serviço de Medicina, de 2012 a 2018.

MÉTODOS:

Estudo retrospectivo, de doentes adultos (>18 anos), admitidos no Serviço de Medicina, desde 1 Janeiro 2012 a 31 Dezembro 2018, com neutropénia (contagem de neutrófilos $<1000 \times 10^9/L$) e temperatura timpânica $>38.3^\circ C$. A informação clínica foi obtida através da consulta dos processos clínicos.

RESULTADOS:

Analisaram-se 33 casos de neutropénia febril ($n=33$), correspondendo a maioria a tumores sólidos ($n=25$, 76%) sendo os restantes, neoplasias hematológicas ($n=8$, 24%). Verificou-se predomínio do sexo masculino ($n=20$, 61%) e caucasianos ($n=32$, 97%) sendo a idade mediana ao diagnóstico de 68 anos (min:38 ; máx:81).

Constatou-se que a maioria dos doentes, apresentou uma contagem de neutrófilos $<500 \times 10^9/L$ ($n=26$, 79%) estando 15 doentes abaixo dos $100 \times 10^9/L$ ($n=15$, 45%). O nadir foi alcançado em aproximadamente 12 dias.

O principal diagnóstico de apresentação foi a pneumonia ($n=22$, 67%).

Em 6 doentes, foi possível obter um isolamento de agente ($n=6$, 18%), 4 em uroculturas e 2 em hemoculturas. O agente mais isolado foi a *E. coli* ($n=4$), sendo metade, produtoras de Extended Spectrum β -lactamase (ESBL); seguido da *K. pneumoniae* ($n=1$) e *Streptococcus pneumoniae* ($n=1$).

Foi instituída antibioterapia empírica em

monoterapia, à maioria dos doentes ($n=19$, 58%), sendo a piperacilina-tazobactam o fármaco mais usado ($n=14$, 42%), seguido do meropenem ($n=5$, 15%). A terapia combinada mais usada foi a piperacilina-tazobactam com amicacina ($n=5$, 15%). Verificou-se a adição de um antifúngico empiricamente (fluconazol) em 2 casos ($n=2$, 6%). A utilização de granulocyte colony-stimulating factor (G-CSF), ocorreu em 24 casos (73%).

O score de MASCC (Multinacional Association for Supportive Care in Cancer) foi inferior a 21 na grande maioria dos doentes ($n=26$, 79%). A mortalidade nesta amostra foi de 18% ($n=6$).

CONCLUSÕES:

Nesta amostra de 33 doentes com neutropénia febril, a maioria com tumores sólidos, o nadir atingiu $<100 \times 10^9/L$ em praticamente metade dos doentes ($n=15$). O score de MASCC, foi inferior a 21, na globalidade, o que traduz um risco elevado para complicações e ao qual se indexa a mortalidade. Na maioria dos casos não houve isolamento microbiológico, predominando na apresentação a pneumonia ($n=22$). Houve apenas 6 isolamentos, com predomínio de bacilos gram negativos, dos quais 2 eram ESBL. Não se identificaram fungémias. Na terapêutica predominou antibioterapia de largo espectro em monoterapia, com piperacilina-tazobactam.

23 DE MAIO DE 2019**Sala Neptuno A 15:00 - 17:00****CO056****2080 NEOPLASIAS NUMA UNIDADE DE MEDICINA INTERNA**

Cátia Carvalho, Daniana Condado, Maria Helena Pacheco, Lurdes Venâncio Pereira, Conceição Loureiro

Hospital Santo António dos Capuchos

A Medicina Interna é a mãe de todas as especialidades, assumindo particular destaque quando a patologia afecta vários órgãos ou sistemas, pelo que a existência da pluripatologia numa enfermidade de medicina é uma realidade comum. As neoplasias são a segunda causa de morte a nível mundial e é frequente ter doentes oncológicos num serviço de Medicina Interna (SMI). Objectivo: caracterização de uma população de doentes oncológicos admitidos num SMI durante 12 meses. Material e Métodos: estudo retrospectivo observacional numa Unidade Funcional de Medicina Interna de um Hospital Central. Foram consultados 1295 processos de doentes internados entre Agosto de 2016 a 2017, tendo sido avaliados vários parâmetros: género, idade, dias de internamento, proveniência, motivo de internamento, tempo de evolução, localização do tumor e o destino dos doentes. Resultados:

Foram admitidos 1295 doentes admitidos no serviço, dos quais 121 doentes (9.3%) tinham neoplasia activa. Verificou-se um predomínio de doentes do género masculino - 73 (60,3%) e 48 mulheres (39,7%). A idade média foi de 70,4 anos (máxima 94 e mínima de 38). A maioria dos doentes (84.3% - 102 doentes) foram admitidos através do serviço de urgência, 17 doentes foram pelo serviço de Oncologia (13,5%) e apenas 2 pela consulta de Medicina (1.7%). Em média havia um tempo de evolução da doença de 18,15 meses tendo em 25 casos sido o tumor diagnosticado no internamento. Quanto à localização do tumor verificou-se que 27 eram do pulmão (21.8%), 17 de etiologia colo-rectal (13.7%), 13 da mama (10.5%), 10 do pâncreas (8.1%), 10 hemato-oncológicos (8.1%), 8 do fígado e vias biliares (6.5%), 8 do estômago (6.5%), 7 da bexiga e 7 da próstata (5.7% cada), 6 do rim e 6 ginecológicos (4.8% cada), 1 do esófago, 1 da faringe, 1 do SNC, 1 mesotelioma e 1 tumor oculto (0.8% cada). O motivo de internamento mais frequente foi a dor em 25.6% dos casos (31 doentes), seguida da dispneia em 18.1% (22 doentes) e intercorrência infecciosa em 14.9% (18 doentes), tendo-se apurado outras causas menos frequentes como alteração do estado de consciência, progressão da doença, febre, anemia, disfunção renal e alterações iónicas, hemorragia, icterícia, ascite e efeitos secundários da quimioterapia. A média de dias de internamento foi de 11,9 dias com máximo de 69 e mínimo de 1 dia. Verificaram-se 46 óbitos (38%), dos restantes: 47 tiveram alta referenciados para a CE (38.8%), 9 doentes (7.4%) foram transferidos para outros serviços (nomeadamente UCI e Pneumologia) e 2 para outro hospital (1.7%), 7 foram para o domicílio (5.8%) e os restantes para a RNCCI 2.5% para Unidade Convalescença, 1.7% para Unidade de Cuidados Paliativos (tendo havido 2 ingressos e uma referenciação) e 0.8% para Longa Duração. Conclusões: Estatisticamente os resultados traduzem a realidade descrita a nível mundial. Os doentes oncológicos requerem frequentemente o internamento em Serviços de Medicina desempenhando o Internista um papel fundamental na sua abordagem.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno D 9:15 - 10:45

DOENÇAS RENAIS

CO200

1475 NEFROPATIA INDUZIDA POR CONTRASTE – EVOLUÇÃO DE DOENÇA RENAL CRÓNICA COMPARANDO CONTRASTE INTRA-ARTERIAL E INTRAVENOSO

Manuel Martins Barbosa, Tiago Mendes, Elsa Araújo, Cristina Freitas, João Pimentel

Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução

A Nefropatia Induzida por Contraste (NIC) era previamente descrita como a terceira causa mais comum de lesão renal aguda (LRA) em doentes hospitalizados. Define-se como subida de creatinina de 1,5mg/dL ou > 25% do valor basal, em 48 a 72 horas após administração de contraste.

Os factores de risco relacionam-se com o doente e com o procedimento, nomeadamente com o tipo, volume e via de administração de contraste.

O contraste por via intra-arterial (IA) administra-se habitualmente em situações emergentes e procedimentos invasivos, com necessidade de maior volume relativamente ao contraste por via intravenosa (IV).

Material e Métodos:

Pretende-se comparar a administração IV ou IA no desenvolvimento de LRA definida por critérios AKIN às 72 horas, na necessidade de diálise e na evolução de DRC nos três meses após a administração de contraste.

Durante um período de dois anos foram recolhidos dados relativamente a pedidos de avaliação a Nefrologia por lesão renal aguda. Desses pedidos, 41 (6%) cumpriam os critérios de NIC. Foram recolhidos dados dos doentes com administração de contraste entre 01/01/2015 e 31/12/2016 que anos foram desenvolveram NIC, relativos às características demográficas, ao contraste administrado e à evolução clínica e analítica posterior.

Resultados:

Identificaram-se 41 doentes com NIC (15F, 26M), com média de idades de 74.61(±9.21) anos, dos quais 14 realizaram contraste IV (8F, 6M) e 27 contraste IA (9F, 18M). A distribuição etária e de sexo é equivalente entre os 2 tipos de contraste, assim como determinadas variáveis com potencial

nefrotóxico: diabetes tipo 2 (0.41), HTA (0.197), IECA/ARA (>0.99) e AINE (0.265). A profilaxia de NIC foi usada em 19 doentes (8F, 11M) entre os quais 6 fizeram contraste IV e 13 IA.

A creatinina (Cr) mediana na admissão era de 1.84mg/dL (± 3.34), 72h após contraste era de 3.8mg/dL (± 6.75) (3.97 ± 5.28 no grupo IV e 3.7 ± 6.75 no grupo IA). Não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas no valor de AKIN às 72h entre os dois tipos de vias de administração ($p = 0.204$ [Intervalo de Confiança (IC) 0.196-0.212]).

A evolução de estadios de doença renal crónica entre os dois grupos não apresentou diferença estatisticamente significativa (taxa de filtração glomerular 6 meses antes e 3 meses depois (Chi2: $p=0.069$; [IC 0.064-0.073])).

Nove dos 41 doentes (2F, 7M) necessitaram de diálise, 3 receberam contraste IV e 6 IA. Não há diferença estatisticamente significativa entre os tipos de administração de contraste e a necessidade de diálise (Chi2: $p = 0.954$).

A profilaxia não mostrou diferenças estatisticamente significativas no score AKIN às 72h (Chi2: $p = 0.96$ [0.90-0.102]) nem na evolução para DRC (Chi2: 0.709).

Conclusão:

Nesta amostra de doentes com critérios de NIC, comparando a administração por via IV e IA, não existem diferenças de valor AKIN às 72 horas, na evolução de DRC aos 3 meses nem na necessidade de diálise.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Pégaso 9:15 - 10:45

CO209

80 CARACTERÍSTICAS DAS INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO NUMA POPULAÇÃO DE DOENTES TRANSPLANTADOS RENAI

Sofia Gonçalves, Miguel Gonçalves, Nicole Pestana, Francisca Silva, Luís Resende, José Alves, Nuno Canhoto, Graça Andrade, Gil Silva
Hospital Central do Funchal

Introdução

As infecções do trato urinário (ITUs) são as complicações bacterianas mais frequentes nos doentes transplantados renais e são uma das principais causas de complicações após o transplante. Têm efeitos nefastos na sobrevida do paciente e do enxerto. A emergência de resistência aos antibióticos permanece um desafio actual e de significativo impacto clínico. Com este trabalho,

os autores pretendem avaliar as características das infecções do trato urinário numa população de doentes transplantados renais, com o intuito de determinar seu o perfil microbiano e os esquemas de antibioterapia utilizados.

Métodos: Foi efectuada uma análise retrospectiva de todas as uroculturas (UC) realizadas numa população de 162 doentes transplantados renais, entre 1 de Janeiro de 2017 e 31 de Dezembro de 2017.

Resultados: Foram examinados os dados referentes a 162 pacientes, seguidos em consulta de pós-transplantação renal do serviço de Nefrologia: a idade média foi de 51 anos e 61.3% eram do sexo masculino. Foram analisadas 1132 UC, tendo-se excluído 2 UC classificadas como "inquinadas", o que fez um total final de 1330 UC. Destas, 156 foram positivas (12%) e 1174 foram negativas (88%). No total de UC positivas, foram isolados 169 microorganismos: 164 bactérias e 5 fungos. As bactérias mais frequentemente identificadas foram a *Escherichia coli* (40.8%), das quais 1.8% eram estirpes produtoras de beta-lactamases de espectro estendido (BLEE) e a *Klebsiella pneumoniae* (37.8%), das quais 9.1% eram estirpes produtoras de BLEE. De entre as 156 uroculturas positivas, 15 UC (9.6%) corresponderam a doentes internados com o diagnóstico de pielonefrite. Nestes, a bactéria mais frequentemente identificada foi também a *Escherichia coli* e o antibiótico empírico mais comumente iniciado foi a piperacilina/tazobactam (5 casos), seguido da cefuroxima (4 casos). De realçar que houve necessidade de alteração da antibioterapia, após obtenção do resultado das UC, em 8 dos 15 casos. As restantes 141 uroculturas positivas (90.4%), corresponderam a doentes com o diagnóstico de cistite. Nestas, foram identificadas 136 bactérias, sendo as mais frequentes a *Escherichia coli* (42%) e a *Klebsiella pneumoniae* (40.4%). O antibiótico mais frequentemente instituído, nestes pacientes, foi a cefuroxima, seguido pela fosfomicina e em terceiro lugar pela amoxicilina/ácido clavulânico. Foi igualmente analisada a existência de resistências bacterianas aos antibióticos testados. Das 164 bactérias identificadas em cultura, obteve-se um total de 55% bactérias resistentes a 3 ou mais dos antibióticos testados.

Conclusão: As ITUs são frequentes nos doentes transplantados renais e podem ter consequências graves, condicionando significativa morbilidade e mortalidade. Por este motivo, os autores consideram que o conhecimento do perfil microbiológico destes doentes pode auxiliar na seleção do antibiótico empírico a ser instituído, melhorando assim os resultados globais desta população.

24 DE MAIO DE 2019**Sala Neptuno C 9:15 - 10:45****DOENÇAS RESPIRATÓRIAS****CO076****910 HIPERTENSÃO PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÔNICA (HPTEC): ENTIDADE RARA MAS SUBDIAGNOSTICADA**Duarte Silva¹, Fabienne Gonçalves², Luísa Carvalho², Mário Santos², Abílio Reis²

1 Unidade Local de Saúde do Alto Minho – Hospital de Santa Luzia, Viana do Castelo; 2 Centro Hospitalar e Universitário do Porto

Introdução

A hipertensão pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) é um subgrupo único da Hipertensão Pulmonar (HP) dada a possibilidade de cura com o tratamento cirúrgico (endarterectomia pulmonar – PEA). Pelo reconhecido carácter evolutivo e a impossibilidade de reversão das alterações microvasculares estabelecidas, o diagnóstico e referenciação célere destes doentes é fulcral.

Objetivo: Avaliação das características demográficas, clínicas, hemodinâmicas e resultados da intervenção terapêutica nos doentes com HPTEC seguidos numa consulta especializada.

Métodos: Estudo observacional, retrospectivo. Consultado processo dos doentes classificados como HPTEC, entre os anos 2001 e 2018. Dados recolhidos da base de dados do PAHtool® (software dedicado para a HP).

Resultados: Incluídos 65 doentes (64,6% do sexo feminino), com idade média de $62,2 \pm 15$ anos, 40% dos quais sem história prévia de tromboembolismo venoso. O tempo médio entre o início de sintomas e a primeira avaliação em consulta dedicada foi de 21,6 meses, com 66,1% dos doentes em classe funcional NYHA III-IV (56,9% e 9,2%, respetivamente). A mediana do NT-Pro BNP observada foi de 1071pg/mL (IQR 405,6–2330,5), com uma distância média percorrida no teste dos 6 minutos de marcha (TSM) de 298,9 metros. Cateterismo cardíaco direito (CCD): mPAP média 47,3 ($\pm 9,4$)mmHg; mediana de RVP 8,62 (IQR 5,9–11,8)WU; índice cardíaco médio de 2,72L/min/m². O tempo médio entre o início dos sintomas e o diagnóstico foi de 26 meses. O tempo médio de seguimento foi de 45,5 meses. A avaliação global dos doentes pós-tratamento (farmacológico específico, angioplastia, PEA ou combinado) revelou uma prevalência de 72,3% de doentes em classe I-II de NYHA, uma descida do valor mediano de NT pro-BNP para 321 (IQR 100–1042) pg/mL e uma

distância no TSM de 362m. Documentada cura em 11 (16,9%) doentes, tendo sido submetidos a PEA um total de 19 casos.

Conclusão: A HPTEC é uma entidade rara mas subdiagnosticada, exigindo um alto índice de suspeição para o seu diagnóstico. O tempo médio até ao diagnóstico e a gravidade dos doentes na apresentação, encontrados neste estudo confirmam a identificação e referenciação tardia destes doentes. A possibilidade de cura e o impacto positivo da terapêutica específica nesta doença reforça a importância do diagnóstico atempado.

24 DE MAIO DE 2019**Sala Neptuno C 9:15 - 10:45****CO077****913 CARACTERIZAÇÃO DOS DOENTES COM PNEUMONIA INTERNADOS NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA**

Miguel Achega, Catarina Rodrigues, Margarida Monteiro, Joana Urzal, Fernando Aldomiro

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução

A pneumonia é uma das principais causas de internamento em Portugal, tendo-se verificado 40519 internamentos por esta patologia em 2016. Estes doentes apresentam importante morbimortalidade. Constitui a principal causa de mortalidade por doença respiratória em Portugal, colocando-nos como o país com a mais elevada taxa de mortalidade por pneumonias entre os países da OCDE.

Objetivos

Caracterizar os doentes com diagnóstico de Pneumonia internados num Serviço de Medicina.

Métodos

Estudo retrospectivo de todos os doentes internados com o diagnóstico de Pneumonia, num Serviço de Medicina Interna entre 01 de Janeiro e 31 de Dezembro de 2016. Foram recolhidos: dados epidemiológicos, tempo de internamento, scores de gravidade, comorbilidades, ciclos antibióticos, isolamentos microbiológicos e mortalidade. Os dados foram colhidos através do processo clínico de cada doente, com análise realizada no Excel®2016.

Resultados

Analysaram-se 318 episódios de internamento com diagnóstico de Pneumonia (24,8% do total de Internamentos), correspondendo a um total de 300 doentes. Destes, 60% (n=181) eram homens, 95% (n=284) caucasianos e 55% (n=165) autónomos,

com idade média de $73,7 \pm 15,3$ anos. Em 73% (n=233) dos episódios a Pneumonia foi o diagnóstico principal, sendo que 60% (n=190) correspondeu a pneumonia adquirida na comunidade. Mais de 90% dos doentes apresentavam pelo menos uma comorbilidade: 78,3% (n=235) doença cardiovascular, 30,6% (n=92) diabetes, 35,6% (n=107) DPOC, 20% (n=60) doença renal crónica, 26% (n=78) síndrome demencial, 19% (n=57) neoplasia e VIH 1% (n=3). Em 22% (n=70) foi necessário mais de um ciclo de antibioterapia, administrada durante 10,7 dias, em média, por doente. A antibioterapia foi dirigida por teste de sensibilidade em hemoculturas e cultura de secreções brônquicas em apenas 5% (n=16). *Streptococcus pneumoniae* e *Staphylococcus aureus* foram os agentes mais frequentemente isolados. Obteve-se uma média de internamento de $19,03 \pm 16,76$ dias e uma taxa de mortalidade de 21,6% (n=65). Verificou-se que 54% (n=171) dos doentes apresentavam um CURB-65 superior ou igual a 3, sendo que neste grupo a idade média era comparativamente superior (88 vs 66 anos) e a taxa de mortalidade substancialmente maior (30% vs 9%).

Conclusões

Em linha com a estatística da DGS, os doentes internados neste Serviço de Medicina com diagnóstico de Pneumonia apresentaram uma idade média elevada, presença de múltiplas comorbilidades e uma taxa de mortalidade elevada. A antibioterapia dirigida foi utilizado numa percentagem muito reduzida dos casos. O CURB-65 constituiu um preditor útil e prático para avaliar a gravidade e mortalidade do doente com pneumonia.

Estes resultados reforçam a importância da abordagem célere, assertiva e integradora de comorbilidades, nos doentes com Pneumonia.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno C 9:15 - 10:45

CO078

1017 INFECÇÃO POR INFLUENZA NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA EM 2017/2018

Inês SF da Silva, Beatriz Valente Silva, Marco Lopes Pires, Ana de Matos Valadas, Sofia Antunes Duarte, Daniel Costa Gomes

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Introdução

A infeção por vírus Influenza A ou B causa uma doença respiratória aguda que apesar de ser frequentemente auto-limitada, tem maior risco

de declínio funcional, complicações e morte em idosos e doentes com comorbilidades. Nos climas temperados ocorrem surtos anuais durante o Inverno. A vacinação anual é uma importante medida de saúde pública para prevenir a infeção e diminuir a mortalidade. Em Portugal, na época 2017/2018 houve uma taxa de cobertura elevada (1,2 milhões de vacinados).

Objetivos: Estudar e caracterizar a população internada com infeção por vírus Influenza, numa enfermaria de Medicina de um hospital terciário num período de 6 meses que inclui o período epidémico.

Material e métodos: estudo retrospectivo, através da consulta do processo clínico e do registo de saúde eletrónicos, de doentes internados num serviço de Medicina Interna. Foram incluídos os doentes internados de Novembro de 2017 a Abril de 2018, correspondente à época sazonal de gripe 2017/2018 em Portugal. Seleccionados os doentes com diagnóstico de infeção por influenza no período definido, tendo sido analisados os dados clínicos, da vacinação, complicações e mortalidade.

Resultados: Foram incluídos 30 doentes, 63% mulheres, com idade média de 74 ± 19 anos (80% com idade ≥ 65 anos). A maioria foi internada entre Janeiro e Fevereiro de 2018 (73%), sendo a quase totalidade proveniente de domicílio próprio (83%). 63% dos casos provocados por Influenza B, 37% por Influenza A, e destes, 46% H1N1 e 36% H3N2; 36% não vacinados, 13% vacinados e 50% com vacinação desconhecida. 60% dos residentes em lar não se encontravam vacinados. Verificaram-se 3 casos de pneumonia primária a Influenza e sobreinfeção bacteriana em 83% dos casos, sendo que destes últimos, 80% apresentavam ≥ 1 comorbilidade (Insuficiência Cardíaca (IC), Neoplasia, Diabetes Mellitus (DM) ou Doença Respiratória (DR)). Sem casos de miocardite, rabdomiólise, encefalite e mio/pericardite. A mortalidade foi de 3,3% (1 caso).

Conclusões: A predominância de infeção por vírus Influenza B na época 2017/2018 e preponderância de internamentos nos meses de Janeiro e Fevereiro, que corresponde ao pico da gripe, está de acordo com os dados publicados pela DGS-INSa. A maioria dos doentes internados teve como complicação a sobreinfeção bacteriana e associaram-se a comorbilidades como IC, Neoplasia, DM ou DR, o que sustenta a base de recomendação vacinal. Como limitações deste estudo destaca-se a reduzida amostra que não permite obter conclusões sobre o impacto da vacinação na mortalidade e o número significativo de doentes com estado de vacinação desconhecido.

É imperativa a vacinação contra o vírus Influenza uma vez que poderá ter impacto não só na diminuição de complicações como na diminuição do número de internamentos. Assim, é necessário

melhorar a taxa de vacinação nos grupos de risco.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno C 9:15 - 10:45

CO079

371 ESTUDO DE CAUSAS DE HEMOPTISES NUM HOSPITAL NÃO CENTRAL

Eduarda Alves, Florisa González, Ana Castro, Conceição Viegas, Mário Lázaro

Centro Hospitalar Universitário do Algarve

INTRODUÇÃO

Hemoptise é a expulsão de sangue proveniente das vias respiratórias inferiores, mais frequentemente na forma de tosse com eliminação de sangue ou saída de secreção pulmonar com sangue.

MATERIAL E MÉTODOS: Analisamos uma amostra de 103 doentes com diagnóstico de hemoptises internados no internamento de Medicina Interna e aqueles seguidos na consulta de Pneumologia entre janeiro de 2012 e junho de 2017.

OBJETIVO: Determinar as principais causas de hemoptises em doentes internados num Serviço de Medicina Interna e na consulta de Pneumologia.

RESULTADOS: As infeções foram a principal causa de hemoptises (40%), a maioria delas relacionadas com bronquiectasias (26%). A principal causa não infecciosa foram as neoplasias (26%), das quais neoplasia pulmonar (20%) e metástases pulmonares (6%) de tumores extra-pulmonares. Em relação ao volume, as hemoptises de pequeno volume, diagnosticadas em 97.9% na consulta de Pneumologia e 96.3% no internamento de Medicina, foram as mais encontradas.

Verificou-se predomínio do sexo masculino (n=60, 58%), média de idades de 63.9 anos e 26.8% com tabagismo ativo e 16.5% ex-fumadores. 81.4% dos doentes realizaram broncofibroscopia.

CONCLUSÃO: A incidência de hemoptises é influenciada por vários fatores, entre eles, a área geográfica do estudo, bem como a instituição onde é realizada a pesquisa. Neste caso, num hospital distrital com internamento geral de Medicina Interna e Pneumologia apenas com vertente de ambulatório, as hemoptises continuam a ser uma importante causa de internamento e motivo de consulta de Pneumologia. As causas infecciosas, na nossa amostra, foram as mais frequentes, seguidas das neoplasias. Podemos concluir que as hemoptises são um sinal comum e inespecífico, ocorrendo numa grande variedade de doenças. A identificação da etiologia das hemoptises e sua classificação quanto ao volume têm um papel fundamental na definição do tratamento a ser instituído e na necessidade ou

não de internamento. Essa manifestação sempre requer investigação, ainda que a quantidade de sangue eliminada seja pequena.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno C 9:15 - 10:45

CO080

1026 RENTABILIDADE DOS EXAMES CULTURAIS NAS INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS

Diogo Costa Santos, Dora Lameiras, Joana Vaz, Graça Lérias, Isabel Madruga

Hospital de Egas Moniz - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

Introdução

As infeções respiratórias representam um desafio pelas limitações dos exames diagnósticos disponíveis e importância da instituição precoce de antibióticos. Os exames culturais constituem um auxiliar na orientação terapêutica, recomendados em casos de gravidade com indicação para internamento hospitalar.

Objetivo: Avaliar a rentabilidade dos exames culturais obtidos em doentes com infeções do trato respiratório com critérios de internamento.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo de doentes com diagnóstico de saída de pneumonia ou traqueobronquite aguda, internados num serviço de Medicina entre Outubro e Dezembro de 2018, avaliando-se amostras de expectoração, hemoculturas e pesquisa de antígenos urinários colhidas previamente ao início de antibióticos.

Resultados: Incluídos 57 doentes com média de idades de 83,2 anos e diagnóstico de infeção respiratória, dos quais 61% (n=35) com pneumonia e os restantes 39% (n=22) com traqueobronquite aguda. Foram colhidas amostras de expectoração para estudo microbiológico em 39% dos doentes (n=22), correspondendo a 43% (n=15) de todos os doentes com pneumonia e a 32% (n=7) dos doentes com traqueobronquite aguda. Na pneumonia foram obtidos isolamentos microbacteriológicos em 60% (n=9) das amostras colhidas, correspondendo a identificação de agente etiológico em 26% de todas as pneumonias internadas no serviço. Na traqueobronquite aguda foram obtidos isolamentos culturais em 43% (n=3) das amostras colhidas, correspondendo a uma identificação bacteriológica em 14% de todas as traqueobronquites agudas internadas no serviço. Hemoculturas foram colhidas em 35% das infeções respiratórias (n=20), mais precisamente em 37% (n=13) dos

casos de pneumonias e em 32% (n=07) de todas as traqueobronquites agudas. Na pneumonia foram obtidos isolamentos microbacteriológicos em 23% (n=3) das hemoculturas colhidas, correspondendo a identificação de agente etiológico em 9% de todas as pneumonias internadas no serviço. Na traqueobronquite aguda obteve-se isolamentos culturais em 14% (n=1) das amostras colhidas, com isolamento bacteriológico em 4% de todos os casos de traqueobronquite aguda. Adicionalmente foram pesquisados antigénios urinários (*Streptococcus pneumoniae* e/ou *Legionella pneumophila*) em 40% (n=23) dos doentes com diagnóstico de infecção respiratória, sendo mais frequente a pesquisa de antigénios para ambos os agentes (70%, n=16). Foram obtidos resultados positivos para *S. pneumoniae* em 13% (n=3) das amostras e nenhum caso positivo para *Legionella*.

Conclusões: A percentagem de isolamento etiológicos em amostras de expectoração demonstra a fraca sensibilidade e dificuldade na sua adequada aquisição. O número de isolamentos em hemoculturas reitera estudos prévios que sugerem colheitas apenas em apresentações mais graves. Os resultados da pesquisa de antigénios urinários para *S. pneumoniae* foram inferiores ao esperado do patógeno mais frequentemente associado a hospitalizações por pneumonia.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno C 9:15 - 10:45

CO081

1238 DERRAME PLEURAL ESQUERDO - QUE DIAGNÓSTICOS?

Mariana Rebordão Pires, Hugo Pêgo, Fernando Martos Gonçalves, José Lomelino Arújo

Hospital Beatriz Ângelo / IPO Coimbra

Introdução

O derrame pleural (DP) é uma entidade frequente com múltiplas causas identificadas, desde patologia pulmonar intrínseca, a doenças sistémicas. Pode ser bilateral ou unilateral, podendo a lateralidade ter implicações diagnósticas específicas. O DP esquerdo (DPE) é motivo de considerável número de internamentos hospitalares.

Objetivo: Caracterizar a subentidade DPE durante o ano de 2018 num hospital. Propor uma abordagem diagnóstica específica.

Material e métodos: Foram analisadas retrospectivamente os doentes internados com DP durante o ano 2018, no total de 170 doentes. Foram excluídos os diagnósticos de DP bilateral, DP direito e DP associado a neoplasia pulmão já conhecida. A amostra final foi de 23 doentes com

DPE. Estes doentes foram classificados quanto aos seus dados demográficos (idade, sexo e autonomia), apresentação clínica, presença de fatores de risco/antecedentes relevantes. O líquido pleural foi estudado quanto às suas características - coloração, populações celulares, citologia, exames culturais. Foram ainda realizados outros exames complementares de diagnóstico - biópsias pleurais, tomografia computadorizada (TC) do tórax, biópsia transtorácica (BTT).

Resultados: A dor torácica tipo pleurítica foi o sintoma de apresentação mais frequente, que ocorreu em 57% dos casos. O DPE em 87% dos casos apresentou características de exsudado, segundo os critérios de Light. Os restantes 13%, apresentaram características de transudado, associados à insuficiência cardíaca descompensada. Identificaram-se 3 grandes grupos etiológicos associados ao DPE: (1) parapneumónico - 8 doentes (3 mulheres, 5 homens), idade média 68 anos; (2) tuberculose - 5 doentes (2 mulheres, 3 homens), idade média 45 anos; (3) neoplásico - 4 doentes (2 mulheres, 3 homens), idade média 82 anos. O DPE parapneumónico foi a entidade mais frequente, seguida de DPE associada à tuberculose pleural e/ou pulmonar. A biópsia pleural revelou-se uma técnica fundamental no diagnóstico do DPE associado à tuberculose, revelando granulomas com/sem necrose em 100% dos casos, correlacionando-se com elevados valores de ADA. Pelo contrário, os exames culturais para BK do líquido pleural revelaram-se negativos em 100% dos casos. O DPE neoplásico esteve na maior parte dos casos associado a adenocarcinoma do pulmão, sendo a citologia do líquido pleural relevante neste contexto, com positividade para células neoplásicas em 50% dos casos. A análise das populações celulares do líquido pleural mostrou-se importante na distinção entre DPE infeccioso vs neoplásico. A TC tórax foi realizada em 83% dos doentes, a broncofibroscopia apenas em 13% e a BTT em 4%.

Conclusões: O DPE teve na maioria dos casos, características de exsudado, estando habitualmente associado a uma etiologia infecciosa (pneumonia / tuberculose) ou neoplásica. Este trabalho poderá assim contribuir para a proposta de um modelo algoritmo diagnóstico na abordagem DPE.

24 DE MAIO DE 2019**Sala Neptuno C 9:15 - 10:45****CO082****1804 FATORES DE RISCO DE PNEUMONIA ASPIRAÇÃO NUM SERVIÇO DE MEDICINA – ESTUDO RETROSPECTIVO**

Martins, Francisca; Martins, Miguel; Mesquita, António; Queirós, João; Ferrão, Joana; Piteira, Teresa; Nunes, Miguel; Malheiro, Rui

Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Central - Medicina 3.2 – Hospital Santo António dos Capuchos

Introdução

A Pneumonia por aspiração (PA) é uma entidade distinta das outras síndromes de pneumonias, que ocorre com maior frequência em doentes com múltiplas comorbilidades ou em doença aguda que altere o status funcional global. A PA condiciona uma morbi-mortalidade significativa. Diversos estudos foram realizados no sentido de perceber os fatores de risco e as formas de prevenção da mesma.

Objetivo: Analisar os factores de risco clínicos e farmacológicos para ocorrência de PA antes e/ou durante o internamento num serviço de medicina. Finalmente, pretendeu-se resumir as evidências atuais em torno dos riscos e prevenção da PA.

Materiais e métodos: Estudo coorte, retrospectivo, unicêntrico, em doentes internados em enfermaria de medicina interna por pneumonia durante um período de 12 meses, identificando factores de risco, nomeadamente disfagia prévia, uso de fármacos sedativos, alteração do estado de consciência e PA documentada. Foram excluídos os doentes com pneumonia nosocomial.

Resultados: Dos 154 doentes avaliados, 124 com pneumonia adquirida na comunidade (PAC). Dos 30 doentes em que ocorreu PA, 18 doentes tinham diagnóstico à admissão e 12 desenvolveram durante o internamento. Por comparação dos dois grupos (PAC e PA), identificaram-se como principais factores de risco para PA: disfagia prévia (Odds Ratio (OR) 5,62); desnutrição (OR 3,29); alteração do estado de consciência (OR 2,83), alcoolismo crónico (OR 2,66) e doença neurológica (OR 1,42). Destacou-se ainda neste grupo, maior percentagem de doentes sob medicação antipsicótica e sedativa (benzodiazepinas). Nenhum dos doentes com factores de risco para PA e prescrição formal de elevação da cabeceira, teve PA documentada.

Conclusões: A pneumonia por aspiração é uma doença com fisiopatologia distinta, amplamente dependente do contexto clínico do doente. Os fatores de risco devem ser identificados à entrada do internamento de forma a adotar medidas

protetoras. Diversas medidas podem ajudar a prevenir a PA, nomeadamente dietas adaptadas para disfagia, higiene oral, alimentação por tubo pós-pilórico e elevação da cabeceira.

24 DE MAIO DE 2019**Sala Neptuno C 9:15 - 10:45****CO083****2124 FIBROSE QUÍSTICA – EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA**

Célia Maia Cruz, Fabienne Gonçalves, Telma Barbosa
Centro Hospitalar do Porto

Introdução

A Fibrose Quística (FQ) é uma doença autossómica recessiva causada por mutações no cromossoma 7 que codifica a proteína reguladora da condutância transmembrana (CFTR). Tendo uma manifestação multissistémica tem impacto relevante na capacidade funcional, qualidade e esperança média de vida e requer cuidados complexos e multidisciplinares.

Objetivo: Caracterização da população com FQ, acompanhada num centro de referência (CR) de um hospital terciário português, desde 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2018.

Material e métodos: Análise retrospectiva de uma coorte de 53 pessoas com FQ seguidas num CRFQ de um hospital no norte de Portugal referenciados através do rastreio neonatal, cuidados de saúde primários ou outras consultas hospitalares.

Resultados: Das 53 pessoas com FQ seguidas no centro de referência 28 (53%) são do sexo masculino, variando as idades entre um e 47 anos, com uma média de 16 anos, mas uma tendência para um aumento na população de adultos. Esta mudança demográfica tem sido já descrita na literatura preconizando-se que os CR providenciem instalações e cuidados médicos apropriados à idade de cada doente. Actualmente, no nosso CRFQ 36 pessoas com FQ (68%) são avaliadas na Unidade Pediátrica e 17 (32%) na Unidade de Adultos. Como forma de facilitar a transição entre as duas unidades o CRFQ elaborou um protocolo de transição para adolescentes entre os 16 e 18 anos que permite, entre outros, consultas conjuntas com as equipas de ambas as unidades.

O risco de colonização das vias aéreas por patógenos está aumentado nas pessoas com FQ e, destes, a pseudomonas é o microrganismo mais frequentemente isolado surgindo em 47% (n=8) da população adulta. Uma vez estabelecido na via aérea a sua eliminação é difícil e associa-se a maior declínio na função pulmonar justificando a

segregação dos doentes.

Relativamente às mutações quatro pessoas não tinham mutações causadoras da doença identificada apesar de preencherem critérios clínicos e pela prova do suor para diagnóstico de FQ. Em dois doentes apenas foi identificada a mutação num dos alelos. A mutação mais vezes identificada foi a deleção para o codão da fenilalanina na posição 508 (deltaF508) estando presente em 39 (74%) dos doentes e destes 29 eram homozigóticos para esta mutação. Encontram-se neste momento sob fármacos modeladores da CFTR 8 doentes (15%) dos quais três adultos e cinco pediátricos. São ainda seguidos quatro doentes adultos após transplante bipulmonar, encontrando-se referenciados para transplante pulmonar dois adultos e duas crianças.

Conclusões: A FQ é uma doença crónica potencialmente fatal e, até ao momento, incurável. O diagnóstico precoce, a adequada e atempada referência para unidades especializadas multidisciplinares permitem, no entanto, obter melhoria significativa da capacidade funcional, qualidade de vida e sobrevida dos doentes.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Sala Fénix A 14:30 - 16:00

Doente geriátrico

CO005

1192 INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS DURANTE UM INTERNAMENTO DE ORTOGERIATRIA E O SEU IMPACTO NA MORTALIDADE DURANTE 3 ANOS DE ACTIVIDADE

Pedro Magalhães, Gabriel Atanásio, Ema Neto, Filipa Sousa, Tiago Fernandes, Agripino Oliveira, Rafaela Veríssimo

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho

INTRODUÇÃO

As unidades ortogeriátricas são um passo em direcção ao futuro no cuidado de um grupo muito específico e frágil de doentes idosos e com fractura femoral que necessitam de cirurgia e a colaboração da Medicina Interna nesses internamentos é essencial.

OBJETIVO: Avaliar a mortalidade de doentes submetidos a cirurgia ortopédica e identificar factores de descompensação aguda durante o internamento preditores de mortalidade a longo prazo.

MÉTODOS: Estudo prospetivo de doentes com mais de 65 anos, internados entre Janeiro de 2016 e Dezembro de 2018, após cirurgia de correcção de fractura proximal do fémur, num internamento

com decisão partilhada entre as especialidades de Ortopedia e Medicina Interna. Foi consultado o processo clínico electrónico relativamente a intercorrências agudas no internamento pós-cirúrgico e datas de óbito. Os resultados foram comparados através de regressão de Cox e curvas de sobrevivência de Kaplan-Meier.

RESULTADOS: Foram avaliados 338 doentes, com média de idades $83,98 \pm 7,05$ anos, predomínio feminino (80,8%). Mediana de seguimento dos doentes de 550 dias. Mortalidade no internamento foi de 2,6% (n=9) e em ambulatório 22,8% (n=77); As complicações agudas mais frequentes durante o internamento, com impacto na mortalidade a longo prazo foram infecções das vias respiratórias (HR 3,407; $p < 0,001$) e lesão renal aguda (HR 2,775; $p = 0,025$). Outras complicações frequentes, mas sem impacto estatisticamente significativo na mortalidade da amostra incluíram: infecções do tracto urinário ($p = 0,415$), distúrbios hidroelectrolíticos ($p = 0,709$), insuficiência cardíaca descompensada ($p = 0,336$) e tromboembolismo venoso ($p = 0,296$).

CONCLUSÃO: Os doentes idosos, com fractura proximal do fémur são indivíduos de risco significativo para desenvolvimento de comorbilidades e mortalidade. É essencial reconhecer determinantes que impliquem seguimento e vigilância mais exaustivos. Este estudo conclui que aqueles diagnosticados com infecção da via aérea inferior ou lesão renal aguda durante o internamento pós-cirúrgico, estão associados a maior mortalidade, e que este efeito se estende para além do momento da alta, sendo notáveis divergências nas curvas de sobrevivência até pelo menos 3 anos de seguimento. Como tal, propomos que estes doentes sejam submetidos a uma vigilância mais estreita e um seguimento médico mais frequente.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Pégaso 15:00 - 17:00

CO034

623 DESPRESCRIÇÃO EM DOENTES TOTALMENTE DEPENDENTES, APÓS EPISÓDIO DE INTERNAMENTO. QUE REALIDADE?

Jorge Rodrigues, Ana Oliveira, Ana Sá, Luís Dias, Marta Mendes, Ana Mosca, Inês Gonçalves, Joana Morais, Paulo Medeiros, Barbara Ribeiro, Laura Costa, André Santa Cruz, Carlos Capela

Serviço de Medicina Interna, Hospital de Braga

Introdução

No mundo ocidental, estima-se que cerca de 30% dos adultos com mais de 65 anos de idade tenha cinco ou mais medicamentos na sua terapêutica

habitual. Embora a polipragmasia possa ser necessária, esta aumenta o risco de efeitos adversos. Nos doentes idosos, classificados como totalmente dependentes, com doenças em estádios terminais, com índices de fragilidade elevados, a redução racional da terapêutica habitual é uma medida suportada por vários estudos. Com efeito, a desprescrição é definida como o processo sistemático de identificação e descontinuação de medicamentos nas situações em que os riscos de lesão superam os benefícios para determinado doente, tendo em conta os objetivos individuais do tratamento, o estado funcional do doente, a expectativa de vida, os valores e as preferências dos doentes. Objetivo: Comparar o número de substâncias ativas na terapêutica habitual dos doentes, na admissão ao internamento num serviço de Medicina Interna, com o número de substâncias ativas no plano terapêutico proposto à data da alta hospitalar, nos doentes idosos classificados como totalmente dependentes para as atividades de vida diária. Métodos: Estudo observacional retrospectivo, de base transversal, realizado sobre a população de doentes internados num serviço de Medicina Interna, entre janeiro e dezembro de 2018, com idade superior ou igual a 80 anos, classificados como totalmente dependentes segundo a escala modificada de Barthel.

Resultados: Dos 1707 episódios de internamento analisados, foram identificados 215 doentes que obedeciam aos critérios de inclusão. O número médio de comorbilidades identificadas por doente foi de 6,9 (DP 2,7). Registou-se que o número médio de substâncias ativas na terapêutica habitual na admissão ao internamento foi de 7,6 (DP 3,7). Já quando analisado o número de substâncias ativas propostas para a terapêutica habitual na data da alta do internamento, verificou-se uma média de 7,5 (DP 3,4), não existindo diferenças estatisticamente significativas ($t(214) = 0,411$, $p = 0,682$, $d = -0,027$) entre o número de substâncias ativas na admissão e na data da alta. Ao restringirmos a análise aos doentes com idade superior ou igual a 90 anos ($n = 73$), verificamos que número médio de substâncias ativas na admissão ao internamento foi de 6,5 (desvio padrão 3,1) e o número médio de substâncias ativas propostas para a terapêutica habitual na data da alta foi de 6,6 (desvio padrão 3,0), não existindo mais uma vez diferenças estatisticamente significativas ($t(72) = 0,224$, $p = 0,824$, $d = 0,032$).

Conclusões: A desprescrição terapêutica ainda não é uma realidade praticada na população de doentes analisada. Sabemos que o número de substâncias ativas na terapêutica habitual dos doentes é o fator preditor singular mais importante de risco de iatrogenia. Com efeito, importa avaliar a possível existência de barreiras à realização da desprescrição, por parte dos médicos, dos doentes e dos familiares e/ou dos cuidadores.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Pégaso 15:00 - 17:00

CO035

843 ANEMIA EM MULHERES IDOSAS COM FRACTURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO FÉMUR: ESTUDO RETROSPECTIVO NUMA UNIDADE DE ORTOGERIATRIA

Cristina Carvalho Gouveia, Sofia Duque, Ana Lopes Santos, José Guimarães Consciência, Luís Campos
Hospital de São Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Introdução

A anemia é comum no idoso e está associada a elevada morbimortalidade em situações cirúrgicas. A perda mais acelerada de densidade óssea nas mulheres poderá justificar o facto da maioria das fracturas da extremidade proximal do fémur (FEPF) ocorrerem neste sexo. Tem sido demonstrado que a anemia em idosos com FEPF está associada a maior morbilidade, tempo de internamento, mortalidade e taxa de readmissão hospitalar.

Objectivo

Determinar se a existência de anemia à data de admissão hospitalar se associa a pior estado funcional prévio e a maior tempo de internamento, morbilidade e mortalidade na população feminina internada por FEPF.

Métodos

Estudo retrospectivo das doentes internadas entre Junho de 2016 e Agosto de 2017 (15 meses). Definidos 2 grupos de doentes: A – mulheres com anemia ($Hb < 12g/dL$) e B – mulheres sem anemia ($Hb \geq 12g/dL$).

Resultados

Incluídas 193 doentes. 41.4% tinham anemia à admissão. O grupo A apresentou, em comparação com o grupo B: idade média superior (85.7 vs B: 82.7 anos), índice de Barthel médio inferior (78.2 vs B: 85.0 pontos) e Cumulative Illness Rating Scale-Geriatrics médio superior (9.14 vs B: 8.4 pontos). O grupo A apresentou maior tempo de internamento (18.8 vs B 16.4 dias) e de espera por cirurgia (4.4 vs B: 4.1 dias), menor recuperação da capacidade de marcha após a alta (2.9 vs B: 6.6%) e maior mortalidade hospitalar (6.3% vs B: 2.6%). Quanto mais grave a anemia ($Hb < 10g/dL$), maior foi o tempo de internamento (25.9 vs 16.3 dias), menor a recuperação da capacidade de marcha após a alta (0 vs 3.8%) e maior a mortalidade (5.1 vs 9.5%).

Conclusões

Neste estudo, a incidência de anemia à admissão

nas mulheres foi elevada. A anemia pareceu estar associada a maior grau de dependência nas actividades de vida diárias e maior número de comorbilidades previamente à admissão hospitalar. As doentes com anemia tiveram tempo de internamento e de espera por cirurgia superiores, bem como menor capacidade de marcha autónoma após a alta e maior mortalidade. Contudo, a evidência existente não é clara quanto ao impacto prognóstico do tratamento da anemia, sendo necessários mais estudos.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Pégaso 15:00 - 17:00

CO036

847 POLIMEDICAÇÃO NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA: UM ESTUDO RETROSPECTIVO

Cristina Carvalho Gouveia, Mafalda Miranda Baleiras, Sofia Duque, Luís Campos

Hospital de São Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Introdução

O envelhecimento da população está associado ao aumento da prevalência de doenças crónicas, tendo a prescrição medicamentosa um papel essencial na abordagem destes doentes. Contudo, os riscos associados à polimedicação, nomeadamente efeitos adversos dos fármacos, interacções medicamentosas e diminuição da adesão terapêutica podem interferir negativamente na vida dos doentes, pelo que devem ser cuidadosamente analisados.

Objectivo

Avaliação de doentes internados numa enfermaria de Medicina Interna e comparação de doentes polimedicados com doentes não polimedicados, relativamente a estado funcional prévio, número de complicações e mortalidade durante o internamento.

Métodos

Estudo retrospectivo dos doentes internados de Janeiro a Março de 2017. Foram definidos dois grupos de doentes, de acordo com o número de medicamentos à data de admissão hospitalar: grupo A – sem polimedicação (menos de 6 medicamentos) e grupo B – com polimedicação (6 ou mais medicamentos).

Resultados

Incluídos 262 doentes. 55.7% estavam polimedicados. O número médio de medicamentos à data de admissão no grupo A foi 3.2 e no grupo

B 9.4. Os medicamentos mais prescritos no grupo B foram: inibidores da enzima conversora da angiotensina e antagonistas dos receptores da aldosterona (66%), inibidores da bomba de protões (61%), antidiuréticos (57%), diuréticos (51%) e antiagregantes plaquetários (45%). Os doentes do grupo B apresentaram: idade média superior (79.0 vs A: 71.5 anos), índice de Charlson médio superior (5.5 vs A: 4.0 pontos) e maior percentagem de doentes provenientes de lar (17.5% vs A: 3.5%). De acordo com a avaliação funcional sumária, os doentes do grupo B apresentaram maior prevalência de dependência funcional (59.7 vs 32.5%). Durante o internamento, o grupo B apresentou maior número médio de complicações (1.9 vs A: 1.1), maior incidência de delirium (6.2 vs A: 1.7%) e maior taxa de mortalidade (14.4% vs A: 12.9%). Adicionalmente, 2.1% dos doentes do grupo B tiveram como diagnóstico secundário iatrogenia medicamentosa (vs A: 0%). À data de alta, o número médio de medicamentos no grupo A foi 4.8 e no grupo B 9.8.

Conclusões

Neste estudo, a polimedicação foi frequente e pareceu estar associada a maior grau de dependência nas actividades de vida diárias e a maior número de comorbilidades e de institucionalização prévia dos doentes. O grupo polimedicado apresentou maior número médio de complicações e maior incidência de delirium e de iatrogenia medicamentosa durante o internamento. Adicionalmente, a prevalência de polimedicação aumentou desde a admissão até à alta. É essencial uma revisão criteriosa da medicação dos doentes, constituindo o internamento uma boa oportunidade para o realizar.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Pégaso 15:00 - 17:00

CO037

981 AVALIAÇÃO DA PRESCRIÇÃO POTENCIALMENTE INAPROPRIADA EM DOENTES IDOSOS INTERNADOS NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA: ESTUDO RETROSPECTIVO

Mafalda Miranda Baleiras, Cristina Carvalho Gouveia, Sofia Duque, José Guia, Luís Campos

Serviço de Medicina Interna, Hospital São Francisco Xavier - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

Introdução

Portugal é o quarto país da União Europeia com maior proporção de idosos. O envelhecimento da população, a par do aumento de doenças crónicas e comorbilidades, pressupõe a utilização de múltiplos

fármacos. A polimedicação (6 ou mais fármacos) é um factor de risco para prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados (MPI). Entende-se como MPI aqueles cujo risco de utilização suplanta o potencial benefício terapêutico. Mundialmente, a sua prevalência na população idosa é estimada entre 12 e 40%.

Objectivo: Analisar a prevalência de polimedicação e MPI na população idosa em regime de ambatório.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes com idade igual ou superior a 65 anos internados numa enfermaria de Medicina Interna de Janeiro a Agosto de 2018. Foi analisada a terapêutica de ambatório e identificados MPI, segundo os critérios de Beers de 2015.

Resultados: Foram incluídos 104 doentes, com idade média de 78,5 anos. O número médio de medicamentos por doente à data de admissão foi de 8,3. O tempo médio de internamento foi de 12,8 dias. A polimedicação foi identificada em 78 casos (75%). A prevalência de MPI foi de 73%. As classes farmacológicas de MPI mais prescritas foram inibidores de bomba de protões (IBP, 46%), benzodiazepinas (BZD, 28%) e antipsicóticos (22%). Verificou-se associação entre a polimedicação e a presença de MPI; dos 76 doentes com MPI, 63 (84%) tinham prescritos 6 ou mais medicamentos no momento de admissão. À data de alta, o número médio de medicamentos por doente foi de 9, num universo de 85 pessoas - faleceram 19 indivíduos durante o trabalho de campo.

Conclusões: A prevalência de MPI neste estudo está acima da que é reportada mundialmente. Os MPI neste grupo etário são responsáveis pelo acréscimo de reacções medicamentosas adversas, da probabilidade de hospitalizações e do tempo de internamento. Dentro dos efeitos indesejáveis, destacam-se o aumento do número de quedas e, subsequentemente, de fracturas associadas às BZD. Do mesmo modo, alguns estudos atribuem o desenvolvimento de demência ao uso crónico de IBP. Os critérios de Beers facilitam a prescrição no idoso sugerindo fármacos a evitar e indicando alternativas terapêuticas mais seguras. Assim, seria desejável o treino na aplicação dos critérios de Beers e a construção de ferramentas informáticas para a sua operacionalização na prática clínica. Apesar destes critérios terem sido elaborados inicialmente para a população idosa, doentes jovens com multimorbidade podem também beneficiar da sua aplicação.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Pégaso 15:00 - 17:00

CO038

1035 UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPRIADOS NO IDOSO – CRITÉRIOS DE BEERS

Catarina Nóbrega, Margarida Temtem, Miriam Capelo, Filipe Pernet, Rubina Miranda, Maria da Luz Brazão
Hospital Central do Funchal

INTRODUÇÃO

A proporção mundial de pessoas com mais de 65 anos tem vindo a aumentar exponencialmente nas últimas décadas e, consequentemente o aumento das doenças crónicas e a necessidade de utilização de medicamentos continuamente. Uma vez que o envelhecimento favorece a redução da segurança terapêutica existem atualmente várias ferramentas desenvolvidas com o propósito de identificar o uso de medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) nos idosos. Um dos exemplos, são os critérios de Beers constituídos por uma lista de medicamentos cuja utilização deve ser evitada no doente geriátrico. **OBJETIVO:** Avaliar a prevalência do uso de MPI no idoso, averiguar quais os medicamentos mais frequentemente prescritos e analisar a existência de repercussões na saúde do doente geriátrico. **MATERIAL E MÉTODOS:** Análise retrospectiva, observacional e descritiva dos doentes, com idade igual ou superior a 65 anos, internados numa enfermaria de um Serviço de Medicina Interna no dia 13 fevereiro de 2019. Foram analisados os processos clínicos quanto aos MPI no idoso estudados segundo os critérios de Beers publicados em 2015 operacionalizados para Portugal. **RESULTADOS:** Foram incluídos 94 doentes, 64,89% do sexo feminino. A média de idades foi de 81,43 anos. Foi feita prescrição de MPI em 62,77% dos doentes, sendo que 67,80% destes correspondiam a medicação de ambatório do doente, 38,20% dos doentes estavam medicados apenas com um MPI, 12,7% tinham prescritos dois MPI. Em 7,44% dos doentes foi feita prescrição de MPI para determinadas patologias e em 4,26% dos doentes não foi feito ajuste da dose do fármaco à função renal. Os inibidores da bomba de protões e digitálicos foram os MPI mais prescritos seguidos dos anti-histamínicos de 1ª geração e benzodiazepinas de ação intermédia. Dos fármacos a serem evitados em determinadas patologias destacam-se o donepezilo e verapamilo. Foram registados efeitos adversos em 8,47% dos doentes sendo os mais frequentes, o delirium e hiponatremia. **CONCLUSÃO:** Apesar da existência dos critérios de Beers ainda se verifica uma elevada prevalência de prescrição de MPI o que revela um fraco impacto destes critérios e a necessidade de uma maior consciencialização de todos os

profissionais de saúde para este problema.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Pégaso 15:00 - 17:00

CO039

1253 DOR E DELIRIUM NA DEMÊNCIA: UMA ANÁLISE NAS ENFERMIARIAS DE MEDICINA

Ana Ponciano, Ana Margarida Cabral, Bruno Cabreiro, Catarina Faria, José Leite, Célio Fernandes

Serviço de Medicina 2, Centro Hospitalar de Leiria

Introdução:

A prevalência de doentes admitidos em internamento com antecedentes de Demência é elevada e regista nos últimos anos um franco crescimento. Para além disso, este constitui um grupo em risco para Delirium. Em contraste, a avaliação da dor neste grupo de doentes nem sempre é fácil face às suas especificidades, sendo muitas vezes sub-diagnosticada e não tratada adequadamente. Constitui assim, um factor desencadeante importante e mal estudado.

Objectivo:

Avaliar a relação entre dor e delirium em doentes com demência, na admissão e ao longo do internamento.

Material e Métodos:

Estudo de coorte, observacional, prospectivo, incluindo doentes com idade >65 anos com diagnóstico de demência. Foram avaliados presença de delirium com recurso ao Confusion Assessment Method (CAM), dor através da escala Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) e prescrição de analgesia.

Resultados:

Foram incluídos 250 doentes, maioritariamente do sexo masculino. Dor em repouso foi reportada em 45%, e em 10% associava-se ao esforço. Delirium ocorreu em cerca de 2/3 da população em estudo, a maioria do sexo feminino. Destes, cerca de 30% dos que não conseguiam auto-reportar dor, experienciaram dor no internamento. A presença de delirium no internamento era mais provável na população que referia dor em repouso (odds ratio 3.26, intervalo de confiança 95% (IC) 1.03-5.25, p=0.04)

Conclusões:

Dor e delirium co-existir nos doentes com demência admitidos nas enfermarias de Medicina. Os autores identificaram a existência de relação entre dor e delirium na população idosa admitida em

internamento, sugerindo que a dor poderá constituir um factor de risco para delirium. Para uma melhoria na abordagem e tratamento destes casos, reforça-se a importância de avaliação frequente de dor e delirium.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Pégaso 15:00 - 17:00

CO040

1263 FIBRILHAÇÃO AURICULAR NA POPULAÇÃO GERIÁTRICA

Dora Lameiras, Diogo Santos, Joana Alves Vaz, Manuela Zita Veiga, Isabel Madruga

Hospital de Egas Moniz - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

Introdução

A prevalência da fibrilhação auricular (FA) aumenta exponencialmente a partir dos 65 anos. A incidência de FA pode atingir os 10 % em doentes pertencentes ao grupo dos muito idosos (> 80 anos). Segundo alguns autores, este valor pode ser subestimado, uma vez que esta patologia pode, muito frequentemente, ser assintomática.

OBJECTIVO: Estudo retrospectivo que procura caracterizar uma população de doentes internados num Serviço de Medicina Interna (SMI), em idade geriátrica e com diagnóstico FA.

MATERIAL e MÉTODOS: Análise retrospectiva de 59 doentes com diagnóstico de FA, internados num SMI entre Outubro e Dezembro de 2018. Foram colhidos dados demográficos, os doentes estratificados consoante a autonomia (autónomo, parcialmente dependente, totalmente dependente), terapêutica e calculados os riscos trombótico e hemorrágicos associados à FA.

RESULTADOS: Dos 203 doentes internados num período de 3 meses, a idade média da população estudada foi de 79 anos e a mediana de 82 anos. A média de dias de internamento foi de 13 dias. Desta amostra, 59 apresentaram o diagnóstico de FA, três das quais foram diagnosticadas de novo. Cerca de 54% dos pacientes com FA eram mulheres. No total dos doentes internados, 53 eram anticoagulados pelos seguintes diagnósticos FA (90%), Trombose venosa profunda/Tromboembolismo pulmonar (6%) e Flutter auricular (4%). O fármaco mais frequentemente prescrito foi o Apixabano (26%), seguido de Rivaroxabano (23%), Varfarina (19%), Dabigatran (17%), Edoxabano (13%) e Enoxaparina (2%). Mantiveram anticoagulação à data de alta: 37% de doentes totalmente dependentes, 33 % de parcialmente dependentes e 30% eram doentes autónomos. Foi avaliado o risco vs benefício da anticoagulação através das

escalas CHADsVASc2 e HASBLED e o valor médio foi de 5 e 2, respectivamente.

DISCUSSÃO: Na amostra apresentada 95% doentes apresentavam idade superior a 65 anos, 62 % dos quais com idade superior a 80 anos. A média avaliada do risco hemorrágico foi de 2 (risco moderado) e o risco trombótico foi de 4 (risco moderado) podendo concluir-se que baseando nessas ferramentas a decisão de anticoagular pode ser complexa. A população geriátrica está em risco do síndrome de fragilidade, uma condição que se caracteriza por um declínio progressivo, multi-orgânico, configurando vulnerabilidade e susceptibilidade a qualquer alteração ao estado de saúde. A ponderação de anticoagulação é uma decisão desafiante, devendo ser avaliados os riscos inerentes a esta prática clínica – Risco Trombótico VS Hemorrágico, com ferramentas amplamente utilizados como, o CHADsVASc2 e HASBLED, não descurando, a sensatez clínica que é imprescindível para esta tomada de decisão. Esta questão tornar-se-á mais frequente, uma vez que a esperança de média de vida tem vindo a aumentar progressivamente. Embora existam linhas de orientação internacionais disponíveis relativamente a abordagem desta entidade, cada doente apresenta a sua individualidade.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Pégaso 15:00 - 17:00

CO041

1780 RASTREIO DA COGNIÇÃO, FRAGILIDADE E SARCOPENIA NUM EVENTO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Paulo Almeida, João Gomes, Ana Raquel Silva, Ana Araújo, Rafaela Veríssimo

Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução

As Síndromas Geriátricas (SG) são condições de saúde frequentes nos idosos e que são responsáveis por incapacidade funcional, compromisso de autonomia e problemas emocionais e sociais. Os eventos de educação para a Saúde (EES) são oportunidades para a promoção de um envelhecimento ativo e saudável e para o diagnóstico precoce de alterações cognitivas e funcionais, sobretudo em países com índice de envelhecimento elevado como Portugal.

Objetivo: Caracterização sociodemográfica e avaliação da prevalência de deterioração cognitiva (DC), fragilidade e sarcopenia em idosos que participaram num EES intitulado “Festa da Saúde”.

Material e Métodos: Estudo transversal através do rastreio de indivíduos recrutados aleatoriamente, com idade superior a 65 anos e que participaram num

EES realizado durante dois dias. O aconselhamento e promoção de hábitos de vida saudáveis foi realizado por médicos. As SG avaliaram-se através dos seguintes testes: Mini-Exame do Estado Mental (MMSE) para a deterioração cognitiva; questionário PRISMA 7, velocidade da marcha (VM), Timed Up and Go test (TUGT) e força de preensão palmar (FPP) para a fragilidade; e perímetro geminal e braquial para a sarcopenia. Análise estatística com SPSS (v.25.0).

Resultados: Observaram-se 124 indivíduos com idade média $74,5 \pm 6,1$ anos, sendo que 58,9% eram do sexo feminino ($n=73$). Através do MMSE detetou-se DC em 11,8% dos indivíduos com mais de 11 anos de escolaridade ($n=17$; 13,7%) e em 4,9% daqueles com menos de 11 anos de escolaridade ($n=102$; 82,3%). Cerca de 40% dos analfabetos ($n=5$; 4,0%) tinham DC. A velocidade média da marcha foi de $1,1 \pm 0,3$ m/s e 17,7% ($n=22$) dos indivíduos apresentaram VM inferior a 0,8 m/s. O tempo médio do TUGT foi de $9,8 \pm 2,7$ segundos, sendo que 37,1% (46) tiveram TUGT superior a 10 segundos. O valor médio do questionário PRISMA 7 foi de $0,9 \pm 0,8$ pontos e 3,2% (4) pontuaram mais de 3 pontos, considerando-se em risco de fragilidade. O valor médio da FPP foi de $20,4 \pm 7,1$ Kg. Quanto à avaliação da sarcopenia, 5,6% dos indivíduos apresentavam um perímetro braquial inferior a 21 cm, sendo o valor médio de $28,7 \pm 3,3$ cm. Em 12,1% dos indivíduos identificou-se um perímetro geminal inferior a 31 cm e o valor médio foi de $35,2 \pm 3,4$ cm.

Conclusões: A prevalência de DC na amostra analisada (7,3%) corresponde aproximadamente à descrita na literatura. Salienta-se que o rastreio cognitivo permite a identificação de DC e a orientação precoce de mais doentes. De acordo com o PRISMA 7, a fragilidade não foi uma condição prevalente (3,2%). Concomitantemente, a sarcopenia também não foi uma SG prevalente na amostra. Relativamente à prevalência de fragilidade física, realça-se que os dois testes utilizados demonstraram resultados diferentes (VM 17,7% e TUGT 37,1%). Ainda assim considera-se que são eficazes na identificação de indivíduos em risco de redução da performance física. Apesar de existir um viés de seleção no rastreio de indivíduos idosos em EES, existe benefício na sua realização.

23 DE MAIO DE 2019**Sala Pégaso 15:00 - 17:00****CO042****1899 DOR EM INTERNAMENTO – REALIDADE DE UM HOSPITAL PERIFÉRICO**

Frederico Soares da Silva, Dina Rochate, Francisca Pulido Valente, Maria Inês Simões, Svetlana Hhihoryan, Estela Ferrão, Maria José Grade, Helena Rita, Luísa Arez

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE, UNIDADE DE PORTIMÃO - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução

A dor é subjetiva mas passível de objetivação. Reconhecida como o quinto sinal vital, são fundamentais a avaliação e o seu registo, para o tratamento do doente. Estudos mostram que é o principal motivo de ida ao serviço de Urgência, sendo também uma queixa frequente em doentes internados nas enfermarias de Medicina. Além de condicionar um sofrimento evitável, a dor afeta de forma adversa o processo de recuperação, associando-se a um maior número de dias de internamento e a maiores custos. Contudo, poucos estudos se dedicaram à abordagem e avaliação da dor pelos profissionais de saúde. **Objetivo:** Avaliar a prevalência da dor e abordagem terapêutica analgésica nos doentes internados num Serviço de Medicina Interna. **Métodos:** Este estudo observacional transversal avalia 78 doentes internados no Serviço de Medicina Interna no dia 26/01/2019, através da aplicação de um questionário e consulta de registos clínicos. A intensidade da dor foi avaliada pela escala numérica da dor e pela Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD-PT), validada para doentes não colaboradores, inclusive com diagnóstico de demência. A análise estatística foi realizada a partir da base de dados desenvolvida para este estudo. **Resultados:** A média de idades foi de 78 anos, sendo que 85% da população tinha <65. A maioria era do género masculino (57,7%) e a patologia respiratória foi o principal motivo de internamento. Três casos foram internados por dor não controlada. Dos doentes sem demência, 12 tinham dor crónica e 28 apresentavam dor no dia do questionário (45.9%), a maioria do tipo neuropática e com intensidade média de 2. Quatro casos apresentaram dor de intensidade 10/10. Do grupo total analisado, apenas um caso não tinha analgesia prescrita, 77 apresentavam esquema SOS e 15 tinham analgesia fixa, sendo a via de administração endovenosa a mais usada (77,6%). Relativamente ao tipo de analgesia, 87% dos casos estavam medicados com paracetamol, 86,6% em esquema SOS e 13,4% fixa. Os opióides foram prescritos em 18% dos casos, com preferência

por morfina (57,1%), seguida do tramadol. Os registos de enfermagem estavam presentes em 100% dos casos, contrastando com os médicos, apenas em 47,4%. 59% dos doentes notava preocupação do médico com a sua dor. **Conclusão:** A prevalência da dor nos doentes internados é elevada, frequentemente subvalorizada, não existindo muitos estudos sobre o tema. Deve ser combatida a inércia, sobretudo no que concerne ao seu registo em diário clínico e a folha terapêutica deve ser revista persistentemente. Identificaram-se dificuldades na aplicabilidade prática da escala PAINAD-PT, pelo que não se analisaram algumas características da dor nos doentes com demência. Era interessante o desenvolvimento de uma ferramenta de registo contínuo da dor para médicos e, futuramente, alargar este questionário a outros serviços, de modo a perceber qual a sua realidade e contribuir para que este importante sinal vital não seja descurado.

23 DE MAIO DE 2019**Sala Pégaso 15:00 - 17:00****CO043****2149 PRODUTIVIDADE DE UNIDADE DE MEDICINA GERIÁTRICA EM 3 ANOS DE ACTIVIDADE**

Gabriel Atanásio, Pedro Magalhães, Ema Neto, Filipa Sousa, Tiago Fernandes, Rafaela Veríssimo, Agripino Oliveira,

CENTRO HOSPITALAR GAIA-ESPINHO

INTRODUÇÃO

A mudança demográfica verificada nos últimos anos é um desafio para o Serviço Nacional de Saúde. Está identificado que a procura dos serviços de saúde, nos serviços de emergência e hospitalizações, pelos idosos, vem aumentando dia a dia. Seria impensável que o sistema público carecesse de serviços de pediatria, da mesma forma, deve ser assumido em frente à população idosa. Os nossos hospitais públicos não possuem serviços de Geriatria, sendo a Medicina Interna que atende à crescente procura por cuidados para este segmento da população.

OBJETIVO:

Avaliar a produtividade de uma unidade de medicina geriátrica.

MÉTODOS:

Estudo retrospectivo realizado num hospital terciário. A coorte incluiu os doentes admitidos na unidade durante 3 anos. Os dados foram colhidos na base de dados da unidade. Foram registadas características demográficas, epidemiológicas e clínicas. O grau

de dependência foi estratificado pela escala de Katz e mRankim. Utilizou-se a regressão logística para avaliar a mortalidade ajustada para a dependência e diagnósticos mais frequentes.

RESULTADOS:

Foram admitidos 1435 doentes que corresponderam a 1674 episódios de internamento. O sexo feminino teve representação de 65.9%, a média de idade de 84.5 com Percentil 90 de 93 anos e com tempo médio de estadia de 10.7. Em 95.2% a admissão foi pelo serviço urgência, episódios de dependentes foi 85.5% e grandes dependentes de 27.8%. Os diagnósticos mais frequentes durante o internamento foram pneumonias em 22.9%, infeções das vias respiratórias em 16.2% e insuficiência cardíaca congestiva em 14.3%. A mortalidade global foi de 17.7% e encontra-se associada aos dependentes OR= 7.43, e ajustada para os grandes dependentes OR=2.14, e não associada aos diagnósticos mais frequentes.

CONCLUSÃO:

O doente idoso continua a ser indivíduo de risco significativo para a mortalidade associado a um grau de dependência. Este estudo conclui que os diagnósticos mais frequentes são idênticos aos que se encontram nas enfermarias da Medicina Interna, assim como no tempo de estadia.

IMPACTO:

Dada a transição demográfica e a procura pelos serviços de saúde do idoso, e dados os riscos envolvidos numa hospitalização é essencial recuperar e retomar sua rotina de vida mais próximo da sua situação anterior. Para a conservação de funcionalidade e autonomia, torna-se necessário fornecer cuidados de saúde que permite atingir estes objetivos.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Pégaso 15:00 - 17:00

CO044

2172 ALIMENTAÇÃO POR SONDA NASOGÁSTRICA NOS DOENTES COM DEMÊNCIA AVANÇADA

Carolina Silva, Luísa Serpa Pinto, Cristina Torrão, Guiomar Pinheiro, Daniela Barroso, Ana Rita Cruz, Paulo Paiva, João Araújo Correia

Centro Hospitalar Universitário do Porto

INTRODUÇÃO:A prevalência de distúrbios alimentares em doentes com demência avançada é muito elevada e o seu aparecimento traduz uma fase terminal e expectável da doença. A utilização de sonda nasogástrica (SNG) para alimentação destes doentes não está recomendada pelas várias

sociedades de Geriatria, uma vez que não aumenta a sobrevida nem a qualidade de vida destes doentes. Ao contrário daquilo que inicialmente se supunha, a sua eficácia na prevenção de fenómenos aspirativos e úlceras de pressão não é superior à da alimentação oral e acarreta efeitos deletérios, como complicações relacionadas com a própria SNG, desconforto e agitação psicomotora com necessidade de restrição, aumento de secreções orais que podem ser difíceis de gerir e conduzir à aspiração. Contudo, a sua utilização continua a ser uma prática muito comum quer em meio hospitalar quer em ambulatório.

OBJECTIVO:Avaliar a prevalência de uso de SNG para alimentação em doentes com demência avançada após o internamento num serviço de Medicina Interna.

MÉTODOS:Estudo de coorte retrospectivo, com uma amostra aleatória de doentes internados numa enfermaria de Medicina Interna entre 01-01-2018 e 31-12-2018. Foram selecionados os doentes internados em camas escolhidas aleatoriamente numa enfermaria e incluídos para análise os doentes com demência. Os doentes eram classificados como tendo demência avançada se apresentassem demência em estadio Functional Assessment Staging Test (FAST) 7c ou superior.

RESULTADOS:Incluídos 417 doentes internados durante o período do estudo, dos quais 27.1% (n=113) apresentavam demência. Trinta doentes (n=26.5%) apresentavam demência avançada. A maioria eram mulheres (63%, n=19), apresentavam uma idade média 79.8 anos (DP+18.0) e estiveram internados em média 20.1 dias (DP+18.6). A maioria dos doentes apresentava-se em situação de dependência total, com Karnofsky performance status (KPS) médio 27% (DP+8%).

Cerca de 1/4 dos doentes (23%, n=7) apresentavam SNG para alimentação à admissão hospitalar e um apresentava PEG. Os restantes eram alimentados por via oral. Foram efetuados ensinos à família relativamente à administração alimentar nestes doentes e removida SNG em apenas um doente. A mortalidade hospitalar neste grupo foi 33% (n=10).

CONCLUSÕES:Atendendo aos princípios da beneficência, não maleficência e autonomia sobre os quais a prática da medicina se deve reger, a utilização de SNG não pode ser recomendada em doentes com demência avançada e neste coorte apenas ¼ dos doentes apresentavam estes dispositivos à admissão. À data de alta, apenas um doente passou a ser alimentado por via oral, o que traduz, no entender dos autores, a dificuldade dos profissionais e cuidadores em decidir remover este tipo de dispositivos após a sua colocação. A facilitação da alimentação e administração de medicação através da sonda é um dos factores que perpetua a sua utilização, tornando-se necessário

consciencializar os intervenientes dos efeitos deletérios destes dispositivos.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Pégaso 15:00 - 17:00

CO045

2175 MEDICAÇÃO INAPROPRIADA NOS DOENTES COM DEMÊNCIA AVANÇADA

Guiomar Pinheiro, Daniela Barroso, Cristina Torrão, Carolina Silva, Luísa Serpa Pinto, Ana Rita Cruz, Paulo Paiva, João Araújo Correia

Centro Hospitalar Universitário do Porto

INTRODUÇÃO

A demência avançada é uma doença terminal, na qual deve ser privilegiado o tratamento paliativo em detrimento do tratamento curativo, com a finalidade de controlar sintomas, e proporcionar uma melhor qualidade de vida ao doente. No entanto, estudos mostram que estes doentes estão frequentemente polimedicados com 5 a 15 fármacos por dia, muitos deles dirigidos ao tratamento de doenças crónicas. Neste sentido, um painel de especialistas em Geriatria e Cuidados Paliativos definiu uma lista de medicação de benefício questionável nestes doentes, tendo considerado que determinados fármacos nunca são apropriados quer por não apresentarem benefício nestes doentes, quer por serem deletérios na medida em que se associam a efeitos secundários, e representam uma despesa adicional para a família e sistemas de Saúde.

OBJECTIVO: Avaliar a manutenção de terapêutica considerada inapropriada em doentes com demência avançada após o internamento num serviço de Medicina.

MÉTODOS: Coorte retrospectivo, com uma amostra aleatória de doentes internados numa enfermaria de Medicina Interna entre 01-01 e 31-12-2018. Foram incluídos para análise doentes internados em determinadas camas escolhidas aleatoriamente numa enfermaria e seleccionados aqueles com demência. Consideradas terapêuticas inapropriadas (segundo painel de especialistas referido) os antilipídicos, antiagregantes que não a aspirina, quimioterapia, antiestrogénios, antagonistas hormonais, antileucotrienos, hormonas sexuais, imunomoduladores, memantina e inibidores das colinesterases. Os doentes foram classificados como tendo demência avançada se apresentassem estadio Functional Assessment Staging Test (FAST) 7c ou superior.

RESULTADOS: Incluídos 417 doentes durante o período do estudo, dos quais 27.1% (n=113) apresentavam demência. Trinta doentes (n=26.5%) apresentavam demência avançada.

A maioria eram mulheres (63%, n=19), com idade média de 79.8 anos (DP+18.0) e estiveram internados em média 20.1 dias (DP+18.6). A maioria dos doentes apresentava situação de dependência total, com Karnofsky performance status médio 27% (DP+8%). Cerca de metade dos doentes (47%, n=14) estavam inapropriadamente medicados à admissão hospitalar, na maioria dos casos com antilipídicos e antedemenciais. À data de alta, 16.7% (n=5) dos doentes encontravam-se medicados com estes fármacos. A mortalidade hospitalar neste grupo foi 33% (n=10).

CONCLUSÕES: Este estudo pretende consciencializar os profissionais de saúde para as particularidades do tratamento destes doentes e o efeito deletério que determinados fármacos podem provocar quando prescritos inapropriadamente, com intuito curativo. É necessário intensificar a atenção e combater a inércia clínica no sentido de não iniciar ou mesmo de suspender esta medicação. De referir que cerca de metade dos doentes à admissão e 16.7% à data de alta, se encontravam inapropriadamente medicados, pelo que ainda há espaço para melhoria dos cuidados prestados a estes doentes.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno A 9:15 - 10:45

CO119

2064 A PRESCRIÇÃO DE INIBIDORES DA BOMBA DE PROTÕES NO DOENTE GERIÁTRICO INTERNADO

Leticia Santos, Jorge Lopes, Catarina Valadão, Catarina Bekerman

Hospital Garcia de Orta

OBJETIVO:

Em 2016, foram vendidas em Portugal mais de 7 milhões de embalagens de Inibidores da Bomba de Protões (IBP). Vários são os efeitos adversos conhecidos dos IBP: como diarreia, propensão a infeções e fraturas, nefrite intersticial, diminuição da eficácia de outros fármacos, défice de absorção de vitaminas e minerais e hipersecreção ácida rebound.

MATERIAL E MÉTODOS:

Foram revistos, de forma retrospectivo, os doentes geriátricos internados em 2018 num serviço de Medicina Interna e analisadas as indicações para cumprir terapêutica com IBP.

As indicações consideradas para terapêutica com IBP foram: doença ulcerosa péptica, doença de refluxo gastro-esofágico, hemorragia gastro-

intestinal, infecção por *Helicobacter Pylori*, gastropatia, esofagite e neoplasia gastro-intestinal.

RESULTADOS:

Dos 180 doentes identificados com idade igual ou superior a 65 anos, 60% era do género feminino e a sua idade média correspondia a 81 anos.

Dos doentes revistos, 46% encontrava-se medicado com IBP em ambulatório, sendo que em 80% não foi identificada indicação para tal. À data da alta, 98% dos doentes sem indicação para IBP manteve terapêutica com o mesmo.

Na mesma amostra de doentes revistos, 54% não estava medicada com IBP em ambulatório, dos quais 90% não apresentava nenhuma das indicações consideradas. Ainda assim, 13% destes doentes teve alta com indicação para iniciar IBP.

CONCLUSÕES:

Mais do que discutir as indicações para terapêutica com IBP, este trabalho evidencia a prescrição rotineira de IBP na população geriátrica. Durante o internamento, a prescrição de IBP deve ser revista individualmente em cada doente.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno D 9:15 - 10:45

CO145

1357 ANÁLISE DESCRITIVA DE 3 ANOS DE INTERNAMENTO NUMA UNIDADE DE ORTOGERIATRIA

Gabriel Atanásio, Pedro Magalhães, Ema Neto, Filipa Sousa, Tiago Fernandes, Rafaela Veríssimo, Agripino Oliveira

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho

Introdução

A fratura do colo do fémur no idoso é causa de internamentos prolongados com altas taxas de mortalidade e complicações médicas que condicionam a recuperação do estado funcional prévio. A cirurgia precoce com posterior admissão em unidades com capacidade da abordagem total do doente idoso complexo surgem aqui como uma forma de otimizar a abordagem destes doentes.

Objectivos: Descrição das características populacionais e resultados dos doentes internados numa unidade de ortogeriatría ao longo de 3 anos.

Métodos: Selecionaram-se todos os doentes internados numa unidade de ortogeriatría do CHVNG/E durante os anos de 2016, 2017 e 2018. Foram registadas as características demográficas, epidemiológicas e clínicas destes doentes.

Resultados: Durante os anos decorridos entre 1 de Janeiro de 2016 e 31 de Dezembro de 2018 foram internados na Unidade de Ortojeriatría do CHVNG/E 343 doentes. A média de idades foi de 84 anos havendo um predomínio de indivíduos do sexo feminino com mais de 80% das admissões. Da avaliação do grau de autonomia prévio verificou-se que o grau de autonomia prévio era elevado, com mais de 50% da população sendo KATZ A ou B. A grande maioria dos doentes admitidos tinham múltiplas comorbilidades, sendo que apenas 20 doentes não possuíam qualquer comorbilidade na admissão. As patologias mais frequentes foram a HTA, presente em > de 70% dos doentes, seguindo-se-lhe a insuficiência cardíaca, em 35% dos casos, a dislipidemia 33% e a osteoporose em 32%. O tempo médio de espera pela intervenção cirúrgica foi de 2,6 dias tendo sido depois transferidos para esta unidade onde ficaram em média 12 dias. As complicações mais frequentes do internamento foram a anemia que ocorreu em 56% dos doentes, seguindo-se-lhe as intercorrências infecciosas (urinárias respiratórias ou da ferida operatória) que ocorreram em 26% dos casos. Não desprezível foi a presença de síndrome confusional agudo em 9% dos doentes. A grande maioria dos doentes, 73%, teve alta para ambulatório sendo que apenas 7% foram referenciadas para a rede nacional de cuidados continuados. A taxa de mortalidade durante o internamento foi de 3% sendo que no final dos 3 anos 28% estavam mortos, tendo sobrevivido em média 10 meses em ambulatório.

Conclusão: A fratura do colo do fémur é uma patologia do idoso e sobretudo do idoso com múltiplas comorbilidades. Além das complicações da intervenção cirúrgica e infecção e o síndrome confusional agudo tendem a ser fatores descompensadores e prolongadores do internamento. A admissão em unidades especializadas parece ser vantajoso no que diz respeito a diminuição da mortalidade mas talvez esta continuação de cuidados mereça ser melhor gerida em ambulatório.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno C 9:15 - 10:45

CO191

485 COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT IN EMERGENCY DEPARTMENT

Isabel Pulido; Sónia Martins; Luís Tomé; Francisco Dinis; Carla Nunes; Manuel Lopes; Paulo Bouto; Amália Botelho
Escola Nacional de Saúde Pública - Hospital Santa Maria

Introduction: Older population increases use Emergency Department (ED) adding 12% to 21% of the total. Studies suggest that even after being observed in the ED, the elderly continue to have

unresolved needs. Objective: epidemiological, clinical, functional and social characterization of the older population that goes to a tertiary central hospital emergency department. Methods and material: 426 questionnaires during their stay in the ED. Inclusion: all patients over 65 admitted to the ED of Lisbon central hospital. Exclusion: not collaborate in the study. Variables: Age, sex, polypharmacy, comorbidities, were applied basic and instrumental evaluation tests, cognitive evaluation, humor, nutrition and social tests. Functional, social, clinical and social scores were constructed. SPSS Statistics software (v. 24). A χ^2 test was performed and a ROC curve model performed. Results: 53.6% women, mean age 79.3 (min-65, max-101) 75 to 84 years. 26.5% live alone. 97.1% take chronic medication, with 6.7 different drug qualities (min-0, Max-19). The average admissions for ED in 2017 were 2.7 admissions / year (Min-0; Max-21). 99.5% had comorbidities (min-1; max-15) had an average of 4.9 comorbidities. 70.6% were discharged. 51.2% of patients were dependent on basic life activities and 75.6% were dependent on instrumental life activities. 62.5% had gait autonomy and 11.5% had ineffective gait. 51.7% depression. 50% dementia and 63% with nutritional changes. 17% without schooling and 55% 1st to 4th class. 33% social risk. The scores were adverse in 48,6% of social score, 79,6% clinical score, 54,9% of functional score and 83,1% of mental score. The social and clinical score were found to be statistically significant for the probability of admission. Conclusions: we concluded by an older population with a predominance of polypharmacy, multimorbidity, social needs and complex clinics that, the ED, as it currently stands, is incapable of allowing effective and timely responses, neither the necessary screening nor the referral of patients.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno D 9:15 - 10:45

CO197

87 USO DE LAXANTES NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA

Catarina Correia¹, Diana Oliveira², Patrícia Dias³, Adélia Simão⁴, Armando Carvalho⁵

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Serviço de Medicina Interna

INTRODUÇÃO

A obstipação é um problema comum em indivíduos hospitalizados, afetando sobretudo a população idosa. Os fatores de riscos associados ao seu desenvolvimento ainda não estão suficientemente esclarecidos.

OBJECTIVO: Identificar fatores associados à necessidade de prescrição de laxantes, e avaliar se essa prescrição é feita de forma correta.

MATERIAL E MÉTODOS: Estudo retrospectivo de doentes internados num Serviço de Medicina Interna durante o mês de Julho de 2018. Apenas foram incluídos os que tinham capacidade de cooperar. Constituídos dois grupos, de acordo com a administração (casos) ou não (controles) de laxantes durante a hospitalização. Os antecedentes dos dois grupos de pacientes foram comparados em relação ao tempo de internamento, idade, sexo, número de medicamentos regularmente usados na admissão (excluindo laxantes), grau de dependência para atividades de vida diária (AVD) – Índice de Katz, tipo de dieta, fluidoterapia, história prévia de obstipação, antecedentes pessoais e prescrição de antibioterapia durante o internamento. Aos indivíduos a quem foi prescrito laxantes durante o internamento foi aplicada a Constipation Assessment Scale. Para comparar os dois grupos por meio de variáveis contínuas, foi utilizado o teste de Mann-Whitney bicaudal. Para as variáveis discretas, foi aplicado o teste χ^2 . Para análise multivariada foi aplicada a análise de regressão logística múltipla. Foram consideradas diferenças estatisticamente significativas quando $p < 0,05$. As análises estatísticas foram realizadas usando o SPSS Statistics 23.

RESULTADOS: 431 pacientes: casos ($n = 85$) e controlo ($n = 346$; depois da análise dos dados, foram identificados alguns fatores que podem contribuir para a necessidade do uso de laxantes em doentes hospitalizados, verificando-se a existência de diferenças estatisticamente significativas: no grau de dependência para atividades da vida diária ($p < 0,005$), na polimedicação ($p < 0,001$), na prescrição de antibioterapia ($p < 0,001$), no tipo de dieta ($p < 0,001$), na duração do internamento ($p < 0,001$) e nos casos com antecedentes de patologia psiquiátrica ($p < 0,001$).

Cinco diferentes laxantes foram prescritos, sendo o Bisacodilo o laxante mais prescrito, 54% dos indivíduos submetidos a laxantes tiveram Bisacodilo prescrito, quer de forma isolada o em associação com outro tipo de laxante. Muitos doentes apresentavam prescrição de mais do que um laxante em simultâneo ($\chi^2 = 1,33$; $s = 0,608$).

CONCLUSÕES:

Perante o grande número de doentes com obstipação que se encontram nas nossas enfermarias e tendo em conta estes resultados, devemos tentar avaliar a presença de fatores que podem estar a contribuir para o quadro. Desta forma, muitas das vezes podemos primeiro tentar evitar/contrariar determinados fatores de risco que podem estar associados a obstipação antes de iniciarmos medidas terapêuticas mais invasivas,

com mais complicações para o doente e que requerem mais gastos em saúde.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Sala Fénix A 14:30 - 16:00

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO / NOVAS FORMAS DE CUIDADOS

CO006

1747 PROGRAMA DE GESTÃO INTEGRADA DE CUIDADOS AO DOENTE CRÓNICO COMPLEXO: UM ANO DE EXPERIÊNCIA

Sérgio Brito, Nuno Ferreira, Ana Leitão, Teresa Carvalho, Carlos Russo, Carla Magueja, Anabela Costa, Célia Lourenço, Rafic Nordin, Luís Campos

Serviço de Medicina Interna - Hospital de São Francisco Xavier - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, ACES Lisboa Ocidental e Oeiras

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento populacional e os avanços na Medicina levaram ao aumento da esperança média de vida e consequentemente a uma mudança na demografia hospitalar: doentes idosos, com pluripatologia e polimedicados, física e socioeconomicamente dependentes, e que são grandes consumidores de recursos em saúde. É pois necessário adaptar a nossa prestação de cuidados à nova demografia, implementando modelos de gestão integradores e multidisciplinares que incluam como parceiros ativos o doente e o seu cuidador formal ou informal, a comunidade, os hospitais e os cuidados de saúde primários (CSP).

OBJETIVOS: Avaliar o impacto das intervenções realizadas na 1ª fase do Programa de Gestão Integrada de Cuidados ao Doente Crónico Complexo (Pro-GIC).

MATERIAL E MÉTODOS:

Estudo observacional prospetivo de utentes, acompanhados no Pro-GIC de 2017 a 2018. Os utentes foram avaliados presencialmente pela equipa hospitalar que em parceria com os CSP, o utente, o cuidador formal ou informal e a equipa comunitária da RNCCI implementou um plano individual de cuidados (PIC).

O efeito das intervenções consistiu na comparação do nº visitas ao serviço de urgência (SU), nº de internamentos e nº de episódios relacionados com a agudização de doença crónica ocorridos no ano de controlo (2016) e no ano seguinte à avaliação no Pro-GIC. Foi também avaliado o grau de satisfação do utente.

RESULTADOS: Foram seguidos 81 doentes, 53%

mulheres e 67% com idade compreendidas entre 75-100 anos. Quanto às principais características clínicas e socioeconómicas: seis doenças crónicas em média/doente (DP 2.2); o número médio de fármacos por doente foi 7.6(DP4.21); 49% estimativa de sobrevida < 10 anos; 70% com cuidador formal/informal; 41% com insuficiência económica; 48% com grau de dependência moderada; 28% em risco de desnutrição e 68% em risco social.

A taxa de mortalidade aos 12 meses foi 7% (6 doentes) e de institucionalização em lar 9% (7 doentes).

Considerando os outcomes pretendidos nos restantes 68 doentes verificou-se: redução no número de visitas ao SU em 85% dos doentes, passando de uma média 5.3 para 2.8 visitas/utente nomeadamente por agudização da doença crónica e redução de 41% no nº de internamentos (média 0,7 vs 0,4 internamentos/doente). O grau de satisfação global com a consulta foi 100% (taxa de resposta = 69%).

CONCLUSÕES: Um ano depois da implementação do Pro-GIC verificou-se que a prestação de cuidados integrados e contínuos a estes doentes resultou em descida considerável do consumo de recursos em saúde. Foi fundamental a intervenção de um gestor de caso (enfermeira) em íntima parceria com o utente, cuidador, equipa hospitalar e a equipa de família (CSP). Assim, tendo em conta os resultados, consideramos que este programa contribuiu para melhorar o estado de saúde e a qualidade de vida do utente, assim como para a redução de custos em saúde o que nos leva a propor a sua continuidade e extensão.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Sala Fénix A 14:30 - 16:00

CO007

1418 MONITORIZAÇÃO DA OXIGENOTERAPIA COMO INDICADOR DE QUALIDADE NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA (SMI)

Filipa Duarte, Micaela Manuel, Heloísa Ribeiro, José Meireles

Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

Introdução

A oxigenoterapia (O2Tx) é uma das terapêuticas mais utilizadas a nível hospitalar. Existem normas nacionais para a prescrição de oxigénio em ambulatório e em emergência, mas não existem recomendações para doentes internados. Apesar da insuficiência respiratória ser um dos motivos de admissão mais frequentes, a sua prescrição

é frequentemente desadequada, em especial se risco de hipercapnia. O Estudo EMO (Neves, 2012), baseado nas recomendações da British Thoracic Society (BTS) de 2008, demonstrou que a utilização de O2Tx nas enfermarias de Medicina Interna portuguesas não seguia as melhores práticas, existindo melhores resultados com a prescrição por intervalos-alvo de saturação de oxigénio (IA-SpO2).

Objetivo: avaliação do impacto da criação e implementação de um protocolo de prescrição de O2Tx por IA-SpO2 num SMI.

Material e métodos: Estudo prospetivo realizado nos anos 2017 e 2018 incidindo sobre uma amostra representativa dos doentes internados no SMI, avaliando variáveis demográficas, tipo de prescrição, identificação do risco de insuficiência respiratória hipercápnica (IR2), cumprimento da prescrição e falhas na administração. Iniciado após uma auditoria piloto (em 2016) e criação de protocolo de O2Tx (baseado nas recomendações da BTS), tendo sido dada formação a médicos e enfermeiros. Análise estatística feita com Excel e SPSS, considerado estatisticamente significativo $p < 0,05$.

Resultados: Incluídos 781 doentes ($n=382$ em 2017, $n=399$ em 2018), 52,2% ($n=408$) do sexo feminino, com idade mediana de 79 anos (18-99 anos). A demora mediana foi de 5 dias (0-59 dias). Constatou-se que 583 (74,6%) dos doentes tinham O2Tx prescrita, dos quais 573 (98,3%) por IA-SpO2. Identificaram-se 235 (30,1%) doentes com risco de IR2, o que aumentou significativamente em 2018 (102 vs 133, $p < 0,001$). No momento da avaliação 390 (77,4%) dos doentes com prescrição adequada por IA-SpO2 encontravam-se no alvo pretendido e 39 (17,2%) encontravam-se em risco de agravamento de hipercapnia. Sob O2Tx sem prescrição médica estavam 18 doentes. Comparando com a auditoria piloto, verificou-se um aumento significativo na prescrição por IA-SpO2 (32 vs 277 em 2017 vs 296 em 2018, $p < 0,001$) e aumento da identificação de doentes em risco de IR2 (7 vs 102 em 2017 vs 133 em 2018, $p < 0,001$). Apesar da melhoria significativa na adequação do alvo relativamente à auditoria piloto (10 vs 235 em 2017 vs 259 em 2018, $p < 0,001$), não houve diferença entre os anos em análise ($p=0,175$).

Conclusão: A criação do protocolo de O2Tx e a formação das equipas médica e de enfermagem, permitiu melhorar os cuidados aos doentes internados, através de uma melhoria significativa na prescrição por IA-SpO2 e na identificação de doentes em risco de IR2. Existem ainda pontos a otimizar, nomeadamente administração e monitorização da SpO2, em especial em casos de IR2, de modo a melhorar a taxa de cumprimento e o tempo dentro do alvo prescrito.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Fénix B 15:00 - 17:00

CO021

2066 INFECÇÃO POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINA RESISTENTE: ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DE PREVALÊNCIA.

Marli Cruz, Rui Barros, Elsa Calado, António Carneiro
Hospital da Luz Arrábida

Introdução

Os microorganismos resistentes aos antibióticos constituem um problema gravíssimo da Medicina moderna. Entre eles destaca-se o *Staphylococcus aureus* meticilina resistente (SAMR) pela sua elevada prevalência, quer na comunidade quer em meio hospitalar.

Objetivo

Determinar a evolução na prevalência de infeções por SAMR em meio hospitalar, após introdução de medidas de prevenção e controlo da infeção.

Material e métodos

Em abril de 2016 foram introduzidas duas medidas de prevenção de controlo de infeção e prevenção de multirresistência num hospital de média dimensão (108 camas): o rastreio de presença de SAMR a todos os doentes admitidos com fatores de risco para este agente e respetivo isolamento dos doentes portadores com protocolo de descontaminação com mupirocina nasal e a introdução do banho com cloro-hexidina a todos os doentes admitidos para cirurgias eletivas.

Foi realizado um estudo prospetivo de prevalência de infeções por SAMR ao longo de 4 anos (2015-2018), iniciando-se no ano anterior à implementação das medidas de prevenção de infeção.

Todos os produtos microbiológicos colhidos no hospital, com isolamento de *Staphylococcus aureus* foram identificados e o respetivo perfil de sensibilidade aos antimicrobianos analisado.

Resultados

Nos anos de 2015, 2016, 2017 e 2018, foram isolados 69, 40, 40 e 41 *Staphylococcus aureus*, com uma taxa de SAMR de 37,7%, 25%, 12,5% e 19,5%, respetivamente. O número absoluto de infeções por SAMR diminuiu de 26 em 2015 para 8 em 2018. Os produtos onde o isolamento de SAMR ocorreu foram pús, expetoração, urina e sangue e a sua identificação ocorreu em todas as áreas funcionais do hospital (atendimento urgente, internamento, consulta externa e bloco operatório).

Conclusões

Os dados apresentados mostram que as medidas instituídas tiveram impacto favorável na prevalência de infeção por SAMR, com diminuição não só da percentagem de SAMR sobre o total de *Staphylococci aureus* identificados, mas também uma redução de 69.3% no número absoluto de infeções por SAMR.

A implementação, manutenção e monitorização de estratégias de controlo de infeção poderá contribuir para uma efetiva redução das infeções por agentes multirresistentes.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno B 15:00 - 17:00

CO022

32 ANÁLISE DA MORTALIDADE NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Rodolfo Viríssimo Gomes, Rita Gameiro, Inês Mendes, Pedro Simões, Joana Marques, Sílvia Balhana, Ana Grilo, Maria João Baptista, José Lomelino Araújo
Hospital Beatriz Ângelo

INTRODUÇÃO

A qualidade clínica do internamento de um Serviço de Medicina Interna é avaliada usando indicadores testados e reconhecidos internacionalmente, sendo a mortalidade um dos parâmetros mais relevantes.

OBJECTIVOS

Análise da mortalidade de um Serviço de Medicina Interna.

MATERIAL E MÉTODOS

Análise retrospectiva dos óbitos de um Serviço de Medicina Interna durante 1 ano – 521 casos.

RESULTADOS

Não houve diferença significativa no sexo, sendo que 70% dos doentes tinha entre 71 e 90 anos. Em cerca de 69% dos casos, o óbito decorreu nos primeiros 10 dias de internamento. Apesar de 66% ainda viver no domicílio, mais de metade era totalmente dependente e 90% tinha um índice de comorbilidades de Charlson elevado (>4). A dispneia foi o principal motivo de admissão (24%), sendo as infeções respiratórias (33%) e as neoplasias em progressão (15%) os principais diagnósticos que motivaram esse mesmo internamento e, consequentemente, a causa do óbito na esmagadora maioria dos casos. Foram registadas intercorrências em um terço dos doentes, sendo >80% das quais do foro infeccioso. Houve evidência de limitação terapêutica explícita em 74% dos casos, inclusive com decisão de não reanimação em 70%. Do total, 35% dos doentes tinha patologia oncológica activa,

18% dos quais com diagnóstico inaugural nesse internamento. A diferença entre os dois grupos de doentes (oncológicos vs não oncológicos) verificou-se sobretudo ao nível do acompanhamento prévio em consulta de Medicina Paliativa (16% vs 0,6%), aplicação de atitudes paliativas (84% vs 56%), referência para a Equipa Intra-Hospitalar de Suporte e Cuidados Paliativos (48% vs 2%) e indicação para medidas de conforto estritas (98% vs 60%). Tendo em conta o total de internamentos nesse mesmo período, os 521 doentes corresponderam a uma taxa de mortalidade de 9,7%, com um pico em Janeiro e Outubro e uma contagem menor em Fevereiro e Agosto.

CONCLUSÕES

Tal como esperado, houve maior mortalidade nos doentes mais idosos, mais dependentes e com mais comorbilidades. A patologia infecciosa e as neoplasias foram os principais motivos de óbito, sendo que a curta duração dos internamentos faz pressupor a gravidade e baixo potencial de reversibilidade desde a admissão. Observou-se diferença na gestão dos doentes oncológicos, com maior sensibilidade nestes para a optimização de medidas de conforto e limitação de procedimentos fúteis.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno B 15:00 - 17:00

CO023

117 MULTIMORBILIDADE EM PORTUGAL

Guilherme Quinaz Romana, Irina Kislaya, Mário Rui Salvador, Susana Cunha Gonçalves, Baltazar Nunes, Carlos Dias

Unidade de Saúde Pública ACES Lisboa Norte. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

Introdução

A multimorbilidade, definida habitualmente pela presença de duas ou mais doenças crónicas no mesmo indivíduo, é um problema relevante que importa considerar.

Na Europa, estima-se que a multimorbilidade represente 70 a 80% da despesa em saúde em países como a Dinamarca e seja a causa de 8 em cada 11 internamentos hospitalares no Reino Unido. Estes doentes revelam um elevado número de prescrições e de referências hospitalares. Em 2005/2006 em Portugal, segundo os dados de Inquérito Nacional de Saúde, 36% da população apresentava três ou mais doenças crónicas. Internacionalmente os estudos apresentam valores variáveis, com prevalências entre 20% e 40%.

Torna-se relevante compreender o padrão actual de multimorbilidade, num estudo de base

populacional, com um intervalo etário alargado.

Objectivo

Descrever e caracterizar a prevalência de multimorbilidade em Portugal.

Material e Métodos

Foi realizado um estudo epidemiológico transversal analítico, tendo como unidade de observação todos os indivíduos que responderam ao Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico -indivíduos não institucionalizados, com idade compreendida entre os 25 e 74 anos residentes em Portugal-. O desenho da amostra pressupõe a representatividade da população portuguesa, sendo a amostra final constituída por 4911 indivíduos.

A prevalência da multimorbilidade foi estimada para o total da população e para cada um dos sexos, estratificada por grupo etário, região de saúde, educação e rendimento. Para identificar os fatores associados à multimorbilidade foi utilizado o modelo de regressão de Poisson.

Resultados

A prevalência de multimorbilidade foi de 38,3% (IC95% 35,4% a 41,3%), com maior frequência nas mulheres, nos indivíduos mais velhos, nas regiões de Lisboa e Vale do Tejo e Alentejo e em níveis educacionais mais baixos. Não foi observada associação estatisticamente significativa entre a multimorbilidade e o rendimento. No modelo de regressão multivariável continuou a verificar-se uma relação entre a multimorbilidade e a idade, com uma aRP nos escalões etários 55-64 e 65-74 de 5,67 (IC95% 2,54 a 12,65) e 5,68 (IC95% 2,47 a 13,05) nos homens e 6,71 (IC95% 4,01 a 11,21) e 7,51 (IC95% 4,52 a 12,51) nas mulheres, em comparação com o escalão etário 25-34.

Conclusões

A multimorbilidade é um problema que afecta mais de um terço da população portuguesa.

Os resultados por nós obtidos estão em consonância com a literatura ao mostrarem uma prevalência superior de multimorbilidade nas mulheres, nos indivíduos mais velhos e com habilitações literárias mais baixas.

A existência de um estudo de base populacional, com representatividade nacional, possibilita a melhor caracterização destes doentes em Portugal. Esta evidência permitirá contribuir para a actual discussão quanto à necessidade dos sistemas de saúde se adaptarem aos doentes com múltiplas doenças crónicas, com políticas que permitam tratar melhor e com maior eficiência.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno B 15:00 - 17:00

CO024

274 EFFECTS OF A NURSING CARE PROGRAM FOCUSED ON BASIC SELF-CARE IN OLDER ACUTE MEDICAL IN-PATIENTS: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL

Cecília Rodrigues, Denisa Mendonça, Maria Manuela Martins

Serviço de Medicina - Centro Hospitalar do Porto; Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar

Background: Acute illness and hospitalization are frequently associated with the decrease of the independence in basic activities of daily living (BADL) in older patients.

Objective: To test the hypothesis that a Nursing Care Program focused on Basic Self-Care (N_BSC) improves functional outcomes in older acute medical in-patients.

Methods: This was a two-group randomized controlled trial with repeated measures: 182 older acute medical patients were randomly allocated to the usual care group (n=91) and intervention group (n=91). N_BSC was inspired by the Eat Walk Engage model and Function-Focused Care philosophy. N_BSC implies promotion of daily walking, plus privileging trips to the toilet by walking (with support devices/people support) and all daytime meals seated (out of bed). To implement N_BSC it was necessary to optimize the physical structure of the service, reorganize the nursing care and train the nurses and nursing assistants.

The main outcome was changes in the number of independent activities of daily living from two weeks before admission (baseline) to discharge. Differences in scores for BADL between baseline and admission, between admission and discharge, and between baseline and discharge were used to define pre-admission, in-hospital and overall functional decline. For qualitative variables were calculated frequencies and for continuous variables were calculated statistics of central tendency and dispersion such as means, standard error and median. Normality of continuous variables were checked graphically and through Kolmogorov-Smirnov and Shapiro-Wilk tests. Significant differences in continuous variables between groups were assessed by parametric tests (T-Tests, analysis of variance) or non-parametric tests (Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis). Proportions were compared using chi-square test. Significant changes between admission and discharge in basic self-care dependence were analysed using McNemar-Bowker test.

Results: Changes from baseline to discharge in the number of independent BADL differ significantly between the intervention and usual care group. Intervention group patients were discharged with a superior functional status than usual care group. On discharge they were able to perform independently 2.93 BADL, while usual care patients performed independently 1.90 BADL ($p < .001$). In the usual care group, pre-admission, in-hospital and overall functional decline occurred in 78.0%, 4.4% and 63.7% of the patients, respectively. In its turn, in the intervention group, pre-admission, in-hospital and overall functional decline occurred in 74.7%, 2.2% and 36.3% of the patients, respectively..

Conclusion: N_BSC for hospitalized older adults was feasible and program participants were discharged with better functional status than a clinically similar comparison group. N_BSC could be readily adapted for use in other hospitals and warrants further evaluation as a potential new tool for improving outcomes for hospitalized older patients.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno B 15:00 - 17:00

CO025

726 BIÓPSIAS PERCUTÂNEAS ECOGUIADAS DE LESÕES EM ÓRGÃOS ABDOMINAIS NÃO-SÓLIDOS: UMA ANÁLISE DESCRITIVA DE 1 ANO E MEIO

Diana Oliveira, Cristina Felicani, Carla Serra
Ospedale S. Orsola-Malpighi, Bolonha

Introdução

Atualmente a ecografia é a técnica de imagem mais utilizada para guiar biopsias percutâneas fazendo com que estas sejam mais rápidas, seguras, económicas e permitam poupar o doente da exposição a radiação comparativamente a outros métodos de imagem. A utilização de contraste ecográfico aumenta a capacidade de deteção e caracterização das lesões a serem biopsadas. Considerando o papel cada vez mais relevante da ecografia na medicina interna, a aquisição de experiência na realização deste tipo de procedimentos, por médicos internistas, torna-se também uma mais valia.

Objetivo: Avaliar o desempenho de biopsias percutâneas ecoguiadas de lesões abdominais em órgãos não-sólidos, os seus resultados histopatológicos e o papel do uso de contraste na caracterização das lesões.

Material e Métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo, que avaliou doentes submetidos a biópsia percutânea ecoguiada de lesões abdominais em órgãos não-sólidos, entre janeiro de 2017 e

junho de 2018, num departamento ecográfico de diagnóstico e intervenção terapêutica, num hospital terciário. Os dados médicos foram revistos através de um formulário de colheita de dados padronizado.

Resultados: Foram realizadas no período descrito 838 biópsias das quais foram selecionados 49 procedimentos realizados em 48 doentes. Destes 48 doentes, 18 (38%) tinham história prévia de cancro. 44 (90%) lesões eram suspeitas de serem malignas: 28 (64%) suspeitas de neoplasia de novo, 11 (25%) de recidiva e 5 (11%) de serem lesões metastáticas. Os resultados histopatológicos permitiram o diagnóstico em 44 dos casos (90%), sendo 33 (67%) malignos. O diagnóstico foi consistente com a suspeita clínica em 33 (75%) dos casos com diagnóstico histológico definitivo. Foi aplicado contraste ecográfico em 18 (37%) casos duvidosos. O comportamento do contraste era sugestivo de lesão maligna em 11 (61%) casos e 7 (39%) permaneceram duvidosos. Destes casos duvidosos, 5 (71%) eram malignos e 2 (29%) benignos. Não foram reportadas complicações imediatas após o procedimento nem nas 2 semanas seguintes.

Conclusão: A realização de biópsias percutâneas ecoguiadas é um método eficiente, minimamente invasivo, preciso e seguro no diagnóstico de lesões indeterminadas na cavidade abdominal, em órgãos não-sólidos. O presente estudo demonstrou que a indicação mais comum para biópsia ecoguiada percutânea foi a suspeita de uma neoplasia de novo, onde a realização de contraste pode ser útil. Foi possível obter uma boa amostra para avaliação histopatológica em mais de 90% dos casos e, na maioria destes, o resultado da biópsia estava de acordo com a suspeita clínica.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno B 15:00 - 17:00

CO026

1142 E SE A MORTE SURGE DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA?

Marta Monteiro, Catarina Pereira, Daniela Mendes, Juliana Silva, Miguel Moreira, Ricardo Fernandes, Rosa Ferreira, Olga Gonçalves

Unidade de Hospitalização Domiciliária, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal.

Introdução

A atividade de uma Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) obedece a critérios de admissão específicos, nomeadamente a estabilidade do doente. A situação clínica pode, contudo, deteriorar-se, sendo necessário estabelecer qual a prioridade em cada situação de vida.

Objetivos: Análise retrospectiva da Mortalidade numa UHD no período de dez meses, 23/03/2018 a 18/02/2019.

Métodos: Análise estatística (Excel) com recurso a consulta de registos em processo eletrónico.

Resultados: A taxa de mortalidade da UHD foi de 2,2%, correspondendo a 4 doentes, 2 do sexo feminino, com idade média de 87,8 anos (mín. 79, máx. 93) e valor médio da escala de Barthel modificado à admissão de 8,8 (mín. 0, máx. 25). Outros 2 doentes faleceram após retorno ao internamento convencional por agravamento clínico e impossibilidade de este ser gerido no domicílio (questões clínicas ou familiares). O índice de Charlson médio à admissão era de 5 e o MEWS score de 1,2. A demora média total de internamento de 10,8 dias (mín. 5, máx. 17); sendo na UHD de 9,3 dias (mín. 2, máx. 14). Os diagnósticos principais foram: insuficiência cardíaca descompensada, Pneumonia de aspiração, Pneumonia associada aos cuidados de saúde, Linfoma não Hodgkin em progressão. Como comorbilidades mais frequentes: Insuficiência cardíaca, Fibrilhação auricular, Síndrome demencial e Doença renal crónica. Todos apresentavam risco nutricional (Nutricional Risk Screening ≥ 3). A morte era esperada em todos, sendo efetuada alteração terapêutica para conforto do doente: opióide oral ou endovenoso (em perfusão num dos doentes); oxigenoterapia; butilescopolamina endovenosa, antipiréticos fixos, suspensão de antibióterapia e de medicação modificadora de prognóstico, ajuste das necessidades nutricionais. O tempo médio de reconhecimento de situação de irreversibilidade clínica até ao falecimento foi de 5,8 dias (mín. 2, máx. 9). O estado agónico foi reconhecido, em todos os casos, na visita anterior ao falecimento (<24h antes). O número médio de visitas diárias nos últimos dias de vida foi 2. Três dos doentes faleceram no período noturno (entre as 2h e as 5h da manhã) e um doente no período da tarde. Os familiares estiveram a par do prognóstico e preparados para o falecimento do doente em todos os casos. Igualmente foram sempre asseguradas as questões espirituais.

Conclusão: Os óbitos ocorridos durante o internamento na UHD foram esperados - doentes dependentes, complexos e com baixa probabilidade de sobrevida. A premissa fundamental para a gestão destes casos foi o envolvimento dos cuidadores no processo, promovendo-se a capacidade de entender os cuidados, de contactar equipa quando necessário e de lidar com a morte do familiar. Assim, consideramos que os casos vivenciados pela equipa se revestiram de sucesso no desfecho natural da vida que é a morte.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno B 15:00 - 17:00

CO027

1285 IMPACTO DO BOARDING DO SERVIÇO DE URGÊNCIA NUM HOSPITAL CENTRAL E UNIVERSITÁRIO.

Rita Rego, Filipa Abelha Pereira, Isabel Fonseca Silva, João Gonçalves, Nuno Miguel Pereira, João Neves, João Araújo Correia

Centro Hospitalar Universitário do Porto

A maioria dos doentes internados nos serviços de medicina interna são admitidos pelo serviço de urgência (SU). O fenómeno de boarding define-se como um aumento do período de tempo que medeia desde da decisão de admissão hospitalar até que o doente ingressa na enfermaria. Este fenómeno resulta na acumulação de doentes no SU e associa-se a outcomes desfavoráveis. Estão descritas várias medidas que promovem a redução do boarding, sendo a sua implementação heterogénea.

Este estudo pretende avaliar o impacto do boarding nos outcomes de mortalidade e duração de internamento hospitalar nos doentes internados num serviço de medicina de um hospital central e universitário.

Estudo observacional e prospectivo de uma amostra não-aleatória de doentes admitidos numa enfermaria de medicina entre os períodos de Setembro de 2013 e Janeiro de 2019, de forma não consecutiva, geridos pela mesma equipa médica. Foram selecionados 850 doentes dos quais se excluíram 138 doentes (internamentos eletivos ou prolongados por referenciação para rede nacional de cuidados continuados e/ou admissão prévia noutros serviços hospitalares). Os doentes foram separados em dois grupos com base no tempo de permanência no SU, sendo que o cut-off utilizado foram as 24 horas de forma a adequar-se à realidade do nosso contexto hospitalar. Comparámos os dois grupos tendo em conta os outcomes estabelecidos. O impacto nos outcomes decorrente da sazonalidade de afluência ao SU também foi avaliado.

A idade média da amostra foi de 74,56 anos, 56.2% eram do género masculino. A duração média de permanência no SU foi de 31,2 horas. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os 2 grupos quanto à idade e género. 248 dos doentes foram internados na enfermaria dentro das primeiras 24 horas (grupo 1) e 464 doentes após esse período (grupo 2). A demora média de internamento foi de 10,27 dias no grupo 1 vs 11,94 dias no grupo 2 ($p=0,000$). A mortalidade no grupo 1 foi de 11,3% vs 16,8% no grupo 2 ($p=0,049$). Nos meses de Outono/Inverno a duração de permanência no SU é significativamente maior 36,6 horas vs 24,5 horas

nos restantes meses ($p=0.000$) e a duração de internamento é menor 10,57 dias vs 12,42 dias no meses de Primavera/Verão ($p=0,035$). Na mortalidade a diferença entre estes dois períodos do ano não foi significativa ($p=0,497$).

O fenómeno de boarding é uma realidade do nosso quotidiano com impacto na mortalidade e demora média de internamento dos nossos doentes. A mortalidade parece ser diretamente relacionada com o boarding e independente da sazonalidade de afluência ao SU. Apesar de agravado nos meses de Outono/Inverno, o boarding é um fenómeno que ocorre ao longo de todo o ano.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno B 15:00 - 17:00

CO028

1377 IMPACTO DA MEDICINA INTERNA NO APOIO AO DOENTE CIRÚRGICO – AVALIAÇÃO RETROSPECTIVA

Leonor Soares, Carolina Midões, Carla Maravilha Pereira, Estefânia Turpin, Tiago Pacheco Umbelina Caixas, Helena Amorim

Serviço de Medicina 1.4, Hospital de São José, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introdução

A Medicina Interna (MI) é a especialidade hospitalar, por excelência, vocacionada para a abordagem exaustiva de doentes complexos. Apesar do seu âmbito de acção incidir maioritariamente sobre patologias de foro médico, tem também papel central na colaboração com outras especialidades. O presente trabalho ilustra a colaboração directa, ao longo de 6 meses, de um serviço de Medicina, com 5 serviços cirúrgicos - Unidade de Fraturas (UF), Unidade Vértebro-Medular (UVM), Urologia (Uro), Otorrinolaringologia (ORL) e Cirurgia Maxilo-Facial (CMF).

Objectivos: Caracterizar a população observada nas enfermarias das especialidades supra-citadas, dos principais motivos de chamada e respectivo diagnóstico. Descrever o impacto do apoio da MI através do cálculo da média de tempo de acompanhamento, do número de transferências e da taxa de mortalidade.

Material e Métodos: Estudo observacional do tipo coorte retrospectivo onde foram incluídos os doentes internados nos serviços supracitados e avaliados pela MI no período compreendido entre 01-07-2018 e 31-12-2018. Foram colhidos dados demográficos e clínicos do SClínico® e aplicada estatística descritiva usando o SPSS® versão 23.

Resultados: Foram incluídos neste estudo 171 doentes, 60.8% do sexo masculino, com mediana

de idades de 77 anos (mínimo (min) 25, máximo (máx) 103) e com tempo médio de seguimento (no serviço de origem) de 4,9 dias (min 1, máx 40). 35,1% dos pedidos de colaboração foram provenientes da Uro, enquanto 28.7% da UF. Os principais motivos de chamada incluíram hipertensão arterial (HTA) em 11,7% ($n=20$), febre em 9,4% ($n=16$), hipotensão em 8,2% ($n=14$), taquicardia em 7,6% ($n=13$) e dispneia em 7,6% ($n=13$), correspondendo a diagnósticos como: HTA (11.1%, $n=19$), sépsis/choque séptico (9,3%, $n=16$), insuficiência cardíaca descompensada (7,6%, $n=13$), fibrilhação auricular (FA, 6,4%, $n=11$) e traqueobronquite aguda (4,7%, $n=8$). Do total, 13,5% ($n=23$) foram transferidos para outros serviços sendo que destes, 69.6% ($n=16$) foram para unidades de cuidados intensivos (UCI). Verifica-se uma mortalidade de 11,7% ($n=20$) sendo que 34,8% ($n=8$) era proveniente da Uro. Relativamente a local da morte, 25% ($n=5$) faleceu após transferência para UCI, sendo que 60% ($n=12$) faleceu no próprio serviço

Conclusões: O presente trabalho espelha a actividade da MI no apoio a especialidades cirúrgicas e demonstra a heterogeneidade de população e queixas associadas. Revela a carga de trabalho extra que este apoio exerce sobre a MI (171 doentes com seguimento médio de 4,9 dias) que se depara muitas vezes com situações graves (9,4% de sépsis e choque séptico), que obrigam a uma transferência emergente para UCI (13,5%), muitas dessas culminando em morte (11,7%).

23 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno B 15:00 - 17:00

CO029

1425 SUPER USERS – ANÁLISE DOS SOBRE-UTILIZADORES DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA

Sara Freire, Manuela Rodrigues, Bráulia Raimundo, Mariana Botton, Carlota Fernandes, Inês de Almeida Mendes, Joana Isabel Marques, Margarida Pimentel Nunes, Marta Mota, Fernando Sousa, Ana Sofia Corredoura

Hospital Beatriz Ângelo

Introdução

A utilização excessiva dos Serviços de Urgência é uma realidade a nível nacional e internacional, tendo sido alvo de análise nos últimos anos. Está também patente no Serviço de Urgência Geral (SUG) do nosso Hospital, onde se regista de base uma elevada afluência. Esta situação gera uma utilização acrescida tanto de recursos materiais como humanos, que aumentam os gastos gerais deste serviço, bem como potenciam o desgaste dos profissionais. Verifica-se ainda um impacto negativo

na satisfação geral tanto dos utentes (acrescidos tempos de espera, por exemplo) como de toda a equipa do SUG. Neste contexto, propusemo-nos a implementar um projeto em duas fases que abordasse esta problemática: uma primeira (que se encontra a decorrer) de recolha de dados e caracterização destes doentes; uma segunda fase de intervenção na comunidade.

Objetivo: Caracterização da população de sobre-utilizadores do SUG.

Material e Métodos: Nesta primeira fase foram consultados retrospectivamente os processos clínicos informatizados dos indivíduos com 10 ou mais episódios de urgência no ano de 2018; foram recolhidos dados demográficos, clínicos e relativos a apoio social. Os dados foram tratados em Microsoft® Excel.

Resultados: Foram identificados 200 sobre-utilizadores (10 episódios de urgência/ano), correspondendo a 2648 episódios (2% do total de 2018). Destes indivíduos, 53% são mulheres e 61% têm idades entre 60 e 89 anos. Apenas 5% não pertencem à área de influência, 83% são isentos de taxa moderadora e 76% cumprem critérios para classificação como doente complexo. O maior número de episódios registado por utente foi 38. Na triagem foi atribuída cor amarela a 59% e verde a 26%. Os diagnósticos mais frequentemente codificados (ICD-9) foram insuficiência cardíaca congestiva (4%), cistite aguda (3%), dispneia/anormalidades respiratórias (3%) e estados de ansiedade (3%). Em 50% dos casos foi necessária intervenção do Serviço Social. Relativamente ao destino de alta, 44% foram encaminhados para o Médico de Família, 23% para a Consulta Externa e 12% para o domicílio sem outra especificação. Registou-se uma taxa de abandono de 5%.

Conclusões: O número de admissões destes doentes é claramente significativo, com impacto incontornável no consumo de recursos materiais e humanos. A análise estatística estruturada permitirá detetar padrões/perfis de utilizadores e, numa fase seguinte, prevê-se o estabelecimento de equipas de intervenção na comunidade em articulação com os ACES da área de influência. O objetivo final é a implementação de um sistema de orientação para estes utentes que permita a adoção de planos de cuidado individualizados e a gestão de necessidades específicas de cada doente, evitando quando possível o recurso ao SUG. O projeto pretende não só diminuir admissões desnecessárias no SUG (com todos os benefícios que daí advêm), como também fomentar a autonomia e "empowerment" destes utentes no que diz respeito à gestão da sua complexidade clínica e social.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno B 15:00 - 17:00

CO030

1553 REGISTOS DE FIM DE VIDA EM AMBIENTE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Ana Rita Costa, Carla Margarida Teixeira
Centro Hospitalar do Porto

Com o avanço dos cuidados médicos e o envelhecer da população as decisões de fim de vida em unidades de cuidados intensivos (UCI) são cada vez mais comuns. Uma percentagem significativa das mortes (cerca de 70%) nestas unidades ocorrem após a decisão de limitação ou suspensão de terapêuticas de suporte de vida. A forma como as decisões são tomadas e os profissionais envolvidos são variáveis, levantando questões éticas e de consciência pública. A discussão e comunicação entre membros da equipa e familiares, não esquecendo vontades previamente expressas pelo doente, são fundamentais em todo o processo. Realizamos um estudo observacional retrospectivo que visou analisar a qualidade dos registos de fim de vida numa UCI de um hospital terciário. Para tal foram consultados os registos clínicos de doentes falecidos entre Janeiro a Junho de 2015 e recolhidos dados relativamente a decisão de limitação terapêutica e/ou suspensão de medidas terapêuticas e decisão de não reanimação (DNR), registo do óbito e comunicação à família. Foram incluídos na análise registos de 61 doentes, a maioria homens (67%), com uma média de 68 anos de idade (variando entre 22 e 92 anos). Em 41% dos doentes foi registada limitação terapêutica, mas em 20% não foi perceptível se esta foi ou não instituída. O tempo até à tomada de decisão foi em média de 5 dias (variando entre os 0 e 19 dias). A suspensão de medidas terapêuticas foi registada em 34% dos doentes, não estando perceptível, a sua adoção ou não em 39% dos doentes. O tempo necessário até essa decisão foi em média de 8 dias (variando entre 0 e 43 dias). Quando estas decisões foram tomadas, os principais motivos, isoladamente ou em conjunto, foram a má resposta às medidas instituídas e a gravidade da doença aguda ou doença crónica e comorbilidades do doente. A decisão de DNR estava explicitamente registada como instituída ou não em apenas 41% dos doentes, tendo sido o tempo até tomada de decisão em média 8 dias (variando entre os 0 e 34 dias). Dos restantes 56% sem registo de DNR, em alguns, embora este não estivesse claramente explícito no registo clínico, poderia ser inferido pelo mesmo. Na maioria dos doentes não está registado quem toma a decisão de limitação e/ou suspensão de medidas terapêuticas. Quando está ela é tomada na maioria das vezes pelo sénior da UCI, ocasionalmente após discussão com outras

especialidades. A comunicação do óbito à família está registada em apenas 41% dos doentes e a presença ou não dos familiares em 26%. As decisões de fim de vida são cada vez mais comuns em UCI e levantam várias questões éticas e de consciencialização pública. Os registos ainda são pobres e muitas vezes inexistentes. Deve-se insistir na uniformização dos mesmos, por exemplo através da adoção de protocolos de registo das situações de fim de vida, para permitir que estes registos clínicos possam ser uniformizados e melhorados e tornados úteis tomadas de decisões futuras.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno B 15:00 - 17:00

CO031

1605 DOENTES CRÓNICOS COMPLEXOS – ILITERACIA E RESIDÊNCIA EM ZONAS RURAIS ?

Josiana Duarte, Isabel Taveira, Tiago Fiúza, Rui Seixas, Ana Cláudia Vicente, Adelaide Belo, José Sousa e Costa
Hospital do Litoral Alentejano

Pensando nas preocupações constantes sobre-utilização do serviço de urgência e internamentos evitáveis, em Janeiro 2017, surgiu o Projeto Gestão de Caso.

Nesse projeto foram incluídos doentes com 4 ou mais episódios de idas ao serviço de urgência durante os 365 dias anteriores ou 3 ou mais internamentos no ano prévio, com 2 ou mais comorbilidades e 6 ou mais medicamentos, com objetivo de melhorar o controlo dos doentes e consequente menor utilização dos serviços de urgência, redução dos internamentos evitáveis e dos custos na saúde. Para isso foi necessária uma maior coordenação de cuidados, comunicação entre profissionais, interação com a comunidade e investimento na formação.

Apresentamos um estudo retrospectivo relativamente à população que integrou o Projeto de Gestão de Caso no ano de 2018 cujos objetivos principais foram avaliar se o grau de iliteracia e residência em zonas rurais teria influência estatisticamente significativa na sobre-utilização do serviço de urgência antes e após integração no projeto.

Trata-se de uma população com 85 doentes, 47 homens, idade média de 78 anos, dos quais 15 já faleceram.

Para efeitos de análise estatística, foram incluídos apenas os doentes com 6 ou mais de meses de integração no projeto (58 doentes; mín 6 meses, máx. 22 meses).

Relativamente aos dados anteriores à integração

no projeto, utilizando o teste de Mann Whitney concluímos que a residência em zona rural é estatisticamente significativa para o aumento do número de vindas ao serviço de urgência ($p=0.001$). Do mesmo modo, relativamente à iliteracia concluímos que o grau de escolaridade menor ou igual à 4ª classe é estatisticamente significativo para o aumento do número de vindas ao serviço de urgência ($p=0.013$).

Após 1 ano do projeto, verificamos que o fato de viver em zona rural deixou de ser estatisticamente significativo ($p=0.094$) e que o grau de escolaridade inferior ou igual à 4ª classe se manteve como estatisticamente significativo para o aumento do nº de idas ao SU ($p=0.012$).

Tendo em conta estes dados concluímos que a integração no projeto fez com que os doentes que vivem em zonas rurais recorressem menos vezes ao serviço de urgência, muito provavelmente pela deslocação do gestor de caso/cuidados de saúde à residência do doente. O grau de iliteracia manteve-se como fator estatisticamente significativo, presumivelmente porque a capacidade de entendimento das recomendações que são dadas a estes doentes possa estar comprometida, fazendo assim antever que poderão ser necessárias mais estratégias de capacitação adequadas ao grau de iliteracia.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno B 15:00 - 17:00

CO032

1612 A QUALIDADE DO SONO NOS DOENTES INTERNADOS NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA

Catarina Lameiras, Marta Lopes, Afonso Sepúlveda Santos, Énia Ornelas, Maria do Céu Dória
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Introdução

A evidência recente sugere que a alteração do sono nos doentes internados é frequente e responsável por potenciais consequências deletérias multisistémicas. A caracterização do sono nos internamentos é fundamental para melhorar a sua qualidade.

Objectivos: Caracterizar o sono nos doentes internados numa enfermaria de Medicina Interna e identificar os factores que interferem com este.

Material e Métodos: Estudo observacional transversal e retrospectivo, com aplicação de questionários elaborados especificamente para o estudo através dos quais os doentes avaliaram a qualidade do sono no internamento e factores

envolvidos. Foi consultado o processo clínico para informação sobre a duração do internamento, diagnóstico principal, co-morbilidades e terapêutica de ambulatório e internamento.

Resultados: Foram incluídos 50 doentes com idade média de 70.3 anos. Relativamente à qualidade do sono, 44.0% reportou pior qualidade de sono no internamento comparativamente ao ambulatório, 32.0% melhor qualidade e 24.0% sobreponível. A maioria (82.0%) referiu sonolência diurna. Os principais factores perturbadores de sono identificados foram o ruído (31.1 %), realização de procedimentos como avaliação de sinais vitais, administração de medicação e colheita de sangue (18.1%), ansiedade com internamento/doença (14.2%), luminosidade (11.6%) e dor (11.6%). As principais fontes de ruído disruptivo foram os outros doentes (40.0%) e os profissionais de saúde (36.6%).

Do total de doentes, 44.0% já fazia terapêutica indutora de sono em ambulatório. Destes, 22.7% mantiveram a mesma medicação no internamento. Nos doentes não medicados previamente, foi introduzida terapêutica no internamento em 28.5%. Quando a medicação instituída foi inaugural ou diferente da habitual, as principais classes farmacológicas utilizadas no internamento foram as benzodiazepinas (50%) principalmente o alprazolam, antipsicóticos (20.8%) e antihistamínicos (16.6%).

No grupo de doentes que referiram pior qualidade de sono, o diagnóstico principal de internamento foi maioritariamente por doença cerebrovascular, neoplasia ou doença pulmonar crónica agudizada. Estes doentes tiveram internamentos mais prolongados comparativamente aos que referiram sono sobreponível ou melhor ao basal (8,5 dias vs 6,8 dias). Nos doentes que faziam indutores de sono em ambulatório e reportaram pior qualidade de sono na enfermaria, em 58.3% não foi feita qualquer medicação em internamento ou esta foi reduzida ou alterada para outra classe.

Conclusão: A perturbação da qualidade do sono no internamento de Medicina Interna foi frequente. Muitos dos factores disruptores identificados são potencialmente modificáveis. A identificação dos doentes com maior risco de perturbação do sono no internamento e dos factores responsáveis é fundamental para uma mudança na prática clínica, com implementação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas eficazes.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno B 15:00 - 17:00

CO033

1776 ALTAS CONTRA PARECER MÉDICO NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Sofia Gonçalves; Luís Marote Correia; Pedro Balza; Luz Brazão

Hospital Central do Funchal

Introdução

As equipas clínicas estão obrigadas, legal e deontologicamente, durante o internamento a disponibilizar todos os cuidados no sentido de permitir o processo de tratamento. Contudo, em certos casos, os doentes recusam a realização das terapêuticas indicadas e/ou a permanência em meio hospitalar.

Objectivo: Descrever as condicionantes conducentes a alta contra parecer médico (ACPM) num serviço de Medicina Interna (SMI).

Material e Métodos: Foi elaborado um estudo retrospectivo. Foram incluídos todos os internamentos que culminaram em ACPM de um SMI ao longo de 3 anos. Extraíram-se variáveis demográficas, o motivo de admissão, a duração do internamento, o motivo para ACPM, o procedimento de informação e renúncia de tratamento/admissão prévio à ACPM. As variáveis qualitativas foram expressas em frequências (absoluta e relativa) enquanto as qualitativas em média e desvio-padrão (σ ;). Utilizamos o software da instituição para a consulta dos processos clínicos. Agregamos os dados com o Microsoft Office Excel 2010. O tratamento estatístico foi realizado com o apoio do IBM SPSS versão 19.0.

Resultados: Identificamos 40 internamentos (0,3% do total das admissões) que culminaram em ACPM no intervalo de tempo mencionado. A maioria (31 casos, 77,5%) correspondeu a doentes do sexo masculino. A média das idades foi de 58,7 anos (σ =18,0). Oito doentes (20%) apresentavam idade superior a 65 anos. A ACPM concretizava-se em média aos 4,4 (σ=4,6) dias de internamento. O principal motivo de admissão foi a pneumonia (19 casos, 47,5%). Entre as razões invocadas pelo doente para a ACPM encontramos: discordância com a conduta terapêutica (21 casos, 52,5%), motivos laborais (5 casos, 12,5%), motivos familiares (5 casos, 12,5%) e falta de condições físicas da instituição (3 casos, 0,7%). Vinte e cinco casos (62,5%) eram de nacionalidade estrangeira. . Também em todos os casos, o profissional de saúde que primeiro recebe é a determinação do doente é enfermeiro assistente. Em todos os casos, foi documentado a recusa na permanência hospitalar e/ou recusa de tratamento com recurso através de

assinatura do doente; e foi tarefa formalizada por assistente hospital ou assistente graduado. Apenas em 7 casos (17,5%) foi expresso no processo clínico ter sido concedido período de reflexão. Em nenhum caso, se verificou parecer contrário por parte da observação psiquiátrica. Verificou-se um decréscimo no número de ACPM no decurso dos anos de estudo.

Conclusões: Os casos de ACPM são minoritários neste SMI. As principais razões para a ACPM prendem-se com a discordância na conduta terapêutica proposta pela equipa médica. O enfermeiro responsável foi na maioria dos casos o primeiro receptor do desejo de ACPM por parte do doente. Estes aspectos deverão ser o ponto de partida para novos estudos na área da interação dos sistemas de saúde e os doentes.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno A 9:15 - 10:45

CO114

1768 PROTOCOLO DE APOIO À PRESCRIÇÃO DE INIBIDORES DA BOMBA DE PROTÕES: O ANTES E DEPOIS NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Paulo Almeida, Daniela Meireles, Diana Carvalho, Inês Zão, Marta Oliveira, Clarinda Neves, Carla Matias, Eliana Araújo, Rosa Jorge

Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução

Os inibidores da bomba de protões (IBP) constituem uma das classes farmacológicas mais prescritas. Estudos prévios mostraram que a sua prescrição hospitalar é frequentemente inadequada.

Objetivo: Avaliação do impacto de um protocolo de apoio à prescrição (PAP) de IBP num Serviço de Medicina Interna (SMI) relativamente à frequência, indicações e custos económicos da prescrição de IBP.

Material e Métodos: Estudo prospectivo longitudinal. Na primeira fase, procedeu-se à recolha das variáveis definidas através da análise de processos clínicos dos doentes internados num SMI e medicados com IBP, durante novembro de 2015. Formulou-se como critério de exclusão a terapêutica prévia ao internamento com IBP e definiram-se indicações para o seu uso apropriado. Na segunda fase, apresentaram-se os resultados e elaborou-se um PAP, sendo efetuada uma formação no SMI a 26/10/2016. Na terceira fase, repetiu-se a recolha das mesmas variáveis em doentes com os mesmos critérios de inclusão e exclusão durante período homólogo (novembro/2016). Análise estatística com SPSS, definindo-se nível de

significância $p < 0,05$.

Resultados: Na primeira fase, de 222 admissões, incluíram-se 101 doentes que iniciaram IBP no internamento (56 homens (55,4%); idade média $76,9 \pm 14,3$ anos; média da escala de Rankin modificada (mRS) $2,7 \pm 1,8$). Na terceira fase, de 229 admissões, incluíram-se 87 doentes que iniciaram IBP no internamento (40 homens (46,0%); idade média $76,6 \pm 14,3$ anos; média da mRS $2,6 \pm 1,9$). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas variáveis de caracterização demográfica de ambas as amostras. Antes do PAP, apenas 56,4% dos doentes foram medicados correctamente com IBP (15,8% com indicação terapêutica (hemorragia do trato gastrointestinal: 55,6%), 70,2% indicação profilática absoluta; e 14,0% indicação profilática relativa). Após o PAP, 79,3% foram bem medicados com IBP (17,4% com indicação terapêutica (gastrite: 66,7%); 73,9% indicação profilática absoluta; e 8,7% indicação profilática relativa). O teste Qui-quadrado demonstrou existirem diferenças estatisticamente significativas quanto ao uso de IBP entre as duas amostras ($p = 0,001$). Relativamente ao uso inadequado da via endovenosa naqueles com uso apropriado de IBP, verificou-se em 61,9% (26) antes do PAP e em 49,0% (25) depois. A prescrição inadequada de IBP implicou custos de 353,1€ antes do PAP e de 230,64€ depois. Dos doentes que mantiveram a prescrição de IBP para ambulatório, 70,6% não tinham indicação na primeira fase, sendo que apenas 26,7% não a tinham na segunda. Apesar disso, verificou-se que dos doentes que tiveram alta sem IBP, 16,1% da primeira amostra tinham indicação, assim como 60,0% da segunda.

Conclusões: A implementação de um PAP de IBP tem impacto significativo na adequação da prescrição, reduzindo custos e potenciais efeitos adversos. Contudo, poderá implicar a subterapêutica de doentes com indicação, recomendando-se monitorização e atualização da sua aplicação.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno D 9:15 - 10:45

CO139

863 O PARADIGMA DA MUDANÇA DOS CUIDADOS DE SAÚDE

Isabel Taveira, Sofia Sobral, Ana Goes, Tiago Fiuza, Rui Seixas, Josiana Duarte, Cláudia Vicente, Adelaide Belo
Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, Serviço de Medicina Interna

Introdução

Com o envelhecimento populacional e a consequente multimorbilidade, os cuidados de saúde, tradicionalmente reativos, tornaram-se

desadequados. Esse desajuste é particularmente notório na recorrência ao Serviço de Urgência (SU), sendo que Portugal é o país da OCDE com mais admissões por habitante, das quais pelos menos 30% são inapropriadas ou evitáveis. O Projeto Gestão de Caso, idealizado por internistas, surge, em Janeiro de 2017, como uma forma diferente de fornecer cuidados de saúde diferenciados, personalizados e integrados para doentes crónicos, pluripatológicos, com autonomia suficiente para aprenderem a gerir as suas doenças e adaptar o seu quotidiano.

A Equipa Multidisciplinar, constituída por médicos de Medicina Interna, Medicina Geral e Familiar, enfermeiros hospitalares e dos cuidados de saúde primários, reúne-se mensalmente para discussão de estratégias individualizadas e resolução de problemas do quotidiano. Para além disso, existe contacto direto por e-mail ou por telefone para apoio ao enfermeiro Gestor de Caso e, consequentemente, ao doente, para realizar ajustes terapêuticos rápidos ou reavaliações médicas precoces (seja no âmbito dos cuidados de saúde primários, seja nos cuidados hospitalares).

Objetivos

Analisar o impacto do projeto Gestão de Caso na população-alvo e na utilização de recursos de saúde entre Janeiro de 2017 e Dezembro de 2018.

Material e Métodos

Análise retrospectiva, comparativa, da utilização de serviços de saúde, previamente à admissão no projeto e posteriormente à mesma.

Resultados

Foram incluídos 85 doentes, 47 homens, idade mediana de 78 anos, dos quais 15 já faleceram.

Para efeitos de análise estatística, foram incluídos apenas os doentes com 6 ou mais de meses de integração no projeto (58 doentes; mín 6 meses, máx. 22 meses).

O total cumulativo de admissões em SU previamente à integração no projeto é de 382, com 73 internamentos hospitalares (741 dias de internamento).

Após a integração no projeto, as admissões em SU foram reduzidas em 63% (n=141), os internamentos hospitalares foram reduzidos em 62% (n=38) e a duração do internamento obteve uma redução ainda superior de 741 para 239 dias (-68%). Esta reorganização e consequente redução de utilização dos serviços de saúde só foi possível pelo trabalho integrado em Equipa Multidisciplinar e pela individualização de cuidados de saúde prestados a cada doente.

Conclusões

A comunicação interdisciplinar, o acesso fácil a

todos os membros da equipa e a preocupação comum com o doente, são facilitadores deste projeto. O sucesso atual é visível, não só pelos dados estatísticos, como também pelo bem estar e pela qualidade de vida dos doentes. O desafio tem-se tornado altamente satisfatório e compensador para todos os profissionais envolvidos, e, apesar das limitações inerentes, esta análise é mais uma motivação. Esperamos poder expandir o projeto progressivamente, integrando também outros centros de saúde e outros profissionais.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno D 9:15 - 10:45

CO140

1088 MEDICINA INTERNA E CO-GESTÃO DO DOENTE CIRÚRGICO – EXPERIÊNCIA DA UNIDADE DE APOIO A CIRURGIA VASCULAR (UACV)

Nuno Cercas Pinheiro, Catarina Gouveia, Catarina Ramos, Duarte Medeiros, Isabel Madruga

Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO)

INTRODUÇÃO

A complexidade do doente cirúrgico, em particular do doente Vascular, torna muitas vezes necessária a colaboração da Medicina Interna por descompensação ab initio ou no decorrer do internamento de uma ou mais comorbilidades. O modelo de acção típica da Medicina Interna em regime de Consultoria tem sido Reactivo, com óbvias limitações associadas. O desenvolvimento de Modelos de Co-Gestão entre a Medicina Interna e outras Especialidades permite uma acção Pro-activa, abordando o doente do ponto de vista médico desde o início, antevendo e minimizando complicações e melhorando o nível de cuidados prestados ao doente. A Co-Gestão entre a Medicina Interna e a Cirurgia Vascular é inovadora em Portugal, existindo alguns estudos publicados na literatura internacional com bons resultados. **OBJECTIVOS:** Avaliar o impacto nos principais indicadores do internamento de um novo modelo de Co-Gestão Hospitalar entre a Medicina Interna e a Cirurgia Vascular. **MATERIAL E MÉTODOS:** Estudo Observacional Retrospectivo comparando o quarto trimestre de 2017 Vs 2018 - antes e depois da adopção do modelo de Co-Gestão. Foi realizada a colheita de dados a partir do processo clínico electrónico e análise dos mesmos por estatística descritiva. **RESULTADOS:** Registaram-se um total de 72 internamentos em 2017 e 81 em 2018 nos trimestres aferidos, com aumento da idade média dos doentes no período de Co-Gestão (71 Vs 67 anos), mantendo o Índice de Case Mix (2,1). Mais de metade dos doentes internados em 2018 (n =

47, 58%) apresentavam 3 ou mais comorbidades relevantes. Verificou-se uma diminuição da média de dias de internamento no período aferido de Co-Gestão (22,4 Vs 18,9 dias em 2018). Registou-se um aumento da admissão programada em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) por cirurgia major (21 Vs 26% do número total de internamentos) e redução para metade da admissão não programada por descompensação grave (2 Vs 1 doente em 2018). No período de Co-Gestão verificou-se um aumento da percentagem de Alta Hospitalar de 87 para 91%, e redução da taxa de mortalidade de 3 para 0%. O tempo médio de exposição a antibioterapia reduziu em 2018 de 16,6 para 11,3 dias. Não se registaram reinternamentos precoces (readmissão nos primeiros 7 dias após a alta) no período de Co-Gestão. **CONCLUSÕES:** Apesar das limitações inerentes à análise estatística puramente descritiva utilizada, período temporal comparativo de 3 meses e número total de doentes, a Co-Gestão entre a Medicina Interna e C. Vascular evidenciou melhorias nos principais indicadores de qualidade do Internamento Hospitalar. Tal facto está em linha com os resultados publicados na literatura médica internacional, ressaltando-se que na maior parte destes estudos descreve-se manutenção ou mesmo aumento da demora média de internamento. São no entanto necessárias análises profundas de custo-efectividade destes Modelos de Co-Gestão, em que o Internista pode desempenhar um papel de relevo na abordagem do Doente Cirúrgico Vascular.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno D 9:15 - 10:45

CO141

1166 HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA – REALIZANDO O SONHO

Olga Gonçalves, Catarina Pereira, Daniela Mendes, Juliana Silva, Marta Monteiro, Miguel Moreira, Ricardo Fernandes, Rosa Ferreira

Unidade de Hospitalização Domiciliária, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal.

Introdução

A Hospitalização Domiciliária (HD) é uma realidade na Europa desde 1957, com a criação da sua primeira Unidade. Em Portugal, o arranque desta modalidade de internamento ocorreu em 2015. A HD viabiliza a prestação de cuidados de nível hospitalar no domicílio do doente e a aproximação do hospital à comunidade e promove a educação para a saúde. Esta tem sido também a experiência da nossa Unidade.

Objetivos: descrever e analisar a atividade assistencial de uma Unidade HD (UHD) nos primeiros dez meses de actividade.

Métodos: análise estatística (Excell) com recurso à consulta do processo eletrónico.

Resultados: entre 23.3.18 e 18.2.19, foram admitidos na UHD 183 doentes: 109 mulheres e 74 homens, com uma média de idades de 72,1 anos (mín.20 e máx. 95), com franca prevalência (58.5%) das 8ª e 9ª décadas de vida. Oriundos em 59,4% dos casos do Internamento de Medicina Interna e OBS, apresentavam à admissão Barthel 100 em 43,2% dos casos e tiveram uma demora média de internamento de 7,9 dias, poupando-se 1482 dias de internamento hospitalar convencional. A taxa média de ocupação foi de 87,7%. No acompanhamento diário foram efectuadas 2728 visitas, sendo dispendidas 644 horas e percorridos no total 37116Km. Cada visita teve uma deslocação média associada de 14,2 minutos e duração média de 29,5 minutos. Com índice de Charlson predominante de 6 (20,8%), os doentes apresentaram como 5 diagnósticos principais mais frequentes: Pneumonia adquirida na comunidade (23,0%), Pielonefrite aguda (21,3%); Celulite membros inferiores (9,8%), Insuficiência cardíaca (8,7%) e Bronquiectasias infetadas (4,9%). Registou-se necessidade de reinternamento em quatro doentes. À alta, o destino mais frequente foi a Consulta Externa em 69,4% (127 doentes), tendo a UHD desenvolvido consulta específica de seguimento. Durante o período em análise ocorreram 4 óbitos, expectáveis à partida. A realização de inquéritos de satisfação mostrou que 94,5% dos doentes recomendaria o serviço a familiares e amigos e que 97% classificaram o serviço como "Muito bom" ou "Bom". No caso dos cuidadores os valores são, respetivamente, 96,8% e 96,0%.

Conclusões: neste grupo de doentes, heterogéneo no seu leque de idades, bem como no grau de complexidade, sempre de índole hospitalar, prevaleceram as patologias infecciosas e cardiovasculares que se revelam passíveis de tratamento seguro e eficaz no domicílio. O internamento em casa, para além de proporcionar situação mais confortável para o doente, constitui-se fator de agrado para os cuidadores e assegura condições terapêuticas equivalentes às do internamento convencional desde que cumpridos os critérios de admissão exigidos. O internista, familiarizado com as situações de polimorbilidade e com o trabalho multi e interdisciplinar é, por excelência, o especialista melhor habilitado para proceder a essa admissão, seguir o doente e promover a ligação ao Médico e Enfermeiro de família, num diálogo crescente e profícuo.

25 DE MAIO DE 2019**Sala Neptuno D 9:15 - 10:45****CO143****320 RESOLUÇÃO DE DÚVIDAS CLÍNICAS NA PRÁTICA DIÁRIA DOS MÉDICOS INTERNOS DE MEDICINA INTERNA EM PORTUGAL**

André Rosa Alexandre

Serviço de Medicina Interna, Hospital da Luz - Lisboa, Lisboa, Portugal

INTRODUÇÃO

Estudos prévios sugerem que as dúvidas clínicas são frequentes na prática diária dos Médicos Internos de Medicina Interna. A capacidade para lhes responder, as fontes utilizadas, o tempo despendido e os obstáculos enfrentados são actualmente desconhecidos em Portugal.

OBJECTIVO

Caracterizar a magnitude e a tipologia das dúvidas clínicas, assim como as fontes, o tempo e os obstáculos para a sua resolução durante a prática diária dos Médicos Internos de Medicina Interna. Comparação destas variáveis entre a prática na enfermaria, consulta externa e urgência.

MATERIAIS E MÉTODOS

Realizámos um estudo observacional baseado na resposta voluntária a um inquérito on-line distribuído pelos Médicos Internos de Medicina Interna de Portugal. A colheita de dados decorreu durante Dezembro de 2018 e Janeiro de 2019. Recolhemos dados epidemiológicos e da caracterização da magnitude e tipologia das dúvidas clínicas, assim como as fontes utilizadas, tempo despendido e obstáculos à sua resolução na enfermaria, consulta externa e urgência. As variáveis referentes às dúvidas clínicas foram comparadas entre estes 3 contextos clínicos pelo teste de Kruskal-Wallis.

RESULTADOS

Responderam ao inquérito 75 Médicos Internos de Medicina Interna: maioritariamente do género feminino (76,0%) e com média de idades de $29,7 \pm 3,4$ anos. Predominaram os Médicos Internos dos Hospitais Distritais (60,0%), do 5º (33,3%) e do 1º ano (22,7%) de Internato. A mediana de dúvidas clínicas por doente observado foi significativamente diferente entre os três contextos clínicos (consulta: 0,6; enfermaria: 0,8; urgência: 1 dúvidas/doente, $p=0,02$). Em todos os contextos clínicos as dúvidas sobre terapêutica prevaleceram (37,3-77,4%) e as respostas foram activamente procuradas numa mediana de 85% das situações. A enfermaria foi o contexto com maior sucesso na identificação de respostas às dúvidas clínicas (mediana: 85%) por

comparação com a consulta e a urgência (75%, $p=0,86$). A mediana de tempo despendido na procura da resposta por cada dúvida foi semelhante em todos os contextos clínicos (17,5 minutos, $p=0,20$). As fontes mais frequentes de respostas foram os Tutores e Assistentes (26,5-26,7%), logo seguidos do UpToDate® (20,1-22,3%) e de Guidelines de Sociedades Científicas (12,1-15,5%). O apoio de outros Médicos Internos para a resolução das dúvidas clínicas foi especialmente importante na urgência (15,9%). O principal obstáculo à resolução das dúvidas foi a falta de tempo (26,5-30,9%) pelo elevado volume do trabalho assistencial.

CONCLUSÕES

Este estudo confirma que os Médicos Internos de Medicina Interna têm frequentemente dúvidas clínicas durante a sua prática diária. Embora consigam responder com eficácia à maioria dessas dúvidas, o tempo despendido para a sua resolução não é desprezível. Apesar da revolução digital com disponibilização generalizada de fontes de informação médica de elevada qualidade, os Tutores continuam a ser a principal referência para a resolução de dúvidas.

25 DE MAIO DE 2019**Sala Neptuno D 9:15 - 10:45****CO144****1445 INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE EM CONDIÇÕES ADVERSAS**

Ana Furão Rodrigues, Liliana Ribeiro dos Santos*, Patrícia Martins*, Ana Paula Vilas - * (contribuíram de igual forma)

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte - Serviço de Medicina 2B (Diretor: Prof. Doutor Rui M.M. Victorino)

INTRODUÇÃO

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACs) são uma preocupação mundial. Em Portugal têm vindo a ser realizados estudos de prevalência que apontam para uma taxa de infeção hospitalar de 10,6%, valor este que se encontra acima da prevalência europeia, de 6,1%. Actualmente, nos Serviços de Medicina Interna são frequentes os períodos de sobrelotação de doentes, ie, períodos em que a taxa de ocupação excede os 100%, determinando a existência de doentes internados em macas ao longo dos corredores.

OBJETIVO: Constituem objetivos deste trabalho, pesquisar se taxas de ocupação superiores a 100% nos Serviços de Medicina Interna se acompanham de um aumento de incidência das IACs e tentar identificar características dos doentes que facilitem

o aparecimento de IACs.

MATERIAL E MÉTODOS: O desenho do estudo é de coorte retrospectivo observacional. Caracterizam-se os casos de IACs ocorridos nos períodos selecionados: Janeiro e Fevereiro de 2012 (período com maior taxa de ocupação, de 130.88%), Agosto e Setembro de 2014 (período com menor taxa de ocupação, de 60.55%) e Abril e Maio de 2015 (grupo controlo, com taxa de ocupação de 93.57%). No estudo são incluídos todos os doentes com internamento superior a 48h e com diagnóstico de IAC. Excluem-se os doentes em que a infeção já existe na admissão hospitalar ou é diagnosticada nos primeiros 2 dias de internamento. Os dados são obtidos através da consulta de processos clínicos. A análise estatística consiste na análise exploratória dos dados recolhidos através de tabelas de frequência e percentagem seguida de análise estratificada.

RESULTADOS: O número total de doentes internados no Serviço durante este período de 6 meses foi de 119 doentes; no período de maior afluência, 55 doentes; no de menor afluência, 25 doentes; no período controlo, 39 doentes. O período com maior taxa de ocupação apresentou a maior taxa de IACs respiratórias (12,1%), seguido do período controlo 8,6%. O diagnóstico de IAC foi efetuado mais precocemente (6 dias) na população com maior taxa de ocupação. Em termos de comorbilidades, as populações não apresentavam diferenças significativas entre si. Na população com maior taxa de ocupação verificou-se um maior isolamento de *Staphylococcus aureus* metilicilino-resistentes (SAMR), 5,2% versus 1,3% na população com menor taxa de ocupação, sugerindo que maiores taxas de ocupação se associam a infeções por agentes mais agressivos. Também a infeção por *Clostridium difficile* atingiu 5 vezes mais a população em período de sobrelotação quando comparada com o período controlo. Por fim, a taxa de mortalidade foi superior nos períodos com maior número de doentes (8,6%) versus período controlo (6,8%) versus período com menos doentes (5,8%).

CONCLUSÕES: Apesar deste estudo ter como limitação o facto de se tratar de um coorte retrospectivo com pequeno número de doentes, é clara a correlação positiva entre a taxa de ocupação de camas e o risco de infeções.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno D 9:15 - 10:45

CO146

656 MEDICINA INTERNA E INTERNAMENTO NUM HOSPITAL TERCIÁRIO.

Gabriel Atanásio, Pedro Magalhães, Ema Neto, Filipa Sousa, Tiago Fernandes, Rafaela Veríssimo, Agripino Oliveira

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução

Fruto da evolução dos cuidados de saúde prestados e de uma transição demográfica em curso observa-se uma mudança do perfil de internamento nos hospitais. Passou-se do foco das doenças infecciosas para a agudização das doenças crónicas.

Objetivos: Identificar o perfil clínico-epidemiológico do doente internado nos diferentes serviços e compará-lo com a Medicina Interna (MI).

Métodos: Realizou-se um estudo transversal, retrospectivo, do internamento no ano 2016. Foram registadas características demográficas, epidemiológicas e clínicas. Os métodos estatísticos utilizados foram o teste da mediana e o risco relativo (RR) para valor $p < 0,05$.

Resultados: Foram selecionados aleatoriamente 10656 casos, metade dos episódios de internamento, com mediana da idade de 66 anos e com 54.1% de mulheres. O grupo etário com idade maior ou igual a 65 anos correspondia a 53.2% da amostra e com idade maior ou igual a 75 a 33%. A co-morbilidade mais frequente foi a Hipertensão arterial, presente em 55.6% dos casos, sendo que em 70.9% havia multi-comorbilidade. Houve 17.5% dos episódios na medicina interna. Comparando a MI com os restantes serviços, verificou-se diferenças na mediana da idade-79 versus 63 anos, na mediana da demora média - 10 versus 4 dias, no grau de dependência - 65.4% versus 18.7% (RR= 3.5), na multi-comorbilidade - 92.6% versus 69.3% (RR= 1.3), na polifarmácia - 80.7% versus 59.7% (RR= 1.3) e a maior diferença do RR (5.6) -8.1% versus 1.4%- verificou-se no grupo de diagnóstico de infeção. A mortalidade global intra-hospitalar foi de 7.2%, sendo que na MI foi de 17.9% e nos restantes internamentos de 4.9% com RR= 3.6.

Conclusões: Na admissão ao internamento hospitalar predomina o idoso e 1/3 dos episódios tem idade maior ou igual a 75 anos. A medicina interna é a disciplina que maioritariamente utiliza o internamento e admite fundamentalmente o grupo etário do idoso com elevada percentagem de doentes dependentes, pluripatológicos e plurimedicados.

Impacto: A MI deverá estar no centro da decisão na assistência aos episódios de internamento do doente idoso com patologia crónica e multimedicado. Responder a estes doentes exige uma resposta integrada, baseada em equipas multidisciplinares, que promoverão cuidados individualizados a cada doente.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno D 9:15 - 10:45

CO147

2029 SEGURANÇA E EFICIÊNCIA DE UMA UNIDADE DE ORTOGERIATRIA.

Gabriel Atanásio, Pedro Magalhães, Ema Neto, Filipa Sousa, Tiago Fernandes, Rafaela Veríssimo, Agripino Oliveira

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução

As fraturas do colo fémur são um dos principais problemas de saúde em todo o mundo e estão associadas a um excesso de mortalidade nos anos seguintes à fratura. A co-gestão deste modelo de cuidados demonstra em múltiplos estudos ter vantagens médicas, mas o seu impacto sobre a eficiência e segurança destas unidades não está estudado.

Objetivos: O objetivo primário deste trabalho foi a mortalidade ao longo de 3 anos e os secundários as intercorrências, tempo para cirurgia, demora média, admissão na rede nacional de cuidados continuados [RNCC] e grau de independência anterior à admissão e alta.

Material e métodos: Estudo prospetivo realizado num hospital terciário. A coorte incluiu os doentes admitidos na unidade durante 3 anos. Os dados foram colhidos na admissão e alta hospitalar pelo SClínico e a mortalidade foi verificada no registo nacional de utentes [RNU]. O grau de dependência foi estratificado pela escala de Katz e mRankim. Os objetivos da unidade eram mRankin=3 à data da alta, demora média de 10 dias, diminuta referenciação para RNCC e controlo das intercorrências. Fez-se uma análise descritiva dos dados e utilizou-se a regressão de Cox.

Resultados: Foram admitidos 330 doentes que corresponderam a 340 episódios de internamento. O sexo feminino teve representação de 80.9% e a média de idades foi de 83.9, com Percentil 90 de 93 anos. Obtivemos taxas de mortalidade intra-hospitalar de 2.65%, aos 30 dias de 4.71%, aos 6 meses de 10.5% e ao ano de 16.18%. Nos objetivos da unidade obtivemos 74.7% de mRankin=3 à data da alta, na demora média 47.6% cumpriu o objetivo, uma referenciação para RNCC de 7,1%

e 86.5% de intercorrências. Na avaliação da taxa de sobrevivência houve associação para o objetivo mRankim [OR=1.85; p=0.008] e na independência na admissão Katz A [OR=3.54; p=0.0001].

Conclusões: A co-gestão do doente ortogeriatrico melhora os resultados de doentes com fratura do colo do fémur. A mortalidade ao ano foi de 16,18% nesta coorte, significativamente menor do que em estudos internacionais comparáveis. Esta co-gestão também pode ter impactos positivos nas intercorrências, no resultado funcional e o risco de fraturas subsequentes.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno C 9:15 - 10:45

URGÊNCIA / CUIDADOS INTERMÉDIOS

CO130

935 A ENGENHARIA DE FATORES HUMANOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Luisa Ferreira, Raquel Santos, Carolina Lameiras, Marta Mota, Judite Velhinho, Fernando Sousa, Ana Sofia Corredoura

Hospital Beatriz Ângelo - Serviço de Urgência Geral de Adultos

Introdução:

Os Serviços de Urgência são conhecidos como áreas do hospital complexas, sobrelotadas, com inúmeros intervenientes e dificuldades de comunicação.

O Serviço de Urgência do nosso hospital tem um elevado número de admissões, que causam constrangimentos diários, pelo que propusemos conhecer melhor o serviço, pelos olhos de cada um dos intervenientes: doentes, acompanhantes, famílias e profissionais.

Para nos ajudar, recorreremos à Engenharia de Fatores Humanos que, com uma perspetiva centrada no utilizador, considera as variáveis físicas, cognitivas e organizacionais, visando a melhoria das interações dos diferentes elementos que constituem todo o sistema sócio-técnico (doentes, profissionais, tarefas, equipamentos e tecnologias, envolvimento físico e ambiental, e organização).

Objetivo:

O objetivo do presente estudo é otimizar a eficácia e eficiência dos processos da prestação de cuidados, melhorando os outcomes gerais da saúde e a experiência dos doentes, a performance dos profissionais e, consequentemente, os resultados da organização.

Material e Métodos:

O estudo desenvolveu-se entre Maio de 2018 e Fevereiro de 2019. Compreendeu 4 meses de observação no terreno e 5 meses de tratamento de dados. Desenvolveram-se as seguintes fases:

- 1) Análise da estrutura organizacional (documentos, processos, indicadores)
- 2) 1ª observação livre no terreno para compreensão da dinâmica do serviço
- 3) Aplicação de uma checklist para avaliar diferentes fatores físicos, cognitivos e organizacionais
- 4) Análise da comunicação entre profissionais
- 5) Seguimento de doentes para análise da comunicação entre profissionais e doentes/familiares
- 6) Análise da interação da urgência com outros serviços
- 7) Discussão das propostas de melhoria com o grupo de trabalho
- 8) Implementação no terreno das soluções encontradas

Resultados:

Em resultado foram realizadas modificações essencialmente a 3 níveis:

- No espaço físico foram desenvolvidos novos layouts das salas de espera e feito o rearranjo de diversos elementos nas várias situações de trabalho
- Alterações organizacionais, nomeadamente, nos processos de trabalho no sentido de otimizar procedimentos
- Na comunicação, ao nível dos profissionais, foram eliminadas redundâncias desnecessárias nos circuitos de informação que permitiram libertá-los de uma sobrecarga cognitiva. Ao nível da relação com o doente foi criado um serviço de apoio designado por "Eu Ajudo" para responder às dúvidas colocadas pelos utentes e familiares. Foi também reestruturada parte da informação que é dada ao doente ao longo do seu percurso dentro da urgência.

Conclusões:

Este estudo veio demonstrar a utilidade de uma abordagem centrada no utilizador considerando todos elementos que constituem este sistema sócio-técnico tão complexo. Não podemos continuar a colocar "pensos rápidos" numa estrutura que tem de ser vista como um todo e não podemos continuar a deixar de considerar as perspetivas de quem a utiliza – os profissionais e os doentes.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno C 9:15 - 10:45

CO131

307 MONITORING OF FLUID AND DIURETIC ADMINISTRATION ACCORDING TO THE ECHOCARDIOGRAPHIC EVALUATION OF VOLUME STATUS IN PATIENTS WITH DECOMPENSATED CHRONIC CONGESTIVE HEART FAILURE (MONET)

Joana Azevedo Duarte¹, Filipe Paula¹, Célia Coelho Henriques¹, Raquel Maia¹, Frederico Batista¹, Luís Melo¹, João Bicho Augusto², Marisa Neves¹, José Delgado Alves¹

1 – Internal Medicine IV Department, Fernando Fonseca Hospital; 2 – Cardiology Department, Fernando Fonseca Hospital

Introduction: Decompensated chronic heart failure (CHF) remains the most frequent cause of hospital admission in patients older than 65 years. The administration of large doses of loop diuretics, along with fluid restriction, is common during the first days after presentation. However, the application of this regimen according to clinical judgment alone, without an objective measurement of the volume status, can have deleterious consequences, namely acute kidney injury. Furthermore, guiding therapy by serial assessments of the patient's volume status may lead to a better optimization of the hemodynamic profile. Ultrasound measurement of the inferior vena cava (IVC) diameter and its collapsibility index, which correlates with central venous pressure, is a non-invasive bedside method to determine patient intravascular volume status which is readily available in Internal Medicine wards.

Aim: To ascertain whether determining patient intravascular volume status through echocardiographic estimation of right atrial pressure (RAP) is superior to best clinical judgement on the management of decompensated CHF in hospitalized patients.

Methods: In this randomized, controlled, double-blinded interventional clinical trial, 55 patients admitted to an Internal Medicine ward due to decompensated CHF were randomly assigned to Group 1 (diuretic and fluid management according to RAP estimation by transthoracic echocardiography) or Group 2 (therapy management according to clinical judgment). The primary objective was to determine the difference regarding efficacy (reduction of Killip class, peripheral oedema and oxygen fraction of inspired air, acute lung oedema occurrence, hospital length of stay) and safety (variation of serum potassium and renal function) between both groups. Secondary objectives included

assessment of differences in the hemodynamic profile and in pharmacological therapy.

Results: Patients from group 1 presented with a better hemodynamic profile during the study, allowing earlier optimization of angiotensin converting enzyme inhibitors dosages, administration of lower dosages of furosemide and a higher volume of crystalloids. Altogether it resulted in a lower serum creatinine both 72 hours after admission and during the whole hospital stay ($p=0,012$). There were no differences in all the efficacy outcomes, including hospital length of stay, 6-month mortality and 6-month hospital readmission rates.

Conclusion: Management of decompensated CHF guided by the echocardiographic estimation of RAP results in similar efficacy with less adverse effects (mainly reduced kidney injury) when compared to clinical assessment alone. This study shifts the focus away from intensive correction of fluid overload and towards improvement of the hemodynamic profile as a better approach to manage decompensated CHF.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno C 9:15 - 10:45

CO132

1643 UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS DE PROXIMIDADE

Joana Azevedo Carvalho, Leonor Boavida, Célia Henriques, Ricardo Marques, Ana Bastos Furtado, José Delgado Alves

Serviço de Medicina IV, Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca

As unidades de cuidados intermédios (UCINT) são unidades de elevada dependência. O seu funcionamento como parte integrante de uma enfermaria de medicina constitui uma importante mais-valia ao permitir uma rápida rotatividade de doentes. O presente estudo tem como objetivo a caracterização a população de doentes admitida numa UCINT de nível 1, integrada numa enfermaria de Medicina Interna de um hospital distrital com uma capacidade de 6 camas.

Estudo descritivo, retrospectivo realizado entre Janeiro a Dezembro de 2017. Da população de 344 admissões, 48 foram excluídas por ausência de dados na base de dados da unidade. A recolha de dados foi baseada na consulta dos processos clínicos em sistema informático Soarian®.

A população é constituída por 57,1% de doentes do sexo masculino, com idade média de 71,4 anos, com um índice de comorbilidade de Charlson de 5.9. A maioria dos quais provêm do Serviço de Urgência (60.1%), com uma percentagem substancial de

doentes transferidos da enfermaria (16.9%) e Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) (13,5%). A demora média da população na UCINT é de 5,3 dias/doente com uma demora média hospitalar de 23 dias/doente. Da análise do subgrupo de doentes providos da UCI verifica-se que a demora média na UCINT é mais baixa (4,4 dias/doente) com uma demora média hospitalar superior (39.2 dias/doente). A gravidade do doente admitido foi avaliada através do SAPS II com um valor de 31,8. Os principais motivos de admissão foram a instabilidade hemodinâmica (29.1%), ventilatória (28.4%) e o descalonamento de UCI (16.9%). Quanto aos principais diagnósticos destacam-se a insuficiência cardíaca (13,5%), a sépsis (7,8%), a pneumonia adquirida na comunidade (7,8%) e nosocomial (5.7%). A ventiloterapia não invasiva (VNI) é uma das principais valências na UCINT com 34,5% dos doentes submetidos a esta técnica. Cerca de 10% estiveram sob ventilação mecânica invasiva e 2,7% com traqueostomia. Foi utilizada ecografia à cabeceira como auxiliar de diagnóstico tendo sido realizados 35 ecocardiogramas e 92 avaliações "point-of-care". Foi necessário escalar suporte em 5,4% dos doentes, na sua maioria, em contexto de choque séptico com falência multiorgânica ($n=5$), falência respiratória ($n=3$) e ARDS ($n=2$). Cerca de 21% dos doentes não tinham indicação para tratamento com recurso a medidas de suporte invasivo de órgão. A taxa de mortalidade na UCINT foi de 3% com uma mortalidade global de 10%. A grande maioria dos doentes tem alta para a enfermaria de Medicina (80,7%).

Da comparação dos dados apresentados (Alegre F. et al, 2015), conclui-se que a unidade de proximidade caracterizada assemelha-se a outras independentes da enfermaria. A optimização da utilização da VNI e reabilitação respiratória são elos terapêuticos fulcrais. Paralelamente, a ecografia tem vindo a ganhar um papel muito relevante na gestão do doente crítico. Este conceito permite o tratamento de doentes complexos e mais velhos, sem prejuízo na mortalidade global.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno C 9:15 - 10:45

CO133

1578 SERAO OS CRITERIOS DE RISCO DE SÍNCOPE, AFINAL, APLICADOS NA VIDA REAL?

Alexandra Biosa, Andre Esteves, Ana Broa, Rita Miranda, Sofia Almeida, Luis Brandao

Hospital Garcia de Orta

Introdução: As novas Guidelines de Síncope, lançadas em 2018 pela Sociedade Europeia de Cardiologia, defendem a importância da

estratificação de risco do doente admitido no serviço de urgência(SU)com suspeita de síncope, de forma a permitir uma orientação mais cuidada do mesmo.

Objetivo: Avaliar a aplicação dos critérios de risco dos doentes(dts) com síncope no SU.

Métodos: Estudo retrospectivo que incluiu dts que recorreram ao SU com síncope de Janeiro a Março 2018. Foi avaliada a população no que diz respeito a alterações clínicas e eletrocardiográficas, critérios de risco e destino final.

Resultados: Foram analisados, no total, 314 dts admitidos no SU, entre Janeiro e Março de 2018, com o diagnóstico final de síncope. Foram excluídos 151 dts por não cumprirem os critérios de diagnóstico ou por não apresentarem informação clínica disponível. Foram incluídos 163 dts, dos quais 56,4% eram do sexo feminino, com idade média de 67±20 anos. Como antecedentes relevantes, 65,6% apresentavam hipertensão arterial, 7,1% insuficiência cardíaca, 5,4% história de doença arterial coronária, 13,3% já tinha tido algum episódio de fibrilação auricular (FA) no passado e 14,7% tinha história de síncope recorrentes.

Quando questionados acerca episódio sincopal, 68,7% referia ter sentido pródromos, 16,8% atribuído a esforço após defecação, 14,7% referia posição ortostática prolongada, 13,9% durante/após refeição e 11,2% após situação desagradável. Apenas 0,7% referiam síncope durante exercício. 6,3% referiam angor (n= 9) ou cefaleias (n= 9) associados, 5,6% palpitações, 4,9% dor abdominal e 2,1% sensação de dispneia.

Ao exame objetivo, 19,7% dos doentes apresentavam alterações, nomeadamente hipotensão (11,1%), sopro cardíaco de novo (3,1%), bradicardia (3,1%) ou sinais de hemorragia gastrointestinal (1,2%). A maioria (66,3%) não apresentava alterações de relevo no eletrocardiograma. Dos restantes (n=42), 18 apresentavam bloqueio de ramo, 12 ritmo de FA, 8 bloqueio auriculoventricular de 1º grau, 3 tinham bloqueio auriculoventricular completo, 3 pausa superior a 3 segundos, 2 sinais de isquemia e 1 tinha prolongamento intervalo QT.

A maioria dos doentes foi diagnosticada com síncope reflexa (54,9% dos casos), sendo que 11,1% apresentaram hipotensão ortostática e 10,5% síncope cardíaca. Dos 33,8% dos dts que apresentaram 1 ou mais critérios de alto risco (n=49), apenas 10,2% (n=5) foram internados e 5 voltaram a ser admitidos no SU no período igual ou inferior a 1 mês. Apenas um doente com critérios de baixo risco foi internado.

Conclusão: No estudo realizado, concluímos que a estratificação do risco proposta pelas guidelines nem sempre é aplicada no SU, levando a alguns erros de orientação. Contudo, apesar da sua importância na avaliação inicial do doente, estes não devem ser

utilizados de forma isolada, devendo prevalecer não só o senso clínico do profissional, assim como a história clínica e o exame físico detalhados.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno C 9:15 - 10:45

CO134

849 ATIVAÇÃO DA EQUIPA DE EMERGÊNCIA MÉDICA INTRA-HOSPITALAR E SCORE NEWS-2

Jéssica Chaves, Carolina Morna, Catarina Lume, Luís Marote Correia, Augusto Barros, Maria da Luz Brazão
Hospital Central do Funchal

Introdução

A ativação da Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (AEEMI) motivada por paragem cardiorespiratória (PCR) ou peri-paragem constitui um recurso crucial para os doentes do serviço de Medicina Interna (SMI). De forma a sinalizar o mais precocemente possível estes doentes, têm sido desenvolvidos e atualizados instrumentos de alerta com base nos sinais vitais, estado de consciência e necessidade de oxigénio suplementar dos doentes. Entre eles encontramos o "National Early Warning Score" criado em 2012 e revisto em 2017 (NEWS-2) que contempla, consoante o índice calculado recomendações de monitorização em termos de frequência e conduta clínica.

A Medicina Interna, por ser a especialidade com a visão geral do doente, tendo a capacidade de abordagem da pluripatologia e da emergência é a especialidade que aborda estes doentes num dos hospitais do nosso centro.

Objetivo: Descrever, através da aplicação do score NEWS-2, a evolução dos doentes internados no SMI que motivaram AEEMI.

Material e Métodos: Elaborou-se um estudo retrospectivo descritivo, onde foram revistas todas as AEEMI ao longo de 2 anos. Foram excluídos aquelas ocorridas antes das 48 horas, ativações para doentes externos ao SMI e omissão significativa de parâmetros.

Extraíram-se os parâmetros demográficos, os motivos de admissão e os critérios de AEEMI em cada caso. Foram apurados os NEWS-2 às 48, 24, 16 e 8 horas prévias à AEEMI, calculando-se a média e desvio-padrão.

Contabilizaram-se os casos conforme os patamares de gravidade sugeridos pelo NEWS-2, nomeadamente no grupo de risco elevado (>=8; 7).

Recorreu-se ao software da instituição para a

consulta dos processos que posteriormente foram organizados com o Microsoft Office Excel 2010.

Resultados: A partir de um total de 62 AEEMI no período do estudo, apuraram-se 32 casos. Destes, 19 eram do sexo masculino (59,38%). Dezanove doentes (59,38%) apresentavam uma causa infecciosa como motivo de internamento. Vinte casos (62,50%) corresponderam a paragem cardíaco-respiratória. As médias $\pm$ desvios-padrão do NEWS2 às 48, 24, 16 e 8 horas prévias foram respetivamente: $6,25 \pm 3,28$; $6,50 \pm 3,17$; $6,70 \pm 3,28$; e $7,5 \pm 3,75$ respetivamente. E o número doentes com critérios de risco elevado foram: 11 (34,37%); 15 (46,88%); 17 (53,12%); 23 (71,88%), respetivamente.

Conclusões: Após a análise estatística, constatou-se a existência de um agravamento do NEWS-2, ao longo das 48h prévias à AEEMI, que poderia ter motivado a escalção de medidas clínicas mais precoce. Múltiplos estudos têm utilizado variados scores para previsão do risco de deterioração dos doentes.

Com este trabalho, demonstrou-se que a aplicação de scores de alerta como o NEWS-2 pode contribuir para identificar doentes instáveis na enfermaria de Medicina Interna.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno C 9:15 - 10:45

CO135

1426 CONVULSÕES E ESTADO DE MAL EPILEPTICO NO DOENTE CRÍTICO

Sara Freitas, Patrícia Patrício, Manuel Sousa, António Messias

Hospital Beatriz Ângelo

Introdução:

As crises epiléticas repetidas ou estado de mal epilético (EME) são relativamente comuns nas Unidades de Cuidados Intensivos e Intermédios. As suas manifestações são muitas vezes multifacetadas e a sua morbi-mortalidade é elevada se não tratada.

Objetivos:

Determinar a prevalência das Convulsões e EME no Serviço de Medicina Intensiva (composto por Unidade de Cuidados Intensivos e Unidade de Cuidados Intermédios), a sua etiologia, terapêutica, exames complementares, grau de gravidade e outcomes.

Métodos:

Avaliação retrospectiva dos internamentos no Serviço de Medicina Intensiva, durante um período

de 5 anos, através da pesquisa no processo clínico cujos diagnósticos principais incluíam as palavras-chave: crise convulsiva, convulsões, estado de mal, estado de mal não convulsivo, estado de mal convulsivo, epilepsia.

Resultados:

Estiveram internados 103 doentes no SMI com esse diagnóstico. A apresentação mais frequente foi o EME convulsivo/ crises convulsivas (68%). A etiologia mais comum é a Epilepsia Vascular, sendo o AVC isquémico a causa mais frequente (23,3%). Outras etiologias comuns são o incumprimento terapêutico (10%), encefalopatia hipóxico-isquémica (17,5%) e alterações metabólicas em 7,7%. As benzodiazepinas são o fármaco de 1ª linha mais utilizado, sendo o Levetiracetam o fármaco de 2ª linha mais administrado. As intercorrências mais frequentes foram a rabdomiólise (10,6%) e pneumonia de aspiração (27%) e 79% dos doentes foram submetidos a ventilação mecânica invasiva. Esta população apresentou uma taxa de mortalidade hospitalar elevada (42%). Observou-se uma mortalidade mais elevada nos casos de Convulsões/ EME convulsivo (32%) relativamente ao estado de mal não convulsivo (10%).

Conclusões:

A identificação e abordagem rápida e sistematizada de uma crise convulsiva/EME é extremamente importante, tendo em conta a sua morbi-mortalidade. A investigação etiológica é igualmente urgente devido às diferentes implicações terapêuticas e outcomes.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno C 9:15 - 10:45

CO136

1609 PERDA DE CONSCIÊNCIA TRANSITÓRIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA – ESTUDO RETROSPECTIVO

Ana Brito, Hugo Inácio, Daniela Marto, Dina Pita, Andreia Amaral, Sofia Mateus, Salvador Morais Sarmento, Miguel Sousa Leite, Catarina Espírito Santo, Marta Moitinho, Paulo Barreto, Catarina Salvado

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central - Hospital Sto. António dos Capuchos

INTRODUÇÃO

A alteração do estado de consciência é uma das queixas principais mais frequentes e mais graves dos doentes que recorrem ao serviço de urgência (SU). Esta queixa inclui a perda de consciência transitória (PCT), que pode ser classificada, segundo o mecanismo fisiopatológico, em alterações da perfusão cerebral, disfunção neurológica, de origem psicogénica, e ainda outras causas mais raras.

OBJECTIVOS

Estudar a população de doentes que recorreram a um SU polivalente, durante um ano, com PCT.

MÉTODOS

Estudo observacional retrospectivo dos doentes com PCT, segundo a definição da European Society of Cardiology (ESC) – guidelines 2018, que recorreram ao um SU polivalente, durante o ano de 2017.

Dos 1496 doentes com queixa principal ‘alteração da consciência/síncope’ (2.1% dos encaminhados à Medicina Interna), selecionamos uma amostra aleatória de 100.

RESULTADOS

Verificámos que 72% tiveram diagnóstico provisório no SU; 28% tiveram diagnóstico definitivo (13% patologia cardiovascular e 15% tiveram PCT de outras causas).

No grupo de doentes com diagnóstico definitivo, as patologias mais frequentes foram as intoxicações (7%) e o tromboembolismo pulmonar (4%).

Naqueles com diagnóstico provisório, síncope vagal foi o mais frequente (19%); 37% não apresentavam registo de hipótese diagnóstica.

A idade média e o género variaram entre os grupos, sendo o género feminino mais prevalente nos doentes com diagnóstico provisório (68%); e a idade média mais elevada na patologia cardiovascular (75 anos). Em relação aos antecedentes, 69% tinham registos de patologia cardíaca e 37% de epilepsia.

A maioria dos doentes tiveram PCT em posição ortostática (16%) e 5% tiveram PCT em decúbito. Em 38% foram registados pródromos.

Relativamente aos métodos complementares de diagnóstico, 89% fizeram eletrocardiograma e avaliação analítica, 70% dosearam troponina e 23% dosearam D-dímeros.

Apenas 15% foram internados, a maioria (69%) pertencia ao grupo com patologia cardiovascular, sendo que, 7% destes foram para unidade de cuidados intensivos.

Dos doentes não internados, 76% apresentaram critérios de alto risco segundo as ESC - guidelines 2018. A maioria destes foi encaminhada a consulta de medicina geral e familiar (MGF).

DISCUSSÃO

Concluimos que poucos doentes com PCT têm diagnóstico definitivo no SU. A maioria destes foi encaminhada para continuar estudo em ambulatório com MGF, não havendo informação acerca da investigação realizada. Estes dados sugerem a importância de melhorar a articulação com os cuidados de saúde primários ou a criação de uma consulta especializada em meio hospitalar.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno C 9:15 - 10:45

CO137

2147 UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS MÉDICOS - REVISÃO DA POPULAÇÃO TRANSFERIDA PARA A UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS AO LONGO DE UM ANO

Margarida R. Fonseca, Mariana Constante, João Lopes Delgado, Isabel Madruga

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental - Medicina I

INTRODUÇÃO As Unidades de Cuidados Intermédios Médicos (UCINTER) são essenciais na monitorização e tratamento de doentes com situações clínicas complexas e com disfunção de um ou mais órgãos. O seu funcionamento em relação estreita com as Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) é essencial para o escalonamento adequado de cuidados.

OBJETIVO Caracterizar os doentes internados na UCINTER de Medicina interna de um hospital central e transferidos para Unidades de Cuidados Intensivos

MÉTODOS Análise retrospectiva de doentes internados na UCINTER e transferidos para UCIs entre 1 janeiro e 31 dezembro de 2018.

RESULTADOS Dos 177 doentes internados na UCINTER em 2018, 20 foram transferidos para UCIs, o que corresponde a cerca de 35%. Analisando este subgrupo específico, verifica-se que a maioria eram provenientes do Internamento (70%), sendo a média de dias de estadia hospitalar prévia à admissão de 12 dias. A duração de internamento na Intermédia foi em média de 4,4 dias (entre 0 e 26). Sete doentes (35%) foram escalados para cuidados intensivos em menos de 24 horas. Obteve-se um APACHE II inicial médio de 14 e um SAPS 2 inicial médio de 39. O motivo de transferência mais frequente foi a disfunção multiorgânica em contexto de choque em oito doentes (40%) – sete com choque séptico e um com choque cardiogénico. A insuficiência respiratória global refratária a ventilação não invasiva foi a disfunção de órgão isolada mais frequentemente associada a necessidade de titulação de cuidados – em quatro doentes (20%). Salientam-se três transferências por Paragem cardíaca recuperada, duas por Insuficiência hepática e uma por Síndrome de Guillain-Barré. Os diagnósticos de transferência mais frequentes foram o Choque séptico em 30% e a Paragem cardíaca em 15%. Seis dos doentes transferidos vieram a falecer na UCI.

CONCLUSÕES A taxa de transferência para um nível de cuidados superiores foi de 35%, sendo superior a um terço dos doentes admitidos. Este número é superior aos 20% empiricamente assumidos como

ideais pela equipa médica da Unidade. O facto de a disfunção de órgão isolada mais frequentemente associada a transferência para UCIs ser a respiratória pode merecer reflexão sobre o papel da ventilação não invasiva na população de doentes internados num Serviço de Medicina.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno C 9:15 - 10:45

CO138

989 AVC HEMORRÁGICO – REVISÃO CASUÍSTICA DE UM ANO NUM HOSPITAL SEM NEUROCIRURGIA

João Alexandre Tavares, Mário Parreira, Ana Emídeo, Patrícia Carneiro, Carolina Palma, Ricardo Pereira, Ermelinda Pedroso

Centro Hospitalar de Setúbal

A hemorragia intracerebral espontânea (HIC) resulta de sangramento intraparenquimatoso cerebral na ausência de trauma ou cirurgia, sendo o evento vascular cerebral (AVC) com maior taxa de morbimortalidade. Apesar de várias medidas médicas ao dispor, que permitem controlar sintomas e reduzir o risco de agravamento e complicações, a verdade é que a capacidade de monitorizar invasivamente, drenar hematomas e colocar derivações ventriculares externas apenas está ao alcance da Neurocirurgia (NC), pelo que esta tem um papel importante no algoritmo terapêutico destes doentes.

O presente estudo pretende caracterizar os doentes com HIC, identificar fatores de risco e de atraso no diagnóstico, e caracterizar a sua orientação clínica/terapêutica à luz das recomendações atuais.

Trata-se de um estudo observacional retrospectivo que incluiu todos os doentes com idade superior a 18 anos admitidos no Serviço de Urgência (SU) de um hospital sem NC no ano de 2018 com o diagnóstico de HIC. A amostra foi selecionada a partir da base de dados dos doentes admitidos neste SU de acordo com a codificação ICD-9 associada ao diagnóstico de HIC. Os dados foram colhidos a partir dos registos clínicos e de exames complementares de diagnóstico associados. A análise estatística foi realizada no programa IBM® SPSS® Statistics 25.

Do total de doentes admitidos, 95 reuniam os critérios de inclusão. Destes, 42% eram do sexo feminino, com uma média de idades de $78,5 \pm 12,1$ anos (mediana de 80,5 anos), e 58% do sexo masculino, com uma média de idades de $71,6 \pm 15,3$ anos (mediana de 73 anos). A idade mínima foi de 36 anos no sexo masculino e de 42 no sexo feminino. A diferença da média de idades por sexo apresentou significância estatística

($p < 0,001$). Foram analisados antecedentes pessoais, uso de antiagregantes e anticoagulantes, queixa inicial e período de tempo entre início das queixas e admissão hospitalar. Foi quantificado o tempo entre admissão hospitalar e realização de tomografia computadorizada cranioencefálica, analisadas a localização e dimensões do hematoma, e a presença de complicações associadas – hidrocefalia, hemorragia intraventricular, edema local ou herniação. Foi ainda analisado o valor da escala de coma de Glasgow na admissão e evolução, défices neurológicos, presença de HTA, crises convulsivas, necessidade de proteção da via aérea, alterações analíticas e terapêutica realizada – reversão da anticoagulação, antihipertensores, anticonvulsivantes e medidas antiedema. Finalmente foi avaliada a realização de contacto com NC e respetiva orientação, local de destino e tempo total de permanência no SU.

O presente estudo permitiu, pela caracterização dos doentes no que respeita a fatores de risco, terapêutica prévia e abordagem em contexto de SU num hospital sem NC, identificar possíveis condutas a otimizar no cuidado ao doente com HIC, servindo como ponto de partida para o desenvolvimento de um protocolo de atuação hospitalar.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno C 9:15 - 10:45

CO184

936 QUEIXA PRINCIPAL NA URGÊNCIA: FREQUÊNCIA E GRAVIDADE

Hugo Raposo Inácio, Ana Brito, Daniela Marto, Salvador Morais Sarmento, Miguel Sousa Leite, Sofia Mateus, Dina Pita, Andreia Amaral, Marta Moitinho, Catarina Espírito Santo, Paulo Barreto, Catarina Salvado

Hospital de Santo António dos Capuchos, CHULC

Introdução

A maioria dos estudos epidemiológicos desenvolvidos em serviços de urgência (SU) centram-se no diagnóstico final, havendo poucos que abordam a relação entre queixa principal (QP) de apresentação e diagnóstico de saída. O projeto de investigação que propomos pretende fazer uma avaliação das QPs de maior interesse, com base na frequência e gravidade de apresentação, e os diagnósticos mais frequentes encontrados. Apresentamos aqui os resultados da primeira fase do estudo.

Objectivo: Identificar quais as QPs mais frequentes e que estão associadas a doentes mais graves, considerando o local de tratamento e o resultado ou destino.

Método: Estudo observacional retrospectivo, com

inclusão de todos os doentes que recorrem a um serviço de urgência polivalente (hospital terciário) num período de 12 meses, e foram encaminhados para observação pela especialidade Medicina Interna. Consideramos como QP o fluxograma escolhido no momento da triagem – utilizando o protocolo de Manchester. Foram considerados doentes graves todos os que cumpriram pelo menos um dos seguintes critérios: admissão na sala de reanimação ou unidade de observação; internamento em unidade de cuidados intensivos ou intermédios; óbito no SU.

Resultados: Em 12 meses foram observados 149 761 doentes, 69 802 dos quais encaminhados à Medicina Interna (46%). Considerando este subgrupo de doentes e os 15 fluxogramas mais frequentes, foram incluídos 65 307 doentes (91%). Dados gerais: idade 55+/-22 anos (média, dp); sexo feminino 56%; triagem laranja 8%, triagem amarela 44%, triagem verde 45%; tempo médio de permanência no SU 8+/-16 horas; internamento qualquer serviço 15%; doente grave 8%, sala reanimação 2%, sala observação 6%, internamento em UCI 1,6%, óbito no SU 0,4%.

Os 3 fluxogramas mais frequentes foram a indisposição no adulto 24%, dispneia 13% e dor torácica 10%. No conjunto representam 47% dos doentes. Os fluxogramas com maior gravidade relativa foram: convulsões 25%, estado de inconsciência/síncope 20%, palpitações 19%, dispneia 18%, indisposição no adulto 10% e dor torácica 9%. Por outro lado, os fluxogramas com valores mais baixos foram: erupções cutâneas 0.5%, embriaguez aparente 1% e problemas nos membros 1%. Os fluxogramas com maior frequência relativa de internamento foram dispneia 36%, estado de inconsciência/síncope 24%, indisposição no adulto 22%, convulsões 17%, dor abdominal 12% e dor torácica 11%.

Conclusão: As diferenças na frequência, internamento e gravidade da QP do doente que se apresenta no SU, devem ser consideradas na organização do serviço e na preparação dos profissionais. Na próxima fase do projecto pretendemos estudar as QPs mais relevantes de forma individualizada.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno C 9:15 - 10:45

CO185

1084 IMPACTO AMBIENTAL NA SAÚDE – GOLPE DE CALOR

Madalena Sousa Silva, António Carneiro, Isa Silva, Luís Pereira, Carolina Sequeira, Paula Antunes, Sofia Rodrigues, Ana Boquinhass

Hospital de Cascais - Serviço de Medicina Interna O aquecimento global e alterações climáticas subjacentes constituem um problema actual que afecta

O aquecimento global e alterações climáticas subjacentes constituem um problema actual que afecta a população de diversas formas, entre as quais a saúde. O mês de agosto de 2018 foi o segundo mais quente depois de 2003. Foram registadas temperaturas extremas por todo o país, sendo os dias de 1 a 6 os mais quentes. O golpe de calor é uma entidade com elevada morbimortalidade, caracterizada por elevação da temperatura corporal >40° com disfunção neurológica e possível disfunção de outros órgãos.

Objectivo: Caracterização dos doentes admitidos por golpe de calor no Serviço de Urgência (SU) de um Hospital Distrital em agosto de 2018

Material e Métodos: foram analisados os processos clínicos dos doentes que, durante o período de 1 a 6 de agosto foram enviados ao SU por temperatura corporal superior a 40°C, através da consulta de processos clínicos e subsequente análise descritiva.

Resultados: Foram incluídos 8 doentes com estas características, todos admitidos entre 4 e 6 de agosto, com uma idade média de 81.6 ($\pm$ 6.5) anos, predominantemente do sexo feminino - 62.5% (n=5). Relativamente ao estado funcional, recorrendo à escala de Karnofsky, apenas 37.5% (n=3) destes doentes eram autónomos, sendo os restantes total ou parcialmente dependentes nas actividades de vida diária. Dos factores de risco para golpe de calor destaca-se o uso de fármacos em 50% dos casos; quadro infeccioso em 12.5% e desidratação em 12.5% dos doentes. A temperatura corporal máxima à admissão foi de 41.5°C com uma média de 40°C ($\pm$ 0.9°C). À admissão 90% (n=7) dos doentes evidenciavam disfunção neurológica e 80% (n=6) disfunção renal. A creatinina média à admissão foi de 1.6mg/dL, com 75% dos doentes com lesão renal aguda, 75% dos doentes com rabdomiólise, 62.5% com citólise hepática. Gasimetricamente destacou-se hiperlactacidémia na maioria dos doentes (62.5%). Todos estes doentes foram internados, com uma média de dias de internamento de 12.4 dias, com um mínimo de 1 dia no caso de um doente que faleceu e um máximo de 55 dias no caso de uma doente cuja disfunção neurológica foi prolongada

em contexto de estado de mal epiléptico. No decorrer do internamento houve 3 doentes a realizar Electroencefalograma, com evidência de alterações semelhantes - actividade epileptiforme nas regiões temporais. Dos 8 doentes 1 faleceu (12.5%) por disfunção multiorgânica e 3 (37.5%) ficaram com sequelas neurológicas (epilepsia).

Conclusão: A mortalidade foi inferior à descrita em outros estudos, que associamos a uma adequada abordagem pré e intrahospitalar, assim como provavelmente uma rápida percepção da gravidade do quadro por familiares/acompanhantes o que reduziu o tempo de ativação de apoio médico. É um assunto sobre o qual somos obrigados a reflectir e que seguramente estará mais presente na nossa prática clínica pelo que, uma intervenção precoce é de suma importância, tal como a prevenção e alerta à população.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno C 9:15 - 10:45

CO186

1884 HEMORRAGIAS INTRACEREBRAIS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA E TERAPÊUTICA ANTITROMBÓTICA – UMA ANÁLISE DESCRITIVA

Marta Costa, Patrícia Carvalho, Rui Santos, Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução Os fármacos antitrombóticos são vastamente utilizados na prática clínica, sendo a hemorragia intracerebral a sua complicação mais grave. A relação risco-benefício do seu uso é uma preocupação comum e, em populações com fatores de risco para hemorragia intracerebral, não se encontra estabelecida.

Objetivo: Analisar uma amostra de doentes com hemorragia cerebral major e caracterizá-la quanto ao uso de fármacos antitrombóticos, idade, género, história de trauma e resultado.

Material e Métodos Estudo retrospectivo, observacional, que incluiu doentes admitidos no Serviço de Urgência (SU), de Janeiro a Dezembro de 2017, com diagnóstico de saída de: hemorragia intracerebral; hemorragia subaracnóideia; hemorragia subaracnoideia, subdural ou extradural, pós-traumática e outra hemorragia intracraniana ou hemorragia intracraniana, não especificada. Foram recolhidos dados clínicos e analisados através do software SPSS.

Resultados Foram incluídos 625 doentes, 42.6% mulheres e 57.4% homens, com uma média de idade de 74±14 anos. Do total, 18.2% encontravam-se medicados com anticoagulantes, a maioria

destes (9.9%) com varfarina, 5.5% com Novos Anticoagulantes Orais (NOACs) - rivaroxabano 2.4%, apixabano 1.8%, dabigatran 1.1% e 0.2% (1 doente) com edoxabano, 2.2% com enoxaparina e 0.3% (2 doentes) com acenocumarol. Uma percentagem superior dos doentes (28.6%) estava medicada com antiagregantes, a maioria destes (19.8%) com ácido acetilsalicílico, 5.8% clopidogrel, 1.1% ácido acetilsalicílico e clopidogrel, 0.8% (5 doentes) ticlopidina, 0.6% (4 doentes) trifusal e 0.2% (1 doente) dipiridamol. Do total, 55.7% dos doentes tinha idade superior a 75 anos e 61.8% tinha história de traumatismo craniano. A taxa de mortalidade global em consequência do episódio de hemorragia que motivou a vinda ao SU foi de 13.1%. A idade superior a 75 anos não se associou a maior taxa de mortalidade ($p=0.620$). Dos doentes com história de traumatismo, 5.3% faleceram (vs 7.9% sem história de trauma). O óbito foi mais frequente na ausência de trauma ($p=0.0001$) e, pelo contrário, sobreviveram mais os doentes com hemorragia após trauma ($p=0.0001$). Foi objetivada uma associação entre doentes não hipocoagulados e melhora ($p=0.015$) vs óbito. Contudo, estar medicado com varfarina não teve influência no resultado ($p=0.294$). O pequeno tamanho da amostra de doentes hipocoagulados com NOACs não permitiu estabelecer associações acerca destes. Não foi possível estabelecer associação entre medicação antiagregante e resultado ($p=0.350$).

Conclusões A taxa de mortalidade por hemorragia intracerebral não foi desprezível. A ausência de utilização de medicação anticoagulante associou-se a melhor prognóstico e a ausência de trauma a pior prognóstico. A idade avançada e a utilização de varfarina, como variáveis independentes, não se relacionaram com maior taxa de mortalidade. Aumentar a amostra de doentes hipocoagulados permitirá obtenção de dados adicionais.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno C 9:15 - 10:45

CO187

621 HIPERLACTACIDÉMIA E IMPACTO PROGNÓSTICO

Inês Henriques Vieira, Fábio Salgueiro, Joana Duarte, José Pedro Fernandes, Maja Petrova, Pereira de Moura, Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução

A hiperlactacidémia (lactato $\geq 2\text{mmol/L}$) é uma alteração frequente que confere prognóstico adverso. Um valor de lactato $\geq 4\text{mmol/L}$ independentemente da presença/ausência

de acidémia efetiva define acidose láctica. A hiperlactacidémia por acumulação de L-lactato (estereoisómero mais comum em humanos) pode estar em relação com hipóxia tecidual (tipo A) ou acontecer na sua ausência (tipo B). Pode ainda ocorrer acumulação de ácido D-láctico produzido por microorganismos ou, mais raramente, por síntese endógena.

Objetivos: Identificar causas frequentes de acidose láctica em doentes internados num serviço de medicina interna; avaliar a taxa de mortalidade numa amostra de doentes com hiperlactacidémia; verificar se existe diferença estatisticamente significativa entre os valores de lactacidémia dos doentes falecidos vs restantes doentes.

Material e Métodos: Pesquisa das palavras-chave "hiperlactacidémia", "acidose/acidémia láctica", "hiperlactacidémia", "acidose/acidémia láctica" nas notas de alta dos doentes internados no Serviço entre 04/2017-10/2018. Consulta de dados laboratoriais e, quando necessário, do registo de urgência que motivou o internamento. Seleccionados os 151 casos com valores de lactato ≥ 4 mmol/L, dos quais 95 tinham ≥ 4 mmol/L.

Resultados: Os doentes seleccionados (N=151) tinham idade mediana de 83,00 (AIQ 17,00) anos; 55,00% eram do sexo feminino. Na maioria dos casos o mecanismo responsável pela hiperlactacidémia foi provavelmente misto (58,94%), em 20,53% foi do tipo A e em 20,53% do tipo B. Quando definidas as causas que provavelmente contribuíram para a acidose láctica (lactato ≥ 4 mmol/L) nesta amostra (95 doentes), as mais frequentes foram: sépsis/choque séptico (31,30%); toma de metformina (29,77%) e isquémia (9,92%). A taxa de mortalidade nesta amostra foi de 26,49%. O valor de lactato mediano foi de 4,90 (AIQ 4,11). Não se verificou diferença estatisticamente significativa em relação à idade e ao sexo nos doentes falecidos vs restantes doentes (Mann-Whitney $p=0,175$; Qui-Quadrado $p=0,961$). A lactacidémia mediana dos doentes falecidos foi de 5,98 (AIQ 4,65) e 4,52 (AIQ 4,18) nos restantes, com diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos (Mann-Whitney $p=0,017$).

Conclusões: Este trabalho tem algumas limitações: baseado em registos clínicos; colheita retrospectiva; pesquisa por palavras chave. No entanto, observou-se que a sépsis é efetivamente uma causa frequente de acidose láctica. A toma de metformina concomitantemente com fatores que potenciam a sua acumulação foi frequente, embora não seja possível afirmar que contribuiu para a hiperlactacidémia em todos os casos. Verificou-se também que esta amostra conta com uma elevada taxa de mortalidade. Os doentes falecidos apresentaram valores de lactato significativamente mais elevados. Este trabalho reforça o facto de a hiperlactacidémia ser um marcador de gravidade e prognóstico.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno C 9:15 - 10:45

CO188

122 PLANO DE CONTINGÊNCIA - PREPARADOS?

Rita Santos, Felisbela Gomes, Cláudia Neves, Ana Bravo, Cláudia Janeiro

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central - Hospital Santo António dos Capuchos

Introdução

No outono/inverno há um aumento da incidência de infeções respiratórias, a maioria das quais atribuível à epidemia sazonal da gripe. Nesta época é activado um Plano de Contingência, promovido pela Direcção-Geral da Saúde, que visa promover uma maior capacidade de resposta das instituições de saúde para a maior procura esperada.

Objectivos: Avaliar o impacto da epidemia sazonal da gripe no número de admissões hospitalares, a gravidade clínica e taxa de mortalidade.

Métodos: estudo retrospectivo, observacional e comparativo, de doentes admitidos numa unidade funcional de Medicina Interna nível I em 2017/2018 com proveniência do serviço de urgência central polivalente. Para efeitos de análise comparativa foram seleccionados 2 grupos de doentes: grupo A admitido entre Maio e Julho de 2017 - período de não contingência, grupo B admitido entre Dezembro de 2017 e Fevereiro de 2018 - período de contingência. Através da consulta do processo clínico foram avaliados dados demográficos, diagnóstico principal e duração do internamento. Foi ainda efectuado o cálculo do índice SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) à admissão para efeitos de estratificação da gravidade clínica e prognóstico.

Resultados: A amostra total inclui 724 doentes. O grupo A é constituído por 338 doentes, 50.9% mulheres (idade média 76.7) e 49.1% homens (idade média 73.6). O grupo B é constituído por 386 doentes, 51.6% mulheres (idade média 79.1) e 48.4% homens (idade média 74.6). A duração do internamento foi em média 8.84 dias para o grupo A e 10.8 dias para o grupo B. No grupo B o principal motivo de admissão foi a infeção respiratória (40.4%), tendo-se determinado etiologia viral em 26.3% dos casos. No grupo A as foram o principal motivo de admissão correspondendo a 29% dos casos. Ainda neste grupo foram admitidos 20.7% por infeção respiratória, sendo a etiologia viral $<1\%$. O cálculo do SOFA foi em média de 3.9 para o grupo A e 4.1 para o grupo B. Registou-se uma taxa de mortalidade de 6.5% no grupo A e 9.1% no grupo B.

Conclusão: Como expectável, durante o período da contingência foram admitidos mais doentes. As infeções respiratórias foram o diagnóstico prevalente com um importante contributo da etiologia viral. Neste grupo, a taxa de mortalidade foi maior. Os índices SOFA baixos podem justificar-se pelo tipo de amostra escolhida - doentes internados em enfermaria de Medicina Interna. Ainda assim, tal como era expectável, verificou-se correlação entre uma maior mortalidade e índices SOFA mais elevados.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno C 9:15 - 10:45

CO189

23 COAGULAÇÃO INTRAVASCULAR DISSEMINADA – UMA REALIDADE NO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

Rita Gameiro, Patrícia Patrício, António Messias
Hospital Beatriz Ângelo

INTRODUÇÃO

A coagulação intravascular disseminada (CID) é uma síndrome adquirida caracterizada pela ativação generalizada da coagulação com fenómenos trombóticos e hemorrágicos, cuja mortalidade permanece elevada.

OBJETIVO: Caracterização da população com CID no Serviço de Medicina Intensiva (SMI), analisando 4 grupos de doentes: neoplasia, sépsis, trauma e complicações obstétricas.

MÉTODOS: Análise retrospectiva dos doentes internados no período de 1 de janeiro a 30 de junho de 2018, sendo incluídos os doentes com critérios clínicos e/ou analíticos para CID. Excluídas alterações secundárias a hipocoagulação ou doença hepática.

RESULTADOS: Identificados 323 internamentos, havendo 144 doentes com sépsis, 100 com neoplasia, 14 com trauma e 3 com complicações obstétricas. A CID desenvolveu-se em 39 doentes (12%). Houve predomínio do sexo masculino (51%), tendo 56% dos doentes idade > 65 anos e sendo 79% autónomos. O internamento médio hospitalar foi de 22 dias, com média de 10 dias no SMI. A sépsis foi o fator predisponente mais frequente (62%), seguido de neoplasia (23%). 49% dos doentes tinham score APACHE > 25. Houve necessidade de suporte ventilatório invasivo (85%) e vasopressor (87%) na grande maioria dos doentes, seguido de técnica dialítica (46%). Relativamente à caracterização da CID, teve uma duração média de 8 dias, sendo a trombocitopenia a alteração analítica mais frequente (95%), seguida de hipofibrinogenémia em 64% dos doentes. Houve

predomínio de fenómenos hemorrágicos com necessidade frequente de suporte transfusional, sendo os fenómenos trombóticos menos frequentes, mas culminando mais frequentemente no óbito. No total, faleceram 22 doentes (56%).

DISCUSSÃO: Tal como descrito na literatura, houve atingimento preferencial de doentes com > 65 anos (67%). 17% dos doentes com sépsis desenvolveram CID, tal como 9% dos doentes com neoplasia. Destaca-se a mortalidade elevada, sobretudo no doente idoso, com maior necessidade de suporte de órgão e com fenómenos trombóticos. Os autores reforçam a necessidade de resolução do processo predisponente para o sucesso do tratamento do doente com CID.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno C 9:15 - 10:45

CO190

2185 POINT-OF-CARE ULTRASONOGRAPHY PULMONAR NO SERVIÇO DE URGÊNCIA – ESTUDO PILOTO COMPARATIVO COM OS MÉTODOS RADIOLÓGICOS CLÁSSICOS

Miguel Alves, João Alves, Gil Sequeira, Rafael Silva, António Pedro Gonçalves, Jorge Mendes, João Tavares, Jorge Teixeira, José Mariz

Serviço de Urgência do Hospital de Braga

Introdução

Point-of-Care Ultrasonography (POCUS), é uma ferramenta clínica emergente, com grande evidência científica. As vantagens do POCUS, em relação aos métodos convencionais de diagnóstico em situações agudas, nomeadamente telerradiografia (TR) e tomografia axial computadorizada (CT), são o seu baixo custo, disponibilidade e o facto de ser um exame potencialmente inócuo e que pode ser realizado à cabeceira do doente.

Existem estudos com o objectivo de reduzir o número de exames que usam radiação ionizante a nível hospitalar. A nível dos Cuidados Intensivos, o projeto LUCIFLR apresenta como objectivo, nas próximas três décadas, diminuir as TR e CT do tórax em 1/3 e em 2/3, respectivamente, com o recurso a POCUS pulmonar (EcoP). No entanto, pouco se sabe do impacto que a EcoP poderá ter a nível do Serviço de Urgência (SU).

Com o presente trabalho avaliamos em projeto piloto o papel da EcoP na avaliação de doentes com queixas respiratórias no SU, comparando com a TR e CT do tórax.

Objetivo: Comparação da EcoP com os métodos convencionais de diagnóstico, nomeadamente TR

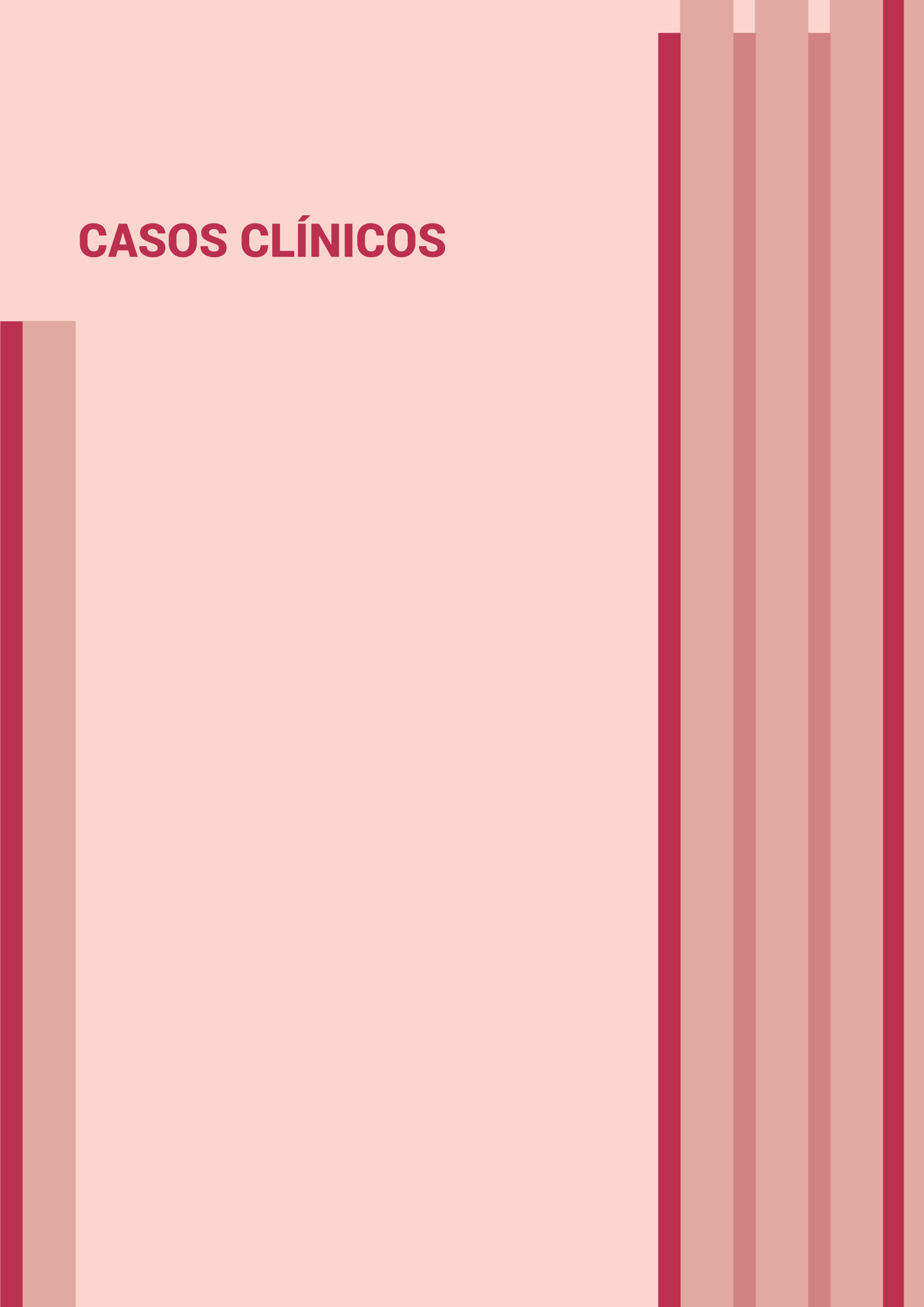
e TC do tórax.

Material e Métodos:

Estudo observacional, transversal descritivo, com colheita de dados prospectiva onde foram incluídos doentes com queixas respiratórias admitidos no SU do Hospital de Braga, de janeiro a dezembro de 2018. Amostra de conveniência de acordo com a disponibilidade do investigador responsável para efetuar a EcoP. Critérios de inclusão: doentes adultos com queixas respiratórias de acordo a Triagem de Manchester na admissão no SU e ter realizado TR torácica e TC pulmonar nas mesmas 24 horas da realização da EcoP. Critérios de exclusão: doentes sem queixas respiratórias na história clínica do doente; doentes com TR e TAC realizados mais de 24 horas antes ou depois da EcoP; doentes cuja orientação clínica foi feita pelo investigador que realizou a EcoP. Foram consultados os processos clínicos dos doentes incluídos por investigador independente à observação do doente no SU, e foi feita uma comparação qualitativa dos exames radiológicos com a EcoP. A consulta dos processos clínicos fez parte de um processo de auditoria da qualidade de registos clínicos no SU do Hospital de Braga.

Resultados: Foram avaliados 121 doentes com queixas respiratórias na admissão no SU. Dos 121 doentes, 21 doentes cumpriram os critérios de inclusão (10 do sexo feminino), com uma média de idade de 76,3. Dos 21 doentes incluídos, 12 apresentavam alterações na TR do tórax que concordaram com as avaliações da EcoP. Houve 6 doentes sem alterações na TR do tórax que mostraram alterações clinicamente significativas na EcoP. Comparativamente com a CT do tórax, a EcoP foi superior na concordância de achados em relação à TR do tórax.

Conclusões: A ecografia pulmonar no SU apresenta-se como uma alternativa segura aos métodos radiológicos clássicos de diagnóstico. Trabalhos prospetivos e com protocolos bem definidos terão que ser realizados de forma a confirmar estes resultados.



CASOS CLÍNICOS

23 DE MAIO DE 2019**Sala Neptuno C 15:00 - 17:00****DOENÇAS AUTOIMUNES E REUMATISMAIS****CC001****375 HEMOFILIA ADQUIRIDA**

Ana Bravo, Daniela Carneiro, Inês Urmal, Miguel Valente, Helena Estrada

Serviço de Medicina 2.1 - Hospital Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar Lisboa Central

A hemofilia A adquirida (HAA) é uma patologia rara que resulta da presença de autoanticorpos (inibidores) do factor VIII (FVIII) circulante. A incidência aumenta com a idade, sendo que mais de 80% dos doentes tem mais de 65 anos. Cerca de metade dos casos de HAA pode ser atribuída a uma causa subjacente, geralmente outra doença auto-imune, neoplasia ou fármacos, e os restantes são idiopáticos.

Apresenta-se o caso de um homem de 87 anos com múltiplas comorbilidades: cardiopatia hipertensiva, diabetes mellitus tipo 2, fibrilhação auricular (sob apixabano), doença renal crónica, asma e psoríase. É portador de pacemaker e tem uma neoplasia da próstata e uma neoplasia do cego a aguardar cirurgia.

Recorreu ao Serviço de Urgência por dor e edema dos membros inferiores e hematoma na coxa direita com duas semanas de evolução e de agravamento progressivo, com diminuição da mobilidade, após queda com traumatismo dos membros inferiores em contexto de atropelamento a baixa velocidade. À observação, constatou-se dor e edema da face pósterio-externa da coxa direita, com hematoma em reabsorção, sem outras alterações. Analiticamente salientava-se hemoglobina de 5.7g/dl, plaquetas de 245 000, INR de 1.45 e prolongamento do APTT de 133 segundos. Realizou suporte transfusional e suspendeu anticoagulação. Durante o internamento, assistiu-se à progressão do hematoma da coxa direita e aparecimento de hematomas a nível dos membros superiores, com nova descida de hemoglobina e necessidade de suporte transfusional e plasma fresco congelado. Por manter APTT prolongado apesar da suspensão do apixabano, foi pedido o doseamento do FVIII – inferior a 0,5% (50-100) – e dos inibidores do FVIII – positivos com 137,65 U Bethesda (negativo < 0,5), confirmando-se o diagnóstico de HAA. Realizou terapêutica com complexo protrombinico activado 50 U/Kg (FEIBA) e corticoterapia com

prednisolona 1mg/kg/dia, com melhoria clínica e analítica gradual, nomeadamente normalização do APTT, subida do FVIII para 14,10% e descida dos inibidores do FVIII para 50,85 U Bethesda.

O quadro clínico mais frequente na HAA consiste em hemorragia espontânea ou provocada associada a tempo de tromboplastina parcial activada (APTT) prolongado, na ausência de história pessoal ou familiar de coagulopatia. O tratamento consiste no controlo da hemorragia, principalmente através de terapêutica de "bypass", como o FEIBA, e na erradicação permanente dos autoanticorpos com corticoterapia.

É essencial um reconhecimento precoce desta patologia tão rara e uma terapêutica atempada e dirigida, uma vez que o diagnóstico tardio ou o tratamento inadequado estão associados a uma maior taxa de mortalidade.

23 DE MAIO DE 2019**Sala Neptuno C 15:00 - 17:00****CC002****1264 SUBACUTE CUTANEOUS LUPUS SECONDARY TO TRASTUZUMAB EMTASINE**

Teixeira, João; Costa, Catarina; Santos, Inês; Janeiro, Claudia

Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE, Serviço de Medicina Interna 2.1

There is a defined, but poorly described, relationship between Trastuzumab and

Cutaneous Lupus Erythematosus (CLE), and whether Trastuzumab causes CLE or simply leads to dermatologic manifestations of latent Lupus Erythematosus has yet to be established.

We report a case of a 77-year-old female with HER2+ breast adenocarcinoma that presented with a generalized rash and pruritus after the 9th cycle of Trastuzumab emtastine (the only medication the patient was under). The lesions presented as erythematous plaques, some with desquamative properties, mainly on the lateral side of the upper right arm, on the upper thoracic region dorsum (with a predominance of desquamative plaques in the interscapular area), malar regions and forehead.

The skin biopsy revealed Cutaneous Lupus

Erythematosus (CLE), and it was associated with positive antinuclear antibodies (speckled pattern, 1:320) and positive Anti-SSA (3+), in a patient that was previously ANA negative (with no previous Anti-SSA test).

She was admitted to the Internal Medicine ward, and there were never any signs of fever, respiratory, urinary or rheumatological symptoms. Trastuzumab emtasine was suspended and a short course of Prednisolone (40mg daily, tapered off the following days) plus Hydroxicloroquine (400mg daily) was initiated. There was a complete remission of the skin lesions after two weeks, with no relapse when the medication was stopped.

CLE has been previously linked with the treatment of HER2+ breast carcinoma due to aromatase inhibitors, but rarely with the use of Trastuzumab. In the literature, the cases where it was admitted that Trastuzumab led to CLE (and not simply to skin rashes) the diagnosis was always supported by the presence of an annular pattern of eruption and positive testing for Anti-Ro/SSA.

Our case seems to support the link between the two, as it clearly shows a compatible dermatologic pattern, positive skin biopsy and positive serology for Lupus, in a patient whose only related external factor was the use of Trastuzumab emtasine.

The case, however, raises some questions; Although the link between these lesions and trastuzumab seem undeniable, the fact that they only originated after the 9th cycle, and that the description of Trastuzumab-associated CLE seems so rare in the literature, seems to suggest that either CLE is induced by the cumulative dosage of this drug in susceptible patients, or that this is a rare and idiosyncratic drug reaction. Systemic manifestations also seem to be absent in both our case and in previously described cases, leading us to question whether Trastuzumab causes true CLE or simply causes Lupus-like skin rashes.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno C 15:00 - 17:00

CC003

1271 ARTERITE DE TAKAYASU – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Núria Jorge (1), Joana Miranda (2), António Braga (1), Helena Moreira (3), Ester Ferreira (3), Pedro Von Hafe (3), Jorge Almeida (3)

Serviço de Medicina Intensiva(1), Serviço de Imunoalergologia(2), Serviço de Medicina Interna(3) do Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução

A Arterite de Takayasu é uma vasculite de etiologia desconhecida, que afecta grandes vasos, nomeadamente a aorta e os seus ramos. A ausência de sintomas e marcadores laboratoriais específicos, assim como a dificuldade em determinar a actividade e progressão da doença, dificultam o diagnóstico precoce, com repercussões nefastas na morbilidade e mortalidade.

Descrição: Descreve-se o caso de uma mulher de 40 anos, em seguimento em consulta externa de Medicina Interna desde 2014 por quadro de perda ponderal, astenia, suores noturnos e lombalgia esquerda. Do estudo complementar destacava-se anemia normocítica normocrómica e valores de reagentes de fase aguda sustentadamente elevados. Procedeu-se à realização de estudo imunológico, assim como exames imagiológicos, incluindo tomografia computadorizada torácica, sem alterações de relevo. Apesar do estudo inconclusivo, por manutenção da sintomatologia, iniciou curso de corticoterapia, que manteve cerca de quinze meses (em esquema de desmame e posterior suspensão) e que resultou em remissão completa do quadro.

Em Outubro de 2018, é admitida por anemia, astenia progressiva, picos febris vespertinos e palpitações, com cerca de uma semana de evolução. Negava outra sintomatologia acompanhante, bem como hábitos ou contexto epidemiológico relevantes.

Objectivava-se anisofigmia com um diferencial de pressão arterial > 10 mmHg, era também audível um sopro carotídeo e subclávio bilateral. À auscultação cardíaca destacava-se um sopro sistólico grau II/III audível em todo o precórdio.

Analiticamente apresentava hemoglobina de 8.8g/dL, velocidade de sedimentação de 129mm/1ªh e proteína C reativa de 72mg/L.

A tomografia computadorizada cervicotoracoabdominopélvica revelou um espessamento parietal concêntrico da aorta torácica, dos ramos supra-aórticos e da artéria pulmonar, assim como uma dilatação da aorta ascendente e da origem da artéria subclávia direita. Realizou ecocardiograma transtorácico que documentou insuficiência aórtica severa, sem evidência de dilatação de câmaras cardíacas e com função biventricular conservada.

O quadro clínico apresentado e os exames complementares obtidos eram compatíveis com o diagnóstico de Arterite de Takayasu. Assim, a doente foi medicada com prednisolona 50mg id. Após seis semanas de corticoterapia, por apresentar melhora da sintomatologia, iniciou desmame progressivo de prednisolona, tendo sido associado metotrexato.

Discussão: O caso apresentado pretende salientar a dificuldade diagnóstica desta patologia, assim como a sua evolução progressiva e deteriorante, salientando a necessidade da documentação e tratamento precoces para ser alcançado um melhor prognóstico. Deve ser considerada, principalmente na mulher jovem, perante alto grau de suspeição e quando excluídas outras etiologias mais frequentes.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno C 15:00 - 17:00

CC004

120 SÍNDROME DE ATIVAÇÃO MACROFÁGICA COMO EXPRESSÃO DE GRAVIDADE DE SÍNDROME DE DRESS

Ana Isabel Lopes 1, Ana Ferro 1, Raquel Santos 1, Tito Xavier 2, Isabel Vilas Boas 3, Mylene Costa 1, Joana dos Santos 4, Herberto Bettencourt 4, Rute Morais Ferreira 1, Mariana Taveira 1

1,2,4 Serviço de Medicina Interna; Medicina Intensiva; Imunohemoterapia, Hospital Pedro Hispano, 3 Serviço de Oncologia Médica, IPO Porto

A síndrome de ativação macrofágica (SAM) é uma patologia rara, potencialmente fatal. Resulta da excessiva ativação e proliferação de linfócitos T e macrófagos, com produção exagerada de citocinas, conduzindo a um estado proinflamatório sistémico. A hiperferritinemia é comum, dada a proliferação macrofágica e hemofagocitose, correlacionando-se diretamente com a atividade da doença. Pode associar-se à síndrome de DRESS (Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms), sendo uma expressão da gravidade de doença, mas são raros os casos de DRESS que desenvolvem o SAM e o seu diagnóstico pode complicar-se pela sobreposição de sintomas entre as duas. Os

anticonvulsivantes e o alopurinol são os fármacos mais frequentemente envolvidos, havendo também associação frequente com a sulfassalazina (estimado em 1/10.000 expostos).

Homem de 66 anos com fatores de risco vascular, iniciou sulfassalazina por quadro de poliartralgias de ritmo inflamatório com 6 meses de evolução, associado a sintomas constitucionais. Duas semanas após o seu início, desenvolveu um exantema cervical com progressão para o tronco e membros, com atingimento palmoplantar e febre. Ao exame objetivo com exantema purpúrico morbiliforme no tronco e membros. Analiticamente com leucopenia (2480/uL) e trombocitopenia (76000/uL), sem eosinofilia, creatinina 1.3 mg/dL, Lactato Desidrogenase 457 U/L, Gama-GT 80 U/L, TGO 47 UI/L, hiperferritinemia (>2000ng/mL), hipertrigliceridemia (504 mg/dL), hipofibrogenemia de 2.34g/l e elevação do CD25 solúvel (2190 U/mL). Serologias víricas e estudo imunológico negativo. A biópsia de pele mostrou infiltrado linfocitário perivascular.

Assumida síndrome de DRESS com critérios de gravidade (lesão renal aguda-associada a um pior prognóstico na SAM; e critérios de síndrome de ativação macrofágica). Suspendeu sulfassalazina e iniciou corticoterapia 1mg/Kg/dia com melhora clínica, resolução da lesão renal aguda, da bicitopenia e diminuição do valor de triglicérides e ferritina. Sem recrudescimento das queixas após suspensão de corticoide.

Em relação à doença de base que motivou introdução do fármaco, não se confirmou nenhuma doença imunológica e o doente mantém-se assintomático meses após suspensão do corticóide.

Foi feito o diagnóstico de síndrome de DRESS provável/definitivo com SAM secundária, com base no score RegiSCAR 5-6 pontos (febre, rash >50% da superfície corporal, biópsia com característica universal de DRESS, envolvimento de órgão (renal e hepático), e exclusão de outras causas, nomeadamente infecciosas). A presença de ativação macrofágica baseou-se na presença dos seguintes critérios: febre, hipertrigliceridemia e hipofibrogenemia, ferritina elevada, trombocitopenia e elevação do CD25 solúvel.

Pouco se sabe sobre os fenómenos fisiológicos de ativação macrofágica, secundários a doenças sistémicas, neste caso, à síndrome de DRESS, mas assumiu-se que poderia ter representado um fator influenciador de prognóstico a curto prazo.

23 DE MAIO DE 2019**Sala Neptuno C 15:00 - 17:00****CC005****1279 GRANULOMATOSE COM POLIANGEITE**

Claudemira Pinto, Filipa Silva, Arsénio Barbosa, Inês Marques, Jorge Almeida

Centro Hospitalar Universitário de São João, Serviço de Medicina Interna

A Granulomatose com Poliangeite (GPA) é uma complexa doença auto-imune desencadeada por um evento inflamatório inicial e uma resposta auto-imune específica. A produção de ANCA está presente em 90% dos pacientes com GPA, contudo a percentagem varia de acordo com o fenótipo. Os critérios para GPA incluem a inflamação oral/nasal, Rx tórax com nódulos/cavidades, sedimento urinário com alterações (hematúria) e biópsia de uma artéria/área perivascular com inflamação granulomatosa.

Apresenta-se uma mulher de 61 anos que em março 2018 esteve internada no CHTS por apresentar rash macular, rinorreia e tosse hemoptóica. Analiticamente apresentava ANCA PR3, ANAS positivo, FR elevado, IL negativo e Anti ENA negativo. Foi observada pela Dermatologia que considerou que o aspeto era sugestivo de vasculite. A biópsia da lesão cutânea evidenciou necrose fibrinóide da parede e formação de trombos, compatível com lesões de vasculite. Realizou BFC com visualização de edema e hiperemia da mucosa. A TAC tórax apresentava no "parênquima de ambos os pulmões várias densificações arredondadas, nodulares, sem sinais de cavitação, a mais proeminente à direita com 1,4 cm e à esquerda com 1,5 cm, achados que se coadunam com a suspeita clínica de granulomatose de Wegener". Iniciou corticoterapia 1mg/Kg e teve alta orientada para consulta de DAI que nunca chegou a ser chamada. Foi avaliada com consulta de MI no privado e iniciou metotrexato até 25mg/semana e aumentou lepicortinolo para 40 mg, mas com progressão da doença com lesões cutâneas e granulomas pulmonares. Como antecedentes pessoais apresentava DM tipo 2 sob ADO (sem LOA conhecida), Leucoencefalopatia isquémica, dermatohipodermite com início em janeiro 2018, glaucoma e oclusão arterial do ramo inferior temporal e nasal do olho esquerdo em junho 2018. Em janeiro de 2019 veio a nossa consulta de DAI, onde referiu agravamento clínico nas duas semanas anteriores com aparecimento de lesões eritematosas na face posterior da coxa e pés. Referiu que por vezes apresentava úlceras orais, sem rinorreia ou obstrução nasal. Apresentava alterações da acuidade visual já antigas. Ao

exame objetivo apresentava fácies cushingoide, com lesões eritematosas ulceradas nas coxas, as de maiores dimensões com cerca de 7 cm. Apresentava também úlceras orais de pequenas dimensões em cicatrização. Analiticamente com Hb 11,5 g/dl; plaq $526 \times 10^9/L$; leuc $12.8 \times 10^9/L$; N 63%; AST 8 U/L, ALT 11 U/L; GGT 21 U/L, Bilirrubinas e função renal sem alterações. Realizou nova TAC tórax em fevereiro 2019 que revelou múltiplos nódulos distribuídos aleatoriamente pelo parênquima pulmonar, alguns deles cavitados ou parcialmente cavitados, aspectos expectáveis nesta mulher com granulomatose com poliangeite, tendo sido decidido alterar a imunossupressão para rituximab.

Assim, podemos concluir que estamos perante um caso de GPA em fase de ativação/progressão da doença.

23 DE MAIO DE 2019**Sala Neptuno C 15:00 - 17:00****CC006****251 DOIS DIAGNÓSTICOS, UM DENOMINADOR COMUM**

Marli Ferreira, Ricardo Quita, Inês Henriques Ferreira, Fátima Farinha, João Araújo Correia

Centro Hospitalar Universitário do Porto - Hospital de Santo António

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 74 anos com cirrose hepática de etiologia autoimune (hepatite auto-imune/cirrose biliar primária) sob tratamento com azatioprina (50mg/dia) e ácido ursodesoxicólico. Insuficiência hepatocelular Child B, MELD Na 12 pontos; manifestações de hipertensão portal com varizes esofágicas de grande volume e esplenomegalia com hipersplenismo.

Quadro de dispneia de médios esforços com agravamento progressivo desde há um ano, tosse seca e insuficiência respiratória (IR) hipoxémica. Estudo complementar com: tomografia computadorizada (TC) de alta resolução com padrão tipo pneumonia intersticial não específica (NSIP); broncofibroscopia com lavado broncoalveolar com linfocitose ligeira, sem isolamentos microbiológicos e sem células atípicas/malignas e estudo imunológico sem evidência de alterações a favor de outras doenças auto-imunes. Assumida filiação em toxicidade azatioprina (timing concordante entre início fármaco e paulatino aparecimento de sintomatologia). Foi suspensa a azatioprina e efectuado curto ciclo de corticoterapia sistémica (bólus metilprednisolona 1g/dia durante 3 dias

e depois prednisolona 30mg/dia) com rápida resolução da clínica e da IR. Apesar de rara (entre 30 a 50 casos descritos na literatura), a toxicidade pulmonar da azatioprina cursa com clínica de dispneia de esforço, tosse e, por vezes, febre com início após um mês de tratamento com o fármaco. Vários padrões estão descritos, nomeadamente NSIP, pneumonite eosinofílica, pneumonia organizativa ou hemorragia alveolar difusa. O prognóstico é geralmente favorável após a suspensão do fármaco, com boa resposta ao corticóide sistémico nos casos mais graves. A recorrência é baixa, excepto em casos de re-exposição.

No mesmo episódio de internamento detectado: edema assimétrico dos membros inferiores, lesões de hiperpigmentação/eritemato-violáceas da face anterior do membro inferior direito e múltiplas adenopatias inguinais à direita (móveis, indolores, semi-elásticas, com dimensão de 2 a 3cm). Estudo complementar com TC abdomino-pélvica com esplenomegalia heterogénea (19cm) e aspecto patológico das supracitadas adenopatias, sem outras alterações de relevo. Serologia HIV1/2 negativa. Biópsia excisional ganglionar com sarcoma de Kaposi. Nesse contexto, suspensa a imunossupressão tendo a doente apresentado evolução favorável, nomeadamente regressão das lesões cutâneas sem terapêutica dirigida.

O caso ilustra a ocorrência simultânea de duas patologias raras em estreita relação com iatrogenia da imunossupressão.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno C 15:00 - 17:00

CC007

1286 QUANDO A HIDROXICLOROQUINA TEM EFEITOS INDESEJÁVEIS

Tiago Martins Branco, Maria Rosário Blanco, Francisco Mendonça, Iryna Lazenko, Mario Lázaro
Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, Unidade de Faro

Introdução

A Necrólise Epidérmica Tóxica (NET) corresponde a uma erupção muco-cutânea severa muitas vezes despoletada por fármacos. Esta afecção é caracterizada por necrose da epiderme com descamação associada, envolvendo igualmente as mucosas. Descreve-se um caso clínico de uma doente que após tomas de hidroxicloroquina desenvolve um quadro cutâneo compatível com

NET.

Caso Clínico

Mulher, com 76 anos e antecedentes de artrite reumatóide medicada com corticoterapia de longa duração e metotrexato apresentou-se no serviço de urgências com eritema macular generalizado (envolvendo particularmente o tronco e o períneo) de limites pouco definidos, com bolhas e destacamento cutâneo associados e afectação das mucosas, nomeadamente cavidade oral, acompanhado de febre (pico máximo 38,4°C), prurido e dor cutânea. Referiu as queixas começaram de 3 dias após ter iniciado terapêutica com hidroxicloroquina (Plaquinol®), prescrito pelo médico de consulta de Reumatologia, para controlo da sua doença auto-imune, com agravamento progressivo, pelo que recorreu ao serviço de urgência (SU).

Dos exames complementares destaca-se: leucocitose de 26,5x10⁹ células/L (normal <10x10⁹ células/L) com neutrofilia de 24,2x10⁹ células/L (normal <8x10⁹ células/L) e linfopenia de 0,910⁹ células/L (normal >1x10⁹ células/L); hipoalbuminémia de 2,8 g/dL (normal >3,4 g/dL); e azoto ureico de 22 mg/dL (normal < 20,1 mg/dL).

Foi solicitada a avaliação por Dermatologia que concorda que o quadro é compatível com erupção muco-cutânea medicamentosa severa, nomeadamente NET por afectar mais de 30% da superfície corporal. Ao aplicar-se o score de ALDEN, estabelece-se uma causalidade possível (ALDEN 3) entre o fármaco e a síndrome.

Aplicou-se o score de SCORTEN (76 anos, área de destacamento cutâneo inicial superior a 5%), prevendo-se uma mortalidade de 12,1% para um score de 2. Assim decide-se por internamento em enfermaria geral, uma vez que a doente apresentava-se estável clinicamente. Suspendeu-se o fármaco causador, iniciou-se tratamento com prednisolona oral 1mg/Kg e aplicam-se medidas de suporte. Apesar das medidas instituídas desenvolveu-se uma sobre-infecção cutânea, pelo que iniciou-se antibiótoterapia com flucloxacilina com resposta favorável tendo completado 12 dias de tratamento.

A doente teve alta após 22 dias de internamento, melhorada clínica e analiticamente, com corticoterapia em desmame.

Apesar da incidência da NET ser relativamente reduzida, a sua mortalidade é considerável (cerca de um terço dos doentes acaba por falecer).

Um correcto reconhecimento desta síndrome é verdadeiramente importante, dado que permite uma actuação atempada com remoção precoce do agente causador, o que melhora a sobrevida destes doentes.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno C 15:00 - 17:00

CC008

434 ARTERITE TEMPORAL E ENDOCARDITE MARÂNTICA - UMA ASSOCIAÇÃO RARA

Raquel Santos, Mylene Costa, Carolina Paiva, Cristina Rosário, Mariana Taveira
Hospital Pedro Hispano

A endocardite marântica é uma forma não infecciosa de endocardite, que cursa com deposição de trombos estéreis nas válvulas cardíacas e grande potencial de embolização sistémica. Associa-se frequentemente a doenças autoimunes ou neoplasias.

Mulher de 78 anos, sem antecedentes relevantes, com cefaleia occipito-temporal, claudicação da mandíbula e febre com 2 meses de evolução, tendo realizado vários ciclos de antibioterapia sem melhoria. No exame físico apresentava-se com estabilidade hemodinâmica, sopro sistólico grau III/VI no foco aórtico sem irradiação, sem outras alterações de relevo. Analiticamente: proteína C reativa de 101,5 mg/L e velocidade de sedimentação de 110 mm/1^ah. Eletrocardiograma: fibrilhação auricular (FA) com resposta ventricular controlada.

Tomografia computadorizada tóraco-abdomino-pélvica e exame sumário de urina sem alterações, hemoculturas (HC) negativas. Na presunção de arterite temporal de células gigantes realizou ecodoppler das artérias temporais que revelou halo hipoecogénico em ambas as artérias temporais superficiais. Por queixas sugestivas de amaurose fugaz, iniciou corticoterapia (1 g de metilprednisolona durante 3 dias e posteriormente 1 mg/kg/dia), verificando-se melhoria clínica, apirexia e descida de parâmetros inflamatórios. Observada por Oftalmologia e excluídos fenómenos vasculíticos. Excluídas lesões dos grandes vasos por angiotomografia torácica. Ao 4^o dia de tratamento, fez biópsia da artéria temporal que não mostrou achados sugestivos de vasculite. Pelo sopro sistólico foi realizado ecocardiograma transtorácico e posteriormente transesofágico que evidenciou vegetações na válvula aórtica. Pedidas serologias

de microrganismos fastidiosos que foram negativas e vários sets de HC negativos.

Interpretado o caso como arterite de células gigantes com endocardite marântica associada. Iniciou hipocoagulação pela concomitância de FA. Evoluiu favoravelmente com melhoria franca das queixas iniciais, sem recidiva de febre e com normalização dos parâmetros inflamatórios. Mantém-se assintomática ao fim de 3 meses de tratamento, com corticóide em desmame.

Este caso reporta uma associação rara entre arterite temporal e endocardite marântica, estando descritos poucos casos na literatura. O alto índice de suspeição clínica de arterite temporal levou ao início precoce de corticoterapia, a fim de evitar complicações major, como a cegueira. O diagnóstico foi apoiado pelos achados de Doppler, sendo que a biópsia negativa não exclui o diagnóstico, sobretudo sendo realizada sob corticoterapia. Os autores destacam a importância da anamnese e exame físico, nomeadamente o achado de sopro sistólico, que permitiu o diagnóstico de endocardite marântica. Alertam para esta associação rara, suas complicações e necessidade de abordagem célere na marcha diagnóstica.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno C 15:00 - 17:00

CC009

443 DOENÇA DE WEBER-CHRISTIAN

Cátia Santos, Juliana Silva, Helena Carrondo, Célio Fernandes

Centro Hospitalar de Leiria - Hospital de Santo André - Medicina Interna II

A doença de Weber-Christian (WC) é um paniculite sistémica, cuja etiopatogenia não está esclarecida, manifestando-se clinicamente como um síndrome caracterizado por nódulos cutâneos dolorosos recidivantes e sintomas constitucionais. Trata-se de um diagnóstico de exclusão e histopatologicamente como uma paniculite lobular sem vasculite.

Relatamos o caso clínico de um homem de 80 anos de idade, caucasiano, com várias comorbilidades. Admitido no serviço de urgência com um quadro de febre persistente com cerca de dois meses de evolução, sintomas constitucionais e lesões nodulares eritematosas cutâneas, tendo realizado antibioterapia prévia com flucloxacilina sem melhoria. Ao exame físico, apresentava-se febril com palidez cutânea e múltiplos nódulos eritematosos dolorosos na região torácica lateral direita, bem como

na parede abdominal anterior. Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios (leucócitos e PCR), elevação da velocidade de sedimentação e anemia normocítica normocrômica. Estudo autoimune negativo (ANA e ANCA negativos), eletroforese de proteínas sem alterações, quantificação de imunoglobulinas normais, assim como C3 e C4 sem alterações. A pesquisa de serologias do grupo TORCH foi negativa. Realizados exames culturais do pús das lesões cutâneas negativo para bactérias, micobactérias e fungos; o teste de sensibilidade a *Aspergillus fumigatus* foi negativo. O ecocardiograma transtorácico não mostrou vegetações e a tomografia computadorizada (TC) torácica, abdominal e pélvica foi normal. Pela suspeita de doença de WC, realizou-se biópsia dos nódulos torácico e abdominal que demonstrou paniculite lobular sem vasculite, confirmando o diagnóstico. As lesões nodulares melhoraram após tratamento com prednisolona durante 4 semanas sem novos episódios recidivantes.

A apresentação deste caso pretende alertar para a raridade do diagnóstico da doença de WC e para a importância da história clínica e diagnóstico diferencial. Apesar da raridade desta e de outras patologias, é necessário que elas estejam presentes no momento do diagnóstico, uma vez que a ausência / atraso no diagnóstico dessas patologias interfere na qualidade de vida dos pacientes.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno C 15:00 - 17:00

CC010

438 TUDO COMEÇA NA GRAVIDEZ

Mafalda Sá Pereira, Conceição Escarigo, Pedro Correia Azevedo

Hospital Garcia de Orta

A patologia médica na gravidez é um desafio e a gestão da patologia crónica numa mulher jovem em idade fértil pode ser complexa.

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 27 anos, grávida de 22 semanas, que se apresenta com quadro de crises convulsivas tónico-clónicas generalizadas, associada a hipertensão arterial, sem factores desencadeantes, que se assumiu no contexto de eclâmpsia, com necessidade de interrupção da gravidez. Trata-se de uma doente com história conhecida de lúpus discóide, diagnosticado aos 18 anos, sob terapêutica com plaquinol.

Após a interrupção da gravidez, e com o controlo da hipertensão (com perfusão de sulfato de magnésio e labetalol), a doente manteve-se assintomática. Por suspeita de trombose venosa cerebral realizou TC-CE e RM-E, cujas alterações foram compatíveis com encefalopatia posterior reversível, que se enquadra no contexto de eclâmpsia.

No decorrer do internamento a doente apresentou queixas de dor no membro superior direito, tendo realizado ecodoppler venoso do membro superior, que confirmou trombose venosa profunda, pelo que iniciou anticoagulação, com melhoria das queixas, e teve alta para consulta de Medicina Obstétrica (Medicina Interna). No estudo adicional destaca-se realização de RM-Abdominal que mostrou sinais de trombose crónica portal com transformação cavernomatosa, esplenomegália com enfarte esplénico e trombose mesentérica difusa, associada a macrorregeneração hepática e hipertensão portal com varizes em múltiplos territórios vasculares (mesentéricas, perigástricas, periesplénicas e retroperitoneais esquerdas), destacando-se analiticamente padrão cito-colestático e anticorpo anti-cardiolipina e anticorpo lúpico positivos. O estudo realizado em ambulatório permitiu a confirmação da positividade dos anticorpos referidos, após 12 semanas do episódio inicial, sem outras alterações a nível de mutações nos fatores/inibidores de coagulação (Fator V e II, anti-trombina, proteína C e proteína S), Homocisteinémia, Doença de Wilson ou Hepatite auto-imune.

Deste modo, obteve-se o diagnóstico de Síndrome Anticorpo Antifosfolípido numa jovem em idade fértil, que mantém o desejo de engravidar. Actualmente a doente está a tentar engravidar, mantendo, por isso, terapêutica sob enoxaparina, monitorizada pela actividade anti-Xa. A gestão destes casos, em que a hipocoagulação crónica é mandatória, revela-se um desafio.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno C 15:00 - 17:00

CC011

1320 "IT'S NEVER LUPUS": SOMETIMES IT IS

Filipe Machado, Inês Neto, Mafalda Santos, Joana Sequeiro, Luís Fontão

Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

O Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) constitui uma doença inflamatória crónica, autoimune, de causa indeterminada e com grande variabilidade

de manifestações clínicas e serológicas. O envolvimento neurológico com neuropatia periférica ocorre em apenas 10-15% dos doentes sendo que a afeção de um nervo craniano isolado configura uma manifestação atípica.

O caso reportado refere-se a uma jovem de 18 anos de idade, com antecedentes médicos conhecidos de aftose desde a infância com agravamento recente, livedo reticular principalmente com exposição ao frio e Síndrome de Raynaud. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de diplopia e cefaleia biparietal, com foto e fonofobia. Referia também uma evolução de 4 meses de um rash malar com fotossensibilidade, alopecia e perda ponderal não intencional em 1 mês. Ao exame objetivo comprovada a presença do rash malar, livedo reticular nos membros superiores e, no exame neurológico, a presença de diplopia na posição primária do olhar com agravamento na levovisão. Desta forma, perante a hipótese de uma mononeuropatia do VI par craniano de etiologia inflamatória provável, prosseguiu a investigação etiológica com estudo analítico a evidenciar uma pancitopenia (anemia normocítica normocromica, linfopenia e trombocitopenia), consumo de complemento (C3 e C4), teste de Coombs positivo e anticorpos anti-nucleares, anti-DNA double stranded, anti-Smith e anti-fosfolipídicos (IgM e IgG anti- β_2 glicoproteína; IgM anticardiolipina) positivos. Na sequência de eritroproteinúria na análise sumária da urina, avaliada a razão das proteínas/creatinina na urina com um valor de proteinúria de 1,5 mg/g e ainda efetuada caracterização ecográfica renal que se apresentou sem alterações. Para além disso, dos restantes exames de imagem solicitados destaca-se a presença de esplenomegalia na ecografia abdominal, sendo que a Tomografia Computorizada (TC) e Ressonância Magnética Cerebral não demonstraram alterações relevantes nomeadamente no trajeto do VI nervo craniano. Também a TC de tórax não revelou alterações de destaque nomeadamente derrame pleural, pericárdico ou adenomegalias. Então, foi estabelecido o diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) (critérios da American College of Rheumatology) e iniciada terapêutica corticoide e com hidroxycloquina tendo-se assistido a completa resolução dos sinais e sintomas neurológicos da admissão.

O presente caso retrata o diagnóstico de um LES a partir de uma mononeuropatia de um nervo craniano isolado. De facto, este tipo de envolvimento neurológico constitui uma forma rara de apresentação e cuja atribuição ao LES é frequentemente difícil e demorada. Este caso reveste-se de interesse não só pela sua raridade, mas para alertar para a importância da suspeição diagnóstica desta doença principalmente em mulheres jovens com diplopia, de forma a

não protelar o diagnóstico, tal como no caso apresentado.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno C 15:00 - 17:00

CC012

138 UMA ENTIDADE A TER EM CONSIDERAÇÃO NO ESTUDO DE ANEMIAS

Ana Ferro, Francisca Beires, Inês Chora

ULSM - Hospital Pedro Hispano - Serviço de Medicina Interna

A gastrite atrófica metaplásica autoimune (GAMA) é uma forma de gastrite atrófica metaplásica (crónica) que se encontra associada a destruição da mucosa mediada por células T e produção de autoanticorpos contra os antigénios das células parietais e fator intrínseco. Tem sido especulado que a GAMA possa ser induzida por infeção por *Helicobacter pylori* por reatividade cruzada ou mimetismo antigénico.

Relata-se o caso de uma mulher de 50 anos, com antecedentes de tiroidite de Hashimoto, eutiroidia desde o início da suplementação, asma brônquica, défice de vitamina D e cálcio, que foi orientada para consulta de Medicina Interna para estudo de uma anemia microcítica hipocrómica, que inicialmente se tinha atribuído a perdas hemáticas em contexto de menorragias, mas com novo agravamento após a exérese de mioma uterino e resolução das perdas hemáticas. Do estudo efetuado, verificou-se que se tratava de uma anemia multifatorial, com ferropenia e défice de vitamina B12. Endoscopia digestiva alta com gastrite crónica, discreta atrofia glandular e metaplasia intestinal, bem como infeção por *Helicobacter pylori*. Apresentava ainda anticorpos anti-célula parietal positivos e anti-fator intrínseco e anti-transglutaminase negativos. Foi iniciado tratamento de erradicação do *H. pylori*, com confirmação com teste respiratório. Seis meses após a erradicação, verificou-se que a doente apresenta resolução da anemia, sem necessidade de suplementação nutricional.

A GAMA é mais frequente em mulheres e tem associação com a presença de outras doenças autoimunes; até um terço dos doentes com tiroidite autoimune apresenta GAMA. Trata-se de uma causa a ser cada vez mais reconhecida entre as causas de anemia, podendo estar associada a ferropenia e anemia perniciosa. Estes doentes apresentam risco aumentado de desenvolvimento de tumores neuroendócrinos gástricos e adenocarcinomas, pelo

que deve ser realizado follow-up regularmente.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno D 15:00 - 17:00

DOENÇAS CARDIOVASCULARES

CC013

2181 NÃO BATE CERTO

Estefânia Turpin, Sara Santos, Francisco Gama, César Saura

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Unicor

Introdução: A cardiopatia congénita habitualmente é diagnosticada ao nascimento com sintomatologia grave ou incidentalmente em pacientes assintomáticos. No caso clínico seguinte, apresentou-se de ambas as formas.

Homem, 27 anos, autónomo nas actividades da vida diária, desempregado, antecedentes de cardiopatia congénita conhecida desde o nascimento, com seguimento regular na Cardiologia Pediátrica até aos 13 anos, quando abandonou a consulta. O ecocardiograma transtorácico (ETT) apresentava hipoplasia tricúspide, comunicação interventricular (CIV) com shunt esquerdo-direito (E-D), ventrículo direito (VD) pequeno, estenose valvular pulmonar, persistência do canal arterial (PCA) e comunicação interauricular. Sem medicação habitual. Sem alergias conhecidas. Sem hábitos tabágicos, alcoólicos ou toxicofílicos. Dirigiu-se ao Serviço de Urgência a 23/01 por quadro de tosse produtiva com expectoração purulenta, toracalgia direita de características pleuríticas e dispneia súbita. Do exame objectivo salientava-se frequência cardíaca (FC) de 37 batimentos por minuto (bpm), saturação periférica de oxigénio de 80%, sopro sistólico grau IV/VI audível em todo o precórdio e hipocratismo digital. Sem sinais de sobrecarga hídrica nem de baixo débito. Realizou ECG que evidenciou bloqueio auriculoventricular (BAV) completo com FC 37 bpm. Analiticamente: Hemoglobina 23.5g/dL, hematócrito 74.8%, proteína C reactiva 1.43mg/dL. Perante infecção respiratória em doente com cardiopatia congénita não seguida, poliglobulia e BAV foi decidido internamento.

Durante o internamento, realizou flebotomias e hidratação com ligeira descida do hematócrito. Manteve-se maioritariamente em BAV 2:1 Mobitz II, sempre assintomático.

Realizou novo ETT: 'CIV restritiva; Evidência de sobrecarga de volume do VE e de pressão do VD

em provável relação com sobrecarga de volume por Shunt E-D (CIV/PCA) inicial com evolução para HTP. Estenose pulmonar e supra pulmonar moderada. Válvula tricúspide discretamente hipoplásica.

Tendo em conta discrepância entre achados clínico e ecocardiográfico (cianose e CIV restritiva com shunt E-D) realizou ressonância magnética cardíaca e angio-tomografia computadorizada cardíaca que identificou CIA tipo sinus venosus.

Tendo em conta estabilidade clínica, teve alta ao 4º dia de internamento com indicação para realização de Holter e cateterismo direito em ambulatório e referenciado a consulta de Cardiologia e Imunohemoterapia para avaliação da necessidade de novas flebotomias.

Conclusão: Este caso clínico destaca-se pela raridade das cardiopatias congénitas, sobretudo na idade adulta, sem tratamento; pelo facto de o doente se apresentar assintomático apesar do BAV com FC baixas, tendo-se optado por não implantar pace-maker; e pela discrepância entre os achados clínicos, que fariam pensar num shunt direito-esquerdo e ecocardiográficos, explicadas finalmente pela passagem de fluxo da VCI em direcção à cavidade auricular esquerda.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno D 15:00 - 17:00

CC014

929 VVACV? VVCORONÁRIA? PROBLEMA VASCULAR CRÍTICO.

Ana Albuquerque, Maria João Palavras, Cláudio Quintaneiro, Helena Carrondo, Célio Fernandes
Serviço de Medicina 2 - Centro Hospitalar de Leiria

Introdução: Segundo a classificação TOAST a etiologia do AVC isquémico (AVCi) subdivide-se em cinco grupos. No quarto grupo enquadram-se as causas raras de AVCi, como é o caso das dissecções arteriais (p.e. aórtica, carotídea, vertebral). No caso específico da dissecção aórtica tipo A (classificação Stanford), pode associar-se a AVCi em cerca de 5-10% dos casos.

Caso clínico: Homem de 56 anos, fumador e com antecedentes de hipertensão arterial mal controlada, admitido no Serviço de Urgência após início súbito de disartria, parésia facial central e hemiparesia esquerda e triado como Via Verde de AVC. Referia desconforto retroesternal e dorsal tipo ardor, com cerca de 30 minutos antes

do da sintomatologia neurológica. Na primeira observação hemodinamicamente estável, mas com agravamento clínico progressivo e rápido.

A avaliação analítica apenas mostrando elevação dos D-Dímeros 84934 ng/mL. ECG sem alterações de relevo. A TC-CE não mostrava sinais de isquemia aguda e a Angio-TCCE a revelar presença de dominância marcada da artéria cerebral anterior esquerda. Perante a presença de sintomas neurológicos e cardiovasculares sem presença de evidente causa isquémica colocou-se a hipótese de disseção aórtica pelo que se avançou com angio-TC torácica e abdominal. O resultado evidenciou a presença de disseção aórtica tipo A, com envolvimento do tronco braquiocéfálico e o segmento proximal de ambas as artérias carótidas comuns. O doente foi orientado para o serviço de Cirurgia Cardiorádica, onde depois de resolução cirúrgica se verificaram a regressão dos achados neurológicos.

Discussão: As disseções aórticas podem manifestar-se de variadas formas, sendo que as apresentações neurológicas podem ser o primeiro sintoma da doença em cerca de 18-30% dos casos e podem dominar todo o quadro clínico. Considera-se a apresentação deste caso como importante devido à necessidade de considerar as etiologias mais raras na abordagem da VVAVC e VVEAM que não são de apresentação clássica.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno D 15:00 - 17:00

CC015

73 ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION DUE TO CORONARY THROMBOSIS AS PRESENTATION OF NEOPLASIA

Ana Catarina Trigo, Marta Vilaça, Liliana Carneiro, Cristina Oliveira, Ana Sofia Correia
Hospital Pedro Hispano

INTRODUCTION: Acute myocardial infarction (AMI) is usually related to obstructive coronary atherosclerosis, but spontaneous coronary thrombosis or coronary emboli (CE) can also occur. Pro coagulant states, valvular disease, atrial fibrillation, atrial septal defect with paradoxal embolism, intracardiac tumors, among others, can lead to coronary thrombosis. The prevalence of CE as mechanism of AMI ranges from 4% to 13% according to angiographic or autopsy studies.

CLINICAL CASE: A 77-year-old woman, with

background of arterial hypertension and a Bentall surgery eight years before (biologic aortic valve and aortic conduct implantation), presented at emergency department with typical angina at rest. The electrocardiogram showed: sinus rhythm, ST elevation in leads V2 to V6 and pathologic Q-waves in leads V3 to V5. High sensitivity troponin level was 4493.2 ng/L (reference value <15.6 mg/L). No abnormalities were found on the echocardiogram, including the biologic valve and aortic conduct. Angiography revealed a total occlusion at the middle segment of the left descending anterior coronary artery with suspicion of intraluminal thrombus. An eluting-stent was implanted. Both dual antiplatelet therapy and hypocoagulation were initiated, but a normocytic/normochromic anaemia was diagnosed. Further studies revealed: normal coagulation parameters, normal platelet count, iron deficiency and an inflammatory state with a high sedimentation rate (ESR) of 119 mm/1h. No immune disorders were noticed. Digestive endoscopy and colonoscopy were normal. The complete imaging study showed a suspicious nodule on right breast, and its biopsy revealed an infiltrating ductal carcinoma. No findings of metastasis were detected. A serum monoclonal IgG/Kappa protein was identified on electrophoresis, and the plasma viscosity was elevated: 2.13 centipoise (cps) - reference value: 1.5-1.72 cps. Unfortunately the patient died before we could conclude the diagnostic studies.

DISCUSSION: The causal interrelationship between cancer and hypercoagulability state is known since the 19th century, but the underlying mechanisms are still poorly understood. Thrombosis could occur at the moment of neoplasia diagnostic, or even months or years before. The most well recognized presentation of hypercoagulability is deep venous thrombosis and pulmonary embolus, but it may also affect arterial beds. Our patient had no vascular risk factors, no personal nor familial history of thrombotic events, so we focused on acquired pro coagulant states. The high ESR and anaemia made us suspect of a neoplasia, and actually we found a breast cancer and a possible monoclonal gammopathy. We believe our patient's AMI was due to a hypercoagulability state caused by those both. Some data showed an increased rate of myocardial infarction in people with breast cancer, suggesting that there could be a relationship between both. Data concerning paraproteinemias are more sparse.

23 DE MAIO DE 2019**Sala Neptuno D 15:00 - 17:00****CC016****211 SÍNDROME DE PLATIPNEIA-ORTODEOXIA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Inês Urmal, Ana Bravo, Cláudia Neves, Daniela Carneiro, Miguel Valente, Helena Estrada

Unidade Funcional de Medicina 2.1 - Hospital de Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

A síndrome de platipneia-orteodeoxia (SPO) é uma entidade clínica rara, caracterizada por dispneia posicional (platipneia) e dessaturação arterial (ortodeoxia) na posição ortostática. Ambas as situações melhoram com decúbito, ao contrário do verificado habitualmente noutras causas frequentes de dispneia e hipoxémia, como a insuficiência cardíaca e a doença pulmonar obstrutiva crónica. As três causas principais são: shunt intracardíaco, a mais comum, shunt arterio-venoso intrapulmonar e patologias pulmonares, com grave alteração da relação ventilação/perfusão.

Uma mulher de 86 anos com demência e sequelas de AVC isquémico foi internada por quadro de febre, vômitos e desidratação, tendo-se concluído ter uma cistite a *Escherichia coli*, para a qual cumpriu antibioterapia dirigida. Quando iniciou levante, constatou-se dispneia e hipoxémia, sem melhoria sob oxigenoterapia, mantendo-se hemodinamicamente estável, sem alterações de novo na semiologia cardiopulmonar e sem evidência de isquémia miocárdica. Posteriormente objectivou-se melhoria da dispneia e da hipoxémia, na posição de decúbito, e um franco agravamento de ambas com o ortostatismo. Na radiografia torácica destacava-se cifose acentuada e ectasia da aorta descendente, sem alterações pleuroparenquimatosas relevantes. A angio-TC torácica relevou ectasia da aorta ascendente, não havendo sinais de tromboembolismo ou malformação arterio-venosa pulmonar. O ecocardiograma transtorácico e transesofágico documentaram a presença de um shunt direito-esquerdo através do foramen ovale patente (FOP) e um septo interauricular redundante com aneurisma, estando conservada a função ventricular esquerda.

A doente foi submetida a encerramento percutâneo do FOP, sem evidência de shunt residual e com resolução da insuficiência respiratória. A causa mais frequente de SPO é a presença de um shunt intracardíaco, resultante de um defeito anatómico e de uma perturbação funcional. O presente caso

apresentava dois defeitos anatómicos - o FOP, o mais importante, e o aneurisma do septo interauricular - e duas situações funcionais que alteram o normal equilíbrio dos fluxos e pressões sanguíneas - a ectasia da aorta ascendente e a cifoescoliose. Estas alterações, comuns no envelhecimento, levam a que o FOP, apesar de ser uma malformação congénita, se manifeste geralmente nos idosos.

Abordam-se as particularidades clínicas e diagnósticas da SPO e particularmente do FOP, causa tratável de hipoxemia e com claro benefício para o doente.

23 DE MAIO DE 2019**Sala Neptuno D 15:00 - 17:00****CC017****1992 PERITONITE BACTERIANA ESPONTÂNEA "CARDÍACA"- A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Joana Paixão¹, André Saraiva¹, Sandra Santos¹, Joana Balseiro¹, Bráulio Gomes¹, Fátima Silva¹, Pedro Ribeiro¹, Armando Carvalho^{1,2}

¹Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ²Clínica Universitária de Medicina Interna, FMUC

INTRODUÇÃO: A hepatopatia congestiva inclui um espectro de distúrbios hepáticos que ocorrem em contexto de insuficiência cardíaca (IC), sendo o quadro clínico dominado pelos sinais e sintomas de IC congestiva. A insuficiência ventricular direita/biventricular descompensada transmite a pressão auricular elevada ao fígado resultando em estase sinusoidal, atrofia parenquimatosa e fibrose. Na maioria das casuísticas, 80% dos casos de ascite são por cirrose hepática e apenas 5% atribuídos a IC. A peritonite bacteriana espontânea (PBE) é a complicação mais frequente da ascite com taxas de mortalidade até 30%. **CASO CLÍNICO:** Homem, 65 anos, com consumos etílicos marcados até há 1 ano, IC com FE reduzida, valvular e por FA, HTA, DM2 NIT e SAOS, recorre à urgência por queda. Medicado com furosemina 100mg, espironolactona 25mg, bisoprolol 5mg, sacubitril/valsartan 49/51 mg e metformina 1000mg, todos id e apixabano 5mg, 2id. Referia astenia, dispneia em repouso, ortopneia e ganho ponderal recente. Hipotenso, dispneico, icterico, PVJ aumentada, sopro sistólico grau III/VI mais audível foco tricúspide, fevres bibasais, ascite tensa, com circulação colateral discreta, RHJ e edemas bimaleolares. Anemia NN, elevação marcada da PCR, leucocitose e Nt-proBNP, aumento do INR, lesão renal aguda, hipoalbuminemia, transaminases normais, discreta colestase, hiperbilirrubinemia mista

e hipocolesterolémia. Realizou paracentese diagnóstica e evacuadora, com drenagem de 4L de líquido ascítico, cujo estudo sugeriu ascite por hipertensão portal, complicada com PBE. Iniciou cefotaxima ev 8/8h, espironolactona 100mg id e furosemida 40mg de 6/6h. Em D3 nova paracentese evidenciou evolução favorável da PBE e confirmou a hipótese de ascite cardíaca (GASA > 1.1g/dl e proteínas > 4.2g/dl). Um fígado de dimensões normais e homogêneo em ecografia inicial foi à posteriori confirmado por TC que acrescentou ectasia da VCI e das veias hepáticas, com refluxo de contraste em fase arterial, reforçando a etiologia cardíaca da ascite. No ecocardiograma, dilatação das cavidades direitas e AE, depressão grave da FSG do VE (25-30%), insuficiência mitral e tricúspide graves e HTP moderada. Após 10 dias, o doente realizou levosimendan e teve alta para o domicílio, com resolução da ascite e globalmente melhorado. DISCUSSÃO: Desconhece-se o prognóstico da doença hepática de causa cardíaca e não existem estudos que avaliem o tratamento médico ideal. Distinguir a cirrose cardíaca da hepatite isquêmica é crucial, já que, no último caso, pode ocorrer necrose hepática massiva resultante do compromisso hemodinâmico. A raridade deste caso clínico assenta na etiologia cardíaca da ascite, de marcado volume, com uma evolução indolente ao longo de meses e que se apresenta já complicada com PBE, resultando numa abordagem terapêutica desafiante por ter que incluir a causa primária, a congestão hepática, a ascite e a infecção, abordagem apenas possível através da visão integradora que caracteriza a Medicina Interna.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno D 15:00 - 17:00

CC018

2003 CORAÇÃO DE ATLETA. A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.

João Araújo, Munica Costa, Ivone Barracha, Rosa Amorim
Centro Hospitalar do Oeste - Unidade de Torres Vedras

A Síndrome do Coração de Atleta (SCA) representa o conjunto de alterações clínicas e cardiovasculares, que se manifestam a nível electrocardiográfico e imagiológico. Os principais achados na ausência de outros critérios patológicos, incluem bradicardia sinusal, pulso carotídeo hiperdinâmico, hipertrofia ventricular e diminuição da resistência arterial periférica (RAP). Associam-se a uma prática regular e prolongada de exercício físico, traduzindo a adaptação do sistema cardiovascular às modificações hemodinâmicas induzidas pelo esforço.

Os autores descrevem o caso de um homem, de 64 anos de idade, leucodérmico, desportista desde os 20 anos de idade (treino intensivo 3-4 vezes semana), com antecedentes de bradicardia sinusal (frequências cardíacas (FC) de 30-40 batimentos por minuto (bpm), rotura de aneurisma cerebral em 2005 submetido a terapêutica endovascular, Síndrome Vertiginosa, Hipertrofia Benigna Prostática, Status pós neoplasia da próstata e Depressão major. Admitido no Serviço de Urgência (SU) por síncope sem traumatismo crânio encefálico (TCE), incontinência de esfíncteres, movimentos involuntários ou mordedura da língua. Teve recuperação espontânea do estado de consciência, pelo que na admissão encontrava-se orientado nas três esferas, cumprindo ordens, colaborante, normotenso, bradicárdico (45bpm), apirético, eupneico e sem défices neurológicos focais. ECG: Ritmo sinusal (RS) com FC 41 bpm, sem sinais de isquémia aguda ou alterações da condução AV. Gasimetria em ar ambiente: pH 7,42; pCO₂ 42.5mmHg; pO₂: 78.3mmHg; SpO₂: 95.5% Laboratorialmente: hemoglobina 14,6g/dl, leucócitos 9330/L, neutrófilos 81.3%, Plaquetas 180000/L, CK75U/L, Troponina I: 5.1ng/dL com segundo doseamento de 4.8ng/dL. Radiografia de tórax: sem alterações. TC-CE: discretas hipodensidades sequelares pós-traumáticas e de etiologia microangiopática. Ecocardiograma transtorácico: ventrículo esquerdo de paredes hipertrofiadas e função sistólica global conservada, sem hipertensão pulmonar (SPAP: 32mmHg) e aurícula esquerda dilatada. Foi internado no Serviço de Medicina Interna para continuação do estudo etiológico da síncope. Complementou o estudo com Holter24h: ritmo de base sinusal com FC média de 41bpm, máxima de 64bpm e mínima de 32bpm, com 139 pausas superiores a 2segundos, a mais longa com duração de 2.30segundos e intervalo PQ no limite superior da normalidade. Foi observado pela Cardiologia e apesar da provável reversibilidade das alterações electrocardiográficas após cessação do desporto, teve indicação para colocação de pacemaker dado o seu contexto profissional.

Não existe tratamento específico para a mesma, porém o tratamento das arritmias e a regressão da hipertrofia ventricular após a suspensão da actividade física, levam à resolução dos sintomas. O diagnóstico do SCA é na maioria dos casos um diagnóstico de exclusão, tratando-se de uma entidade benigna e com um prognóstico favorável.

23 DE MAIO DE 2019**Sala Neptuno D 15:00 - 17:00****DOENÇAS CARDIOVASCULARES****CC019****176 MIOCARDIOPATIA DILATADA:
RELATO DE UM CASO CLÍNICO**

Marta Vilaça, Ana Catarina Trigo, Liliana Carneiro, Ana Sofia Correia

Hospital Pedro Hispano

A miocardiopatia dilatada (CMD) é uma causa importante de morte súbita cardíaca e insuficiência cardíaca em todo o mundo. Existem várias etiologias possíveis genéticas e não genéticas. Em alguns casos a predisposição genética pode potenciar fatores extrínsecos/ambientais.

Homem de 25 anos, autónomo, praticante de desporto federado, sem limitações. Neste contexto, com exames auxiliares do foro cardíaco prévios, seriados, normais. Sem história familiar de miocardiopatia ou morte súbita cardíaca. Recorre ao serviço de urgência (SU) por clínica com 2 meses de evolução de dispneia para esforços, em agravamento, fadiga e limitação progressiva da capacidade funcional, a limitar a atividade física. Nos dias que antecederam a vinda ao SU com noção de palpitações e tosse seca. Na admissão documentada fibrilação auricular (FA) com resposta ventricular rápida, com tempo de evolução indeterminado. Analiticamente, com BNP de 1510pg/mL, sem subida de marcadores de necrose miocárdica. Realizou ecocardiograma transtorácico que revelou ventrículo esquerdo marcadamente dilatado e dilatação severa de ambas as aurículas, com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) de 17%. O estudo das causas de CMD foi inconclusivo. Realizou ressonância magnética cardíaca morfofuncional que revelou cardiopatia dilatada de etiologia não isquémica com depressão severa da função biventricular, com hipocinesia global; estudo de perfusão em repouso sem alterações; sem realce tardio; sem cicatriz ou fibrose miocárdica. Realizou ainda AngioTC das artérias coronárias, que excluiu alterações congénitas das artérias coronárias, revelando coronárias angiograficamente normais. Realizado estudo genético que foi inconclusivo com deteção de variantes de significado incerto.

Iniciou terapêutica médica modificadora de prognóstico, suspensão de desporto e estratégia de controlo da frequência cardíaca. Aos 2 meses com evidência de remodelagem reversa e melhoria sintomática (Classe I de NYHA). Nesta fase foi

decidido estratégia de controlo de ritmo, tendo realizado cardioversão elétrica, sob antiarrítmico, com reversão a ritmo sinusal ao primeiro choque. Após 6 meses de tratamento, documentada recuperação da função sistólica biventricular e marcada remodelagem reversa com normalização das dimensões das cavidades cardíacas.

Este caso clínico realça a complexidade e a importância da investigação exaustiva e diagnóstica das causas de CMD. Neste caso em particular, embora possa existir predisposição genética e um eventual contributo do desporto de competição para a dilatação das cavidades cardíacas, ficou claro que o controlo da taquiarritmia teve um impacto determinante na remodelagem reversa. Para além disso, existe evidência crescente de risco acrescido de FA em atletas, de mecanismos ainda não totalmente esclarecidos, podendo existir alguma suscetibilidade genética a contribuir para o seu surgimento, o que pode explicar a taquiarritmia em atletas jovens, como o caso aqui apresentado.

23 DE MAIO DE 2019**Sala Neptuno D 15:00 - 17:00****CC020****219 ENFARTE MEDULAR - UM DESAFIO
DIAGNÓSTICO**

Filipa Gonçalves, Maria João Tavares, Ana Vilaça, Jorge Cotter

Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães

Introdução

O enfarte medular é um evento raro, correspondendo a <1% de todos os AVC. Mais comumente afeta os dois terços anteriores do cordão medular, originando uma síndrome da artéria espinal anterior.

Resumo

Homem, 38 anos, autónomo, fumador e com antecedentes de perturbação de ansiedade; sem medicação habitual.

Recorreu ao Serviço de Urgência por dor torácica posterior direita constritiva, de início súbito, com uma hora de evolução, intensidade 10/10, irradiação para região precordial, interescapular e membros superiores até aos cotovelos. Após estudo analítico e imagiológico sem alterações, foi admitido para vigilância. Vinte e quatro horas

após a admissão iniciou défices neurológicos com diminuição da força muscular do membro inferior esquerdo, dificuldade de preensão palmar, hipostesia abdominal e retenção urinária. Realizou angioTC-CE e dos vasos do pescoço sem alterações aparentes. No 4º dia de internamento realiza ressonância magnética, com presença de lesão fusiforme com extensão de C5 a D2, com ligeiro predomínio anterior e lateral esquerdo, sugestiva de enfarte isquémico medular subagudo.

Durante o internamento iniciou tratamento fisiátrico, e realizou o estudo etiológico, com investigação de causa neoplásica, autoimune e infecciosa. Teve alta, orientado para Centro de Reabilitação do Norte, e encaminhado para Consulta de Medicina Interna.

Discussão:

A dor torácica é um sintoma comum a múltiplos diagnósticos. Apesar de raro, devemos considerar o enfarte medular como uma das hipóteses à admissão, uma vez que existem tratamentos, como, por exemplo, trombólise que se podem equacionar nestes casos, e que podem reduzir os défices neurológicos associados.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno D 15:00 - 17:00

CC021

911 FISTULA AORTO-AURICULAR DIREITA NÃO INFECCIOSA. UM ACHADO INESPERADO.

Duarte Silva, Pedro Pinto, Miguel Costa, Rosana Maia, Carmélia Rodrigues, Diana Guerra

Unidade Local de Saúde do Alto Minho – Hospital de Santa Luzia, Viana do Castelo

Introdução: As fístulas aorto-auriculares (FAA) são relativamente raras mas potencialmente ameaçadoras da vida. Esta conexão anómala entre as estruturas aórticas e aurícula cardíaca geralmente são resultado de uma condição predisponente envolvendo as estruturas cardíacas, como a endocardite infecciosa. Pode ainda ser secundária a dissecação aórtica, iatrogénica ou congénita.

Caso clínico: Homem, 26 anos, sem antecedentes de relevo, atleta de ciclismo de competição. Três meses antes da admissão inicia episódios recorrentes de palpitações e tosse seca de predomínio vespertino. Desde então, noção de astenia não habitual, taquicardia sustentada de novo, hipersudorese vespertina, palidez

cutânea e perda ponderal de cerca de 4kg em 2 meses. Desconhecida febre. Negava dispneia ou toracalgia. Ao exame objetivo: palidez mucocutânea, presença de turgescência venosa jugular, hipertensão sistólica (178/69mmHg), com área de impulso máximo palpável em todo o pré-córdio, frémito e à auscultação cardíaca sons rítmicos com sopro sistólico V/VI audível em todo o pré-córdio. Normocárdico (92/min), apirético e sem sinais de dificuldade respiratória. Era portador de exames realizados no exterior: electrocardiograma com "ritmo sinusal; perturbação da condução tipo bloqueio de ramo direito; sinais de hipertrofia da aurícula esquerda (AE); e ecocardiograma transtorácico (ETT) que revelava alargamento moderado da AE, função sistólica do ventrículo esquerdo (VE) no limite inferior da normalidade, insuficiência tricúspide severa; estrutura nodular, móvel, na face auricular da válvula tricúspide a poder traduzir prolapso grave com rotura de cordas. Internado para estudo complementar, considerada a hipótese de endocardite infecciosa. Analiticamente, hemograma sem alterações, VS de 6mm/h; sustentadamente sem elevação dos parâmetros inflamatórios com registo de um único pico febril; exames microbiológicos negativos. Realizou novo ETT que descrevia dilatação da raiz da aorta ao nível dos seios de Valsalva, inversão holodiatólica do fluxo ao nível da aorta descendente; dilatação ligeira da AE e ventrículo direito (VD), moderada do VE e severa da aurícula direita (AD); imagem sugestiva de fistula coronariana-cavitária (entre artéria coronária com origem no seio coronário direito e AD); Veia cava com diâmetro de 21mm; Função sistólica biventricular conservada. Para melhor esclarecimento realizou angio-TC coronário que confirmou FAA entre o seio coronário direito e a AD e revelou sinais de sobrecarga do VD. Considerada etiologia congénita, referenciado a cirurgia cardio-torácica sendo submetido a encerramento da fístula e anuloplastia tricúspide, sem intercorrências.

Conclusão: A sobrecarga de volume e a insuficiência cardíaca são o determinante das manifestações clínicas. O diagnóstico de FAA requer um alto índice de suspeição com estudo de imagem adequado, para posterior orientação assertiva.

23 DE MAIO DE 2019**Sala Neptuno D 15:00 - 17:00****CC022****2093 QUANDO UM STRESS NÃO VEM SÓ**

Sónia da Costa Fernandes, Luísa Guerreiro, Vera Seara, Marta Rafael Marques, Gonçalo Mesquita, Joana Gonçalves, Teresa Pinto

Centro Hospitalar Póvoa de Varzim / Vila do Conde

A Miocardiopatia de Takotsubo é uma das designações de uma patologia que se caracteriza por disfunção aguda e transitória do segmento apical do ventrículo esquerdo. É mais comum em mulheres pós-menopausa, ocorrendo, frequentemente, após um estímulo físico ou emocional intenso. A apresentação clínica mimetiza um síndrome coronário agudo, manifestando-se por dor pré-cordial súbita, dispneia ou síncope. Um elevado nível de suspeição é essencial e o diagnóstico geralmente requer um electrocardiograma (ECG), doseamento da troponina e do péptido natriurético, bem como, avaliação da função do ventrículo esquerdo. O tratamento é de suporte e geralmente ocorre recuperação completa da sintomatologia.

Os autores descrevem um caso de uma mulher de 38 anos, com antecedentes de Hipotireoidismo por Tireoidectomia esquerda suplementada com Levotiroxina. Estava internada no Serviço de Obstetrícia por ter realizado uma cesariana após trabalho de parto estacionário, sendo que dois dias depois da intervenção iniciou uma clínica de edema dos membros inferiores associado a cansaço progressivo para pequenos esforços e uma dor pré-cordial súbita com irradiação dorsal, acompanhada de dispneia e sudorese profusa. O quadro foi agravando com pieira, apresentando saturações periféricas de oxigénio em ar ambiente de 89%, tensão arterial sistólica de 165 mmHg; diastólica de 94 mmHg e frequência cardíaca de 60 bpm. Do estudo efectuado destaca-se uma gasimetria com insuficiência respiratória hipoxémica, ECG com ritmo sinusal, inversão da onda T em DIII, analiticamente com Troponina T de 0.113 ng/mL (Normal <0.014 ng/mL) e NT-ProBNP de 1651 pg/ml (>900 – Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) muito provável). AngioTC tórax: sem imagens de tromboembolismo pulmonar; Ecocardiograma (Eco): cavidades cardíacas esquerdas ligeiramente dilatadas, com hipocinésia global dos segmentos basal e médio (mais evidente ao nível das paredes inferior e posterior) e compromisso moderado da função sistólica ventricular esquerda - Fracção de ejeção (Fe) estimada em cerca de 39%. Assim, abordou-se uma ICC aguda no pós-parto, sendo a hipótese mais provável uma Miocardiopatia de Takotsubo,

que foi confirmada por Ressonância Magnética Cardíaca. Durante os 7 dias de internamento a doente apresentou evolução favorável com melhoria clínica, gasimétrica e Troponina T e NT-ProBNP com perfil sustentadamente descendente. Inicialmente por perfil tensional baixo limitou-se optimização terapêutica, paulatinamente a permitir a introdução de betabloqueador, IECA e espirolactona. Foi reavaliada em consulta de Cardiologia, apresentando um Eco normal.

A Miocardiopatia de Takotsubo apesar de ser mais comum em mulheres pós-menopausa, uma situação de stress físico ou emocional é o estímulo necessário para despoletar esta patologia. Neste caso, tratava-se de uma puérpera pós-cesariana, que apesar de ser raro, complicou com ICC aguda, que evoluiu favoravelmente, como ocorre na maioria dos casos descritos.

23 DE MAIO DE 2019**Sala Neptuno D 15:00 - 17:00****CC023****15 SÍNDROME DE ORTNER: UM DIAGNÓSTICO SURPREENDENTE**

Sílvia Balhana, Catarina Nascimento, Carla Noronha, Francisco Araújo, José Lomelino Araújo
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: O Síndrome de Ortner ou síndrome cardio-vocal é uma condição rara que consiste na associação de patologia cardiovascular que provoque alargamento do mediastino (mais comumente a estenose mitral com dilatação auricular esquerda) e a paralisia do nervo laríngeo recorrente. Reportamos um caso clínico de um homem com disфонia e disfagia, que se revelou um aneurisma micótico da crossa da aorta, com apenas alguns casos semelhantes descritos na literatura.

Caso clínico: Homem de 77 anos, diabético e com internamento recente por prostatite aguda a Escherichia coli multisensível (tratada com amoxicilina-clavulanato por 21 dias). Apresenta-se com dois meses de evolução de disфонia e disfagia intermitente para líquidos, associados a perda ponderal significativa. Ao exame físico destaque para febrícula e sopro holossistólico de novo. Laboratorialmente com elevação de parâmetros inflamatórios; radiografia de tórax demonstrando alargamento do mediastino superior de novo; e videolaringoscopia com paralisia da corda vocal esquerda.

Para esclarecimento etiológico, realizada tomografia computadorizada cervico-torácica que revelou aneurisma sacular do arco aórtico, com aproximadamente 4 cm, parede irregular e tecidos periaórticos densificados, achados sugestivos de aneurisma micótico. As hemoculturas seriadas não isolaram agente etiológico, embora a urocultura tenha sido novamente positiva para *Escherichia coli* multissensível. O ecocardiograma transtorácico não revelou vegetações valvulares. A sífilis também foi excluída.

Iniciada empiricamente antibioterapia com vancomicina e metronidazol e o doente foi transferido para um centro de cirurgia cardiororácica para desbridamento cirúrgico e reconstrução vascular.

Discussão: Os aneurismas micóticos constituem uma degenerescência da parede arterial decorrente de infecção. O diagnóstico precoce é essencial pela morbidade e mortalidade significativas; mas muitas vezes desafiante pela heterogeneidade clínica. A sua prevalência é incomum - correspondem a 0.7-1% dos aneurismas operados.

23 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno D 15:00 - 17:00

CC024

314 FIBRINÓLISE INTRAPLEURAL EM HEMOTÓRAX RETIDO

Tiago M Mendes, Liliana Costa
ULSAM - Hospital Conde de Bertiandos

Introdução: A fibrinólise intrapleural permite a drenagem de coleções loculadas como empiemas ou derrames parapneumônicos e hemotórax coagulados. Com esta apresentação pretende-se dar a conhecer um caso de fibrinólise intrapleural com recurso a alteplase num doente com hemotórax coagulado iatrogénico e realçar a importância do estudo etiológico de quilotórax.

Caso Clínico: Homem de 62 anos com antecedentes de Hipertensão arterial, tabagismo, consumo excessivo de álcool (270gramas/dia até 4 anos antes), Fibrilhação auricular paroxística hipocoagulada com apixabano, doença respiratória crónica com enfisema pulmonar e insuficiência cardíaca com fração de ejeção ventricular esquerda reduzida reduzida de etiologia não esclarecida definitivamente. Foi enviado a Consulta Externa de Medicina Interna para estudo de derrame pleural refratário. Refere dispneia para pequenos esforços e desconforto retroesternal ocasional sem relação

com atividade física. Na consulta apresentava-se com tendência hipotensiva (96/56mmHg), normocárdico, arritmico, na auscultação pulmonar com mv diminuído em todo o hemitórax direito, sem ruídos adventícios, sem edema dos membros inferiores. Em radiografia torácica apresentava derrame pleural à direita a ocupar todo o hemitórax. Foi realizada toracocentese de líquido branco e espesso caracterizado bioquimicamente como quilotórax e mantida drenagem passiva com pleurocan (drenagem total de 2800mL). Ficou internado para estudo e nos primeiros dias de internamento com evolução clínica e radiológica favorável tendo removido o dreno às 48h sem intercorrências. Posteriormente com instabilização por hipotensão, queda do hematócrito e novo derrame pleural de grande volume à direita que foi novamente drenado com carácter urgente, tendo sido constatada desta vez um volumoso hemotórax. Passados dois dias mantinha hipotransparência no 1/3 exterior do hemitórax direito. Em TC torácico observado derrame com características de sangue coagulado cuja drenagem foi impossível com dreno pig-tail. Após discussão com Pneumologia e Radiologia foi realizada fibrinólise intrapleural com alteplase. Foram drenados 1700mL de conteúdo hemático com melhoria clínica e radiológica. Durante o internamento foi otimizada a medicação modificadora de prognóstico de insuficiência cardíaca com melhoria sintomática significativa. Após alta realizou PET-scan que evidenciou hiper captação no seio piriforme e em adenopatia latero-cervical. Após observação por Otorrinolaringologia confirmou-se presença de lesão neoplasia vegetante nesta localização.

Conclusão: Com este caso pretende-se dar a conhecer um caso de sucesso de drenagem de hemotórax por fibrinólise intrapleural. A etiologia neoplásica é a principal causa de quilotórax não-traumático e a sua presença deve levantar a suspeita deste tipo de doenças e o respetivo estudo etiológico mesmo na presença de uma possível etiologia, como a insuficiência cardíaca, neste caso.

24 DE MAIO DE 2019**Sala Gemini I 9:15 - 10:45****DOENÇAS DIGESTIVAS E PANCREÁTICAS****CC025****1368 À DESCOBERTA DE TROPHYRYMA WHIPPLEI**

Ana Isabel Barreira, Joaquim Chemba, André Maia, Rita Queirós, Cármen Tavares Pais, Sónia Carvalho, Fernando Guimarães, Paula Vaz Marques

Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro - Vila Real, Medicina Interna

Introdução: A Doença de Whipple (DW) é uma doença multissistémica, em regra associada a má absorção, provocada pelo bacilo gram-positivo *Tropheryma whipplei*. A doença é muito rara e a endocardite é uma das suas possíveis manifestações.

Caso clínico: Doente de sexo masculino, 69 anos, agricultor, seguido em consulta de hematologia por anemia e polimialgia reumática. Inicia quadro de agravamento do estado geral com incapacidade laboral, caracterizado por cansaço para pequenos esforços, edemas generalizados, astenia progressiva e diarreia com vômitos esporádicos e perda ponderal de 10 kg, com 6 meses de evolução. Referia ainda febre superior a 38°C desde há 2 semanas. Foi internado para investigação. Ao exame físico apresentava sopro sistólico grau III/VI audível em todo o precórdio e edemas exuberantes dos membros inferiores. Analiticamente apresentava anemia normocítica normocrômica, leucocitose e neutrofilia, Proteína C Reativa 5.5 mg/dl, albumina 1.8 g/dl e função tiroideia normal. Rastreio autoimune, vírico e séptico sempre negativo, tal como o exame microbiológico e parasitológico das fezes. Ecografia abdominal sem alterações. Realizou ecocardiograma que demonstrou endocardite da válvula aórtica complicada com perfuração da cúspide. Iniciou antibioterapia com Gentamicina, Flucloxacilina e Ampicilina. Realizou estudo endoscópico digestivo alto e baixo, com pedido de biopsia duodenal, a qual revelou positividade de PCR de *Tropheryma whipplei* no fragmento da biopsia e na histologia coloração PAS positiva – fazendo o diagnóstico de Doença de Whipple. Assumiu-se DW com endocardite associada e foi alterada antibioterapia para ceftriaxone que cumpriu durante 4 semanas. Foi referenciado à cirurgia cardiorácica que desaconselhou cirurgia valvular antes término da terapêutica, dada a maior possibilidade de recorrência. Durante o internamento verificou-se

melhoria gradual, tendo alta para a consulta sob Sulfametoxazol+Trimetoprim, que, de acordo com a literatura, cumprirá durante um ano. Apresenta já melhoria significativa da insuficiência cardíaca, parcial recuperação do estado geral e albumina dentro da normalidade.

Discussão: Embora a DW seja bastante rara, a associação com a endocardite é muito comum. Assim, a suspeição deste diagnóstico num caso de endocardite com hemoculturas negativas, e em particular com diarreia, é de extrema importância. O tratamento requer um longo período de tempo, em regra de 12 meses de antibioterapia.

24 DE MAIO DE 2019**Sala Gemini I 9:15 - 10:45****CC026****1339 NECROSE PANCREÁTICA INFECTADA, UMA COMPLICAÇÃO GRAVE DA PANCREATITE AGUDA**

Débora Sousa, Pedro Raimundo, Alexandra Bayão Horta
Hospital da Luz Lisboa

As coleções pancreáticas com necrose pancreática são uma complicação local grave da pancreatite, que geralmente surgem 4 semanas após um episódio agudo e estão associadas a uma morbimortalidade elevada. 

Apresenta-se o caso de uma mulher de 84 anos que recorreu ao serviço de urgência por um quadro com 4 dias de evolução de dor abdominal difusa, vômitos e febre. Ao exame objetivo encontrava-se hemodinamicamente estável, mas febril e na palpação abdominal identificava-se massa palpável na região epigástrica com extensão ao flanco esquerdo. Realizou tomografia computadorizada (TAC) abdominal que documentou exuberante coleção hidroaérea peripancreática e retrogástrica, com 19 x 11 x 15 cm de maior diâmetro, e um cálculo distal na via biliar principal (VBP).

Admitiu-se pancreatite necrotizante enfisematosa, de etiologia litiásica. O caso foi abordado em reunião multidisciplinar, onde se propôs remoção do cálculo da VBP por colangiopancreatografia retrógrada endoscópica, realizada com sucesso, e tratamento conservador com antibioterapia empírica dado o elevado risco de mortalidade associada à manipulação da coleção dado esta não apresentar uma parede bem definida.

Cumpriu 4 semanas de antibioterapia empírica

com Piperacilina/Tazobactam, período após o qual repetiu TAC que mostrava coleção com dimensões discretamente inferiores, mas organizada e com parede, pelo que se assumiu, de acordo com o descrito na literatura, um caso de walled-off pancreatic necrosis. Foi realizada eco-endoscopia na perspectiva de drenagem transgástrica, inviabilizada devido ao grande componente gasoso no interior da coleção.

Posteriormente foi tentada drenagem guiada por TAC, onde foi drenado escasso conteúdo purulento. A doente evoluiu com quadro séptico e o exame cultural do pus colhido demonstrou infeção polimicrobiana, tendo sido isolados *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis* e *Enterococcus faecium*.

No contexto de agravamento clínico, foi decidida necrosectomia por via retroperitoneal e drenagem cirúrgica para controlo de foco, a qual foi realizada com sucesso.

As coleções pancreáticas com necrose são patologias de difícil manejo, estando associadas a uma elevada taxa de mortalidade. A presença de infeção é o fator mais importante na evolução clínica destes doentes, e aumenta a mortalidade em cerca de 50% em relação às coleções não infectadas.

O tratamento deve ser individualizado ao doente e necessita de uma abordagem multidisciplinar, envolvendo a Medicina Interna, Gastroenterologia, Radiologia de Intervenção e Cirurgia Geral. As intervenções minimamente invasivas são atualmente recomendadas como primeira opção para drenagem, estando preconizada uma abordagem step-up, devendo a cirurgia ficar reservada para casos não resolúveis com outras opções, e o momento da intervenção ser decidido de acordo com a evolução clínica. O caso clínico apresentado ilustra esta realidade complexa, tratando-se de um caso exemplo de sucesso desta abordagem.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini I 9:15 - 10:45

CC027

1549 DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL IDIOPÁTICA - UM CASO DE CAQUEXIA EXTREMA

Sandra Rebelo, Tiago Marques, Jorge Frade, Gonçalo Ruas, Ana Tornada

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte E.P.E.

A Doença Inflamatória Crónica Idiopática do Intestino (DICI) ou Colite Indeterminada caracteriza-se por uma apresentação comparável à Colite Ulcerosa (CU), embora com apresentação mais extensa e grave, frequentemente com manifestações extra-intestinais tal como na Doença de Crohn (DC). É a sobreposição de características clínicas, histológicas e serológicas quer de CU quer de DC, que caracteriza a DICI tornando-se este um diagnóstico de exclusão.

Reportamos o caso de um homem Cabo Verdiano de 55 anos, previamente saudável, internado por quadro de disfagia para sólidos, perda ponderal superior a 10% do índice de massa corporal (IMC), diarreia aquosa com hematoquezias, vômitos alimentares e aquosos e uma anorexia e astenia com instalação insidiosa em 6 meses. Na admissão apresentava caquexia extrema (IMC de 13,8 kg/m²), icterícia e desidratação profunda com hiponatremia hiposmolar grave 95mmol/L, lesão renal aguda, disfunção hepática e hipergamaglobulinemia. Verificou-se ter várias infecções oportunistas (candidíase esofágica, colite pseudomembranosa e colite a Cytomegalovirus) e tuberculose latente. Apresentou elevação da calprotectina fecal, anticorpo anti citoplasma do neutrófilo (PR3) e Anticorpo Anti-Saccharomyces cerevisiae (ASCA) positivos dificultando o diagnóstico diferencial da etiologia da pancolite documentada em Tomografia Computorizada e Entero-Ressonância Magnética. Os exames endoscópicos seriados confirmaram achados concordantes com as infecções mencionadas e achados macroscópicos e histopatológicos sugestivos quer de CU quer de DC, de difícil distinção face à ulceração da mucosa por sobreinfecção citomegalica. Em biopsias duodenais apresentou aspectos sugestivos de doença celíaca, com HLA DQA1 e DQB1 associados ao heterodímero DQ2, configuração trans DQ 7.5, apesar de não ter Anticorpos Anti-transglutaminase, anti-endomísio e anti-gliadina. Por critérios de exclusão definiu-se quadro sugestivo de Doença Inflamatória Crónica Idiopática do Intestino e Doença Celíaca like, pelo que foi instituída nutrição parentérica e para controlo da actividade inflamatória foi instituída messalazina e corticoterapia com ulterior

switch para infliximab e azatioprina, com melhoria notável. Como manifestações extra-intestinais teve trombose da veia porta.

A ocorrência de pancolite e síndrome de mal absorção podem conduzir a elevada morbidade e à ocorrência de doenças oportunistas, que dificultam o diagnóstico diferencial da etiologia da Doença Inflamatória do Intestino. O caso reportado ilustra uma associação rara entre Doença Inflamatória Crônica Idiopática do Intestino (DICI) e Doença Celíaca like, onde a instituição precoce de terapêutica imunossupressora/biológica foi dificultada pela presença de múltiplas infecções oportunistas.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini I 9:15 - 10:45

CC028

1859 ENTEROCOLITE NEUTROPÉNICA: UMA COMPLICAÇÃO POTENCIALMENTE FATAL

Pedro Ribeirinho Soares, Carla Andrade, Diana Ferrão, Catarina Pereira, José Marques, Fernando Nogueira, Jorge Almeida.

Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal

Introdução

A enterocolite neutropénica traduz um processo inflamatório que provoca lesão da mucosa intestinal, ocorrendo primariamente em doentes neutropénicos. A presença de neutropenia grave, associada a lesão da mucosa intestinal por fármacos citotóxicos e a alteração da resposta imune constitui, provavelmente, a tríade fisiopatológica responsável pelo seu aparecimento. Esta entidade surge em cerca de 3,5% dos doentes com neutropenias graves. Alguns fatores que parecem predispor ao aparecimento da enterocolite neutropénica são as anomalias do tubo digestivo (doença diverticular do cólon, cirurgias e neoplasias prévias da cavidade abdominal) e a existência de episódios prévios desta doença.

Caso Clínico

Homem de 40 anos com história de coriocarcinoma gástrico estadio IV, no terceiro ciclo de quimioterapia. Admitido por dor abdominal referida aos quadrantes inferiores, associada a náuseas e anorexia. Analiticamente constatada pancitopenia: leucopenia ($0,80 \times 10^9/L$) com neutropenia grave

(80 neutrófilos/uL), anemia (Hb 10.5 g/dL) e trombocitopenia grave (35 000); proteína C-reativa de 432 mg/L. Ecografia abdominal documentou espessamento parietal de algumas ansas intestinais. A tomografia computadorizada (TC) abdominal confirmou os achados, demonstrando espessamento parietal difuso das ansas do íleo, com densificação da gordura envolvente. Iniciou terapêutica com filgastrim e antibióterapia empírica com piperacilina/tazobactam. Apresentou melhoria clínica progressiva e recuperação das contagens hematológicas, tendo tido alta após estabilização clínica.

Discussão

A enterocolite neutropénica é uma complicação potencialmente fatal, em contextos de neutropenia pós-quimioterapia, tanto em neoplasias hematológicas como em neoplasias sólidas.

O reconhecimento desta patologia é fundamental dado a crescente utilização de terapêuticas citotóxicas, por forma a permitir a instituição de terapêutica adequada e despiste de eventuais complicações.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini I 9:15 - 10:45

CC029

1422 O ABCESSO E O CORPO ESTRANHO

Daniela Brito, Ana Rita Abrantes, Lucília Pessoa, Ana Araújo, Tiago Pereira, Nuno Catorze
Centro Hospitalar do Médio Tejo

Introdução: O abcesso hepático (AH) é uma entidade nosológica relativamente rara que associada a uma apresentação clínica inespecífica, explica a sua dificuldade diagnóstica. Os exames de imagem possuem um papel essencial para o diagnóstico desta entidade, sendo que esta é potencialmente fatal com o atraso da instituição da terapêutica.

Caso Clínico: Mulher de 68 anos, autónoma para as atividades de vida diária, com antecedentes pessoais de síndrome depressivo e doença osteoarticular. Recorreu ao serviço de urgência (SU) com queixas inespecíficas de mal-estar geral, mialgias, febre e dor abdominal, tendo alta com amoxicilina/ácido clavulânico. Por agravamento do quadro de dor abdominal agora com irradiação para o dorso e febre, recorre novamente ao SU após três dias. Apresentava dor a palpação do hipocôndrio direito, sem sinais de irritação peritoneal, e aumento

dos parâmetros inflamatórios. n tomografia computadorizada abdomino-pélvica que mostrou nódulo abecedado ocupando o lobo esquerdo (LE) do fígado com provável corpo estranho no seu interior. Durante a estadia no SU a doente sofreu de forma aguda quadro de má perfusão periférica com pele marmoreada em contexto de pirexia, dificuldade respiratória com sibilos e polipneia. Assumindo-se um quadro de choque séptico. Iniciou antibioterapia empírica com Ceftriaxone e Metronidazol e foi submetida cirurgia para controlo de foco. Realizada drenagem de abscesso hepático e extração de corpo estranho, compatível com espinha de peixe, tendo sido excluída perfuração intestinal. Durante a estadia na unidade de cuidados intensivos evolui favoravelmente, mantendo-se hemodinamicamente estável permitindo a descontinuação do suporte aminérgico e ventilação mecânica. Exibiu uma diminuição progressiva dos parâmetros inflamatórios e melhoria da função hepática. Isolou-se *Streptococcus viridians* no líquido intra-abdominal, tendo sido feito acerto na antibioterapia. Por manter estabilidade clínica foi transferida para enfermaria.

Conclusão: Os doentes ingerem frequentemente corpos estranhos que atravessam o sistema gastrointestinal sem complicações. A perfuração intestinal associada a formação de abscesso hepático é um evento extremamente raro e potencialmente fatal. A relação entre o abscesso hepático no LE com a presença de corpo estranho está associado a alta mortalidade, sendo o seu diagnóstico um desafio. O presente caso pretende demonstrar um desfecho favorável pela pro atividade no controlo de foco num doente séptico.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini I 9:15 - 10:45

CC030

1870 HIPERTENSÃO PORTAL EM CONTEXTO DE DOENÇA CELÍACA

Margarida Paixão Ferreira, Joana Lima, Vera Cesário, José Vaz

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo – Hospital José Joaquim Fernandes

Introdução: A hipertensão portal idiopática é clinicamente caracterizada por evidência de hipertensão portal não cirrótica, com possível presença de esplenomegália e pancitopenia, sem que se conheça uma etiologia definida. A doença celíaca é uma patologia sistémica auto-imune, que é desencadeada pelo contacto com o glúten em pessoas geneticamente susceptíveis, sendo o seu diagnóstico resultante da combinação de dados

clínicos, serológicos e histológicos, e residindo o tratamento numa dieta sem glúten.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, 54 anos, com antecedentes de doença celíaca desde a infância e supostamente sob dieta de evicção do glúten, que foi referenciada à consulta por anemia ferropénica com repercussão hemodinâmica e funcional (com níveis de hemoglobina de 6,5g/dL), com relato apenas de cansaço fácil, sem perdas hemáticas visíveis. À observação, asténica, pálida e com mucosas descoradas. Para estudo complementar da anemia, foi solicitada endoscopia digestiva alta com evidências de varizes esofágicas (tipo GOV 2) e duodenopatia, cuja histologia era sugestiva de doença celíaca activa - atrofia total das vilosidades e infiltrado inflamatório (Marsh 3c), sendo a videocápsula corroborante (mostrou mucosa duodenal e jejunal com atrofia completa de vilosidades e edema da mucosa). Pelo achado de varizes esofágicas, foi solicitado então Eco Doppler dos vasos hepáticos que demonstrava veia porta ectasiada (14mm), compatível com hipertensão portal, sem outras alterações, e ecografia abdominal sem ascite e com hepatomegália grosseira e baço no limite superior do normal. Estudo complementar de doença hepática crónica sem qualquer achado a destacar que sugerisse outra etiologia. Perante a evidência de doença celíaca activa histologicamente, foi enviada a consulta de Nutrição para optimização de dieta, com necessidade de múltiplos ajustes alimentares. Em reavaliação, cerca de um ano depois, endoscopia digestiva alta sem presença de varizes esofágicas e com duodeno com diminuição das pregas, traduzida histologicamente em permeação epitelial por linfócitos e atrofia parcial de vilosidades (Marsh 3a).

Discussão: A relação entre a doença celíaca e a hipertensão portal tem sido ocasionalmente reportada na literatura, sendo a doença celíaca uma causa rara de varizes esofágicas. Este caso é ilustrativo da importância do seguimento restrito da evicção do glúten para possibilitar a remissão sintomática e histológica da doença e diminuir as possíveis complicações a ela inerentes. Aqui ficou patente que o incumprimento da dieta levou à ocorrência de uma nova apresentação “inicial” de doença celíaca com anemia ferropénica e, pelo tempo de evolução arrastado, à detecção de complicação de hipertensão portal que poderia culminar em consequências mais graves. Há que destacar que a terapêutica da doença celíaca é simples, mas mais importante ainda que o cumprimento da mesma é essencial, sendo o benefício quase ‘imediato’.

24 DE MAIO DE 2019**Sala Gemini II 9:15 - 10:45****DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS****CC034****2102 HEMICOREIA HIPERGLICÉMICA E SÍNDROME HIPERGLICÉMICA/HIPEROSMOLAR NUMA DOENTE COM HBA1C DE 19.9%: UM CASO RARO E POTENCIALMENTE REVERSÍVEL**

Mariana Guerra, Gonçalo Silva, Daniela Marado, Jorge Fortuna, Armando Carvalho
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Introdução:

A hemicoreia da hiperglicémia é uma manifestação clínica rara de diabetes mellitus tipo 2 (DMT2). O doente apresenta-se com hiperglicémia não-cetónica, hemicoreia (caracterizada por movimentos rápidos e involuntários de uma parte específica do corpo) e, imagiologicamente, com a presença de alterações envolvendo os gânglios da base.

Caso clínico:

Doente do sexo feminino, de 86 anos, com história de DMT2 com 20 anos de evolução, sob antidiabéticos orais, veio ao SU por agitação motora, com movimentos involuntários do membro superior esquerdo e hemiface ipsilateral, com 3 dias de evolução. Encontrava-se apirética, hipotensa e desidratada, constatando-se movimentos involuntários, rápidos, irregulares e não suprimíveis do membro superior esquerdo, com envolvimento da face ipsilateral. Os exames complementares de diagnóstico revelaram uma glicémia sérica de 1045 mg/dl, hiponatrémia hiperosmolar, anemia, leucocitose com neutrofilia, lesão renal aguda e troponina I elevada, com ECG sem supraST. Na sumária de urina, apresentava leucocitúria, sem cetonúria. Foi diagnosticada síndrome hiperglicémica-hiperosmolar e hemicoreia da hiperglicémia. Realizou TC-CE, que revelou hiperdensidade a nível do corpo estriado direito, de novo, que corroborou o diagnóstico neurológico. Iniciou terapêutica com insulina em perfusão e fluidoterapia, assim como outras terapias de suporte dirigidas à anemia, cistite aguda e EAM tipo 2 diagnosticados concomitantemente. Foi ainda adicionada medicação antipsicótica. Ao fim de 3 dias de internamento, a doente já não apresentava os movimentos involuntários, tendo tido alta 6

dias depois. O resultado da HbA1c, entretanto solicitada, foi de 19.9%.

Discussão:

A maioria dos doentes com hemicoreia hiperglicémica apresenta um bom prognóstico, desde que mantenha um bom controlo metabólico, sendo que terapêutica com antagonistas dopaminérgicos pode ser necessária para controlar a coreia. Esta é uma manifestação rara e reveladora de elevado descontrolo da doença, como veio a comprovar-se pelos níveis de HbA1c, na nossa doente.

24 DE MAIO DE 2019**Sala Gemini II 9:15 - 10:45****CC035****2088 HIPOTERMIA PERIÓDICA ESPONTÂNEA – UMA ENTIDADE SUBDIAGNOSTICADA**

Sónia da Costa Fernandes, Vera Seara, Marta Rafael Marques, Juliana Chen Xu, Raquel Ervalho, Joana Gonçalves, Teresa Pinto

Centro Hospitalar Póvoa de Varzim / Vila do Conde

Introdução: Define-se hipotermia a uma temperatura corporal inferior ou igual a 35°C e divide-se em leve (35°C a 32°C), moderada (31-28°C) ou intensa (<28°C). Em indivíduos saudáveis existem diversos mecanismos que previnem a hipotermia, que são detectados por receptores periféricos, ativando uma diversidade de reflexos que são controlados pelo hipotálamo. Uma disfunção, lesão ou destruição desta área, congénita ou adquirida, pode levar ao desenvolvimento de Hipotermia Periódica Espontânea – uma entidade rara e subdiagnosticada. O diagnóstico baseia-se num exame de imagem, nomeadamente a Ressonância Magnética (RMN) Cerebral e num estudo analítico que inclua hemograma e um painel metabólico variado. Trata-se de uma doença benigna e os episódios, por definição, resolvem espontaneamente. O reconhecimento da etiologia específica pode ajudar nas decisões terapêuticas, com melhoria da qualidade de vida do doente.

Descrição do caso: Os autores descrevem um caso de uma mulher de 65 anos, hipertensa e dislipidémica, medicada com valsartan 80mg, bisoprolol 2.5mg, com descrição de episódios de “sensação de frio” desde os 30 anos com confirmação de hipotermia (temperatura axilar 33°C), sem outra sintomatologia ou associação a exposição ao frio. Foi inicialmente avaliada por neurocirurgia e cirurgia vascular sem alterações ao exame objectivo

nomeadamente sem défices neurológicos focais ou sinais de má perfusão periférica, tendo realizado Angio-TC Toraco-Abdominal sem evidencia de alterações. Foi posteriormente referenciada para a consulta de Medicina para estudo, onde se destaca: hematócrito de 39.9%, hemoglobina de 13.2 g/dL, leucócitos de $5,60 \times 10^9/L$ e plaquetas de $271,0 \times 10^9/L$; ureia, creatinina, ionograma, glicose em jejum, velocidade de sedimentação, proteína C reactiva, função hepática, função tiróidea e hormona adrenocorticotrópica sem alterações; anticorpos anti-nucleares negativos bem como marcadores víricos para a hepatite B, hepatite C e HIV. Electrocardiograma, Ecocardiograma e Holter normais. RMN Cerebral também sem alterações, com corpo caloso intacto. A RMN das Supra-renais foi normal.

Discussão: Tem sido um desafio explicar a fisiopatologia da hipotermia periódica espontânea, principalmente em doentes sem anormalidades estruturais. Devido à raridade do distúrbio, estudos de possíveis tratamentos são difíceis de concretizar. O objectivo da terapêutica deve ser a correcção destes episódios, sempre que seja possível, bem como o tratamento de complicações médicas e neurológicas associadas. Com este caso, os autores tentaram sistematizar a abordagem para o estudo de uma hipotermia e lembrar a existência destes episódios periódicos, que apesar de ser um diagnóstico benigno raro, deve ser excluído.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini II 9:15 - 10:45

CC036

1034 DOENÇA DE ERDHEIM-CHESTER: UM CASO CLÍNICO COM ATINGIMENTO MULTISSISTÉMICO

Luís Teles, Bernardo Macedo, António Marinho
Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

A doença de Erdheim-Chester (DEC) é uma histiocitose não-langerhans rara (cerca de 600 casos descritos) de etiologia desconhecida. A doença caracteriza-se por infiltração tecidual por macrófagos lipídicos, células ganglionares multinucleadas e células inflamatórias compostas de linfócitos e histiócitos, atingindo múltiplos órgãos, incluindo o musculoesquelético (o mais comum), cardíaco, pulmonar, gastrointestinal e sistema nervoso central.

Apresentamos o caso de uma mulher de 64 anos enviada por síndrome inflamatória, com um ano

de evolução, (Velocidade de Sedimentação 93 mm/h, Proteína C Reativa 106 mg/dL, Anemia normocítica, normocrómica) e doença renal crónica (estadio III). Como antecedentes apresentava uma Diabetes desde os 38 anos, de etiologia central, alterações ósseas atribuídas a Doença de Paget, Síndrome metabólica, Cardiopatia isquémica com Insuficiência cardíaca. Posteriormente, veio a desenvolver derrame pericárdio de grande volume. Do estudo realizado, a Tomografia axial computadorizada mostrou densificação tecidual anterior à coluna torácica e abdominal, infiltração retroperitoneal com aspeto de rins cabeludos, sem adenopatias visíveis, a imunofenotipagem revelou linfocitose B monoclonal, tipo Leucemia Linfocítica Crónica de células B e a cintigrafia óssea múltiplas alterações difusas da calote sugestivas de doença linfoproliferativa. A radiografia óssea dos ossos longos revelou osteoesclerose dos úmeros e fémures. A Tomografia por Emissão de Positrões revelou focos de hipermetabolismo glicolítico anómalo no cérebro, no mediastino, no abdómen e esqueleto. Dada a suspeita de histiocitose não langerhans, foi realizada biópsia de massa perirrenal que mostrou histiócitos espumosos CD68 positivo e CD1 negativo, assim como, presença da mutação BRAF V600E. Assim, com base nos dados clínicos, radiológicos e anatomopatológicos, o diagnóstico de DEC foi estabelecido. Doente apresentava contra-indicação para Interferão-alfa por patologia psiquiátrica e sem condições para terapêutica com inibidores das BRAFF ou análogos pelo que iniciou tocilizumab com boa resposta clínica mantendo-se em vigilância regular e com doença estabilizada.

A DEC, até à data, é uma doença incurável com envolvimento multissistémico sendo o seu diagnóstico, muitas vezes realizado só após a quinta década de vida, um desafio devido à sua raridade e à sobreposição clínica com outras patologias. O diagnóstico tardio leva a uma taxa de morbimortalidade devido às complicações associadas.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini II 9:15 - 10:45

CC037

675 ACIDOSE LÁCTICA À METFORMINA EM DOENTE ALÉRGICA À INSULINA

Inês Ferreira, Ana Pedroso, Vasco Costa, Rita Santos, Carolina Paulino, Bernardino Valério, Luís Coelho, Vítor Mendes, Camila Tapadinhas, Pedro Póvoa
Centro Hospitalar Lisboa Ocidental- Hospital São Francisco Xavier

Introdução:

A metformina assim como as outras biguanidas aumentam a concentração de lactato no plasma. A cetoacidose metabólica associada à metformina (MALA) ocorre numa situação de aumento da concentração de metformina (geralmente secundário a um compromisso da função renal) associada a um fator que agrave a produção de lactato ou a sua depuração, sendo que a sua mortalidade se aproxima dos 50%.

A alergia à insulina é uma situação rara, sendo mais comum a alergia aos excipientes ou aos análogos, apenas em raros casos à insulina endógena. Como terapêutica, pode ser tentada a administração de outro tipo de insulina, um esquema de dessensibilização com insulina em perfusão ou imunoterapia.

A associação de alergia à insulina a uma situação clínica de cetoacidose metabólica tornou mais desafiante a sua resolução clínica, pelo que consideramos relevante a apresentação deste caso.

Caso clínico:

Doente de 63 anos, autónoma, reformada, com história pessoal conhecida de Diabetes Mellitus não insulinotratada, medicada com metformina 2000mg/dia e gliclazida 60mg 1x/dia. Alergias conhecidas à penicilina e insulina (com angioedema, descrito a insulina humana isofânica NPH e Insulina detemir).

Admitida por náuseas, vômitos e diarreia com 6 dias de evolução. Do exame objetivo a salientar desidratação da pele e mucosas, analiticamente: Ureia 241g/dL, Cr 7.66mg/dL, K 6.45mmol/L, PCR 1.27mg/dL e acidémia metabólica grave (pH 6.99, HCO₂ 3.9mmol/L) com hiperlactacidémia (Lactato 9.70mmol/L). Dada a lesão renal aguda com hipercaliémia e acidose metabólica com hiperlactacidémia foi transferida para Unidade de Cuidados Intensivos.

A doente evoluiu com agitação psicomotora, exaustão respiratória e instabilidade hemodinâmica, com necessidade de sedação, suporte ventilatório invasivo, vasopressor e técnica de substituição renal nas primeiras 24h após a admissão. Neste período manteve agravamento da cetoacidose diabética, com cetonémia em agravamento com valor máximo de 6,4 (inicialmente apenas sob gliclazida 80mg 12/12h, por alergia à insulina). Desta forma, iniciou então protocolo de dessensibilização rápida de insulina, sem intercorrências, iniciando insulina em perfusão, com resolução da cetoacidose. A

doente teve alta para o domicílio após 9 dias de internamento, com suspensão de antidiabéticos orais e mantendo insulino-terapia.

Discussão:

A MALA é uma situação clínica grave com mortalidade muito elevada. A conjugação de alergia à insulina tornou desafiante a sua resolução, mas a documentação da alergia não deve limitar a utilização de insulina, especialmente em casos graves, onde a dessensibilização e terapêutica com insulina é fundamental para a resolução do problema clínico.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini II 9:15 - 10:45

CC038

2012 TUMORES DO RETROPERITONEU - NEM TUDO O QUE PARECE É.

Inês Felizardo Lopes, Luis Reis, Manuel Monteiro, Vera Salvado, Anabela Nunes

Medicina Interna - Unidade Funcional 1.2 - Hospital de São José, CHULC

Introdução: O diagnóstico diferencial dos tumores do retroperitонеu é vasto. O diagnóstico histológico acaba por dar o diagnóstico. Mas será que é sempre seguro proceder a biopsia?

Descrição: Relata-se o caso de uma senhora de 75 anos internada para estudo de imagem sugestiva de tumor do retroperitонеu. Como antecedentes pessoais a referir neoplasia da mama em remissão há vários anos, hipertensão arterial medicada com 4 classes de antihipertensores, a condicionar cardiopatia com insuficiência cardíaca, fibrilhação auricular permanente hipocoagulada e diabetes mellitus tipo 2 controlada.

Por quadro de dor abdominal e alteração do trânsito intestinal fez TC abdomino-pélvica (AP) em ambulatório que mostrou a lesão acima referida. No internamento realizou TC AP com contraste e RM abdominal que revelaram uma massa de grandes dimensões (130 x 86 x 54 mm) localizada no retroperitонеu sem invasão de estruturas ou evidência de doença noutras localizações, e que imagiologicamente seria sugestiva de lesão mesenquimatosa/sarcoma, ou de doença linfoproliferativa. Do estudo analítico a salientar anemia normocítica normocrômica (Hb 11.0 g/dl), disfunção renal ligeira de novo, provas hepáticas sem alterações e marcadores tumorais (CA 125,

CA15.3, CA 19.9, CA 72.4, CEA) normais. Foi discutida em reunião multidisciplinar e decidida excisão tumoral cirúrgica, colocando-se como hipótese mais provável a de um sarcoma. Contudo, e atendendo a episódio de labilidade da pressão arterial no internamento com necessidade de suspensão de fármacos, foi pedido o estudo analítico da hipertensão secundária, objectivando-se franca elevação das catecolaminas e metanefrinas plasmáticas: noradrenalina 1252 pg/mL (N< 420), adrenalina 460 pg/mL (N<84), normetanefrina 1010 pg/mL (N<170), metanefrina 1342 pg/mL (N<100); confirmada elevação com doseamento das catecolaminas e metanefrinas urinárias: adrenalina 75.5 µg/dia (1.7-22.4), normetanefrinas 2602 µg/dia (162-527), metanefrinas 13164 µg/dia (64-302), AVM 38.6 (1.8-6.7). Estes resultados relançaram o diagnóstico presuntivo inicial, admitindo-se agora como hipótese mais provável a de paraganglioma produtor de catecolaminas. Foi internada na endocrinologia para início de bloqueio alfa-adrenérgico com fenoxibenzamina pré-operatório. Foi posteriormente submetida a cirurgia para excisão de tumor, onde no intraoperatório se identificava lesão retroperitoneal com origem aparente na supra-renal direita. Durante o procedimento descrita grande labilidade da pressão arterial e de frequência cardíaca. A anatomia patológica veio a confirmar o diagnóstico.

Discussão: Este caso ilustra a importância do diagnóstico diferencial. A realização de biópsia ou a abordagem cirúrgica sem bloqueio alfa-adrenérgico poderiam ter tido consequências dramáticas para a doente. Os paragangliomas produtores de catecolaminas são tumores neuroendócrinos raros, e é necessária uma elevada suspeição diagnóstica.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini II 9:15 - 10:45

CC039

2104 HIPOTIROIDISMO GRAVE E SÍNDROME DE HIPERESTIMULAÇÃO OVÁRICA NUMA GRÁVIDA: UM CASO RARO

Mariana Guerra, Daniela Marado, Fátima Silva, Maria Céu Almeida, Armando Carvalho
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Introdução

Asíndrome de hiperestimulação ovárica (SHO) é uma condição ameaçadora da vida, que classicamente se apresenta em mulheres sob terapêutica no âmbito de técnicas de reprodução medicamente assistida

e que se caracteriza pelo aumento das dimensões ováricas, devido à presença de quistos ováricos e de líquido na cavidade abdominal. Na ausência de estimulação exógena, casos raros de SHO têm sido descritos em mulheres com hipotireoidismo grave.

Caso clínico

Mulher de 22 anos, que recorreu ao SU por astenia, amenorreia e aumento do volume abdominal, com 2 meses de evolução. Como antecedentes pessoais, apresentava hipotireoidismo primário, estando medicada com levotiroxina 200 mcg id, que tinha decidido suspender por vontade própria. O doseamento de beta-HCG foi de 84,6 mUI/mL, o de TSH-3ª geração foi de 515 Ui/mL e o de T4 livre <0.4 ng/dL. A gestação foi datada ecograficamente como sendo de 11 semanas e 5 dias e, concomitantemente, eram evidentes ovários de dimensões aumentadas, com quistos multiloculares bilaterais e líquido na cavidade abdominal. A ecocardiografia transtorácica revelou derrame pericárdico. Os níveis de CA125 foram de 1045 U/mL e os de alfafetoproteína de 25 ng/mL. Assumiu-se o diagnóstico de SHO espontâneo, secundário a hipotireoidismo grave com poliserosite. Iniciou levotiroxina 200 mcg id e foi reavaliada uma semana depois. A distensão abdominal diminuiu, os valores de TSH reduziram para 340 Ui/mL e a T4 livre era de 0,7 ng/dL. Ecograficamente, o feto apresentava boa vitalidade, os ovários reduziram de dimensões (em cerca de 50%), tal como o derrame abdominal.

Discussão

Os mecanismos fisiopatológicos da SHO espontânea ainda não são totalmente compreendidos, mas níveis elevados de TSH conseguem estimular os ovários, dado que a hormona partilha uma estrutura homóloga com as gonadotrofinas. O facto de a doente ter conseguido engravidar com níveis indeseáveis de hormonas tiroideias torna o caso ainda mais raro.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini II 9:15 - 10:45

CC040

410 **ALCAPTONÚRIA**

Ana Simas, Ricardo Veloso, Ana Silveira, Juvenal Morais, Mariela Rodrigues, Sandra Brum, Joana Mota, Fátima Pinto, António Goulart, Maria Menezes
Hospital da Horta, E.P.E.

Introdução:

A alcaptonúria é um erro no metabolismo da fenilalanina e tirosina, transmitido de forma autossómica recessiva, que conduz ao acúmulo do ácido homogentísico, e aumento da sua excreção urinária. As primeiras manifestações surgem na infância, mas os pacientes tornam-se sintomáticos pela quarta década de vida. Esta patologia caracteriza-se por artropatia ocrónica, ocrese cardiovascular, cutânea e ocular, litíase renal por cálculos ocrónicos e urina de cor negra. A artropatia ocrónica é a manifestação mais incapacitante da doença, podendo acometer inicialmente as grandes articulações e a coluna vertebral.

Os autores consideram que este caso clínico deve ser documentado pela sua raridade, contribuindo assim para um melhor conhecimento e caracterização desta doença.

Caso Clínico:

Doente do sexo feminino, 72 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia, etilismo crónico, gonartrose do joelho esquerdo incapacitante e doença renal crónica, com referência em consultas de seguimento a "doença azul" como justificação da coloração dérmica "azulada" apresentada e diagnosticada aos 50 anos de idade.

Recorre ao serviço de urgência por náuseas, vômitos e prostração. Objetivamente destacava-se, além da prostração, fervores bibasais, edema dos membros inferiores, cianose labial, coloração dérmica acinzentada com manchas de tonalidade mais escura no dorso das mãos e orelhas. No saco coletor de urina, apresentava uma urina de coloração francamente escura.

O quadro clínico de insuficiência cardíaca agravou ao longo do tempo, tendo sido verificado o óbito.

Dados os achados atípicos, de etiologia desconhecida, e após contacto com familiares diretos, confirmaram-se outros elementos da família com zonas de escurecimento dérmico.

Submeteu-se a doente a autópsia clínica para esclarecimento de possível doença hereditária, onde se verificou macroscopicamente áreas de escurecimento da pele das pálpebras, orelhas, zonas de flexão dos membros e pregas das palmas das mãos e da planta dos pés, costelas com tonalidade cinza escura sobretudo na superfície de corte, coração com escurecimento da inserção das válvulas aórtica e mitral com tonalidade acastanhada da aorta ascendente e crossa da aorta.

O exame histológico mostrou depósitos irregulares de pigmento acastanhado/ocre nas áreas escurecidas anteriormente citadas, assim como em outras que macroscopicamente não apresentavam alterações, sendo os achados compatíveis com ocronecrose (alcaptonúria).

Discussão:

As imagens são representativas do caso clínico apresentado, exibindo os achados típicos desta patologia, neste caso com diagnóstico post mortem, sem investigação diagnóstica prévia.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini II 9:15 - 10:45

CC041

494 **ENCEFALOPATIA METABÓLICA – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO**

Carlos Candeias, Tânia Madureira, Pedro Campelo, Ana Fortuna, Carlos Cabrita, António Moura
Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Faro

Introdução: A miosite necrotizante imuno-mediada (MNIM) é uma entidade rara com uma incidência estimada de 2-3 casos em cada 100.000 habitantes expostos a estatinas. Esta entidade clínica ocorre devido à presença de um anticorpo anti-3-hidroxil-3-metil-glutaril-coenzima (anti-HMGCR), a enzima limitadora de velocidade da síntese de colesterol e o alvo terapêutico das estatinas. O diagnóstico é feito pela realização de biópsia muscular em conjunto com a presença do anti-HMGCR.

Caso clínico: Homem de 58 anos, com hipotireoidismo, hipertensão arterial essencial e

dislipidémia, medicado com levotiroxina 100mcg e Olmesartan + Hidroclorotiazida 20/12.5mg. Fez atorvastatina 10mg durante 1,5 anos suspensa 6 meses antes por mialgias e perda ligeira da força muscular. Recorre à consulta de Medicina Interna por quadro de diminuição da força muscular proximal e perda ponderal (12kg), com 6 meses de evolução, sem anorexia ou outros sinais ou sintomas associados. Era uma pessoa ativa que corria 10-20km semanalmente. Já tinha iniciado estudo noutro hospital (inclusive com biópsia muscular) inconclusivo até à data. Ao exame objetivo destaca-se fraqueza muscular e atrofia envolvendo as regiões escapular e pélvica e parte proximal dos membros (ombros, braços e coxas), com discreta escápula alada. Reflexos presentes embora pouco vivos e simétricos (aquilianos ausentes). Marcha discretamente miopática. Gowers positivo. Analiticamente com Creatina cinase (CK) na ordem dos 10.000UI/L. Foi excluída neoplasia (PET scan). Realizou biópsia muscular que revelou "miopatia necrotizante". Os anticorpos anti-nucleares e Ac anti-HMGCR foram positivos. Fez ciclo de IgG humana 35g/dia durante 5 dias e posteriormente iniciou micofenolato (500mg bid), com melhoria clínica e analítica gradual e sustentada.

Discussão: As mialgias e a rabdomiólise associada a estatinas é comum sendo que na grande maioria das vezes resolve com a suspensão do fármaco. Nas situações em que tal não sucede importa ter presente a MNIM, uma entidade rara com um prognóstico ainda incerto, no qual a exposição a estatinas é o trigger e a miopatia não resolve com a sua suspensão. Por ser potencialmente fatal e requerer terapêuticas longas e dispendiosas, importa estar alerta para as manifestações clínicas e fatores de risco desta entidade para seja possível um rápido diagnóstico e início de tratamento.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini II 9:15 - 10:45

CC042

1303 AMILOIDOSE MULTI-SISTÉMICA: SERÁ A SILICOSE PULMONAR UM TRIGGER?

Filipa Guimarães, Miguel Borges Silva, João Pinto, Ana Branco, António Furtado, Fátima Magalhães, J. Vasco Barreto, Raquel Calisto, Nídia Pereira
ULSM - Hospital Pedro Hispano

Amiloidose, uma doença sistémica, resulta da deposição de fibrilas de conformação alterada, sendo a AL e AA as mais comuns. A AL resulta da deposição de fragmentos das imunoglobulinas

(contexto discrasia plasmocitária). A AA resulta da deposição de fragmentos da proteína sérica amiloide A (contexto doenças inflamatórias).

Homem, 60 anos, com silicose pulmonar (pseudo-tumoral). Em 2010 inicia quadro de febre recorrente e posteriormente DRC 4 A2 com proteinúria intermitente e sub-nefrotica. Em 2017, admitido por sintomas constitucionais, diarreia, febre, lesão renal aguda (pCr 4,5mg/dL) e hematúria. Fez cistoscopia e colonoscopia, cuja histologia revelou presença de substância amiloide. Evoluiu com perda de autonomia, necessidade de terapêutica de substituição renal, e hipotensão. Realizou biópsias adicionais (pele, tireóide, glândulas salivares, estômago e duodeno), todas positivas para substância amiloide.

Iniciada marcha diagnóstica: sem picos monoclonais, não foi possível caracterização com imunoelctroforese urinária por anúria. Realça-se positividade do FR, com restante estudo AI negativo. Foram excluídas febre mediterrânica familiar (gene MEFV), síndrome TRAPS (gene TNFRSF1A), doença de Fabry (alfa-galactosidase A), tuberculose e linfoma. Foi difícil caracterizar o subtipo de amiloidose: se pelo método do permanganato de potássio, a biópsia da bexiga perdeu afinidade para o vermelho do Congo e sugeria amiloidose AA, corroborada pela positividade do FR e síndrome febril intermitente; por outro lado, o estudo imunohistoquímico revelou positividade para proteína amiloide A e restrição para cadeias leves lambda, sugestivo de amiloidose AL. Os testes foram repetidos em diferentes substratos e laboratórios nacionais, mantendo os mesmos resultados.

Eram múltiplas as manifestações enquadráveis na amiloidose sistémica: hipotensão; diarreia; hematúria; insuficiência renal; polineuropatia sensitivo motora. Se por um lado enquadrar-se-ia no subtipo AL, o contexto febril intermitente, positividade para FR e o teste do permanganato de potássio levantavam a hipótese do subtipo AA. Instituído trial de corticoterapia, sem resposta.

Infelizmente o doente acabou por falecer antes do esclarecimento do quadro. Perante a implausibilidade da sobreposição de amiloidose AL com AA, foi realizada autópsia e o tipo de amiloide foi caracterizado por microscopia imunoelctrónica (Itália, Pavia), que revelou imunoexpressão intensa das fibrilas para anticorpo anti-SAA, sendo portanto uma amiloidose AA.

Excluída a amilose do subtipo AL, e excluídas todas as doenças inflamatórias conhecidas como estando associadas ao subtipo AA, levantamos a hipótese

de associação da silicose pulmonar como trigger inflamatório para a amiloidose AA. São escassos os casos descritos na literatura que expressam esta gravidade e exuberância (histologia de todas as peças em autópsia). Mais ainda destacamos a inexistência de casos descritos que levantem a hipótese da sua associação com silicose.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini I 9:15 - 10:45

DOENÇAS HEMATOLÓGICAS

CC052

575 PARA ALEM DO OLHAR, UM RARO CASO DE DOENÇA DE ERDHEIM-CHESTER.

Diana Cristina Buendía Palacios, Inês Nogueira Da FONSECA, Milton Camacho, Manuel Ferreira Gomez, Paulo Cantiga Duarte

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITARIO LISBOA NORTE, HOSPITAL SANTA MARIA, SERVIÇO DE MEDICINA I, SECTOR B.

INTRODUÇÃO: A Doença de Erdheim-Chester é uma histiocitose não-Langerhans, multisistêmica e rara, com cerca de 500 casos descritos. A presença da mutação no gene BRAF V600E leva a inflamação crônica, com excessiva infiltração de histiócitos em múltiplos órgãos. O diagnóstico baseia-se, além da sintomatologia, na detecção da mutação. Várias terapêuticas têm sido utilizadas, mas com sucesso limitado, sendo o prognóstico reservado, com sobrevida aos 32 meses de 40%. Os autores apresentam o caso de um doente com doença de Erdheim-Chester, com evolução de 4 anos antes do diagnóstico.

DESCRIÇÃO DO CASO: Homem de 61 anos, com antecedentes de vasculite de grandes vasos em estudo, ANA 1/160. Iniciou queixas de cefaleia, dor ocular esquerda, astenia e xerostomia, tendo sido observado no SU. À admissão, apresentava xantelasmas; laboratorialmente, elevação de parâmetros de fase aguda; radiografia torácica com aumento de sombra cardíaca. Foi observado por Oftalmologia, com evidência de papiledema, pelo que foi realizada TC de órbitas, com lesões intra-orbitárias a envolver os nervos ópticos, correspondendo a eventuais lesões secundárias. Assim, foi internado para esclarecimento do quadro. Do estudo etiológico, apura-se panvasculite e envolvimento multisistêmico: 1) cardiovascular: derrame pericárdico com compromisso hemodinâmico, hipertrofia ventricular esquerda, disfunção diastólica; 2) pulmonar: fibrose pulmonar,

derrame pleural bilateral; 3) sistema nervoso central: infiltração bilateral da gordura intracônica, diabetes insipidus, xerostomia; 4) cutâneo: xantogranuloma orbitário; 5) retroperitoneal: hairy kidney; 6) mediastínico: coated aorta. Foi realizada biópsia dos xantelasmas, sugestiva de histiocitose de células não-Langerhans. Para confirmação, foi repetida biópsia com amostra rica em histiócitos, com documentação de mutação BRAF V600E. Sem guidelines terapêuticas, iniciou interferon-alfa peguado, por ser o fármaco mais estudado neste contexto; por apresentar a mutação, aguarda terapêutica com vemurafenib. Desde o início da terapêutica, apresenta melhoria do estado-geral, melhoria das queixas constitucionais, do cansaço e da xerostomia; mantém, ainda cefaleia e alterações visuais.

DISCUSSÃO: A doença de Erdheim-Chester é uma doença rara, monoclonal, com mutação BRAF V600E em mais de metade dos casos. Os doentes podem apresentar sintomas, virtualmente, de qualquer sistema de órgãos, sendo os mais frequentes o esqueleto, retroperitoneu e órbita, seguidos dos sistemas cardiovascular, pulmonar, neurológico e endocrinológico. Os autores apresentam este caso pela exuberância da sua manifestação, com marcado envolvimento multiorgânico, com detecção da mutação BRAF V600E. Face ao quadro, iniciou PegINF- α 945, aguardando iniciar vemurafenib. Este caso, fazendo parte do grupo das doenças raras, alerta para a dificuldade de diagnóstico e terapêutica, pela inexistência de guidelines; assim, a suspeição clínica é fundamental para o diagnóstico.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini I 9:15 - 10:45

CC053

1565 SÍNDROME HIPERHEMOLÍTICO EM DOENTE COM TALASSODREPANOCITOSE

Francisco Santos Cunha, Ernestina Mota, João Freitas, Patrícia Howell Monteiro

CHLN - Hospital Santa Maria

Introdução: A drepanocitose e a beta-talassemia são hemoglobinopatias comuns mas fisiopatologicamente distintas, afectando a primeira a estrutura da hemoglobina a segunda a sua síntese. Em casos raros, como o apresentado, a mutação para ambas está presente, o que torna a expressão fenotípica mais complexa e clinicamente mais grave. Em ambas as situações verifica-se a necessidade de suporte transfusional recorrente, que por sua vez se associa a um maior risco de complicações. As complicações imunomediadas

podem ser complexas e ainda mal compreendidas. O caso apresentado ilustra uma complicação extremamente rara, de abordagem complexa e com elevado impacto prognóstico.

Caso Clínico: Mulher de 34 anos, com talassodrepanocitose, submetida a múltiplas transfusões neste contexto, sem história prévia de reacções transfusionais. Admitida por crise vaso-oclusiva dolorosa aparentemente desencadeada pela exposição a baixas temperaturas. Semiologicamente com icterícia e hepatomesplenomegália não dolorosa. Laboratorialmente com agravamento da anemia habitual (Hemoglobina 10 ->8g/dL), elevação dos parâmetros de hemólise, parâmetros inflamatórios negativos. Por persistência das queixas álgicas e progressivo agravamento da anemia, com Hemoglobina S superior a 90% foi submetida a tentativa de suporte transfusional com sangue compatível com o perfil fenotípico alargado da doente (B RhCcDee) e tendo em conta os aloanticorpos anti-eritrocitários que apresentava (Anti-E, Anti-K e Anti-S). Verificou-se o desenvolvimento de reacção hemolítica transfusional, com teste antiglobulina directo negativo, mas com detecção de anticorpo frio com título elevado e elevada amplitude térmica (com especificidade anti-I apenas à temperatura ambiente). Nova tentativa de transfusão com sangue aquecido e ambiente aquecido, com recorrência de reacção hemolítica. Estudo de causas secundárias de hemólise a frio, nomeadamente infecciosas (infecção por vírus Epstein-Barr, citomegalovírus, sífilis e Mycoplasma pneumoniae) ou neoplásicas, negativo. Admitida anemia hemolítica multifactorial, com componente de crise vaso-oclusiva em doente com talassodrepanocitose e componente de reacção hemolítica por crioaglutinina em contexto de síndrome hiperhemolítico ou reacção adversa transfusional. Suspenso suporte transfusional, mantendo medidas de suporte médico, com resolução progressiva da hemólise e das queixas vaso-oclusivas.

Discussão: As reacções transfusionais hemolíticas mediadas por anticorpos frios são extremamente raras e a possível associação com um estado de hiperhemólise reforça a raridade e complexidade clínica e diagnóstica do caso apresentado. A avaliação minuciosa destes casos poderá contribuir para uma melhor compreensão dos mecanismos fisiopatológicos subjacentes.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini I 9:15 - 10:45

CC054

1877 LINFOMA CARDIACO COMO CAUSA DE INSUFICIÊNCIA CARDIACA

Rúben Reis, Nuno Pereira, Magda Silva, Francelino Ferreira, Anneke Joosten, Ana Pona, Fatima Campante
Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Introdução:

O linfoma primário cardíaco (LPC), caracterizado por envolvimento do coração e/ou pericárdico sem envolvimento sistémico é uma entidade rara, constituindo 0.5% de todos os linfomas e 1 a 3% de todas as neoplasias malignas cardíacas. Contudo, nem todos os linfomas identificados no tecido cardíaco/pericárdico são LPC, uma vez que cerca de 10-20% dos linfomas não hodgkin podem ter envolvimento pericárdico.

Caso Clínico:

Os autores apresentam um caso de uma mulher de 80 anos, autónoma, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia e obesidade grau 1, medicada com pantoprazol, ácido acetilsalicílico, lisinopril, hidroclorotiazida e sinvastatina. A doente recorreu ao serviço de urgência por um quadro com cerca de 15 dias de evolução de insuficiência cardíaca de novo caracterizada por dispneia e cansaço de agravamento progressivos, dispneia paroxística nocturna, ortopneia e edema bilateral dos membros inferiores. Ao exame objectivo a doente apresentava taquicardia e edema pré-tibial dos membros inferiores. Analiticamente destacava-se hemoglobina 11.3g/dL; Leucócitos 6500 sem alterações na fórmula leucocitária; Creatinina 0.7mg/dL; desidrogenase láctica (LDH) 270 U/L; HIV negativo. No electrocardiograma observava-se taquicardia sinusal (130bpm) e complexos QRS com baixa voltagem. Realizou ecocardiograma que revelou "Volumoso derrame pericárdico (anterior 29mm, posterior 23mm) com depósitos de fibrina/depósitos secundários". Durante o internamento procedeu-se a pericardiocentese diagnóstica e evacuadora com melhoria sintomática. Na análise ao líquido pericárdico verificou-se: LDH 81660U/L, Glucose 29mg/dL, proteínas 6 mg/dL. Na análise anatomopatológica constatou-se: "Líquido pericárdico com predomínio de células linfóides com características sugestivas de processo linfoproliferativo B". Na restante investigação realizou, imunofenotipagem do sangue periférico, mielograma com biópsia óssea ambos sem

alterações. Realizou tomografia por emissão de positrões com captação no pericárdio e gânglios mediastínicos.

Foi assumido o diagnóstico linfoma não hodgkin B primário do pericárdio e a doente foi referenciada para a consulta externa de hematologia para tratamento e seguimento. Iniciou esquema com rituximab, ciclofosfamida, vincristina e prednisolona, mantendo quimioterapia de manutenção com rituximab, actualmente com doença em remissão.

Discussão:

Dentro dos LPC o mais frequente é linfoma B de células gigantes. Por sua vez a sua ocorrência é mais frequente em doentes com o síndrome de imunodeficiência humana. A pericardiocentese é fundamental para o diagnóstico e alívio sintomático. No caso descrito, o derrame tinha características sub-agudas, no entanto não é raro que estes linfomas se manifestem inicialmente como tamponamento cardíaco, disritmias malignas ou doenças do tecido de condução. O tratamento é dirigido ao tipo histológico identificado e geralmente tem um bom prognóstico, se tolerado.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini I 9:15 - 10:45

CC055

293 CASO DE APLASIA ERITRÓIDE PURA ASSOCIADA A LINFOMA DE CÉLULAS T ANGIOIMUNOBLÁSTICO

Marina Vitorino, Filipa Nunes, Whine Mota Pedro, Mariana Costa, Beatriz Porteiro, Alexys Reis Borges, Marinela Major, João Machado

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Introdução

A aplasia eritróide pura (AEP) é uma doença rara com falência medular que se caracteriza por anemia normocítica progressiva e reticulocitopenia, sem leucopenia ou trombocitopenia. Das citopenias imunes, na AEP são as células T que têm papel dominante na destruição medular. Pode ser secundária a doenças linfoproliferativas, infecções víricas (parvovírus B19, EBV, VIH), doenças autoimunes e fármacos.

Caso Clínico

Mulher de 72 anos com antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia, é admitida por quadro subagudo de dor abdominal, dispneia e cansaço fácil. Da observação: palidez mucocutânea, adenopatias generalizadas, abdómen proeminente, sem hepatoesplenomegalia. Analiticamente: Hb 2,6 g/dL, eritrócitos $1,04 \times 10^{12}/L$, hematócrito 8,8%, valor absoluto de reticulócitos $6,0 \times 10^9/L$, índice reticulocitário <2 , sem leucopenia ou trombocitopenia, função renal e hepática sem alterações; o esfregaço de sangue periférico com microesferócitos, LDH 398 U/L, Bilirrubina total 0,80 mg/dL, VS 89 mm 1ª hora, ferritina 1027 ng/mL, teste de Coombs directo e indirecto positivos, haptoglobina 87,74 mg/dL. Doseamentos de vitamina B12 e ácido fólico dentro dos valores normais. As serologias EBV, VHB, VHC, VIH, HTLV I/II foram negativas. A serologia IgG e IgM foram positivas para parvovírus B19, com respectiva carga vírica negativa. Teve CMV IgM positiva com carga vírica 100UI/mL. Em TC de corpo visualizaram-se adenomegalias ílio-pélvicas, inguinais e peri-aórticas, com densificação retroperitoneal e ascite em quantidade mínima; múltiplos gânglios nas várias cadeias ganglionares cervicais e axilares, de pequenas dimensões. Realizou excisão ganglionar cervical cujo resultado foi compatível com linfoma de células T angioimunoblástico com imunofenótipo CD3+, CD2+, CD5+, CD7 +/-, CD10+, BCL6+, com população linfóide CD20+ e EBER+. O mielograma, efectuado no IPO, revelou relação mielóide:eritróide de 19,70 por hipoplasia eritróide acentuada. BOM sugestiva de envolvimento medular por linfoma angioimunoblástico de células T; pesquisa por imunohistoquímica do parvovírus B19 foi negativa. Repetiu PCR de parvovírus B19 que foi, novamente, negativa. Iniciou corticoterapia com metilprednisolona EV 1g/dia durante 2 dias e posteriormente prednisolona oral 1mg/Kg/dia. Foi transferida para unidade de Hematologia do IPO e iniciou tratamento com imunoglobulina e esquema de quimioterapia CHOP.

Discussão

O caso descrito documenta um caso raro de AEP associado a linfoma de células T angioimunoblástico, o qual foi firmemente estabelecido na exérese ganglionar. Sendo reconhecido que a infecção por parvovírus B19 pode causar AEP, a eritroblastopenia marcada e exclusiva na nossa doente com serologia IgM positiva para parvovírus B19 torna plausível a infecção por este agente, motivo pelo qual o doente fez terapêutica com imunoglobulina; porém a repetição de PCR do parvovírus B19 e a pesquisa por imunohistoquímica na BOM foram negativas.

25 DE MAIO DE 2019**Sala Gemini I 9:15 - 10:45****CC056****46 DOENÇA DE CASTLEMAN MULTICÊNTRICA: POR FIM UM DIAGNÓSTICO**

Manuel Toscano, Sérgio Cristina, Ana Rafaela Alves
Hospital de Cascais

O diagnóstico diferencial de febre e poliadenopatias no doente com infecção por VIH é extenso e complexo. Apesar de as causas infecciosas serem as mais frequentes, especialmente nos casos de imunossupressão mais severa, deve ser mantido um elevado grau de suspeição relativamente a outras patologias.

Apresenta-se o caso de um doente de 57 anos, leucodérmico, ex-toxicodependente, com diagnóstico de infecção por VIH-1 há cerca de 20 anos e história de mau controlo imunoviológico, actualmente sob abacavir/lamivudina+dolutegravir, que apresentou episódios recorrentes de febre, mal estar generalizado, astenia, anorexia e sudorese nocturna associados a tosse seca e cansaço para esforços, condicionando diversas hospitalizações nos últimos 6 anos. Ao exame objectivo salientavam-se hepatoesplenomegalia moderada e poliadenopatias infracentimétricas generalizadas persistentes. Os achados analíticos incluíam bicitopenia grave (Hb 6-7g/dL e 30.000-40.000 plaquetas), sem leucocitose ou leucopenia apesar da presença de linfócitos atípicos (11%), e elevação de parâmetros inflamatórios (VS 76mm/h PCR 14mg/dL). A contagem de linfócitos CD4+ era normal (500-600cél/μL) e a carga viral VIH-1 actualmente indetectável. As serologias para vírus Epstein-Barr, citomegalovírus, sífilis e toxoplasmose foram repetidamente negativas bem como o exame cultural do lavado broncoalveolar. Foi detectada elevação de beta-2-microglobulina (6.8μg/mL), com imunofenotipagem de células B periféricas normal, e biópsias aspirativas por agulha fina de adenopatias axilares e inguinais foram inconclusivas. A imunofixação sérica demonstrou bandas oligoclonais (IgG, kappa e lambda) e a pesquisa de proteinúria de Bence-Jones foi positiva, tendo o mielograma revelado plasmocitose ligeira, admitida em contexto reactivo à sua doença de base. Os achados de febre, sintomas constitucionais, poliadenopatias e citopenias graves levaram à suspeita de doença de Castleman. A pesquisa sérica de DNA de vírus herpes hominis tipo 8 (HHV-8) foi positiva e a biópsia excisional de um gânglio axilar demonstrou número aumentado de folículos com centros germinativos penetrados de forma radiária por vasos hialinizados, com disposição

concêntrica dos linfócitos em “casca de cebola”, para além de infecção por HHV-8, compatível com doença de Castleman variante plasmablastica. Foi realizada terapêutica com rituximab 375mg/m² e etoposido 100mg/m² durante 4 semanas, com melhoria clínica e analítica significativa. Após 6 meses de follow-up o doente permanece estável e assintomático, com redução marcada das adenopatias supra e infradiafragmáticas e sem evidência de esplenomegalia.

Apesar dos avanços significativos nos últimos anos, o conhecimento da etiologia e patogénese da doença de Castleman permanece limitado. Dada a sua raridade e manifestações inespecíficas, a doença de Castleman permanece um diagnóstico desafiante, a ser considerado especialmente no doente com infecção por VIH com febre e adenopatias não esclarecidas.

25 DE MAIO DE 2019**Sala Gemini I 9:15 - 10:45****CC057****679 ECULIZUMAB EM PLENA CRISE DE MICROANGIOPATIA TROMBOTICA POR SHU ATÍPICO**

Ana Pedroso, Inês Ferreira, Vasco Costa, Rita Santos, Carolina Paulino, Bernardino Valério, Luís Coelho, Vítor Mendes, Camila Tapadinhas, José Esteves, Pedro Póvoa
Centro Hospitalar Lisboa Ocidental- Hospital São Francisco Xavier

Introdução: O Síndrome Hemolítico-Urémico (SHU) é definido pela tríade: anemia hemolítica não imune, trombocitopenia e lesão renal aguda, mediados por microangiopatia trombótica (MAT) sistémica. O SHU atípico (SHUa) resulta de lesão da microvasculatura por desregulação da atividade do complemento, que leva a lesão endotelial mediado pela ativação do C5. O eculizumab inibe a ativação do C5 e tem demonstrado a cessação rápida e sustentada da SHUa, com melhoria franca da função renal e redução da necessidade de diálise ou transplante.

Caso clínico: Mulher de 31 anos, saudável. Submetida a cesariana eletiva às 38 semanas, por malformação de Chiari Tipo 1, tendo-se complicado com hemorragia uterina e instabilidade hemodinâmica, pelo que foi submetida a histerectomia total.

Evolução no pós-operatório imediato com lesão renal aguda anúrica com necessidade de técnica de substituição renal, trombocitopenia (96.000

plaquetas), anemia (Hb:7.0g/dL) com < 1% de esquizócitos no esfregaço de sangue periférico e HTA de difícil controlo. Observou-se persistência da anemia com critérios de hemólise intravascular com progressiva subida dos esquizócitos para 4 %, provas de coagulação normais, iniciada plasmáfereze e pulsos de metilprednisolona durante 5 dias seguido de 1mg/kg de prednisolona.

Dada a apresentação descrita, foi colocada a hipótese diagnóstica de SHUa, com base na seguinte investigação etiológica: CH50 60KU/L (32-58), C3 124mg/dL (normal), C4 15mg/dL (normal), Fatores B, I do complemento normais e H ligeiramente diminuído, Ac Anti-Factor H 30,41 UA/mL (aumentado), Ac antifosfolípido, Ac Cardiolipina e Anticoagulante lúpico negativos, ANA e anti-dsDNA negativos, Ac antiplaquetário negativo, Ac anti-ADAMST 13U/mL negativo; atividade ADAMST13: 1UI/mL (normal); Coprocultura com pesquisa de E. Coli toxinogénica e PCR toxina Shiga negativas.

Iniciou terapêutica com eculizumab 900mg sem intercorrências e suspendeu plasmáfereze. Manteve administração semanal de eculizumab (durante 4 semanas; período de indução), tendo continuado com administrações quinzenais após a alta. Clinicamente melhorada após introdução de eculizumab, com parâmetros de hemólise em regressão e função renal melhorada. Manteve também corticoterapia com redução progressiva. A data de alta: Hb 8.7g/dL, Plaquetas:141.000, Cr:1.75mg/dL (ClCr:39mL/min/1,73m²), parâmetros melhorados na consulta 1 mês após alta: Hb:12,3 g/dL; plaquetas 306.000; Cr:1,45mg/dL (ClCr:48mL/min/1,73m²).

O estudo genético demonstrou homozigotia da deleção CFHR1-CFHR3.

Conclusão: O SHUa resulta da desregulação da resposta do complemento causando dano endotelial. A correta classificação e diagnóstico diferencial com outras MAT é decisivo uma vez que o eculizumab mudou por completo o prognóstico. O seu prognóstico é limitado, ficando a maioria dos doentes dependente de técnica de substituição renal. A introdução do eculizumab foi totalmente modificadora deste desfecho, controlando a doença e melhorando o prognóstico.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini I 9:15 - 10:45

CC058

1679 DIAGNÓSTICO SIMULTÂNEO DE DUAS ENTIDADES RARAS ASSOCIADAS AO HERPESVÍRUS HUMANO 8

Manuel Monteiro, Luís Reis, Marta Torre, Luís Dias
Hospital de São José, Unidade Funcional Medicina 1.2

Introdução: O linfoma primário de efusão e a doença linfoproliferativa germinotrópica são duas entidades distintas, extremamente raras, associadas à infeção pelo Herpesvírus humano 8 (HHV8). Descreve-se o caso de uma mulher imunocompetente com o diagnóstico simultâneo de ambas as patologias.

Caso clínico: Mulher de 86 anos com história de cardiopatia hipertensiva e valvular, e anemia normocítica normocrômica transitória em 2017, admitida em contexto de infeção a Epstein Barr (EBV), por PCR positiva no sangue. Internada em Setembro de 2018 por quadro com 1 mês de evolução caracterizado por adenopatia cervical esquerda e axilares bilaterais. Analiticamente apresentava reaparecimento da anemia, com TC de corpo a mostrar múltiplas adenomegalias supra e infra-diaphragmáticas. Foi feita excisão de gânglio cervical com pesquisa de Mycobacterium tuberculosis negativa; a histologia revelou abundantes células EBER+, interpretadas no contexto de hiperplasia reativa ao EBV, sendo uma entidade de curso prolongado e regressão espontânea, com rara transformação maligna. Fez mielograma e biopsia óssea que foram normais, com serologia VIH negativa. Foi novamente internada em Novembro de 2018 por novo aumento da adenopatia cervical esquerda, associado a perda ponderal e astenia com semanas de evolução. Laboratorialmente destaca-se anemia agravada (Hb 7.7x10g/L) e trombocitopenia de novo ($106 \times 10^9/L$). A TC de corpo evidenciou exuberante progressão volumétrica das adenopatias já conhecidas, com características de atipia, a nível da cadeia jugulocarotídea esquerda, supraclavicular bilateral, mediastínico e retroperitoneal. Foi feita excisão cirúrgica da adenopatia cervical esquerda, cuja análise histológica e imunocitoquímica revelou células EBER+ e HHV8+, estabelecendo o diagnóstico de linfoma primário de efusão, de variante extracavitária, precedido por doença linfoproliferativa germinotrópica associada ao HHV8. Verificou-se rápida deterioração clínica após a excisão, sem condições para início de quimioterapia, acabando por falecer 48 horas após a intervenção.

Discussão: O linfoma primário de efusão e a doença linfoproliferativa germinotrófica representam dois distúrbios linfoproliferativos associados ao HHV8, ambos extremamente raros, em que a presença concomitante do EBV é frequente. A primeira entidade é altamente agressiva, sendo diagnosticada mais frequentemente (mas não exclusivamente) em doentes VIH+, e caracterizada por uma sobrevida média de 6 meses. A doença linfoproliferativa germinotrófica, descrita pela primeira vez em 2002 em doentes imunocompetentes, apresenta normalmente resposta satisfatória à terapia convencional. No presente caso, relata-se uma mulher sem fatores conhecidos de imunodepressão (além da idade), com o diagnóstico simultâneo de duas patologias raras, estando o mecanismo fisiopatológico subjacente à associação com o HHV8 ainda por esclarecer. A presença do EBV representou um fator de confundimento, atrasando assim os diagnósticos.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini I 9:15 - 10:45

CC059

1892 O EFEITO BORBOLETA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Luísa Nunes, Filipe dos Santos Mira, Ana Rita Elvas, Daniela Santos, Jandira Lima, Nuno Afonso Oliveira, Rui M. Santos, Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO: A microangiopatia trombótica (MAT) caracteriza-se por anemia hemolítica microangiopática (AHM) e trombocitopenia consuntiva, com oclusão microvascular e falência orgânica. O diagnóstico e tratamento precoces melhoram o prognóstico. A síndrome hemolítica urémica atípica (SHUa), uma forma de MAT, é mediada por desregulação da via alternativa do complemento desencadeada por factores genéticos e/ou ambientais. Apesar de rara e mais frequente em crianças, pode surgir nos adultos. Descreve-se um caso de SHUa em idade adulta, desencadeado por uma associação de fatores etiológicos.

CASO CLÍNICO: Mulher de 72 anos recorreu ao serviço de urgência por lombalgia com 1 semana de evolução associada a dor abdominal nos quadrantes inferiores e urina com cheiro fétido. Antecedentes de hipertensão arterial (nifedipina 30mg id), dislipidemia (atorvastatina 20mg id), osteoporose (ácido alendronico+colecalciferol 70mg+5600UI/semana) e degenerescência macular relacionada com a idade (bevacizumab introcular bimensalmente). A admissão encontrava-se hipertensa e ictérica. Analiticamente com lesão

renal aguda (creatinina 6,3mg/dL), hemólise (LDH>5000U/L, bilirrubina total 4.1mg/dL à custa da indireta), elevação da ALT (1200U/L), AST (1000U/L), FA (334U/L) e PCR (28mg/dL). Sem anemia, com trombocitopenia grave (14G/L) e esquizócitos (>85/campo) no esfregaço de sangue periférico. Teste de Coombs negativo. Radiografia torácica e ecografia abdominal e renovesical sem alterações. Coagulação normal, exceto D-dímeros (62000ng/mL). AngioTC torácica e abdominal excluiu tromboembolia pulmonar e dissecação aórtica. Evidência de anemia de novo (Hb 7,5g/dL), reticulocitose e haptoglobina reduzida. Atividade de ADAMTS13 normal. Isolamento de Escherichia coli na urocultura, para a qual iniciou ceftriaxone (2g id). Pesquisa de toxina Shiga nas fezes negativa. Restante estudo serológico e imunológico sem alterações. Perante os achados, a hipótese de SHUa tornou-se plausível. O estudo genético identificou 2 variantes heterozigotas benignas para o gene CFH e uma variante missense mais rara, patogénica, para o mesmo gene (c.3226 C>G, p.Gln1076Glu). Fez hemodiálise (4 sessões) por acidose metabólica, hipercaliémia e oligúria e plasmaferese diária (15 sessões) com remissão completa da hemólise e recuperação progressiva da função renal e anemia. Foi imunizada contra o Pneumococcus e Meningococcus caso houvesse necessidade de terapêutica com Eculizumab (que não se verificou). A biópsia renal confirmou o diagnóstico de MAT.

DISCUSSÃO: Na nossa doente a hipótese de SHUa, apesar de rara na idade adulta, tornou-se evidente, sobretudo após exclusão de condições autoimunes. A identificação de uma variante patogénica do gene CFH (da via alternativa do complemento) reforçou o diagnóstico. A pielonefrite aguda poderá ter sido o trigger da via alternativa do complemento e o Bevacizumab (inibidor do VEGF) o desencadeador da SHUa, mesmo que utilizado topicamente.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini I 9:15 - 10:45

CC060

1454 EOSINOFILIA E MASSAS DE TECIDOS MOLES NO LINFOMA DE HODGKIN CLÁSSICO: UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA

Marli Cruz, Rui Barros, António Carneiro
Hospital da Luz Arrábida

Introdução

O linfoma de Hodgkin (LH) clássico de predomínio

linfocítico caracteriza-se por adenomegalias subdiafragmáticas, com raro envolvimento extranodal ou aparecimentos de massas volumosas. Também a presença de neutrófilos ou eosinófilos é rara.

Caso clínico

Homem de 55 anos, saudável, com história de dor lombar incapacitante, edema e ptose palpebral esquerda, nódulos subcutâneos no couro cabeludo e erupção eritematosa macular no tronco e membros superiores. As análises revelaram eosinofilia (2289/uL) e trombocitopenia (76000/uL). Estudos de imagem mostraram volumosas massas de tecidos moles, a maior na região subescapular direita; massas envolvendo o corpo de D10-D11, calote craniana e tecidos moles intercostais com extensão pleural; alterações de sinal ósseo sugerindo processo infiltrativo difuso, envolvendo, corpos vertebrais, asas sagradas e ilíacos; adenomegalias mediastínicas, hilares e retroperitoneais; lesões infiltrativas intracranianas: orbitária esquerda envolvendo o globo ocular e a gordura intra-orbitária; espessamento paquimeníngeo e nodularidades parietais bilaterais durais. A PET mostrou captação anómala e muito aumentada de FDG em massas dos planos musculares adjacentes à omoplata direita, em gânglios mediastínicos e retroperitoneais.

O estudo genético para leucemias mielomonocítica ou eosinofílica crónicas e mastocitose sistémica foi negativo. A imunofenotipagem da medula óssea não mostrou alterações fenotípicas nas populações linfocitárias.

Realizaram-se três biópsias à massa de tecidos moles escapular, sempre com resultados inconclusivos. Procedeu-se a exérese de gânglio retroperitoneal cujo exame anatomo-patológico demonstrou presença de células de Reed–Sternberg, patognomónicas do LH clássico. O doente iniciou quimioterapia – esquema ABVD, apresentando redução das massas de tecidos moles e resolução da hipereosinofilia.

Discussão

Neste doente, os principais achados são a eosinofilia e as massas de tecidos moles dispersas, ambas apresentações atípicas para um LH.

A avaliação inicial excluiu como hipóteses de diagnóstico a síndrome hipereosinofílica secundária a fármacos ou doença infecciosa. A ausência de alterações sugestivas de doença linfoproliferativa na IF tornou o diagnóstico de linfoma difuso de

grandes células B/T improvável.

Apesar dos resultados das biópsias à massa de tecidos moles escapular serem inconclusivos, como os achados encontrados na PET sugeriam doença linfoproliferativa considerou-se pertinente prosseguir estudo, optando-se por biópsia excisional do gânglio retroperitoneal, que viria a ser decisiva no diagnóstico. Como no LH existe uma baixa percentagem de células malignas, os resultados das biópsias de punção aspirativa por agulha fina ou grossa frequentemente são inespecíficos, assim, quando a suspeita é elevada deve realizar-se biópsia excisional.

Apenas uma avaliação sistematizada e racional permite estabelecer o diagnóstico em apresentações atípicas de doenças relativamente frequentes.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini I 9:15 - 10:45

DOENÇAS HEPATOBILIARES

CC031

1831 HEPATITE TUBERCULOSA: UMA COMPLICAÇÃO RARA DO TRATAMENTO DO CARCINOMA VESICAL IN SITU.

Pedro Ribeirinho Soares, Margarida Mesquita, Tânia Proença, Carla Andrade, Diana Ferrão, Catarina Pereira, José Marques, Fernando Nogueira, Jorge Almeida.

Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal

Introdução

A instilação com Bacillus Calmette–Guérin (BCG) constitui uma forma validada de imunoterapia na abordagem do carcinoma vesical superficial. Apesar da baixa taxa de complicações (<5%), o seu reconhecimento assume particular importância dado o pool crescente de doentes submetidos a esta técnica.

Caso Clínico

Homem de 74 anos com antecedentes de carcinoma urotelial do ureter esquerdo (T1N0M0) submetido a nefroureterectomia, tendo sido documentada recidiva na parede vesical posterior (pT1) 9 anos depois do diagnóstico inicial. Foi submetido a ressecção transuretral da lesão recidivante e iniciou instilação mensal de BCG durante 12 meses. É

admitido 2 meses após o terminus da imunoterapia para estudo de quadro de astenia, anorexia e hipersudorese noturna com seis meses de evolução, associada a febre vespertina e perda ponderal neste período. Ao exame objetivo encontrava-se emagrecido e com as mucosas descoradas. Analiticamente documentada anemia microcítica e hipocrômica (Hb 11.3 g/dL); citocolestase mista ligeira (marcadores citólise e colestase duas vezes o limite superior do normal). Citologia urinária, urocultura e pesquisa de *Mycobacterium complex* na urina foram negativas. Realizou cistoscopia que excluiu lesões suspeitas. Hemoculturas e serologias (VIH, hepatites B e C e Vírus Epstein-Barr) foram negativas. Estudo autoimune foi negativo. Tomografia computadorizada (TC) toracoabdominopélvica documentou fígado de contornos lobulados e edema de distribuição periportal. Realizou biópsia hepática que documentou processo inflamatório granulomatoso de provável etiologia infecciosa, pelo que iniciou terapêutica com antibacilares (isoniazida, rifampicina, etambutol e pirazinamida). A pesquisa de *Mycobacterium complex* na biópsia foi negativa (exame direto, cultural e Polymerase Chain Reaction). O restante rastreio serológico de causas infecciosas de hepatite granulomatosa foi negativo. Por manutenção de febre e elevação dos marcadores de citocolestase, após quatro semanas de terapêutica antibacilar, optou-se pela suspensão da pirazinamida e início de levofloxacina, com melhoria clínica e analítica francas em 72 horas. Ao fim de 9 meses de terapêutica com antibacilares apresentou normalização dos marcadores de citocolestase hepática, melhoria progressiva da anemia e resolução completa da sintomatologia inicial.

Discussão:

A hepatite tuberculosa por *Mycobacterium bovis* enquanto complicação da imunoterapia do carcinoma da bexiga in situ é uma entidade rara (<0.7%) que, quando não reconhecida atempadamente, pode acarretar elevada morbimortalidade. O mecanismo fisiopatológico envolvido no desenvolvimento da doença é ainda desconhecido, resultando provavelmente do efeito citopático direto do microrganismo nas células hepáticas e/ou de uma resposta de hipersensibilidade tardia. Na doença resistente à terapêutica de primeira linha, a associação com glucocorticoides é controversa, devendo ser considerados outros agentes como a levofloxacina.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini I 9:15 - 10:45

CC032

1714 UM CASO DE DOENÇA DE WILSON

João Pinto Machado, Rita Dias Soares; Joana Silva Marques, João Olivério Ribeiro; Luís Isidoro, Ana Nunes; Nuno Monteiro; Marta Mós; António Correia
Centro Hospitalar Tondela Viseu

Introdução:

A doença de Wilson é uma doença autossômica recessiva caracterizada por deposição de cobre no fígado e outros tecidos, incluindo o parênquima cerebral. É resultado de um defeito de transporte do cobre a nível hepático, podendo cursar com falência hepática, sintomas neurológicos e psiquiátricos.

Caso clínico:

Doente de 20 anos, com antecedentes de ansiedade e provável quadro conversivo secundário a história de abuso sexual, seguida em consulta de psiquiatria. Recorre ao serviço de urgência por agravamento do estado funcional com meses de evolução. Referia movimentos involuntários dos membros superiores e recusa alimentar. História de lipotimias de repetição.

Atualmente encontra-se dependente nas atividades de vida diária, sendo o namorado o seu cuidador.

Ao exame a doente apresentava hipomímia facial. Lentificação psicomotora associada a bradifrenia e bradicinésia. Oculomotricidade preservada. Disartria grave com sialorreia. Distonia dos membros superiores, mais acentuada à esquerda. Apresentava também tremor irregular de ambos os membros superiores, em repouso, evocando "bat swing tremor". Membros inferiores com postura distônica, sendo possível marcha apenas com apoio.

Foi pedida observação por oftalmologia, que confirma depósitos corneanos concêntricos compatíveis com anéis de Kaiser Fleischer.

Analiticamente apenas com trombocitopenia de 80.000 plaquetas. Elevação isolada GGT - 87u/L. Restante analítica hepática sem alterações.

Pela suspeita de doença de Wilson, foi internada

para estudo.

No internamento, realizou estudo analítico extenso, destacando-se ceruloplasmina baixa -3.62mg/dL. Cobre sérico e urinário ainda sem resultado à data.

Realizou ressonância magnética craniana descrita com "intenso hipersinal em T2 e FLAIR interessando os núcleos caudados, os putamina, os tálamos, os pedúnculos cerebrais e o tegumento mesencefálico, bem como a vertente posterior da protuberância, sem significativa expansão associada, mas com restrição à difusão das moléculas da água nos núcleos rubros mesencefálicos, e ao longo dos tratos segmentares centrais na protuberância. Regista-se ainda hipossinal em T2* e ligeiro hipersinal em T1 estriatocapsular bilateral, por deposição de substâncias ferromagnéticas. Estes aspectos sugerem doença de Wilson, corroborando a informação clínica." RMN abdominal mostrando fígado com características de hepatopatia crónica e esplenomegalia

Iniciou programa de reabilitação e tratamento com acetato de Zinco e penicilamina, com incremento gradual de dose. Está atualmente a fazer 375mg.

Melhoria dos sintomas neurológicos, nomeadamente da disartria, bradicinésia e da distonia. Melhoria dos tremores.

Conclusão: Em alguns casos, a doença de Wilson pode apresentar-se exclusivamente com sintomas neurológicos e psiquiátricos, não estando presentes alterações hepáticas. Assim, trazemos este caso para alertar para uma doença que, além de rara, pode ter várias formas de apresentação, sendo um desafio diagnóstico.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini I 9:15 - 10:45

CC033

891 HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA COMO FORMA POUCO COMUM DE APRESENTAÇÃO DE FLEBITE DE VEIA ESPLÊNICA E HIPERTENSÃO PORTAL REGIONAL

Sara Xavier Pires, Giovana Ennis, Diana Valadares, Arlindo Guimas, Filipe Nery
Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução

A trombose do eixo esplâncnico associada a inflamação/infeção está normalmente relacionada com patologia infecciosa local. A flebite da veia esplénica tem sido reportada apenas na forma de casos clínicos isolados e por vezes associada a hipertensão portal regional.

Caso clínico

Homem de 74 anos, com história de diverticulose intestinal, recorre ao Serviço de Urgência (SU) por melenas e hematemese. Febre com shivering, astenia e anorexia com 5 dias de evolução. Sem consumo de anti-inflamatórios não esteroides ou outros fármacos. Consumo ocasional de álcool quantificado em 10g/dia.

Apresentava-se apirético, hipotenso, taquicárdico, com evidência de sangue digerido na sonda nasogástrica. Analiticamente com anemia (9,8g/dl N/N), 185 x103/L plaquetas e leucocitose (18,44 x103/μl com 85,7% PMN) com PCR 131mg/L e citocolestase (TGO e TGP 1,5xLSN e GGT 2xLSN) com INR 1,25. Efetuada terapêutica com inibidor de bomba de prótons, fluidoterapia e finalmente endoscopia digestiva alta que documentou hemorragia com ponto de partida em variz de fundo gástrico (IGV 1) submetida a injeção de cianoacrilato e lipiodol. Por hemorragia digestiva alta hipertensiva (HDAH), iniciou terapêutica com terlipressina e ceftriaxone em acordo com protocolo local, com internamento em Unidade de Cuidados Intermédios. A investigação adicional documentou, em ecografia abdominal, esteatose hepática e esplenomegalia. A ausência de dados clínicos e analíticos a corroborar hipertensão portal sinusoidal, face à manutenção da febre no internamento sem outra focalização, levou à possibilidade diagnóstica de trombose de causa infecciosa do eixo esplâncnico. Realizou angio-TC abdominal que evidenciou fígado morfológicamente normal, veias supra-hepáticas e porta permeáveis, e esplenomegalia com áreas de hipodensidade dispersas, sugerindo focos de abecedação, associando-se trombose da veia esplénica. Foi excluída endocardite.

Assumida flebite da veia esplénica complicada com abscessos esplênicos a condicionar hipertensão portal pré-sinusoidal e HDAH, tendo sido escalada terapêutica para piperacilina/tazobactam e realizada esplenectomia. Protelada hipocoagulação por hemorragia digestiva recente. Isoladas *Escherichia Coli*, *Lactobacillus spp* e bactérias anaeróbias no pus, sensíveis a terapêutica instituída, tendo apresentado melhoria clínica e analítica, encontrando-se assintomático à data da alta.

Discussão

A presença de variz gástrica isolada deve levar à consideração da existência de hipertensão portal regional, nomeadamente por trombose da veia esplénica. As causas, consequências e formas de tratamento deste tipo de hemorragia e do evento trombótico local são distintas daquelas associadas a hipertensão portal sinusoidal como a que acontece na cirrose. Neste caso em particular, além da terapêutica local, a esplenectomia em associação com tratamento antibiótico foram o tratamento a considerar.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini III 9:15 - 10:45

DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS

CC043

462 UM CASO DE TUBERCULOSE PULMONAR MULTIRRESISTENTE TRATADA COM ESQUEMA DE BANGLADESH MODIFICADO

Maria Duarte, Beatriz Leão, Ana Monteiro, Gonçalo Santos, Inês Ferreira, Luís Malheiro, João Nuak, Susana Silva, António Sarmento

Serviço de Doenças Infecciosas, Centro Hospitalar Universitário S. João/ Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar Póvoa de Varzim-Vila do Conde

Introdução: A tuberculose multirresistente (TBMR), definida pela resistência pelo menos à isoniazida e à rifampicina, mantém-se uma prioridade de saúde pública a nível mundial. As recomendações da Organização Mundial de Saúde para o tratamento da TBMR foram atualizadas em 2016 passando a considerar um regime mais curto de tratamento estandardizado, também conhecido por “esquema de Bangladesh”. Apresenta-se o caso de um doente com TBMR em que se instituiu este tipo de regime.

Caso clínico: Homem de 58 anos, fumador, sem outros antecedentes patológicos de relevo. Referenciado ao Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) por astenia, anorexia, perda ponderal, hipersudorese noturna e tosse com expectoração mucopurulenta com 2 meses de evolução. Diagnosticada tuberculose pulmonar cavitada bacilífera no CDP, tendo sido iniciada terapêutica com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol. Durante o 1º mês de tratamento manteve exame direto micobacteriológico positivo, sem melhoria clínica. Isolamento de *Mycobacterium tuberculosis complex*

no exame cultural da 1ª amostra de expectoração, com teste de sensibilidade aos antituberculosos (TSA) de 1ª linha a revelar resistência à isoniazida, rifampicina e estreptomicina. Teste molecular de deteção de multirresistência positivo para mutações dos genes *KatG* e *rpoB*. O doente foi internado eletivamente para continuação de cuidados em ambiente hospitalar, com medidas de isolamento de via aérea. Teste molecular de deteção rápida de resistência a antibacilares de 2ª linha negativo. Implementado o esquema curto padronizado de tratamento, composto por 7 fármacos na fase inicial, 4 dos quais de 2ª linha: Amicacina (Am), Moxifloxacina (Mfx), Protionamida (Pto), Clofazimina (Cfz), Pirazinamida (Z), Isoniazida em alta dose (H) e Etambutol (E). O TSA de 2ª linha foi negativo. Alta hospitalar aos 4 meses de tratamento, sem efeitos adversos, com mais de 3 exames diretos e 1 cultural negativos. Completou 5 meses de fase inicial já em ambulatório, tendo passado à fase de continuação, com duração prevista de 6 meses, composta por 4 fármacos de administração por via oral, 2 dos quais de 2ª linha: Moxifloxacina (Mfx), Clofazimina (Cfz), Pirazinamida (Z) e Etambutol (E).

Discussão: Em vez dos 18 ou mais meses de duração total do regime convencional, este novo regime encurta o tratamento da TBMR para menos de 12 meses. Os resultados dos estudos realizados são promissores quanto à eficácia, tolerabilidade, adesão e custo dos esquemas curtos, salientando-se, contudo, a necessidade de realização de mais ensaios clínicos para reforço da evidência atual. Alerta-se, ainda, para o risco de aumento do espectro de resistência antimicrobiana que poderá advir da aplicação inapropriada destes regimes, realçando-se a importância da supervisão do tratamento, vigilância clínica de efeitos adversos e suporte social destes doentes.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini III 9:15 - 10:45

CC044

600 JÁ DIZIA LEMIÉRRE... UM CASO CLÍNICO.

Joana Correia Lopes, Andreia Basílio, Mário Amaro
Hospital Garcia de Orta

Introdução: A Síndrome de Lemiérre é caracterizada por trombose da veia jugular interna na sequência de infecção faríngea recente. Afecta jovens adultos previamente saudáveis de ambos os sexos, com maior incidência entre os 15 e os 24 anos. O microrganismo mais frequentemente envolvido é o *Fusobacterium necrophorum*.

Caso Clínico: Apresentamos o caso de uma doente do sexo feminino, 24 anos, com antecedentes pessoais de asma e enxaqueca que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por febre e odinofagia, tendo sido diagnosticada e medicada amigdalite não complicada com penicilina intra-muscular. Por manutenção da febre, mal estar generalizado, odinofagia e dispneia, recorreu novamente ao SU três dias depois. Foi internada e iniciou empiricamente amoxicilina-ácido clavulânico e claritromicina. Ao terceiro dia de internamento detectou-se uma tumefacção cervical direita, que se verificou imagiologicamente corresponder a trombose da veia comunicante direita e de uma veia tributária proximal, provável complicação de abscesso periamigdalino homolateral. Por surgimento de parestesias, a doente fez Angio-TC que mostrou extensão do trombo à veia jugular interna e presença de vários nódulos em ambos os campos pulmonares, prováveis êmbolos sépticos.

Discussão: Apesar de não ter uma definição estrita, esta síndrome deve ser considerada em doentes com 4 condições: história recente de faringite, febre persistente apesar de antibioterapia, trombose da veia jugular interna e êmbolos sépticos pulmonares. O diagnóstico é clínico mas assenta muitas vezes em estudos de imagem sendo a Tomografia Computorizada o estudo mais útil, devendo ser extendida ao tórax pela elevada frequência de envolvimento pulmonar. O tratamento consiste em antibioterapia de largo espectro para anaeróbios gram negativos produtores de beta-lactamases, não havendo nenhum esquema terapêutico definido. O início de terapêutica anti-coagulante é controverso uma vez que a formação de trombo é secundária a inflamação, podendo não haver risco aumentado de trombose uma vez resolvida a infecção.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini III 9:15 - 10:45

CC045

501 IMUNODEFICIÊNCIA COMUM VARIÁVEL E INFECÇÃO POR ADENOVÍRUS

Inês Ferreira, Ana Monteiro, Tatiana Vieira, Vanessa Chaves, José Pereira

Centro Hospitalar Universitário São João

INTRODUÇÃO:

A imunodeficiência comum variável (ICV) é uma imunodeficiência primária caracterizada por defeitos na diferenciação das células B, com défice de produção de imunoglobulinas (Ig). O diagnóstico

é feito na presença de défice de IgG e défice de IgA ou IgM, em doentes com má resposta à imunização vacinal e na ausência de outros diagnósticos que possam explicar estas alterações.

CASO CLÍNICO:

Sexo feminino, 33 anos. Suspeita de ICV (défice de IgG e IgA; imunofenotipagem com linfopenia B e diminuição acentuada dos linfócitos B de memória). História de hemorragia alveolar e múltiplas infeções respiratórias graves nos anos anteriores, inclusivamente com necessidade de suporte com circulação extra-corporal (ECMO). Pan-hipopituitarismo sequelar (diabetes insípida central, hipotermia, hipotiroidismo, insuficiência supra-renal, défice de hormona do crescimento, hipogonadismo, síndrome hipotalâmico, alteração do mecanismo da sede, atrofia ótica bilateral e epilepsia secundária) após exérese de craniofaringioma, suplementada com estradiol/norgestrel, desmopressina e hormona tiroideia, suspendeu corticoterapia 15 dias antes da admissão.

Recorreu ao SU por dispneia; clínica de coriza desde há 5 dias. À admissão apresentou vômito alimentar com aspiração de conteúdo, com dessaturação, hipotensão e broncospasmo marcado, com necessidade de entubação orotraqueal. Aspiração de secreções traqueobrônquicas hemoptóicas.

Analiticamente, aumento dos parâmetros inflamatórios. TC tórax com extensas áreas de consolidação dispersas em todos os segmentos pulmonares, mais nos lobos inferiores, notando-se algumas discretas áreas em vidro despolido dispersas.

Admitido o diagnóstico de pneumonia (vírica vs bacteriana), com insuficiência respiratória grave, e provável hemorragia alveolar. Iniciou antibioterapia com meropenem e colistina (EPC positiva), oseltamivir e pulsos de metilprednisolona (suspeita de hemorragia alveolar). Dado o diagnóstico provável de ICV (confirmado défice de IgG, IgA e IgM), fez terapêutica de substituição com Ig endovenosa (400mg/Kg).

Apesar do tratamento, verificou-se agravamento progressivo da insuficiência respiratória com hipercapnia e acidemia, e evolução em ARDS. Iniciou suporte ECMO veno-venoso ao 5º dia.

Realizou broncofibroscopia - PCR de adenovírus positivo no lavado broncoalveolar (LBA), restante pesquisa microbiológica e virológica negativa. A imunofenotipagem do LBA revelou neutrofilia

intensa, e a pesquisa de hemossiderina no citoplasma dos macrófagos por coloração de Pearls revelou um score GOLDE 44, compatível com hemorragia alveolar ligeira.

Esteve sob suporte ECMO durante 17 dias, com evolução clínica e analítica favorável.

DISCUSSÃO

Este caso revelou-se desafiante, uma vez que a ICV é uma entidade rara. Mais ainda, são raros os casos descritos de infecção por adenovírus em doentes com ICV, sendo que a maioria das infeções descritas são bacterianas. No entanto, é um agente a não esquecer nos doentes imunodeprimidos.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini III 9:15 - 10:45

CC046

576 SER OU NAO SER, EIS A QUESTÃO

Joana Silva Marques, Rita Dias Soares, Andrea Ladino, Nuno Monteiro, Alex Soriano

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Hospital Clinic de Barcelona

INTRODUÇÃO:

As características de colite por tuberculose e doença Inflamatória Intestinal (DII) podem ser semelhantes sendo difícil o diagnóstico diferencial. Na impossibilidade de diagnóstico definitivo, deve-se realizar um teste terapêutico.

CASO CLINICO:

Mulher de 36 anos, do Paraguai, recorre ao Serviço de Urgência por quadro de 2 semanas de evolução de febre, hipersudorese noturna, exacerbação de dor abdominal, vômitos, diarreia e perda ponderal.

Tinha irmã com porfíria aguda intermitente e tuberculose pulmonar. Referia teste de Mantoux negativo em 2013, dor abdominal, vômitos e diarreia intermitentes em estudo desde 2016 (estudo genético e porfirinas negativo) e urticária generalizada auto-limitada em 2017. Negava toma de medicação habitual, alergias medicamentosas e hábitos tóxicos.

Auscultação pulmonar com sibilos bibasais e dor

na fossa ilíaca direita e hipogastro à palpação abdominal. Analiticamente com Proteína C reativa 25,79mg/dL, hemoglobina 8,7g/dL microcítica hipocrômica e protrombinemia de 62.1%. Radiografia de tórax com infiltrados bilaterais reticulonodulares. Ecografia com espessamento parietal do cego, cólon ascendente e íleo. Tomografia Computarizada (TC) abdominal com adenopatias mesentéricas, paredes espessadas do cego e íleo, extensa trabeculação adiposa e características de pneumoperitонеu. Cortes torácicos inferiores com focos em vidro despolido e tree-in-a-bud.

Admitida microperfuração intestinal contida por provável DII complicada e doença pulmonar infecciosa. Internada com piperacilina-tazobactam, fluconazol e nutrição parentérica.

TC de tórax com distorção parenquimatosa em ambos lobos superiores e afectação pulmonar difusa suspeitando de sarcoidose. Estudo analítico com VS 85mm/h, eletroforese de proteínas com elevação de todas as globulinas, albumina de 3,0g/dL, ferro de 12µg/dL, ferritina normal, saturação de transferrina 5,7%, anticorpos IgG anti-Saccharomyces cerevisiae >100.0U/mL, ASCA IgA 8.50U/mL. Hemocultivos e urinocultivo negativo. Quantiferon positivo. Cultura de expectoração e 2 coproculturas seriadas com PCR M. tuberculosis. Broncofibroscopia com lavado broncoalveolar que confirmou diagnóstico e citologia com identificação de macrófagos com fundo inflamatório misto.

Iniciou isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol. Com melhoria clínica, coprocultura negativa e melhoria radiológica (TC abdominal com transito).

À data de alta assintomática e no primeiro follow-up (18 dias depois da alta), sem clínica respiratória ou abdominal e progressão da dieta.

DISCUSSÃO:

O diagnóstico diferencial entre DII e afectação intestinal por M. tuberculosis, não é fácil sendo necessário a confirmação microbiológica e histológica do órgão afetado.

Este é um caso desafiante pelos achados clínicos, analíticos e pela impossibilidade de realização de colonoscopia por perfuração intestinal previa. No entanto, a doente teve uma boa resposta clínica, imagiológica e microbiológica após o início dos tuberculostáticos.

24 DE MAIO DE 2019**Sala Gemini III 9:15 - 10:45****CC047****2097 DIFÍCIL GESTÃO DE ANTIBIOTERAPIA NAS IMUNODEFICIÊNCIAS PRIMÁRIAS - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Joana Carneiro, Daniela Casanova, Luis Malheiro, Natália Ribeiro, Cândida Abreu, António Sarmento

Centro Hospitalar do Oeste - Unidade das Caldas da Rainha; Centro Hospitalar S. João

Introdução: A Agamaglobulinemia é uma doença hereditária ligada ao X, rara na idade adulta (1:250000 casos) e que resulta numa imunodeficiência humoral primária, caracterizada por aumento da suscetibilidade a bactérias encapsuladas, hipergamaglobulinemia grave e ausência de circulação de células B no sangue periférico. A reposição com imunoglobulina gama intravenosa (IVIG) é o tratamento de eleição e deve ser iniciado o mais precocemente possível.

Caso Clínico: Género masculino, 35 anos com agamaglobulinemia ligada ao X, sob toma de IVIG de 2/2 semanas e bronquiectasias. Com história de diarreia recorrente desde 2004, com diagnóstico de giardíase e vários tratamentos subsequentes. Em 2017 após viagem ao México desenvolveu diarreia invasiva por *Campylobacter coli* (C. coli), com necessidade de vários cursos de antibioterapia. Em agosto de 2018, novo quadro de diarreia associada a febre, sem outras queixas. Do estudo realizado a salientar IgG 1190 mg/dL, aumento da proteína C reactiva, TAC com espessamento do colon sigmoide e do reto e isolamento de C. coli em fezes e hemoculturas e *Giardia Lambda* em fezes. No restante rastreio séptico isolamento de *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente nas secreções brônquicas. Assumido *Campilobacteriose* com diarreia e bacteriemia, giardíase recorrente e sobreinfecção de bronquiectasias. Havia iniciado tratamento com ertapenem mas por manutenção do quadro foi escalada antibioterapia com imipenem, albendazol e metronidazol. Em consulta de reavaliação de infeciologia: febre de novo associada a tosse produtiva e aumento de dejeções diarreicas; com isolamento de *Campylobacter pylori* em hemoculturas e isolamento de *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente nas secreções brônquicas, com melhoria. Por quadro de *campilobacteriose* e giardíase recorrente, com perfil de resistência a antibióticos em agravamento, decidido realizado antibiograma alargado e tentativa de erradicação com gentamicina oral durante 12 semanas. O internamento decorreu sem intercorrências e o doente teve alta com

manutenção de antibioterapia e seguimento em hospital de dia. Desde o final do tratamento de erradicação sem novos episódios de giardíase ou *campilobacteriose*.

Conclusão: Apesar de rara, a prevalência da agamaglobulinemia na idade adulta tem vindo a aumentar devido ao diagnóstico e terapêutica precoces e à gestão das intercorrências infecciosas. Torna-se, portanto, importante conhecer a fisiopatologia desta doença, o tratamento e a difícil gestão da antibioterapia nas múltiplas intercorrências infecciosas que afectam estes doentes.

24 DE MAIO DE 2019**Sala Gemini III 9:15 - 10:45****CC048****450 SÍFILIS SECUNDÁRIA - UM CASO DE HEPATITE COLESTÁTICA**

Cátia Santos, Flávia Santos, Olga Jesus, Maria Jesus Banza, Célio Fernandes

Centro Hospitalar de Leiria - Hospital de Santo André - Medicina Interna II

A sífilis secundária é uma doença pouco frequente, devido à evolução na sua deteção em fases mais precoces da doença. O atingimento hepático com alteração das provas de função hepática podem acontecer com alguma frequência na sífilis, uma hepatite clínica com icterícia é uma situação rara atualmente.

Relatamos o caso clínico de um doente do sexo masculino, 47 anos, sem comorbilidades de relevo, negando hábitos etílicos, tabágicos e de drogas ilícitas. Admitido no serviço de urgência por febre, icterícia cutâneo-mucosa associada a prurido e colúria com cerca de 2 semanas de evolução. Descrevia o aparecimento de lesões cutâneas dispersas no tronco, região glútea com envolvimento das palmas das mãos e plantas dos pés com cerca de 3 semanas de evolução, sem adenopatias palpáveis. O doente foi admitido para estudo na enfermaria de medicina, com o diagnóstico de icterícia colestática. Do estudo complementar realizado, destacam-se hiperbilirrubinémia mista, aumento das atividades séricas das enzimas fosfatase alcalina, gama-glutamyltransferase e aminotransferases, mas sem alteração do tempo de protrombina nem das plaquetas. Também foram normais ou negativos os valores séricos de alfa-1 antitripsina, cobre, ceruloplasmina, metabolismo férico, pANCA, ANA, AMA, anticorpos anti-músculo liso, e anti-LKM. Serologias negativas para os vírus

da hepatite A, B e C, da imunodeficiência humana, de Epstein-Barr e leptospira. O estudo imagiológico excluiu obstrução da via biliar e sem alteração da morfologia hepática. O rastreio da sífilis (VDRL/RPR) foi positivo, com título de 1:64, tendo o teste de ELISA confirmado infecção ativa e a serologia para *Chlamydia trachomatis* foi também positiva. O doente foi tratado com 2.4 milhões de unidades de penicilina benzatínica intramuscular e ceftriaxone 500mg, ambas toma única.

A apresentação deste caso pretende alertar para a importância do diagnóstico diferencial de hepatites colestáticas, pois a hepatite sífilítica costuma surgir associada a manifestações de sífilis secundária. Assim, a importância de considerar a sífilis na marcha diagnóstica, principalmente nos casos de hepatites atípicas ou nos doentes que apresentam alteração das provas de função hepática de etiologia não filiada, sobretudo nos grupos de risco.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini III 9:15 - 10:45

CC049

1850 TENOSINOTIVE, ARTRALGIAS E DERMATITE GONOCÓCICA – RELATO DE UM CASO.

António Epifânio Mesquita, Catarina Patrício, Vitor Brotas
Serviço de Medicina 2.3, Hospital de Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Título: Tenosinotiva, artralgias e dermatite gonocócica – relato de um caso.

Introdução: A infecção gonocócica disseminada é uma forma de apresentação rara da infecção por *Neisseria gonorrhoeae*. A tríade de tenosinovite-poliartralgia-dermatite é menos reconhecida do que a forma de artrite purulenta mas deverá ser considerada em doentes com comportamentos sexuais de risco sobretudo quando assistimos a um novo aumento da incidência de infecções sexualmente transmissíveis (IST's).

Caso clínico: Mulher de 23 anos, educadora de infância, sem antecedentes de relevo, recorre ao serviço de urgência (SU) por redução da força muscular e dor no antebraço e mão do hemitórax direito. Referia instalação súbita das queixas dois dias antes, inicialmente com parésia da flexão do antebraço e mão, posteriormente associada a dor e impotência funcional. No dia seguinte nota disestesias nos primeiros três dedos da mão direita e aparecimento de uma lesão cutânea no punho

direito. Negava traumatismo, febre ou queixas de órgão nomeadamente disúria, polaquiúria ou corrimento uretral. Referia contacto sexual desprotegido com um parceiro dois meses antes. À observação apresentava: dor intensa à palpação e mobilização activa / passiva do cotovelo, joelho e punho direitos, sem edema, eritema ou calor articular; mancha eritematosa na face anterior do punho direito que progredia distalmente para a face palmar da mão, muito dolorosa ao toque; uma pequena pústula no antebraço esquerdo; e, ainda, hipostesia no território do nervo mediano direito. Analiticamente a destacar leucocitose com neutrofilia, Proteína C Reactiva (PCR) 127mg/L, e piúria estéril. O diagnóstico imunológico de gravidez foi negativo. Considerando quadro inflamatório agudo caracterizado por artralgias, provável tenosinovite da mão direita, exantema pustular e piúria estéril numa mulher jovem com história de relações sexuais desprotegidas, colocou-se a hipótese de infecção gonocócica disseminada. As alterações de sensibilidade foram interpretadas no contexto de eventual nevrite do mediano por contiguidade com sinóvia inflamada. Foi iniciada antibioterapia empírica com Ceftriaxone 1g intramuscular durante 7 dias e Azitromicina 1g toma única com resolução total das queixas. A pesquisa de *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis* por PCR em tempo real foi positiva na urina e exsudados orofaríngeo e cérvix. As serologias para outras IST's foram negativas. Onze meses após o diagnóstico a doente encontra-se assintomática.

Discussão: O melhor controlo da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana e o advento de profilaxias pré e pós-exposição têm causado um aumento dos comportamentos sexuais de risco e, consequentemente, da transmissão de IST's. Neste contexto, importa reconhecer as formas de apresentação de doenças como a infecção gonocócica disseminada. Esta patologia deve ser considerada em qualquer doente com práticas sexuais de risco que se apresente com tenosinovite aguda, artralgias ou artrite.

24 DE MAIO DE 2019**Sala Gemini III 9:15 - 10:45****CC050****1854 TUBERCULOSE – A GRANDE SIMULADORA VOLTA A ATACAR**

Tiago Fiúza, David Campoamor, Monika Dvorakova, Teresa Bernardo, Telma Azevedo, José Poças, José Sousa e Costa

Serviço de Medicina Interna da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano e Serviço de Doenças Infecciosas do Centro Hospitalar de Setúbal

Introdução: A Tuberculose Abdominal (TA) é forma incomum da doença (5%) que pode afetar o peritонеu, o intestino ou o fígado. No intestino, é mais frequentemente envolvida a válvula ileocecal (75%), simulando a apresentação clínica da Doença de Crohn (DC).

Caso Clínico: Homem, 47 anos, natural da Índia, recorreu ao serviço de urgência por quadro com 3 semanas de diarreia, febre, dor e distensão abdominal, anorexia e perda >10% do peso corporal. Nas análises iniciais apresentava anemia microcítica/hipocrômica, VS 53mm/h, PCR 17mg/dl. TAC-Abdominal mostrou “espessamento circunferencial e difuso do íleo distal”. Internado com suspeita de DC. Colonoscopia: “cego deformado por lesão infiltrativa e ulcerada que se prolonga aos últimos 6cm do íleo terminal”. Estudo anatomopatológico (AP) revelou “fragmentos de tecido de granulação”. Após discussão com Gastroenterologia, iniciou antibioterapia (Ciprofloxacina e Metronidazol), sem benefício clínico ou analítico. Pela suspeita de inicial de DC, associou-se corticoterapia sistémica. Após o seu início, surgiram múltiplas adenopatias cervicais, que associadas a ausência de melhoria clínica, levaram à suspeita de Tuberculose Intestinal. Estudos adicionais: Broncofibroscopia sem alterações, TAC-Tórax sem alterações sugestivas de tuberculose pulmonar, IGRA positivo, serologia para VHC positiva, VIH1/2 negativo. Estudo AP de adenopatia revelou “linfadenite granulomatosa de possível etiologia infecciosa micobacteriana”, não tendo sido possível completar estudo microbiológico por insuficiência da amostra. Perante elevado grau de suspeita e agravamento clínico, iniciou terapêutica antibacilar empírica: Isoniazida, Rifampicina, Etambutol, Pirazinamida. Apresentou melhoria clínica significativa e teve alta encaminhado para o Centro de Diagnóstico Pneumológico. Após 2 meses de terapêutica, por citólise hepática grave foi admitido no serviço de Infecçiology de outro hospital, onde suspendeu terapêutica antibacilar. Do restante estudo salienta-se aparecimento de lesão cavitada no lobo superior do pulmão esquerdo. Em lavado brônquico isolou-

se *Mycobacterium Tuberculosis*, confirmando o diagnóstico de Tuberculose Pulmonar e Intestinal concomitantes. Teve alta clínica após reintrodução de antibacilares, encaminhado para consulta de infecçiology para início da terapêutica contra Hepatite C.

Discussão: A mortalidade na TA varia entre 8-50%. Idade avançada, atraso no início da terapêutica ou cirrose subjacente associam-se às taxas mais elevadas. Neste caso, a suspeita inicial de DC atrasou o início da terapêutica. A distinção entre as duas entidades é essencial pelo risco de agravamento da TA com utilização de imunossuppressores, designadamente corticoterapia. Por outro lado, apesar da ausência de cirrose, a existência de Hepatite C concomitante surge como possível fator limitante da terapêutica antibacilar. Deve ressaltar-se que, epidemiologicamente, esta forma clínica é bastante mais frequente na Índia do que em Portugal.

24 DE MAIO DE 2019**Sala Gemini III 9:15 - 10:45****CC051****1994 SÍNDROMAS DE RUPHUS, DE RAMSAY HUNT E DE GRADENIGO - CONJUGAÇÃO RARA DE TRÊS ENTIDADES NOSOLÓGICAS**

José Eduardo Mateus, Simone Costa, Rosa Sá, Isabel Ramos, José Saraiva da Cunha

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: Rhupus é uma síndrome de sobreposição entre Artrite Reumatóide (AR) e Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) com compromisso articular grave associado à AR mas com menor envolvimento sistémico que o LES. A síndrome de Ramsay Hunt é uma complicação da reativação da infeção latente pelo vírus Varicela Zoster (VVZ) caracterizada pela tríade paralisia facial periférica, otalgia e vesículas no canal auditivo. Por fim, a presença de otorreia/otite média, dor facial na distribuição do trigémio e paralisia do abducente caracterizam a síndrome de Gradenigo. Os autores descrevem o caso de uma doente em que estas 3 síndromas se associam.

Caso Clínico: Mulher de 43 anos recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por assimetria facial com 2 horas de evolução. Referia vômitos nos 2 dias anteriores. Antecedentes pessoais de síndrome de Rhupus, medicada com hidroxicloroquina e hidrocortisona. A observação apresentava paralisia facial periférica esquerda. Teve alta referenciada para Fisiatria. Recorreu de novo ao SU 4 dias depois por manter

vômitos e ter iniciado otalgia e hipoacusia esquerdas, bem como diplopia e cefaleia frontal homolateral. Apresentava eritema e múltiplas vesículas no canal auditivo externo esquerdo e também otorreia e hiperémia da membrana timpânica homolateral. Havia evidência clínica do atingimento dos seguintes nervos cranianos esquerdos: V (distribuição V1), VI (limitação abdução olho), VII (paralisia facial periférica grau IV na classificação House-Brackmann) e VIII (surdez neurossensorial). A avaliação analítica não revelou alterações. Por vômitos incoercíveis foi internada sob Ceftriaxone. Por manter o mesmo estado clínico, 6 dias depois foi realizada punção lombar: liquor límpido, 113 células/mm³ (predomínio linfócitos), elevada proteinorráquia e baixa glicorráquia; os exames culturais (bactérias e fungos) foram negativos; o teste de biologia molecular (PCR) para o VVZ foi positivo. A Ressonância magnética crânio-encefálica revelou inflamação das porções intracanaliculares dos nervos VII e VIII e preenchimento do canal auditivo interno. A evolução clínica foi favorável sob Aciclovir endovenoso, tendo cumprido 21 dias de terapêutica. Teve alta após 6 semanas de internamento com orientação multidisciplinar.

Discussão: A terapêutica imunossupressora, necessária no contexto de Rhupus, representa risco acrescido do desenvolvimento de doenças oportunistas, como reativação de infecção latente do VVZ. Pela proximidade anatômica com o gânglio geniculado podem associar-se outras neuropatias cranianas, como as dos VIII, IX ou X pares. No presente caso, a infecção estendeu-se ao sistema nervoso central (meningite) e ao ápex petroso, provocando inflamação contígua do gânglio do trigêmio e do nervo abducente. As manifestações clínicas variadas e muito incapacitantes presentes nesta doente levaram ao envolvimento multidisciplinar de várias especialidades no sentido de minimizar sequelas e tentar uma recuperação maximizada das lesões de fase aguda.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini II 9:15 - 10:45

CC061

563 PILEFLEBITE: QUANDO A INFECÇÃO CURSA COM TROMBOFLEBITE - UMA ETIOLOGIA RARA DE TROMBOSE DA PORTA

Margarida Silva Cruz, Lígia Rodrigues dos Santos, Catarina Couto, Gisela Evaristo Vasconcelos, Mariana da Cruz, Nuno Zarcos Palma, Vera Ferraz Moreira; Mari Mesquita

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa; Serviço de Medicina Interna

Introdução: A pileflebite caracteriza-se por um quadro de trombose da veia porta ou dos seus afluentes, com processo supurativo associado, que surge na decorrência de um processo infeccioso intra-abdominal. Constitui uma complicação rara e a sua etiologia é habitualmente polimicrobiana. Dada a sua apresentação clínica inespecífica, o diagnóstico é muitas vezes tardio o que agrava o prognóstico.

Caso Clínico: Homem, 60 anos, antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, trombose do seio venoso lateral esquerdo em 2012, tendo nessa altura efetuado estudo a revelar homozigotia para MTHFRc/298 e homocisteinemia acima dos valores normais, tendo tido indicação para terapêutica com ácido fólico e ácido acetilsalicílico, que se encontrava a cumprir. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de dor abdominal nos quadrantes superiores e febre, realizou TC abdominopélvico a mostrar trombose venosa aguda difusa do eixo da veia porta e seu ramo principal esquerdo, da veia mesentérica superior e da veia esplênica associada a densificação da gordura peripancreática e da gordura da raiz do mesentério, bem como das fáscias retroperitoneais com lâmina de líquido que se estende à goteira parietocólica direita e diverticulose sigmoideia. Analiticamente com trombocitose ligeira, PCR elevada (351,2mg/dL), bilirrubina total, GGT e enzimas hepáticas ligeiramente aumentadas. Amilase e lipase normais. Internado sob HBPM em dose terapêutica, tendo sido assumido o diagnóstico de pileflebite, tendo-se iniciado antibioterapia com piperacilina/tazobactam. Para esclarecimento etiológico realizou colangioRMN que revelou ligeira proeminência da veia porta com a presença de trombo endoluminal, que se prolongava até ao segmento proximal da veia mesentérica superior e também para a veia esplênica, ausência de alterações a nível pancreáticas e pequena lâmina de ascite perihepática e peri-esplênica. Do restante estudo efetuado VDRL, CMV, VHB, VHC e HIV negativos, autoimunidade

negativa e microbiologias negativas. Evoluiu com apirexia sustentada, resolução da sintomatologia e regressão dos parâmetros inflamatórios sistêmicos pelo que foi escalada antibioterapia para metronidazol e levofloxacina que cumpriu até completar quatro semanas de tratamento. Dado ser o segundo evento trombótico decidiu-se manter hipocoagulação, tendo sido iniciado antagonista da vitamina K.

Discussão: Com este trabalho os autores pretendem alertar para esta entidade enquanto causa etiológica possível num quadro séptico com trombose da porta, contribuindo para o seu reconhecimento, acelerando o diagnóstico e o início precoce da terapêutica.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini II 9:15 - 10:45

CC062

573 NOCARDIOSE: QUANDO OS EFEITOS ADVERSOS DA TERAPÊUTICA MIMETIZAM SINTOMAS

Margarida Silva Cruz, Lígia Rodrigues dos Santos, Catarina Couto, Gisela Evaristo Vasconcelos, Vera Ferraz Moreira; Zélia Lopes; Francisco Cadarso; Mari Mesquita
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa; Serviço de Medicina Interna

Introdução: A Nocardiose é uma infeção rara causada actinomicetos aeróbios gram positivos, comum nos solos. O contágio ocorre por inalação de fragmentos do agente, que tem capacidade de provocar lesões supurativas localizadas ou sistêmicas, sendo o diagnóstico estabelecido após o isolamento em exames culturais.

Caso Clínico: Homem, 55 anos, pedreiro, antecedentes de silicose e tuberculose pulmonar, iniciou quadro de tosse hemoptóica tendo por isso realizado tomografia computadorizada (TC) do tórax a revelar padrão micronodularidade difusa centrilobular em todos os segmentos pulmonares compatível com silicose e bronquiectasias, tendo posteriormente sido encaminhado para Pneumologia. Realizou exames culturais (secreções e lavado brônquico) com isolamento de *Nocardia* Nova/Africana nas secreções brônquicas. Nessa altura foi medicado com sulfametoxazol/trimetoprim (TMP-SMX) para tratamento de nocardiose pulmonar. Cinco dias após ter iniciado a terapêutica desenvolveu quadro de epigastralgias e mau estar inespecífico pelo que suspendeu antibiótico. Posteriormente surgiram arrepios de frio, olho vermelho e lesões cutâneas maculopapulares, não

pruriginosas nem exsudativas, com atingimento dos membros superiores, inferiores, região cervical e face. Perante o quadro clínico o doente recorreu à Urgência. Ao exame físico descrito como febril, lesões maculo-papulares de diferentes dimensões distribuídas nos membros e pescoço. Auscultação pulmonar com roncocal e crepitações finas dispersas. Sem outras alterações. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios sistêmicos, citólise hepática e coagulopatia. Internado sob ampicilina e imipenem que efetuou durante 31 dias, tendo nessa altura iniciado esquema oral com TMP-SMX, ceftriaxona e claritromicina. Após toma de TMP-SMX, episódio de shivering, febre, insuficiência respiratória hipoxémica e queixas gastrointestinais; analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios sistêmicos, citocolestase e coagulopatia. Efetuada terapêutica de suporte e retomada esquema antibiótico prévio. Após resultado de teste de sensibilidade antibiótica (TSA) alterada terapêutica para ampicacina e ceftriaxona que manteve até completar 6 meses. Efetuada monitorização frequente verificando-se evolução clínica, analítica e imagiológica favoráveis, tendo-se assumido Nocardiose pulmonar resolvida.

Discussão: O tratamento de primeira linha nesta patologia é o TMP-SMX, sendo o TSA útil em casos graves ou na ausência de resposta. Apesar do local afetado condicionar a duração do tratamento, os ciclos são longos e a recidiva é comum, afetando o prognóstico. Os autores apresentam um caso de uma patologia rara onde se verificaram efeitos adversos, também eles raros, à terapêutica instituída.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini II 9:15 - 10:45

CC063

1615 TUBERCULOSE PERITONEAL E MIELOFIBROSE – MERA COINCIDÊNCIA?

João Carvalho, Cristina Lameirão Gomes, Sandra Moraes, Vanessa Pires

Hospital de São Pedro, Vila Real - CHTMAD

Introdução

A tuberculose peritoneal é uma patologia rara e está incluída na forma abdominal de tuberculose extrapulmonar. A sua apresentação clínica é inespecífica o que dificulta muitas vezes o diagnóstico. A mielofibrose é um distúrbio clonal de uma célula hematopoiética multipotente e que cursa com fibrose da medula óssea, hematopoiese extra medular e esplenomegalia. A coexistência

destas duas entidades tem sido descrita com uma frequência que levanta a possibilidade de uma provável relação entre estas duas patologias, para além do mero acaso.

Caso clínico

Homem de 68 anos, regressado há 6 meses da França, onde esteve emigrado durante 10 anos. Sem seguimento regular em cuidados de saúde ou antecedentes patológicos descritos, salientando-se um consumo etílico diário de cerca de 80 g.

Recorreu ao serviço de urgência por clínica com 3 meses de evolução de dejeções diarreicas, dor e aumento do perímetro abdominal. No último mês referia ainda anorexia e perda ponderal > 10%. Ao exame objetivo apresentava-se emagrecido, febril (Taur 39-40°C), com dor difusa à palpação abdominal e esplenomegalia; anictérico e sem adenomegalias palpáveis.

Estudo analítico: hemoglobina 11.60 g/dL, hiponatremia 129 mEq/L, hipercaliémia 5.6 mEq/L, desidrogenase láctica (DHL) 2233 U/L, proteína C-reativa 6.10 mg/dL (N <0,5), INR 1.48 e aPTT 42.5s. Marcadores víricos: contacto prévio com VHB e restantes negativos (VHC, VIH 1 e 2). Esfregaço de sangue periférico sugestivo de mielofibrose, hipótese posteriormente confirmada por biópsia óssea.

TAC toraco-abdomino-pélvico com hepatomegalia, esplenomegalia exuberante (29 cm), ascite de moderado volume e sem adenopatias. Líquido ascítico compatível com exsudado (2250 leucócitos/uL com 74% de células mononucleares), glicose 54 mg/dL, gradiente sero-ascítico de albumina (SAAG) 0.6 e adenosinadeaminase (ADA) 85.3 U/L (N <20 U/L); pesquisa de BAAR e células malignas negativa. IGRA positivo. PET sugestivo de envolvimento maligno mesentérico, peritoneal, esplénico e, provavelmente, pulmonar e ganglionar mediastino-hilar. Face à suspeita diagnóstica de tuberculose peritoneal, foi decidido iniciar terapêutica anti-bacilar (esquema quádruplo). Após 6 semanas de internamento, o exame cultural do líquido ascítico foi positivo para *Mycobacterium tuberculosis*.

Boa evolução clínica com completa resolução dos sintomas, mantendo seguimento em consulta de Medicina e Hematologia.

Discussão

Desde 1947 tem sido descrita a associação entre tuberculose e mielofibrose havendo, inclusive,

casos de reversibilidade da fibrose após terapêutica anti-bacilar, o que reforça ainda mais essa ideia. A fisiopatologia não se encontra esclarecida; desconhece-se se a tuberculose induzirá uma reação fibrótica da medula óssea ou se esta apenas se desenvolve em indivíduos com doença mieloproliferativa pré-existente. Neste caso, a repetição de biópsia óssea seria de particular interesse para avaliar se houve regressão do grau de fibrose ou não.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini II 9:15 - 10:45

CC064

1846 ENDOCARDITE PROTÉSICA FATAL - UM DESFECHO IMPREVISÍVEL

José João Martins, Ana Margarida Mosca, David Garcia, Barbara Ribeiro, Rosário Araújo, Carlos Capela.
Hospital de Braga

Introdução: O risco de endocardite após substituição valvular cirúrgica é de 1% a 6%, sendo que o risco após 12 meses da cirurgia é de 0.4%/ano. Trata-se de uma entidade com morbilidade e mortalidade associada importante. O diagnóstico pode ser difícil e está dependente de uma elevada suspeita clínica e da acessibilidade ao ecocardiograma transesofágico precoce, que se mostrou mais sensível que a sua variante transtorácica. Com a apresentação deste caso pretendemos demonstrar uma endocardite de difícil diagnóstico e com um desfecho fatal.

Caso Clínico: Homem, de 74 anos, totalmente autónomo para as atividades de vida diária, diabético, hipertenso, com antecedente de estenose aórtica severa sintomática com internamento 6 meses antes. Um mês depois (5 meses antes do episódio atual.) realizou substituição valvular aórtica com colocação de prótese biológica e duas cirurgias de bypass coronário.

Recorreu ao Serviço de Urgência por um quadro de tremores, dor no flanco direito com irradiação lombar e febre com cerca de 2 dias de evolução. Foi internado com o diagnóstico de infeção do trato urinário, lesão renal aguda e anemia sem etiologia esclarecida. Teve uma evolução progressivamente desfavorável sem resposta à terapia antibiótica com ceftriaxone. O doente manteve um quadro febril persistente com progressivo agravamento das queixas algicas. Após ter realizado vários exames imagiológicos (tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica, ecografia abdominal, renal e pélvica e ecocardiograma transtorácico), todos sem identificar foco infeccioso, o doente realizou

ao 8º dia do internamento um ecocardiograma transesofágico e uma ressonância magnética lombossagrada que revelaram uma endocardite infecciosa com abscesso peri-protésico envolvendo quase a totalidade da prótese aórtica e concomitantemente uma espondilodiscite e abscesso do psoas.

Iniciou antibioterapia com vancomicina, rifaximina e gentamicina. Teve uma evolução desfavorável com agravamento da função renal que levaram a necessidade de ajustes na antibioterapia e ao início de diálise, agravamento respiratório com necessidade do uso de ventilação não invasiva e agravamento neurológico com lesões isquémicas subagudas em território da cerebral média. O doente foi transferido para o Serviço de Cardiotorácica onde foi submetido a substituição valvular mitral e da prótese aórtica tendo realizado também drenagem do abscesso do psoas. Ao 29º dia de internamento fez uma paragem cardiorrespiratória com subsequente reanimação e necessidade de entubação oro-traqueal tendo falecido pouco depois.

Discussão: Este caso clínico representa um caso marcante de um doente que entrou com um quadro clínico sem sinais de gravidade, mas que se tornou alarmante pela sua persistência e pela ausência de causa. Um doente cujo tratamento foi sempre difícil pelo constante agravar da função renal. Um caso que realça a importância da ecografia transesofágica e que demonstra o potencial devastador de uma endocardite.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini II 9:15 - 10:45

CC065

2132 UMA REALIDADE ANTIGA? - UM CASO DE DACRIOADENITE E MENINGITE TUBERCULOSA NUM DOENTE COM VIH

António Epifânio Mesquita, Francisca Martins, Mariana Fernandes, Miguel Nunes, Rui Malheiro, Catarina Patrício, João Roxo, Vítor Brotas

Serviço de Medicina 2.3, Hospital de Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Introdução: A associação entre a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH), tuberculose e dacrioadenite está muito pouco documentada na literatura. Com o recente aumento de primo-infecção pelo VIH devemos lembrar a possibilidade de apresentações pouco comuns, da presença de várias patologias em simultâneo, e a importância de manter um elevado índice de suspeição e baixo limiar para iniciar o tratamento empírico

de infecções oportunistas ou decorrentes da reconstituição imune.

Caso Clínico: Homem de 28 anos recorreu a centro de comunitário de apoio a homens que têm sexo com homens (HSH) por aparecimento de nódulos supra-ciliares simétricos com crescimento progressivo em 2 semanas. Negava dor, febre ou xeroftalmia. O estudo complementar revelou infecção pelo VIH tendo sido encaminhado para consulta de Medicina Interna. O estadiamento imunológico e virológico foi compatível com imunossupressão grave: 34 linfócitos T CD4+/mm3 e carga viral 1.380.000 cópias/uL. Iniciou terapia anti-retroviral (TARV) com tenofovir/emtricitabina+dolutegravir e trimetopim/sulfametoxazol em dose profilática. Foi observado pela Oftalmologia que assumiu dacrioadenite bilateral no contexto de provável hiperreactividade inflamatória. Cerca de 1 mês depois desenvolve quadro de febre com temperaturas 38-40°C, cefaleias holocranianas e vômitos ocasionais. Negava sudorese nocturna, perda de peso, alterações visuais, movimentos estereotipados, focalidade neurológica, ou exantema. A observação mantinha edema das glândulas lacrimais e apresentava febre e rigidez da nuca. Realizou TC-CE que revelou alterações sugestivas de otite média crónica agudizada. A punção lombar revelou pleocitose com predomínio de células mononucleares, hipoglicorráquia e hiperproteínoorráquia. Iniciou terapêutica antibacilar empírica associada a dexametasona e ainda Amoxicilina/Ácido Clavulânico para otite média. Os estudos cultural, serológico, antigénico e de biologia molecular do líquido foram negativos nomeadamente para Sífilis, Toxoplasma, Citomegalovírus, Epstein-Bar, Herpes, e Cryptococcus. Teste de amplificação para ácidos nucleicos do complexo Mycobacterium tuberculosis foi positivo, confirmando diagnóstico de meningite tuberculosa no contexto de provável síndrome de reconstituição imune. Manteve terapêutica antibacilar quádrupla e dexametasona numa dose 0.4mg/kg/dia durante duas semanas seguida de desmame progressivo. Dois meses após o diagnóstico mantém terapêutica tuberculostática, tendo terminado o esquema de corticoterapia. Apresenta ligeira melhoria da dacrioadenite, sem outras queixas.

Discussão: No caso descrito pelos autores não é claro se a dacrioadenite representa uma reacção de hipersensibilidade no contexto da infecção pelo VIH, um fenómeno tuberculide-like associado à tuberculose, ou outro. A presença destas patologias em simultâneo demonstra que casos como este não são, como muitos poderão julgar, uma realidade antiga.

25 DE MAIO DE 2019**Sala Gemini II 9:15 - 10:45****CC066****2192 HEMORRAGIA E ISQUEMIA CEREBRAL DE ETIOLOGIA INFECCIOSA**

Gisela Vasconcelos, Lígia Santos, Catarina Couto, Dalila Parente, Margarida Silva Cruz, Mariana Cruz, Nuno Zarcos Palma, Alice Castro, Mari Mesquita

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Serviço de Medicina Interna

Introdução: A meningoencefalite por vírus herpes simplex 1 (VHS 1) constitui a causa mais comum de encefalite esporádica fatal. Determina quadro neurológico grave e rapidamente progressivo, com elevada morbimortalidade associada, sobretudo se não instituída terapêutica adequada precocemente.

Caso clínico: Homem, 66 anos. Sem antecedentes de relevo. Trazido ao serviço de urgência após queda da própria altura, com traumatismo cranioencefálico. Sem história conhecida de alteração da força ou linguagem, movimentos involuntários, ou clínica focalizadora de infeção. Objetivada agitação psicomotora, aparente afasia e défice motor direito, e febre. Analiticamente linfopenia e elevação da PCR. TC CE a revelar hematomas extraaxiais (subdural frontal e subaracnoide occipito-basal) e lesão hemática temporal esquerda. TC CE de controlo com manutenção das lesões prévias e, de novo, densidade hemática subcortical parietal direita, a traduzir eventual lesão axonal difusa. Realizada punção lombar, com citotóxicidade do LCR a revelar pleocitose linfocítica e proteinorria. Admitido a internamento em unidade intermédia, por alteração do estado de consciência multifatorial, sob terapêutica empírica alargada para infeção do SNC (ampicilina, ceftriaxona, vancomicina e aciclovir). Verificadas crises convulsivas complexas parciais, tendo iniciado lacosamida e levetiracetam. Evoluiu com agravamento do estado neurológico (pontuação de 3 na escala de coma de Glasgow) sendo decidida intubação para proteção de via aérea. Suspensa antibioterapia em curso, com manutenção apenas de antivírico, por resultado de DNA VHS 1 positivo no LCR (bacteriológico, VZV e adenovírus negativo). HIV e hemoculturas negativas. Reavaliação imagiológica a revelar evolução morfodensitométrica favorável das densidades hemáticas previamente observadas, com hipodensidades cortico-subcorticais temporal interna/anterior e insulo-opérculo-frontal esquerda de novo, sugestivas de lesões isquémicas. Realizado eletroencefalograma, que revelou lesão cortical generalizada no hemisfério esquerdo e atividade cortical bastante reservada no hemisfério direito; sem registo de atividade epileptiforme.

Posterior evolução neurológica favorável, a permitir transferência para o Serviço de Medicina Interna, onde manteve evolução favorável. Cumpriu no total 21 dias de aciclovir, com recuperação funcional parcial, mantendo desorientação e necessidade de ajuda em atividades básicas e instrumentais.

Conclusão: A suspeição clínica é um passo essencial no diagnóstico de encefalite herpética. A hemorragia intraparenquimatosa e a isquemia, embora raras, podem complicar a encefalite por VHS, situação que destacamos neste caso. O diagnóstico diferencial com trauma e acidente vascular cerebral tornam este caso um desafio diagnóstico.

25 DE MAIO DE 2019**Sala Gemini II 9:15 - 10:45****CC067****472 SÍNDROME NEFRÓTICO COM DOIS DIAGNÓSTICOS IMPROVÁVEIS**

Marília Santos Silva, Mário Bibi, Cristina Rodrigues
Hospital Pedro Hispano - Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução: A ocorrência de síndrome nefrótica é um evento altamente comprometedor da imunidade, podendo surgir, por exemplo, no contexto de doenças crónicas tão comuns como a diabetes ou no contexto de infeções com evolução para cronicidade, condicionando glomerulonefrites membranoproliferativas.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um doente de 45 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes mellitus (com mais de 20 anos de evolução, insulinotratada) com nefropatia G1 A3 (albuminúria de 4g/dia e creatinina 0,9 mg/dl, 2 anos antes), retinopatia e neuropatia diabéticas e hemorragia intracerebral hipertensiva prévia. Encaminhado ao serviço de urgência (SU) por alteração do estado de consciência secundária a hipoglicemia. Referia infeção respiratória 2 semanas antes, persistindo tosse e astenia. Sem hematúria ou consumo de nefrotóxicos. À admissão hipertenso, com edemas marcados dos membros inferiores. Dos exames no SU: leucocitose sem elevação de PCR; creatinina 4,8 mg/dl e ureia 135 mg/dl, sem atividade no sedimento urinário, radiografia de tórax com reforço intersticial difuso.

Internado para estudo destacando-se: ecografia a revelar rins aumentados com configuração globosa e desdiferenciação parenquimo-sinusal, sem causa obstrutiva; ecocardiograma transtorácico (EcoTT)

com cardiopatia hipertensiva e função preservada; proteinúria (8,7g/dia) com hipoalbuminemia; velocidade de sedimentação aumentada; serologias víricas (VIH, VHB, VHC) e de sífilis e anticorpos anti-nucleares, -citoplasma neutrofílico e -membrana basal negativos; complemento, imunoglobulinas e cadeias leves, eletroforese (EP) e imunoEP séricas e urinárias normais, exceto aumento discreto de IgA e elevação da fração beta na EP.

Apresentou agravamento clínico com expectoração mucosa e febre vespertina, com documentação de pneumonia e bacteremia a *Serratia marscescens*. Sob antibioterapia dirigida, evolução com derrame pleural exsudativo com predomínio de mononúcleos, após melhora inicial. Simultaneamente, evolução com sobrecarga de volume resistente a terapêutica diurética, com necessidade de início de hemodiálise.

Atendendo à evolução arrastada consideradas as hipóteses de tuberculose e endocardite a *S. marscescens*, ambas confirmadas - biópsia pleural com granulomas epitelioides necrosantes, baciloscopias positivas para *Mycobacterium tuberculosis* e EcoTT com vegetação na válvula aórtica. Não se excluindo envolvimento de *S. aureus* meticilino-resistente, tratado com daptomicina além de carbapenem e antibióticos. Apesar da terapêutica não se verificou recuperação da função renal.

Discussão: Assumido o quadro no contexto de progressão de nefropatia diabética com síndrome nefrótica a condicionar imunodepressão, permitindo evolução de tuberculose pleuropulmonar e facilitando bacteremia nosocomial, com endocardite por um agente raro neste tipo de infeções - *Serratia* - numa associação de duas doenças com necessidade de alto grau de suspeição para o diagnóstico.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini II 9:15 - 10:45

CC068

1824 ETIOLOGIA RARA DE CRISE CONVULSIVA

Sara Almeida Ramalho, Sara Franco, André Esteves, Júlia Silva, João Namora
Hospital Garcia de Orta

Introdução:

As crises convulsivas são eventos relativamente frequentes. No primeiro episódio devem ser

investigadas, uma vez que podem resultar de variadas etiologias com prognóstico e probabilidade de recorrência diferentes. O seguinte caso clínico descreve uma causa pouco comum de crise convulsiva e ilustra a importância da investigação da mesma.

Caso Clínico:

Mulher, 79 anos, autónoma. Natural de Cabo Verde, residente em Portugal há 12 anos. Recorre ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de prostração, sem outros sintomas associados. Negava perda de consciência, febre, movimentos involuntários, vômitos, náuseas, incontinência de esfíncteres, dispneia ou toracalgia. Referia também episódios autolimitados de cefaleia nos 6 meses prévios. À admissão no SU apresentou crise convulsiva tónico-clónica generalizada.

Sem antecedentes pessoais conhecidos. História epidemiológica irrelevante excepto referir consumo frequente de "comida mal passada" (sic) por inadaptação à prótese dentária. Terá estado em Cabo Verde pela última vez há 2 anos.

Na observação inicial após a crise estava apirética, hipertensa e taquicárdica, com saturação periférica de oxigénio 94% em ar ambiente. Prostrada, não verbalizava, não cumpria ordens, sem abertura ocular espontânea; pupilas simétricas e reactivas. Apresentava hipotonia generalizada, sem assimetrias da força muscular; reflexos osteotendinosos sem alterações e cutâneo-plantar indiferente bilateralmente. Verificou-se recuperação do estado de consciência, apresentando posteriormente exame objectivo geral e neurológico sem alterações.

Sendo a primeira crise, realizou no SU avaliação analítica e gasimetria arterial, sem alterações metabólicas ou do ionograma; electrocardiograma sem alterações significativas e tomografia computadorizada crânio-encefálica (CE) que revelou área hiperdensa em localização parietal direita com área adjacente com densidade similar ao líquido cefalo-raquidiano. A doente ficou internada para investigação e iniciou terapêutica anti-convulsivante. Durante o internamento realizou ressonância magnética CE que revelou lesão única intra-axial parietal posterior direita, cujas características semiológicas sugeriam etiologia infecciosa, mais provavelmente parasitária, eventualmente neurocisticercose/hidatidose. Neste contexto pesquisaram-se serologias para toxoplasmose, hidatidose e strongyloides stercoralis que se revelaram negativas. A serologia para *Taenia solium* revelou-se positiva e a doente iniciou corticoterapia e terapêutica antiparasitária.

Discussão:

A cisticercose (CC) é causada pelo parasita *Taenia solium* e pode apresentar-se como neurocisticercose. A forma de apresentação mais frequente é a crise convulsiva. Deve considerar-se esta hipótese diagnóstica em doentes com convulsão, imagiologia e epidemiologia sugestivas. O caso descrito exemplifica a relevância da investigação e o curso da doença, com especial enfoque nas precauções a ter antes do início da terapêutica antiparasitária.

25 DE MAIO DE 2019**Sala Gemini II 9:15 - 10:45****CC069****1934 PURPLE URINE BAG SYNDROME**

Maria Margarida Pereira, Ana Vera Cruz, Petra Pego
Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.

Introdução: O Síndrome do Saco de Urina Roxa (Purple urine bag syndrome – PUBS) foi descrito pela primeira vez em 1978; é uma entidade rara mas benigna que resulta do metabolismo do triptofano no tracto gastrointestinal por algumas bactérias produzindo pigmentos azuis e vermelhos, cuja mistura e contacto com o material do catéter produz a cor roxa. São várias as bactérias, na sua maioria gram-negativas, que estão associadas com PUBS, como *Providencia stuartii*, *Providencia rettgeri*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus species*, *Escherichia coli*, *Enterococcus species*, *Morganella morganii*, *Pseudomonas aeruginosa* e *Citrobacter species*. Os factores de risco para este fenómeno incluem o sexo feminino, imobilização, obstipação, urina alcalina, algaliação crónica e insuficiência renal.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 89 anos, residente em lar, acamada, com antecedentes de hipertensão arterial, hiperuricemia, insuficiência cardíaca e algaliação para protecção de úlcera de pressão da região sagrada. Foi trazida ao Serviço de Urgência por quadro de prostração, recusa alimentar e hipotensão. Apresentava urina de cor roxa com cerca de um mês de evolução. Analiticamente destacava-se elevação dos parâmetros infecciosos e lesão renal aguda de etiologia pré-renal. Procedeu-se à troca da algália e colheita de urina para exame bacteriológico com isolamento de *Proteus mirabilis* para o qual a doente cumpriu antibióterapia inicialmente empírica com ceftazidima e posteriormente dirigida com cefuroxima, com resolução do quadro infeccioso e normalização da cor da urina.

Discussão: Apresenta-se um caso raro de “Purple urine bag syndrome”. Neste caso os factores de risco identificados foram a doente pertencer ao sexo feminino, a imobilização prolongada, algaliação crónica e insuficiência renal e houve total resolução dos sintomas com a terapêutica instituída. A sua presença deve levantar suspeição de infecção com os agentes acima referidos.

26 DE MAIO DE 2019**Sala Gemini I 9:15 - 10:45****CC079****1861 ACTINOMICOSE – DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE NÓDULO PULMONAR**

Ricardo Veloso, Ana Simas, Mariela Rodrigues, Ana Alves, Ana Carolina Silveira, Juvenal Morais, Joana Decq Mota, Fátima Pinto, António Goulart
Hospital da Horta, EPER

A Actinomicose é uma infeção causada por *Actinomyces*, bactérias Gram positivas anaeróbias colonizadoras da cavidade oral. Manifesta-se por expansão contígua, formando abscessos e grânulos sulfurosos, sendo estes praticamente patognomónicos da infeção. É mais comum no sexo masculino, sendo as principais manifestações a nível cervicofacial, torácico e abdominal, havendo também atingimento pélvico, mais comum no sexo feminino; rara em países desenvolvidos, está associada a má higiene oral. Por apresentar este padrão de crescimento indolente e infiltrativo, é comum fazer-se o diagnóstico diferencial com neoplasia da região afetada.

Doente do sexo masculino, 69 anos, holandês, a residir em Portugal. Fumador ativo (70 UMA).

Sem outras patologias conhecidas e sem medicação crónica.

Recorreu ao serviço de urgência (SU) por dispneia e ortopneia com 1 semana de evolução, sem outros sintomas associados. Ao exame objetivo apresentava saturação periférica de O₂ de 88% em ar ambiente e auscultação pulmonar com murmúrio vesicular globalmente diminuído e sibilos dispersos de predomínio expiratório. Analiticamente: leucocitose e elevação da proteína C reativa. Realizou radiografia de tórax que mostrou hipotransparência perihilar direita.

Internado por provável infeção respiratória, tendo iniciado antibióterapia empírica.

Realizou tomografia computadorizada (TC) do tórax, que revelou lesão suspeita no lobo inferior direito. Observado por Pneumologia, tendo realizado videobroncofibroscopia que revelou achados sugestivos de inflamação reativa. Feita colheita de aspirado e escovado brônquico, bem como biópsia do brônquio principal direito que foram negativos para a presença de células neoplásicas ou inflamatórias significativas.

Por manter lesão suspeita em TC de controlo, foi referenciado para realização de biópsia transtorácica. O estudo anatomopatológico foi compatível com infeção por *Actinomyces*, sem tecido de neoplasia maligna.

Iniciou terapêutica com Amoxicilina 2g bid.

Reavaliado em consulta, apresentando melhoria significativa do seu estado geral 1 mês após o início do tratamento.

Este caso clínico demonstra a importância de estar alerta para diagnósticos diferenciais incomuns. No caso apresentado, o diagnóstico definitivo foi essencial para a correta abordagem terapêutica, num quadro cujo prognóstico inicial se presumia sombrio.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini I 9:15 - 10:45

CC080

402 QUANDO UMA MASSA DA MAMA COM ADENOPATIAS NÃO É NEOPLASIA

Margarida Pimentel Nunes, Inês Branco Carvalho, David Prescott, Ana Isabel Brochado, Isabel Montenegro Araújo, Salomão Fernandes, Adriana Paixão Fernandes, Beatriz Donato, Rita Sérgio, José Luís Ferraro, Andreia Sofia Carlos, Raquel Almeida, António Marti

Hospital Beatriz Ângelo

Uma mulher de 36 anos, natural de Angola, recorre ao hospital por uma massa na mama direita com 1 ano de evolução, complicada de fistulização múltipla e drenagem purulenta espontânea, com retração cicatricial exuberante. Tinha sido submetida a mastectomia bilateral de redução 3 anos antes, e tinha amamentado até 1 ano antes do início dos sintomas. Ainda em Angola realizou antibioterapia com ciprofloxacina prolongada (6 meses), sem melhoria. Apresentava ainda neste período perda ponderal não intencional (cerca de 15kg), febre de 39,5°C e sudorese noturna, com início de obstipação e dor abdominal no mês prévio.

A TAC toraco-abdomino-pélvica revelou múltiplas adenopatias torácicas e abdominais, lesões nodulares hipodensas hepáticas e esplenomegália ligeira. As análises mostravam anemia, leucocitose neutrofílica e elevação da proteína C reativa (25mg/dL) e da velocidade de sedimentação (119mm/h). Iniciou terapêutica empírica com piperacilina-tazobactam, dada a ausência de resposta à quinolona oral. A ecografia mamária identificou um abscesso com 90x37x69mm, com múltiplas fístulas à pele e adenomegalias circundantes; a punção de líquido e biópsia revelou exame bacteriológico negativo e anatomia patológica com necrose sem orla epitelióide. Apesar da forte suspeita de tuberculose, o exame de Ziehl-Neelsen foi negativo, bem como o exame cultural do líquido, incluindo em meio BACTEC. Realizou-se então nova punção de líquido e biópsia, que seguiram para cultura em meios específicos para tuberculose. Ao 35º dia de internamento, isolou-se *Mycobacterium tuberculosis complex* multissensível na cultura da biópsia mamária. Iniciou antibacilares HRZE (isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol), com melhoria dos sintomas sistémicos, regressão quase total das adenopatias descritas à admissão, desaparecimento das lesões hepáticas, e melhoria dos sinais inflamatórios mamários.

A tuberculose da mama é uma situação raríssima, existindo apenas 1000 casos descritos no mundo; é frequentemente unilateral, quase exclusiva em mulheres jovens, de raça negra e múltiparas. Das três formas de tuberculose mamária - nodular, esclerosante ou difusa/inflamatória - a doente apresentava esta última. O diagnóstico diferencial é sobretudo com neoplasias da mama do tipo inflamatório. O tratamento previsto é de 6 meses de antibacilares (2HRZE seguidos de 4 HR), devendo o tratamento cirúrgico ficar reservado para situações refratárias, pelo alto risco de cicatrização mutilante.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini I 9:15 - 10:45

CC081

640 E SE NÃO FOR UMA CARCINOMATOSE PERITONEAL

Marisa Rosete, Marta Amaral Silva, Ana Rita Tomás, Élio Rodrigues, Rui Silva, Isabel Ferrão, Óscar Vilão

Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E. e Instituto Português de Oncologia de Coimbra - Francisco Gentil E.P.e

Doente do sexo masculino de 80 anos de idade, que iniciou quadro de aumento de volume abdominal, anorexia, astenia, emagrecimento de 4kg num mês e sudorese noturna com 3 meses de evolução. O

doente foi referenciado pelo médico de família para a consulta de Oncologia médica e Cirurgia após ter realizado Ecografia abdominal que revelou "Ascite e espessamento do epiplon gastrocólico, sendo a hipótese mais provável para a ascite é ter origem neoplásica" e Tomografia axial computadorizada tóraco-abdomino-pélvica que revelou "adenopatia aorto-pulmonar medindo 10mm, adenopatia na loca de Barety medindo 10mm, adenopatia pericentrímetrica no hilo esquerdo e direito, na válvula ileocecal observa-se uma formação lobulada de 45mm de valorização duvidosa e espessamento do peritонеu com densificação difusa do grande epiplon sugestiva de carcinomatose peritoneal". O doente foi submetido a laparotomia diagnóstica tendo as biopsias das massas peritoneais e citologia do líquido ascítico sido negativas para células neoplásicas, o exame histológico do retalho do epiplon revelou doença granulomatosa não necrotizante e o exame direto foi negativo para a presença de micobactérias. Foi ainda submetido a toracocentese evacuadora e diagnóstica, sem evidência de células neoplásicas. O doente foi então encaminhado para a consulta de Medicina Interna para estudo complementar. Foi pedida uma Tomografia por emissão de positrões que relatava "extensa densificação da gordura peritoneal com múltiplos espessamentos e derrame pleural associado a formações ganglionares mediastino-hilares bilateralmente com captação aumentada de fluorodesoxiglicose". Da investigação laboratorial salienta-se "interferon gamma release assays" (IGRA) positivo, solicitou-se cultura da biópsia do peritонеu para *Mycobacterium tuberculosis* que foi também positiva. O doente foi encaminhado para consulta de especialidade no Centro de Diagnostico Pneumológico de Coimbra e encontra-se a realizar terapêutica tuberculostática.

Conclusão: A tuberculose peritoneal apresenta altas taxas de morbimortalidade e o prognóstico dos pacientes depende do diagnóstico precoce. Este é um desafio tendo em conta, os sinais e sintomas inespecíficos, que mimetizam outras doenças abdominais, a falta de testes com alto valor preditivo e a natureza paucibacilar da doença, muitas vezes com necessidade de diagnóstico histológico e bacteriológico através de biópsias do peritонеu.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini I 9:15 - 10:45

CC082

654 ASPERGILOMA PULMONAR COMO COMPLICAÇÃO DE PNEUMONIA NOSOCOMIAL EM DOENTE COM ARTRITE REUMATOÍDE

Juliana Sá, Francisco Belém, Artur Costa, João Silva, Céu Evangelista

Centro Hospitalar Cova da Beira

Introdução:

O *Aspergillus* é uma infeção oportunista comum em doentes imunossuprimidos e manifesta-se frequentemente com uma imagem radiológica sugestiva com cavitação e sinal do alo. Ocasionalmente, pode surgir como colonizador do pulmão reumatoide. O objetivo da apresentação deste caso de aspergiloma pulmonar é sensibilizar pela manifestação atípica, desenvolvendo-se a infeção no período de resolução de uma pneumonia intersticial sem agente microbiológico identificada numa doente com artrite reumatoide.

Caso clínico:

Apresenta-se o caso de uma mulher de 54 anos, com antecedentes de artrite reumatoide, asma, hipotireoidismo, hipertensão arterial e um internamento recente por choque séptico após colecistectomia electiva. Entre a medicação habitual consta metotrexato 5 mg semanal, prednisolona 5mg, montelucaste 10mg e salmeterol com fluticasona. A doente recorreu ao Serviço de Urgência por um quadro de náuseas, vómitos e tonturas com um dia de evolução, associada a febre. Logo na admissão a doente apresentava hipotensão marcada e sinais de má perfusão com necessidade de admissão em UCI e suporte aminérgico. A primeira radiografia de tórax revelou opacidade intersticial do pulmão direito de novo assumindo-se diagnóstico de pneumonia nosocomial. Cumpriu antibioterapia com meropenem durante 12 dias e o estudo microbiológico foi inconclusivo. Após transferência para a enfermaria de Medicina Interna com melhoria do quadro clínico, ao 12º dia de internamento apresenta uma imagem de novo no raio-X de tórax de controlo, com uma lesão cavitada. Na suspeita de lesão tumoral, fez TC tórax com imagem de cavidade de 21mm com parede espessa com alo em crescente, no lobo inferior direito e o estudo do lavado bronco-alveolar realizado por broncofibroscopia revela-se positivo para *Aspergillus*. A doente teve alta para

seguimento em consulta de várias especialidades para tratamento de aspergilose e revisão da terapêutica imunomoduladora dado as várias intercorrências infecciosas sofridas pela doente nos últimos meses.

Discussão:

O caso apresentado é de particular interesse por se tratar do surgimento da imagem típica de aspergiloma durante a fase de recuperação de uma pneumonia nosocomial em doente imunodeprimida. Embora o mais frequente seja o surgimento de aspergilomas nos lobos pulmonares superiores, neste caso, a lesão surgiu num lobo inferior numa localização onde previamente não se identificava lesão. Adicionalmente, o facto de a doente ter Artrite Reumatóide poderia levar a que existissem lesões pulmonares associadas e que justificassem esta colonização, no entanto, esse não era o caso desta doente. Assim é importante, considerar o surgimento de agentes oportunistas sob a forma de infeção ou colonização em doentes imunossuprimidos.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini III 9:15 - 10:45

DOENÇAS NEUROLÓGICAS E CEREBROVASCULARES

CC097

739 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA PULMONAR

Mariana da Cruz, Nuno Zarcos Palma, Gisela Vasconcelos, Lígia Rodrigues dos Santos, Margarida Cruz, Ricardo Meireles

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Introdução: Malformações arteriovenosas pulmonares (MAVP) são raras. A frequência de complicações neurológicas varia, entre elas figura o enfarte cerebral. Das causas de acidente vascular cerebral (AVC) no adulto jovem, a embolia paradoxal tem sido alvo de crescente de atenção.

Caso clínico: M.C.C.T., sexo feminino, 46 anos, escriturária, sem antecedentes de relevo. Admitida no internamento do Serviço de Medicina Interna por alteração sensitiva no membro superior esquerdo (MSE) de instalação ictal com 12h de evolução ao qual acresciam cefaleia em peso de intensidade moderada, em irradiação sem factores

aliviantes ou agravantes e mal estar inespecífico. Objectivamente com hipostesia álgica e tátil no MSE à qual acresciam cianose labial e baqueteamento digital. TC-CE com contraste a demonstrar "enfarte isquémico recente frontoinsular direito". Realizaria gasimetria arterial a demonstrar hipoxemia, AaG aumentado, sem resposta a oxigenoterapia a indicar shunt. Negada platipneia foi objectivada ortodeoxia com dessaturação de 4% em supino. Analiticamente a sublinhar policitemia, eritropoietina dentro dos parâmetros de normalidade, pesquisa de JAK2 negativa, sem alterações em outras linhagens. Foi assim assumida policitemia em contexto secundário em doente sem risco pulmonar, residência ou viagens em altitude. Sem alterações electrocardiográficas. Realizaria ecocardiograma transtóraco contrastado a revelar shunt direito-esquerdo, verificando-se "opacificação simultânea das cavidades direitas e esquerdas ao 4º ciclo cardíaco" a indiciar shunt extra-cardíaco. Foi então executado AngioTC torácico que demonstrou "MAVP no lobo inferior direito, identificando-se comunicação entre ramo subsegmentar da artéria lobar inferior direita e veia tributária da veia pulmonar inferior direita, com 25x21 mm de diâmetro". Realizaria ainda ressonância magnética crânio "áreas hiperintensas em T2 e T2 FLAIR, em localização cortical frontoinsular, temporal posterior e na circunvolução parietal pós-central, à direita, com restrição à difusão, compatíveis com enfartes recentes". Restante estudo etiológico sem alterações. Sendo assim assumido enfarte cerebral em contexto de embolia paradoxal em doente com MAVP idiopática sem identificação de fonte embólica. Alta sob hipocoagulação oral posteriormente submetida a embolização da lesão por radiologia de intervenção. Sem novos eventos desde então.

Discussão: MAVPs são sintomáticas em apenas 40% sendo diagnóstico diferencial a ponderar aquando de estigmas de shunt direito-esquerdo e complicação embólicas. Este caso ilustra a importância da abordagem holística do internista no AVC. Ainda mais evidente no adulto jovem, com etiologias menos frequentes e a premência do diálogo interespecialidades. A experiência na abordagem algorítmica da insuficiência respiratória, a investigação exhaustiva da anamnese e exame físico, tornaram evidente uma causa rara.

26 DE MAIO DE 2019**Sala Gemini III 9:15 - 10:45****CC098****570 UMA RARIDADE ENTRE AS CAUSAS**

Madalena Faria Paulino, Isabel Costa, Ana Nunes, José Barata

Hospital Vila Franca de Xira

Introdução: O aumento da dimensão da glândula hipofisária e hipopituitarismo por congestão venosa devido a fístula carótida-cavernosa (FCC), é uma entidade rara e pouco conhecida. A presença de exoftalmia bilateral e de hiponatremia como tradução clínica desta patologia, torna-se um desafio numa enfermaria de Medicina Interna.

Caso Clínico: Homem de 75 anos, sem história de trauma, recorre ao Serviço de Urgência por cefaleia retrorbitária direita com 1 mês de evolução, inicialmente episódica e depois persistente. Ao exame físico: normotenso, com exoftalmia bilateral predominante à esquerda, associada a hiperémia, quemose exuberante e diplopia. A Oftalmologia observou aumento da pressão intraocular 31/29mmHg, diminuição da acuidade visual do olho esquerdo 6/10 e restrição de todos os movimentos oculares, à exceção da infradução e adução do olho direito. Realizou TC-venosa com ingurgitamento das veias oftálmicas bilateralmente sem assimetrias. Iniciou pulsos de Metilprednisolona (pela possibilidade de Doença de Graves), Brimodina e Dorzolamida - colírio, com fraca melhoria clínica. Avaliação laboratorial: hiponatremia 127 mmol/L; T4 livre 0,73 ng/mL (0,80-1,76); TSH 0,809 mUI/L (0,35-5,5); anticorpos antitiroideos negativos e ecografia tiroideia sem alterações.

A RM-CE evidenciou possível adenoma hipofisário. Assim, realizou estudo hipotálamo-hipofisário: IGF-1 236 ng/mL (24-200), LH 2,52 mUI/L (3,1-34,6) e testosterona total 54 ng/dL (241-827), restante estudo normal. Por persistência das queixas, realizou angio-TC cerebral que revelou FCC indireta (tipo C) com preenchimento precoce do seio cavernoso direito, associada a marcada dilatação da porção anterior do seio intercavernoso. A angiografia cerebral por cateter comprovou a presença de FCC direita, com ramos aferentes da artéria carótida externa (ACE) direita, com refluxo para ambas as veias oftálmicas superiores. Realizou embolização do ponto fistuloso e colocação de coils, com melhoria franca da proptose ocular após 1 semana.

Discussão: As FCC são shunts arteriovenosos

raros que permitem o fluxo arterial da artéria carótida para o interior do seio cavernoso. Os sintomas dependem da velocidade da alteração do fluxo sanguíneo, caracterizando-se em agudo ou subagudo – tipos A, B e C. O tipo C consiste num shunt de baixo fluxo sanguíneo entre os vasos meníngeos da ACE e o seio cavernoso. A clínica resulta da arterialização das veias conjuntivais e da elevação da pressão intraocular. O exame goldstandard é a angiografia cerebral por cateter, sendo o tratamento primário a embolização/oclusão do trajeto fistuloso. O hipopituitarismo associado é raro, resultante do aumento da congestão venosa no seio cavernoso. O diagnóstico diferencial prende-se com doenças inflamatórias, granulomatosas, infecciosas e neoplásicas. A presença de FCC unilateral com sintomas neuro-oftalmológicos bilaterais é rara. Neste caso, a exoftalmia era mais proeminente do lado contralateral ao da fístula, o que o torna singular.

26 DE MAIO DE 2019**Sala Gemini III 9:15 - 10:45****CC099****1880 NEUROMIELITE ÓPTICA COMO CAUSA DE COMPROMISSO VENTILATÓRIO GRAVE**

Domingos Sousa, Marisa Sousa, Ana Isabel Rodrigues, Mourão Carvalho, Rui Almeida, Daniel Nuñez, Sílvia Castro, Cristina Granja

Centro Hospitalar Universitário do Algarve - SMI1

O espectro de doenças da neuromielite óptica (NMOSD) corresponde a um conjunto de entidades raras, inflamatórias e autoimunes do sistema nervoso central (SNC), com consequente desmielinização dos neurónios do SNC que afeta predominantemente a medula espinhal, nervo óptico e tronco encefálico. A Neuromielite óptica (NO) foi até há pouco tempo considerada uma variante da esclerose múltipla (EM). A sua etiopatogenia permanece desconhecida, porém os avanços mais recentes encontraram uma associação com a auto-imunidade dos linfócitos B com produção de auto-anticorpos (IgG) contra o recetor aquaporina-4 (AQ4). O auto-anticorpo anti-MOG e a IL-6 tem também sido associado ao NMOSD. A sintomatologia varia de acordo com a localização da lesão no SNC: neurite óptica – perda de acuidade visual - e/ou mielite transversa com sintomatologia motora, sensitiva ou mista. O tratamento atual visa prevenir, atrasar ou diminuir a gravidade das exacerbações. Como 1ª linha está indicado o tratamento com corticoide (1gr/dia) durante 5 dias e a plasmaferese. Numa 2ª linha terapêutica utiliza-se o rituximab e tocilizumab.

CASO CLÍNICO

Mulher, 19 anos, natural da América Latina, desenvolve quadro de diminuição da acuidade visual, hipoestesia no hemicorpo esquerdo com evolução para hemiparesia esquerda com incapacidade para a deambulação sem apoio. É internada para estudo e ao 3º dia desenvolve clínica de hipoventilação grave e consequente insuficiência respiratória global com necessidade de entubação endotraqueal e ventilação mecânica. A RMN-CE revelou uma extensa área de anomalia focal no sinal intramedular entre C1-C5. O estudo analítico revelou: IgG positivo anti-AQ4 e IgG anti-MOG negativo. Foi medicada com pulso de metilprednisolona 1gr/dia 5dias, seguido de plasmaferese. Após um mês de terapêutica, a doente apresenta-se melhorada: sem alterações cognitivas, sensibilidade fina e proprioceptiva preservadas; a nível motor com preservação dos movimentos do pescoço e força muscular grau 2/5 no hemicorpo direito; acuidade visual e capacidade fonética recuperadas; ROT's aumentados.

Encontra-se em terapêutica com prednisolona 60mg/dia e rituximab.

DISCUSSÃO

O caso descrito é um exemplo clássico ilustrativo de NO, sendo o diagnóstico um desafio na prática clínica. O diagnóstico diferencial com a EM é crucial, pois as orientações terapêuticas são diferentes. O caso descrito tem marcadores de auto-imunidade positivos para AQ-4, mas anti-MOG negativos. Realçamos a sua resposta à terapêutica parcial mas gradual.

O prognóstico da NO é desfavorável, mas as atitudes terapêuticas disponíveis permitem o atraso na progressão da doença, melhoria sintomática ligeira a moderada e controlo dos surtos de remissão a médio prazo com o desenvolvimento de anticorpos monoclonais (rituximab e o Tocilizumab).

Importa, por isso, continuar a investigação nesta área, documentando com casos clínicos a resposta a tratamento com vista a uma melhoria do prognóstico e qualidade de vida nestes doentes.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini III 9:15 - 10:45

CC100

625 PARAMILOIDOSE ADQUIRIDA: UM EPISÓDIO DE SÍNCOPE

Catarina Mateus, Maria João Correia, Rui Morais, Andreia Curto, Dinis Mateus, Manuel Araújo, Cândida Fonseca, Luís Campos

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental - Hospital São Francisco Xavier, Serviço de Medicina III

Introdução: No serviço de urgência (SU) é frequente surgirem casos de síncope. O diagnóstico diferencial neste contexto nem sempre é fácil. Os autores apresentam um caso frequente de síncope, mas de etiologia rara.

Caso Clínico: Homem, 62 anos, recorre ao SU por episódios de síncope de repetição, após alteração de posição de decúbito para ortostatismo, precedidos de perturbação visual. Referia diminuição da sensibilidade nos membros inferiores (MI) de agravamento progressivo, com necessidade de apoio na marcha; diarreia frequente, e perda ponderal de 10 kg no último ano. O doente tinha história conhecida de diabetes mellitus tipo 2, doença hepática crónica etanólica, submetido 10 anos antes a transplante hepático sequencial: recebeu fígado com mutação da proteína transtirretina (polineuropatia amiloidótica familiar-PAF); 9 anos depois inicia quadro de episódios de taquicardia supra-ventricular paroxística (TSVP) com necessidade de cardioversão química. A observação apresentava marcha steppage, desidratação, TA 108/60mmHg com variação superior a 20mmHg após mudança de posição; FC 64bpm, ritmo sinusal. Analiticamente sem alterações de relevo. Realizou ECG, radiografia de tórax, TC CE sem alterações agudas. ECG de Holter revelou episódios curtos de TSVP. Tinha realizado biópsia de glândula salivar que revelou deposição de amiloide e EMG compatível com polineuropatia grave sensitivo-motora dos membros superiores (MS). Realizou RMN cardíaca, que não demonstrou sinais sugestivos de envolvimento cardíaco por deposição de amiloide. Admitimos tratar-se de polineuropatia amiloidótica adquirida após transplante hepático com fígado PAF, que desenvolveu polineuropatia periférica: MS, MI e disautonomia (diarreia, gastroparésia, TSVP, hipotensão ortostática e síncope). Uma vez que se tratava de doença avançada, sem indicação para retransplante, nem terapêutica farmacológica dirigida à PAF, foi apenas realizada otimização de terapêutica sintomática. Sem recidiva até à data dos episódios de síncope.

Discussão: A PAF é endémica em Portugal, com penetrância variável, incapacitante e geralmente fatal. Dada a escassez de órgãos para transplantação foi iniciado na década de 90 o transplante hepático sequencial, onde doentes selecionados, que de outra forma não chegariam a receber um órgão, recebem fígado PAF. Este fígado PAF continuará a formar substância amilóide, que se irá depositar progressivamente no tecido nervoso periférico, tecido de condução cardíaco, etc. Seria expectável que doentes transplantados com fígado PAF só viessem a desenvolver clínica tardiamente ou nunca, não interferindo com a sua qualidade/esperança de vida. Os dados de vida real e experiência têm vindo a mostrar que a clínica pode surgir bem mais cedo que o expectável como aconteceu com este doente transplantado em idade jovem. A síncope poderia neste caso ser de etiologia disautónoma apenas e/ou por envolvimento do sistema de condução cardíaco e bloqueio de alto grau, que não evidenciámos.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini III 9:15 - 10:45

CC101

222 EPILEPSIA SECUNDÁRIA A FORMAÇÃO ENOSTÓSICA INTRACRANIANA: A PROPOSITO DE UM CASO CLÍNICO

Jorge Lourenço, Joana Coelho, Andrea Salgueiro
Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Hospital Geral

Introdução:

As enostoses são formações ósseas benignas que afetam maioritariamente o esqueleto periférico, a pélvis e, raramente, o esqueleto axial. O seu enquadramento etiopatogénico não está totalmente esclarecido, sendo o seu aparecimento maioritariamente idiopático. A sintomatologia é diversa e heterogénea, dependendo da localização anatómica das referidas lesões, desencadeada sobretudo por compressão das estruturas tecidulares adjacentes.

Caso Clínico:

Doente do sexo masculino, 64 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, enviado ao Serviço de Urgência (SU) após episódio inaugural de convulsão tónico-clónica generalizada, sem história prévia de traumatismo, cefaleias ou febre. Negou consumo de álcool e estupefacientes. À admissão

no SU apresentava-se consciente e orientado, hemodinamicamente estável, apirético e sem alterações de relevo ao exame objetivo. Do estudo realizado, não apresentava alterações analíticas, nomeadamente a nível glicémico e iónico. Realizou TC crânio-encefálica que documentou a presença de uma projeção óssea tubular ao nível da fossa temporal direita com eixo transversal de 20,8mm, estruturalmente semelhante ao osso da calote, a condicionar desvio do lobo temporal ipsilateral em direção à linha média. Não foram identificadas alterações parenquimatosas bem como ao nível da calote craniana que sugerissem contexto traumático. Foi interpretado o achado imagiológico com a Neurologia e Neurocirurgia, tendo sido concluído uma possível associação entre a lesão em causa e um quadro inaugural de epilepsia.

Foi excluída abordagem cirúrgica e iniciado terapêutica anticonvulsivante com levetiracetam 1000mg 2id e, cerca de 1 mês após diagnóstico, o doente mantinha-se assintomático e sem história de novos episódios de crises convulsivas.

Discussão:

A raridade das formações enostósicas intracranianas não permite estimar a sua prevalência efetiva. A abordagem cirúrgica não é consensual, estando reservada para situações emergentes em que há risco de falência orgânica desencadeada pela compressão tecidular local.

Este será, do nosso conhecimento, o primeiro relato de caso de um foco epileptogénico secundário a este tipo de lesões, como consequência do efeito de massa gerado sobre o parênquima cerebral adjacente.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini III 9:15 - 10:45

CC102

161 APRESENTAÇÃO SIMULTÂNEA DE ENCEFALOPATIA DE WERNICKE E MIOCARDIOPATIA DE TAKOTSUBO, DESENCADEADOS PELA ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA

Ana Monteiro, Inês Ferreira, Iolanda Mendes, Inês Costa, Manuela Dias, Jorge Almeida
CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução: Encefalopatia de Wernicke (EW) é uma síndrome neurológica que resulta do défice de

tiamina. Está habitualmente associada a consumo crónico de álcool, podendo manifestar-se em doentes desnutridos ou imunodeprimidos. A tríade clínica clássica de apresentação é de encefalopatia, alterações da oculomotricidade e ataxia. A miocardiopatia de Takotsubo (MT) é uma disfunção cardíaca transitória, caracterizada por disfunção sistólica do ventrículo esquerdo (VE), que mimetiza uma síndrome coronária aguda. É provavelmente causada pela liberação de catecolaminas, desencadeado por fatores emocionais ou físicos de stress. A abstinência do álcool é um estado hiperadrenérgico, caracterizado por níveis elevados de catecolaminas plasmáticas. A apresentação simultânea de EW e MT, como no caso reportado, precipitados pela abstinência alcoólica, é rara.

Caso clínico: Mulher de 51 anos. Consumo de álcool de 80g/dia. Foi admitida por alucinações visuais, ataxia e trémulo generalizado. Tinha Suspenso o consumo etílico na semana prévia à admissão. Ao exame físico, estava emagrecida, com agitação psico-motora. Do estudo realizado foi documentada atrofia cortical generalizada na Tc cerebral; ondas Q na parede anterior, inversão da onda T na parede lateral e prolongamento do intervalo QT (620ms) no eletrocardiograma (sem alterações iónicas, ou história de fármacos); disfunção severa do VE e alterações segmentares de predomínio apical, no ecocardiograma transtorácico, associado a aumento da troponina I-hs de 76 ng/L e péptido natriurético cerebral (BNP) de 679 pg/mL. Foi colocada a hipótese de EW e MT. A doente foi medicada com Tiamina e Vitaminas do complexo B, com melhoria clínica gradual, resolução das alucinações e recuperação de marcha autónoma. Foi realizada RMN cerebral, sem alteração de sinal nos tálamos, mesencéfalo ou corpos mamilares e eletromiograma, compatível com o diagnóstico de polineuropatia. Durante o internamento, manteve-se assintomática do ponto de vista cardiovascular. O intervalo QT foi corrigido com suplemento de Magnésio e restituição alimentar. Foi realizada RMN cardíaca, que excluiu áreas de isquemia. Houve recuperação da função sistólica do VE e não foram documentadas alterações de contratilidade no exame de reavaliação, o que é compatível com o diagnóstico de MT.

Discussão: As alterações transitórias de contratilidade cardíaca, sobretudo de predomínio apical, são compatíveis com o diagnóstico de MT, na ausência de doença coronária. O evento precipitante tanto de MT como de EW (de rara apresentação em simultâneo) no caso reportado, foi a abstinência alcoólica. Os sintomas de abstinência de álcool ocorrem uma vez que o álcool é um depressor do sistema nervoso central (SNC), aumenta simultaneamente o tónus inibitório e inibe o tónus excitatório. A presença constante de etanol preserva este equilíbrio. A interrupção

abrupta desmascara as respostas adaptativas ao uso crónico de etanol, resultando em hiperatividade do SNC.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini III 9:15 - 10:45

CC103

1678 ‘LEVANTA-TE E ANDA’ - HIDROCEFALIA DE PRESSÃO NORMAL COM REVERSIBILIDADE PARCIAL APÓS ANOS DE EVOLUÇÃO

João Freitas Silva, Ana de Carmo Campos, Isabel Cruz Carvalho, Sara Sarmento, Marco Ribeiro Narciso, Teresa Fonseca

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte - Hospital Pulido Valente - Medicina III

Introdução: A hidrocefalia de pressão normal (HPN), traduzida num aumento dos ventrículos e pressão de abertura normal na punção lombar sem evidência de obstrução no trajeto do líquido cefaloraquidiano num doente com clínica compatível, é um diagnóstico raro, com incidência estimada de 2 a 20 casos/milhão/ano. A tríade clássica de apresentação de demência, alterações da marcha e incontinência urinária deverá induzir um alto índice de suspeita desta causa de demência, tendo em conta um potencial de reversibilidade, que é maior nos doentes com clínica menos de 6 meses de evolução e menor severidade de sintomas.

Caso clínico: Doente de 55 anos, angolano, ex-futebolista profissional, com antecedentes de alcoolismo, hipertensão e doença vascular cerebral com status pós-AVC isquémico em 2015 (território da ACM Direita), admitido na Unidade de AVC por quadro súbito de disartria e disfagia para líquidos, admitido como no contexto de AVC agudo. NIHSS 7 à admissão. Apresentava quadro de tetraparésia espástica e disartria moderada, com descrição de anos de evolução e progressão insidiosa, encontrando-se institucionalizado e parcialmente dependente, sem suporte familiar, com necessidade de apoio na gestão das suas atividades de vida diárias, embora capaz de marcha antes da admissão. TC-CE “sem alterações sugestivas de lesões isquémicas ou hemáticas de novo. Lacunas nucleocapsulares bilaterais, marcada leucoaraiosis periventricular. Atenuação dos sulcos da alta convexidade e ectasia do sistema ventricular”. Durante o início do internamento, regista-se recuperação da disartria e disfagia. Contudo, manteve quadro de lentificação psicomotora e compromisso cognitivo, assim como dificuldade da marcha pela tetraparésia espástica. Realizou 2 punções lombares com saída de 30mL LCR (pressões de abertura de 28 e 25 cmH₂O), com

melhoria clínica significativa (MMSE 13-> 23 e TUG 3->1.5min). Foi proposto e aceite para colocação de Derivação Ventrículo-Peritoneal, que decorreu sem intercorrências, tendo posteriormente alta mantendo reabilitação motora em ambulatório e restabelecendo contacto com a família em angola, da qual estava alheado.

Discussão: Trata-se de um caso de HPN com anos de evolução e compromisso cognitivo, em doente com comorbilidades conhecidas associadas a demência, confundidores do diagnóstico. Apesar da evolução de longa data, a melhoria clínica transitória após PL suportou a proposta de intervenção neurocirúrgica. A história e avaliação clínica minuciosa assim como o elevado índice de suspeita com trial terapêutico em caso de dúvida pode ser determinante no prognóstico destes raros doentes.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini III 9:15 - 10:45

CC104

1502 DESAFIO DIAGNÓSTICO NUM DOENTE COM DEMÊNCIA RAPIDAMENTE PROGRESSIVA

Ana Filipa Pires, Ana Ferreira Pacheco, Ana Areia Reis, Filipa Leal, Teresa Martins Mendes, Vítor Fagundes, Mari Mesquita

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

As demências rapidamente progressivas constituem um desafio diagnóstico pelo comprometimento cognitivo, comportamental, psicológico, motor e social. O diagnóstico diferencial deve incluir distinção das causas reversíveis e irreversíveis (causas degenerativas, inflamatórias, neoplásicas e metabólicas).

Os autores apresentam o caso clínico de um homem de 41 anos, com hipertensão arterial, dislipidemia, consumo de 60 g/álcool dia, admitido no Serviço de Urgência por instalação progressiva de desequilíbrio na marcha no último mês e declínio cognitivo a condicionar limitação da realização nas atividades de vida diárias com dois meses de evolução. Objetivamente: vigil, orientado, com movimentos oculomotores decompostos, mas sem limitação, discreto nistagmo horizontal, disartria ligeira, postura distónica do MSE e MIE, que fica em inversão plantar e inversão, com tónus de difícil avaliação pela distonia e movimentos mioclónicos do hemisfério esquerdo. Analiticamente: sem alteração de marcadores inflamatórios, ionograma, função renal ou hepática ou amónia. TC crânio-encefálico sem alterações. Admitido para investigação

etiológica de declínio cognitivo e motor rapidamente progressivo. Estudo analítico: Vit B12, ácido fólico, função tiroideia normais; proteinograma sem picos monoclonais, sem elevação das cadeias kappa ou lambda, VDRL negativo, serologias para HIV, HCV, HBV, Rickettsia, Borrelia burgdorferi negativas, sem elevação de IgA IgG e IgM, ANAs e ANCAs ;sem consumo de complemento; Fator reumatoide, Fatores anti núcleo negativos, B2 glicoproteína e anticardiolipina negativos. EEG com frequências mistas, predominantemente lentas. RMN com Hipersinal difuso e simétrico dos núcleos caudados e putamen, com atingimento sobretudo da vertente anterior, ao qual se associa hipersinal cortical difuso nas regiões fronto-parietais à direita. Perante estes resultados, foi colocada suspeita de Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ). LCR com pesquisa de proteína 14-3-3 positiva. Durante internamento manteve agravamento rápido do estado neurológico e faleceu 1 mês após o diagnóstico. Aguarda resultado de anatomia patológica. Todas as medidas de preparação da família e preparação do cadáver foram programadas.

A DCJ é uma doença priónica neurodegenerativa e progride inexoravelmente assim que os sintomas clínicos aparecem. Apesar de rara, deve ser equacionada nos quadros demenciais rapidamente progressivos. O caso clínico supracitado constitui uma DCJ provável, de acordo com os critérios clínicos propostos pelos Centers for Disease Control and Prevention (CDC), demência progressiva, sintomas cerebelosos e extrapiramidais, associado a alterações do EEG e hiperintensidade nos gânglios da base na difusão na RMN, tendo sido excluídas as principais causas de demências, tóxicas, metabólicas e infecciosas.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini III 9:15 - 10:45

CC105

1989 UMA TETRAPARÉSIA (IN) EXPLICÁVEL

Ana Ponciano, Ana Margarida Cabral, José Leite, Célio Fernandes

Serviço Medicina 2, Centro Hospitalar de Leiria

Introdução:

A sarcoidose ocorre geralmente na 4ª ou 5ª décadas de vida, frequentemente com atingimento pulmonar. Contudo, pode envolver o sistema nervoso e, apesar de raro, existem relatos de neuropatia associada, que se caracteriza por neuropatia sensitivo-motora, de progressão distalo-

proximal e que pode mimetizar outras neuropatias como a Síndrome de Guillain-Barré.

Caso clínico:

Os autores apresentam um caso de um homem de 43 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 com 3 anos de evolução e bom controlo metabólico, admitido em internamento por quadro de tetraparésia com 1 semana de evolução e de agravamento progressivo. Sem história de infecção prévia recente ou outras queixas antes do início do quadro. A observação neurológica apresentava tetraparésia grau 4, simétrica e de predomínio proximal, disfonia e disfagia, sem alterações da sensibilidade termo-álgica mas da propriocepção; hiporreflexia generalizada com marcha instável, de base alargada, mas sem dismetria na prova dedonariz. Do estudo complementar realizado, punção lombar sem alterações, serologias negativas, destacando-se apenas doseamento sérico elevado da enzima conversora de angiotensina, sem alterações no estudo imagiológico do neuroeixo ou electroencefalograma. A electromiografia dos membros superiores e inferiores foi compatível com polineuropatia sensitivo-motora adquirida. A tomografia computadorizada de tórax identificou a presença de múltiplas adenopatias mediastínicas, tendo sido submetido a mediastinoscopia, cuja histologia confirmou o diagnóstico de sarcoidose. Iniciou tratamento com corticoide e verificou-se melhoria progressiva. No follow-up aos 6 meses já apresentava melhoria da força muscular conseguindo caminhar sem necessidade de auxiliares de marcha.

Discussão:

Não existe até ao momento nenhuma terapêutica definitiva para a neurosarcoidose. No entanto, a corticoterapia constitui a base de tratamento e, mais recentemente, o recurso a outros imunomoduladores tem revelado resultados animadores. Existem também a possibilidade de remissão espontânea, mas encontra-se restrita a escassos relatos de caso. O envolvimento do sistema nervoso central acarreta pior prognóstico que o envolvimento periférico. No entanto, esta patologia necessita de um elevado grau de suspeição clínica para diagnóstico e tratamento atempados e adequados.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini III 9:15 - 10:45

DOENÇAS ONCOLÓGICAS

CC070

59 ANEMIA MICROANGIOPÁTICA PARANEOPLÁSICA

Inês Albuquerque, Inês Nogueira Costa, Iolanda Vieira, Manuela Dias, Jorge Almeida
Centro Hospitalar e Universitário São João

Introdução: A anemia hemolítica microangiopática (AHMA) paraneoplásica é rara e a sua fisiopatologia está mal esclarecida. Caracteriza-se pela presença de anemia hemolítica não imune, trombocitopenia e esquizócitos no esfregaço de sangue periférico o que condiciona um desafio diagnóstico com púrpura trombocitopénica trombótica (PTT), com implicações na decisão de início de permuta plasmática (PEX), uma terapêutica urgente e que muda dramaticamente o prognóstico da PTT.

Caso Clínico: Mulher, 56 anos de idade, com antecedentes de exérese de nódulo benigno da mama esquerda aos 17 anos e patologia depressiva.

Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por astenia e dispepsia com um mês de evolução. Ao exame objetivo, apenas era notória palidez cutaneomucosa. Do estudo realizado, sobressaía anemia (Hb 6,1 g/dL) hemolítica (LDH 692 U/L) com prova de coombs direta negativa e plaquetas $44 \times 10^9/L$ com presença de raros esquizócitos. O estudo da coagulação, D-dímeros, cinética do ferro, vitamina B12, ácido fólico e função renal eram normais. Foi transfundida e ficou internada para estudo.

No internamento, foi confirmada ausência de sintomas oftalmológicos, dor articular e toracalgia. Ao exame objetivo, foi identificada inversão do mamilo esquerdo, que a doente associava à cirurgia mamária prévia. Referiu ter aumento do volume mamário bilateral mas que recionava com aumento ponderal. Dada a possibilidade de PTT, iniciou PEX e corticoterapia. Iniciou paralelamente estudo de causas secundárias de AHMA, dada a atipia do quadro.

O doseamento da atividade da ADAMTS13 era normal. Todo o estudo auto-imune foi negativo, bem como estudo de infeções por CMV, Epstein Baar, Parvovirus B19. Realizou extenso estudo imagiológico: endoscopia digestiva alta e baixa; observação ginecológica; tomografia axial

computorizada toraco-abdomino-pélvica que revelou adenomegalias axilares esquerdas; mielograma que foi inconclusivo; mamografia que mostrava achados que se podiam enquadrar com os antecedentes cirúrgicos, embora justificassem caracterização por ecografia. A ecografia identificou dois nódulos suspeitos na mama esquerda que foram biopsados. O resultado do estudo anatomo-patológico foi de carcinoma invasor. Foi também realizada biópsia de gânglio linfático axilar ipsilateral, que apresentava evidência de metastização. O restante estadiamento revelou metastização óssea difusa. Iniciou terapêutica com palbociclib e anastrozol que resultou na normalização do hemograma. Posteriormente realizou mastectomia.

Discussão: Qualquer neoplasia pode causar AHMA. Está bem estabelecido que associação de AHMA ao diagnóstico de neoplasia, confere pior prognóstico com uma mortalidade 50% aos 30 dias e 95% aos 2 anos. O início célere de quimioterapia parece ser eficaz a controlar a doença, pelo que devemos estar alerta para o seu diagnóstico precoce.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini III 9:15 - 10:45

CC071

269 CARCINOMA NEUROENDÓCRINO DA AMÍGDA LA FARÍNGEA: UM DIAGNÓSTICO POUCO FREQUENTE

Arsénio Barbosa, Miguel Relvas, Catarina Ferreira, Sara Araújo, António Vieira-Lopes, Jorge Almeida
Centro Hospitalar São João

Introdução: Os tumores neuroendócrinos são um grupo heterogêneo de neoplasia que diferem entre si de acordo com o seu comportamento biológico, histologia e resposta ao tratamento, podendo ser bem ou mal diferenciados, levando a implicações no diagnóstico e tratamento.

Caso clínico: Apresenta-se o caso clínico de um homem de 65 anos, com história relevante de diabetes mellitus tipo 2 insulinotratado, com mau controlo metabólico sem lesão de órgão-alvo conhecida, hipertensão essencial e fibrilhação auricular permanente hipocoagulado, sem história familiar de neoplasia. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de tumefação cervical direita, dura, de consistência pétrea, não móvel e indolor à palpação, associada tosse seca com um mês de evolução. Negada febre, dispneia, hipersudorese noturna, perda de peso ou queixas gastrointestinais. O estudo analítico, a radiografia

de tórax e a gasometria arterial feitos à admissão não mostraram alterações. Foi internado no Serviço de Medicina Interna para estudo de massa cervical.

Para caracterização da massa cervical, realizou biópsia cujo resultado anatomo-patológico revelou tumor neuroendócrino de alto grau de pequenas células com expressão de sinaptofisina e factor de transcrição da tiróide (TTF-1). Para localização do tumor primário, foi pedido TAC cervico-toraco-abdomino-pélvico (CTAP) e discutido resultado da imunohistoquímica com Anatomia Patológica, concluindo-se que não é sugestiva de um tumor primário em específico, uma vez que para além de expressão pulmonar, em também expressão extrapulmonar significativa neste tipo de tumores. O TAC-CTAP revelou conglomerado adenopático lateral ao lobo direito da tiróide com cerca 6,5x4cm associada a adenomegalias latero-cervicais, mediastínicas e hilares direitas, sem outras alterações de relevo. O estudo endoscópico alto e baixo foi normal. Por ginecomastia esquerda foi realizada ecografia mamária que não mostrou nódulos ou lesões suspeitas. Por fim, pedida tomografia com emissão de positrões (PET), revelando hipermetabolismo a nível da amígdala faríngea direita, sugestiva de neoplasia primária, bem como adenopatias cervicais, mediastínicas e hilares direitas. Foi excluída metastização cerebral em TAC-cerebral.

Foi apresentado em reunião de Grupo Oncológico Cabeça e Pescoço, tendo sido proposto para amigdalectomia cujo resultado anatomo-patológico foi compatível com tumor neuroendócrino primário da amígdala faríngea direita e posterior decisão de quimioterapia com carboplatina e ectoposídeo. Foi orientado para consulta de Oncologia Médica para seguimento.

Discussão: Este caso pretende demonstrar o workup diagnóstico de uma neoplasia neuroendócrina de alto grau rara e de localização pouco frequente com a interdisciplinaridade que acarreta.

25 DE MAIO DE 2019**Sala Gemini III 9:15 - 10:45****CC072****139 EOSINOFILIA: QUANDO A SUSPEITA SE TORNA UM MAU PRENÚNCIO.**

Rita Calixto, Ana Luísa Oliveira, Joana Lima, Quintino Biague, Pedro Costa, José Vaz

Unidade Local do Baixo Alentejo - Hospital José Joaquim Fernandes, Beja

A eosinofilia está vastamente associada a doenças infecciosas, alérgicas, do tecido conjuntivo e de distúrbios de hipersensibilidade. Já a eosinofilia paraneoplásica é um achado pouco frequente usualmente associado a tumores sólidos e/ou hematológicos. O mecanismo fisiopatológico não é totalmente conhecido, apesar de ser conhecido o envolvimento de vários fatores de crescimento.

Os autores apresentam dois casos de eosinofilia paraneoplásica: no primeiro caso, um doente de 54 anos de idade do sexo masculino recorre ao Serviço de Urgência por um quadro de dispneia súbita, perda de peso não quantificada nos últimos 5 meses e astenia. A radiografia de tórax evidenciou uma opacidade nos 2/3 superiores do hemitórax direito; o controlo analítico evidenciou uma eosinofilia de 14.300 microL (NA - Número Absoluto). Durante o internamento realizou uma tomografia computadorizada de tórax e uma broncofibroscopia que não mostraram sinais diretos de tumor. Apesar da ausência de diagnóstico neoplásico definitivo, a eosinofilia aumentou até 18.800 microL (NA), pelo que foi considerada a hipótese de iniciar tratamento oncodirigido, assumindo-se uma lesão tumoral pulmonar não caracterizada. Assistiu-se no entanto a um agravamento clínico que impossibilitou a realização de tratamento, tendo o doente falecido após 19 dias de admissão hospitalar.

O segundo caso é o de um homem de 60 anos de idade com diagnóstico prévio de Adenocarcinoma do Cólon, já tratado e em vigilância em consulta de Oncologia, sem evidência de progressão da doença. Objetivou-se uma eosinofilia de 4800/microL numa avaliação analítica de controlo. Foram descartadas todas as outras causas de eosinofilia no doente e observou-se recorrência da doença de base. Iniciou-se terapêutica oncodirigida e a eosinofilia foi oscilante durante o tratamento, suspenso ao 3º ciclo por deterioração clínica que motivou internamento. O doente faleceu 2 semanas após a descontinuação do tratamento.

A eosinofilia secundária a tumores sólidos é um

achado raro, mas usualmente é sinal de doença maligna num estadio avançado ou de progressão de uma doença neoplásica prévia, com muito mau prognóstico no momento do diagnóstico.

25 DE MAIO DE 2019**Sala Gemini III 9:15 - 10:45****CC073****41 ALTERAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA: EM BUSCA DO CULPADO**

Marta Ilharco, Carla Maravilha, Laura Moreira, Maria do Carmo Fevereiro, Fátima Lampreia

CHULC - Hospital de S. José

A alteração do estado de consciência é comum na prática clínica e trata-se de uma emergência médica. Tendo em conta as suas múltiplas causas, desde alterações do sistema nervoso central a patologia metabólica, infecciosa ou tóxica, uma boa história clínica é essencial para a determinação e tratamento da causa. Paralelamente se destaca a importância do exame objetivo. Este trabalho pretende apresentar um caso com um diagnóstico final pouco comum neste contexto, por forma a ressaltar a necessidade de conduzir uma investigação detalhada e metódica.

Mulher de 61 anos, autónoma, com diagnóstico prévio de síndrome depressivo, agorafobia e anemia por défice de ferro e vitamina B12 pouco estudada no passado. Trazida ao serviço de urgência (SU) após ser encontrada pela filha deitada na cama, em más condições de higiene, com discurso lento e pouco perceptível. Havia também referência a quadro de vômitos matinais diários com 2 meses de evolução, com anorexia não seletiva, perda ponderal estimada em 10Kg e delírio. À chegada salientamos Glasgow 9, com rigidez acentuada, sem sinais focais ou outras alterações, temperatura 34°C, avaliação laboratorial com anemia microcítica (Hemoglobina 8.7 g/dL), radiografia de tórax, eletrocardiograma e TC-CE sem alterações. Verificou-se ainda durante a permanência no SU, aumento de volume do membro inferior esquerdo com sinais inflamatórios, tendo realizado Doppler venoso a demonstrar TVP femoral. Em internamento foi realizado estudo extenso, nomeadamente avaliação analítica com défice menor de vitamina B12 e anticorpos para doença celíaca negativos, serologias virais e C. tetani negativas, punção lombar sem alterações de relevo e RMN-CE a demonstrar enfartes agudos em topografia parietal externa direita e occipital externa homolateral, que não explicavam o quadro clínico. Foi ainda pedida Angio-TC toraco-abdomino-pélvica por dessaturação periférica e taquicardia persistente, tendo-se identificado TEP bilateral

de predomínio à direita, sem outras alterações. A doente foi progressivamente recuperando o estado de consciência com terapêutica de suporte, sem evidenciar sinais focais ou sintomatologia específica de órgão. Tendo em conta estado de hipercoagulabilidade e alteração do estado de consciência, bem como anemia há vários anos, foi pedida endoscopia digestiva alta com biópsias que revelaram adenocarcinoma gástrico tubular, intestinal, moderadamente diferenciado, aparentemente sem metastização à distância. O caso foi discutido com a Cirurgia Geral, transferindo-se a doente para esta enfermaria para tratamento cirúrgico, encontrando-se em Glasgow 15 à data de transferência.

A alteração do estado de consciência constitui um mundo de diagnósticos diferenciais complexos e, portanto, se a causa não for encontrada nos mais comuns, deve ser procurada uma causa mais infrequente. É imperioso fazer um bom exame objetivo e criteriosa seleção de exames complementares de diagnóstico, garantindo o melhor encaminhamento do doente.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini III 9:15 - 10:45

CC074

110 A NEOPLASIA PULMONAR MASCARADA

Joana Almeida Calvão, Mónica Dinis Mesquita, Mariana Conde, Fernando Salvador, Paula Vaz Marques

Serviço de Medicina Interna do Hospital de Vila Real - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: A osteoartropatia hipertrófica caracteriza-se pelo desenvolvimento de hipocratismo digital, periostose e artrite de ossos longos, e está associada quer a distúrbios hereditários primários, quer a distúrbios secundários por patologias pulmonares ou cardíacas crónicas que condicionam hipoxia periférica. Há também descrições da sua associação às neoplasias pulmonares, sendo uma possível manifestação paraneoplásica.

Caso Clínico: Sexo masculino de 71 anos, autónomo, com antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 2, hiperplasia benigna da próstata e síndrome de apneia obstrutiva do sono, encaminhado para a Consulta Externa de Medicina Interna para estudo de artralguas inflamatórias. Referia gonalgia inflamatória com 12 meses de evolução com progressivo aumento até franca limitação funcional e um episódio autolimitado de tosse hemoptoica. Objetivamente com evidência de face rugosa e

seborreica, hipocratismo digital nos dedos das mãos e pés, sem outras alterações relevantes. Aportava estudo prévio com tomografia computadorizada (TC) da perna direita com derrame articular femorotibial, reação periosteal circunferencial metafisária e diafisária da tibia, questionando a possibilidade de osteoartropatia hipertrófica secundária. Completou estudo com perfil analítico com discreto aumento da fosfatase alcalina (229 U/L) mas sem outras alterações relevantes, provas funcionais respiratórias compatíveis com DPOC GOLD 2 Grupo A, TC toraco-abdomino-pélvio que descreveu volumosa lesão nodular no lobo superior do pulmão direito, sugestiva de neoformação, com duas lesões idênticas no lobo inferior do pulmão esquerdo. Prosseguiu com biópsia pulmonar transtorácica com anatomia patológica compatível com adenocarcinoma invasor de padrão acinar e tomografia por emissão de positrões com fixação do radiofármaco em densificações pulmonares bilateralmente e na glândula suprarrenal esquerda, suspeita de estar em relação com envolvimento secundário. Discutido em Reunião de Grupo Multidisciplinar, tendo-se decidido terapêutica quimioterápica paliativa com perimetrexado e carboplatina.

Discussão: A osteoartropatia hipertrófica secundária a neoplasias pulmonares é mais frequentemente associada ao adenocarcinoma pulmonar, seguindo-se o carcinoma de pequenas células. A sua fisiopatologia permanece pouco definida, havendo várias hipóteses relativamente à sua origem. O tratamento sintomático com anti-inflamatórios não esteroides ou outros analgésicos facultava alívio sintomático significativo e o tratamento da patologia subjacente permite, na maioria dos casos, a regressão das manifestações clínicas. Quando a sintomatologia é refratária, pode ser equacionado o tratamento com pamidronato e ácido zolendróico.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini III 9:15 - 10:45

CC075

116 ESTOU A CEGAR...O QUE É QUE TENHO?

Tânia Batista, João Mendes, Paula Manuel, António Correia

Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Introdução:

A neoplasia oculta é um problema diagnóstico cada vez mais frequente nas enfermarias de Medicina Interna. Torna-se fundamental a

realização de uma história clínica completa e de um exame físico detalhado por forma a ajudar a orientar a investigação etiológica. O quadro clínico é habitualmente dominado pelas localizações secundárias, embora muitos doentes apenas apresentem sinais sistémicos de doença tais como astenia, anorexia e perda ponderal.

Caso clínico:

Homem, 73 anos. Antecedentes de neoplasia da próstata há 8 anos. Sem medicação crónica. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por quadro, com 2 meses de evolução, de cefaleia intensa temporo-parietal esquerda, otalgia e diminuição da acuidade visual no olho esquerdo. À admissão no SU, exame neurológico sem alterações, salientando-se a presença de proeminência parietal esquerda e lesão séssil retroauricular. Do estudo complementar realizado destacava-se TC-CE com extensa destruição da calote craniana temporo-parietal esquerda, envolvendo a parede da órbita, o esfenoide e o rochedo temporal ipsilaterais, coexistindo componente de tecidos moles com expressão epicraniana e extra-axial, o conjunto sendo compatível com metástases ósseas ou eventual mieloma múltiplo; radiografia do tórax com nódulo pulmonar esquerdo. Internado para estudo de neoplasia oculta. Foi pedida colaboração de Urologia que excluiu etiologia em relação com carcinoma da próstata. Das análises realizadas salientava-se a presença de anemia normocrómica/normocítica, hipercalcemia, proteinograma sem picos sugestivos de monoclonalidade e imunoeletroforese sérica e urinária sem bandas monoclonais. Realizou biópsia medular que excluiu evidência de medula hematopoética ou de infiltração por células estranhas de origem plasmocitária ou epitelial. Realizou TC-toraco-abdomino-pélvica que mostrou volumosa massa no lobo inferior do pulmão esquerdo, múltiplos nódulos pulmonares e volumosa lesão da grelha costal direita (6.º e 7.º arcos costais). Foi solicitada realização de broncofibroscopia e biópsia percutânea de lesão da grelha costal direita. Foi observado por ORL que realizou biópsia da lesão retroauricular. O resultado histológico de ambas as biópsias foi de carcinoma epidermóide presumindo-se como diagnóstico provável neoplasia do pulmão estadio IV. Repetiu TC-CE pelo agravamento progressivo da acuidade visual objetivando-se lesão no interior da órbita esquerda, com compressão do nervo ótico. Foi orientado para Pneumologia com indicação para radioterapia craniana urgente.

Discussão:

Perante a suspeita de neoplasia oculta, a abordagem diagnóstico é sempre um desafio, não só pelas particularidades inerentes a cada doente, mas

também pela diversidade de formas de apresentação e pela dificuldade na interpretação de alguns dos exames complementares de diagnóstico.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini III 9:15 - 10:45

CC076

140 PRURIDO: QUANDO O BANAL SE TORNA TEMIDO.

Rita Calixto, Ana Luísa Oliveira, Joana Lima, Pedro Costa, José Vaz.

Unidade Local do Baixo Alentejo - Hospital José Joaquim Fernandes, Beja

O prurido é uma associação possível de malignidade, descrita há décadas, em especial nas neoplasias do foro hemato-oncológico e das vias biliares. Após descartar patologia do foro dermatológico, é necessária a pesquisa de doença linfoproliferativa. Uma das características do prurido paraneoplásico, secundário a presença de uma neoplasia subjacente, é a sua resolução após tratamento oncodirigido.

Os autores apresentam um caso de um doente do sexo masculino, de 70 anos de idade, apenas com antecedentes de Diabetes mellitus tipo 2 Insulino-tratado, que recorreu ao serviço de urgência por um quadro de prurido incoercível e refratário a terapêutica antihistamínica, com 1 mês de evolução. O doente apresentava apenas lesões de coceira, sem sobreinfecção ou outras lesões dermatológicas suspeitas. Apurou-se também na história pregressa do doente um quadro de astenia e anorexia com perda de 10kg de peso nos últimos 5 meses, com febre e sudorese noturna intermitente, ultrapassando os 39°C de temperatura axilar. Ao exame objetivo encontrava-se vígil, orientado e colaborante, pálido mas hidratado, sem icterícia. Não se evidenciaram alterações à auscultação cardiopulmonar, organomegalias abdominais ou edemas. Não se identificaram adenopatias em nenhuma das cadeias palpáveis. Realizou tomografia computadorizada torácica, abdominal e pélvica que mostrou "hepatoesplenomegália, múltiplas adenopatias intra e retroperitoneais, supra e infra-diafragmáticas; gânglios linfáticos inespecíficos mediastínicos, espaço pré-vascular e paratraqueais retrocavos". Por não apresentar adenopatias palpáveis, foi submetido a mediastinoscopia com biópsia ganglionar que permitiu o diagnóstico de Linfoma de Hodgkin. Até iniciar tratamento oncodirigido o prurido manteve-se, com necessidade de tratamento com gabapentina (300mg) e mirtazapina (7.5mg)1, com redução parcial das queixas e suspensão da corticoterapia tópica e oral. O doente iniciou

terapêutica oncodirigida (R-CHOP) cerca de uma semana após o diagnóstico histológico, com boa tolerância até à data e resolução completa das queixas de prurido.

O prurido paraneoplásico é caracteristicamente aquele que decorre da progressão natural da doença hemato-oncológica e que resolve após terapêutica dirigida ao tumor. Face ao doente que se apresenta com prurido persistente de etiologia inexplicável, é importante considerar os vários diagnósticos diferenciais e realizar uma história clínica detalhada.

25 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini III 9:15 - 10:45

CC077

315 METASTIZAÇÃO ÓSSEA COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE CHC - CASE REPORT

Mário Ferraz, Paulo Iacomini, Mariana Popovici, Jorge Fernandes, Matilde Fraga, Claudina Cruz, André Goulart, Rui Barata, Vera Bernardino, Claudia Mihn, Ana Catarina Rodrigues, Eunice Patarata, Catarina Pereira, António Panarra

Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital Curry Cabral

Introdução

A incidência do carcinoma hepatocelular tem aumentado (1-2% de todos os diagnósticos de neoplasia, maior na Ásia e na África dada a elevada prevalência de vírus hepatotrópicos), sendo considerada a 3ª causa mais comum de mortalidade associada a neoplasia. Apesar de frequentemente associada a cirrose hepática, pode surgir na ausência de um factor de risco definido em até 5% dos casos.

Apenas 5 a 15% dos doentes se apresentam com metastização na altura do diagnóstico, sendo os locais mais comuns o pulmão (45%), nódulos linfáticos e o osso (13-16%). Este local de metastização tem prognóstico reservado com sobrevida mediana de 1 a 2 meses.

A metastização óssea como manifestação inaugural de CHC é rara, existindo escassos casos clínicos descritos na literatura, com 1 artigo de revisão mencionando uma incidência de 0,9%.

Este caso clínico destaca-se pela apresentação rara de uma neoplasia comum, demonstrando

a pertinência de uma investigação etiológica extensa, excedendo uma abordagem inicial focada no comum.

Caso clínico

Doente de 74 anos, género masculino, leucodérmico, com história de diabetes mellitus tipo 2 medicado e controlado em ambulatório. Apresenta-se no serviço de urgência por tumefacção da clavícula direita com 1 mês de evolução associado a febre vespertina. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios, realizou tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica a revelar massa claviclar direita de 6cm de maior diâmetro, com destruição acromio-clavicular e lesões sugestivas de metastização hepática. É internado para esclarecimento diagnóstico.

Durante o internamento realizou ressonância magnética: lesão neoformativa acromioclavicular direita de características invasivas com destruição óssea adjacente; Ecografia da tiroide sem alterações; Cintigrafia óssea não conclusiva; Avaliação analítica apenas com elevação da beta-2-microglobulina; Exames endoscópicos sem alterações; Microbiópsia ecoguiada claviclar direita a revelar metastização de carcinoma hepatocelular CAM5.2 +, Hepar 1 +. Discutido em reunião multidisciplinar, sem indicação para terapêutica curativa, sendo proposto para apoio por Medicina Paliativa. Após alta não apresentou status funcional para quimioterapia, vindo a falecer 35 dias após diagnóstico histológico

Discussão

A metastização óssea do carcinoma hepatocelular não só é rara, como também agressiva, não existindo uma abordagem bem definida. De salientar apresentarem-se apenas 24 casos descritos na literatura até Outubro de 2017, sendo que nenhum reportou localização claviclar da metastização. A quimioterapia com sorafenib parece melhorar a sobrevida média, mas requer status funcional adequado para tal. Este caso clínico, embora infrequente, demonstra a necessidade de uma marcha diagnóstica metodológica e cuidada para uma correcta orientação terapêutica, salientando a importância de uma abordagem multidisciplinar para tal, sempre com foco e apoio na Medicina Interna

25 DE MAIO DE 2019**Sala Gemini III 9:15 - 10:45****CC078****154 PARA ALÉM DA RABDOMIÓLISE... UM VERDADEIRO DESAFIO AO INTERNISTA**

Ana Beatriz Amaral, Cláudia Rodrigues, Luís Dias
 Serviço de Medicina Interna do Hospital do Divino Espírito
 Santo de Ponta Delgada

INTRODUÇÃO: O caso clínico que se apresenta, representa uma raridade na literatura, e um desafio para o internista, em que as queixas da doente associadas a uma determinada manifestação clínica, levaram a um diagnóstico principal inesperado.

CASO CLÍNICO: Mulher de 69 anos, caucasiana, reformada de auxiliar de educação, recorreu ao serviço de urgência por lombalgia bilateral de intensidade 4/10 e quadro com cerca de um mês de evolução, de perda de força generalizada, tendo condicionado um estado de dependência moderado (65 pontos na Escala de Barthel). Dos antecedentes pessoais destacava-se: diabetes mellitus tipo 2; hipertensão arterial; doença cérebro-vascular sem sequelas – AVC isquémico aos 65 anos; bócio; dislipidemia. Estava medicada com paroxetina 20mg id e idebenona 45mg 2id e suplemento alimentar com magnésio cerca de 2 semanas antes, por “Depressão”. Restante terapêutica: perindopril/indapamida 4/1,25mg id; AAS 100 mg id; atorvastatina 20mg id; metformina/sitagliptina 1000/50mg 2id. Ao exame objetivo, de relevo: apirética; tetraparésia simétrica grau IV, sem alterações da sensibilidade. Lassêgue e Murphy renal negativos. Analiticamente com creatina-cinase (CK) de 5078 U/L; sem anemia, sem disfunção renal e com parâmetros inflamatórios normais. Após 24h na urgência, a cumprir fluidoterapia, a rabdomiólise permaneceu sobreponível, e a doente foi internada para estudo, com suspensão da estatina. A história clínica e o exame físico exaustivos eram inocentes, para além da tetraparésia. Manteve valores de CK sempre elevados. Da investigação: fez TC lombar que mostrou alterações osteodegenerativas; eletromiografia que confirmou miosite. O restante estudo sistematizado, com autoimunidade (perfil para miosites), serologias víricas, TC tóraco-abdomino-pelvico, endoscopia, tomografia por emissão de positrões – permitiu o diagnóstico de adenocarcinoma tubular do corpo/antro gástrico, com invasão local e provável metástase renal (estadio IV, T3N+). Assumiu-se o diagnóstico de miosite paraneoplásica e a doente foi referenciada à equipa multidisciplinar de Cirurgia Geral e Oncologia e, posteriormente, para seguimento em Cuidados Paliativos. Iniciou corticoterapia e fisioterapia, mas sem alívio sintomático da tetraparésia,

com degradação progressiva do estado geral. Curiosamente, 5 meses depois, mantém-se sem anemia e sem queixas dispépticas.

DISCUSSÃO: A miosite é uma doença autoimune rara, que pode ter uma etiologia paraneoplásica, estando mais frequentemente associada ao linfoma não-Hodgkin, a neoplasias pulmonares ou da bexiga, e com menos frequência, associada à neoplasia gástrica. Clinicamente manifesta-se por progressiva perda de força muscular, de forma simétrica, no período de semanas ou meses, associada a elevação da CK. A associação de neoplasia com miosite piora o prognóstico da neoplasia, sendo fundamental para a redução da morbi-mortalidade o seu diagnóstico precoce.

26 DE MAIO DE 2019**Sala Gemini I 9:15 - 10:45****CC083****2138 O QUE É ISTO? LINFOMA PLASMABLÁSTICO COM ENVOLVIMENTO MAMÁRIO**

Ana Carvoeiro, Alexandra Esteves, Susana Barbosa,
 Paula Felgueiras, Diana Guerra, Carmélia Rodrigues
 Unidade Local de Saúde do Alto Minho

INTRODUÇÃO: O linfoma plasmablástico (LPB) é um linfoma de células B raro, com uma evolução clínica agressiva e prognóstico desfavorável, descrito, pela primeira vez em 1997, como uma lesão da cavidade oral em indivíduos VIH positivos, que representam cerca de dois terços dos doentes. De acordo com a literatura, a localização preferencial do LPB corresponde à cavidade oral, quando em doentes VIH positivos, e o envolvimento extra-oral ocorre mais frequentemente em casos de doentes VIH negativos. As características clinicopatológicas têm sido amplamente estudadas, contudo o seu diagnóstico e terapêutica constituem desafios ainda atuais. **CASO CLÍNICO:** Mulher 71 anos, VIH negativa. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por astenia, dispneia para pequenos esforços, rinorreia e esporádicos acessos de tosse seca e hipersudorese noturna com duas semanas de evolução. Cerca de 2 meses antes, teria notado nódulo duro nos quadrantes inferiores da mama esquerda, com mamografia e ecografia mamárias de ambulatório inocentes. Ao exame objetivo, doente taquipneica, com temperatura auricular de 37,1º, à auscultação pulmonar murmúrio vesicular diminuído em todo o hemitórax direito (DRT); palpado nódulo duro, aderente aos tecidos, com 3 cm maior eixo na mama esquerda. Ao estudo analítico, sem alterações de relevo, salientando-se serologias víricas e VIH negativos. Realizou

RX de tórax que revelou derrame pleural de grande volume à direita. O TC de tórax efetuado mostrou massa hipercaptante de 4 cm na região inframamária esquerda, implantes direitos pleurais difusos, importante derrame pleural direito com atelectasia do lobo médio e inferior DRT. Verificado também conglomerado adenopático subcarinal e paraaórtico. Realizada toracocentese de diagnóstico e evacuadora de líquido serohemático, assim como ecografia e mamografia mamárias (BI-RADS 4c). Ao TC abdominal e pélvico, de realçar a presença da lesão mamária já descrita, identificando-se também metástases pleurais à DRT e ganglionares retrocardíacas. O exame imunocitoquímico revelou expressão intensa e difusa de células neoplásicas para CD45, BCL2, MUM1 e CD138 e ausência de expressão para MNF116, CD20, Pax5, sendo o diagnóstico compatível com neoplasia linfóide de características plasmacíticas, mais concretamente, LPB. Neste momento, doente em tratamento no IPO do Porto, para LPB estadio IV – B, com envolvimento mamário, pleural e ganglionar. DISCUSSÃO: O LPB é um tipo de linfoma de difícil diagnóstico, cujo tratamento ainda não se encontra padronizado, com prognóstico reservado associado. Destacamos, assim, a importância do caso apresentado, por corresponder a uma entidade rara, sendo este inclusivé das primeiras descrições na literatura de LPB em doentes VIH negativos, com envolvimento mamário.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini I 9:15 - 10:45

CC084

45 MENINGITE CARCINOMATOSA COMO CAUSA DE COMA NÃO ESCLARECIDO

Manuel Toscano, Ana Isabel Pedroso
Hospital de Cascais

A meningite carcinomatosa é uma entidade pouco frequente, diagnosticada em apenas 5% dos doentes com tumores sólidos, mais frequentemente da mama, sendo os do tracto gastrointestinal raros. A disseminação de células neoplásicas para o espaço subaracnoideu caracteriza-se pelo acometimento de todo o neuroeixo, traduzindo-se num quadro tipicamente pleomórfico e com sinais multifocais, em 25% dos casos com convulsões. A citologia do líquido é o gold-standard, podendo ser negativa em 20% dos casos. O prognóstico é reservado e o tratamento é geralmente paliativo, incluindo radioterapia e quimioterapia intratecal ou sistémica.

Apresenta-se o caso de uma doente de 50 anos, sem antecedentes de relevo, com quadro de

cefaleia holocraneana recorrente associada a cervicálgia e vertigem rotatória, tendo sido medicada sintomaticamente, sem efeito. Ao exame objectivo salientava-se perfil hipertensivo (PA 190/130mmHg) com retinopatia grau II e ataxia axial com nistagmo horizontal inesgotável, sem febre ou sinais meníngeos. Durante a observação apresentou desvio conjugado súbito do olhar em supravversão, com duração de 2 minutos e recuperação espontânea. Realizou angioTC-CE e EEG, sem alterações. Analiticamente sem desequilíbrio electrolítico e com doseamentos urinários de tóxicos negativos. Cerca de 2 horas depois, verificou-se depressão súbita do estado de consciência e bradicardia associados a novo pico hipertensivo, seguida de paragem respiratória. À observação, com desvio fixo do olhar para a esquerda e pupilas midriáticas não reactivas à luz. Foi assumida encefalopatia hipertensiva, pelo que iniciou labetalol, verificando-se melhoria progressiva do estado neurológico e recuperando vigília (GCS 15), no entanto seguida de novo agravamento 72 horas depois (GCS 3). Repetiu TC-CE e EEG, sem alterações de novo. Dada a flutuação do estado de consciência, e apesar da ausência de documentação de actividade paroxística, admitiu-se estado de mal não convulsivo e iniciou terapêutica anticonvulsiva, sem efeito. A RM-CE revelou edema difuso das estruturas encefálicas com herniação amigdalina acentuada, hipodensidade do bulbo e protuberância e hipo-sinal cortical difuso. Não se observou reversão do coma, confirmando-se morte cerebral. A autópsia revelou intensa congestão meningoencefálica, com amolecimento do tronco cerebral e cerebelo, e sinais de encravamento das amígdalas cerebelosas, para além de espessamento difuso da parede da incisura gástrica, histologicamente compatível com adenocarcinoma. A citologia do líquido revelou células de metástase de adenocarcinoma, confirmando-se o diagnóstico de meningite carcinomatosa.

A meningite carcinomatosa implica um prognóstico reservado na maioria dos doentes e, em cerca de 50% dos doentes tratados, a causa de morte é a progressão da doença sistémica. A sua crescente incidência como complicação tardia dos tumores sólidos enfatiza a importância do seu diagnóstico precoce e de novos estudos que definam a melhor orientação terapêutica.

26 DE MAIO DE 2019**Sala Gemini I 9:15 - 10:45****CC085****182 DERRAME PERICÁRDICO COMO APRESENTAÇÃO DE NEOPLASIA DO PULMÃO**

Inês Ferreira, Ana Monteiro, Manuela Dias, Jorge Almeida
Centro Hospitalar de São João, Serviço de Medicina Interna

INTRODUÇÃO

Os derrames pericárdicos de moderado a grande volume são malignos em 15-20% dos casos, sendo que a neoplasia do pulmão é a mais frequentemente associada.

CASO CLÍNICO

Apresenta-se o caso de uma doente de 58 anos, sem antecedentes médicos de relevo.

Recorreu ao serviço de urgência por quadro de tosse seca com um mês de evolução, que agravava com o decúbito dorsal, e epigastria nos últimos 2 dias. Emagrecimento de 6 Kg em um mês. Negava febre, náuseas e vômitos.

Ao exame objetivo, estava normotensa, taquicárdica, abdômen doloroso à palpação do epigastro, mas sem sinais de irritação peritoneal. Sem alterações na auscultação. Analiticamente, apresentava padrão colestático com AST e ALT dentro dos valores normais e GGT e FA aumentadas (190 e 493 U/L respetivamente). ECG em ritmo sinusal, com discreta diminuição de voltagem. Retilização do bordo cardíaco no RX tórax. Ecografia abdominal a revelar derrame pericárdico de moderado volume; fígado com contornos regulares e parênquima homogéneo; sem sinais de colecistite aguda e sem dilatação das vias biliares. Ecocardiograma transtorácico com derrame pericárdico circunferencial de grande volume, com imagens sugestivas de fibrina, com predomínio sobre as cavidades direitas, observando-se compressão das mesmas, e também da aurícula esquerda.

Realizada pericardiocentese diagnóstica e evacuadora com drenagem de 800mL de líquido serohemático. Internada posteriormente.

Do estudo realizado, TC tórax inicial revelava vários focos de consolidação confluentes no pulmão esquerdo, particularmente ao nível da língua, com áreas em vidro despolido à periferia, sem cavitações, admitindo-se em primeira hipótese uma etiologia infecciosa, pelo que iniciou antibioterapia (doente com hipoxemia e aumento da PCR). Eletroforese das proteínas séricas normal. VIH 1 e 2, VHB e VHC, CMV e EBV negativos. Estudo imunológico negativo. Excluídas neoplasias mamária, ginecológica e gástrica. Repetiu TC tórax ao fim de 7 dias, que evidenciava nódulo suspeito de neoplasia nas áreas de consolidação descritas no exame anterior, e imagens sugestivas de metastização ósseas em vários arcos costais e corpos vertebrais. Relatado também nódulo de 15mm no lobo direito da tireóide. Citologia do líquido pericárdico a revelar células de adenocarcinoma (imunohistoquímica sugestiva de primário de origem pulmonar). Realizada biópsia do nódulo tireoideu, que revelou células de adenocarcinoma, compatível com metástase de primário de origem pulmonar.

A doente teve alta com os diagnósticos de adenocarcinoma do pulmão com metastização tireoideia e óssea e derrame pericárdico maligno, orientada para consulta de grupo de Pneumologia.

DISCUSSÃO

Este caso alerta-nos para a necessidade de ter sempre em mente a neoplasia como possível etiologia de derrame pericárdico. A investigação deve, no entanto, excluir outras possíveis causas. De notar ainda que a metastização para a tireóide de um carcinoma pulmonar primário é extremamente rara.

26 DE MAIO DE 2019**Sala Gemini I 9:15 - 10:45****CC086****189 O QUE ESCONDE UMA ANEMIA?**

Patrícia Chow Liu, Paula Vaz Marques, Sandra Alves Morais

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

O estudo da anemia e da sua etiologia são de extrema importância, pois não são raras as vezes em que uma doença possível pode não ser diagnosticada.

Caso clínico: Homem de 67 anos com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes mellitus tipo II sob antidiabéticos orais. Apresentava

astenia de agravamento progressivo com cerca de 6 meses de evolução. Documentada anemia ferropénica sintomática. Negava vômitos, perda ponderal, história de hematemese, hematoquezias ou melenas. Sem alterações ao exame físico. Iniciado estudo etiológico de anemia, com endoscopia digestiva alta (EDA) sem alterações de relevo com histologia do duodeno a revelar duodenite moderada com atividade ligeira, sem alterações que sugiram síndrome de má absorção e *Helicobacter pylori* negativa. Colonoscopia sem alterações de relevo. Análises com ferropenia marcada, ferritina baixa e índice reticulocitário a sugerir perdas agudas. Sem critérios de anemia hemolítica (desidrogenase láctica e bilirrubina normais, sem consumo de haptoglobina). Ecografia abdomino-pélvica sem alterações. Realizou endoscopia por cápsula que revelou úlcera do jejuno distal pelo que foi pedida enteroscopia por duplo-balão. Por episódio de dor abdominal intensa tipo cólica, sem alterações do trânsito gastrointestinal, foi orientado para o Serviço de Urgência. Apresentava anemia agravada com necessidade transfusional (hemoglobina de 6.1g/dL, com queda de 4g/dL em 1 mês) e tomografia computadorizada abdomino-pélvica que revelou lesão nodular retro-umbilical de 113 x 68 x 90 milímetros, a levantar suspeita de processo neofornativo. Marcadores tumorais negativos. Submetido a laparotomia exploradora que mostrou perfuração contida de úlcera jejunal, com necessidade de realizar enterectomia segmentar de ansa do jejuno, apendicectomia e ressecção da gordura pré-peritoneal em bloco. Histologia da peça operatória a descrever metástases múltiplas de melanoma maligno na parede do intestino delgado (jejuno) e no peritôneo (na região do íleo terminal). Da avaliação realizada (pele, ORL, olho e mucosas – EDA e colonoscopia), sem documentação de primário de melanoma. Assumido melanoma maligno metastizado de primário oculto complicada com metástase jejunal ulcerada. Em tomografia de emissão de positrões com envolvimento maligno abdominal, pélvico e muscular (antebraço esquerdo e coxa direita). Dada a presença de mutação preditiva de resposta a terapia dirigida ao BRAF no melanoma (V600K) iniciou tratamento com Dabrafenib e Trametinib. Atualmente encontra-se em seguimento em consulta de oncologia.

Conclusão: Os melanomas são câncros da pele raros e podem desenvolver-se em qualquer local da pele, sendo os locais mais comuns o tronco, pernas, pescoço e face. Raramente podem ocorrer nos olhos, boca, genitais e região anal. São câncros com elevado potencial de metastização quando não são detetados precocemente. Por vezes, são diagnosticados indiretamente, pelo estudo de outras entidades clínicas como uma anemia.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini I 9:15 - 10:45

CC087

292 METÁSTASES OU ABCESSOS HEPÁTICOS? PORQUE NÃO AMBOS?

Marta Pina (1), Ana Isabel Lopes (2), Sara Moreira Pinto (2), Albina Moreira (2), António Furtado (2), Adelina Pereira (2)

(1) Oncologia Médica, IPO do Porto; (2) Medicina Interna, Hospital Pedro Hispano

Introdução:

A causa mais frequente de abcessos piogénicos hepáticos (AH) foi-se alterando ao longo dos anos. Atualmente, nos países desenvolvidos, a etiologia mais comum relaciona-se com patologia da via biliar, mas tem-se verificado um aumento dos AH decorrentes de doença oncológica e complicações inerentes ao seu tratamento. Contudo, a coexistência de AH e metástases hepáticas é rara (3% dos AH). Os agentes mais comuns nos AH são as bactérias Gram negativas, em particular a *Klebsiella pneumoniae*. Em 90% dos casos o diagnóstico de AH é imagiológico (ponderado com a clínica e os exames laboratoriais), contudo, estes podem ter apresentações imagiológicas variáveis e mascarar metástases, pelo que poderá ser necessária a realização de uma biópsia para confirmação do diagnóstico. O tratamento de AH baseia-se em antibioterapia, drenagem percutânea e gestão do fator predisponente, se identificado.

Caso clínico:

Homem, 52 anos, com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, ex-fumador de 80 unidades/maço/ano e cardiopatia isquémica com doença de 2 vasos submetido a angioplastia percutânea com colocação de 2 stents em 2018.

Doente recorre ao serviço de urgência por quadro com 24h de evolução de febre (temperatura máxima 38°C), mal-estar geral, astenia e anorexia. À admissão o doente apresentava-se com aspeto macilento, desidratado e hipotenso (96/66mmHg). Analiticamente com anemia normocítica/normocrômica (Hb 9.2 g/dL), parâmetros inflamatórios elevados (leucocitose 27110/uL, proteína C reativa 260.10 mg/L), citocolestase (<2x limite superior do normal), lactato desidrogenase e ferritina elevadas (691 U/L e 639.41ng/mL, respetivamente). Estudos imagiológicos a mostrar hepatomegalia com múltiplas formações nodulares (a maior com 7,5cm). Pela dúvida sobre

etiologia infecciosa ou neoplásica das lesões foi realizada biópsia e iniciada antibioterapia empírica (amoxicilina/ácido clavulânico e clindamicina). No tecido excisado identificou-se *Klebsiella pneumoniae* ESBL positiva e histologia compatível com metástase de adenocarcinoma com origem gastrointestinal. Como tal, alterou-se antibioterapia para ertapenem (que cumpriu durante 21 dias) e realizou estudos endoscópicos que evidenciaram lesão gástrica com histologia compatível com adenocarcinoma bem diferenciado HER2 positivo. Mediante o diagnóstico de adenocarcinoma gástrico estadio IV HER2 positivo iniciou quimioterapia paliativa com ciclofosfamida e trastuzumab.

Conclusão:

O presente caso clínico pretende rever o estudo etiológico de lesões hepáticas, salientando a dificuldade do diagnóstico diferencial entre metástases e AH e a raridade da co-existência destas duas entidades.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini II 9:15 - 10:45

DOENÇAS RENAIIS

CC088

1849 PERITONITE ESCLEROSANTE ENCAPSULADA PÓS-DIÁLISE PERITONEAL.

Pedro Ribeirinho Soares, Roberto Calças Marques, Tânia Proença, Carla Andrade, Diana Ferrão, Catarina Pereira, José Marques, Fernando Nogueira, Jorge Almeida.

Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal

Introdução

A diálise peritoneal é a forma terapêutica de substituição renal em 4% dos portugueses com doença renal crónica em estadio 5. A peritonite esclerosante encapsulada é uma complicação rara desta técnica, na qual ocorre um processo inflamatório difuso do peritонеu. A acumulação de tecido fibroso no espaço que circunda as ansas intestinais limita a sua mobilidade podendo motivar a oclusão ou suboclusão intestinal, associada a uma elevada taxa de morbimortalidade (56-93%).

Caso Clínico

Homem de 72 anos com história de insuficiência cardíaca isquémica e doença renal crónica estadio 5 de etiologia indeterminada submetido a diálise peritoneal durante nove anos. Admitido por quadro de dor abdominal referida aos quadrantes inferiores, associada a náuseas, vômitos alimentares e dejeções líquidas com cerca de dois meses de evolução. Ao exame objetivo apresentava mucosas desidratadas e abdómen doloroso à palpação dos quadrantes inferiores com empastamento local. Analiticamente constatada hipoalbuminémia ligeira (27.8 g/L) e elevação da proteína C-reativa (94.2 mg/L). Radiografia abdominal demonstrou a presença de níveis hidroaéreos ao nível intestino delgado. Tomografia computadorizada (TC) abdominopélvica documentou a presença de distensão difusa de andas de delgado, conglomeradas em topografia central, sugestivas de peritonite esclerosante encapsulada (abdominal cocoon). Durante o internamento, ficou em pausa alimentar tendo iniciado fluidoterapia e corticoterapia. Apresentou boa evolução clínica, com tolerância alimentar progressiva e resolução total do quadro de suboclusão. Após estabilização clínica, teve alta com indicação para realização de tamoxifeno 20mg/dia.

Discussão

Os doentes submetidos a diálise peritoneal apresentam um risco acrescido do desenvolvimento de peritonite esclerosante encapsulada, a qual se relaciona com o tempo de duração desta técnica de substituição renal e pode surgir vários anos após a sua interrupção. O diagnóstico diferencial implica a exclusão de outras patologias da cavidade abdominal como neoplasias, hérnias e infeções, nomeadamente peritonite tuberculosa. O uso de esteróides, imunossupressores e tamoxifeno parecerem benéficos (em particular a corticoterapia pelos efeitos anti-inflamatórios e imunossupressores) padecendo, contudo, de maior nível de evidência científica. O tratamento cirúrgico está associado a uma elevada taxa de formação de fístulas e perda da anastomose local. Apesar da associação pouco frequente entre a diálise peritoneal e os casos de peritonite esclerosante encapsulada (0.4-4.4%), dado a sua gravidade e potencial morbimortalidade é fundamental o seu reconhecimento diagnóstico e tratamento adequado.

26 DE MAIO DE 2019**Sala Gemini II 9:15 - 10:45****CC089****1390 RITUXIMAB NA GESF – A PROPOSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Ana Rita Matos, Ana Mosca, Bernardo Faria
Hospital de Braga

INTRODUÇÃO: A glomerulosclerose segmentar e focal (GESF) corresponde a uma alteração histológica renal que frequentemente se associa à síndrome nefrótica. Relativamente à etiologia, pode ser classificada como primária ou idiopática e secundária (nomeadamente a fármacos, como o pamidronato, ou a infecções, como a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana). A distinção entre a GESF primária e secundária tem implicações terapêuticas importantes, uma vez que a primeira é tratada com terapêutica imunossupressora e a segunda com estratégias dirigidas à causa subjacente.

CASO CLÍNICO: Apresentamos o caso de um homem de 46 anos sem antecedentes patológicos de relevo. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro com 2 meses de evolução e de agravamento progressivo de edema periférico generalizado (membros inferiores, abdómen e região periorbitária) associado a astenia e dispneia para esforços. Foi internado e, do estudo realizado, verificou-se dislipidemia, hipoalbuminemia grave (albumina 0.8g/dL) e proteinúria na faixa nefrótica (8g/24h). A função renal encontrava-se normal, assim como o sedimento urinário. Prossequindo o estudo da síndrome nefrótica, não foram observadas alterações analíticas sugestivas da etiologia, verificando-se ausência de disproteinemias ou alterações nas serologias infecciosas e no perfil de auto-imunidade. O doente também negava uso de fármacos recente. A biópsia renal apresentou aspectos morfológicos compatíveis com GESF. Iniciou corticoterapia em alta dose (prednisolona 1mg/kg/dia) e terapêutica anti-proteinúria (inibidor da enzima conversora da angiotensina). No entanto, após 12 semanas de corticoterapia, não foi verificada melhoria do quadro, pelo que o doente iniciou terapêutica com ciclosporina. Após 6 meses de tratamento com esse inibidor da calcineurina, optou-se por trocá-lo por tacrolimus, no entanto sem sucesso, uma vez que o doente não tolerou esta medicação. Por fim, decidiu-se por efectuar rituximab (anticorpo anti-CD20), terapêutica de terceira linha. Após as 4 tomas de rituximab, verificou-se uma melhoria clínica e analítica marcada, com regressão evidente do edema, redução substancial da proteinúria e normalização da albumina.

DISCUSSÃO: Este caso destaca-se pela resposta surpreendente com a terapêutica de terceira linha. De facto, este caso adita um mau prognóstico logo ad initium por várias razões. Como é sabido, os doentes com síndrome nefrótica por GESF apresentam uma grande probabilidade de evoluírem para doença renal terminal e de virem a necessitar de terapêutica de substituição renal. Adicionalmente, o facto de o doente ser cortico-resistente e de não ter respondido aos inibidores da calcineurina aumenta a probabilidade deste desfecho.

26 DE MAIO DE 2019**Sala Gemini II 9:15 - 10:45****CC090****210 IMPACTO PROGNÓSTICO DA ASSOCIAÇÃO DE NEFROPATIA DE IGA CRESCÊNTE COM SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO**

Bruno Besteiro, Arsénio Barbosa, Ana Ferreira, Cláudia Costa, Filipa Gomes, Jorge Almeida
Centro Hospitalar Universitário de São João

INTRODUÇÃO:

A nefropatia de IgA (NigA) é a glomerulonefrite primária mais comum em países desenvolvidos, com um pico de incidência entre a 2ª e 3ª década de vida e predomina no sexo masculino. Numa minoria dos casos ocorre uma rápida progressão para doença renal terminal, particularmente na NigA crescêntica (NigAC), onde o sistema complemento assume um papel preponderante.

Por outro lado, a forma atípica de Síndrome hemolítico urémico (aSHU) pode ser causada por distúrbios congénitos ou adquiridos do sistema complemento. A forma congénita pode advir do défice de proteínas reguladoras do complemento que restringem (fator H) ou aceleram (C3) a ativação da via alternativa.

A associação entre NigAC e aSHU é rara mas quando presente, prediz um pior prognóstico.

CASO CLÍNICO: Sexo masculino, 27 anos, sem antecedentes pessoais de relevo.

Recorreu ao serviço de urgência por vômitos, dor abdominal, hematúria e diarreia com 2 semanas de evolução. Clinicamente com hipertensão arterial e edemas dos membros inferiores e analiticamente

com anemia, trombocitopenia, lesão renal aguda (Creatinina plasmática (pCr) de 11.62 mg/dL). Sedimento urinário com proteinúria nefrítica. Prova de Coombs directa e serologias víricas negativas. Ecografia renovesical normal.

Iniciou hemodiálise e posteriormente realizou biópsia renal que revelou 100% dos glomérulos com crescentes celulares, vasos trombosados e alguns com necrose fibrinóide. Por esta razão, iniciou corticóide, ciclofosfamida e plasmaférese. Estudo imunológico negativo. A Imunofluorescência estabeleceu NIgA documentada com deposição de IgA no mesângio associada a microangiopatia trombótica. Fez pesquisa de ADAMTS13 (negativo) e estudo genético com complemento e anti-HF – que foram positivos para mutação de CHF e C3. Não houve recuperação da função renal mas houve normalização dos marcadores de microangiopatia trombótica após 10 sessões de plasmaférese. Manteve necessidade de diálise pelo que foi suspensa imunossupressão após 2 meses. Aguarda transplante renal.

DISCUSSÃO: A NIgAC representa 5% dos casos de NIgA e o valor inicial da pCr >6.8 mg/dL à admissão, hipertensão arterial e proteinúria > 1g/dia, estão relacionados com menor probabilidade de recuperação da função renal. Neste caso os 3 preditores de mau prognóstico estavam presentes.

A associação com o aSHU pode ser explicado pelas alterações do sistema complemento podendo induzir NIgA. Por outro lado, a ativação descontrolada do complemento na NIgAC é um fator etiológico significativo para o desenvolvimento de aSHU. Na verdade, anomalias do complemento estão associadas a um aumento do risco de desenvolvimento de NIgA e de aHUS. Este achado poderá tornar-se um novo alvo para prevenção da lesão renal. A associação entre estas duas entidades deve ser tratada com recurso a imunossupressão e plasmaférese. O uso de ecumizumab parece ser uma alternativa. Os autores salientam a necessidade de um diagnóstico precoce desta associação para um melhor prognóstico.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini II 9:15 - 10:45

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

CC091

604 UMA COMPLICAÇÃO RARA DE UM PROCEDIMENTO ODONTOLÓGICO FREQUENTE

Nádia Simas, João Dias Brás, Inês Gouveia Abundância, Emília Velinho, Glória Nunes da Silva

Serviço Medicina III, Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte

O enfisema subcutâneo caracteriza-se pela presença de ar nos tecidos subcutâneos e constitui uma provável complicação de tratamentos dentários. O uso inadequado de equipamentos de ar comprimido, como seringas de ar, turbinas e peças de mão de alta rotação, pode originar a acumulação de ar em espaços fasciais da cabeça e do pescoço e mais raramente com extensão ao mediastino.

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 26 anos, que durante a realização de um procedimento odontológico de destarização, iniciou queixas de aumento súbito de volume da hemiface direita, nas regiões submandibular e infraorbitária direitas associada a dor local e crepitação subcutânea, pelo que recorreu ao serviço de urgência (SU). A observação no serviço de urgência apresentava enfisema subcutâneo da hemiface direita com envolvimento periorbitário e região mandibular. Não apresentava sinais de dificuldade respiratória, nem instabilidade hemodinâmica. A avaliação analítica e electrocardiográfica não apresentava alterações. Realizou tomografia computadorizada (TC) cervicofacial e torácica com importante quantidade de infiltrado gasoso enfisematoso na região cervical, sobretudo anterior e lateral com distribuição transespacial estendendo-se aos planos superficiais e profundos ao longo dos espaços mastigadores, carotídeos e retrofaringeo, alcançando o mediastino superior no compartimento anterior. Permaneceu em vigilância no SU e foi posteriormente internada no Serviço de Medicina. No internamento manteve repouso, monitorização cardiorrespiratória e iniciou profilaxia antibiótica para mediastinite com amoxicilina/ácido clavulânico por 4 dias em internamento e 3 dias em ambulatório. Na reavaliação imagiológica por TC cervicofacial e torácica, verificou-se marcada diminuição do conteúdo aéreo dos espaços parafaríngeos, mastigadores, visceral e no mediastino. Teve alta ao 5º dia de internamento assintomática e hemodinamicamente estável. A maior parte dos

casos de enfisema subcutâneo e pneumomediastino descritos na literatura tem relação com traumas da região cervicofacial, porém nos últimos anos o uso inadequado de equipamentos de ar comprimido tem sido cada vez mais relacionados com estas complicações. Traumas mínimos da mucosa oral como lacerações do periosteio, quando expostos ao ar comprimido levam a dessecação dos espaços para e retrofaríngeos, com possível extensão para o mediastino. O tratamento inclui repouso no leito e antibioterapia profilática, geralmente com regressão espontânea do quadro ao fim de 5 a 7 dias. Entretanto, estão descritos casos de óbito por complicações graves como mediastinite, pneumotórax ou tamponamento cardíaco.

Este trabalho pretende realçar a importância do conhecimento de potenciais complicações de alguns procedimentos odontológicos, uma vez que a sua abordagem passa frequentemente pela Medicina Interna (Serviço de Urgência e de internamento), que poderão ter um desfecho desfavorável.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini II 9:15 - 10:45

CC092

96 INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS E A SÍNDROME DE MOUNIER-KUHN

Ana Isabel Lopes 1, Raquel Basto 2, Sofia Moreira – Silva 1, Rui Mõço 1, Sílvia Correia 3

1 Serviço de Medicina Interna, Hospital Pedro Hispano, 2 Serviço de Oncologia Médica, IPO de Coimbra, 3 Serviço de Pneumologia, Hospital Pedro Hispano

Introdução: A síndrome Mounier-Kuhn é uma doença rara, cuja etiologia não se encontra totalmente esclarecida. Caracteriza-se pela dilatação marcada da traqueia e brônquios, resultando da atrofia da camada de músculo liso e fibras elásticas, podendo associar-se à formação de divertículos nas vias respiratórias e infeções respiratórias baixas de repetição.

Caso: Homem de 48 anos de idade, com história de infeções respiratórias de repetição desde a infância, hábitos tabágicos marcados e doença pulmonar obstrutiva crónica com insuficiência respiratória crónica sob oxigenoterapia de longa duração e ventilação não invasiva. Admitido no serviço de urgência com clínica compatível com nova infeção respiratória. À admissão apresentava-se taquipneico, saturação periférica de oxigénio de 75% em ar ambiente e com crepitações e roncos dispersos bilateralmente. Analiticamente apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios

(Proteína C Reativa 93mg/dL) e insuficiência respiratória tipo 1. A telerradiografia de tórax evidenciou opacidades alveolares e reticulares no andar médio e inferior do campo pulmonar direito, imagens aureolares bilaterais, adivinhando-se alargamento do diâmetro traqueal. Realizou uma tomografia computadorizada torácica que mostrou traqueobroncomegalia (medindo a traqueia cerca de 5 centímetros de diâmetro máximo e os brônquios principais cerca de 2,5 centímetros de diâmetro máximo), múltiplas bronquiectasias e no lobo superior direito alterações sugestivas de pneumonia necrotizante. Iniciou antibioterapia com Imipenem, com base em isolamentos prévios de *Pseudomonas aeruginosa* em amostras de expectoração, com boa evolução clínica.

Discussão: Assumiu-se o diagnóstico de síndrome de Mounier-Kuhn após estudo completo negativo com estudo imunológico alargado, escovado dos cornetos nasais, espermograma, tomografia computadorizada dos seios perinasais e pesquisa de mutações no gene CFTR. Foram assim excluídas causas de traqueomegalia adquirida.

O diagnóstico da Síndrome Mounier-Kuhn passa frequentemente despercebido sendo muitas vezes confundido com outras entidades. O seu diagnóstico é com frequência acidental e os exames radiológicos assumem um papel indispensável. O tratamento desta entidade é essencialmente de suporte.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini II 9:15 - 10:45

CC093

148 UMA COMPLICAÇÃO DO FUTEBOL

Carolina Barros, Rodolfo Gomes, Carolina Morna, Mariana Gomes, Bela Machado, Mariana Bilreiro, Helena Luís, Teresa Faria, Luz Brazão
Hospital Central do Funchal

INTRODUÇÃO: O pneumomediastino espontâneo (PME) é definido pela presença de ar ou gás no mediastino resultado de alterações na pressão intratorácica com consequente ruptura dos alvéolos e dissecação do ar para a árvore traqueobrônquica. A sua incidência é baixa correspondendo a 1 em cada 42.000 doentes admitidos nos hospitais.

CASO CLÍNICO: Adulto jovem de 25 anos, sexo masculino, caucasiano de morfologia longilínea com hábitos tabágicos 5UMA, sem outros antecedentes de relevo e sem medicação habitual. Recorreu ao serviço de urgência por dor torácica retrosternal persistente irradiada à região cervical com nove

horas de evolução associada a tumefação ao nível do pescoço e com agravamento com os movimentos inspiratórios. A toracalgia iniciou-se após um grito a celebrar um golo num jogo de futebol. O doente negava febre, dispneia, disfagia, tosse assim como história recente de trauma, infeção respiratória recente ou abuso de drogas. Ao exame físico apresentava-se consciente e orientado, apirético, hemodinamicamente estável, eupneico com via aérea patente com saturações periféricas de oxigénio de 100% em ar ambiente. Auscultação pulmonar sem alterações e à auscultação cardíaca apresentava um som estridente síncrono com os batimentos cardíacos (sinal de Hamman). Apresentava, ainda, a presença de crepitações à palpação da fossa supracavicular bilateralmente. A investigação relevou alterações na radiografia de tórax pósterio-anterior com presença de bolhas de gás que se estendem até ao pescoço, sem evidência de pneumotórax, e analiticamente não apresentava alterações de relevo. A tomografia computadorizada (TC) torácica confirmou o diagnóstico de PME, excluindo a presença de doença pulmonar e ruptura esofágica. Após ter sido observado pela equipa de Cirurgia Cardiorrespiratória, o doente foi admitido no serviço de observação para terapêutica conservadora e monitorização. Realizou TC torácica de controlo com reabsorção, tendo tido alta após 48 horas assintomático com indicação de cessação tabágica e seguimento em consulta de follow-up, não havendo registos de recorrência.

DISCUSSÃO: O PME apesar de ser uma condição pouco frequente, de prognóstico benigno e autolimitada, deve ser considerado no diagnóstico diferencial de dor torácica súbita, sendo este o seu principal sintoma, e em particular em jovens de morfologia longilínea. Os principais factores de risco são as infeções respiratórias recentes e manobras de Valsava como por exemplo um esforço vocal intenso na forma de grito apresentado pelo nosso doente. A inspecção apesar de patognomónico o sinal de Hamman apenas se encontra presente em 12 a 50% dos doentes, sendo mais frequente encontrarmos enfisema subcutâneo nomeadamente na região cervical em 30 a 90% dos doentes. O gold standard para o diagnóstico é a radiografia de tórax e o tratamento habitualmente é conservador.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini II 9:15 - 10:45

DOENTE GERIÁTRICO

CC094

**2176 SÍNDROME DEMENCIAL: À
DESCOBERTA DO VELHO MUNDO**

Rita Lencastre Monteiro, Rodrigo Leão, Cristina Lima, César Vieira, Joana Diogo, Carolina Coelho, Rita Bizarro, Ana Gonçalves, José Jacome, Conceição Loureiro
Hospital Santo António dos Capuchos - CHLC

Introdução: Segundo a Organização Mundial de Saúde existem 47,5 milhões de pessoas com síndrome demencial e estima-se que em 2050 aumente para os 135,5 milhões. Em Portugal a população geriátrica ocupa um papel preponderante na medicina interna, em particular o síndrome demencial. Uma abordagem correcta permite o diagnóstico e tratamento atempados das etiologias reversíveis de síndrome demencial.

Caso Clínico: Homem de 86 anos, autónomo com antecedentes pessoais de hipertensão essencial, dislipidemia e diabetes mellitus tipo 2. Foi levado ao serviço de urgência por um traumatismo occipital, sem síncope, após queda accidental. Na admissão apresentava-se apirético, agitado, orientado na pessoa, mas desorientado no tempo e espaço, com um discurso fluido mas desorganizado e com ataxia da marcha. Realizou TC CE que excluiu lesões agudas, destacando um padrão de encefalopatia microangiopática crónica, com enfartes lacunares núcleo-basais, atrofia corticocortical difusa e com sistema ventricular, espaços cisternais basais e sulcos corticais permeáveis com alargamento ventricular difuso no compartimento supratentorial. O doente foi internado para estudo e na enfermaria mantinha discurso confuso com ataxia da marcha. Avaliado pelo MoCA (Montreal Cognitive Assessment) com pontuação de 9/30 e MMSE (Mini Mental State Examination) com pontuação de 15 (escolaridade até ao 4º ano). Do estudo etiológico foram excluídas causas potencialmente reversíveis de síndrome confusional, infeção ou de alterações de fármacos recente. Apurou-se ainda a presença de incontinência de esfíncteres urinários nos últimos meses. Pela hipótese diagnóstica de hidrocefalia de pressão normal (HPN) foi pedida ressonância magnética que destacava ventriculomegalia supratentorial com desproporcionais dimensões das cavidades ventriculares e dos sulcos corticais da alta convexidade. Realizou prova da marcha (7m) com tempo de 1 minuto e 56 segundos. Foi realizada PL evacuadora, com pressão de abertura de 21mmHg e o estudo do LCR foi inocente. Após PL evacuadora

assistiu-se a uma melhoria franca do quadro clínico e nos testes de reavaliação, MOCA 23/30 e prova da marcha (7m) com tempo de 31 segundos.

Discussão: A HPN é de difícil diagnóstico por ser clinicamente insidiosa e afetar principalmente idosos, em que os síndromes demenciais são muito prevalentes. Em alguns casos apresenta-se com a tríade clássica de ataxia da marcha, demência e incontinência urinária – não surgindo em simultâneo na maioria dos casos. O diagnóstico precoce permite evitar as complicações irreversíveis como compressão cerebral e atrofia dos nervos ópticos com diminuição da acuidade visual, melhorando assim resposta ao tratamento de derivação. Quando diagnosticada e tratada de forma atempada, o prognóstico da HPN é favorável.

26 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini II 9:15 - 10:45

URGÊNCIA / CUIDADOS INTERMÉDIOS

CC095

1284 DA ENOXAPARINA AO CHOQUE HEMORRÁGICO

Inês Branco Carvalho, Adriana Paixão Fernandes, David Prescott, Ana Isabel Brochado, Margarida Pimentel Nunes, Isabel Montenegro Araújo, Beatriz Donato, Rita Sérvio, José Luis Ferraro, Salomão Fernandes, Carla Araújo, António Martins Baptista, José Lomeli
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: o hematoma dos rectos abdominais é uma condição rara e muitas vezes subdiagnosticada, uma vez que pode mimetizar quase todas as patologias abdominais. Um estudo demonstrou uma incidência de 1.8% em doentes com dor abdominal. Resulta da acumulação de sangue na bainha muscular, provocada pela lesão das artérias epigástricas inferior e superior ou do próprio músculo. Pode ocorrer espontaneamente, associado a trauma ou ao uso de hipocoagulação. Embora habitualmente seja uma condição autolimitada, pode ser fatal, com uma taxa de mortalidade que varia entre 4% e 25%. Hematoma do músculo recto abdominal associado à administração de enoxaparina é uma complicação rara, não estando a sua incidência ainda bem estabelecida.

Caso clínico: mulher de 89 anos, autónoma com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, fibrilação auricular (FA) paroxística (medicada com amiodarona e varfarina, que não cumpria) e

prótese total da anca por fractura do colo do fémur. Internada no contexto de insuficiência cardíaca descompensada por FA com resposta ventricular rápida e AVC isquémico cerebelar esquerdo, sob terapêutica anticoagulante com enoxaparina. Ao 7º dia de internamento apresenta-se oligoanúrica, com náuseas e vômitos e dor abdominal intensa. Objectivada massa hipogástrica de novo, muito dolorosa à palpação. Realizou TC abdominal que demonstrou hematoma da espessura do músculo recto abdominal esquerdo com cerca de 4.4x 2.5cm, com nível líquido-líquido denso, que comunicava com volumosa colecção intrabdominal, também com conteúdo denso (hemático), no espaço de Retzius com cerca de 15.4 x 11 x 12cm. Foi suspensa enoxaparina e mantida vigilância. Contudo houve agravamento do seu estado clínico, com queda de 5 gramas de hemoglobina e instabilidade hemodinâmica. Foi assumido choque hemorrágico no contexto de hematoma do músculo recto abdominal secundário à terapêutica com enoxaparina. Foi transferida para a unidade de cuidados intensivos e levada ao bloco operatório para drenagem do hematoma (cerca de 1000mL) e revisão de hemóstase. Ao 11º dia de internamento retorna à enfermaria. Foi reintroduzida hipocoagulação com DOAC e a doente evoluiu favoravelmente, tendo alta clínica ao 18º dia de internamento.

Discussão: este caso clínico ilustra uma entidade clínica que muitas vezes passa despercebida e que devemos considerar no diagnóstico da dor abdominal. É mais comum nos idosos, uma vez que têm menor massa muscular e por consequência menor capacidade de tamponamento. A TC abdominal é o exame goldstandard para o diagnóstico com uma sensibilidade de 100%. Consoante a extensão do hematoma o seu tratamento pode ser conservador ou cirúrgico. Este caso é ainda relevante para reforçar a importância de uma técnica de administração de enoxaparina correctamente executada, de modo a evitar complicações.

26 DE MAIO DE 2019**Sala Gemini II 9:15 - 10:45****CC096****1255 MIMETISMO SÉPTICO NA FALÊNCIA HEPÁTICA AGUDA**

Isa Silva, Maria Isabel Casella, Francisco Rebocho, João Torres, Carina Carvalho, Bernardo Pereira, Armindo Ramos

Hospital de Cascais - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

INTRODUÇÃO

A falência hepática aguda (FHA) é uma entidade relativamente rara, fortemente associada a elevadas taxas de letalidade. De acordo com o Registo Europeu de Transplante Hepático, a sua incidência é inferior a 10 casos por milhão/ano, constituindo indicação primária para transplante em 8% de todos os transplantes hepáticos. A FHA caracteriza-se classicamente por disfunção hepática associada a coagulopatia e encefalopatia. Contudo a sua apresentação em falência multiorgânica pode mimetizar outras entidades clínicas, atrasar o seu diagnóstico e ser consequentemente fatal.

CASO CLÍNICO

Mulher de 18 anos, sem antecedentes de relevo, com internamento recente no Serviço de Obstetrícia, por parto eutócico com expulsão de feto morto com 32 semanas. Dois dias depois recorre ao Serviço de Urgência por epigastralgias e vômitos desde essa madrugada. Ao exame objectivo com confusão mental, polipneia e dor difusa à palpação abdominal, sem sinais de irritação peritoneal (qSOFA 2). Electrocardiograma com taquicardia sinusal (120 bpm). Com acidémia metabólica grave (pH 6.92) e hiperlactacidémia (13.4 mmol/L). Analiticamente com padrão citocolestático de novo, prolongamento de APTT com INR espontâneo de 2.45 e elevação de parâmetros de infecção (leucocitose com neutrofilia e PCR 2.79mg/dL). Ecografia abdominal com hipoecogenicidade difusa hepática. Inicialmente abordada como choque séptico em falência multiorgânica, foi posteriormente apurada informação clínica com a mãe que revelou ingestão de 10g de paracetamol nas 24h precedentes, de forma faseada, por queixas álgicas. Admitida em Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente por FHA em contexto de intoxicação medicamentosa por paracetamol. Iniciou protocolo de tratamento com N-acetilcisteína endovenosa (doseamento de acetaminofeno sérico de 104.8mg/L). Evolução clínica desfavorável tendo sido transferida para

Centro de Transplantação Hepática, já sob suporte de órgão respiratório e cardiovascular, e colocada em lista para transplante emergente. Submetida a transplante hepático isogrupal, três dias após a transferência, com evolução clínica favorável e alta após 1 mês.

DISCUSSÃO

A FHA pela sua evolução galopante constitui uma emergência médica. Pode mimetizar uma falência multiorgânica inespecífica e cujo não reconhecimento é catastrófico. A apresentação inaugural de disfunção hepática grave num quadro clínico de resposta inflamatória sistémica deve sugerir o diagnóstico. Numa era cada vez mais tecnológica e algoritmizada, a recolha de uma boa história clínica, continua a ser o pilar da boa prática médica. Destaca-se ainda a importância de informar o doente da posologia dos fármacos e efeitos deletérios associados à sobredosagem.

POSTERS COM APRESENTAÇÃO ORAL

24 DE MAIO DE 2019

Sala Fénix B 17:30 - 18:30

DOENÇAS AUTOIMUNES E REUMATISMAIS

PO001

299 CAPILAROSCOPIA, UMA PORTA DE ENTRADA PARA O DIAGNÓSTICO E PROGNÓSTICO

Rita Ribeirinho, Margarida Jacinto

Hospital Espírito Santo - Évora

Introdução

A capilaroscopia (Cp) é um exame fácil, barato e não invasivo que permite a visualização da rede capilar, da sua organização e alterações de estrutura. Tem sido vista como meio complementar que apoia o diagnóstico de doença auto-imune. Será que é possível não só reavaliar a resposta à terapêutica mas também compreender o prognóstico com base nas complicações sistémicas graves, limitativas para a vida do doente.

Objetivo: Análise estatística de consultas de reavaliação de Cp ao longo de 5 anos.

Material e Métodos: Estudo observacional e retrospectivo da consulta de Cp, no hospital central, de 2014 a 2019. A análise das consultas de Cp e de doenças auto-imunes foi feita com base no registo do sistema informático alert.

Resultados: Entre 2014 e 2019 foram realizadas 166 consultas de Cp, sendo que 20% foram reavaliações. Dos doentes submetidos a reavaliação, na primeira consulta 47% tinham diagnóstico de doença auto-imune estabelecido e na consulta de reavaliação 59% dos doentes tinham diagnóstico.

Verificou-se que a complicação sistémica mais frequente nestes doentes foi o atingimento pulmonar. 44% foram submetidos a provas de função respiratória e/ou TAC-Torácica de alta resolução após a realização da Cp, porém apenas 33% foi comprovada a doença intersticial pulmonar, com evidência de fibrose pulmonar.

Observou-se que 40% tinha diagnóstico de esclerose sistémica (ES), 20% de LES, 20% de doença intersticial pulmonar auto-imunidade e 20% com diagnóstico não esclarecido. Todos os doentes tinham Fenómeno de Raynaud secundário, 60% sem padrão esclerodérmico-like e os restantes com padrão esclerodérmico-like em fase precoce 40%.

Do perfil analítico de auto-anticorpos detectados destacam-se: os auto-anticorpos antinucleares (ANA) positivos em 47% dos doentes, os Anticorpos anti-centrómero em 26% dos doentes e o consumo

de complemento 3 (C3) em 12% doentes.

Relacionando com o tipo de padrão de microangiopatia, verificou-se que em doentes com FR secundário os ANA são os anticorpos mais encontrados 55%, seguindo-se de anticorpo anti-centrómero 20% e 20% com diminuição de C3. Em doentes com padrão esclerodérmico-like os ANA e os anticorpos anti-centrómero apresentam igual proporção (38%). Em relação aos doentes com atingimento pulmonar, os ANA são dos anticorpos mais frequentes.

Discussão/Conclusões: Na nossa óptica este exame foi uma mais-valia no que toca a meios de diagnóstico de doenças auto-imunes, permitindo realizar o diagnóstico a doentes sem patologia definida, que têm auto-imunidade mas não apresentam características típicas de doença, sejam elas clínicas ou laboratoriais. Esta análise insinua também que possa existir uma tendência no que toca ao perfil laboratorial de anticorpos, com a actividade da doença e consequentemente com as complicações sistémicas que possam vir a existir. Estes dados no futuro podem ajudar a definir o prognóstico e a poder adequar o tratamento desses mesmos doente com fim a evitá-lo.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Fénix B 17:30 - 18:30

PO002

2100 DOENÇA DE BEHÇET: AS DIFERENÇAS DE GÉNERO INFLUENCIAM O FENÓTIPO CLÍNICO?

Luísa Serpa Pinto 1, Sara Xavier Pires 1, Berta Silva 2, António Marinho 1, Fátima Farinha 1, Carlos Vasconcelos 1, João Araújo Correia 1

1 Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar Universitário do Porto – Hospital de Santo António (CHUP-HSA) 2 Laboratório de Imunogenética, ICBAS

INTRODUÇÃO:

A doença de Behçet (DB) é uma vasculite sistémica de causa desconhecida, que acomete diversos órgãos. Está descrita maior gravidade da doença nos homens, particularmente quando se associam manifestações oculares e vasculares no mesmo doente.

OBJECTIVOS:

Comparar fenótipos clínicos de acordo com o género.

MÉTODOS:

Estudo de coorte, prospectivo, unicêntrico, com doentes seguidos em consulta externa especializada entre 1981 e 2018, com DB segundo critérios do

International Study Group. Os doentes são incluídos ao diagnóstico e posteriormente é monitorizada a evolução da doença e manifestações. Doença severa é um end-point combinado que traduz atingimento de pelo menos um órgão profundo (ocular, vascular, neurológico, gastrointestinal (GI) ou cardíaco).

RESULTADOS:

Neste coorte estão incluídos 235 doentes, dos quais 30.6% (n=72) são homens, têm uma idade média ao início dos sintomas de 28.2 (DP +/- 12.3) anos e ao diagnóstico de 34.9 (DP +/- 12.3). As manifestações mucosas estão presentes em 100% dos doentes, cutâneas 54.0% (n=73), articulares 43% (n=101), oculares 29.4% (n=69), neurológicas 19.6% (n=46), vasculares 20.0% (n=47), GI 7.7% (n=18) e cardíacas 0.4% (n=1). 78.3% (n=184) têm HLA determinado dos quais 42.7% (n=100) são portadores de HLA-B51/B5. Mais de metade dos doentes (n=124) têm atingimento de 3 ou mais órgãos.

Comparando as manifestações entre homens e mulheres, não encontramos diferenças relativamente à idade da primeira manifestação ou à idade de diagnóstico. As manifestações cutâneas são mais frequentes nos homens (65% vs. 49%, $p=0.024$) nomeadamente a presença de pseudo-foliculite (60% vs. 32%, $p<0.001$). O atingimento vascular parece ser superior nos homens (28% vs. 17%, $p=0.053$), particularmente a incidência de aneurismas arteriais (8% vs. 1%, $p=0.004$). Não encontramos diferenças relativamente à presença de manifestações de outros sistemas orgânicos. Globalmente os homens têm mais órgãos atingidos pela doença ($p=0.041$) e mais frequentemente doença severa (68% vs. 47%, $p=0.004$). A positividade do alelo HLA-B5/B51 é inferior nos homens (42% vs. 58%, $p=0.002$).

DISCUSSÃO:

Neste coorte, a incidência de cada manifestação de órgão por si não parece diferir entre géneros contudo os homens têm maior nº de órgãos atingidos e maior incidência de manifestações de órgão profundo traduzindo-se por um fenótipo habitualmente mais grave.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Fénix B 17:30 - 18:30

PO003

435 ODOR A PEIXE – O “AROMA” REVELADOR DA PSICOSE COMO MANIFESTAÇÃO DE NEUROLÚPUS

Marta Pina (1), Filipa Guimarães (2), Rui Moço (2), J. Vasco Barreto (2), Nídia Pereira (2)

(1) Oncologia Médica - IPO Porto, (2) Medicina Interna - Hospital Pedro Hispano

Introdução:

O Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é uma doença multissistémica com um espectro de apresentação amplo. O envolvimento do Sistema Nervoso Central (SNC) na apresentação é infrequente (12 a 21%), sendo a sua expressão clínica muito heterogénea e inespecífica. Os sintomas neuropsiquiátricos, nomeadamente a psicose, são reportados como sintoma de apresentação de LES em apenas 1% dos casos.

Caso clínico:

Mulher, 24 anos, melanodérmica, com 8 anos de evolução de sintomatologia enquadrável em quadro neuropsiquiátrico caracterizado por perceção de odor corporal desagradável (peixe), aplanamento de afetos, isolamento social, absentismo e baixo rendimento escolar. Notório agravamento deste quadro desde 2017.

Observada em Consulta Externa (CE) de Medicina Interna (MI) onde é referido internamento prévio (2009) por pericardite de etiologia presumidamente vírica, contudo com estudo a revelar positividade para ANA, dsDNA e anticorpo (Atc) anti-SSA e SSB (alterações mantidas em 2010, 2012 e 2014).

Foi avaliada por Psiquiatria que confirmou quadro psicótico e propôs terapêutica com olanzapina que a doente não cumpriu. Manteve seguimento irregular na CE de MI, que condicionou a progressão da investigação. Em Maio de 2018, foi levada ao serviço de urgência de Psiquiatria por surto psicótico com necessidade de emissão de mandato de condução para internamento em regime compulsivo.

Após estabilização do quadro neuropsiquiátrico prosseguiu estudo de que se destaca: ANA 1/1280 padrão fino granular com mitoses e nucleólos positivos; dsDNA 1/160; consumo de C4 (7.4mg/dL); Atc anti SSA (11100UI/mL) e SSB (1540UI/L); VS 40mm/1ªh, IgG 2397mg/dL; fator reumatóide 313.1UI/mL e leucopenia (2900/mcL). Estudo genético e fenotípico excluiu trimetilaminúria. AngioRM cerebral a mostrar lesões na substância branca cerebral subcortical de ambos os hemisférios, sem restrição à difusão a sugerir lesões inflamatórias. Líquor com exame citoquímico sem

alterações, pesquisa de bandas oligoclonais e de auto-anticorpos anti-neuronais negativa.

Assumido LES com atingimento do SNC e hematológico em overlap com síndrome de Sjögren. Iniciou pulsos de Metilprednisolona 1g/dia (3 dias), seguido de prednisolona oral 1mg/kg/dia, hidroxicloroquina 400mg/dia e posteriormente associada azatioprina 150mg/dia.

Verificada melhoria clínica com comportamento mais calmo e adequado, sem evidência de atividade delirante ou psicótica, com possibilidade de redução de fármacos anti-psicóticos. Analiticamente com negativação do dsDNA e normalização dos leucócitos, IgG e da VS. AngioRM de reavaliação sem evidência de aumento da carga lesional.

Este caso realça a importância da história clínica como instrumento fundamental no reconhecimento dos sintomas neuropsiquiátricos como manifestação de doença autoimune. A exigência de uma relação médico-doente sólida e a ponderação dos riscos-benefícios das terapêuticas disponíveis, foram fatores desafiantes e decisivos para o tratamento desta doente.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Fénix B 17:30 - 18:30

PO004

632 UMA CAUSA RARA DE FEBRE PERIÓDICA EM IDADE ADULTA

Sérgio Ferreira Cristina, Patrícia Cipriano, Manuel Toscano, Ana Rafaela Alves, Ana Teresa Boquinhas
Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

A síndrome PFAPA (periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis, adenitis) caracteriza-se por episódios de febre periódica com intervalo de 3 a 4 semanas, de início súbito e autolimitados (3 a 6 dias) com pelo menos uma destas características: faringite, úlceras aftosas, adenopatias, calafrios, fadiga, cefaleias ou dor abdominal ligeira. Este diagnóstico é frequentemente ignorado levando à realização de antibioterapia desnecessária e amigdalectomia.

Apresentamos o caso de um homem de 28 anos, com antecedentes de amigdalectomia aos 24 anos por faringites de repetição (que resolveram após cirurgia), com um quadro caracterizado por febre periódica (38.8 °C) de início há 2 meses. Os episódios febris tinham a duração de 4 dias, com intervalos de 3 semanas e acompanhados de odinofagia. Ao exame objectivo destacavam-se apenas adenopatias cervicais bilaterais dolorosas. Referência ainda a episódios de úlceras aftosas nos últimos 3 meses com início súbito e resolução espontânea. Do estudo complementar inicial

destacava-se apenas elevação dos parâmetros inflamatórios (Leucócitos 17 x10⁹/L; Proteína C Reativa 9.28 mg/dL), positividade para anticorpos anti-nucleare e uma ecografia que identificava adenomegalias justacentimétricas, sem conglomerados.

Neste contexto foi assumido o diagnóstico de faringites de repetição e o doente teve alta mantendo vigilância em consulta. Durante o período ambulatorio apresentou novo quadro de febre e odinofagia 21 dias após o último com resolução espontânea em 4 dias. Acrescenta-se ainda nova lesão aftosa autolimitada na região geniana esquerda. O estudo analítico fora do episódio agudo mostrou parâmetros inflamatórios negativos e elevação da Imunoglobulina A (498 mg/dL) e D (284 UI/mL).

Atendendo ao quadro de febre recorrente, faringite, estomatite aftosa e hiperglobulinémia D foi colocada a hipótese de síndrome auto-inflamatória tendo sido decidida manutenção da vigilância e prova terapêutica com prednisolona 1 mg/Kg no primeiro dia de febre. Três semanas depois tem novo início de febre tendo feito toma única de corticóide no primeiro dia de doença com resolução completa do quadro.

Perante quadro de febre periódica (ciclo de 21 dias), adenopatias, faringite eritematosa e estomatite aftosa, com resolução rápida após toma única de prednisolona, ausência de progressão clínica e exclusão de outras causas de febre periódica foi assumido o diagnóstico de PFAPA.

O doente mantém seguimento em consulta, controlando os episódios com toma única de prednisolona.

Apesar da síndrome PFAPA ser maioritariamente um diagnóstico pediátrico, alguns doentes chegam à idade adulta sem diagnóstico ou apenas apresentam queixas após a adolescência pelo que é crucial um elevado grau de suspeição para evitar atrasos diagnósticos e tratamentos desnecessários. De facto, este doente manifestava quadro típico desde a infância e apresentou-se em idade adulta com clínica e resposta a terapia semelhante à observada em idade pediátrica.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Fénix B 17:30 - 18:30

PO005

1104 ENTEROPATIA ASSOCIADA A LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

José Miguel Ferreira, Marinha Silva, Cristina Moreira Marques, Carina Costa e Siva, Carla Lemos Costa, Carlos S. Oliveira

Hospital Santa Maria Maior - Barcelos

Introdução

O Lúpus eritematoso sistémico (LES) é uma doença auto-imune, com possibilidade de envolvimento de vários órgãos e sistemas. O envolvimento gastrointestinal ocorre em mais de 40% dos doentes e manifesta-se por dor abdominal, disfagia, refluxo gastroesofágico, obstipação, diarreia, hemorragia, pseudo-obstrução ou perfuração intestinal.

Caso clínico: Mulher de 34 anos, operária têxtil, hipertensa, obesa, com síndrome ansioso e artrite reumatóide com fator reumatóide negativo e anti-CCP positivo, diagnosticada aos 33 anos e seguida em consulta de Reumatologia. Evidência de sacroileíte à direita e desde há 6 meses com gonalgias de ritmo misto, artralguas dos punhos e articulações interfalângicas proximais, câimbras recorrentes da região gemelar, sem despertares noturnos e sem rigidez matinal. Sob salazopirina e anti-inflamatórios não esteróides quando agudização da doença, sem recurso a corticoterapia. Antecedentes familiares de porfíria cutânea tarda. Contexto epidemiológico irrelevante. Iniciou em fevereiro de 2017 episódios de dejeções diarreicas com muco e sangue, dor abdominal e febre. Internada por suspeita de doença inflamatória intestinal. Estudo analítico sem alterações de relevo, porfirinas urinárias normais e exclusão de parasitoses e gastroenterites bacterianas. Fez TC abdomino-pélvica, que revelou espessamento parietal difuso do cego, cólon ascendente, ângulo hepático e porção proximal do cólon transverso, associado a significativa densificação da gordura mesocólica e presença de adenopatias adjacentes. A colonoscopia revelou válvula ileocecal com área de mucosa ulcerada e friável com cerca de 15mm, cólon direito com áreas dispersas de eritema e congestão, com zonas de coloração violácea, cólon esquerdo com mucosa congestiva e edemaciada. No exame histológico observaram-se retalhos de mucosa cólica com presença no córion de moderado edema, sem microorganismos ou áreas de erosão/ulceração. Manteve seguimento em consulta de Gastroenterologia com alta após repetição de colonoscopia em 12/2017, que não apresentava alterações. Dada manutenção do padrão de diarreia solicitada consulta de Medicina Interna, objetivando-se poliartrite crónica simétrica,

xerostomia e alopecia localizada. Analiticamente com evidência de ANAs em título elevado, anti-dsDNA IF e FEIA, anti C1Q e anti-ribossoma P, restante estudo imunológico negativo, sem consumo de complemento, sem hipoalbuminémia e eletroforese de proteínas normal. A doente apresenta critérios clínicos e analíticos compatíveis com LES, controlado com hidroxycloquina e salazopirina. Após excluir outras condições, a diarreia foi assumida no contexto de enteropatia associada a LES.

Discussão: A diarreia crónica pode ser uma manifestação inicial de LES, devendo ser considerada nos casos em que há envolvimento sistémico da doença. Apesar de frequentes, os sintomas gastrointestinais quando se apresentam como sintomas iniciais raramente levam ao diagnóstico dada a sua baixa especificidade.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Fénix B 17:30 - 18:30

PO006

1182 PUSTULOSE EXANTEMÁTICA GENERALIZADA AGUDA

Isabel Pinheiro, Gonçalo Ruas, Luís Menezes Falcão
Serviço Medicina 1, Hospital Santa Maria, CHLN, EPE

O termo pustulose exantemática generalizada aguda (PEGA) foi proposto pela primeira vez em 1980. Até então era considerada uma variante de psoríase. O quadro clínico é caracterizado pelo surgimento abrupto de eritema e edema em áreas intertriginosas ou face, com disseminação cranio-caudal e aparecimento de centenas de pústulas pequenas e não foliculares. As manifestações cutâneas são acompanhadas de febre superior a 38°C, prurido e neutrofilia. A média de duração das pústulas é de nove dias (entre 4-14 dias), seguindo-se a resolução espontânea com a suspensão da medicação e descamação. É possível ocorrer polimorfismo das lesões, podendo-se observar lesões tipo eritema multiforme, lesões purpúricas e de vasculite leucocitoclástica. As causas mais comuns da AGEPE são as reacções às infecções agudas (enterovírus), a fármacos e ao mercúrio. Cerca de 90% dos casos são provocados por medicamentos e destacam-se os antibióticos (macrólidos e beta-lactâmicos), antifúngicos, bloqueadores dos canais de cálcio, carbamazepina, paracetamol e antimaláricos. Deve fazer-se diagnóstico diferencial com patologias infecciosas com expressão cutânea semelhante.

Apresenta-se o caso de um doente admitido por febre, eritema cutâneo e múltiplas pústulas pequenas e não foliculares, após medicação com ácido fúcido oral por otite diagnosticada em

centro de saúde. Foram realizadas culturas e iniciou corticoterapia tópica e endovenosa com óptima resposta clínica.

O prognóstico da PEGA é bom como no caso descrito, deve suspender-se de imediato a medicação suspeita, e realizar eventual corticoterapia tópica e sistêmica. A história clínica é fundamental e antibióticos só devem ser usados quando o diagnóstico de infecção está bem documentado.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Fénix B 17:30 - 18:30

PO007

1245 SÍNDROME FEBRIL – UMA ENTIDADE RARA NUMA IDADE POUCO COMUM

Carina Rôlo Silvestre, Rita Marques, Juliana Magalhães, José Pereira, Teresa Vilaça, Ivone Barracha, Rosa Amorim
Centro Hospitalar do Oeste – Torres Vedras

Título: Síndrome febril – uma entidade rara numa idade pouco comum

Introdução

A febre é um achado muito comum na prática clínica, sendo transversal a patologias distintas. As infeções permanecem a principal causa de febre. Todavia, as neoplasias e as doenças inflamatórias devem ser equacionadas.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de uma mulher de 60 anos, com antecedente pessoal de síndrome vertiginoso com 10 anos de evolução e história familiar de doença autoimune. Recorreu ao serviço de urgência por clínica, com cerca de 2 meses de evolução, de síndrome febril, cansaço fácil, tosse seca ocasional, dor torácica esquerda, ligeira, tipo desconforto, sem irradiação e sem fatores de alívio ou de agravamento. Apresentava ainda, queixas sugestivas de claudicação dos membros superiores e episódios de cefaleia hemicraneana esquerda, tipo moínha, de intensidade moderada e sem disautonomia. Negava dispneia, alterações visuais, perda de peso não intencional e rigidez matinal.

À observação encontrava-se febril - temperatura axilar 37,8°C, normotensa com pulsos pediosos diminuídos, regulares, rítmicos e simétricos. Analiticamente, PCR 14,5mg/dL, VS 94mm/h e Hb 11,2g/dL (Htc 34,2% e VGM 88,0fL; HGM 29,1pg; CHGM 32,9g/dL). Radiografia tórax sem alterações pleuroparenquimatosas agudas. Electrocardiograma ritmo sinusal, sem alterações da repolarização. Exames culturais negativos. Realizou TC toraco-abdomino-pélvica que objetivou espessamento parietal difuso, principalmente da aorta torácica e abdominal, com densificação

da gordura adjacente. A Tomografia por Emissão de Positrões documentou captação parietal nos grandes vasos moderada a acentuada, com envolvimento das artérias subclávias, carótídeas, vertebrais e da aorta. Achados compatíveis com artrite dos grandes vasos.

Perante os dados clínicos, laboratoriais e imagiológicos assumiu-se uma vasculite dos grandes vasos, a arterite de Takayasu (AT). O diagnóstico é apoiado pelos novos critérios defendidos em 2018 por um grupo de peritos da American College Rheumatology/ European League Against Rheumatism.

Iniciou corticoterapia com prednisolona, atualmente, em desmame, com remissão total das queixas e com melhoria laboratorial, Hb 13,7g/dL, PCR 0,52mg/dL, VS 11mm/h.

Discussão: A AT é uma vasculite rara, que afeta principalmente mulheres jovens. O diagnóstico é desafiante e muitas vezes tardio, dada a apresentação clínica variável traduzida pela heterogeneidade e pelo envolvimento segmentar dos vasos afetados. Anteriormente, assumia-se uma idade inferior a 40 anos para o diagnóstico, os novos critérios permitem o diagnóstico do caso atual.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Fénix B 17:30 - 18:30

PO008

1591 DERMATOMIOSITE COM ENVOLVIMENTO PULMONAR RAPIDAMENTE PROGRESSIVO – CASO RARO ASSOCIADO A ANTICORPO ANTI-SAE 1 POSITIVO

Isabel Cruz Carvalho, Rita Bernardino, Ana de Carmo Campos, Sara Sarmento, João Freitas Silva, Miguel Ardéus, Marco Ribeiro Narciso, Teresa Fonseca

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte - Hospital Pulido Valente Medicina III

Introdução

A Dermatomiosite (DM) é uma doença inflamatória da pele e músculo esquelético com incidência de 2 a 9 casos/milhão de habitantes. O anticorpo anti-Small Ubiquitin-like modifier Activating Enzyme (SAE1) está presente em apenas 3-7% dos casos e raramente surge associado a doença pulmonar intersticial de rápida progressão. Os autores descrevem o caso pela sua raridade, acrescido do facto do diagnóstico ter sido dificultado pelo exuberante envolvimento pulmonar intersticial, associado a anticorpos anti citoplasma do neutrófilo falsamente positivos.

Caso Clínico: Homem de 43 anos, melanodérmico,

com quadro de edema e rubor facial, mais evidente na região frontal, malar, periorbitária e lábio superior, ardência da mucosa oral e pequenas úlceras cutâneas de difícil cicatrização nas eminências ósseas das articulações metacarpo-falângicas, extremidades digitais e canto dos olhos após traumatismos minor, com cerca de 7 meses de evolução, de agravamento progressivo. Associava-se síndrome constitucional com perda de peso de 10 kg, anorexia e cansaço. Foi medicado empiricamente com anti-histamínicos e prednisolona 20 mg por dia, sem qualquer melhoria.

Foi internado no contexto de 2 episódios transitórios de redução da força no membro superior direito não presenciados, interpretados como AITs, com angioRM de crânio e cervical, ecodoppler transcraniano e vasos do pescoço normais. O exame neurológico revelou alguma diminuição da força muscular proximal nos membros, particularmente nas coxas. Analiticamente ressaltou anemia, VS 70mm/h, ANA fortemente positivo >1:128 com padrão mosqueado e c-ANCA positivo, LDH, CK e Aldolase elevadas. A TC toraco-abdomino-pelvica revelou extenso envolvimento intersticial pulmonar, com padrão de pneumonia organizativa. Fez duas biópsias cutâneas com e sem imunofluorescência que não revelaram alterações. O electromiograma, a RM das coxas e a biópsia muscular revelaram aspectos compatíveis com miosite. Do estudo dirigido verificou-se apenas a presença do anticorpo anti-SAE1, não havendo positividade para outros anticorpos específicos de miosites. A repetição do c-ANCA revelou tratar-se de um falso positivo. Iniciou tratamento com corticoterapia em alta dose e imunomoduladores com excelente resposta clínica. Não foi encontrada até à data neoplasia associada.

Discussão: Trata-se de um caso raro de DM com anticorpo anti-SAE1, associado a envolvimento cutâneo, muscular e pulmonar, sob a forma de pneumonia organizativa. O diagnóstico foi dificultado pelas características raciais do doente limitarem o reconhecimento do rubor facial, o c-ANCA ter sido inicialmente falso positivo, sendo essa positividade altamente específica para o diagnóstico de Granulomatose com Poliangeíte na presença de envolvimento do interstício pulmonar e suspeita inicial de envolvimento vascular do sistema nervoso central. As biópsias cutâneas com imunofluorescência foram negativas possivelmente no contexto de corticoterapia prévia.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Fénix B 17:30 - 18:30

PO009

1449 SÍNDROME DE ATIVAÇÃO MACROFÁGICO NA DOENÇA DE BEHÇET

Emanuel Costa, Daniela Dantas Rodrigues, Joana Sotto Mayor, Pedro Cerdeira, Sofia Esperança, Carlos Capela
Hospital de Braga

Introdução

O síndrome de ativação macrofágico (SAM) é o termo utilizado para descrever uma forma de linfocitose hemofagocítica (LHH) rara, potencialmente fatal, associada a doenças inflamatórias sistêmicas e autoimunes, ocorrendo com maior frequência na artrite idiopática juvenil sistêmica e no seu equivalente no adulto. As manifestações clínicas características do SAM são febre alta persistente, hepatoesplenomegalia, adenopatias, envolvimento neurológico e manifestações hemorrágicas. Os achados laboratoriais típicos incluem citopenias, níveis aumentados de ferritina, lactato desidrogenase, triglicerídeos, D-dímeros e recetor solúvel de interleucina 2, assim como níveis reduzidos de fibrinogénio. O tratamento do SAM é iniciado com corticoide em alta dose, contudo pode ocorrer recorrência.

Caso clínico:

Doente de 35 anos, do sexo masculino, com antecedentes de doença de Behçet sob terapêutica crónica com colchicina e corticoide em baixa dose, admitido em internamento para estudo de síndrome febril com 3 semanas de evolução. Da anamnese apurou-se padrão febril com temperaturas 38.3-39.1°C diariamente, existência de úlceras orais concomitantes com o início da febre, astenia, fadiga, anorexia e hemorragia gengival. Ao exame objetivo apresentava úlceras orais, edema gengival, hepatomegalia, adenopatias cervicais e inguinais pericentrimétricas e perda ponderal. Analiticamente, constatou-se pancitopenia (Hemoglobina 8.4 mg/dL, plaquetas 132000/ μ L, leucócitos 1900/ μ L), hiperferritinemia (6175mg/dL), Proteína C Reativa (105mg/L), Velocidade de Sedimentação (109mm/h) e hipoalbuminemia (2.7g/dL). Realizou Tomografia Axial Computorizada que mostrou evidência de esplenomegalia de 18 cm. O resultado da Tomografia por Emissão de Positrões suportava a ativação do sistema retículo endotelial com captação difusamente aumentada de radiofármaco na medula óssea, baço, fígado e tecido linfóide amigdalino. Foi realizado mielograma que mostrou alterações reativas sem evidência de hemofagossomas. Neste ponto da investigação, a hipótese de diagnóstico de SAM foi equacionada.

Uma vez que o doente apresentava citopenias em progressivo agravamento e que cumpria 4 critérios para SAM, com score H com uma probabilidade de 42.94% para o diagnóstico, foi iniciada terapêutica com dexametasona na dose de 10 mg/m²/dia com reduções progressivas semanais. O doente teve alta, em apirexia sustentada e recuperação das citopenias mantendo seguimento em consulta onde se verificou completa resolução clínica e laboratorial.

Discussão:

Um elevado índice de suspeição é crucial no diagnóstico atempado e no tratamento desta entidade, tomando particular importância dada a possível sobreposição de apresentações com exacerbações da doença reumatológica de base. Este caso clínico apresenta-se como mais uma evidência a favor de uma possível etiologia autoinflamatória para a doença de Behçet sendo um dos poucos casos descritos na literatura de SAM a ela associados.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Fénix B 17:30 - 18:30

PO010

1023 CALCINOSE CUTÂNEA ASSOCIADA A SÍNDROME DE CREST

Carolina Morna, Jéssica Chaves, Carolina Barros, Tiago Esteves Freitas, Luz Brazão

Hospital Central do Funchal, Serviço de Medicina Interna

Calcinose cutânea consiste na deposição de sais de cálcio na pele e tecido subcutâneo e é uma doença pouco comum e frequentemente incapacitante. A sua classificação divide-se em cinco subtipos, baseada na etiologia da deposição (metastática, distrófica, idiopática, iatrogénica, calcifíxia).

A calcinose cutânea distrófica ocorre em 25% dos doentes com esclerose sistémica, sendo mais frequentemente em doentes com a variante limitada ou Síndrome de CREST.

Doente do sexo feminino, 60 anos, com antecedentes patológicos conhecidos de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensão arterial, para as quais se encontra medicada.

Avaliada em contexto de consulta por aparecimento de nódulos de consistência dura a nível da face palmar das mãos, com cerca de 2 anos de evolução. Mais recentemente, aparecimento de úlceras punctiformes na face interna do polegar direito e edema duro da mão direita. Sem outras queixas osteo-articulares associadas.

Ao exame objectivo, a destacar a presença de múltiplas telangiectasias na face, face anterior

do tórax e na mucosa oral, a nível dos bordos da língua. Edema bilateral das mãos, mais acentuado a nível do 1º e 2º dedo da mão direita, com telangiectasias distribuídas pelas palmas de ambas as mãos. Apresentava também nódulos de consistência dura com cerca de 1 cm nas regiões tenares, com descamação da região tenar da mão direita e três ulcerações punctiformes no bordo interno do 1º dedo. Limitação da mobilidade activa e passiva da articulação do ombro, bilateralmente, sem dor associada. Inspeção e palpação das articulações tornozelos e pés com pequenos nódulos subcutâneos, assintomáticos.

Realizadas radiografias de mãos, pés e ombros com demonstração de exuberante calcinose cutânea. Estudo complementar efectuado, sem alterações analíticas de relevo e com estudo de auto-imunidade negativo.

Quando questionada, a doente refere que quando emerge as mãos em água fria ficam "arroxeadas" e depois "brancas". Negava disfagia ou dispepsia.

Endoscopia digestiva alta sem alterações e manometria esofágica que relevou ondas de condução de baixa amplitude e aperistalse no 1/3 inferior do esófago.

As alterações clínicas e dos exames complementares favorecem o diagnóstico de síndrome de CREST, que corresponde a uma forma limitada da esclerose sistémica. O síndrome caracteriza-se por: calcinose (C), fenómeno de Raynaud (R), doença esofágica (E), esclerodactilia (S) e telangiectasia (T).

A doença geralmente surge na terceira e quarta década de vida, tendo atingimento predominante do sexo feminino. Não existem testes específicos, sendo que o seu diagnóstico faz-se através da conjugação dos achados clínicos.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Fénix B 17:30 - 18:30

PO011

1106 CANSADA DE TER FEBRE!

Cátia Faria, Cátia Ribeiro Santos, Diana Moura, João Crespo Santos

Centro Hospitalar de Leiria (CHL), Hospital de Santo André (HSA), Leiria, Portugal

Introdução

As vasculites podem acometer pequenos, médios ou grandes vasos podendo ser de etiologia primária ou secundária. São habitualmente raras e as suas consequências dependem do calibre dos vasos afetados e dos órgãos atingidos.

Caso clínico: Os autores descrevem o caso de

um doente de 81 anos, género feminino, com antecedentes de dislipidemia, medicada com uma estatina e sem contexto epidemiológico relevante. Apresentou-se com síndrome febril com 2 meses de evolução, de início concomitante com cirurgia para reparação de fratura peri-protésica no fémur esquerdo. Associado a anorexia e perda ponderal ligeiras. Por elevação dos parâmetros analíticos de infeção e queixas de disúria e frequência miccional, foi assumida cistite nosocomial tendo iniciado ciclo de antibiótico. Manteve-se subfebril durante tratamento e reiniciou febre após termino de antibioterapia, alternando febre com e sem calafrio, pelo que foi internada para despiste de foco infeccioso no material de osteossíntese. No internamento foi objetivado sopro cardíaco de novo tendo feito ecocardiograma transtorácico e transesofágico, ambos excluíram presença de vegetações ou massas intracavitárias. Foi excluída a hipótese de origem no material de osteossíntese. Realizou rastreios sépticos consecutivos que foram negativos e serologias negativas. Analiticamente apenas com elevação da proteína C reativa (PCR) e da velocidade de sedimentação (VS) com anemia normocítica, normocrómica ligeira. Para exclusão de lesões sangrantes realizou endoscopia digestiva alta e baixa que excluíram tanto lesões mucosas suspeitas como sangrantes. Por apresentar dor na cintura escapular incapacitante, de novo, realizou tomografia da coluna que excluiu espondilodiscite. A tomografia toraco-abdomino-pélvica revelou uma fina lâmina de derrame pleural à direita e 2 quistos hepáticos, sem adenopatias ou massas suspeitas. Para despiste de alterações dos vasos do pescoço realizou angiotomografia que foi negativa para tal. Apresentou melhoria da dor e iniciou, então, rigidez cervical sem outros sinais meníngeos. Nesse contexto foi feita punção lombar com líquido negativo para alterações da composição e bactérias. Por suspeita de quadro sistémico realizou tomografia por emissão de positrões que revelou captação difusa nas artérias axilares, braquiais, ilíacas e femorais, compatível com vasculite. Fez ainda biópsia da artéria temporal que foi negativa para artrite das células temporais. Posto isto, iniciou corticoterapia 1mg/kg de peso obtendo-se melhoria clínica, com apirexia sustentada, e melhoria analítica da PCR e VS.

Conclusão: Com este caso pretende-se salientar que, apesar de existir um foco provável relacionado com cirurgia recente, é importante uma boa anamnese, que salientou que o início da febre seria prévio à cirurgia. Assim, integrando todos os dados clínicos, a evolução da situação clínica e resposta da doente à terapêutica, pode excluir-se outras causas graves de síndrome febril.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Fénix B 17:30 - 18:30

PO012

1677 REATIVAÇÃO AGUDA DE INFEÇÃO CRÓNICA POR VÍRUS EPSTEIN BARR COM ENCEFALITE AGUDA DISSEMINADA- A PROPÓSITO DE UM CASO

Ana Areia Reis, Ana Filipa Pires, Ana Pacheco, Juliana Lopes, Carlos Vasconcelos, Mari Mesquita

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

O vírus Epstein-Barr (EBV) é um herpesvirus muito frequente cuja primo-infeção geralmente é sub-clínica e tem um curso benigno. A encefalite por EBV é rara, pode acontecer em qualquer fase da infeção podendo envolver múltiplos locais do sistema nervoso central, apresentando um prognóstico muito variável.

Caso Clínico: Mulher, 24 anos, sem antecedentes, com contexto epidemiológico familiar de síndrome gripal recente. Admitida por febre e cefaleia holocraneana. À admissão: febril (38.9°C), orofaringe sem alterações, sem sinais meníngeos e exame neurológico normal. Analiticamente: neutrofilia, linfopenia (820u/L) e PCR 247mg/L. TC toraco-abdominal com fígado e baço ligeiramente aumentados. No internamento evolui com cefaleia intensa holocraneana com sinais de irritação meníngea com TC CE normal. Punção lombar (PL) com 231 células, 16 eritrócitos, proteínas 100mg/dL, glicose 41 mg/dl e ADA negativa. Iniciou empiricamente ceftriaxone, ampicilina e aciclovir contudo estudo microbiológico do líquido amniótico e pesquisa de DNA EBV positivo. Concomitante pesquisa de DNA EBV positiva no sangue periférico com 10log; RMN CE com múltiplas lesões hiperintensas focais, cerebelosas, bilaterais mesencéfalo-protuberanciais e talâmicas, subcortical frontal direita, periventricular anterior esquerda e corpo caloso a sugerir etiologia inflamatória. Após 8 dias de antivírico, RMN CE com involução da maioria das lesões. Após 14 dias de antivírico teve alta assintomática. Readmitida 4 dias depois por febre, sem clínica focalizadora e sem alterações objetivas. Analiticamente com linfopenia (900u/L), plaquetas 89000u/L, VS 99 mm, PCR 184,4 mg/L, ferritina 1500 mg/dl, triglicérides e fibrinogénio normais. Urina e Rx tórax normais. Realizada PL: líquido com 24 células, predomínio de neutrófilos, proteínas 51 e glicose 57. Microbiológico, pesquisa de DNA de vírus, bandas oligoclonais e anti neuronais negativos. Estudo imunológico e imunofenotipagem de linfócitos sem alterações. RMN-CE com novas lesões bilaterais da substância branca de provável natureza inflamatória. Assumida reativação de infeção crónica por EBV com encefalite disseminada aguda, com elevada de probabilidade de síndrome

ativação macrofágica (H score de 87%). Decidida realização de pulsos de metilprednisolona (500 mg/dia, 3 dias) e imunoglobulinas IV (0.4 g/kg/dia durante 5 dias) com progressiva melhoria clínica, resolução das citopenias e regressão dos marcadores inflamatórios. RMN CE de controlo com regressão das lesões. Teve alta sob corticoterapia oral em esquema de desmame e profilaxias.

Discussão: O EBV possui capacidades de latência e reativação o que torna o diagnóstico de infeções tardias, após uma primo-infeção, um desafio diagnóstico. A patogénese das lesões neurológicas do EBV ainda não foi bem explicada embora se sugira que mecanismos imunológicos são os responsáveis pela replicação viral, pelo que a terapêutica imunossupressora tem o seu papel assumido nas infeções com cursos menos benignos.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Pégaso 17:30 - 18:30

DOENÇAS CARDIOVASCULARES

PO013

824 OS PRIMEIROS 12 MESES DE UMA CONSULTA DE HIPERTENSÃO DE UM HOSPITAL DISTRITAL

Rui Seixas, João Gamito Lopes, Armindo Ribeiro, José Sousa e Costa

Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, Serviço de Medicina Interna, Santiago do Cacém, Portugal

Introdução

Como doença crónica, a Hipertensão Arterial (HTA) apresenta uma prevalência nacional crescente (26,9%), sendo um dos principais alvos terapêuticos para o controlo e prevenção das Doenças Cardiovasculares.

Objetivos: Caracterização epidemiológica de uma população periférica acompanhada pela primeira vez numa consulta de hipertensão de um hospital distrital ao longo de 12 meses.

Material e Métodos: Estudo coorte retrospectivo entre 2017 e 2018, incluídos doentes referenciados à consulta de HTA. Excluídos doentes que abandonaram a consulta.

Resultados: Foram incluídos 35 doentes, todos caucasianos. 51.42% homens e 48.58% mulheres, com idade média de 54.2 anos (DP: 16.6) e mediana 54.5 anos (IQR: 22.75). 45.71% referenciados para estudo de HTA secundária e 54.29% por HTA resistente e não controlada. Na primeira avaliação com Pressão Arterial Sistólica (PAS) média de 155.8 milímetros de mercúrio (mmHg), e um ano após com redução para 136.4

mmHg ($p < 0.05$, IC 95%). O número médio de fármacos anti-hipertensores na primeira consulta era 2.66, e no final do primeiro ano era 2.69 ($p > 0.05$, IC 95%) com maior prescrição de Inibidores de Enzima de Conversão de Angiotensina (48.57% vs. 65.71%) e de diuréticos (65.71% vs. 71.42%), e menor prescrição de Antagonistas do Recetor da Angiotensina II (28.57% vs. 17.14%). Identificadas causas de HTA secundária: Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (31.5%), com predomínio nos homens (54.5%); Hiperaldosteronismo Primário (2.85%); Feocromocitoma (2.85%); Síndrome ACTH-Independente (2.85%); Estenose da Artéria Renal (2.85%) e Hiperparatiroidismo Primário (2.85%). Diagnóstico de Síndrome Metabólica em 31.5% dos casos, com predomínio nas mulheres (54.5%), sendo este um fator predisponente para o desenvolvimento de HTA. 50.25% dos casos referenciados para estudo de HTA secundária continuam o estudo etiológico, não se podendo excluir causa idiopática, uma vez que esta continua a ser responsável por 90% dos casos de HTA.

Conclusões: A prevalência dos fatores de risco cardiovascular, nomeadamente a HTA, tem aumentado significativamente e a região abrangida por esta consulta segue a mesma tendência. Torna-se imprescindível uma consulta de HTA num hospital distrital para estudo e acompanhamento dos doentes de uma região periférica e com as limitações inerentes a esse estatuto. No seu primeiro ano de existência, a consulta de HTA justifica-se quer pela significativa diminuição da PAS quer por identificação de causas secundárias, prevenindo assim eventos cardiovasculares.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Pégaso 17:30 - 18:30

PO014

1375 O IMPACTO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, NO NORDESTE DE PORTUGAL – CASUÍSTICA DE UMA CONSULTA DIFERENCIADA

Ana Margarida COELHO, Lília CASTELO BRANCO, Cátia Marisa Loureiro PEREIRA, Elisabete PINELO, Romeu PIRES, Eugénia MADUREIRA

Unidade Hospitalar de Bragança, Unidade Local de Saúde do Nordeste, Bragança, Portugal.

INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) é uma doença crónica, progressiva que pode evoluir para um estado de refractariedade terapêutica. Apesar da melhoria substancial do tratamento, a doença permanece com elevadas taxas de morbimortalidade e custos associados.

MÉTODOS E OBJETIVOS: Estudo retrospectivo

e transversal, com amostra de doentes com diagnóstico de IC, orientados para a consulta de IC, entre janeiro e outubro de 2017 com o objetivo de determinar o impacto de uma consulta diferenciada nos cuidados de saúde prestados aos doentes, sendo avaliados: parâmetros laboratoriais e ecocardiográficos, frequência e duração de hospitalizações por IC.

RESULTADOS: Foram avaliados 64 doentes, 78,1% do sexo masculino, com média de idades de 75,08 anos (min.45, máx.90), sendo 79,7% autônomos para AVD's, 65,6% foram referenciados após internamento e 17,2% de outras consultas. Nos 12 meses pré-admissão na consulta, 81% dos doentes foram hospitalizados por descompensação de IC (81 internamentos - média 6,75/mês) sendo mais frequente nos doentes com fração de ejeção (FE) deprimida versus 75% de doentes hospitalizados após seguimento em consulta (48 internamentos - média 4,8/mês), tendo sido avaliados em consulta em média de 3 vezes (mín.1, máx.10). Inicialmente 45,3% dos doentes tinham FE reduzida, descendo para 31,3% na última avaliação; verificou-se transição de FE reduzida para conservada em 3 doentes, 6 para FE midrange e outros 6 de FE midrange para conservada; 54,7% dos doentes apresentavam FE conservada, com 51,6% dos doentes em classe II, 26,6% em classe III e 21,9% em classe I de NYHA. A principal queixa foi a dispneia (70,3%), seguida do cansaço (37,5%) e sinais/sintomas (in)diretos de congestão – edemas (50%), crepitações (31,3%). Relativamente à etiologia: 28,1% causa multifatorial (mais prevalente na FE conservada), 26,6% de causa isquémica (mais frequente na FE reduzida), 12,5% causa valvular e arritmogénica, 10,9% dilatada idiopática e 3,1% etiologia alcoólica. De referir que 68,75% dos doentes apresentavam fibrilhação auricular, exectuando um doente todos os outros estavam sob hipocoagulação, sendo rivaroxabano terapêutica mais frequente. As comorbilidades mais frequentes foram: HTA (89,3%), dislipidemia (53,1%), doença pulmonar crónica (40,6%), diabetes e EAM prévio (28,1% mais prevalente FE reduzida), doença renal crónica (25%), obesidade (21,9% mais prevalente se FE conservada) e doença hepática (7,8%). 71,9% negaram hábitos alcoólicos, mas 10,9% eram ex-consumidores enquanto 17,2% mantinham hábitos, sendo mais prevalente na FE reduzida. A maioria dos doentes manteve seguimento em CE de Medicina Interna (46,87%), de salientar 18,75% acabaram por morrer, deste 9 por evolução da doença, 4 com FE reduzida.

Conclusão: Verificou-se recuperação da FE na maioria dos doentes, com redução de grupo em 15 doentes e uma diminuição do número de internamentos por IC, o que está de acordo com o benefício expectável de uma vigilância mais apertada.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Pégaso 17:30 - 18:30

PO015

1361 APLICABILIDADE DO SCORE PADUA ENQUANTO PREDITOR DO RISCO TROMBÓTICO E DECISÃO DE ANTICOAGULAÇÃO PROFILÁTICA EM DOENTES HOSPITALIZADOS

João Figueira, Paulo Ramos, Rodrigo Vicente, Vasco Tiago, Fernando Aldomiro

Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca

Aplicabilidade do score Padua enquanto preditor do risco trombótico e decisão de anticoagulação profilática em doentes hospitalizados

Introdução

O tromboembolismo venoso (TEV), nas suas vertentes de trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar, é considerado a principal causa de morte evitável em doentes hospitalizados. A estratificação precoce de risco trombótico e instituição atempada de medidas profiláticas influenciam o prognóstico. Guidelines internacionais recomendam o uso de terapêutica anticoagulante profilática com heparina de baixo peso molecular (HBPM) em doentes internados que apresentem elevado risco de TEV, reforçando a importância da aplicação de ferramentas de estratificação de risco trombótico e hemorrágico. Dos scores clínicos existentes, destacam-se o score Padua e o IMPROVE bleeding risk score (IBRS), classificações importantes para a predição do risco trombótico e hemorrágico em doentes internados. Permanece por validar a evidência da importância do uso combinado destes scores na redução dos eventos trombóticos.

Objetivo:

Determinar a aplicabilidade do score Padua na decisão de anticoagulação profilática em doentes com baixo risco hemorrágico internados num Serviço de Medicina.

Métodos:

Estudo retrospectivo dos doentes internados num Serviço de Medicina entre 1 de Outubro e 31 de Dezembro de 2017. Após consulta dos processos eletrónicos, foram aplicados os scores Padua e IBRS, avaliada a terapêutica anticoagulante instituída e contabilizados os episódios de TEV.

Resultados:

Num total de 301 doentes hospitalizados, foram excluídos 4 doentes por dados insuficientes e 78 por terem realizado anticoagulação terapêutica. Nos 219 doentes obtidos foi avaliado o risco hemorrágico

segundo IBRS; 165 foram classificados com baixo risco hemorrágico e 54 com alto risco hemorrágico. Os doentes com alto risco hemorrágico foram excluídos.

Na amostra final de 165 doentes, foi aplicado o score Padua; 51 foram classificados com baixo risco trombótico e 114 com alto risco trombótico.

Dos doentes com baixo risco trombótico, 49,0% (25) fizeram HBPM profilática e 51,0% (26) não realizaram anticoagulação. Nesta amostra verificou-se 1 evento trombótico no grupo anticoagulado e nenhum evento trombótico no não anticoagulado.

Dos 114 doentes com alto risco trombótico, 52,6% (60) fizeram HBPM profilática e 47,4% (54) não realizaram anticoagulação. Nesta amostra, verificou-se 1 evento trombótico no grupo anticoagulado e 2 eventos trombóticos no não anticoagulado.

Conclusões:

Verificamos que a decisão de anticoagulação profilática não foi concordante com o recomendado pelo score Padua em cerca de 50% dos doentes. Esta discrepância não se traduziu em diferenças significativas no número de eventos trombóticos.

Mais estudos são necessários para avaliar a aplicabilidade de scores de risco na decisão de anticoagulação profilática para prevenção de TEV em doentes hospitalizados.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Pégaso 17:30 - 18:30

PO016

1705 ALÉM DA CRISE HIPERTENSIVA – ANÁLISE DE CASOS DE 1 ANO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Joana Isabel Marques, Sara Mendonça Freitas, Ana Grilo, Fernando Martos Gonçalves
Hospital Beatriz Ângelo

A crise hipertensiva, de acordo com o Colégio Americano de Cardiologia, corresponde a uma subida aguda da pressão arterial, com sistólica >180mmHg e/ou diastólica >120mmHg. As emergências hipertensivas correspondem ao subgrupo que apresentam lesão de órgão alvo (neurológica, cardiovascular, renal, vascular, entre outras) a acompanhar a subida de pressão arterial. 1-3% dos doentes hipertensos vão ter um episódio de emergência hipertensiva, responsável por morbilidade significativa.

Objetivo: avaliar a incidência de doentes com crise hipertensiva na admissão no serviço de urgência (SU) e análise do diagnóstico de admissão

associados a crise hipertensiva com necessidade de internamento.

Métodos: Análise observacional e retrospectiva dos doentes que recorreram ao serviço de urgência durante 1 ano (1 novembro de 2017 a 31 outubro de 2018) com valores de pressão arterial >180/120mmHg na triagem, e análise daqueles que mereceram internamento com identificação de dados epidemiológicos, sintomas, comorbilidades e diagnóstico de admissão pela consulta dos processos clínicos.

Resultados: No período de 1 ano recorreram ao SU 282 doentes com critérios de crise hipertensiva para um total de 125247 admissões, ou seja, 0,23% das admissões. Dos doentes com crise hipertensiva 45 ficaram internados (15%).

A idade média foi 62,7 anos (mínimo 34, máximo 88), 60% do sexo masculino. Os sintomas quando recorreram ao SU eram:: dispneia (44%), sinais focais (33%), cefaleias (18%), sinais neurológicos generalizados como confusão mental (16%), desconforto torácico (9%) ou dor de qualquer etiologia (9%).

Além da hipertensão arterial conhecida em 87% dos casos, acrescem importantes comorbilidades como cardiopatia (36%), diabetes (27%), insuficiência cardíaca (24%) e fibrilhação auricular (20%). 18% já tinham tido enfarte agudo do miocárdio no passado e 16% acidente vascular cerebral.

Quanto ao diagnóstico de internamento verificou-se que o mais afetado foi o sistema cardiovascular com 38% destacando-se a grande incidência de edema agudo do pulmão (29%), enfarte agudo do miocárdio (9%) e insuficiência cardíaca descompensada (4%). A lesão do sistema nervoso central constitui 31% das admissões incluindo acidente vascular cerebral isquémico (22%), acidente isquémico transitório (4%) e acidente vascular hemorrágico (2%). Surgem em menor frequência 1 caso de lesão renal, 1 de pré-eclâmpsia e 4 casos de hipertensão secundária a dor (3 por patologia cirúrgica e 1 por cólica renal).

Conclusões

Este trabalho mostra uma incidência de crise hipertensiva no momento de admissão no serviço de urgência de 0,23% das admissões. Dos casos com necessidade de internamento (15%) destaca-se a maior incidência de lesão do sistema cardiovascular e neurológico (em conjunto 70%) com destaque para o edema agudo do pulmão (29%) e acidente vascular cerebral (22%). Realça-se a importância da atuação médica célere nestas situações de elevada morbimortalidade para prevenção da lesão de órgão.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Pégaso 17:30 - 18:30

PO017**756 CASUÍSTICA DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NUM INTERNAMENTO DE MEDICINA INTERNA**

Carla Marques Pires, Sandra I. Correia, Isabel M. Eira, Renata Carvalho, Cindy Tribuna, Cristina Ângela, Carlos Capela

Hospital de Braga

INTRODUÇÃO

A Insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica frequente cuja prevalência está a aumentar a par do envelhecimento populacional. O seu desenvolvimento decorre de qualquer alteração funcional e estrutural que comprometa a função sistólica e/ou diastólica cardíaca.

OBJETIVOS

Classificação da IC nos doentes internado no Serviço de Medicina Interna (MI); determinação da interligação com os múltiplos fatores de risco cardiovascular e do seu impacto no tempo de internamento e na mortalidade intra-hospitalar.

MÉTODOS

Estudo retrospectivo que incluiu os doentes internados ao cuidado da equipa médica de Janeiro de 2018 a Setembro de 2018. Os doentes com IC foram investigados quanto a coexistência de fatores de risco cardiovascular e classificados, clinicamente, pela fração de ejeção (Fej) e funcionalmente pela classificação de New York Heart Association (NYHA).

RESULTADOS

Dos 197 doentes internados no Serviço de MI 89 (45,2%) tinham IC, dos quais 38,2% eram do género masculino e 61,8% eram do género feminino. A idade média foi de 81,87 anos.

Face ao baixo número de recursos técnicos e humanos, transversal aos hospitais de todo o país, constatou-se que apenas 30,3% fizeram ecocardiograma de avaliação durante o internamento.

No âmbito da classificação funcional, referente à limitação da atividade física, numa fase não descompensada, verificou-se que apenas 25,9% eram incluídos na classe III e IV de NYHA. Na classificação clínica, constatou-se que 60,7% apresentavam IC de Fej preservada, 9% apresentavam Fej intermédia, 25,8% apresentavam Fej reduzida e 4,5% não estavam estratificados (sem ecocardiograma prévio ou durante o internamento).

Em relação à coexistência de fatores de risco cardiovascular, constatou-se que 86,5% apresentavam hipertensão arterial, 57,3% fibrilhação auricular, 56,2% excesso de peso/obesidade, 50,6% dislipidemia, 41,47% diabetes Mellitus, 16,9% tinham consumos exagerados de álcool e 11,2% eram fumadores.

Adicionalmente verificou-se que 50% dos doentes com IC de Fej reduzida apresentavam ferropenia e fizeram suplementação de ferro adequada.

Em acréscimo constatou-se que a média do tempo de internamento foi de 12,4 dias em oposição com os 11,8 dias observados no total de doentes internados. No âmbito da mortalidade intra-hospitalar obteve-se uma taxa de 15,7% superior aos 13,7% do total dos doentes internados.

CONCLUSÕES:

Em suma verificou-se que a IC contribuiu para a mortalidade e morbilidade de uma grande percentagem dos doentes internados, portanto é fundamental saber diagnosticar, classificar e tratar adequadamente. Um esforço adicional é essencial para que todos sejam estratificados e que a terapêutica modificadora de prognóstico seja iniciada e otimizada nos doentes com IC de Fej reduzida. Contudo, nas enfermarias de MI observa-se o importante papel da IC Fej preservada (60,7%), sendo importante realçar as limitações na abordagem terapêutica, face à escassez de opções modificadoras de prognóstico.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Pégaso 17:30 - 18:30

PO018**2046 ENDOCARDITE BACTERIANA: UMA ENTIDADE CLÍNICA A NÃO SUBESTIMAR**

Inês Moreira, Joana Monteiro, Cristina Rosário, Sofia Correia, Joana Simões

Departamento de Medicina, Hospital de Pedro Hispano

A endocardite bacteriana é uma entidade clínica com elevada morbimortalidade. Existem diversos procedimentos invasivos associados ao seu desenvolvimento. Má higiene oral e uso de drogas endovenosas são outros fatores predisponentes. Alterações estruturais congénitas valvulares, sendo a válvula aórtica bicúspide a mais comum, associam-se a maior risco de endocardite.

Homem, 23 anos, sem antecedentes de relevo. Recorreu ao SU a 13/01 por dor torácica retroesternal em aperto com 3 dias de evolução, sem relação com esforços, que agravava com a inspiração profunda. Deste há 2 meses com astenia, anorexia, dispneia para esforços,

hipersudorese noturna e temperatura subfebril. Referência a má higiene oral e desvitalização dentária há 6 meses. A admissão, febril, com sopro holossistólico. Análises com elevação discreta da troponina. ECG sem alterações. Ecocardiograma a revelar válvula aórtica bicúspide com presença de vegetação; insuficiência aórtica severa secundária a destruição valvular significativa; boa função sistólica biventricular. Colheu hemoculturas e iniciou ceftriaxone, ampicilina e gentamicina. Após isolamento de *Streptococcus mitis* multisensível, descalada para ceftriaxone e gentamicina. Por manutenção de dor pleurítica efetuou TC torácica, que documentou embolização séptica pulmonar. A 17/01 agravamento da dor torácica. ECG: alterações da repolarização ventricular, infra-ST difuso, elevação do ponto J em V1 e aVR. Elevação marcada da troponina. Assumida isquemia do miocárdio em provável contexto de roubo coronário pela insuficiência aórtica severa e/ou embolia séptica. Submetido a cirurgia cardíaca urgente que documentou, além da regurgitação aórtica grave, fístula entre o trato de saída do ventrículo esquerdo (VE) e a aurícula direita. Realizada substituição valvular aórtica por prótese mecânica e exclusão da fístula. No pós-operatório evolução desfavorável em choque cardiogénico por disfunção sistólica grave do VE (FEVE 18%), com necessidade transitória de ECMO (8 dias). Documentada recuperação da função sistólica do VE em ecocardiograma de reavaliação 14 dias após cirurgia cardíaca.

Este caso retrata o quadro clínico fulminante e quase fatal de um doente jovem com válvula aórtica bicúspide como fator de risco major. A história de má higiene oral constitui um fator agravante, sendo o ponto de partida mais provável da infeção. Diversas anomalias congénitas cardíacas têm um curso benigno e são assintomáticas. Este doente desconhecia previamente a presença da alteração da válvula aórtica, pelo que não foi possível atuar preventivamente. Atualmente a profilaxia antibiótica está recomendada apenas para os doentes de elevado risco e não para doentes de risco intermédio, como a bicuspidia da aorta, exceto se episódio prévio de endocardite bacteriana. Esta população de risco intermédio deverá cumprir medidas preventivas gerais, como a higiene dentária, para diminuir o risco de ocorrência destes eventos que poderão cursar com evolução desfavorável.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Pégaso 17:30 - 18:30

PO019**790 ENVOLVIMENTO CARDÍACO DA ARTERITE DE TAKAYASU**

Nuno Reis Carreira¹, Raquel Soares¹, Marisa Teixeira Silva¹, Nelson Cunha², Tiago Rodrigues², Mónica Mendes Pedro², Dulce Brito²

1. SERVIÇO DE MEDICINA 2, SECTOR B. 2. Serviço de Cardiologia, Departamento Coração e Vasos. Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

Introdução

A arterite de Takayasu é uma vasculite de causa desconhecida. Caracteriza-se por panarterite granulomatosa, tipicamente com inflamação e estenose das artérias de grande e médio calibre. O envolvimento cardíaco é raro (<10%), associando-se usualmente ao envolvimento das artérias coronárias, resultando em doença coronária. Contudo, ainda mais raro mas reconhecido, é o envolvimento cardíaco por miocardiopatia inflamatória, por processo de miocardite auto-imune.

Caso Clínico

Sexo masculino, 24 anos. Arterite de Takayasu diagnosticada 3 meses antes, sob corticoterapia, com aneurisma da aorta ascendente determinando doença cerebrovascular embólica, insuficiência aórtica moderada, estenose da artéria renal direita, hipertensão secundária e doença renal crónica estadio 3. Ecocardiograma com ventrículo esquerdo (VE) não dilatado e sem compromisso da função sistólica. Angio-TC sem doença coronária. Internado por insuficiência cardíaca aguda (classe funcional IV da NYHA), manifestada por fadiga, dispneia e ortopneia com 3 semanas de evolução. Observação: hipoxémico, marcadamente congestivo, presença de S3 e de sopro prodiastólico II/VI audível na base. Laboratorialmente: citocolestase ligeira e NT-proBNP 5137pg/mL. Radiografia de tórax: cardiomegalia, reforço intersticial bilateral e apagamento do seio costo-frénico direito, sugestivo de derrame pleural. ECG: taquicardia sinusal; critérios de hipertrofia ventricular esquerda. Ecocardiograma: dilatação e hipocinesia difusa do VE, com compromisso grave da função sistólica global (Fej: 12%). Ventrículo direito dilatado com função preservada. Regurgitação aórtica, mitral e tricúspide moderadas. Sem derrame pericárdico.

Colocadas várias hipóteses diagnósticas etiológicas: excluída doença coronária por coronariografia, miocardite infecciosa, doença infiltrativa e presença de fármacos/substâncias cardiotoxícos. Realizada biópsia endomiocárdica, que mostrou alterações ligeiras e inespecíficas e possível miocardite

linfocítica; genomas virais negativos. Pela probabilidade de envolvimento miocárdico da doença de Takayasu, cumpriu corticoterapia pulsada 5 dias, para além da terapêutica dirigida à insuficiência cardíaca instituída inicialmente. Internamento com evolução favorável, com resolução da dispneia, fadiga e sintomas congestivos, alcançando classe funcional I da NYHA. Ecocardiograma com recuperação da função sistólica do VE (Fej: 45%). Decidida implementação de ciclofosfamida (6 ciclos), mantendo corticoterapia. Reavaliação clínica sem sintomas de insuficiência cardíaca, sinais congestivos ou de baixo débito.

Discussão

Neste caso apresenta-se uma manifestação rara mas potencialmente fatal da Arterite de Takayasu – o envolvimento miocárdico com insuficiência cardíaca grave na ausência de doença coronária angiográfica concomitante. Esta associação deverá ser tida em consideração nestes doentes, e o tratamento dirigido e precoce deverá ser fundamental para a modificação da história natural da doença.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Pégaso 17:30 - 18:30

PO020

825 TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITÁRIA E ENCERRAMENTO DO APÊNDICE AURICULAR ESQUERDO : UM DESAFIO

Luciana Frade, Jorge Dantas, Rui Morais, Joana Malho Rodrigues, Susana Jesus, Cândida Fonseca, Luís Campos, Pedro Cavilhas

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental : Serviço de Medicina do Hospital São Francisco Xavier e Serviço de Otorrinolaringologia Hospital Egas Moniz

Introdução

A telangiectasia hemorrágica hereditária (THH), também conhecida como Síndrome Rendel-Osler-Weber é uma patologia autossómica dominante rara, caracterizada por telangiectasias da mucosa, cutâneas e viscerais.

Um estudo (1) recente revelou que os doentes de THH têm maior predisposição para fibrilhação auricular e consequentemente indicação para realização de anticoagulação (ACO) crónica que poderá resultar em inúmeras complicações pelo elevado risco hemorrágico destes doentes.

Caso Clínico: Mulher, 67 anos, autónoma, com antecedentes clínicos conhecidos até à data de: hipertensão arterial, anemia ferropénica, múltiplas angiectasias duodenais e epistaxis ligeira ocasional desde há vários anos. Recorreu ao

serviço de urgência com queixas de desconforto torácico e palpitações tendo sido diagnosticada de novo fibrilhação auricular (CHADs2Vasc2 4), a necessidade de introdução de anticoagulação (ACO) levou a complicações hemorrágicas, tendo o quadro evoluído com múltiplos episódios (> 10) de epistaxis intensa com necessidade terapia transfusional, inúmeras abordagens hemostáticas pela Otorrinolaringologia, múltiplos internamentos (> 5) com necessidade de terapêutica endoscópica para controlo de lesões gastrointestinais sangrantes e variadas consultas de ambulatório, bem como vários e desafiantes ajustes terapêuticos, tendo posteriormente a ACO sido interrompida e a doente submetida a encerramento do apêndice auricular esquerdo. Desde então não apresentou novos episódios de epistaxis e encontra-se sem terapêutica anticoagulante.

Durante a investigação etiológica os autores perceberam que cumpria critérios de Síndrome Rendel-Osler-Weber/HTT.

Discussão: A fibrilhação auricular (FA) é uma arritmia frequente, com elevado potencial tromboembólico e indicação formal para anticoagulação crónica. No entanto em algumas patologias com maior predisposição hemorrágica ao iniciar esta terapêutica surgem complicações que podem inclusivamente ser ameaçadoras da vida. Assim, perante a evidência de que o apêndice auricular esquerdo é o local mais comum para formação de trombos intracardíacos na FA (2) o seu encerramento surgiu como uma alternativa não farmacológica.

O encerramento do apêndice auricular esquerdo, um procedimento percutâneo minimamente invasivo constitui portanto uma opção muito favorável e a ter em conta para o tratamento de doentes com indicação para terapêutica anticoagulante mas elevado risco hemorrágico.

1.Shovlin CL, Awan I, Cahilog Z, et al. Reported cardiac phenotypes in hereditary hemorrhagic telangiectasia emphasize burdens from arrhythmias, anemia and its treatments, but suggest reduced rates of myocardial infarction. *Int J Cardiol* 2016; 215: 179-85.

2.O. Onalan, E. Crystal Left atrial appendage exclusion for stroke prevention in patients with nonrheumatic atrial fibrillation

Stroke, 38 (2007), pp. 624-630. 1 Feb 2007. doi. org/10.1161/01.STR.0000250166.06949.95

24 DE MAIO DE 2019

Sala Pégaso 17:30 - 18:30**PO021****1282 SÍNDROME DE HEYDE - UMA ASSOCIAÇÃO A CONSIDERAR**

Isa Silva, Madalena Silva, Filipa Taborda, António Carneiro, Luís Pereira, Magda Faria, Sofia Rodrigues, Ana Boquinhas

Hospital de Cascais - Serviço de Medicina Interna

INTRODUÇÃO

A síndrome de Heyde é reconhecida pela associação de anemia por hemorragia de angiodisplasia intestinal e estenose aórtica (EA). A sua fisiopatologia assenta numa deficiência adquirida do fator de von Willebrand (FvW), que ocorre pela destruição mecânica dos múltiplos de alto peso molecular do FvW após passagem turbulenta pela válvula aórtica (VA) estenosada, com consequente disrupção da hemostase. A substituição da VA está associada a resolução da anemia, reforçando a associação subjacente a estas patologias.

CASO CLÍNICO

Homem de 77 anos, autónomo, hipertenso, diabético, com insuficiência cardíaca (IC) classe III NYHA com função sistólica preservada e EA grave. Seguimento recente em consulta de Medicina Interna por anemia ferropénica, com estudo endoscópico inconclusivo e queda progressiva de hemoglobina apesar de suporte transfusional e suplementação de ferro endovenoso. Recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia e astenia de agravamento progressivo. Ao exame objectivo com palidez mucocutânea e sopro holossistólico grau III/VI com irradiação a todo o pré cordio. Analiticamente com hemoglobina 7g/dL e ferropénia (Ferro 19 µg/dL, Ferritina 18.6ng/mL, Transferrina 355mg/dL). Ecocardiograma com EA severa. Admitido em internamento por IC descompensada por anemia agudizada de etiologia a esclarecer. Atendendo a estudo prévio inconclusivo e a queda sustentada de hemoglobina, realizou video-cápsula endoscópica que mostrou múltiplas angiodisplasias no intestino delgado. Durante o internamento, realizou uma unidade de concentrado eritrocitário e ferro endovenoso com subida significativa de hemoglobina para 9.2g/dL. A coexistência de angiodisplasia e EA sugeriu o diagnóstico de Síndrome de Heyde, pelo que foi discutido com Cardiologia e proposto a cirurgia de substituição valvular.

DISCUSSÃO

A EA e a angiodisplasia intestinal são habitualmente assintomáticas e prevalentes em idades avançadas. Pretende-se salientar que a síndrome de Heyde, apesar de rara, resulta da combinação

de duas patologias frequentemente observadas pelo internista, pelo que deverá ser considerada como diagnóstico diferencial. Se atempadamente diagnosticada, a substituição da válvula tem sido reportada como eficaz, com resolução da coagulopatia e da anemia.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Pégaso 17:30 - 18:30**PO022****1912 SÍNDROME DE PERCHERON - UMA ENTIDADE RARA**

Isabel Freitas, Tatiana Salazar, Ana Lima Silva, Pedro Rodrigues, Ana Luísa Cruz, Augusto Duarte

CHMA- Famalicão

Introdução:

As alterações do estado de consciência constituem uma das principais emergências neurológicas. É fundamental reconhecer essas situações e identificar as principais causas (tóxicas, neurogénicas, metabólicas ou traumáticas), para assegurar uma correta avaliação clínica, investigação e orientação.

Caso Clínico

Relata-se um caso de um homem de 71 anos, previamente autónomo, admitido no serviço de urgência (SU) por episódio de síncope. Na avaliação neurológica sem abertura ocular espontânea, anisocoria E<D, pupilas não reativas à luz, sem resposta verbal, bilateralmente localizava o estímulo doloroso, mantinha força muscular simétrica e reflexo cutâneo-plantar em flexão. No SU evoluiu com oscilação do estado de consciência variando entre 7 a 14 na escala de Glasgow. Perante a ausência de achados relevantes na tomografia computadorizada do crânio encefálico (TC-CE) e angiografia por tomografia computadorizada do crânio encefálico (angio-TC-CE), realizou ressonância magnética crânio encefálico que evidenciou áreas hiperdensas com restrição à difusão bi-talâmicas e simétricas sugerindo enfarte agudo na artéria de Percheron. No decorrer do internamento sob reabilitação, evoluiu de forma paulatina mas favorável, apresentando à data da alta ptose à esquerda, hemianopsia homónima direita e hemiparésia direita grau 4.

Conclusão/ Discussão

A artéria de Percheron corresponde a uma variante anatómica rara do território paramediano onde uma única artéria tálamo-perfurante irriga bilateralmente o tálamo médio contribuindo para a irrigação do cerebelo. A sua oclusão resulta em enfarte talâmico bilateral com ou sem envolvimento

mesencefálico. A clínica é variável e dependente da extensão do enfarte podendo variar entre a tríade de alteração do estado de consciência, nistagmos vertical e alteração da memória até distúrbios da oculomotricidade, hemiplegia e ataxia cerebelar.

Este caso pretende destacar a necessidade de reconhecer os sintomas de AVC talâmico bilateral cuja apresentação é heterogênea e acompanhada de oscilação do estado de vigília. A ausência de alterações no TC-CE e angio-TC-CE, torna o diagnóstico um desafio, implicando um alto grau de suspeição. A reabilitação destes doentes é um investimento fulcral na sua recuperação.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Pégaso 17:30 - 18:30

PO023

2004 QUANDO UM SÍNDROME CONSUMPTIVO COM DISFAGIA NÃO É O QUE PARECE. PERCURSO INVULGAR DE UMA ENTIDADE FREQUENTE

Sara Duarte, André Santos, Diana Reis, Sérgio Silva, Catarina Jorge, Rita Fernandes, Ana Rodrigues, Domingos Sousa, Karolína Aguiar, Armindo Figueiredo

Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, Unidade de Faro

Introdução

A endocardite infecciosa da válvula não nativa é uma entidade cada vez mais frequente. Os critérios diagnósticos da ESC do ano 2015 exigem hemocultura positiva para um agente típico e a presença de vegetação evidenciada por ecocardiograma transesofágico.

Caso clínico: Homem, 57 anos, caucasiano. Portador de válvula aórtica e mitral biológicas desde 2008, sem evidência de disfunção ou estenose até 2017. Recorreu ao serviço de urgência por astenia, anorexia, perda ponderal progressiva de 10% e disfagia a sólidos com 1 mês de evolução. Ao exame objetivo, sem adenopatias nos locais disponíveis à palpação, sem sopros à auscultação cardíaca. Analiticamente apresentava Hb 118g/L normocítica/normocrômica; Leucocitose $20.3 \times 10^9/L$; PCR 142 mg/L, VS 77mm/s, FR 48 UI/ml (níveis normais <20,0 UI/ml). Hemoculturas à admissão positivas para *S. gallolyticus*. Estudo gastrointestinal normal. TAC tórax com adenopatias no mediastino médio. Colocada a suspeita de endocardite infecciosa das válvulas não nativas. No 5º dia de internamento, iniciou antibioterapia dirigida com Penicilina. Realizou ecocardiograma transesofágico, sem evidência de endocardite. Cerca de 3 semanas depois, foi realizada PET-FDG cardíaca, sem captação de radiofármaco a nível mediastínico nem cardíaco. Durante cerca de 3

semanas permaneceu apirético, com melhoria da astenia e sem anorexia. Ao 25º dia de antibioterapia iniciou quadro de febre e dispneia com elevação dos parâmetros inflamatórios, tendo sido feito switch terapêutico para Linezolida, Ceftazidima e Gentamicina com boa resposta clínica e analítica. Na mesma semana, foi reavaliado por ecocardiograma transtorácico, que mostrou duas vegetações, de 1 e 2 cm, na prótese biológica mitral. Foi transferido para o serviço de cirurgia cardiotorácica de hospital de referência, sendo submetido a implante de prótese mecânica mitral e aórtica. Regressou ao hospital de origem, para completar mais 28 dias de antibioterapia endovenosa.

O caso apresentado salienta que, em raras situações de infeção endocárdica peri-protésica, do anel valvular ou estruturas adjacentes, as vegetações podem não ser evidentes, sendo que, na presença de clínica, analítica e culturas positivas, deve-se assumir essa hipótese.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Pégaso 17:30 - 18:30

PO024

2101 UMA CAUSA RARA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Fernando Nogueira, Sofia Pinelas, Vanessa Chaves, Diana Ferrão, José Marques, Catarina Pereira, Pedro Ribeirinho Soares, Ester Ferreira, Jorge Almeida

Centro Hospitalar Universitário de São João

INTRODUÇÃO

O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma forma de tromboembolismo venoso (TEV) que é comum e por vezes fatal. A sua apresentação clínica é frequentemente inespecífica e o pilar do tratamento é a hipocoagulação, que deve ser iniciada precocemente para reduzir a morbimortalidade associada. O défice de proteína S é uma causa rara de TEV, correspondendo a menos de 1% dos casos. O seu diagnóstico é difícil, considerando a possível alteração dos seus níveis em contexto de doença aguda, para além da conhecida influência dos hipocoagulantes orais no doseamento.

CASO CLÍNICO: Mulher de 52 anos, com história de dislipidemia e síndrome de Ménière. Observada por dor pré-cordial de características pleuríticas, associada a dispneia em repouso. Objetivamente apresentava febre (38,3 °C), TA 149/86 mmHg, FC 94 bpm, polipneia com SpO2 de 80% em ar ambiente. Auscultação pulmonar com sons respiratórios diminuídos na base esquerda, sem ruídos adventícios. Constatada insuficiência respiratória hipoxémica. ECG sem sinais agudos de isquemia miocárdica ou de sobrecarga direita. Radiografia torácica sem alterações. Analiticamente

verificada elevação de d-dímeros (3,54 µg/mL), sem elevação de troponina I ou BNP. O angio-TC confirmou a presença de TEP central bilateral, mas sem evidência de sobrecarga das câmaras cardíacas direitas ou hipertensão pulmonar no ecocardiograma transtorácico. Iniciou hipocoagulação com enoxaparina. Constatados como fatores de risco para TEV o uso de anticoncepcional oral, que foi suspenso, e a história de TEV (em mãe e irmão). Efetuado estudo pró-trombótico que mostrou déficit de AT-III (0,74 U/mL, N: 0,80-1,20) e de proteína S (0,47 U/mL, N: 0,54-1,55). Verificada melhoria clínica, com controlo da dor e resolução da insuficiência respiratória. Teve alta medicada com apixabano. Repetiu estudo pró-trombótico em 6 meses, sob enoxaparina, verificando-se normalização dos níveis de AT-III mas manutenção do déficit de proteína S (0,47 U/mL). Optou-se por manter hipocoagulação oral com apixabano e foi orientada para consulta de trombofilias hereditárias.

DISCUSSÃO: Apresenta-se um caso de TEP agudo, central, no qual a existência de história familiar de TEV determinou a busca de uma trombofilia hereditária. A presença de outros fatores de risco, como o anticoncepcional oral, são muitas vezes o cofator essencial para o evento trombótico. No presente caso define-se um Pulmonary Embolism Severity Index de 92 (classe III), associado a um risco intermédio de complicações ou morte. A decisão de manter hipocoagulação além dos 3 a 6 meses em doentes com déficit de proteína S deve ser ponderada e depende de vários fatores, nomeadamente a existência de história familiar de TEV. O rastreio do déficit em familiares de primeiro grau deve ser considerado.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini II 17:30 - 18:30

PO088

1423 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA: ESTUDO RETROSPETIVO DE 8 ANOS

Joana Dias Antunes, Ana Figueiredo Costa, Filipa Batista, Fábio Almeida, Luísa Loureiro, Teresa Alfaiate, Amélia Pereira

Hospital Distrital da Figueira da Foz

Introdução

A tromboembolia pulmonar (TEP) é uma causa importante de morbimortalidade e resulta da conjugação de vários fatores de risco, ocasionais e/ou inerentes ao doente. A taxa de incidência anual estimada para Portugal em 2013 (dados hospitalares) é de 35:100 000 habitantes (idade ≥ 18 anos) e a mortalidade intra-hospitalar é de 11.2%.

De acordo com os dados epidemiológicos verifica-se tendência para o aumento do número anual de casos, mas diminuição da sua mortalidade.

Objetivos: Analisar a população internada com o diagnóstico principal de TEP na enfermaria de Medicina entre 2013 e 2018, comparar com os dados epidemiológicos disponíveis da TEP em Portugal e verificar se se aplicam à população em estudo.

Material e Métodos: Estudo observacional, retrospectivo, incluindo 195 doentes internados no serviço de Medicina entre 1 Janeiro de 2013 e 31 de Dezembro de 2018 com o diagnóstico principal de TEP. A recolha de dados foi feita a partir dos processos dos doentes e do programa SClínico®. A análise estatística foi realizada no programa SPSS® (versão 23).

Resultados: Dos 195 doentes avaliados, cerca de 24 novos casos por ano, 35.4% eram do género masculino e 64.6% do feminino, sendo a média de idades 75±15 anos. Os sintomas mais frequentes à admissão no serviço de urgência incluíram dispneia (40%), dor torácica (18.5%) e alteração do estado de consciência associada a dispneia (8%), encontrando-se 18.5% em choque.

Relativamente aos fatores de risco conhecidos, 20% dos doentes tinha fibrilhação auricular conhecida, 19.5% doença oncológica ativa e 4.6% tinham sido submetidos a cirurgia major nos últimos 3 meses. Em 96.4% dos casos tratou-se do primeiro episódio de TEP. Em 17.4% dos doentes identificou-se trombose venosa profunda à admissão.

Cinquenta e cinco doentes (28.2%) apresentavam 2 ou mais fatores de risco para a ocorrência de TEP, contudo, 20.5% não tinham qualquer fator de risco conhecido. Relativamente ao Score de Wells simplificado, 31.8% dos doentes apresentava um score >1, o que indica TEP provável.

A média de dias de internamento foi de 14.2±10.6 dias, tendo 15.9% dos doentes falecido.

Conclusões: Da análise destes dados constatou-se que a incidência de TEP como diagnóstico principal na enfermaria de medicina é sobreponível ao da literatura. Verificou-se ainda tendência para manutenção do número anual de episódios (ao contrário do que se verifica a nível nacional) e inclinação para diminuição da mortalidade anual, o que provavelmente resultará do aumento da capacidade de diagnóstico e da maior efetividade dos cuidados de saúde. Ainda assim observou-se uma taxa de mortalidade intra-hospitalar superior ao valor nacional, muito provavelmente devida à maior percentagem de população envelhecida da área de afluência do hospital e portanto maior número de comorbilidades.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini II 17:30 - 18:30**DOENÇAS DIGESTIVAS E PANCREÁTICAS****PO089****1046 DOENÇA CELÍACA SILENCIOSA: UMA CAUSA DE INSUCESSO OBSTÉTRICO**

Ana L. Santos, Nádia Charepe, Ana Massa, Augusta Borges, maria José Alves

Centro Hospitalar de Lisboa Central, Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Departamento de Medicina Obstétrica

Introdução

A doença celíaca (DC) é uma doença inflamatória crónica do intestino delgado, de etiologia autoimune, causada por uma sensibilidade permanente ao glúten em indivíduos geneticamente suscetíveis. Embora alguns doentes apresentem sintomatologia gastrointestinal como consequência do défice de absorção de nutrientes, na maior parte dos casos os sintomas gastrointestinais são apenas muito ligeiros ou ausentes. O insucesso obstétrico é, muitas vezes, uma das apresentações atípicas da doença embora seja frequentemente negligenciado na prática clínica.

Caso clínico: Mulher de 31 anos, leucodérmica, com história de infertilidade primária (4 anos de evolução) de causa não esclarecida após realização de estudo complementar dirigido. Recorrência a procriação medicamente assistida, nomeadamente com três microinjeções intracitoplasmáticas de espermatozoides (ICSI), das quais resultaram perdas embrionárias. Como tal, foi realizado estudo etiológico nas várias vertentes (anatômico, imunológico, infeccioso e trombofílico), destacando-se estudo ginecológico sem alterações, hemograma sem alterações, função tiroideia normal e anticorpos anti-tiroideus negativos; estudo de autoimunidade negativo (estudado, nesta fase, apenas ANA e sistema ENA); estudo de trombofilias hereditárias (fator V de Leiden, gene da protrombina, défice de proteína C e S, antitrombina e homocisteína) e adquiridas (anticorpo anti-cardiolipina IgM e IgG, anticoagulante lúpico e anticorpo anti-beta2 glicoproteína1 IgM e IgG) negativo. Foi pedida avaliação por medicina Interna que constatou, da história clínica, episódios de diarreia com 12 anos de evolução e não progressão ponderal (IMC 17,5). Nesse sentido, foi pedido o estudo para rastreio de DC: anticorpos anti-transglutaminase IgA positivo (60,5UQ) e IgG negativo (8,80UQ), anticorpos anti-gliadina IgA e IgG positivos (30,5UQ e 46UQ) e anticorpo anti-endomísio IgA duvidoso. Iniciada dieta sem glúten e agendada endoscopia digestiva alta para realização de biopsias duodenais

(confirmação histológica) que não foi realizada por gravidez espontânea. Atualmente gravidez evolutiva sem complicações maternas ou fetais, sob profilaxia com enoxaparina 40mg/dia e ácido acetilsalicílico 150mg/dia, de acordo com o protocolo de aborto recorrente.

Discussão: Este caso salienta a importância da colheita de uma história clínica completa na qual se deve incluir a história obstétrica da mulher, muitas vezes esquecida no decorrer das consultas de Medicina Interna. A infertilidade pode ter, na sua génese, uma causa sistémica constituindo-se como a única manifestação de uma patologia até então desconhecida. Conclui-se que, perante este diagnóstico em mulheres em idade reprodutiva, a restrição do glúten da dieta pode resolver a infertilidade e as perdas fetais recorrentes além de melhorar a qualidade de vida por melhoria de sintomatologia gastrointestinal.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini II 17:30 - 18:30**PO090****1672 DIARREIA CRÓNICA – A RELAÇÃO ENTRE FÁRMACO E AUTOIMUNIDADE**

Carolina Mazedo, Daniela Meireles, Diana Carvalho, Ana Rafaela Araújo, Pedro Lopes

Centro Hospitalar do Baixo Vouga

O olmesartan é um dos antagonistas dos recetores da angiotensina II utilizado no tratamento da hipertensão arterial. A enteropatia associada ao olmesartan foi descrita pela primeira vez em 2012 e a manifestação clínica mais característica é a diarreia crónica que pode ocorrer meses a anos após a introdução do fármaco. Histologicamente, está associada a graus variáveis de atrofia da mucosa duodenal, tendo por isso um diagnóstico diferencial amplo incluindo a doença celíaca e outras entidades mais raras. O mecanismo fisiopatológico ainda não está esclarecido, no entanto parece haver uma resposta imunomediada, pois é frequente haver uma história pregressa de autoimunidade e podem estar presentes anticorpos antinucleares circulantes.

Mulher de 77 anos, autónoma, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial medicada com olmesartan e hidroclorotiazida (20mg+25mg) há quatro anos. Admitida por quadro de diarreia crónica e perda ponderal (19% peso corporal) com um ano de evolução. Referiu cinco a seis episódios diários de diarreia aquosa, sem sangue, muco ou pus, negou febre, dor abdominal, náuseas e vômitos. Apresentava lesão renal aguda em contexto de desidratação, com creatinina 5,92 mg/dL e ureia 166 mg/dL, acidose metabólica e

alterações eletrolíticas severas como hipocalcemia (2,74 mEq/L), hipomagnesemia (1,28 mg/dL), hipofosfatemia (2,5 mg/dL), hipocalcemia (7,6 mg/dL), hipoalbuminemia (2,68 g/dL) e anemia macrocítica. Contagem de leucócitos e plaquetas, nível de proteína C reativa e provas de função hepática sem alterações. Durante o internamento realizou colonoscopia e TAC toracoabdominopélvica sem alterações relevantes. Exame parasitológico, bacteriológico e virológico das fezes, pesquisa de *Giardia lamblia* e da toxina de *Clostridium difficile* negativas. Realizou biópsias duodenais cuja histologia mostrou "atrofia vilositária com lâmina própria com infiltrado inflamatório mononucleado"; anticorpos para doença celíaca negativos, HIV negativo. Para exclusão de tumor neuroendócrino realizou PET, bem como doseamento de ácido 5-hidroxi-indolacético e gastrina que se revelaram normais. No estudo imunológico identificaram-se anticorpos antinucleares positivos (1:640, padrão granular fino) com anti-Scl 70 e anticorpos anti-fibrilharina positivos; a capilaroscopia revelou três megacapilares em segmentos dactilares distintos. Contudo, a ausência de fenómeno de Raynaud, de espessamento cutâneo ou outras manifestações precoces da esclerose sistémica tornam esta hipótese etiológica pouco provável.

Durante o internamento o olmesartan foi suspenso, verificando-se melhoria clínica e analítica. À data da alta, doente retomou medicação habitual e manteve suspensão do fármaco não havendo recorrência da sintomatologia. Mantém vigilância de potenciais manifestações de esclerose sistémica precoce. Assim, perante a exclusão de várias causas de diarreia crónica e com a evolução clínica da doente estabeleceu-se o diagnóstico de enteropatia associada ao olmesartan.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini III 17:30 - 18:30

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

PO097

104 PARALISIA PERIÓDICA TIREOTÓXICA - UMA CAUSA RARA DE HIPOCALIÉMIA NA GRAVIDEZ

Érica Barata, Elizeu Ekundi, Ernesto Ulica, Naima Andrade, Ana Van- Dúnem, Gilda Mariano
CLÍNICA SAGRADA ESPERANÇA - ANGOLA

Introdução

As manifestações da hipocalcemia habitualmente são evidentes ao longo da investigação etiológica de doentes com história de episódios prévios de

vómitos, diarreia ou uso de diuréticos. Contudo, em alguns casos, a causa da hipocalcemia pode se revelar um verdadeiro desafio quando a multifatorialidade está presente.

Caso Clínico: Mulher de 26 anos, G3P2, gestante de 16 semanas previamente saudável, internada por hiperemese gravídica. Identificadas hipocalcemia grave refratária à correção, palpitações, taquicardia e parésia de membros inferiores e superiores. Após avaliação clínica e laboratorial, diagnosticou-se paralisia periódica tireotóxica, e iniciou terapêutica com metimazol e B-bloqueante.

Discussão: A paralisia periódica tireotóxica é uma manifestação rara de hipertireoidismo. É um diagnóstico a considerar em doentes com antecedentes de hipertireoidismo e também deve ser excluído em doentes com hipocalcemia grave refratária à correção. A sua identificação em gestantes é rara, no entanto a intervenção precoce, correcta vigilância e adequada monitorização do tratamento possibilitaram a continuidade da gestação em segurança.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini III 17:30 - 18:30

PO098

326 O PROBLEMA DO ARROZ VERMELHO

Sara Santos, Célia Carmo, Mónica Pedro, Sara Gomes, Fátima Campante.

Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Introdução

Hoje em dia, com o maior interesse nas práticas de estilo de vida saudáveis, o mercado de produtos naturais tem crescido e ganha cada vez mais adeptos. Está comprovado que o arroz vermelho diminui os níveis de colesterolémia, pois possui na sua constituição a monacolina K, que é mesmo composto presente na lovastatina e por isso está associado aos mesmos efeitos adversos. Os autores apresentam um caso de uma mulher com rabdomiólise induzida por arroz vermelho.

Caso Clínico:

Mulher 50 anos, autónoma.

Com antecedentes pessoais: Hipertensão arterial e Síndrome depressiva.

Medicada habitualmente (segundo a própria - tirava esta expressão) com propranolol 10mg 1id, venlafaxina 200mg 1id e diazepam 5mg 1id.

Recorreu ao serviço de urgência (SU) por dor precordial tipo picada e mialgias com um dia de evolução. Negou outra sintomatologia

acompanhante.

Encontrava-se hemodinamicamente estável, apirética e normotensa.

Exame objetivo sem alterações de relevo.

Analicamente destacou-se uma creatina quinase (CK) muito elevada (5928 UIL).

Quando indagada em relação aos seus hábitos e outros consumos nomeadamente de produtos de ervanária, refere que recentemente por apresentar dislipidemia nas análises de rotina, terá iniciado por iniciativa própria a ingestão de arroz vermelho.

A doente ficou internada para hidratação, observando-se uma diminuição progressiva dos valores de CK, tendo tido alta referenciada para o médico de família.

Discussão:

Apesar de haver redução dos níveis de colesterol com o consumo diário de arroz vermelho, este não têm um perfil de segurança estabelecido, uma vez que a concentração de monacolina K varia bago a bago. Esta variação é suficiente para provocar efeitos adversos consideráveis como lesão renal aguda e hepatotoxicidade. Concomitantemente, não reduz tão eficazmente os níveis de colesterol em comparação com as estatinas e não estão bem estabelecidas as eventuais interações com outros fármacos.

Neste caso tratou-se de um quadro de mialgias com rhabdomiólise, sem outra repercussão, apesar dos possíveis efeitos nocivos poderem ter consequências mais graves.

Visto o crescente interesse destes produtos pela população, é necessário questionar o doente em relação ao seu consumo, pois muitos doentes não associam o consumo destes produtos a efeitos nefastos e não os consideram um medicamento, omitindo-o da medicação habitual quando indagados.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini III 17:30 - 18:30

PO099

1783 OS ANÁLOGOS DO GLP1 NA CONSULTA DA DIABETES

Josiana Duarte, David Campoamor, Tiago Fiúza, Paula Pestana, Henrique Rita, José Sousa e Costa
Hospital do Litoral Alentejano

Os análogos peptídicos glucagon-like (GLP1) são uma classe de fármacos usada no tratamento da diabetes mellitus tipo 2 que mimetiza a hormona endógena GLP1. A GLP1 regula os níveis de glucose

através da estimulação da secreção de insulina de uma forma dependente da glucose, diminuindo a secreção de glucagon, atrasando o esvaziamento gástrico e promovendo a saciedade. O interesse no tratamento individualizado da diabetes mellitus tipo 2 usando vários agonistas dos recetores GLP1 tem vindo a crescer nos últimos anos.

Apresenta-se um estudo retrospectivo em que foram analisados os doentes que em 2018 estavam sobre tratamento com GLP1, na consulta de Diabetes. Dos 566 doentes seguidos nessa consulta, 29 estavam sob terapêutica com GLP1, 8 com exenatide e 21 com liraglutide. 19 eram do sexo feminino, 10 masculino; com uma média de idades de 62 anos. O tempo médio de evolução da diabetes era de 11 anos. A maioria dos doentes estava medicada concomitantemente com insulina (83%), 69% com biguanidas e 34% dos doentes estavam também medicados com inibidores do SGLT2 (sodium-glucose co-transporter 2). A média da HbA1c antes de iniciarem tratamento com GLP1 era de 9.2%, de 8.8% aos 6 meses e 8.25% ao ano. A semelhança de estudos anteriores em que aos 24 meses houve uma redução média da HbA1c que chegou ao 1.2%, no nosso estudo houve uma redução que chegou aos 0.95%. Houve uma redução média do peso ao ano de 5 Kg o que está de acordo com dados da literatura. Os doentes que iniciaram este tipo de tratamento apresentavam IMC médio de 38Kg/m². O peso médio inicial era de 90 Kg, 89Kg aos 6 meses e de 85Kg ao ano. Os efeitos secundários incluíram efeitos gastrointestinais, nomeadamente náuseas, vômitos e diarreia. Não foram registadas hipoglicémias para esta classe de agentes.

As variáveis contínuas foram comparadas através do teste T de Student. Da análises dos dados concluiu-se que existe diferença estatisticamente significativa entre a HbA1c prévia e HbA1c aos 6 meses e entre HbA1c prévia e HbA1c ao ano (p valor < 0.05). O mesmo acontece com o peso, uma vez que existe diferença estatisticamente significativa entre o peso prévio e o peso aos 6 meses assim como entre o peso prévio e o peso ao ano (p valor < 0.05). Conclui-se ainda que os dados vão de encontro a outros estudos já publicados, nomeadamente no que diz respeito à redução da HbA1c e do peso.

Assim sendo, os agonistas dos recetores do GLP1 são opções eficazes e seguras como tratamento de segunda linha da diabetes mellitus tipo 2. Devemos assim individualizar o tratamento dos nossos doentes com diabetes, vencendo a inércia e procurando o melhor ou a melhor combinação de fármacos para cada doente tendo em conta as características individuais de cada um.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini III 17:30 - 18:30

PO100**348 SÍNDROME DI-GEORGE - CAUSA RARA DE HIPOCALCEMIA**

David Rocha Paiva, Olinda Miranda, Cristina Cunha, Jorge Cotter

Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães

Introdução

A hipocalcemia é um distúrbio comumente encontrado na prática clínica, sendo que o tipo e a intensidade das manifestações clínicas da mesma dependem do grau e velocidade de decréscimo do valor da concentração do cálcio.

Caso Clínico: Mulher, 44 anos. Antecedentes de epilepsia. Admitida no SU após quadro de movimentos tonicoclónicos generalizados com perda continência de esfíncteres e vômito associado. Do estudo realizado à admissão (ECG, TC crâneo e estudo analítico) sem alterações, exceto hipocalcemia grave com cálcio ionizado de 0,75mmol/L (valor de referência: 1.15 a 1.35mmol/L). Foi internada para estudo e reposição de níveis de cálcio. Do estudo realizado, constatada hipogonadismo hipofisária, história pessoal de infertilidade, fenótipo típico com implantação baixa do pavilhão auricular e déficit de crescimento. Sem outras alterações analíticas ou ao exame objetivo. Foi iniciada reposição de cálcio e orientada para consulta para continuação do estudo. Pela elevada suspeita de se tratar de um caso de Síndrome DiGeorge, foi solicitada em consulta, a pesquisa da deleção 22q11.2, cujo resultado foi positivo. Neste momento, encontra-se medicada com cloreto de cálcio oral, 4g/dia, com níveis controlados de cálcio ionizado.

Conclusão: Síndrome DiGeorge é uma entidade rara, mas uma das causas importantes de hipocalcemia dependente da PTH. Serve o presente caso para alertar para outras causas menos comuns, mas não menos importantes, de hipocalcemia e que exigem acompanhamento regular para um melhor controlo metabólico/analítico. A reposição com cloreto de cálcio e Vitamina D são a opção terapêutica mais comum.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini III 17:30 - 18:30

PO102**404 UMA CAUSA RARA DE HIPOGLICEMIA**

Gabriel Atanásio; Maria Ana Canelas; Joana Mascarenhas
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho

A hipoglicemia é rara em não diabéticos e só carece de investigação quando associada à tríade de Whipple, sendo o seu estudo um desafio. Além de uma história clínica com antecedentes pessoais, hábitos farmacológicos e étlicos, devem-se avaliar valores de insulina, glicose e peptídeo C num episódio de hipoglicemia espontânea ou durante a prova de jejum prolongado aquando da hipoglicemia, avaliando também a resposta à administração de glucagon. Se positivo deve-se prosseguir com a pesquisa de eventual insulinoma, uma causa clássica de hiperinsulinismo endógeno tratando-se, no entanto, de um tumor neuroendócrino raro. Em seguida apresenta-se um caso de hipoglicemia num doente não diabético.

Homem de 36 anos sem antecedentes patológico de relevo foi admitido por episódio de perda de consciência, hipersudorese e sensação de visão turva, objetivada hipoglicemia de 54mg/dL corrigida no pré-hospitalar com glicose hipertónica. A esposa e o doente descreviam vários episódios semelhantes nos últimos seis anos, predominantemente em jejum ou antes do jantar, último dos quais há cerca de 4 meses associado a crise tónico-clónica-generalizada (TCG), estando a ser seguido em consulta externa de neurologia sob terapêutica anticóncima. Apresentava-se estável e assintomático, negando consumo habitual de bebidas alcoólicas ou toma de outra medicação. Ficou internado e iniciou prova de jejum prolongado em unidade de cuidados intermédios, pela história de crises TCG, interrompida às 16 horas por glicemia de 40mg/dL. O resultado foi compatível com hiperinsulinismo endógeno-glicose < 45mg/dL com Insulina > 3uU/mL e peptídeo C > 0,2ng/mL, com resposta à administração de 1 mg de glucagon. Efetuou-se pesquisa de anticorpos anti-insulina que foi negativa e os valores de cromogranina A elevados, prosseguindo-se com investigação da localização do insulinoma. Manteve hipoglicemias apesar de dieta hipercalórica personalizada, com aumento ponderal, octreótido por via subcutâneo e verapamilo enquanto aguardava disponibilidade na farmácia hospitalar de diazóxido (fármaco com descrição de melhores resultados) que viria a ser titulado para uma dose de 300mg 3 vezes dias para resolução das hipoglicemias. A ressonância magnética nuclear identificou imagem nodular com 14 mm adjacente à cauda do pâncreas que se confirmou ser insulinoma com PET. Efetuou enucleação laparoscópica de insulinoma benigno,

confirmado histologicamente, sem intercorrências tendo tido alta 7 dias depois.

Com o presente caso pretende-se relembrar a abordagem do doente não diabético com hipoglicemia descrevendo todos os passos na investigação clínica e analítica de um insulinoma. Os autores gostariam ainda de destacar a dificuldade no controlo médico das hipoglicemias enquanto se aguardava tratamento cirúrgico. Apesar de descritos melhores resultados com o diazóxido a sua indisponibilidade hospitalar imediata levou à necessidade transitória de outras opções terapêuticas.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini III 17:30 - 18:30

PO103

506 SÍNDROME DE GITELMAN – A PROPOSITO DE UM CASO CLÍNICO

Lígia Rodrigues Santos, Gisela Evaristo Vasconcelos, Margarida Silva Cruz, Catarina Couto, Alice Castro, Mari Mesquita

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

A Síndrome de Gitelman corresponde a uma doença autossómica recessiva rara caracterizada por defeitos tubulares renais que cursam com alterações metabólicas que podem incluir hipocalémia, hipomagnesémia e alcalose metabólica.

Mulher, 45 anos, sem antecedentes pessoais de relevo ou medicação habitual e sem história familiar significativa.

Internada por pielonefrite aguda a *Escherichia coli*, cumprindo 7 dias de antibioterapia dirigida com ceftriaxone.

Acresce mialgias, noção de fraqueza muscular generalizada, sem outras queixas nomeadamente náuseas, vômitos, ou alteração do trato gastrointestinal. Sem toma de fármacos (incluindo diuréticos), suplementos ou laxantes.

Objetivamente com perfil tensional hipotensivo (tensão arterial sistólica aproximadamente 100mmHg), sem alterações de relevo. Analiticamente de referir alcalose metabólica com alcalémia (pH 7.53; bicarbonato 33.5mmol/L), hipocalémia grave (2.0mmol/L) e hipomagnesémia (1.1mEq/L).

Após revisão do processo clínico, registo de há 3 anos de hipocalémia (2.6 mmol/L) em estudo analítico efetuado no médico assistente. Eletrocardiograma sem alterações. Tomografia computadorizada abdominopélvica sem lesões suspeitas, demonstrando glândulas supra-renais com normal morfologia e dimensões, sem lesões

nodulares na sua dependência.

Assumido provável Síndrome de Gitelman após exclusão de outras causas, tendo sido efetuada reposição de potássio e magnésio por via endovenosa, com posterior transição para via oral e associação de diurético poupador de potássio. Realizou estudo genético em ambulatório com confirmação do diagnóstico através da identificação de homozigotia para a variante do gene SCL12A3 que resulta na perda de função do cotransportador sódio-cloro sensível aos tiazídicos no túbulo distal.

Este caso demonstra mais uma vez o papel do internista na avaliação global do doente, com ênfase em alterações paralelas ao motivo inicial de internamento que poderiam ser desprezadas sem uma abordagem detalhada.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini III 17:30 - 18:30

PO104

649 UMA CAUSA RARA DE DEMÊNCIA RAPIDAMENTE PROGRESSIVA

Luís Dias, Marta Braga, Rosa Carvalho, Vânia Gomes, Céu Rodrigues, Carlos Capela

Hospital de Braga

Introdução

A demência é um problema de saúde pública, sendo a sua etiologia muitas vezes difícil de definir. Descreve-se um caso de demência e deterioração cognitiva de etiologia rara.

Caso clínico

Doente do género feminino, 78 anos, antecedentes de dislipidemia mista, hiperuricemia, osteoporose e fibrilação auricular. Previamente autónoma, com história de deterioração progressiva cognitiva e do seu estado geral, astenia e tremor dos membros superiores com 3 meses de evolução. Observada anteriormente por estas alterações, sendo identificada encefalopatia e admitido processo demencial. Por febre (38°C), prostração e recusa alimentar trazida ao Serviço de Urgência. À admissão a doente encontrava-se desorientada, pele e mucosas desidratadas com palidez mucocutânea, taquicárdica e com tensão arterial não mensurável. À auscultação pulmonar com roncos dispersos bilateralmente. Assumido tratar-se de sepsis com ponto de partida respiratório a condicionar disfunção multiorgânica (DMO)- respiratória, cardiovascular, neurológica e renal. Associadamente, doente com hipercalcemia marcada em gasimetria arterial (2.02 mmol/L). Colocado cateter venoso central e iniciada ressuscitação volémica e antibioterapia com ceftriaxone e claritromicina que cumpriu

durante 7 dias.

Esteve internada ao longo de 15 dias, com resolução da DMO. Do estudo da hipercalcemia destaca-se: cálcio sérico corrigido para albumina de 10.9g/dL (após ressuscitação volêmica intensiva), fósforo sérico de 1.5 mg/dL e PTH de 1108.2pg/mL. Em TAC cervical identificada nodularidade de 14mm, posterior e adjacente ao polo inferior da hemitiróide direita. Eletroencefalograma a reportar encefalopatia metabólica. Após avaliação retrospectiva deste caso, neste contexto clínico de deterioração cognitiva e funcional com 3 meses de evolução, conjugados com os achados analíticos e imagiológicos encontrados, assumido diagnóstico de hiperparatiroidismo primário e iniciada terapêutica com bifosfonatos. Pedida colaboração de Endocrinologia e orientada para consulta externa desta especialidade. À data de alta, doente com recuperação parcial dos défices cognitivos e funcionais apresentados e com cálcio sérico de 9.3mg/dL. Avaliada em consulta externa de Medicina Interna cerca de 3 meses após alta, verificada grande recuperação da autonomia funcional e cognitivamente bem, sobreponível ao seu estado pré-mórbido. Iniciada terapêutica com cinacalcet por Endocrinologia.

Discussão

Este caso demonstra uma causa rara de choque (neste caso tendencialmente hipovolêmico com um quadro infeccioso sobreposto) e de deterioração cognitiva de rápida progressão, alertando para importância da integração do doente e dos seus achados como um todo.

Reforça-se a necessidade de se considerar o hiperparatiroidismo primário como causa secundária de demência, dado cursar com hipercalcemia, uma das etiologias metabólicas de deterioração e disfunção cognitiva.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno A 17:30 - 18:30

DOENÇAS HEMATOLÓGICAS

PO025

74 POLICITEMIA VERA – PARA ALÉM DO JAK2

Joana Couto, Luís Pontes dos Santos, Raquel López, Diana Guerra

Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução

A Policitemia Vera (PV) é uma doença mieloproliferativa caracterizada por uma medula

óssea panhiperplásica, estando associada maioritariamente (95%) à mutação Janus kinase (JAK2) V617F localizada no exão 14, esta um critério diagnóstico major de PV. Dos restantes 5% dos doentes, cerca de 2-3% apresentam mutações do exão 12 do JAK2. Assim, é muito reduzido o número de doentes com PV sem identificação de mutação somática. Como existem várias causas secundárias de policitemia ou eritrocitose relativa, o diagnóstico deste grupo de doentes é particularmente desafiador.

Caso clínico: Homem, 64 anos, com hipertensão arterial e dislipidemia. Avaliado em Consulta Externa (CE) de Medicina Interna por alterações analíticas, presentes desde há 3 anos e com agravamento progressivo (Hemoglobina: 18,7 gr/dL, Hematócrito: 52.1%, Eritrócitos: $5.77 \times 10^6/\text{mm}^3$), referia queixas de cefaleias holocraneanas, parestesias, visão turva e tonturas. Negava hábitos tabágicos. Sem fatores de risco ou antecedentes relevantes para causa secundária de policitemia. Ao exame objetivo sem alterações, sem hipoxemia em gasometria arterial (pO_2 79 mmHg, SatO_2 :99%). Dado valor do hematócrito e policitemia sintomática, iniciou flebotomias programadas, enquanto realizado estudo etiológico. Estudo complementar inicial revelou eritropoetina baixa (4.11 um/ml) e mutação JAK2 V617F negativa. Foram excluídas causas secundárias de policitemia (BCR-ABL negativo, ecografia abdominopélvica e ecografia reno-vesical com doppler arterial sem alterações, estudo analítico com eletroforese de proteínas, catecolaminas e metanefrinas na urina de 24h normais) e pedido posteriormente e estudo genético JAK2 no exão 12 que foi negativo. Realizou ainda RMN cerebral que mostrou leucoencefalopatia microcirculatória crónica. Procedeu-se a estudo medular que revelou medula hiperclular para a idade (45% de celularidade aproximada) com aumento da série eritróide, associada a megacariócitos e mielócitos sem atipia, achados morfológicos compatíveis com processo mieloproliferativo (policitemia vera). Iniciou Hidroxiureia 500 mg bid e AAS 100 mg id, com boa evolução clínica e analítica.

Discussão: Apresenta-se este caso pelo desafio diagnóstico de PV JAK2 negativa, destacando-se a marcha diagnóstica essencial na exclusão de outras causas de policitemia secundária. Salienta-se ainda a importância da realização de biópsia medular quando suspeita de doença mieloproliferativa permitindo o diagnóstico nestes casos raros. Para além disso, também a biópsia medular permite a diferenciação entre doenças mieloproliferativas (DMP) uma vez que a presença da mutação JAK2 não é patognomónica da PV podendo estar presente em outras DMP. Por fim, realça-se a necessidade de tratamento de policitemia se sintomática mesmo quando etiologia ainda não definida, como no caso do doente apresentando.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno A 17:30 - 18:30

PO026**175 SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICA SECUNDÁRIA A INFECÇÃO DISSEMINADA POR CITOMEGALOVÍRUS**

Jorge Miguel Ferreira, Inês Nogueira da Fonseca, Manuel Ferreira Gomes, Paulo Cantiga Duarte, José Luís Ducla Soares

Centro Hospitalar Lisboa Norte, Serviço de Medicina 1 - Setor B

Introdução

A síndrome hemofagocítica (SHF) decorre de uma ativação excessiva do sistema imunitário, cursando com risco de vida se não reconhecida atempadamente, bem como se não forem identificados os seus fatores desencadeantes. Pode ocorrer tanto na infância (mais associada a susceptibilidade genética), como na vida adulta (mais frequente nas infeções virais ou processos neoplásicos). As manifestações contemplam um conjunto de sinais clínicos e laboratoriais inespecíficos, tornando o seu diagnóstico desafiante. O tratamento inicial consubstancia-se na correção do fator desencadeante, tendo a forma avançada desta entidade um prognóstico reservado. Os autores apresentam o caso clínico de uma doente com doença de Crohn sob terapêutica imunossupressora com o diagnóstico de SHF secundário a infeção disseminada por Citomegalovírus (CMV).

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 31 anos de idade, residente na Bélgica, com antecedentes de doença de Crohn, medicada com 6-mercaptopurina e infliximab e tiroidite de Hashimoto sob terapêutica com levotiroxina. Observada no Serviço de Urgência por quadro sugestivo de infeção respiratória viral, com tosse seca, mialgias e odinofagia; foi admitida em internamento por pancitopenia com neutropenia grave, hepatoesplenomegália e elevação ligeira de parâmetros de fase aguda. Durante o internamento, foi instituída antibióterápia empírica por pancitopenia febril, sem isolamento de agente nos exames culturais. No seguimento do estudo etiológico de febre mantida, identificou-se carga viral elevada de citomegalovírus e elevação de outros marcadores inflamatórios com hiperferritinemia marcada e hipertrigliceridemia. O aspirado medular evidenciou aumento da proporção da linhagem granulocítica em associação com diseritropoiese ligeira. Posteriormente, confirmou-se elevação do recetor solúvel da interleucina 2. Iniciou terapêutica endovenosa com ganciclovir e, por instalação de coagulopatia de consumo com alterações sugestivas de coagulação intravascular disseminada, foi realizada reposição seriada de

fibrinogénio. Após instituição destas medidas, observou-se a remissão clínica e laboratorial do quadro, permitindo que a doente retornasse ao país de origem, após de 9 dias de internamento.

Discussão: A síndrome hemofagocítica é uma condição de difícil diagnóstico e elevada gravidade, dependendo de suspeita clínica para o diagnóstico. No caso apresentado, assume-se infeção disseminada a CMV como factor desencadeante em doente imunodeprimida. A hipótese de SHF foi colocada na sequência da gravidade do quadro clínico, aliada às alterações clinico-laboratoriais sugestivas. O tratamento atempado permitiu uma evolução favorável deste caso, apesar do aparecimento de uma complicação associado ao SHF. O caso apresentado pretende ilustrar uma entidade rara, com as suas potenciais complicações e que provavelmente é subdiagnosticada.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno A 17:30 - 18:30

PO027**1975 HIPERTENSÃO ARTERIAL E ANEMIA: HAVERÁ RELAÇÃO?**

Inês Santos, Susana Escária, Sandra Lucas, Ireneia Lino, Francisco Azevedo

Hospital Espírito Santo de Évora

INTRODUÇÃO

A anemia é um preditor independente de mortalidade em condições pró-ateroscleróticas com comprometimento da função endotelial, como diabetes e doença renal crónica. No entanto, a prevalência de anemia na hipertensão, uma condição caracterizada por disfunção endotelial, não é clara. Segundo a literatura, a hipertensão arterial é responsável por lesão endotelial, promove a produção de citocinas pró inflamatórias levando a supressão da eritropoiese, bem como a resistência a eritropoietina e consequentemente, ao aparecimento de anemia.

OBJECTIVO: Demonstrar se existe relação entre a hipertensão arterial e a anemia nos doentes internados

MATERIAL E METODOS: Estudo retrospectivo em que foram seleccionados cerca de 654 doentes com internamento no serviço de Medicina interna, nos anos de 2016 e 2017. Foi utilizado o programa Speed Statistics (SPSS). Foi avaliada a distribuição e realizado teste t independente e calculado o p-value.

RESULTADOS: Foram seleccionados 654 doentes internados no serviço de Medicina interna. A variável idade não tem distribuição normal, desta

forma a mediana é de 79 anos com uma amplitude interquartil de 19, com um mínimo de 19 anos e um máximo de 100 anos. Cerca de 51,2% (n=335) dos doentes são do sexo masculino e 48,8% (n=319) são do sexo feminino.

Do total de doentes internados, cerca de 25,8% (n=169) não tinham hipertensão, sendo que 74,2% (n=485) dos doentes tinham hipertensão arterial.

Verificou-se ainda que dos doentes com hipertensão (n=485), a grande maioria, cerca de 67,2% (n=326) tinham anemia e apenas 32,8% (n=159) não tinham.

Desta forma, verificou-se que existe uma diferença significativamente estatística entre os doentes com hipertensão sem anemia e os doentes com hipertensão e com anemia ($p < 0.05$).

CONCLUSÃO:

Concluiu-se que poderá existir relação entre os doentes com hipertensão arterial e anemia. É importante ter em conta que a média de idades dos doentes incluídos no estudo é de 79 anos e poderão ter outras patologias a contribuir para o aparecimento de anemia.

Apesar disso, sabe-se que a anemia é um factor com influência negativa noutras patologias, pelo que este resultado terá sempre importância.

Seria importante a realização de mais estudos para comparação de resultados futuros.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno A 17:30 - 18:30

PO028

427 DA DISCREPÂNCIA ENTRE SPO2 E SAO2 AO DIAGNÓSTICO DE 4 GERAÇÕES

Sandra Lucas, Leonardo Rojas Rodriguez, Inês Santos, Ireneia Lino, Andreia Bernardino, Francisco Azevedo
Hospital do Espírito Santo Évora

Introdução

A oximetria de pulso (SpO2) é um método não invasivo para estimar a saturação arterial de oxigénio (SaO2). A leitura da SaO2 pode estar sujeita a erros correlacionados com o oxímetro, o doente nomeadamente, hipoperfusão, extremidades frias, unhas pintadas e alterações da hemoglobina.

Doente de 82 anos, do sexo masculino que recorreu ao SU por febre, tosse, dificuldade respiratória nos 3 dias prévios. Antecedentes pessoais, HTA, DRC e anemia hemolítica, filhos também com anemia. Auscultação pulmonar com murmúrio vesicular mantido bilateralmente com crepitações nos 2/3 inferiores do hemitórax direito, abdómen com

esplenomegalia, restante exame objetivo sem alterações. Com SpO2 em ar ambiente de 80%, na gasimetria arterial: pH 7.514, paCO2 23,4 mmHg, paO2 43,2 mmHg, Hb 13,0 sat. O2 86,4%. No RX torácico apresentava infiltrado intersticial mal definido nos 2/3 inferiores do campo pulmonar direito. Internado com o diagnóstico e pneumonia da comunidade e insuficiência respiratória parcial. No internamento constatou-se a presença de: discrepância entre as SpO2 e a SaO2; Anemia normocítica normocrômica; marcado hipocratismos digital associado a provável hipoxémia crónica; icterícia por hemólise com haptoglobina < 20 , bilirrubina total 4,32 mg/dL, bilirrubina directa 1,39 mg/dL; eletroforese das hemoglobinas com 2 picos anómalos um pico na zona Hb S e outro pico desconhecido expressos em baixa concentrações. Verificou-se melhoria ventilatória muito lenta e teve alta clínica, referenciado para a consulta tendo vindo a falecer meses mais tarde.

Objetivo: diagnosticar a causa da discrepância entre as SpO2 e a SaO2. Confirmar o cariz hereditário e identificar a anemia hemolítica.

Material e Métodos: estudo retrospectivo familiar baseado na consulta de processos clínicos dos filhos.

Resultados: Retrospectivamente foram identificados 3 filhos com anemia e um genograma familiar onde são identificados mais 7 familiares com anemia em 4 gerações distintas. Os 2 filhos apresentavam estudo da anemia realizados há cerca de 30 anos, no contexto de internamentos por infeções respiratórias associadas a crises hemolíticas com diagnóstico de hemoglobinopatia de Lepore e β-talassémia respetivamente. O filho previamente diagnosticado com hemoglobinopatia de Lepore, atualmente com estudo da anemia a decorrer no hospital foi diagnosticado com Hb de Köln através da identificação da mutação em heterozigota do gene da Beta-globina Val98Met.

Conclusões: A discrepância entre a SpO2 e a SaO2 associada a uma anemia hemolítica familiar culminou no diagnóstico da anemia por hemoglobinopatia de Köln, de caráter autossómico dominante. Os avanços dos meios de diagnóstico possibilitaram o provável diagnóstico de 10 familiares distribuídos por 4 gerações, permitindo a prevenção de futuras crises hemolíticas, rastreio hematológico da restante família e aconselhamento genético.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno A 17:30 - 18:30**PO029****558 UMA CAUSA RARA DE COAGULOPATIA**

Ana Isabel Lopes 1, Marta Pina 2, Raquel Santos 1, Federico Sabio 3, J. Vasco Barreto 1

1 Serviço de Medicina Interna, Hospital Pedro Hispano, 2 Oncologia Médica, IPO do Porto, 3 Serviço de Imunohemoterapia, Hospital Pedro Hispano

A hemofilia adquirida é uma doença rara, cuja incidência aumenta com a idade. Caracteriza-se pelo desenvolvimento de auto-anticorpos contra o fator VIII de coagulação (FVIII). Clinicamente manifesta-se com hemorragias espontâneas em doentes sem história familiar de coagulopatia. Cerca de 80% dos doentes apresentam-se com hemorragia da pele, mucosas e tecido celular subcutâneo, e menos comum com hemartroses, contrariamente ao que acontece no défice congénito. O diagnóstico baseia-se na presença de prolongamento isolado do tempo parcial de tromboplastina ativada (aPTT), associado à redução do FVIII com presença de inibidores anti-FVIII.

Mulher de 90 anos com antecedentes de hipertensão arterial, apresenta clínica de astenia e palidez cutânea com um mês de evolução e agravamento progressivo. À admissão com pele e mucosas pálidas, hematoma mandibular esquerdo e hematoma no joelho direito. Sem história de traumatismo e sem história familiar de coagulopatia. Foi excluída hemartrose. Analiticamente com hemoglobina 4.7 g/dL hipocrômica, ferropenia, e prolongamento do aPTT (67.1 segundos para um normal do dia de 28.2 segundos) com tempo de protrombina normal e Velocidade de Sedimentação de 40mm/h. Colocada hipótese inicial de hemofilia adquirida, confirmada após doseamento de atividade de FVIII de 2% e título elevado de inibidor (12 Unidades de Bethesda). Apesar da necessidade de suporte transfusional e de hematomas espontâneos nos membros, a doente manteve estabilidade clínica, sem hemorragias ameaçadoras de vida, tendo iniciado corticoterapia com boa resposta e normalização do aPTT, desaparecimento do inibidor e normalização do FVIII após um mês de tratamento. Do estudo etiológico realizado, excluíram-se causas farmacológicas; sem clínica sugestiva de auto-imunidade e com estudo auto-imune negativo, com exceção de anticorpos antinucleares positivos, mas com Ac anti-dsDNA e ENA negativos; sem evidência de doença neoplásica sólida ou hematológica. Não foram realizados estudos endoscópicos por recusa da doente, mas não se objetivaram perdas hemáticas gastrointestinais. A doente acabou por falecer por intercorrência infecciosa.

Pela sua raridade, o diagnóstico de hemofilia

adquirida é um desafio clínico. Pode levar a hemorragias ameaçadoras de vida, com hematomas retroperitoneais e síndromes compartimentais. A hemofilia idiopática é mais frequente com a idade, mas habitualmente cursa com títulos baixos de inibidores, contrariamente a este caso.

Em 10% existem causas neoplásicas subjacentes. Apesar de não ter sido estabelecida a etiologia para a hemofilia adquirida, os autores consideram a neoplasia, como a mais provável neste caso clínico, nomeadamente do tubo digestivo, explicando simultaneamente a anemia ferropénica.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno A 17:30 - 18:30**PO031****243 DESAFIOS DA HIPOCOAGULAÇÃO**

Diana Mendes Oliveira, Nuno Melo, Jorge Oliveira, Jorge Almeida

Centro Hospitalar e Universitário de São João

Introdução

A decisão de hipocoagular um doente, mesmo que baseada em scores validados, pode ser difícil em determinadas situações, tendo em conta os riscos e benefícios. Com uma população progressivamente mais frágil e envelhecida, com comorbilidades múltiplas e polimedicada, os riscos da hipocoagulação podem ser elevados e condicionam muitas vezes a nossa decisão.

Caso Clínico: Este caso clínico trata de uma mulher de 86 anos, com história médica prévia de dislipidemia, hipertensão arterial, síndrome de Heyde (colocação de prótese biológica aórtica em 2001) e fibrilhação auricular permanente hipocoagulada, há vários anos, com varfarina. Na sequência de um internamento em 2015 por hemorragia digestiva alta, possivelmente associada a angiectasias jejunais (o estudo com cápsula endoscópica e enteroscopia por balão não conseguiram identificar com segurança o foco hemorrágico), foi decidido suspender o tratamento com varfarina. Cerca de dois anos depois, em Dezembro de 2017, a doente foi internada por acidentes isquémicos transitórios de repetição, manifestados por alteração da linguagem e défice sensitivo da mão direita. Atendendo ao facto de não ter apresentado episódios de hemorragia digestiva nos dois anos anteriores e ao risco elevado de acidente vascular cerebral embólico, foi decidido reiniciar hipocoagulação oral, desta vez com apixabano. Cerca de cinco meses depois, em Abril de 2018, a doente volta a apresentar novo episódio de hemorragia digestiva alta com foco hemorrágico "em toalha" identificado ao nível do jejuno proximal-médio por enteroscopia com duplo

balão, a condicionar necessidade transfusional. Após tratamento local e estabilização clínica, a doente teve alta tendo sido suspensa novamente a hipocoagulação. Porém, cerca de um mês depois, a doente foi reinternada por quadro de isquemia renal esquerda de provável etiologia embólica, apenas para tratamento conservador. Nesta altura é reiniciada hipocoagulação com heparina de baixo peso molecular no internamento e, dada a estabilidade clínica e analítica, feito switch para varfarina para o domicílio. A opção pela varfarina teve em conta o agravamento da função renal e a maior facilidade de reversão da hipocoagulação, caso houvesse recorrência de fenómenos hemorrágicos. Após 6 meses de follow-up, a doente está clinicamente estável, sem novas perdas hemáticas e com INR em valores terapêuticos na maioria das avaliações.

Discussão: Este caso é exemplar da grande dificuldade que por vezes existe na decisão final de manter ou suspender a hipocoagulação, que acontece, em parte, pela ausência de estudos sobre os riscos e benefícios na população mais envelhecida com que lidamos. A decisão definitiva acabou por ser tomada, tendo em atenção o tipo de complicação – com lesão irreversível de órgão – que motivou o internamento, e esclarecendo sempre o doente e a família dos riscos e os benefícios das nossas opções.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno A 17:30 - 18:30

PO032

1443 LESÃO HEPÁTICA AGUDA SEVERA E HIPERTENSÃO PORTAL NÃO CIRRÓTICA COMO COMPLICAÇÕES RARAS DE LEUCEMIA DE MASTÓCITOS

Márcia Cravo, João Neves-Maia, Renata Cabral, Arlindo Guimas, Filipe Nery

Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução

A leucemia de mastócitos corresponde a uma forma rara de apresentação de mastocitose sistémica agressiva. O envolvimento hepático, entre outros órgãos, é frequente, com hipertensão portal não cirrótica (HTPNC) como complicação possível pela infiltração hepática por mastócitos. O prognóstico da leucemia de mastócitos é muito reservado, e a falência terapêutica frequente.

Caso Clínico: Homem, 47 anos, caucasiano, com fatores de risco para doença cardiovascular (tabagismo ativo, hipertensão arterial e dislipidemia). Diagnóstico, com 1 mês de evolução, de leucemia de mastócitos com envolvimento medular (anemia e trombocitopenia), ganglionar (mediastínico

e mesentérico), esplénico (esplenomegalia) e hepático (hepatomegalia e colestase com fosfatase alcalina de 529 U/L e gama-glutamil transferase de 588 U/L a 37º). Iniciada quimioterapia (QT) com cladribina para posterior estratégia terapêutica de transplante de medula óssea.

Internamento ao 12º dia após início de QT por neutropenia febril, sem foco e sem agente microbiológico identificados. Cumpriu terapêutica empírica com imipenem com boa evolução clínica. Durante o internamento, desenvolvimento progressivo de anasarca. Neste contexto, iniciada terapêutica diurética, ainda na enfermaria, com furosemida até dose máxima diária de 160mg endovenosa. Agravamento do perfil hepático (bilirrubina total de 11,4mg/dL; bilirrubina direta de 10,15mg/dL; albumina 2,6g/dL e INR 2.2). Ecografia abdominal excluiu trombose do eixo esplâncnico. Admitido na Unidade Intermédia Médica no contexto de lesão hepática aguda severa (coagulopatia na ausência de encefalopatia) e lesão renal aguda admitida como pré-renal no contexto de esforço diurético. A endoscopia digestiva alta revelou varizes esofágicas pequenas. Suspendeu terapêutica diurética e iniciou fluidoterapia e albumina endovenosa, com normalização da função renal. Agravamento progressivo do perfil hepático. Assumida HTPNC provavelmente secundária a infiltração hepática de mastócitos no contexto de leucemia ativa. Efetuada corticoterapia com prednisolona na dose de 80mg/dia e iniciada QT de indução com mitroxantona e citarabina. Biópsia hepática diagnóstica não efetuada face ao prognóstico muito reservado, sem impacto modificador na estratégia terapêutica. O doente veio a falecer no internamento.

Discussão: A HTPNC associada à leucemia dos mastócitos é uma manifestação decorrente do envolvimento hepático desta doença hematológica. Apesar da fisiopatologia não estar totalmente esclarecida, diversos mecanismos têm sido descritos, nomeadamente a obstrução sinusoidal e venosa mecânica induzida pela invasão mastocitária e, ainda, o desenvolvimento de fibrose portal com deposição de colagénio subendotelial pela presença de fatores derivados dos mastócitos. No caso descrito, a complicação da doença (disfunção hepatocelular) impediu a otimização do tratamento, o qual teve de ser descontinuado pelo agravamento clínico.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno A 17:30 - 18:30

PO033**657 UM CASO MENOS PREVISÍVEL DE ANEMIA HEMOLÍTICA**

Maria João Correia, Catarina Mateus, Ana Lopes Santos, Rui Morais, Vanisa Rosário, Cândida Fonseca, Luís Campos

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental - Hospital São Francisco Xavier - Serviço Medicina III

Introdução:

O défice de Glicose-6-fosfato-desidrogenase (G6PD) corresponde ao distúrbio enzimático mais comum dos eritrócitos. A ausência desta enzima é hereditária, ligada ao X, e condiciona maior sensibilidade dos eritrócitos ao stress oxidativo, provocando episódios de hemólise. É mais frequente em homens e em raça negra, nas mulheres é necessária a presença de homozigotia, pelo que são frequentemente apenas portadoras assintomáticas da mutação. A apresentação clínica é variável, dependendo da expressão de G6PD nos eritrócitos. O tratamento é de suporte em fase aguda, e deve ser promovida a evicção de determinados medicamentos e restrição dietética dirigida.

Caso Clínico:

Mulher, 68 anos, melanodérmica, natural de Cabo Verde, com história conhecida de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e osteoartroses. Medicada com irbesartan, hidroclorotiazida, nifedipina, gliclazida, metformina e ácido acetilsalicílico. Foi encaminhada pelo médico assistente ao serviço de urgência (SU) por quadro com 4 dias de evolução de cansaço, tonturas, lipotímia, náuseas e vômitos; associados a descida de 5g/dL de hemoglobina (Hb) em um mês. Negava perdas hemáticas. A admissão no SU apresentava-se hemodinamicamente estável, com cansaço fácil, palidez cutânea e mucosas ictericas, sem hepato-esplenomegalia ou outras alterações no exame objetivo. Analiticamente destacava-se anemia macrocítica (Hb 7.3 g/dL, VGM 105.8 fL), leucocitose ($15.000 \times 10^9/L$), ferritina 1058 ng/mL, haptoglobina indetectável, LDH 649 U/L, bilirrubina total 0.57 mg/dL, sem alterações da função renal e enzimatologia hepática; Pesquisa de plasmódio negativo; Ecografia abdominal sem alterações. Dada a evidência de anemia hemolítica, ficou internada para estudo etiológico e estabilização clínica. Da investigação etiológica realizada: Teste de Coombs directo negativo, electroforese das Hemoglobinas sem evidência de hemoglobinopatia, hemoglobinemia normal e doseamento de G6PD dos eritrócitos muito baixo (0.4 U/g Hb).

Concluiu-se assim o diagnóstico de anemia hemolítica por défice de G6PD. A doente foi questionada sobre os seus hábitos alimentares, referindo ingestão recente de favas, cerca de uma semana antes do internamento. Teve alta após 6 dias de internamento, com subida de Hb para 10.9 g/dL, apenas com terapêutica de suporte, clinicamente melhorada. Manteve seguimento em consulta de medicina interna e indicação para evicção de agentes desencadeantes de hemólise aguda.

Discussão:

O défice de G6PD é raro no sexo feminino. Nas mulheres, geralmente apenas portadoras da mutação, infrequentemente ocorrem crises hemolíticas.

Apesar de anemia hemolítica por défice de G6PD ser frequente na raça negra, este caso torna-se interessante por se tratar de um diagnóstico inaugural aos 68 anos, em mulher, sem quaisquer episódios prévios conhecidos ou diagnosticados de hemólise, e que incluía na sua alimentação o alimento mais frequentemente associado a crises hemolíticas: favas.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno A 17:30 - 18:30

PO034**1322 SÍNDROME DE POEMS**

Raquel Romão, Mário Pimenta, Mariana Meireles, Pedro Leuschner, João Araújo Correia

Centro Hospitalar Universitário do Porto

INTRODUÇÃO

A síndrome de POEMS (acrónimo de Polyneuropathy, Organomegaly, Endocrinopathy, Monoclonal gammopathy, Skin changes) é uma doença rara, multissistémica, secundária a discrasia de plasmócitos. Estão descritos apenas umas centenas de casos na literatura. Pela diversidade de manifestações clínicas, é necessário um elevado nível de suspeição para o seu diagnóstico.

CASO CLÍNICO:

Apresentamos o caso de uma mulher de 56 anos com antecedentes de polineuropatia desmielinizante inflamatória crónica. Durante o seu estudo etiológico foi identificado um pico monoclonal IgG κ 955; na eletroforese de proteínas, tendo sido assumido achado de significado indeterminado, após estudo de medula óssea.

Quatro anos depois foi admitida para estudo de derrame pleural unilateral, adenopatias axilares, astenia, hipersudorese noturna e perda ponderal.

Negava contacto com tuberculose ou animais, fatores de risco ou clínica compatível com infeção vírica, ou sintomas de doença autoimune.

O estudo realizado evidenciou derrame pleural exsudativo e linfocítico, cujos resultados da cultura e citologia foram insuspeitos. Os exames de imagem não revelaram alterações além de adenopatias axilares bilaterais e adenopatia supraclavicular direita. Realizou aspirado brônquico no qual a pesquisa de BK por PCR (e posteriormente por cultura) foi negativa. O estudo imunológico e serologia VIH foram inocentes. Revendo exames de imagem prévios, foi reencontrada uma lesão óssea osteolítica de bordos escleróticos na asa do sacro, cujas características sugeriam benignidade. Foi efetuada biópsia excisional do maior gânglio axilar, cujo estudo anatomopatológico revelou aspetos morfológicos sugestivos de doença de Castleman do tipo hialino-vascular. Repetiu biópsia de medula óssea que não revelou doença linfoproliferativa.

Foi assumido o diagnóstico de síndrome de POEMS perante a presença de 2 critérios obrigatórios (polineuropatia e pico monoclonal), 2 major (lesão esclerótica e doença de Castleman) e 3 minor (derrame pleural, linfadenopatias e hiperpigmentação cutânea discreta que previamente não havia sido valorizada). Foi excluída endocrinopatia e papiledema.

Iniciou tratamento com lenalidomida e dexametasona com boa resposta, encontrando-se assintomática atualmente.

DISCUSSÃO:

Além do facto da síndrome de POEMS ser rara, o diagnóstico é por vezes dificultado pela sua cronicidade. As manifestações sintomáticas podem dispersar-se pelo tempo sendo necessários meses a anos até se reunirem os critérios necessários ao diagnóstico. Estes fatores propiciam o atraso do diagnóstico e início de tratamento, podendo comprometer a sobrevida dos doentes.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno A 17:30 - 18:30

PO035

1432 REATIVAÇÃO DO VÍRUS EPSTEIN BARR ASSOCIADA A DUPLO LINFOMA – LINFOMA LINFOCÍTICO DE PEQUENAS CÉLULAS E LINFOMA ESPLÉNICO DA ZONA MARGINAL

Emanuel Costa, Daniela Dantas Rodrigues, Joana Sotto Mayor, Pedro Cerdeira, Sofia Esperança, Carlos Capela
Hospital de Braga

Introdução

O vírus Epstein Barr (EBV) é o agente responsável pela mononucleose infecciosa e persiste assintomaticamente durante toda a vida em >90% dos adultos. Além disso, o EBV foi o primeiro vírus com associação ao desenvolvimento e progressão de neoplasias hematológicas, estimando-se que esteja envolvido em 1.5% de todas as neoplasias mundiais.

A reativação do vírus é rara em imunocompetentes e normalmente não severa, contudo, em imunocomprometidos a reativação é mais frequente e mais severa podendo ter apresentações atípicas.

Caso clínico:

Doente de 80 anos, do sexo masculino, sem antecedentes pessoais de relevo. Recorreu à observação médica por tosse, dispneia e astenia com duas semanas de evolução. Ao exame objetivo apresentava adenopatias cervicais, supraclaviculares, axilares e inguinais pericentrimétricas, indolores, móveis de contornos regulares. Analiticamente com linfocitose. Na Tomografia Computorizada apresentava conglomerados adenopáticos de ambos os lados do diafragma, o maior em posição supraclavicular esquerda com 6x3 centímetros.

Durante o primeiro dia de internamento o doente mostrou alternância comportamental com agitação e prostração e no segundo dia apresentou elevado grau de depressão do estado de consciência e claro aumento do volume das adenopatias. O estudo de imagem cerebral não mostrou alterações relevantes, pelo que foi realizada punção lombar, cuja análise posterior do liquor revelou a presença de 235 células com predominância de linfócitos, proteinorraquia e identificação de DNA de EBV por Polymerase Chain Reaction (PCR). Nesse dia, o doente iniciou terapêutica empírica com antivírico, antibiótico e corticoterapia pelo compromisso da via aérea.

Do estudo etiológico apurou-se presença de anticorpos IgM e IgG anti-EBV positivos (nuclear antigen e capsídeo antigen), com early antigen negativo e positividade para DNA de EBV, por PCR, no sangue. A Tomografia Computorizada por Emissão de Positrões identificou a adenopatia supraclavicular esquerda como aquela com maior captação sendo biopsada e que apresentou fenótipo compatível com linfoma linfocítico de pequenas células (LLPC). A imunofenotipagem da medula óssea, surpreendentemente, apresentou duas populações de células B monoclonais para as cadeias lambda, a mais representativa com imunofenótipo compatível com LLPC e outra minoritária com imunofenótipo compatível com Linfoma Esplénico da Zona Marginal.

Discussão

O caso clínico apresentado realça a importância de considerar o diagnóstico de reativação do

EBV em pacientes idosos seja pela perda de imunocompetência relacionada com a idade, seja pela existência de outra patologia subjacente.

A evidência de EBV em circulação traduz o carácter sistémico da sua reativação e é um importante fator de prognóstico uma vez que está associada a menor sobrevivência em pacientes com (LLPC). A síndrome de Richter foi equacionada aquando do diagnóstico de LLPC, porém não foi reunida evidência para o diagnóstico.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno A 17:30 - 18:30

PO036

1728 DOENÇA DE RENDU-OSLER-WEBER – DIAGNÓSTICO INAUGURAL

Ana Gonçalves, Carlos Ramalheira, Sara Almeida, Rudi Fernandes, Rita Dutschmann, João Machado
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

A doença de Rendu-Osler-Weber, é uma doença vascular hemorrágica hereditária, autossómica dominante, de incidência rara, caracterizada pela presença de telangiectasias, aneurismas e malformações arteriovenosas (MAVs) atingindo especialmente o pulmão, o fígado e o sistema nervoso central (SNC). Tem marcada propensão para hemorragias nasais (epistaxis) e do foro gastrointestinal, com anemia crónica. O diagnóstico é clínico e baseia-se nos critérios internacionais de Curação.

CASO CLÍNICO:

Os autores descrevem o caso de uma doente do sexo feminino, 58anos, raça negra, residente em Portugal há cerca de 4 meses, natural de Cabo Verde, admitida no Serviço de Urgência (SU), por quadro de lipotimia e melenas, precedido por episódio de epistaxis abundante. Referia antecedentes de epistaxis desde há vários anos e história de hemorragia nasal em familiares directos (pai, irmão e filho).

À entrada encontrava-se vígil e orientada, com tensão arterial: 120/73mmHg, frequência cardíaca: 108bpm, palidez mucocutânea e telangiectasias nos lábios e dedos das mãos, que branqueavam à digito-pressão. Analiticamente, salientava-se hemoglobina 3.8g/dL, ferritina: 4ng/mL. Estudo da coagulação sem alterações.

Realizou endoscopia digestiva alta (EDA), que revelou angiectasias gástricas friáveis com hemorragia em toalha, e colonoscopia que revelou angiectasias do cego. Na ecografia abdominal, e TC abdominal detectaram-se dilatações vasculares intra-parenquimatosas (dilatação da artéria

hepática). A TC de crânio e de tórax com contraste, não revelaram alterações.

Foi observada pela Otorrinolaringologia (ORL) que descreveu a presença de telangiectasias no palato duro e parede medial da fossa nasal direita.

A doente realizou suporte transfusional e ferro endovenoso com franca melhoria.

Passou a ser seguida em consulta de Medicina Interna e ORL, estando actualmente a realizar terapêutica com Tamoxifeno, com estabilidade clínica.

DISCUSSÃO:

O quadro clínico da doente, com história progressiva de epistaxis recorrente, admitida por hemorragia nasal e digestiva com anemia grave, associadas a telangiectasias dos lábios e dedos, fez evocar o diagnóstico de doença de Rendu-Osler-Weber, suportado igualmente pela história familiar. O estudo efectuado, nomeadamente com TC de corpo, EDA, colonoscopia e a observação pela ORL, veio documentar o extenso envolvimento visceral com angiectasias gástricas, no cego, no palato duro, fossa nasal direita e eventualmente hepáticas.

O caso clínico ilustra a importância da suspeição diagnóstica e respectiva confirmação com vista a realizar um correcto seguimento em consulta e proporcionar terapêutica optimizada, visando prevenir eventos e complicações futuras.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini II 17:30 - 18:30

DOENÇAS HEPATOBILIARES

PO091

2134 SÍNDROMA DE OVERLAP - 50 ANOS DE (DES)CONHECIMENTO

Rodrigo Maia Alves, Vasco Neves, Ana Moreira, Pedro Ventura, Adriano Cardoso, João Correia
Hospital Sousa Martins - ULS Guarda

INTRODUÇÃO

A Hepatite Autoimune (HAI) foi a primeira doença do fígado para a qual se descobriu

uma intervenção terapêutica eficaz, a corticoterapia. Cinquenta anos depois permanece um desafio diagnóstico e terapêutico explicado pela sua heterogeneidade e baixa prevalência.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, 53 anos de idade, recorre ao serviço de urgência (SU) do nosso hospital

devido a elevação das transaminases, da GGT e da Bilirrubina total e directa constatados em análises de rotina. Apresentava um quadro progressivo de anorexia com astenia, cefaleia bi-parietal, náuseas e perda ponderal de 5Kg nos últimos dois meses, sem menção de icterícia, colúria, consumo de chá ou cogumelos, assim como sobredosagem medicamentosa. Medicada habitualmente com Mexazolam 1mg id, Etoricoxib e diclofenac em SOS. No SU, o exame objectivo revelou dor abdominal difusa e ligeira à palpação, tendo as análises confirmado as alterações analíticas e a ecografia abdominal constatou um aumento da ecogenicidade hepática, sem alterações das vias biliares, tendo sido encaminhada para a nossa consulta de Doenças Hepáticas. A investigação revelou: ANA positivo; IgG 2,3 vezes acima do limite superior do normal; Ac. Anti-Músculo liso positivo; Anti-KLM1 negativo; Serologia de HBV, HCV, HIV I-II negativos; Biópsia hepática- fibrose de interface de intensidade acentuada e infiltrado inflamatório linfocítico e plasmocítico; Colangiorressonância-parênquima hepático heterogéneo sem alteração das vias biliares.

Concluiu-se, estarmos perante um Síndrome de Overlap hepático, com a HAI a dominar o quadro clínico com características concomitantes de Cirrose Biliar Primária.

O tratamento efectuado com prednisolona, azatioprina e ácido ursodesoxicólico obteve resposta favorável com normalização progressiva dos valores das transaminases e GGT, assim como da hiperbilirrubinémia.

A doente mantém-se em follow-up, não se registando até à data nenhuma complicação da doença ou do tratamento.

DISCUSSÃO

Os autores seleccionaram este caso pela raridade (prevalência estimada na Europa de 16 a 18 casos por 100.000 habitantes) e pelas particularidades que esta entidade encerra, motivo pelo qual suscita um debate actual aceso, dada a ausência de critérios validados para o correcto, e desafiante diagnóstico e tratamento, e esperando contribuir também para uma melhor compreensão desta Síndrome de Overlap Hepática.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini II 17:30 - 18:30

PO092

1938 MÃOS FRIAS, FÍGADO QUENTE: A PROPOSITO DE UM GOLPE DE CALOR

Fani Ribeiro, Mário Bibi, Eduarda Pena, Marta Pereira, Sofia Ferreira, Helena Pessegueiro Miranda, Rui Araújo

Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução

O golpe de calor é uma síndrome clínica caracterizada por hipertermia e disfunção neurológica que ocorre devido à falência dos mecanismos termorreguladores corporais. Pode evoluir rapidamente para disfunção multiorgânica, por vezes com envolvimento hepático, cuja expressão de maior gravidade é a falência hepática.

Caso Clínico: Homem de 53 anos, com antecedentes de dislipidemia e consumo etílico de 100g/dia, sem doença hepática crónica previamente conhecida. Teve exposição prolongada ao sol em contexto laboral, com uma temperatura local de 33°C, com instalação progressiva de mal estar generalizado, que culminou em colapso. Admitido na sala de emergência entubado e ventilado por disfunção neurológica (Escala Coma Glasgow 6), hipotenso, com má perfusão periférica e com temperatura auricular de 39.9°C. Do estudo analítico inicial destacava-se acidemia metabólica grave com hiperlactacidemia, lesão renal aguda, e perfil hepático com elevação ligeira da TGP, sem outras alterações, nomeadamente da enzimologia cardíaca ou coagulação. TC cerebral, ECG, ecocardiograma e angio-TC toraco-abdominopélvica sem alterações de relevo. Encaminhado para o Serviço de Medicina Intensiva por golpe de calor com disfunção multiorgânica, para medidas de suporte e arrefecimento corporal. Apesar de melhoria das disfunções cardiocirculatória, renal e neurológica, a permitir extubação precoce, verificou-se franco agravamento da lesão hepática aguda, com evolução para coagulação intravascular disseminada e necessidade de transferência para centro de transplantação hepática ao 3º dia (MELD 27). Ecodoppler abdominal normal, estudo imunológico e pesquisa de vírus negativos. A partir do 5º dia, verificou-se melhoria progressiva do perfil hepático e da coagulação, mantendo-se sem encefalopatia, tendo evoluído sem necessidade de técnica de depuração hepática ou transplante hepático.

Discussão: O golpe de calor é uma síndrome potencialmente fatal, com prognóstico imprevisível e abordagem controversa. O objetivo primário deverá ser a diminuição da temperatura corporal e suporte das funções vitais, mas mesmo em

casos graves, como no apresentado, está descrita a recuperação total com tratamento de suporte. Perante o envolvimento hepático, as técnicas de depuração poderão ser potencialmente benéficas e só raramente está indicado o transplante hepático urgente.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini II 17:30 - 18:30

PO093

381 SÍNDROME HEPATOPULMONAR – DO VINHO AO ALHO

Margarida R. Fonseca, Mariana Constante, Anne Moura, Rita Ivo, José Pedro Rodrigues, João Lopes Delgado, Isabel Madruga

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental - Medicina I

INTRODUÇÃO A Síndrome Hepatopulmonar é uma complicação importante da doença hepática crónica, ocorrendo em 4 a 32% dos doentes. O curso da doença é progressivo e está associado a elevada morbilidade e mortalidade. A hipoxemia está associada a vasodilatação intrapulmonar determinando efeito de shunt direito esquerdo, mas também alteração da difusão e da ventilação perfusão. Os autores apresentam o caso de um doente com doença hepática crónica e hipoxemia marcada cuja investigação revelou estar associada a Síndrome Hepatopulmonar.

CASO CLÍNICO Homem, 66 anos de idade, com Doença hepática crónica etanólica com hipertensão portal e erradicação prévia de varizes esofágicas (MELD 14), com incumprimento terapêutico e manutenção de consumo de álcool. Internado no Serviço de Gastrenterologia por hemorragia digestiva alta com ponto de partida em úlcera gástrica. Desde a admissão no Serviço de Urgência com dispneia e hipoxemia inicialmente atribuída a Pneumonia adquirida na comunidade, tendo cumprido ciclo de antibioterapia empírica com Ceftriaxone sem melhoria clínica e gasimétrica. Realizou Angio-TAC torácico que excluiu Tromboembolismo pulmonar e patologia intersticial pulmonar. Foi transferido para o Serviço de Medicina para prosseguir estudo etiológico, tendo em conta hipoxemia mantida após tratamento de intercorrência infecciosa. Realizou Cintigrafia de Ventilação/Perfusão que mostrou presença de radiofármaco a nível esplénico e renal, sugerindo a presença de shunt intra-cardíaco direito-esquerdo. Neste sentido foi pedido ecocardiograma transtorácico com injeção de contraste endovenoso que revelou passagem maciça de bolhas da aurícula direita para a aurícula esquerda ao 6º ciclo cardíaco sugerindo shunt direito-esquerdo extra-cardíaco por fístulas arterio-venosas a nível pulmonar – características de Síndrome Hepatopulmonar. O

estudo gasimétrico confirmou ortodeoxia com queda de pressão arterial de O₂ de 119mmHg para 67mmHg na passagem de posição de decúbito à posição ereta) com aporte de oxigénio por máscara de venturi a 31%. O gradiente alveolocapilar calculado foi de 66mmHg (PaO₂ 119mmHg, PaCO₂ 28mmHg, P(A-a)O₂ 66mmHg. Confirmado diagnóstico de Síndrome Hepatopulmonar severo o doente foi encaminhado para consulta de Transplante Hepático, tendo cessado consumo de álcool. Iniciou terapêutica com alho com melhoria da sintomatologia e gasimétrica.

DISCUSSÃO O diagnóstico de Síndrome hepatopulmonar em doentes com doença hepática crónica ou hipertensão portal de outras causas está associado à demonstração de elevação do gradiente alvéolo-arterial e evidência de dilatações vasculares intrapulmonares e exclusão de doença cardíaca e pulmonar severa. O transplante hepático é a única opção terapêutica que reverte o curso do Síndrome hepatopulmonar. Várias substâncias foram testadas com efeitos clínicos residuais – o alho tem sido utilizado como suplemento alimentar off-label na prática clínica.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno B 17:30 - 18:30

DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS

PO037

1888 OSTEOMIELOTE PRIMÁRIA DO ESTERNO EM ADULTO IMUNOCOMPETENTE: UM DIAGNÓSTICO RARO

Tiago Fiúza, Monika Dvorakova, Teresa Bernardo, José Sousa e Costa

Serviço de Medicina Interna da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

Introdução

A osteomielite esternal (OE) é a 2ª forma mais comum de osteomielite em adultos e associa-se a cirurgia cardíaca ou trauma, chamando-se OE secundária. Por outro lado, a OE primária (OEP) perfaz apenas 0.3% dos casos de osteomielite e associa-se a imunodeficiência, consumo de drogas intravenosas, diabetes mellitus, cirrose hepática ou cateterização da veia subclávia. A ocorrência de OEP num indivíduo imunocompetente e sem qualquer fator de risco, torna-a num evento clínico de invulgar raridade.

Caso clínico: Homem de 54 anos, caucasiano, antecedentes de hipertensão arterial e dislipidémia. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por queixas

álgicas na região do manúbrio esternal, com 14 dias de evolução. Na admissão observava-se edema ligeiro, rubor e calor na mesma localização, com dor intensa à palpação. Do estudo analítico realizado, destaca-se leucocitose, neutrofilia, PCR 9.7mg/dl, sem elevação dos biomarcadores de necrose miocárdica. No TAC-Tórax realizado são descritos 2 nódulos pulmonares de 33x18mm e 11mm, sem outras alterações relevantes. Assumindo-se Síndrome de Tietze de etiologia desconhecida e nódulos pulmonares para estudo, foi internado. Foram colhidas hemoculturas, mas dada a estabilidade clínica do doente não foi iniciada terapêutica antibiótica. Posteriormente observou-se agravamento dos parâmetros inflamatórios analíticos e foi isolado *Staphylococcus Aureus* sensível a Flucloxacilina nas hemoculturas colhidas no SU. As serologias para VIH foram negativas. Já após o início de antibioterapia com Flucloxacilina, o doente apresentou rash eritemato-pustular, não pruriginoso, com áreas coalescentes, de predomínio no dorso e coxas. Realizadas biópsias cutâneas por punch para estudo microbiológico (estéril) e anatomopatológico (negativo para células neoplásicas), tendo-se assumido provável rash estafilocócico, no contexto da bacteriemia já descrita. Foram também realizados Ecocardiograma Transtorácico e Broncofibroscopia, ambos sem alterações relevantes. Ao 13º dia de internamento, por apresentar regressão marcada das queixas álgicas esternais e total regressão dos parâmetros inflamatórios analíticos, teve alta com indicação para cumprimento de 8 semanas de antibioterapia com Flucloxacilina e agendamento de PET-SCAN. Esta mostrou lesão hipermetabólica focal, justacentimétrica, implantada na sicondrose manúbrio-esternal e associada a pequeno foco de osteólise esternal, em fase de regressão. A nível pulmonar não se observaram alterações relevantes. O doente cumpriu o ciclo de antibioterapia já referido e em reavaliação posterior em consulta apresentava total regressão das queixas prévias.

Discussão: Dada a raridade da OEP, pode ser difícil considerá-la inicialmente num doente imunocompetente, sem outros fatores de risco associados. Como neste caso, isso pode levar ao atraso no diagnóstico e terapêutica. O tratamento, baseia-se principalmente em antibioterapia dirigida, mas em casos mais severos pode ser necessária cirurgia.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno B 17:30 - 18:30

PO038

389 SALMONELOSE CRÔNICA

Filipa Lucas, Tatiana Oliveira, Ana Teresa Boquinhas
Hospital de Cascais

A *Salmonella enterica* pertence à família das Enterobacteriaceae. Possui alta virulência e baixa patogenicidade o que explica a existência de portadores. É um dos causadores de gastroenterite aguda, associada a diarreia inflamatória, sendo os serótipos mais comuns o *Thyphimurium* e o *Enteritidis*. As salmoneloses não tifoides parecem causar cada vez mais bacteriemias não reconhecidas. Este caso clínico aborda um exemplo de bacteriemia em portador crónico de *Salmonella Thyphimurium*.

Apresentamos um homem caucasiano de 61 anos, medicado cronicamente com budesonida, azatioprina, tenofovir e ácido ursodesoxicólico. História médica conhecida de Leucemia aguda mieloblástica M4 com inv(16) diagnosticada em 2010, submetido a quimioterapia de indução e posterior alo-transplante de dador familiar e hipoesplenismo pós-doença do enxerto contra o hospedeiro hepática. Com internamento de 20/5 a 5/7/2018 por crise convulsiva parcial motora inaugural em contexto de lesões ocupantes de espaço hemisféricas documentadas por TC-CE, com diagnóstico posterior de abscessos cerebrais (documentados por RM-CE), sem identificação de agente (por provável ponto de partida odontogénico) cumprindo 7 semanas de ceftriaxone (mais duas semanas de metronidazol) com resposta clínica e laboratorial favoráveis. Com RM-CE de reavaliação (09/2018) com redução ligeira dimensional das lesões, sem edema ou realce. Recorre novamente à urgência a 09/2018 por quadro febril com tosse produtiva e dispneia com uma semana de evolução, tendo sido internado para estudo. Ao exame objetivo à admissão sem alterações de relevo. Do estudo complementar realizado destaque para aumento dos parâmetros inflamatórios, gasimetricamente em ar ambiente com hipoxemia (pO₂ 52mmHg; pH 7.55) e radiograma de tórax sem imagem sugestiva de condensação, assumindo-se uma traqueobronquite hipoxemiante nosocomial, iniciando piperacilina e tazobactam. Durante o internamento, com hemoculturas positivas para *Salmonella typhimurium*; urocultura positiva para *Salmonella* grupo B mutissensível; uma coprocultura positiva para *Salmonella* grupo B e serologias para *Salmonella typhi* TO, TH, para-Typhi AH e BH negativos. Como diagnóstico final, assumiu-se bacteriemia a *Salmonella typhimurium*. O doente cumpriu 14 dias de cotrimoxazol oral e considerou-se foco prostático/nefro-urológico condicionando

estado de portador urinário crônico de *Salmonella* com disseminações retrogradadas intermitentes. Vai iniciar erradicação da salmonela com ciprofloxacina 500 mg 12/12 h durante 6 semanas.

O quadro de hipoesplenismo provavelmente será responsável pelos múltiplos episódios sépticos, dada *Salmonella* ser um agente capsulado (Antigénio VI).

Este exemplo reporta que poderão existir mais casos de portadores crônicos de *Salmonella*, sendo importante a sua irradiação e diagnóstico atempado com os meios complementares adequados dada a elevada probabilidade de bacteriemia associada. Será interessante existirem mais estudos relacionados com portadores crônicos.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno B 17:30 - 18:30

PO039

470 TUBERCULOSE DISSEMINADA COMPLICADA DE MAL DE POTT COM ABCESSO E PARAPARÉSIA

Maria Duarte, Beatriz Leão, Gonçalo Santos, Ana Monteiro, Inês Ferreira, Luís Malheiro, João Nuak, Susana Silva, António Sarmento

Serviço de Doenças Infeciosas, Centro Hospitalar Universitário S. João/ Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar Póvoa de Varzim-Vila do Conde

Introdução

A espondilodiscite tuberculosa, também conhecida por Mal de Pott, caracteriza-se por evolução insidiosa e manifestações iniciais inespecíficas. Um baixo limiar de suspeição clínica é fundamental para o diagnóstico precoce e prevenção de complicações preditivas de pior prognóstico. Apresenta-se um caso de tuberculose com disseminação linfohematogénica com envolvimento vertebral, complicado de abcesso e paraparésia.

Caso clínico: Mulher de 66 anos com antecedentes de dislipidemia, hipertensão arterial e acidente vascular cerebral, tendo como sequelas hemiparésia direita e instabilidade da marcha. Recorre ao Serviço de Urgência por dorso-lombalgia com irradiação para as coxas e paraparésia com 1 mês de evolução, com início após queda com traumatismo dorso-lombar. Ao exame objetivo, apirética, eupneica, hemodinamicamente estável, com crepitações na base pulmonar direita, paraparética. Analiticamente, proteína C reativa 135mg/L, sem leucocitose. Radiografia dorso-lombar a mostrar acunhamento do corpo vertebral de D10. Tomografia computadorizada (TC) com sinais sugestivos de espondilodiscite de D10-D11. Iniciada antibioterapia empírica com cefepime e

vancomicina. Ressonância magnética nuclear a documentar espondilodiscite com extensa coleção paravertebral D8-D11 e componente intracanalicular epidural a condicionar compressão medular. Submetida a cirurgia para descompressão medular e fixação vertebral posterior de D7 a L2 bilateral, com bacteriológico das amostras colhidas negativo. Biópsia guiada por TC da coleção paravertebral com identificação de *Mycobacterium tuberculosis* (MT) em teste de amplificação de ácidos nucleicos (TAAN) e exame cultural. Pesquisa molecular de resistência negativa. Suspensa a antibioterapia empírica e iniciados antibacilares. Estudo complementar com TC torácica a revelar parênquima pulmonar com padrão miliar. Sem identificação de MT em TAAN de lavado bronco-alveolar. Melhoria muito discreta do défice neurológico, mantendo apenas contração do membro inferior direito mas capaz de mobilização ativa do esquerdo, sem vencer a força da gravidade. Reavaliação imagiológica a mostrar redução do volume do abcesso paravertebral mas mantendo compressão medular. Reintervenção cirúrgica às 8 semanas, mantendo antibacilares e reabilitação motora.

Discussão: O atraso no diagnóstico e tratamento da espondilodiscite tuberculosa associa-se a maior risco de sequelas, devendo ser sempre considerada a etiologia tuberculosa no diagnóstico diferencial da osteomielite vertebral, sobretudo se em topografia dorsal, especialmente em regiões endémicas. Embora a quimioterapia com tuberculostáticos seja o tratamento gold standard, a cirurgia poderá estar indicada na presença de complicações como instabilidade mecânica ou deformidade acentuada, abcesso paravertebral volumoso ou com extensão ao espaço epidural, disfunção neurológica secundária a compressão nervosa, falência da terapêutica médica e recidiva.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno B 17:30 - 18:30

PO040

505 IMUNOSSUPRESSÃO COMO FATOR DE RISCO PARA INFEÇÃO RARA

Lígia Rodrigues Santos, Teresa Dias Moreira, Margarida Silva Cruz, Gisela Evaristo Vasconcelos, Dalila Parente, Alice Castro, Mari Mesquita

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

As manifestações gastrointestinais em doentes imunossuprimidos são um desafio diagnóstico, devendo ser considerados variados microrganismos, incluindo agentes raramente envolvidos nestes quadros como fungos, parasitas e vírus. É igualmente fundamental a exclusão de causas não infecciosas, nomeadamente malignidade.

Homem de 78 anos, com total dependência de terceiros pós-fratura trocantérica direita. Antecedentes de infecção por Vírus Imunodeficiência Humana (VIH 1), sob terapêutica antirretroviral (Darunavir/Ritonavir e Etravirina) com boa adesão. Admitido por quadro de dor abdominal e diarreia com mais de três semanas de evolução, com mais de 10 dejeções aquosas por dia, sem evidência sangue ou muco. Sem outras queixas ou contexto epidemiológico de relevo. Gasimetricamente com acidose metabólica, sem acidemia. Analiticamente de destacar pancitopenia, elevação da proteína C-reativa, disfunção renal compatível com lesão renal aguda AKIN (Acute Kidney Injury) 2 e hiponatremia hiposmolar hipovolêmica. Acresce contagem de linfócitos T CD4 83/mm³ e carga viral VIH suprimida. Tomografia abdominopélvica sem alterações de relevo. Iniciou antibioterapia empírica com metronidazol e ciprofloxacina, tendo sido internado para vigilância e melhor esclarecimento diagnóstico. Cumpriu 7 dias de antibioterapia sem melhoria clínica, mantendo padrão de dejeções e sem isolamento de agente em bacteriológico, parasitológico e virológico (rotavírus e adenovírus) de fezes. Durante o internamento realizou ainda endoscopia digestiva alta que não mostrou alterações significativas e endoscopia digestiva baixa a revelar múltiplas úlceras e erosões entre os 20 e os 40cm da margem anal e cólon tunelizado e pouco distensível. Dadas as alterações endoscópicas e pesquisa de DNA de Citomegalovírus (CMV) positiva no sangue (2,2 x 10³ cópias/mL), iniciada terapêutica com ganciclovir endovenoso. Histológico de biópsia do cólon com tecido necroinflamatório e inclusões citomegálicas em células do estroma (imunohistoquímico com anti-CMV positivo) a confirmar diagnóstico de colite ulcerada a CMV, tendo cumprido 10 dias de terapêutica durante o internamento com melhoria clínica e analítica a traduzir-se em resolução das disfunções da admissão. Posterior transição para valganciclovir oral que cumpriu durante 6 semanas em ambulatório com resolução do quadro.

A infecção por CMV com atingimento gastrointestinal corresponde a uma complicação incomum mas potencialmente severa em doentes imunodeprimidos, nomeadamente em doentes com infecção VIH. A suspeita clínica e estudo endoscópico com confirmação histológica são fundamentais para um diagnóstico e terapêutica dirigida precoce com o intuito de reduzir a morbimortalidade.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno B 17:30 - 18:30

PO041

548 PITIRÍASE LIQUENÓIDE VARIOLIFORME AGUDA

Carolina Paiva, Ana Ferro, Helena Greenfield, Ana Luísa Marçal, Pedro Andrade, Raquel Machado-Neves, Herberto Bettencourt, Sofia Moreira-Silva

ULS Matosinhos - Hospital Pedro Hispano

INTRODUÇÃO

A pitiríase liquenóide varioliforme aguda (PLEVA) é uma doença cutânea rara, de etiologia pouco compreendida, considerando-se em possível relação com discrasia de células T ou como uma resposta imune aberrante a infeções. Usualmente manifesta-se por erupção aguda generalizada de pápulas eritematosas e vesico-pústulas, progredindo para crosta hemorrágica e cicatriz atrófica, pruriginosas, em diferentes fases de evolução. O diagnóstico é clínico e confirmado por biópsia.

CASO CLÍNICO: Homem de 62 anos, infecção VIH diagnosticada em 1999, estadio C2 sob terapêutica anti-retroviral, hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, e dislipidemia, que recorreu ao médico assistente por erupção generalizada pruriginosa, interpretada como escabiose e sujeita a tratamento com benzoato de benzilo tópico. Cerca de duas semanas depois recorreu ao serviço de urgência por persistência do quadro, e aparecimento de edema, rubor e dor na perna esquerda. À admissão observavam-se múltiplas lesões papulo-vesiculosas, crostas e cicatrizes atróficas superficiais, pruriginosas, envolvendo a generalidade do tegumento, poupando a face, couro cabeludo e região palmo-plantar; apresentava-se febril com francos sinais inflamatórios no membro inferior esquerdo e, analiticamente com parâmetros inflamatórios elevados (PCR 259mg/L, leucócitos 8690/L com neutrofilia relativa 89%). Após avaliação por dermatologia foi estabelecido o diagnóstico clínico de PLEVA, confirmado por biópsia cutânea, complicado por celulite do membro inferior esquerdo com origem nas lesões locais escoriadas. Foi instituído tratamento com ceftriaxone, com resolução do quadro infeccioso, e doxiciclina oral 100g id e betametasona tópica, com melhoria das lesões de PLEVA.

CONCLUSÃO: Os autores consideram este caso clínico relevante uma vez que a PLEVA é uma patologia incomum, que, apesar de característica, coloca não raras vezes problemas de diagnóstico diferencial com outras entidades clínicas, exigindo um elevado índice de suspeição para o diagnóstico, que só é possível confirmar histologicamente. A antibioterapia com tetraciclina ou eritromicina orais e a fototerapia são consideradas atualmente

terapias de primeira linha.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno B 17:30 - 18:30

PO042

583 MENINGITE POR LISTERIA MONOCYTOGENS – IDADE COMO FACTOR DE RISCO ISOLADO

Ana Martinho, Marisa Miranda, Ana Catarino, Vera Ferreira, Emília Trigo, Paulo Martins

CHUC - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução

A *Listeria monocytogens* é um bacilo gram positivo, com capacidade de provocar doença invasiva, sobretudo em indivíduos nos extremos da idade (recém nascidos e idosos), imunocomprometidos e grávidas. Acredita-se que a principal fonte de transmissão seja o consumo de comida contaminada. Embora pouco frequente a meningoencefalite é a manifestação mais comum de listeriose invasiva. As manifestações clínicas de meningite por *Listeria monocytogens* não diferem das meningites bacterianas por outras identidades mas os sinais de irritação meníngea podem estar ausentes.

Caso clínico: Os autores apresentam um caso clínico de uma doente do sexo feminino, 69 anos, trazida ao Serviço de Urgência após ter sido encontrada caída em casa, sem memória para o evento. A doente apresentou-se com história de cefaleias frontais intensas, foto e fonofobia, náuseas e vômitos com alguns dias de evolução. Como antecedentes pessoais relevantes tinha hipotireoidismo, hipertensão arterial, dislipidemia e síndrome depressivo para os quais se encontrava medicada com levotiroxina, perindopril, aspirina e dosulepina. Sem antecedentes familiares relevantes. Ao exame físico, encontrava-se hemodinamicamente estável, febril (temperatura axilar 40°C), com rigidez da nuca e sem exantemas. Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios (leucocitose de 12400/μL e proteína C reativa 33mg/dL), função renal e hepática sem alterações. Na sequência dos achados clínicos e analíticos, realizou TC-CE que revelou hipodensidade cortical e periventricular bilateral (áreas de gliose ou isquémia), sistema ventricular de dimensões normais, com manutenção da permeabilidade das cisternas da base. Realizou punção lombar que revelou um líquido cefalorraquídeo turvo com gotejar rápido; a sua análise evidenciou 89 leucócitos/mm3 com predomínio de polimorfonucleares, proteínas de 504mg/dL e 373 eritrócitos/mm3. Iniciou antibioterapia empírica com Ceftriaxone, Ampicilina, Aciclovir e corticoterapia. Por ausência

de melhoria clínica, episódios críticos, alteração do estado de consciência e depressão respiratória foi transferida para a Unidade de Cuidados Intensivos, onde foi entubada e ventilada. O multitest e a cultura do líquido cefalorraquídeo positivaram para *Listeria monocytogens*, assim como as hemoculturas, pelo que a antibioterapia foi ajustada de acordo com os achados, e iniciou Ampicilina, Gentamicina e Dexametasona. Após ajuste terapêutico verificou-se boa evolução clínica e analítica, apesar de encefalopatia de grau II (EEG), medicada com Levetiracetam.

Discussão: Este caso evidencia uma causa pouco frequente de meningite e em que o único factor de risco apurado foi a idade. O desafio nestes casos, é a identificação do agente etiológico, uma vez que o crescimento é lento, atrasando assim a positividade das culturas e a terapêutica apropriada. Para uma deteção mais célere é apropriado recorrer à deteção do genoma dos agentes microbianos por PCR – polymerase chain reaction.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno B 17:30 - 18:30

PO043

596 UM MICRORGANISMO INESPERADO...

Catarina Pires, José Sousa, Teresa Ferreira, Afonso Rodrigues, Patrícia Cachado, Teresa Garcia, António Sousa Guerreiro

Unidade Funcional de Medicina 4 - Hospital de Santa Marta - Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introdução

A insuficiência cardíaca e as suas descompensações são uma das patologias mais frequentes na enfermaria de medicina interna e nem sempre a causa de descompensação é evidente. Os quadros infecciosos, seja qual for a sua etiologia, são uma causa comum, mas que nem sempre são de diagnóstico ou enquadramento epidemiológico fáceis.

Caso clínico: Este caso refere-se a um doente de 64 anos, com cardiopatia hipertensiva e valvular - estenose aórtica grave, low flow low gradient - internado por quadro compatível com descompensação de insuficiência cardíaca. Fez pico febril no serviço de urgência no dia do internamento, tendo sido colhidas hemoculturas em que se isolou *Campylobacter fetus*. Durante o internamento realizou ecocardiograma transesofágico que excluiu endocardite valvular e confirmou estenose aórtica grave e insuficiência cardíaca com fração de ejeção diminuída (29%). As serologias infecciosas de VIH e HCV foram negativas e a colonoscopia realizada em internamento mostrou dois pólipos sésseis sem outras alterações. O doente cumpriu

21 dias de meropenem empírico com hemoculturas subsequentes negativas.

Discussão: O *Campylobacter fetus* é um microrganismo pouco frequente e difícil de isolar em exames culturais por ser fastidioso e requerer condições de crescimento ideais. Está geralmente associado a contacto com carne crua e é mais frequentemente encontrado em trabalhadores rurais ou em matadouros. Neste caso, destaca-se apenas como fator epidemiológico o facto de o doente consumir carne mal confeccionada. Pela sua raridade e crescimento lento, não são geralmente feitos testes de sensibilidade aos antibióticos neste microrganismo, pelo que o tratamento com carbapenemes é o recomendado na literatura. Este caso serve para demonstrar a importância do diagnóstico etiológico das descompensações da insuficiência cardíaca, nomeadamente causas infecciosas, por vezes com agentes inesperados e de crescimento indolente, em doentes com múltiplas comorbilidades.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno B 17:30 - 18:30

PO044

1707 DOENÇA PNEUMOCÓCICA INVASIVA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Rosana Maia, Pedro Pinto, Miguel Reis Costa, Duarte Silva, Edgar Torre, Carmélia Rodrigues, Diana Guerra
ULSAM - Hospital de Santa Luzia - Viana do Castelo

Introdução

A Doença Pneumocócica Invasiva (DPI) é definida pelo isolamento de *Streptococcus pneumoniae* (SP) em locais estéreis, sendo a sua incidência anual entre 8-34 casos/100000 habitantes. A sua forma de apresentação depende do local primário de infeção, da presença de bacteriemia e de complicações associadas.

Caso Clínico: Homem, 59 anos, com dislipidemia e história de consumo abusivo de álcool, trazido ao Serviço de Urgência (SU) por tremor generalizado, agitação e discurso confuso. No SU, TA 95/65 mmHg, FC 112 bpm, Tax: 39.6°C. AP: sons respiratórios presentes bilateralmente, sem ruídos adventícios. Agravamento progressivo do estado de consciência e crise epiléptica tonicoclónica generalizada com necessidade de entubação orotraqueal. Gasometria arterial (FiO₂ 21%): pH 7.49, pO₂ 53 mmHg, pCO₂ 36 mmHg, HCO₃: 23.3 mmol/L, Lactatos 2.9 mmol/L, SatO₂ 90%. Análises: leucocitose (27.80x10⁹/L, com 89.3% neutrófilos), PCR 5.44 mg/dL, função renal e perfil hepático sem alterações, TSH 0.51 UI/mL. TC-cranioencefálico sem lesões; TC torácico: consolidações com broncograma aéreo nos lobos

inferiores. Colhidas hemoculturas, antígenos urinários e efetuada pesquisa de vírus H1N1. Iniciado ceftriaxone, vancomicina, oseltamivir e levetiracetam. Admitido na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) por Pneumonia adquirida na comunidade bilateral, com insuficiência respiratória hipoxémica e depressão do estado de consciência. Realizada punção lombar: citotóxica compatível com meningite bacteriana. Conhecido antígenos urinário e do líquido positivos para SP. Ajustada dose de antibioterapia e iniciada dexametasona. Hemoculturas e bacteriológico de líquido: negativas. Concluiu-se tratar-se de DIP: pneumonia bilateral e meningite a SP. Estabilidade hemodinâmica, sem necessidade de suporte vasopressor. Suspensa ventilação invasiva ao fim de 5 dias. Transferido para a enfermaria de Medicina ao D7 de internamento. Repetidas radiografia de tórax e punção lombar (em melhoria). Apirexia desde D12 de internamento e descida dos parâmetros inflamatórios. À data de alta, parcialmente dependente para as AVDs, com alguns períodos de confusão.

Discussão: A meningite pneumocócica é a complicação mais frequente e mais severa associada à DPI. Apesar da terapêutica instituída, caracteriza-se por uma alta taxa de mortalidade (20-30%), com um alto risco de morte nas primeiras 72 horas. Assim, torna-se importante a identificação e tratamento precoce desta patologia, assim como a deteção dos fatores de risco associados.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno B 17:30 - 18:30

PO045

1721 MALÁRIA GRAVE POR PLASMODIUM NÃO FALCIPARUM: RELATO DE UM CASO CLÍNICO

Laura Costa, Inês Gonçalves, Filipa Pinho, Luísa Pinto, Francisco Gonçalves, Carlos Capela

Serviço de Medicina Interna, Hospital de Braga

Homem de 27 anos, natural de Angola, onde viveu até 2017. Apresentou-se no Serviço de Urgência com cefaleias intensas, febre, sudorese e mialgias com 48 horas de evolução. Tinha antecedentes de malária desde a infância com 1 a 2 episódios anuais de febre, cefaleias e mialgias, que se resolviam após 4-6 dias de terapêutica antimalárica. Tinha sido medicado com vários esquemas ao longo da vida: na infância, cloroquina e quinino; na adolescência/idade adulta, regimes à base de artemisina, lumefantrina e sulfadoxina/pirimetamina. O diagnóstico em Angola baseou-se no teste da gota espessa, nunca se conheceu a forma do parasita ou o perfil de resistências aos antimaláricos. Neste internamento confirmou-se malária por *Plasmodium ovale* com parasitemia

de 1,2% e sinais de gravidade clínica: lesão renal aguda, trombocitopenia, coagulopatia. Assumindo-se a presença de formas hepáticas, iniciou-se um esquema de quinina e doxiciclina endovenosa, associado à primaquina oral após exclusão de deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase. Posteriormente alterou-se para atovaquona/proguanilo, mantendo primaquina. O doente evoluiu favoravelmente com eliminação persistente de parasitemia e resolução de todas as disfunções. Desenvolveu, no entanto, efeitos adversos aos antimaláricos: anemia, leucopenia, citólise hepática e lesões cutâneas peribucais. Teve alta após 6 dias de internamento, orientado para a consulta externa. Aí foi reavaliado 3 meses depois, sem alterações clínicas ou analíticas.

Este doente teve várias reativações por *P. ovale* devido ao tratamento inadequado das formas hepáticas (nunca foi medicado com primaquina). Adicionalmente, tinha sido exposto a vários antimaláricos desde a infância, com risco de seleção de parasitas resistentes. Foi por este motivo que se decidiu tratar com atovaquona/proguanilo, um regime terapêutico ao qual nunca fora exposto, frequentemente utilizado em Portugal para profilaxia e tratamento.

A malária é uma infeção antiga que continua a ser hoje a doença parasitária humana mais importante. A sua contensão encontra-se ameaçada pela resistência aos antimaláricos, que continua a aumentar. Embora o *P. falciparum* seja o principal responsável pela morbimortalidade atribuída à malária, as recorrências são da responsabilidade das formas *vivax* e *ovale*. Estes apresentam formas latentes a nível hepático (hipnozoítos) que podem sofrer reativação meses ou anos após a infeção aguda. A malária grave pode apresentar-se como edema pulmonar, hemólise, anemia, coagulopatia, hipoglicemia, acidose metabólica, disfunção renal/hepática e défices neurológicos e nestes casos a terapêutica inicial deve ser endovenosa. A malária por *P. ovale* e *vivax* implica uma abordagem terapêutica particular, pois além de eliminar a forma hematogénica do parasita, é necessário eliminar a forma hepática. A primaquina tem eficácia superior a 90% na prevenção de recaída. As reações adversas aos anti-maláricos são frequentes e devem ser valorizadas e monitorizadas.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno B 17:30 - 18:30

PO046

2169 COMPLICAÇÃO RARA DE BACTERIEMIA A SALMONELLA ENTERITIDIS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Inês Lopes da Costa, Carla Maia

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central - Hospital de São José

Introdução

A *Salmonella enteritidis* é um agente comumente associado a infeções gastrointestinais. Contudo, e apesar de incomum, em adultos com doença aterosclerótica reconhecida associa-se a elevado risco de infeção endovascular e aortite, principalmente se desenvolverem bacteriemia. De igual modo, os portadores de material protésico têm risco similar de infeção metastática e devem ser tratados agressivamente mesmo sem manifestações intestinais. As infeções extra-intestinais requerem antibioterapia prolongada, frequentemente complementada de drenagem/desbridamento cirúrgico, principalmente em situações com envolvimento vascular.

Caso clínico: Homem de 81 anos, hipocoagulado com acenocumarol por fibrilhação auricular e portador de prótese aórtica na sequência de aneurisma por aortite sífilítica, internado por sépsis grave sem manifestações localizadoras de doença, nomeadamente gastrointestinais. Dos seus antecedentes também se apurou o diagnóstico de diverticulose cólica. Perante o isolamento de *Salmonella enteritidis* nas hemoculturas, manteve-se a antibioterapia inicialmente instituída - ceftriaxone. Além do despiste de infeção VIH, no estudo etiológico desenvolvido, identificou-se por tomografia computadorizada do tórax, extenso hematoma na interface mediastino-pleural esquerda adjacente à artéria pulmonar e aspectos pós-cirúrgicos da parede da aorta ascendente e croça com hipodensidade suspeita de inflamação/infeção. Considerada a intervenção cirúrgica de elevado risco, pela cirurgia cardíaca, restou a opção de tratamento antibiótico de longo curso. A evolução clínica veio a revelar-se favorável, completando 12 semanas de terapêutica, e o controlo imagiológico um ano depois confirmou a redução significativa do hematoma mediastínico e a prótese aórtica preservada.

Discussão: Este caso ilustra uma complicação rara de uma bacteriemia a *Salmonella enteritidis*, aortite e hematoma do mediastino, num doente portador de prótese aórtica por aortite sífilítica. A lesão mediastínica apresentava uma extensão

considerável, sem possibilidade de desbridamento cirúrgico e de difícil resolução apenas com terapêutica médica, contudo, a resposta clínica à antibioterapia excedeu as expectativas, com melhoria clínica e devolvendo o estado funcional ao doente.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno B 17:30 - 18:30

PO047

544 PERICARDITE TUBERCULOSA: RELATO DE UM CASO

Margarida Silva Cruz; Lígia Rodrigues dos Santos; Dalila Parente; Vera Ferraz Moreira; Inês Ferreira; Mari Mesquita

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa; Serviço de Medicina Interna

Introdução

A pericardite, para além de diagnóstico raro, constitui uma complicação pouco frequente de tuberculose, sendo o seu diagnóstico fundamental para instituição precoce de terapêutica adequada.

Caso Clínico: Homem, 50 anos, com história de contacto com tuberculose pulmonar há 4 anos, tendo realizado na altura rastreio de tuberculose latente que se revelou negativo. Sem outros antecedentes de relevo ou medicação habitual. Apresentava quadro com sete semanas de evolução de febre, de predomínio vespertino, associada a tosse seca, hipersudorese noturna e anorexia com perda ponderal de 4kg. Medicado com antibiótico e corticóide sem melhoria pelo que recorreu ao serviço de urgência. Ao exame objetivo sem alterações de relevo. Do estudo complementar salienta-se: Linfopenia com PCR discretamente elevada, citólise hepática ligeira, DHL no limite superior do normal e TC TAP a mostrar volumoso derrame pericárdico, com espessamento e realce do pericárdio, sugestivo de pericardite. Realizou ecocardiograma que revelou derrame pericárdico de médio/grande volume, circunferencial e com depósitos de fibrina, sem tamponamento e foi admitido, para estudo etiológico, sob ibuprofeno e colchicina. Do restante estudo efetuado destaca-se: VS 38mm, sem alterações da autoimunidade. Hemoculturas estéreis. Serologias CMV, EBV, Mycoplasma pneumoniae, Coxiella Burnetti, Chlamydia psittaci, Brucella, Coxsackie, Echo, HIV, HBV e HCV negativas. IGRA negativo. Broncoscopia sem alterações. Pesquisa de BAAR, DNA BK e CMV e exame cultural do LBA negativos. Durante o internamento manteve febre de predomínio noturno, linfopenia ligeira, PCR discretamente aumentada e aparecimento de anemia de doença crónica/inflamatória. Perante os achados considerada como hipótese de diagnóstico mais provável tuberculose,

pelo que foi realizada pericardiocentese diagnóstica e biopsia do pericárdio, que revelou pericardite granulomatosa necrotizante, na presença de bacilos álcool-acido resistentes sugestivos de Mycobacterium tuberculosis. Iniciada terapêutica com etambutol, pirazinamida, rifampicina, isoniazida e prednisolona 60mg/dia, que manteve durante 2 meses. Posteriormente sob isoniazida e rifampicina, tendo-se optado por manter corticoterapia em esquema de descontinuação progressiva. Apesar da terapêutica instituída verificou-se evolução para pericardite constritiva não calcificada tendo sido submetido a descorticação pericárdica. Manteve terapêutica antibacilar dupla até completar 9 meses e seguimento por equipa médica multidisciplinar.

Discussão: A pericardite constituiu um desafio diagnóstico que impõe, para esclarecimento etiológico, a realização de exames complementares e integração de resultados. Com este caso os autores pretendem salientar aspetos diagnósticos e reforçar a importância do acompanhamento no prognóstico, dada a deteção precoce de sinais de cronicidade ser fundamental na referenciação atempada para tratamento cirúrgico.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno B 17:30 - 18:30

PO048

615 HIPOTERMIA SINGULAR

Rita Valente, Joana Costa Simões, Tiago Pacheco, Margarida Sá Pereira, Luís Borges

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central - Hospital S.José - Medicina 1.4

Introdução

A hipotermia é geralmente alvo de atenção enquanto abordagem terapêutica no âmbito de paragem cardíaca ou em situações de causa primária (exposição ambiental). Pode, todavia, estar subjacente a uma pluralidade de etiologias desencadeadoras de compromisso da termorregulação, nomeadamente do foro neurológico, endocrinológico, infeccioso ou farmacológico.

Caso clínico: Homem, 73 anos, melanodérmico, autónomo. Antecedentes pessoais: úlceras venosas crónicas, doença renal crónica estágio III, tuberculose pulmonar (tratada há mais de 20 anos), perturbação delirante crónica, alcoolismo (evicto na última década); sem terapêutica habitual e/ou seguimento médico regular. Transportado a Serviço de Urgência por hipoglicémia (59mg/dL) e lentificação psicomotora, sem outra sintomatologia. Observação inicial: orientado, temperatura timpânica imensurável, normotenso, bradicárdico (58bpm), restante exame objetivo sem alterações relevantes. Análises: hemograma

normal, sem elevação de parâmetros inflamatórios, retenção azotada (ureia 92mg/dL), caliemia 6,0 mEq/L; ECG: bradicardia sinusal; TC craneo-encefálica: leucoencefalopatia microangiopática crônica, atrofia cortical, sem lesões expansivas ou vasculares agudas.

Na enfermaria manteve-se assintomático (exceptuando episódios de heteroagressividade e discurso delirante - melhorados após introdução de medicação psiquiátrica), com hipotermia recorrente (temperatura timpânica: 33-34º), estabilidade hemodinâmica e glicemia controlada. Do estudo complementar, salientam-se: exclusão de patologia endocrinológica (concretamente, disfunção hipofisária, tireoideia e supra-renal), défices nutricionais e infecção por vírus de imunodeficiência humana; discreto aumento de parâmetros inflamatórios (PCR 102mg/L, velocidade de sedimentação 100mm/h). Rx tórax: hipotransparência do ápex direito (ausente em exame prévio); TC tórax: área de condensação com processo infeccioso/inflamatório associado, (...) bronquiectasias (...) sem adenopatias; Broncofibroscopia: entrada do brônquio lobar superior direito distorcida, mucosa edemaciada, com algumas secreções mucopurulentas; Lavado brônquico e bronco-alveolar - antígeno Galactomannan francamente positivo (4.38; sérico - negativo), exames bacteriológico, micológico, directo, cultural e amplificação de ácidos nucleicos de micobactérias negativos.

Face a achado radiológico compatível com aspergiloma (preenchendo cavitação) e pesquisa de antígeno Galactomannan francamente positiva, iniciado voriconazol. A partir da primeira semana de antifúngico sistémico, não se verificou recidiva de hipotermia.

Discussão: A hipotermia associada a infecção é mais frequentemente descrita em situações de sépsis. Contudo, pode ocorrer em quadros de menor gravidade e com agentes etiológicos menos comuns (mesmo em imunocompetentes), pelo que deverá expandir-se o espectro de diagnósticos diferenciais considerados.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno C 17:30 - 18:30

PO049

655 ABCESSOS HEPÁTICOS E DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL- DE NEOPLASIA A DOENÇA INFECCIOSA

Luís Dias, Marta Braga, Rosa Carvalho, Duarte Amaro, Andreia Miranda, Vânia Gomes, Céu Rodrigues, Carlos Capela

Hospital de Braga

Introdução

Os abscessos hepáticos e do sistema nervoso central surgem por vezes associados, seja por uma porta de entrada a nível dentário ou mesmo a partir de uma infeção intra-abdominal, endocardite ou outras causas menos frequentes. Descreve-se um destes casos.

Caso clínico

Doente de 58 anos, sem antecedentes de relevo, com quadro constitucional com 3 meses de evolução. Realizou TAC abdominal que revelou trombose da veia porta, dilatação das vias biliares, pequenas lesões hepáticas descritas como secundárias e ascite compatível com carcinomatose peritoneal. Avaliado em consulta de grupo de Radiologia e Cirurgia Geral e excluído tumor de Klatskin, sendo enviado para consulta de Medicina Interna para estudo. Previamente à consulta, doente trazido ao Serviço de Urgência por alterações comportamentais e desequilíbrio na marcha. A TAC cerebral revelou lesão frontal direita expansiva cortico-subcortical a condicionar discreto efeito de massa, com 66mm, e a TAC abdominal volumosas lesões no lobo hepático direito, não captantes de contraste, a maior com 9cm de diâmetro. Associadamente com lesão semelhante de 19mm à esquerda. Mantinha trombose da veia porta e ascite moderada. Comparando com TAC anterior (realizado 6 semanas antes), com crescimento desproporcionado das lesões hepáticas, pouco sugestivo de ser exclusivamente de etiologia secundária, levantando-se hipótese de etiologia infecciosa, mesmo que enxertada em lesões tumorais. Instituída antibioterapia empírica com ceftriaxone e metronidazol e internado.

Realizada drenagem percutânea faseada das coleções hepáticas, com isolamento de *Fusobacterium* spp e *Candida albicans*. RMN craniana revelou restrição à difusão de gadolínio, a sugerir lesões abecedadas, tendo-se titulado antibioterapia para doses meníngeas. Pela não melhoria das lesões, foi realizada exérese cirúrgica de abscesso no lobo frontal direito, sem isolamento microbiológico e sem recidiva deste foco ao longo do internamento.

Observado por Estomatologia que verificou e tratou patologia da cavidade oral, a explicar potências focos de disseminação sistémica.

O internamento foi prolongado por várias complicações, nomeadamente a necessidade de drenagem cirúrgica de um dos abscessos, pouco acessível por via percutânea, e a complicação posterior com peritonite generalizada.

Isolados *Enterococcus faecium* e *Candida glabrata* em material purulento colhido no líquido peritoneal. Cumpriu então antibioterapia com vancomicina e anidulafungina, com boa evolução clínica. Repetida imagem abdominal, com resolução dos abscessos inicialmente descritos. O doente teve alta, sendo posteriormente avaliado em Consulta Externa, sem recidiva de patologia previamente descrita.

Discussão

Este caso demonstra a complexidade da gestão de um doente com múltiplos abscessos intra-hepáticos e do sistema nervoso central. A má higienização dentária e a patologia da cavidade oral constituem, em raros casos, portas de entrada para a formação de lesões abscedadas como as descritas.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno C 17:30 - 18:30

PO050

716 ANEMIA HEMOLÍTICA AUTO-IMUNE E INFECÇÃO POR *CAMPYLOBACTER JEJUNI* – UMA RARA ASSOCIAÇÃO

Carolina Paiva, Filipa Guimarães, Sara Castelo-Branco, Frederico Duarte, Miguel Neno, Eduardo Eiras
ULS Matosinhos - Hospital Pedro Hispano

INTRODUÇÃO

A anemia hemolítica auto-imune é uma perturbação hematológica rara. É caracterizada pela destruição de eritrócitos e mediada por imunoglobulinas circulantes no sangue. Está associada a várias condições clínicas, nomeadamente a quadros infecciosos, cujos microrganismos mais frequentemente envolvidos são o *Mycoplasma pneumoniae*, *Plasmodium* sp., *Babesia* sp, e *Bartonella* sp.

CASO CLÍNICO: Homem de 24 anos sem antecedentes de relevo, recorreu ao serviço de urgência por diarreia (sem sangue ou muco), dor abdominal, febre (39°C), icterícia e colúria com 4 dias de evolução, sem contexto epidemiológico relevante. Ao exame objetivo febril e icterico. Analiticamente apresentava leucocitose (14 084/L), PCR elevada (297mg/L), hiperbilirrubinemia à custa da bilirrubina indireta (bilirrubina total 7.7mg/dL; bilirrubina direta 0.8mg/dL), hemoglobina (Hb)

14.9 g/dL e hemoglobinúria (200/μL). Internado com a suspeita diagnóstica de Gastroenterite aguda (GEA) bacteriana tendo iniciado empiricamente ceftriaxone 2g/dia endovenoso após colheita de hemoculturas e coproculturas. Nas primeiras 24 horas de internamento objetivada anemia (Hb mínima 9.5g/dL) sem perdas hemáticas evidentes. O estudo complementar mostrou LDH elevada (1364U/L), haptoglobina diminuída (<8.0mg/dL) e prova de Coombs direta positiva; serologias víricas negativas (VIH, VHB e VHC); estudo imunológico a destacar ANAs positivos (1:320 com padrão fino granular com mitoses ativas) e calprotectina elevada (112mg/Kg); fator reumatóide, anti Ds-DNA, ENAs, ASCAs, ECA, anti células parietais, anti-gliadina G, anti transglutaminase negativos, sem consumo de complemento ou elevação de imunoglobulinas. Estudo imagiológico abdominal sem alterações. Ao 3º dia de internamento foi isolado nas fezes *Campylobacter jejuni*, pelo que alterou a antibioterapia para azitromicina que cumpriu durante 7 dias. Assumiu-se anemia hemolítica auto-imune em contexto de GEA pelo agente isolado e iniciada corticoterapia na dose de 1mg/Kg/dia com excelente resposta clínica. Do ponto de vista analítico, com recuperação do valor de hemoglobina e normalização dos parâmetros de hemólise.

Aos 3 meses de follow-up, após desmame de corticóide, assintomático e sem alterações analíticas.

CONCLUSÃO: O caso descrito traduz o desenvolvimento de uma anemia hemolítica auto-imune no contexto de uma GEA bacteriana por *Campylobacter jejuni*, situação extremamente rara. Pretende-se realçar a importância do estudo detalhado e criterioso, mesmo em doenças comuns e geralmente pouco graves (como a GEA) dada a associação de condições clínicas de maior gravidade que exigem uma abordagem dirigida e um trabalho de equipa multidisciplinar com claras vantagens nos cuidados médicos prestados aos doentes.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno C 17:30 - 18:30

PO051

1236 AUDITORIA À PRESCRIÇÃO DE ANTIMICROBIANOS NUM SERVIÇO DE MEDICINA

Marli Ferreira, Penélope Aguiar Almeida, Inês Henriques Ferreira, Ernestina Reis, João Araújo Correia
Centro Hospitalar Universitário do Porto – Hospital de Santo António

Introdução

A emergência e propagação de resistência aos

antimicrobianos é um problema crescente, gerando maior morbimortalidade, com custos acrescidos. É imperativo uma prescrição responsável de antimicrobianos.

Objectivos: Determinar a taxa de colheita de produtos biológicos e respectivos isolamentos de acordo com a origem e foco da infecção.

Material e Métodos: Auditoria realizada durante 10 semanas, incluindo os doentes internados em duas unidades do Serviço de Medicina Interna de um Centro Hospitalar Universitário. Apuraram-se: dados demográficos, índices de Karnofsky e Charlson, diagnóstico de infeção, colheita de produtos biológicos para estudo microbiológico e antibioterapia realizada. As infeções foram classificadas conforme o foco e a tipologia: adquiridas na comunidade, associadas aos cuidados de saúde (IACS) individualizando-se de entre estas as infeções nosocomiais.

Resultados: Avaliaram-se 204 episódios de internamento, de 199 doentes. Verificou-se proporção M:F = 1:1, média de idade de 75 anos, Karnofsky mediano de 60 pontos e índice de Charlson médio de 6 pontos. Contaram-se 273 infeções, das quais 51% (n=139) da comunidade, 18% (n=49) IACS e 31% (n=85) nosocomiais.

No total das infeções, procedeu-se à colheita de pelo menos um produto biológico em 93% (n=253). Nas infeções da comunidade foram colhidos produtos biológicos em 129 das 188 infeções (68,6%), nas IACS em 41 das 49 infeções (83,7%) e nas nosocomiais em 83 das 85 infeções (97,8%). A taxa de isolamentos obtida foi de 34,1% (n=44), 39% (n=16) e 62,7% (n=52), respectivamente. Documentaram-se 21 bacteriemias (8%). Foram realizadas uroculturas sem indicação clínica em 35% das infeções.

Os focos respiratório e urinário constituem 84% do total de infeções. No foco respiratório, a colheita de secreções brônquicas ocorreu em 47,2% (n=76) com uma taxa de isolamento de 30,3% (n=23). Dos principais isolamentos obtidos, destaque para *Haemophilus influenzae* (32%, n=8), estirpes produtoras de B-lactamases de largo espectro (ESBL) de *Klebsiella pneumoniae* (16%, n=4) e *Pseudomonas aeruginosa* (12%, n=3).

No foco urinário colheram-se uroculturas em 95,5% (n=64) com uma taxa de isolamento de 92,2% (n=59). O isolamento mais frequente foi a *Escherichia coli* (27,78%, n=20), seguido do *Proteus mirabilis* (16,67%, n=12), *Klebsiella pneumoniae* (12,50%, n=9) e *Enterococcus faecalis* (6,94%, n=5). A taxa de isolamento de ESBL corresponde a 9,72% (n=7) neste foco.

Todos os isolamentos de ESBL obtidos no foco respiratório correspondem a infeções nosocomiais. Já no foco urinário, verifica-se a presença de um isolamento de ESBL da comunidade, três em IACS

e e três nosocomiais.

Conclusão: A colheita sistemática de produtos biológicos para estudo microbiológico antes do início da antibioterapia possibilita a caracterização da realidade microbiana de cada serviço, fundamental para a prescrição racional de antimicrobianos.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno C 17:30 - 18:30

P0052

1903 ANTIBIÓTICOS E RESISTÊNCIA MICROBIANA: CONHECIMENTOS E PERSPETIVA DOS DOENTES

Joana Couto, Luís Pontes dos Santos, Raquel Afonso, Raquel López, Diana Guerra

Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução

Os antibióticos (ATB) têm papel fulcral no controlo e tratamento de doenças infecciosas desde a sua descoberta. Contudo, a sua eficácia é agora posta em causa pela problemática da multiresistência bacteriana (MRB).

Objetivos: Avaliar o conhecimento, atitude e práticas relativamente aos ATB e MRB.

Métodos: Adaptação para português do questionário da OMS "Antibiotic Resistance: Multi-country Public awareness survey" (2015). Preenchimento do questionário com 40 perguntas na população presente na sala de espera da consulta hospitalar (CH) de Janeiro a Março 2018.

Resultados: Participaram 355 indivíduos, 64% do sexo feminino, com idade média de 46 anos e predomínio do escalão etário 35-65 anos (59%). Verificou-se que 63% viviam em zona rural, sendo a maioria casados (63%). Quanto às habilitações, 44% completou o ensino secundário e 18% o ensino superior. O agregado familiar mais comum era composto por 2 adultos e menor/es (36%). 39% dos doentes tinham tomado ATB nos 6 meses anteriores, dos quais metade no último mês. Em 92% o ATB foi prescrito pelo médico, sendo fornecidas indicações de toma em 96% (cumpridas por 94%), a maioria adquirido na farmácia (83%). Consideraram incorretas as atitudes de toma de ATB receitados a familiares 92% e de ATB prescritos anteriormente pelo médico 83%. Quanto às aplicações dos ATB, número elevado considerou gripe (38%) e dor de garganta (38%) como tratáveis com ATB. Já a gonorreia e infeções de pele, apenas em 14% e 35% respetivamente foram assinaladas para uso de ATB. Relativamente à terminologia de MRB, 64% reconheceu "resistência a antibióticos" e

44% de "bactérias multirresistentes", mas apenas 11% identificou "resistência microbiana". 88% considerou que a MRB é um problema que afeta Portugal e 77% admite atingimento mundial, 91% acredita que o mecanismo subjacente se deve à aquisição de resistências do doente aos ATB. De realçar, que 42% acha a MRB um problema de quem toma ATB regularmente e 54% considera que as bactérias MR não se transmitem de pessoa para pessoa e que não correm risco de infeção MR desde uso dos seus ATB corretamente. Destaca-se de forma positiva: 93% pensam que ATB só deve ser tomado com indicação médica e 99% é pró-vacinação. Apesar de 97% crer que todos sob ATB devem ser responsáveis na sua utilização, 96% considerou não ter qualquer papel no controlo do problema. Verificou-se maior conhecimento das indicações de ATB e compreensão do problema de MRB no grupo mais instruído. É o escalão etário > 65 anos que menos ATB faz e melhor cumpre as suas indicações.

Discussão: Comparativamente aos resultados do questionário noutros países (México, Índia, Rússia, China, Hong Kong, etc), o mais semelhante ao nosso foi o de Hong Kong, talvez por ter nível de desenvolvimento humano (IDH) mais próximo do português na área da saúde. Apesar do mediatismo associado à MRB os resultados mostram margem para melhoria, sendo importantes medidas de sensibilização para a MRB e a aplicabilidade dos ATB.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno C 17:30 - 18:30

PO053

1523 FEBRE ESCARONODULAR - CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Ana Rita Gomes, Pedro Custódio, Sofia Cruz, Gilda Nunes, José Barata
Hospital Vila Franca de Xira

A febre escaronodular (FEN) é uma zoonose endémica em Portugal. Os agentes etiológicos

responsáveis por esta patologia são *Rickettsia conorii* Malish e a *Rickettsia conorii* Israeli

spotted fever. O principal vetor e reservatório de *Rickettsia conorii* é *Rhipicephalus sanguineus*.

A taxa de incidência em Portugal, tem vindo a decrescer.

A FEN caracteriza-se clinicamente como uma vasculite sistémica de pequenos e médios vasos,

apresentando-se como uma tríade: febre alta, escara de inoculação e exantema

maculopapular. São reconhecidos diversos fatores de mau prognóstico: idade avançada,

comorbilidades (diabetes mellitus), alcoolismo, imunossupressão, défice de glicose-6-fosfato-

desidrogenase e o atraso de instituição de tratamento adequado (Doxiciclina).

Neste estudo, avaliámos retrospectivamente 31 doentes, internados num Serviço de Medicina

Interna, entre os anos de 2014 e 2018, com o diagnóstico de FEN. Registou-se maior incidência

no ano de 2017 (41.9% casos estudados) e menor incidência em 2015 e 2016 (9.7%). O mês de

maior incidência foi Agosto. A demora média foi de 6.5 dias de internamento. Objetivou-se

maior incidência de casos em doentes do sexo feminino (51,6%). A média e mediana de idade

da população analisada foi de 63,5 e 69 anos respetivamente. Da população analisada as

comorbilidades prevalentes foram por ordem crescente hipertensão arterial (61,2%), diabetes

mellitus (50%), dislipidémia (29%).

O sintoma mais frequente foi a febre, em 26 doentes (86.7%). O achado semiológico mais

consistente foi o exantema maculopapular, que em 80%, atingiu as superfícies palmares e

plantares. A escara de inoculação foi observada em 33.3% dos casos. O diagnóstico clínico foi

obtido em 72,4% dos casos. O diagnóstico por confirmação serológica (*Ac Rickettsia conorii*

IgG e IgM positivos) foi de 27,6%. A alteração analítica mais frequente foi a elevação da

PCR>10mg/dL (70%), seguida de LDH elevada (63.3%), trombocitopenia (53.3%), creatinina

superior a 1.2mg/dL (50%) e ureia superior a 60mg/dL (50%).

O fármaco utilizado em 93.6% dos casos foi a Doxiciclina, sendo que nos restantes dos casos

foram inicialmente utilizadas Cefalosporinas de terceira geração, como terapêutica empírica.

Dos doentes admitidos, 5 (16.1%) apresentaram evolução clínica desfavorável com

necessidade de internamento na UCIP, culminando em óbito em três dos casos descritos

(9.7%).

A FEN é um diagnóstico essencialmente clínico, de declaração obrigatória, com necessidade de

alto grau de suspeição clínica nas fases iniciais.

Neste hospital apresentou-se como uma entidade pouco frequente, na maioria dos casos com evolução clínica rápida e favorável, destacando-se no entanto importante taxa de mortalidade.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno C 17:30 - 18:30

PO054

235 INFECÇÃO NOSOCOMIAL DA CORRENTE SANGUÍNEA

Miguel Alves, Irene Barros, Sandra Linhares, Cristina Nunes

ULS NORDESTE - Hospital de Bragança

Introdução

Uma infecção nosocomial define-se como uma infecção adquirida no hospital, caracterizada por um processo infeccioso produzido por microorganismos adquiridos no hospital, durante a hospitalização ou detectados após a alta, em que à data de admissão hospitalar não apresentavam sinais de infecção. Hoje em dia assumem aspectos importantes, não só pela morbilidade e mortalidade associadas, mas também pelo gasto em recursos hospitalares. A maior susceptibilidade dos doentes e o aparecimento de agentes mais resistentes aos antibióticos são factores de gravidade.

Objectivo: O presente estudo designa-se pela identificação de Infecções Nosocomiais e sua epidemiologia, tendo em conta os factores de risco Intrínsecos (FRI), como Catéter vesical; Cateter venoso periférico; Alimentação entérica e factores de risco extrínsecos (FRE) como a Diabetes; outras Neoplasias e Outra Imunodeficiência, durante o internamento num Serviço de Medicina Interna.

Metodologia: Trata-se de um estudo retrospectivo realizado no período de 1-1-2014 até 31-12-2017, que apresenta como critérios selectivos, doentes admitidos no internamento do Serviço de Medicina Interna, sem limite de idade e sem limite de tempo de internamento, podendo apresentar FRI e FRE. Este estudo teve como base, dados da DGS - INCS (Infecção Nosocomial da Corrente Sanguínea)

Resultados: A amostra incidiu sobre um total de 4946 doentes internados durante um período total cumulativo de 44230 dias de internamento, em que foram identificados 14 doentes com infecção nosocomial, com proporção INCS de 2,8% e com Densidade de Incidência INCS de 0,3%. A amostra também incluiu doentes com Factores de Risco Intrínseco (Catéter vesical; Cateter venoso periférico; Alimentação entérica) com uma frequência de 9 doentes (64,3%); 4 doentes

(28,6%); 2 doentes (14,3%), respectivamente, e doentes com Factores de Risco Extrínseco (Diabetes; outras Neoplasias e Outra Imunodeficiência) com uma frequência de 4 doentes (28,6%), 3 doentes (21,4%) e 1 doentes (7,1%), respectivamente.

Conclusões: A extinção da infecção hospitalar é uma tarefa inatingível, mas existe sempre margem para melhorar e diminuir a sua incidência. Com este estudo, concluímos que 2,8% dos doentes em internamento apresentam infecções nosocomiais, e que os doentes que apresentam Factores de Risco Intrínsecos/Extrínsecos têm uma maior predisposição à infecção Nosocomial.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno C 17:30 - 18:30

PO055

732 NEOPLASIAS NÃO DEFINIDORAS DE SIDA – REVISÃO DE 10 ANOS

Joel Pinto, Ana Martins, Daniel Coutinho, Sofia Nunes, Jorge Velez, Filomena Freitas, Célia Oliveira

Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução

A introdução da terapêutica antirretroviral (TARV) de alta potência permitiu uma redução significativa da incidência de neoplasias definidoras de síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA). Contudo, verificou-se um aumento da incidência das neoplasias não definidoras de SIDA, sendo atualmente reconhecido o maior risco de desenvolvimento de várias neoplasias no contexto da infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH).

Objetivos: Determinação e caracterização da incidência de neoplasias não definidoras de SIDA na população de doentes infetados pelo VIH, seguidos num hospital distrital, entre 2007 e 2016.

Material e Métodos: Pesquisa, através da codificação clínica, de todas as neoplasias diagnosticadas em doentes com infeção pelo VIH. Consequente consulta dos processos clínicos para revisão de aspetos demográficos e epidemiológicos, características clínico-laboratoriais, esquemas terapêuticos e tempos de sobrevida.

Resultados: Após pesquisa identificaram-se 21 casos, correspondendo a aproximadamente 3% do total dos doentes seguidos nesse período de tempo. Destes, 86% eram do sexo masculino, 95% de raça caucasiana, com idade mediana de 50 anos aquando do diagnóstico da neoplasia e todos infetados por VIH1. O tempo mediano entre o diagnóstico da infeção pelo VIH e da neoplasia foi de 4 anos, sendo as localizações mais frequentes

a orofaringe (19%), pulmão (14%), estômago, rim, fígado e órgãos genitais (10% cada). À data do diagnóstico de neoplasia, 67% dos doentes estavam sob TARV, com uma mediana de 7 anos de tratamento e controlo virológico em 43%, justificando-se estes valores reduzidos pela fraca adesão terapêutica de alguns doentes e pelo fato de em 19% deles o diagnóstico de infeção pelo VIH ter sido feito durante o estudo da neoplasia. Em 43% dos doentes foram identificados fatores de risco para neoplasia, sendo o tabagismo o mais frequente. No total, verificaram-se 52% de óbitos nesta população.

Conclusão: O aumento da incidência de neoplasias não definidoras de SIDA deve-se, em parte, ao aumento da esperança média de vida dos doentes infetados por VIH após a introdução da TARV de alta potência. Por outro lado, reflete também os efeitos diretos da infeção pelo VIH, quer pelo aumento da ativação do sistema imune como pela diminuição da vigilância imunológica, sendo fundamental o cumprimento de estratégias de prevenção, rastreio e vigilância nesta população de doentes.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno C 17:30 - 18:30

PO057

850 TÍTULO: "SCEDOSPORIOSE CUTÂNEA - UM ESPECTRO DE COMPLICAÇÕES."

Micaela Manuel, Carla Fontes, José Meireles, Jennifer Costa

Serviço de Medicina Interna - Hospital São Sebastião, Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga

Introdução

Scedosporium é um fungo filamentosso ubiquitário no solo, vegetação em decomposição, esgotos e em águas poluídas. Pode originar infeções em doentes imunocompetentes após trauma, inalação esporos do fungo, ingestão de comida contaminada ou sem origem aparente. A apresentação clínica pode variar desde queratite, otite, sinusite, infeção do sistema nervoso central, atingimento osteoarticular, infeção dos tecidos moles e até pneumonia. A seguir, descrevemos um caso de uma infeção do tecido mole por *Scedosporium* spp. em contexto de imunossupressão (corticoterapia sistémica) complicada com fascíte necrotizante bacteriana.

Caso clínico: Doente do sexo feminino de 68 anos, antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, doença renal crónica e hipotireoidismo. Admitida no Serviço de Medicina Interna por suspeita de vasculite sistémica manifestada por lesões no membro inferior esquerdo (MIE), algumas em fase de úlcera com 1 mês de evolução. A doente estava sob

corticoterapia sistémica por suspeita de neoplasia cerebral. Do estudo, excluída causa imunológica, biópsia de gordura abdominal descartou hipótese de amiloidose sistémica. Biópsia da lesão cutânea mostrou dermatite granulomatosa necrotizante com presença de fungos. Identificação posterior de fungos em pús da lesão do género *Scedosporium* spp, iniciando antifúngico (itraconazol) em conformidade. Evoluiu com sobreinfeção bacteriana com fascíte necrotizante do MIE; isolamento de *Achromobacter xylosoxidans* e *Stenotrophomonas maltophilia* do tecido necrosado. Tratada com 14 dias de antibioterapia de largo espectro e abordagem cirúrgica que assentou em desbridamento dos tecidos desvitalizados e drenagem das coleções abcedadas/lavagens sucessivas. Conseguiu-se salvar o membro mas foi necessária excisão do tendão de Aquiles. No internamento descartada neoplasia cerebral-RMN contrastada compatível com angiopatia amiloide tendo-se procedido à suspensão do corticoide. Após resolução da infeção e revitalização dos tecidos com o sistema de vácuo, foi submetida a enxerto cutâneo, com colheita de pele na coxa homolateral e expansão em rede. Teve alta do internamento medicada com antifúngico (itraconazol 100mg 2cp 12/12h), manteve cuidados de penso adequado e antifúngico suspenso aquando da resolução.

Atualmente capaz de marcha autónoma.

Discussão/Conclusão: A infeção fúngica por *Scedosporium* spp trata-se de uma infeção rara e de difícil tratamento devido à elevada resistência ao tratamento antifúngico e à elevada taxa de falência terapêutica. O tratamento baseia-se na combinação entre tratamento médico e cirúrgico, estando o prognóstico dependente do estado imunitário e reserva fisiológica do doente. Este foi um caso emblemático no que concerne à gestão do doente. Conseguiu-se estabilizar as comorbilidades e complicações, conseguiu-se articular cuidados com restantes especialidades, e, acima de tudo, conseguiu-se o melhor outcome possível para a doente.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno C 17:30 - 18:30

PO058

1512 PNEUMONIA DE CÉLULAS GIGANTES NUMA DIABÉTICA

Nuno Vieira Brito, Joana Santos, Tiago Quaresma, Paula Alcântara

Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte

As infeções a parainfluenza (HPIV) são sazonais, afectam principalmente as crianças e têm habitualmente um curso benigno. As reinfecções

ocorrem ao longo da vida estando os idosos e imunocomprometidos em risco para complicações graves. A pneumonia a HPIV3 em adultos é rara e habitualmente ocorre em doentes com grave compromisso da imunidade.

Mulher de 55 anos com diabetes tipo1 diagnosticada aos 36 e com neuropatia. Múltiplos internamentos por cetoacidose. Uma semana antes quadro de náuseas, vômitos e diarreia líquida profusa. Por manutenção do quadro clínico mais prostração intensa recorreu ao SU onde é admitida por cetoacidose diabética. Negava queixas de outros órgãos ou sistemas, nomeadamente respiratórias e febre. Na admissão polipneica e hipotensa com pH de 6,9, cetonemia de 6,5, glicemia de 486, sat.O2 96%, leucocitose de 19800 com 85,3% neutrófilos sem outras alterações para além de hemoconcentração e PCR negativa. Na radiografia de torax infiltrado intersticial difuso com aspecto exsudativo. Nos 3 dias seguintes desenvolve quadro de dificuldade respiratória (ARDS). Os exames microbiológicos, antigenúrias e serologias para agentes atípicos e vasculites foram todos negativos. Transferida para UCI em D3 com diagnóstico de ARDS e colocada sob VNI com FiO2 de 100%. Realizada broncoscopia com LBA e TC torácica que mostraram LBA muito viscoso e turvo com estudo citológico inconclusivo e alteração difusa do parênquima pulmonar de ambos os campos pulmonares, com densificação difusa em vidro despolido e áreas poupadas, existindo ainda algumas zonas de crazy paving, respectivamente. Clinicamente a doente mantém-se sob VNI com O2 a 100%. Um segundo LBA mostrou presença de células gigantes tipo corpo estranho e contagem celular insuficiente para imunofenotipagem. Exames microbiológicos do LBA foram negativos excepto sonda para vírus respiratórios positiva para HPIV3. A doente evoluiu favoravelmente sob terapêutica de suporte, sem necessidade de ventilação invasiva, e retornou à enfermaria em D10 e alta em D17 para reabilitação respiratória.

A pneumonia a HPIV3 é rara em adultos imunocompetentes. Contudo é descrita em indivíduos imunocomprometidos como são os doentes submetidos a transplante de medula óssea. Quer nestes, quer em crianças com agamaglobulinémias tem sido descrita pneumonia de células gigantes (PCG) induzida pelo HPIV3 e com mortalidade superior a 40%; numa destas crianças foi descrita associação com proteinose alveolar, hipótese colocada na nossa doente em face do LBA viscoso e turvo e o padrão crazy paving na TC. Nos diabéticos e relacionado com o grau e duração da hiperglicemia e frequência de cetoacidose estão descritas perturbações mais ou menos graves da imunidade pulmonar, desde a defesa imunitária dependente do surfactante, assim como múltiplas funções dos neutrófilos e macrófagos. Estes aspectos podem justificar perturbação imunitária suficiente para desenvolver

PCG a HPIV3 com curso benigno.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno C 17:30 - 18:30

PO059

1613 MENINGITE SECUNDARIA A PANSINUSITE. A PROPÓSITO DE UM CASO.

Ana Rita Abrantes, Daniela Brito, Ana Araújo, Lucília Pessoa, Tiago Pereira, Nuno Catorze
Centro Hospitalar Médio Tejo

A meningite é uma entidade nosológica cujo prognóstico depende da atempada e correta identificação da causa, face à mortalidade e morbidade que lhe está associada. Uma causa infrequente é a solução de continuidade entre as meninges e os seios peri-nasais, resultante de um defeito da barreira anatómica, que facilita a instalação de um quadro infeccioso meníngeo, como é o caso das complicações das pansinusites.

Os autores descrevem um caso de um homem de 73 anos, autónomo, com antecedentes de adenocarcinoma da próstata e neoplasia da bexiga (ambas submetidas a RTU P e V, respetivamente), epilepsia, hipertensão arterial, diabetes mellitus não insulino-tratado e dislipidemia, que recorre ao serviço de urgência após episódio de convulsão tónico-clónica generalizada associada a febre, que evoluiu para mal epilético. A TAC crânio-encefálica revelou, para além de extensas áreas de atrofia cortico-subcortical encefálica difusa, sinais de pansinusopatia inflamatória com quistos de retenção submucosos maxilares e hérnia cerebral, com solução de continuidade frontal direita, ocupando parcialmente o seio frontal homolateral. A punção lombar, sugestiva de meningite bacteriana, promoveu o início de antibioterapia empírica com ceftriaxona e ampicilina, no entanto o rastreio séptico e exame cultural do liquor foram negativos. A identificação de *Staphylococcus aureus* resistente à metilicina nasal, associado à manutenção de parâmetros inflamatórios elevados em doente com solução de contiguidade crânio-encefálica, motivou a introdução de vancomicina. Após cumprimento de 14 dias de ceftriaxone e vancomicina, apresentou melhoria clínica e analítica tendo sido sugerida a correção cirúrgica da solução de continuidade, pela neurocirurgia.

Está descrito que 15 a 20% dos doentes com pansinusite apresentam complicações intracranianas, cuja incidência e gravidade aumentam em doentes hospitalizados. O caso clínico descrito mostra a importância do diagnóstico e terapêutica atempados de meningite secundária a pansinusite, entidade que, apesar de pouco frequente, está

associada a uma elevada mortalidade. O diagnóstico foi confirmado após exame cultural do LCR negativo e evidência imagiológica de comunicação endocraniana por defeito ósseo da parede do seio frontal.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno C 17:30 - 18:30

PO060

1715 SÍNDROME FEBRIL NA DOENÇA INFLAMATÓRIA DO INTESTINO- O ÓBVIO VS O OCULTO

Paula Mexia, Ana Lourenço, Fátima Grenho
Hospital CUF Infante Santo

Descreve-se caso clínico de Homem com 52 anos de idade, residente em Angola, vindo com regularidade a Portugal, apresentando como antecedentes médicos conhecidos Talassémia Minor, Disenteria amebiana aos 20anos, Paludismo e Doença Inflamatória do Intestino-diagnóstico recente (biópsia e Calprotectina +) controlada sob terapêutica com Messalazina.

Um mês antes do internamento inicia quadro de febre com calafrio, dor abdominal fezes diarreicas com muco.Observado no Serviço de Urgência (SU) realizou análises que revelaram-Hg12,5gr/dl,Leucocitose-12500/mm3,PCR-4,5. Colocada hipótese de diagnóstico de gastroenterite aguda, foi medicado com Ciprofloxacina 500mg de 12/12h. Regressa ao SU,3 dias depois,por manutenção do quadro clínico, efectuou análises que mostraram agravamento da anemia e dos parâmetros inflamatórios(Hg-11,3gr/dl e PCR-19) realizou pesquisa de Plasmodium que foi negativa.Teve alta sob a terapêutica prévia.Referida melhoria da diarreia e das dores abdominais, mas manteve febre com calafrio e sudorese nocturna. Exame Objectivo saliente-se: febril (38°C),palidez mucocutânea, TA-117/78, FC-82,ACP sem alterações, Abdómen doloroso difusamente à palpação. Analiticamente-Hb 10.5-9,2/Hct 31,7/VGM 69.2/VS 101/Ferro 15/ Leucocitose com neutrofilia-14500 com 77,4%/ Plaquetas 411000/PCR 26/Creatinina 1,02/AST 77-110/ALT 170-203/GGT 171/F.Alc 192/Prot T-7,4/ Alb-2,6,Bilirrubinas,Amilase e,Lipase-dentro dos parâmetros normais; Eco abdominal-Nos segmentos VII/VIII e no segmento VI, observam-se lesões nodulares com cerca de 65x40mm e 65x20mm respectivamente, lobuladas, heterogêneas, com conteúdo misto, com áreas de liquefação no seu seio, admitido serem lesões abcedadas. Realizada punção ecoguiada dum dos abcessos,com saída de 50cc de líquido purulento,não sendo possível permanência do dreno por ter ocorrido dor pleurítica por pequeno derrame pleural pequeno reaccional, resolvido espontaneamente. Iniciada

terapêutica com Metronidazol ev a que se associou em D1 Ceftriaxone ev. As Hemoculturas, coproculturas e bacteriologia do pús, foram estéreis. Houve melhoria clínica e imagiológica,no D6 foi conhecida positividade da Polymerase Chain Reaction para Entamoeba Histolytica. Teve alta ao D8 de internamento, com diagnóstico de Abscessos Amebianos e preconizada antibioterapia: Ceftriaxone ev durante 1 semana com switch para Ciprofloxacina por período de 4 semanas e Metronidazol oral durante 8 semanas. A Ecografia de controlo às 4 semanas de tratamento a mostrar redução dos abcessos (Segmento VII do fígado abcesso com 39 x 34 mm de diâmetro com centro líquido de cerca de 15 mm, no segmento VIII junto a veia cava com 36 mm, no segmento VII com 30 mm). Os AAs discutem a atitude terapêutica-drenagem vs terapêutica médica,e mono ou dupla antibioterapia.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini I 17:30 - 18:30

DOENÇAS NEUROLÓGICAS E CEREBROVASCULARES

PO073

1651 UM RARO CASO DE OFTALMOPLÉGIA DOLOROSA

Diana Pinho Santos, Rui Correia, Ana Catarina Carvalho, Filipe Sobral, Marlene Delgado, António Correia
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE

INTRODUÇÃO

Oftalmoplegia dolorosa pode resultar de uma variedade de condições inflamatórias, infecciosas, neoplásicas, traumáticas ou vasculares. A Síndrome Tolosa-Hunt (STH) é uma oftalmoplegia dolorosa idiopática, caracterizada por dor orbitária unilateral e recorrente em associação a parésia oculomotora ipsilateral (envolvimento de um ou mais dos III, IV e VI pares cranianos) por inflamação granulomatosa do seio

cavernoso ou fissura orbitária superior, sendo que quando atinge o ápex orbitário, pode ocorrer neuropatia óptica. A demonstração de granuloma na RMN (ou na biópsia, a qual raramente é necessária) é essencial na abordagem diagnóstica e a resolução da dor e da parésia em 72h após o tratamento adequado com corticoterapia é um dos seus critérios de diagnóstico. Contudo, o STH é um diagnóstico de exclusão. CASO CLÍNICO: Mulher 90 anos, com HTA, dislipidemia, extrassístolia ventricular. Internada por quadro, com 15 dias, de cefaleia fronto-temporal e dor periorbitária esquerdas e diplopia binocular horizontal, tendo alta

antiagregada com diagnóstico de mononeuropatia do VI par craniano de etiologia microvascular provável. Um mês depois, em reavaliação na consulta de Medicina, além da persistência das queixas álgicas, amaurose ipsilateral há 8 dias, tendo, entretanto, sido avaliada por Oftalmologia, que considerou neuropatia óptica isquêmica anterior não artrítica. Ao exame neurológico: alterações da oculomotricidade por envolvimento do III par craniano além do VI par já afetado. Admitida em internamento, colocando-se como hipótese inicial de Arterite Temporal, refutada após a realização do ecodoppler das artérias temporais. Na procura de outras causas de oftalmoplegia dolorosa, iniciou-se o estudo com angio-RM cerebral que mostrou "espessamento tecidual na região do ápex orbitário esquerdo e região anterior do seio cavernoso ipsilateral que rodeia o segmento contíguo do nervo óptico esquerdo; estudo angiográfico normal -achados enquadráveis no STH, sendo que o diagnóstico diferencial inclui doença granulomatosa". Outras causas foram excluídas mediante investigação apropriada: Análises com hemograma, bioquímica, VS e PCR sem alterações; ECA 72UI/L; ADA 51UI/L com Interferon gama negativo; hipertireoidismo subclínico com anticorpos negativos; Autoimunidade negativa; Serologias Borrelia, VIH e VDRL negativas. Estudo do LCR com bioquímica normal inclusive ADA e ECA, citologia e imunofenotipagem normais; microbiologia (serologias e pesquisa de DNA de vários agentes e culturas inclusive para BK) negativa. TC TAP sem evidência de doença granulomatosa ou linfoproliferativa. Considerando-se diagnóstico de STH, iniciou corticoide, com resolução imediata da dor e melhoria da oftalmoplegia. **DISCUSSÃO:** Como a oftalmoplegia dolorosa pode ser secundária a uma miríade de patologias, deve proceder-se a uma investigação etiológica exaustiva de forma a excluir todas as possíveis causas antes de concluir o diagnóstico de STH, condição que por si só, rara.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini I 17:30 - 18:30

PO074

2034 SÍNDROME DE MILLER FISHER COM OVERLAP DE SÍNDROME FARINGO- CERVICO-BRAQUEAL

Hélio Martins, Joana Mendonça, Carlos Fernandes, Jorge Cotter

Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães

Introdução

A síndrome de Guillain-Barré tem uma incidência anual de 1-2 casos por 100000 habitantes. Apenas 10% dos casos têm a apresentação clínica compatível com síndrome de Miller Fisher

e a apresentação como síndrome faringo-cervico-braqueal é rara.

Caso clínico

Homem, 55 anos, caucasiano. Sem antecedentes pessoais de relevo. Com clínica, na semana prévia à vinda ao Serviço de Urgência (SU), de mialgias, arrepios de frio e febre, interpretada como infecção viral e tratada sintomaticamente com anti-inflamatórios e analgésicos.

Regressa ao SU por tonturas, alteração do equilíbrio, visão turva, disartria e parestesias das mãos com 2 dias de evolução. Ao exame objetivo apresentava oftalmoplegia, disartria, dismetria prova dedo nariz à esquerda, ataxia, arreflexia completa e parestesias das mãos. Analiticamente sem alterações de relevo. Fez tomografia computadorizada crânio-encefálica que não apresentou alterações e ficou internado por suspeita de acidente vascular cerebral da circulação posterior. Os marcadores virais de imunodeficiência humana e as serologias de sífilis, citomegalovírus e Epstein-Barr foram negativos. No internamento com documentação de disfagia tolerando dieta com líquidos espessados a consistência mel. Realizou angio-ressonância magnética cerebral nas primeiras 24h de internamento mas sem documentação de isquemia ou alterações vasculares, mantendo os défices descritos. Realizou punção lombar no dia 2 de internamento, 96h após início dos défices, sem pleocitose, sem dissociação albumino-citológica e sem hipoglicorráquia.

Iniciou imunoglobulina na dose de 0.4mg/kg/dia durante 5 dias com reversão quase completa dos défices, mantendo ainda dificuldade na abdução completa de ambos os olhos. Iniciou programa de reabilitação no internamento que manteve à data de alta.

Discussão

Perante um quadro clínico de oftalmoplegia, disartria, ataxia, arreflexia e disfagia foi mandatória a exclusão de isquemia da região vértebro-basilar. Os resultados do líquido cefalorraquidiano não corroboraram a suspeita de polineuropatia desmielinizante inflamatória aguda mas a literatura refere negatividade em cerca de 40% dos casos. Tendo sido excluídas as causas infecciosas neurotrópicas foi iniciada terapêutica com imunoglobulina na dose de 0.4mg/kg/dia e com melhoria progressiva desde o terceiro dia de administração.

A presença de disfagia não é explicado pelo Síndrome de Miller Fisher, mas o overlap com a síndrome faringo-cervico-braqueal – que são ambos admitidos como variantes de Síndrome de Guillain-Barré está já documentado na literatura científica em raros casos.

A etiologia das variantes ainda não foi completamente justificada mas podem ser

variantes ligadas a anticorpos anti-GQ1b. Neste caso o mesmo encontra-se em curso na data desta apresentação.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini I 17:30 - 18:30

PO076

330 ENCEFALOPATIA INDUZIDA POR POSACONAZOL- CASO CLÍNICO

Rebeca Calado, Mariana Gonçalves, Elsa Gaspar, Lélita Santos, Armando Carvalho

Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Introdução

Conhece-se a neurotoxicidade associada ao voriconazol, mas a sua ocorrência com o posaconazol é ainda desconhecida. O posaconazol é um antifúngico triazólico de 2ª geração, de largo espectro, disponível em três formulações - suspensão oral, comprimidos de libertação prolongada e endovenosa. Segundo um estudo de MD Anderson Cancer Center, concentrações séricas elevadas de posaconazol por si só não são preditivas de neurotoxicidade. A suspensão de posaconazol, atingindo títulos séricos mais baixos, não tem sido associada a estes efeitos. Foolad et al. reportaram um caso de encefalopatia num doente medicado com posaconazol após suspender voriconazol por hepatite tóxica, colocando a hipótese de toxicidade sinérgica entre os dois, ambos potentes inibidores do CYP3A4.

Caso clínico

Um doente de 72 anos, sexo masculino, recorreu ao serviço de urgência por prostração, sonolência, fraqueza nos membros inferiores, astenia e perda de peso não quantificada, com um mês de evolução e agravamento recente. Sem outras queixas. Não havia história de abuso etílico ou de drogas. Estava medicado com posaconazol (comprimidos de libertação prolongada) desde há cerca de um mês, para uma queratite fúngica. Previamente tinha sido tratado com voriconazol, suspenso por hepatite tóxica.

Ao exame objectivo apresentava-se confuso, com diminuição da força muscular em ambas as coxas (grau 4 para a extensão e incapaz de flexão), conservando, no entanto, força muscular nas pernas, de grau 5, sem alterações da sensibilidade e sem outras alterações relevantes ao exame neurológico.

Perante a suspeita de patologia vascular, desequilíbrios hidroeletrólíticos ou doença infecciosa, realizaram-se exames complementares de diagnóstico. O estudo analítico inicial revelou

apenas trombocitopenia, ligeiro aumento da LDH, das aminotransferases séricas e da bilirrubinemia. A punção lombar, a TC craneoencefálica e da coluna dorsal, a RM craneoencefálica e o EEG não revelaram alterações. As serologias virais e bacterianas e o estudo da autoimunidade foram negativos. Pesquisou-se neoplasia oculta, pela hipótese de síndrome paraneoplásica, mas a TC toracoabdominopélvica não detetou qualquer lesão sugestiva.

Toda a medicação potencialmente neurotóxica foi revista. Suspeitando-se de neurotoxicidade ao posaconazol substituíram-se os comprimidos de libertação prolongada pela suspensão oral. Após esta alteração, o doente revelou melhoria progressiva do estado de consciência.

Discussão

Consideramos que este é um caso de encefalopatia induzida pelo posaconazol, uma vez que foram excluídas as causas metabólica, vascular, autoimune, infecciosa e paraneoplásica. Perante um quadro de encefalopatia é fundamental rever todas os potenciais fármacos neurotóxicos e ter em conta possíveis interações entre eles. O caso descrito ilustra o potencial neurotóxico do posaconazol, alertando para a necessidade de o considerar neste contexto, apesar de pouco descrito.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini I 17:30 - 18:30

PO078

1676 SÍNDROME DE ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSÍVEL UNILATERAL: UM CASO RARO.

1Clara Gomes, 2Marta Canha, 1Pedro Rodrigues, 1Neuza Soares, 1Inês Silva, 1Jorge Almeida

1Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar de São João, Porto 2Serviço de Endocrinologia, Centro Hospitalar de São João, Porto

Introdução

A Síndrome de Encefalopatia Posterior Reversível (PRES) é uma condição caracterizada por edema vasogénico subcortical, tipicamente reversível e localizado nos lobos parietoccipitais. No entanto, estão descritas variantes com diferentes padrões de atingimento encefálico, sendo extremamente raros os casos de PRES unilateral. A hipertensão arterial é um dos cenários clínicos mais associado ao PRES. Caso clínico: Homem de 55 anos, com história de etilismo crónico e crises convulsivas há 4 anos atrás (em contexto de abstinência alcoólica), abstinente desde há 5 anos; diabetes insulinotratada; tuberculose pulmonar no passado e aspergilose pulmonar crónica sob tratamento

com itraconazole. Foi admitido por suspeita de acidente vascular cerebral (AVC) em território da artéria cerebral média direita, sendo ativada a Via Verde do AVC (VVAVC). Pontuava 18 na escala de AVC da National Institute Health. A tomografia computadorizada (TC) e angio-TC não mostraram lesões isquêmicas ou hemorrágicas agudas, nem oclusão de grande vaso. Não foi realizada trombólise por se encontrar fora da janela temporal (~4h). Por recuperação parcial de défices, foi admitido em enfermaria. Na manhã seguinte, apresentava plegia dos membros esquerdos, sendo reativada a VVAVC. A pressão arterial era de 180-199/80-90 mmHg. A TC e angio-TC, agora com ~20h de evolução desde o início dos sintomas, não mostraram sinais de isquemia aguda ou oclusão de grande vaso. O eletroencefalograma (EEG) mostrou atividade lenta temporoparietal direita, sem atividade epileptiforme. Ao final da tarde teve pico febril (38.4°C). Do estudo realizado: proteína C-reativa (PCR) de 51,4 mg/L, sem leucocitose; líquido cefalorraquidiano (LCR) com 10 células/uL e proteinorráquia 1.07g/dL; sem consumo de glicose. Iniciou ceftriaxone, ampicilina e aciclovir. Pelas 23h, teve crise tônico-clônica generalizada, sendo admitido em unidade de cuidados intermédios. A pesquisa do vírus herpes-simplex no LCR foi negativa, assim como o restante estudo microbiológico. Fez no total 1 dia de aciclovir e 5 dias de ampicilina. A ressonância magnética (RMN) cerebral mostrou edema vasogénico sucortical em todo o hemisfério direito, assim como áreas de edema citotóxico, alterações compatíveis com PRES unilateral. O doente evoluiu com recuperação rápida e progressiva dos défices, não tendo recorrência de crises epiléticas ou febre. A RMN realizada 8 dias mais tarde mostrou redução franca das alterações radiológicas, persistindo edema frontoparietal direito em pequena extensão. À data de alta, apresentava muito discreta redução de força muscular ao nível do ombro esquerdo. Conclusão: Apresentamos um caso raro de PRES unilateral e cuja clínica foi mimetizadora de AVC. O diagnóstico de PRES é difícil, pela sua raridade e variabilidade de apresentação, sendo sustentado pelos achados radiológicos e apoiado pela sua natureza reversível. São necessários estudo adicionais para esclarecimento da etiopatogénese desta entidade.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini I 17:30 - 18:30

PO079

1993 QUANDO TUDO PARECE PERDIDO - A IMPORTÂNCIA DA MULTIDISCIPLINARIEDADE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Joana Paixão¹, Cristina Martins¹, Ricardo Rodrigues¹, João Gonçalves¹, Bruno Gomes², José Lúcio³, Inácio Reis⁴, João Páscoa Pinheiro⁴, Fátima Silva¹, Pedro Ribeiro¹, Armando Carvalho^{1,5}

¹Serviço de Medicina Interna, ²Serviço de Imagiologia, ³Serviço de Medicina Intensiva, ⁴Serviço de Neurocirurgia, Centro Hospitalar e Universitário de

Introdução

A vasculopatia de Moyamoya é uma doença cerebrovascular caracterizada por estenose progressiva da porção terminal da artéria carótida interna e seus ramos principais, resultante de uma hiperplasia das células musculares lisas, que conduz à neoformação de pequenos e finos vasos que angiograficamente apresentam um padrão típico descrito como "nuvem de fumo" (do japonês, moyamoya). É uma patologia rara, mais comum em asiáticos e crianças, mas cada vez mais incidente em adultos e no ocidente. A apresentação clínica é variável e inclui manifestações de isquémia e de hemorragia cerebral, cefaleias e défice cognitivo.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, 74 anos, autónoma, com antecedentes de HTA, dislipidémia, AVC isquémico, cefaleias crónicas e neoplasia da mama, dá entrada no Serviço de Urgência (SU) por alteração do estado de consciência. Familiares relatam história de cefaleia occipital intensa, súbita, com síncope associada, sem vômitos, incontinência de esfíncteres ou convulsão aparente. A admissão, hipertensa, sem lateralização motora, parésia facial ou desvio do olhar, com pupilas isocóricas mas mióticas, e escala de coma de Glasgow de 5 que motiva entubação e ventilação invasiva imediatas por via aérea desprotegida e compromisso da ventilação. Realizada TAC cráneo-encefálica que revela uma hemorragia tetraventricular com hidrocefalia associada, uma hemorragia subaracnoideia aguda na fossa posterior e um pequeno foco hemorrágico parenquimatoso temporal direito, com Angio-TAC denunciando o padrão angiográfico característico de Moyamoya. A doente é submetida a ventriculostomia com colocação de DVE, com internamento posterior no Serviço de Medicina Intensiva e transferência final para a Unidade de AVC. Aqui verifica-se melhoria clínica e imagiológica progressivas, mesmo após remoção da DVE, sem nova recidiva da hemorragia ou da hidrocefalia, que possibilita transferência

para enfermagem de Neurologia, para início de reabilitação. Constata-se recuperação motora gradual (da hemiparésia esquerda sequelar), não se verificando outras sequelas major, nomeadamente, em termos cognitivos.

Discussão: A vasculopatia de Moyamoya é uma doença que, embora rara, predispõe a complicações graves e potencialmente fatais, como o AVC isquémico ou hemorrágico. Designa-se por Síndrome de Moyamoya quando se associa a determinadas condições reconhecidas como factores de risco (radioterapia da cabeça e pescoço, neurofibromatose tipo 1, anemia de células falciformes, entre outros) ou quando é unilateral (como nesta doente). Designa-se por Doença de Moyamoya quando não se verificam estas alterações. Este caso é merecedor de destaque, não só pela sua raridade, como pelo facto de ter cursado com uma evolução bastante favorável, e ainda porque reflecte de forma indelével a importância da correcta abordagem de um doente no SU, fazendo uso da visão holística que só uma equipa multidisciplinar permite alcançar.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini I 17:30 - 18:30

PO080

864 SÍNDROME DE ALICIA NO PAIS DAS MARAVILHAS

Lorena Lozano Real, Paula Sofia Araújo, Mykhailo Iashchuk, Isabel Correia Barahona, Juan Manuel Urbano Gálvez

ULSNA- Hospital Santa Luzia de Elvas

O Síndrome de Alicia no País das Maravilhas (AWS) é uma entidade clínica incomum e alarmante, caracterizada por breves episódios de distorção na percepção da imagem corporal e tamanho, distância, forma ou relações espaciais de objetos, bem como na sensação de passagem do tempo. É descrito no contexto de enxaquecas, epilepsia, lesões cerebrais, infeções virais e associados a várias drogas. É mais comum em jovens e crianças. Geralmente, a evolução é benigna, com recuperação completa em semanas ou meses, sem sequelas, mas pode recorrer após um período de latência de anos.

Nós descrevemos um caso de AWS como um efeito adverso da agomelatina até agora não descrita. É uma mulher de 32 anos que apresentou diariamente nas últimas 2 semanas, episódios curtos e frequentes (até 6 / dia, 2-3 minutos de duração), consistindo em mudanças repentinas na percepção visual do tamanho dos objetos ao redor e de partes de seu próprio corpo. Ela referia a 'minhas mãos ficam enormes', 'o prato na mesa está a ficar muito pequeno', 'o quarto está se

tornando cada vez menor'. Não teve dor de cabeça ou aura de enxaqueca. Não tinha febre ou outros sintomas relacionados uma doença infecciosa. O exame psiquiátrico, neurológico e oftalmológico foi normal. A doente tinha episódios de ansiedade e sintomas depressivos secundários à morte de sua mãe um mês antes, motivo pelo qual tinha começado 16 dias antes do aparecimento dos sintomas um tratamento com agomelatina 25 mg à noite prescrito pelo psiquiatra e que tinha melhorado os sintomas depressivos. Não tinha antecedentes pessoais ou familiares de distúrbios comportamentais ou distúrbios psiquiátricos. Os exames laboratoriais, análise do líquido cefalorraquidiano, radiografia de tórax, EKG, TAC cerebral, RM cerebral e EEG foram normais. Suspeitando de um efeito adverso da agomelatina, este medicamento foi suspenso e mudado para venlafaxina, interrompendo-se dentro de 48 horas os sintomas pelos quais consultou. Após 12 meses permanece assintomática e não tem apresentado nenhum episódio similar

Em conclusão, é importante ter presente esta síndrome benigna, incomum, mas alarmante para doente e familiares, de forma a evitar alguns procedimentos desnecessários. Não encontramos na literatura nenhum caso de AWS associado à agomelatina, fármaco frequentemente utilizado na prática clínica.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini I 17:30 - 18:30

PO081

1005 DOENÇA DESMIELINIZANTE SECUNDÁRIA A TERAPÊUTICA COM ANTI-TNF αLFA

Ryan Costa Silva, Joana Rodrigues dos Santos, Tânia Vassalo, Joana Rosa Martins, Lígia Peixoto, José Luís Ducla Soares

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria

Introdução

Os inibidores do factor de necrose tumoral (anti-TNFα) são fundamentais na abordagem de algumas doenças imunomediadas, nomeadamente da doença inflamatória intestinal. Uma potencial associação entre os anti-TNFα – particularmente etanercept e infliximab – e a doença desmielinizante foi sugerida embora ainda não comprovada.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um homem de 47 anos, com doença de Crohn com envolvimento ileocólico, perianal com fenótipo fistulizante e sacroileíte, submetido previamente a colectomia total e ressecção ileal e sob terapêutica

anti-TNF α ; com adalimumab. Dos restantes antecedentes de referir diagnóstico prévio de sífilis primária, medicada com penicilina benzatínica e com serologias VDRL em cinética descendente. O doente foi admitido por quadro com um mês de evolução de diminuição progressiva da força no membro inferior esquerdo de predomínio distal com parestesias, ataxia e, na véspera do internamento, com episódio de crise convulsiva tónico clónica generalizada. Ao exame neurológico, destacava-se plegia nos movimentos de flexão e extensão do pé e hallux esquerdos, sinais piramidais com hiperreflexia no membro inferior esquerdo com aumento da área e diminuição do limiar, presença de clónus aquilianos e sinal de Babinski à esquerda. A TC crânio-encefálica mostrou hipodensidade justacortical na alta convexidade frontal direita sem áreas de captação após administração de contraste, correspondente em RM a lesão desmielinizante inflamatória frontal direita, salientando-se ausência de lesões medulares. A análise do líquido excluiu etiologias infecciosas, neoplásica e presença de bandas oligoclonais. Foram colocadas como principais hipóteses diagnósticas desmielinização em contexto de esclerose múltipla ou secundária a terapêutica com adalimumab, versus vasculite do sistema nervoso central (SNC). Avaliação por RM com estudo de difusão excluiu vasculite do SNC. Foi suspensa terapêutica com adalimumab verificando-se melhoria paulatina dos défices neurológicos.

Discussão: Embora uma relação causal seja difícil de comprovar, após exclusão de outras etiologias, pode-se neste caso colocar a hipótese de doença desmielinizante secundária a adalimumab. Estão descritos casos de desmielinização em contexto de terapêutica com anti-TNF α , sendo no entanto um efeito secundário muito raro e até à data sem casos relatados em doentes sob adalimumab.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini I 17:30 - 18:30

PO083

1273 AVALIAÇÃO DA VIA VERDE AVC NOS SEUS PRIMEIROS 6 MESES NUM HOSPITAL DISTRITAL

Vasco Gaspar, José Ramalho, Juliana Silva, Gonçalo Ferrão, José Andrade, Gonçalo Vital, Manuela Grego, Graça amaro

Hospital Distrital de Santarém

INTRODUÇÃO: O AVC é uma emergência médica e uma causa importante de morbi-mortalidade em Portugal. A Via Verde AVC (VVAVC) permite ter uma abordagem, encaminhamento, diagnóstico e tratamento mais rápidos e eficazes.

Perante a suspeita de AVC isquémico, excluída

hemorragia por TC, o tratamento pode ser: conservador, fibrinólise e/ou trombectomia; dependendo, entre outros da: clínica e antecedentes do doente, pontuação NIHSS à entrada, hora de início dos sintomas, oclusão ou não de grande vaso e terapêutica habitual.

O controlo de qualidade na fibrinólise passa pelo tempo porta-agulha (TPA), considerando a DGS que este não deve passar os 60 min.

OBJETIVO: Este trabalho pretende apresentar os resultados dos 1.ºs 6 meses após implementação da VVAVC num hospital distrital.

MATERIAL E MÉTODOS: Foram analisados os processos das 110 ativações da VVAVC nesses 6 meses, que compõem esta amostra. Tem as seguintes características: homens 42%, idade média 72 anos (máx. 96, mín. 21anos). Com as principais comorbilidades: Hipertensão Arterial (HTA) 73%, Dislipidemia (DLD) 42%, Diabetes Mellitus (DM) 29%, Fibrilhação Auricular (FA) 24%, Doença Cerebrovascular prévia (DCV) 23%, Insuficiência Cardíaca (IC) 15%, Tabagismo 13% e Alcoolismo 8%. Sob terapêutica com aspirina 23%, com clopidogrel 12%, com NOAC 10%, com antitrombóticos 3% e com HBPM 1%.

RESULTADOS: Em termos de mimetizadores de AVC as principais causas foram a ansiedade e crise hipertensiva. Entre as ativações 7% eram AVC hemorrágico. Entre os com AVC isquémico, a grande maioria não fez fibrinólise por apresentar: NIHSS < 5, melhoria dos défices, sintomas com duração > 4h30. Registou-se que 6% dos doentes apresentavam AVC ao acordar.

A fibrinólise foi efetuada em 21% (n=23) das ativações da VVAVC. Dentro desses 17% eram homens, idade média 74anos (máx. 92, mín. 43), NIHSS à entrada 11. Com as comorbilidades: HTA 78%, DLD 57%, FA 35%, IC 26%, DCV 26%, DM 17%, tabagismo 9%, alcoolismo 4%. Sob aspirina 26%, sob clopidogrel 13%, sendo que 1 doente estava duplamente antiagregado.

O TPA médio foi de 85min (máx. 447, mín. 27min). Sendo que houve um outlier de 447min correspondente a défices oscilantes agravados passadas horas no SU. Removendo este outlier o resultado obtido seria uma média de 67min (máx 158min).

Após fibrinólise o NIHSS médio melhorou para 5; com melhoria em 57%, agravamento em 22%, não havendo dados acerca de alguns dos transferidos para trombectomia. A taxa de complicação foi de 4%, referente a transformação hemorrágica.

Dos doentes submetidos a fibrinólise 39% (n=9) foram ainda encaminhados para realização de trombectomia noutros centros. Além destes foram também encaminhados 3 doentes que apresentavam contra-indicações para fibrinólise.

CONCLUSÕES: É importante estudar a VVAVC melhorar o seu funcionamento. Existem muitos doentes a chegar fora do tempo limite para fibrinólise. Apesar de ainda distantes do TPA de 60min, este parece atingível a curto prazo com melhorias em vários pontos da VVAVC.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno D 17:30 - 18:30

DOENÇAS ONCOLÓGICAS

PO061

245 DIAGNÓSTICO INCIDENTAL DE UM TUMOR RARO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.

Patrícia Chow Liu, Sheila Koch Jamal, Joana Liz Pimenta, Paula Vaz Marques, Sónia Carvalho

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Os tumores do estroma gástrico (GIST) são tumores raros e correspondem a 1% das neoplasias primárias do trato gastrointestinal (TGI). A maioria dos GIST são benignos e 70% surgem no estômago. O seu diagnóstico é muitas vezes incidental.

Doente do sexo feminino com 56 anos de idade e antecedentes pessoais de hipertensão arterial e dislipidemia. Enviada à consulta de Hepatologia para estudo de lesão nodular com 2,1 centímetros (cm) detetada em ecografia e sugestiva de hemangioma. Referia pirose e enfartamento associados a refeições copiosas. Para avaliação de possível hemangioma, realizou tomografia computadorizada (TC) abdominal com contraste e ressonância magnética (RM) abdominal onde havia referência a lesão tecidual com 2x2,7 cm de diâmetros axiais, na parede da grande curvatura gástrica, sugestiva de lesão exofítica. Endoscopia digestiva alta sem alterações de relevo com histologia normal e *Helicobacter pylori* negativa. Colonoscopia sem alterações. Realizou biópsia guiada por ecoendoscopia, que revelou GIST de baixo risco, KIT 100%. Em RM abdominal de re-avaliação com crescimento da lesão (3,7x2,3 cm). Encaminhada para consulta de Cirurgia Geral e submetida a gastrectomia atípica por via laparoscópica. Histologia da peça operatória a confirmar GIST, subtipo fusocelular de baixo grau, com muito baixo risco de progressão (Classificação de Miettinen e Lasota). Atualmente doente encontra-se clinicamente bem, em seguimento em consulta de Oncologia.

Neste caso clínico é apresentado um diagnóstico incidental de GIST, em doente com sintomas pouco específicos. O comportamento destes tumores é muito variável, desde tumores de pequenas dimensões a tumores metastizados. Como tal, e apesar da maioria destes serem benignos, GIST

maiores que 2cm devem ser tratados.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno D 17:30 - 18:30

PO062

291 MASSA ABDOMINAL VOLUMOSA - DA PALPAÇÃO ABDOMINAL AO DIAGNÓSTICO DE LINFOMA FOLICULAR

Marta Pina (1), Denise Magalhães (2), Raquel Santos (3), J. Vasco Barreto (3), António Furtado (3)

(1) Oncologia Médica, IPO do Porto; (2) Oncologia Médica, Hospital Pedro Hispano; (3) Medicina Interna, Hospital Pedro Hispano

Introdução:

O Linfoma Folicular (LF) é o segundo linfoma mais comumente diagnosticado nos EUA e na Europa ocidental, correspondendo a 20-35% de todos os Linfomas Não-Hodking, representando 70% de todos os linfomas indolentes. A sua apresentação típica caracteriza-se por linfadenopatias assintomáticas, estando os denominados sintomas B (perda de peso, suores noturnos e febre) presentes em menos de 20% dos casos. Este tipo de neoplasia é mais comum no sexo feminino e a idade média ao diagnóstico é entre os 60 e os 65 anos.

Caso clínico:

Sexo feminino, 48 anos, fumadora de 30 unidades/maço/ano e com infeção HPV de alto risco.

Recorre ao serviço de urgência por dor em moedeira no flanco e região dorso-lombar esquerda, distensão abdominal e presença de "tumefação" palpável no flanco esquerdo com agravamento ao longo das últimas 2 semanas. Noção de algum desconforto no flanco esquerdo com cerca de 1 ano de evolução. Nega síndrome constitucional, sintomas B ou outras queixas. Ao exame objetivo a doente apresentava bom estado geral, à palpação abdominal encontrava-se massa de consistência pétrea com cerca de 10x15cm ao longo de todo o flanco esquerdo, ligeiramente dolorosa, sem sinais de irritação peritoneal. Sem adenomegalias periféricas palpáveis. Analiticamente com discreta anemia normocítica normocrômica (11.3g/dL), lactato desidrogenase 375 U/L, proteína C reativa 11.2mg/L, Beta-2-microglobulina 2.89 mg/L, velocidade de sedimentação 24mm/1ªh. Tomografia computadorizada a documentar duas massas adenopáticas mesentéricas muito volumosas (100x43x110 mm e 175x85x44 mm) e axilares à esquerda (a maior com 14 mm).

Realizou tomografia de emissão de positrões

que mostrou envolvimento ganglionar supra-diafragmático (cervical, supraclavicular e axilar), infradiafragmático (lombo-aórtico bilateralmente e inter-cavo-aórtica) e esplênico.

Imunofenotipagem de sangue periférico e biópsia da massa abdominal confirmam a presença de um linfoma não-Hodgkin de células B compatível com linfoma de células do centro folicular. Mediante este diagnóstico iniciou esquema de quimioterapia com RCHOP (rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisolona) sem intercorrências até ao momento.

Conclusão:

O presente caso clínico permite expor a apresentação incomum de um LF numa mulher com idade jovem, que se apresenta como uma massa abdominal volumosa palpável, sem sintomas B, mas com estudo de estadiamento a evidenciar envolvimento ganglionar supra e infradiafragmático e esplênico.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno D 17:30 - 18:30

PO063

1927 NEOPLASIA DO PULMÃO EM 5 ANOS - SERÁ TARDE DEMAIS?

Josiana Duarte, David Campoamor, Tiago Fiúza, Paula Pestana, Henrique Rita, José Sousa e Costa

Hospital do Litoral Alentejano A neoplasia do pulmão é a segunda mais frequente em todo o mundo, apenas ultrapassada pela neoplasia da próstata nos homens.

A neoplasia do pulmão é a segunda mais frequente em todo o mundo, apenas ultrapassada pela neoplasia da próstata nos homens e da mama nas mulheres. Em Portugal é a neoplasia com maior mortalidade e com variação geográfica significativa (com maior mortalidade nos Açores, seguido de Algarve, área metropolitana do Porto, Alto Minho, área metropolitana de Lisboa e Alentejo Litoral), segundo os dados do programa nacional para as doenças oncológicas de 2017 da direção geral de saúde.

Apresenta-se um estudo retrospectivo incluindo todos doentes diagnosticados com neoplasia maligna da traqueia brônquios e pulmão (código ICD-9 162.0-162.9) num Hospital entre 2014-2018 (5 anos), cujo objetivo é avaliar as características demográficas e clínicas destes doentes, bem como a sua sobrevivência.

Obtivemos uma amostra de 70 doentes, 9 do sexo feminino, 61 do sexo masculino com uma média de idade de 72 anos. Dos 70 doentes, em 12 não foi possível obter diagnóstico histológico por não apresentarem condições clínicas para procedimentos invasivos de diagnóstico. 74% dos

doentes apresentavam carcinoma não de pequenas células -CNPC (n= 43; 17 carcinoma-pavimento celular -CPC, 26 adenocarcinoma-ADC), 21% eram carcinoma de pequenas células (n=12), 1 doente apresentava carcinoma pleomórfico (CPC + ADC) e 2 doentes apresentavam carcinoma pouco diferenciado. 11 doentes eram não fumadores (7 homens, 4 mulheres), 1 deles trabalhador na petroquímica, 2 carpinteiros, 1 pedreiro, 1 estivador no porto de carvão e os restantes sem fatores de risco ocupacionais conhecidos. Em relação à carga tabágica expressa em UMA dos restantes 59 : mín 2 (sendo que essa doente apresentava exposição a poeiras numa indústria pecuária) e máx 156, com média de 55. O performance status à apresentação foi de 24% zero, 49% um, 8% dois, 7% três e 12% quatro. O estadiamento à apresentação foi de 64% IV, 15% IIIB, 15% IIIA, 4% doente IIB e 2% IB. Não houve predominância entre os concelhos estudados. Obteve-se uma taxa de mortalidade de 89%, com uma sobrevivência média de 7 meses.

Em consonância com os resultados mundiais o fator de risco predominante foi o tabagismo, assim como uma preponderância histológica dos CNPC. Há no entanto um achado preocupante! A taxa de mortalidade foi bastante mais elevada nesta amostra do que os dados portugueses de 2015 (24.9 vs 89%) o que se deve provavelmente ao fato de a grande maioria dos doentes desta amostra se apresentar em estadios bastante avançados da doença, sendo que em apenas 11% dos casos foi possível o tratamento cirúrgico. Seria interessante num próximo estudo analisar o porquê do diagnóstico em fases tão tardias ... para que... não seja tarde demais.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno D 17:30 - 18:30

PO064

1013 COLITE A NIVOLUMAB: UM NOVO TIPO DE DOENÇA INFLAMATÓRIA DO INTESTINO

Madalena Lobão, Diana Simão, Márcia Pereira, Miguel Martins, Ribeiro, Sofia Pinheiro

HSAC- CHLC

Nivolumab é um anticorpo monoclonal que se liga aos recetores de morte programada-1, bloqueia interações com PD-L1 e PD-L2, potenciando respostas antitumorais das células T. Tem um papel importante no tratamento e prognóstico de vários tumores. A colite induzida por Nivolumab é um dos efeitos reportados e apresenta semelhanças fenotípicas, serológicas e histológicas com a doença inflamatória do intestino (DII).

Apresenta-se o caso clínico de uma mulher de 51

anos diagnosticada com um carcinoma de células claras do rim em estadio IV sob Nivolumab (2ª linha) há 5 meses, após hepatotoxicidade ao Sunitinib (1ª linha). Medicada com levotiroxina 100mg/dia (hipotireoidismo secundário ao Nivolumab). Recorre ao hospital por dia diarreia há 10 dias: 5-10 dejetos/dia (fezes líquidas, amareladas, sem sangue), sem resposta à loperamida, picos febris intermitentes no último mês (máx 38,4) e astenia. Ao exame físico apresentava-se pálida, apirética, desidratada, hipotensa, mas responsiva à fluidoterapia, sem outras alterações. Analiticamente: anemia Hb 9.2 g/dL, hipoalbuminémia 23.1g/L, hipocalcémia (corrigida) 7 mg/dL, hipomagnesémia mg/dL 1.54, e hipotireoidismo TSH 7.19 mU/L, FT4 0.84 pmol/L e FT3 <1.50 pmol/L. Internou-se pela necessidade de fluidoterapia e correção electrolítica e incrementou-se a dose de levotiroxina. Manteve picos febris ocasionais. Dos exames complementares destacam-se: radiografia de tórax sem alterações, hemo e uro e coproculturas negativas, pesquisa de vírus e parasitas nas fezes, pesquisa de herpes, CMV (PCR e serologia), EBV negativas para infecção aguda. 1ª colheita Ag GDH C. difficile positivo, 2. e 3ª colheitas negativas, IGRA negativo, calprotectina fecal 2811 (50 – 200 µg/g). Colonoscopia com ileo-colite: áreas de mucosa edemaciada e hiperemiada, múltiplas erosões e úlceras superficiais com exsudado nazarado intercaladas com áreas de aspecto normal. Cumpriu 7 dias de antibioterapia empírica com Metronidazol e Azitromicina sem melhoria e iniciou Valganciclovir até exclusão de colite a CMV. Histologicamente as biópsias revelaram um infiltrado inflamatório misto, edema, ectasia vascular da lâmina própria com criptite e pericriptite focais. Após discussão multidisciplinar iniciou metilprednisolona em alta dose (2mg/kg/d) com melhoria clínica franca ao 7º dia. Iniciou posteriormente Infiximab (3 doses até à data) e foi possível o desmame da corticoterapia. A doente teve alta estável com o trânsito intestinal restabelecido. Salienta-se contudo uma progressão tumoral (rim contra-lateral) com necessidade de técnica de substituição renal.

Discussão: Este foi um diagnóstico de exclusão, suportado por uma resposta farmacológica muito favorável. Devemos estar despertos para esta entidade, em cujo tratamento precoce é fundamental. Mais estudos para suportar um tratamento como DII, são necessários, tal como a descoberta biomarcadores capazes de prever quais os doentes que podem beneficiar deste tipo de terapêutica.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno D 17:30 - 18:30

PO065

236 LESÕES LÍTICAS NO ADULTO JOVEM

Lígia Rodrigues Santos, Gisela Evaristo Vasconcelos, Margarida Silva Cruz, Nuno Zarcos Palma, Alice Castro, Mari Mesquita

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

O mieloma múltiplo caracteriza-se pela proliferação maligna de plasmócitos. A idade média ao diagnóstico é de 70 anos, sendo a dor óssea uma manifestação comum, afetando mais de 50% dos doentes.

Homem, 45 anos, sem antecedentes de relevo. Episódios de lombalgia com 6 meses de evolução, por vezes com irradiação para o membro inferior esquerdo e com melhoria com analgesia. Acresce hipersudorese noturna, anorexia e perda ponderal de 10kg em 4 meses. Realizou ressonância lombar em ambulatório com lesão osteolítica a envolver o corpo vertebral e elementos vertebrais posteriores de L5 com extensão ao espaço epidural e foraminal de L5-S1 à esquerda; lesões focais ainda a nível de L3/L4. Admitido para estudo de lesões ósseas líticas. Analiticamente anemia de doenças crónicas (Hemoglobina 9.4g/dL), função renal normal, sem hipercalcemia. PSA total e Beta-HCG normais. Tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica a confirmar múltiplas lesões líticas na região dorso-lombar, sem evidência de neoplasia primária. Desidrogenase láctica e Beta 2-microglobulina aumentadas. Doseamento de imunoglobulinas com discreta elevação de IgA. Proteinograma sem aparentes alterações. Cadeias leves livres Kappa (K) séricas e urinárias muito aumentadas. Imunofixação sérica e da urina com banda monoclonal de cadeias leves K. Reavaliação imagiológica com evidência de atingimento difuso de corpos vertebrais, costelas, calote e base do crânio. Mielograma a revelar elevada infiltração plasmocitária.

Portanto, mieloma múltiplo de cadeias leves K, tendo sido proposta quimioterapia e posterior transplante autólogo.

Apenas 20% dos doentes têm secreção somente de cadeias leves, detetadas através do doseamento na forma livre e na imunofixação sérica/urinária. Este caso torna-se interessante não só por esse facto mas também por se tratar de um diagnóstico raro num adulto jovem e que não deve ser desprezado uma vez que na maioria dos casos se apresenta em estadios avançados.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno D 17:30 - 18:30

PO066

1246 UM CASO RARO DE TUMOR DOS ANEXOS CUTÂNEOS

Inês Branco Carvalho, Margarida Pimentel Nunes, David Prescott, Ana Isabel Brochado, Isabel Montenegro Araújo, Beatriz Donato, Rita Sérgio, José Luis Ferraro, Salomão Fernandes, Adriana Paixão Fernandes, Carla Araújo, António Martins Baptista, José Lomeli
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução

o hidradenocarcinoma é um tumor maligno intradérmico da glândula sudorípara, muito raro, representando cerca de 6% dos tumores écrinos. Surge como uma lesão solitária "benigna", assintomática, cujo tamanho se mantém estável ou aumenta lentamente. Contudo, a determinada altura, por mecanismo desconhecido, o tumor torna-se agressivo com crescimento regional ou metástases à distância. O prognóstico geralmente é desfavorável, com uma taxa de sobrevida aos 5 anos <30% e 50% de recorrência local. Metástases têm sido reportadas em mais de 60% dos doentes nos primeiros 2 anos. O tratamento mais adequado será a excisão local com dissecação dos gânglios regionais e RT adjuvante nos tumores moderadamente ou pouco diferenciados. QT tem sido pouco utilizada e a sua eficácia ainda não está estabelecida.

Caso clínico: homem de 77 anos, autónomo, com história de bypass femoral esquerdo, hipertensão arterial, dislipidemia, síndrome depressivo, tabagismo progressivo. Recorreu à urgência em Maio/2017 por massa cervical esquerda com 1 semana de evolução, sem outros sintomas. Objectivamente massa cervical dura com cerca de 5cm, aderente aos planos profundos, indolor e com ligeiro eritema cutâneo associado. Realizou ecografia: adenopatia de contornos irregulares e ecoestrutura heterogénea, de 44mm de maior eixo, com vascularização e uma pequena área liquefeita com 9mm no seu interior. Ficou internado para estudo etiológico. Realizou TC do pescoço que mostrou conglomerado adenopático, de provável natureza neoplásica com 39 x 35 x 45mm. Outros exames complementares (TC toraco-abdomino-pélvica e EDA) sem evidência de neoplasia. Foi submetido a biópsia incisional com identificação de carcinoma pouco diferenciado, não queratinizante, positivo para p63, EMA e negativo para p16, CK7, CK20. Sugerido estudo da orofaringe que foi negativo. Fez PET também sem evidência de tumor primário. Admitido tumor otorrinolaringológico oculto, pelo que iniciou QT neoadjuvante com paclitaxel/carboplatina, tendo realizado 3 ciclos,

com boa resposta documentada em TAC de setembro/2017. Em Outubro foi submetido a cirurgia e esvaziamento ganglionar cervical esquerdo, identificando-se hidradenocarcinoma basaloide pT1pN0cM0 com bordos cirúrgicos livres e sem invasão linfo-angio-neural. Submetido a RT adjuvante entre 08/01/18 e 21/02/18 com boa evolução. O doente manteve seguimento em consulta de Oncologia, ORL e Medicina Interna, sem evidência de recidiva até à actualidade.

Discussão: este caso reporta uma entidade clínica rara e ainda não completamente esclarecida, pelo que o seu diagnóstico constituiu um verdadeiro desafio. Demonstra a importância de uma abordagem clínica holística e multidisciplinar, com uma boa articulação entre os profissionais de diversas especialidades. É ainda ilustrativo da importância de um diagnóstico e tratamento precoces para a melhoria da sobrevida e qualidade de vida do doente, embora a doença por si tenha um prognóstico bastante desfavorável.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno D 17:30 - 18:30

PO067

1996 HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA: UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE MIELOMA MÚLTIPLO

Raquel Fontes, Daniela Dantas Rodrigues, Emanuel Costa, Margarida Robalo, Joana Sotto Mayor, André Santa Cruz, Sofia Esperança, Carlos Capela
Hospital de Braga

INTRODUÇÃO

O mieloma múltiplo é uma doença caracterizada pela proliferação neoplásica de plasmócitos na medula óssea, com uma apresentação clínica variável. Derrame pleural e envolvimento pulmonar difuso são considerados sinais muito raros.

CASO CLÍNICO: Sexo feminino, 70 anos de idade. Autónoma. Antecedentes de hipertensão arterial, fibrilhação auricular hipocoagulada, diabetes mellitus, dislipidemia e patologia osteoarticular. Recorreu ao SU dispneia para pequenos esforços e acessos de tosse, tendo sido medicada com levofloxacina para infecção respiratória. Nessa altura verificava-se aumento dos parâmetros inflamatórios, hemoglobina de 9,1 g/dl e creatinina de 1,4 mg/dl. Por manter queixas de dispneia, com dificuldade na realização de actividades de vida diária e sintomas constitucionais progressivos (astenia, adinamia e anorexia), recorreu novamente ao SU, 15 dias após. Negava febre, hipersudorese, perda de peso ou alterações urinárias. O exame físico era normal. Analiticamente, destacava-se hemoglobina 8,7 g/dl e creatinina 3,0 mg/dl, exame sumário

de urina com leucoeritrocitúria e ecografia renal normal. O radiograma de tórax mostrou discreto reforço hilar bilateral. Gasimetricamente com hipoxemia ligeira, sem causa aparente. A doente ficou internada no Serviço de Medicina Interna por anemia normocítica/normocrômica, lesão renal aguda e insuficiência respiratória de novo. No primeiro dia de internamento, apresentou episódio de dispneia súbita, com baixa saturação periférica de oxigénio e crepitações bilaterais, interpretado como edema agudo do pulmão, mas sem resposta à terapêutica habitual. As análises revelavam novo agravamento da anemia e da função renal, com procalcitonina e marcadores de necrose miocárdica normais. Foi então colocada a suspeita clínica de hemorragia alveolar difusa, confirmada por TC do tórax. Perante a suspeita de síndrome pulmão-rim, a doente iniciou bólus de metilprednisolona e foi transferida para a unidade de cuidados intermédios, inicialmente com necessidade de VNI. Realizou broncofibroscopia, com lavado broncoalveolar com intensa pigmentação hemossidérica, Perls fortemente positivo. No estudo analítico complementar destacava-se hipercalcemia, VS aumentada, ANCA's, ANA's, anti-DNA's e anti-MBG negativos, IgG aumentada, pico gama monoclonal na electroforese das proteínas do soro, imunoelectroforese com pico monoclonal IgG/lambda. Os radiogramas do esqueleto revelaram múltiplas lesões ósseas líticas da calote craniana. Realizou biópsia da medula óssea e mielograma que confirmaram o diagnóstico de mieloma múltiplo IgG/lambda. A doente iniciou tratamento com lenalidomida, bortezomib e isatuximab. Actualmente com bom estado geral, sem queixas relacionadas com a doença ou o tratamento.

DISCUSSÃO: Apresentamos este caso pela sua apresentação absolutamente atípica. Na revisão da literatura é possível encontrar apenas três casos em todo o mundo em que se reporta hemorragia alveolar como forma de apresentação de mieloma múltiplo.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno D 17:30 - 18:30

PO068

1812 ADENOCARCINOMA DA MAMA – UMA APRESENTAÇÃO POUCO COMUM

Diogo Canhoto, Joana Duarte, Sara Leitão, Rui Santos, Armando Carvalho

Centro Hospitalar Universitário de Coimbra - Serviço de Medicina Interna, Enfermaria B

Introdução

O padrão de disseminação do adenocarcinoma da mama tem sido alvo de investigação extensa.

O fígado raramente é sede das primeiras lesões secundárias e a prevalência destas é tanto menor quanto menor a expressão axilar da neoplasia. Quando afetado, o prognóstico é particularmente reservado.

Caso clínico: Mulher de 54 anos, admitida na urgência por dorsolombalgia neuropática incapacitante, refratária à analgesia. Tinha um nódulo da mama esquerda em vigilância há 3 anos, BI-RADS 3. Ao exame, retração do mamilo esquerdo, referida como sequela de mastite, nódulo duro e irregular <2cm no quadrante inferior externo da mesma mama, pequena adenopatia axilar homolateral, volumosa hepatomegalia dolorosa e diminuição da força e sensibilidade do membro superior esquerdo. Analiticamente, elevação da fosfatase alcalina e da calcémia (11.3mg/dl). Imagiologicamente, disseminação generalizada de neoplasia, com metastização maciça visceral (hepática, suprarrenal), ganglionar abdominal e óssea (axial e apendicular) de natureza lítica. A necessidade de um diagnóstico etiológico rápido e assertivo tornou-se imperiosa pela rápida elevação da calcémia (Ca²⁺ corrigido 18.3mg/dl), com necessidade de hemodiálise. Para alívio sintomático fez ainda repouso, analgesia e radioterapia dirigida a D4 e D11.

Concorriam para tumor primário o nódulo mamário já conhecido e volumosa massa hepática identificada na ecografia. O primeiro apresentava expressão local fruste, com adenopatia axilar única ipsilateral e discretas adenopatias supraclaviculares de pequenas dimensões. Não se encontrou envolvimento ganglionar contralateral, mediastínico ou hilar pulmonar. Por outro lado, a massa hepática associava-se a extenso compromisso ganglionar abdominal e o estudo por PET-CT distinguia a lesão mamária, discretamente captante, desta massa de elevado grau metabólico em concordância com as restantes lesões identificadas. Os biomarcadores tiveram um contributo modesto (α-fetoproteína normal, CEA 4xLSN, CA15.3 7xLSN, e marcadores neuroendócrinos fortemente positivos: CYFRA21.1 >100xLSN, NSE 30xLSN, cromogranina A 7xLSN). O exame histológico das 2 lesões fez o diagnóstico de carcinoma invasor da mama, de nenhum tipo especial e elevado grau histológico, com marcação para ER (100%, +++), PR (30%, ++), Ki67 (20%) e CERb2 (10%, membranar heterogênea). Apesar do prognóstico reservado, a doente encontra-se sob terapêutica paliativa 5 meses após o diagnóstico.

Discussão: O padrão de disseminação desta neoplasia foi atípico para o carcinoma da mama, que evidenciou um envolvimento locoregional surpreendentemente discreto para uma carga lesional à distância tão extensa. A suspeita de uma neoplasia síncrona foi reforçada por um comportamento metabólico díspar entre o tumor primário e as suas metástases. Os biomarcadores tumorais neuroendócrinos são uma área promissora

e ainda em investigação na neoplasia da mama, estando o CYFRA21.1 em clara relação com lesões mais avançadas e de pior prognóstico.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno D 17:30 - 18:30

PO069

54 FRATURAS VERTEBRAIS - DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

Inês Albuquerque, Iolanda Vieira, Inês Nogueira Costa, Manuela Dias, Jorge Almeida

Centro Hospitalar e Universitário de São João

Introdução

As fraturas vertebrais são frequentes em idosos e mulheres pós-menopausa. Entre as causas mais frequentes destacam-se: a osteoporose, o trauma, processos infecciosos ou neoplásicos. A tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética nuclear (RMN) podem demonstrar algumas características que favoreçam a possibilidade de uma fratura vertebral ter etiologia secundária. No entanto, o diagnóstico histológico deve ser sempre perseguido, dado que o imagiológico tem muitas limitações.

Caso clínico: Mulher de 76 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia, Diabetes Mellitus tipo 2, hiperplasia nodular suprarrenal, artrite reumatóide e esquizofrenia.

Recorre ao Serviço de Urgência (SU) por astenia, anorexia, perda ponderal e lombalgia de agravamento progressivo com 1 mês de evolução. Referia, ainda, obstipação e diminuição de força muscular nos membros inferiores. Ficou internada para estudo.

No internamento, confirmou-se paraparésia flácida e hipostesia dos membros inferiores. Não havia história de traumatismo lombar ou alterações urinárias. De salientar algumas alterações analíticas: hemoglobina 10,9 g/dL normocítica e normocrômica e velocidade de sedimentação dos eritrócitos 114 mm/1^ah. Requisitou-se TC da coluna dorso-lombar, que mostrou destruição dos corpos vertebrais de L2 e L3 com atingimento do respetivo espaço intersomático e densificação dos tecidos moles adjacentes e fratura compressiva de D10. A RMN requisitada de seguida, revelou achados semelhantes e que sugeriam etiologia secundária da fratura ou a presença de processo inflamatório/infeccioso. Requisitou-se, então, biópsia aspirativa guiada por TC (BAT). Realizou pesquisa de neoplasias com metastização frequente para a colunar lombar (mama, pulmão, rim), que foi negativa, cintigrafia óssea de corpo inteiro que relevou apenas fixação do radiofármaco nos locais

compatíveis com fraturas já descritas, estudo endoscópico, ecografia tiroideia. O proteinograma não apresentava pico monoclonal, a pesquisa de cadeias leves séricas e urinárias foi negativa e o metabolismo do cálcio era normal.

O estudo anatomo-patológico e microbiológico não identificou sinais de malignidade ou lesões inflamatórias na amostra enviada, pelo que foi requisitada nova BAT. A segunda amostra enviada teve resultado idêntico, pelo que se partiu para biópsia excisional, cujo estudo também não conseguiu demonstrar presença de células neoplásicas ou agente infeccioso.

Dada a ausência de evidência de processo primário ou secundário, a doente teve alta para o domicílio com lombostato. Até à data, permanece sem outro diagnóstico.

Discussão: Este caso ilustra a dificuldade na distinção imagiológica entre fraturas benignas e/ou secundárias. Dada a investigação prolongada e cruenta a que obriga para exclusão de causas malignas, torna-se muito relevante continuar a desenvolver os métodos de imagem no sentido de se tornarem mais assertivos na avaliação diagnóstica.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno D 17:30 - 18:30

PO070

88 MIOSITE NECROTIZANTE – SERÁ UMA INFILTRAÇÃO NEOPLÁSICA?

Ana Luísa Campos, Daniela Neto, Gonçalo Castelo-Branco, Magda Fernandes, Jorge Cotter

Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães, Serviço de Medicina Interna

Introdução

A infiltração neoplásica do músculo esquelético, embora rara, está descrita por exemplo em casos de cancro da mama com envolvimento ósseo extenso ou na presença de doença disseminada. As miosites por infiltração neoplásica distinguem-se da dermatomiosite, da polimiosite e das miopatias inflamatórias idiopáticas paraneoplásicas. Estas últimas cursam com fraqueza muscular proximal, o que não acontece na miosite metastática.

Descrição do caso clínico: Género feminino, 50 anos. Sem antecedentes patológicos. Recorre à urgência por coxalgia mecânica e edema da nádega e coxa esquerdas com 2 meses de evolução, associadamente com enfartamento pós-prandial, vômitos e emagrecimento de 10Kg em 1 mês.

Ao exame físico apresentava edema da região nadegueira e coxa esquerdas e dor à palpação.

Documentada anemia microcítica/hipocrômica (Hb 6.2 g/dL), trombocitopenia (32.000/ μ L) e em TC toracoabdominopélvico "Fígado contendo múltiplas lesões hipocaptantes (prováveis lesões secundárias). Heterogeneidade óssea difusa, predominante nos ossos ilíacos e na coluna vertebral (provável infiltração secundária). Material gasoso intramuscular na região nadegueira e músculo íleopectíneo à esquerda, sem características específicas (miosite necrotizante), sem coleções líquidas delimitáveis."

Ficou internada por suspeita de neoplasia oculta com metastização óssea e hepática e por miosite necrotizante da nádega esquerda.

Realizou estudo endoscópico onde se observou neoplasia gástrica ulcerada.

Realizou ecografia de partes moles de controlo da miosite necrotizante em dia 8 de antibioterapia com amoxicilina/ácido clavulânico e clindamicina que revelou manutenção das alterações descritas na TC. A doente vem a falecer 6 dias depois.

Discussão: Trata-se de um caso de neoplasia gástrica, com doença disseminada, incluindo óssea, que favorece a hipótese de estarmos perante um raro caso de infiltração muscular neoplásica secundária. Apesar de as imagens de TC levantarem a suspeita de miosite necrotizante, a apresentação e curso clínico não são sugestivos de dermatomiosite ou polimiosite paraneoplásicas, são mais a favor de uma neoplasia gástrica com atingimento multiorgânico que se apresenta como invasão muscular direta com um padrão infiltrativo que mimetiza uma miosite.

A biópsia muscular seria, contudo, fundamental para firmar este diagnóstico. Na miosite por infiltração neoplásica é a própria invasão metastática que causa as alterações inflamatórias musculares, ao contrário da dermatomiosite e polimiosite paraneoplásicas em que o processo é imunomediado e relacionado com a sobre-expressão de antígenos específicos da miosite (MSA) pelas células neoplásicas. Quando o doente se apresenta com uma miosite indeterminada, o índice de suspeição de neoplasia deve, portanto, ser elevado.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno D 17:30 - 18:30

PO071

167 QUANDO UMA QUEDA LEVA AO DIAGNÓSTICO...

Ana Costa, Joana Mendonça, Fernando Esculcas, Jorge Cotter

Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães

Mulher de 79 anos. Previamente autónoma.

Trazida ao serviço de urgência (SU) após episódio de queda durante a noite, apresentando evidência de traumatismo facial à direita e no joelho direito. Já no SU, filha relatava alterações de memória recente, com dois meses de evolução, agravada nos quinze dias prévios à vinda ao SU, com discurso mais lentificado, descoordenação motora e estado confusional. Negava perda de consciência, náuseas, vômitos, cefaleias ou sonolência. Negava alterações visuais, dor torácica, palpitações ou dispneia. Negava parestias ou parestesias nos membros superiores ou inferiores.

Avaliada previamente pelas especialidades de Cirurgia geral e Ortopedia, tendo realizado TC craniano e toracoabdominopélvico.

TC crânio com evidência de múltiplas lesões ocupantes de espaço, sugestivas de processos secundários / metastização. TC TAP com identificação "modularidade vascularizada de contorno irregular com aproximadamente 2,5 cm de maior eixo, de natureza imprecisa, admitindo-se a sua possível relação com uma adenopatia" axilar direita.

Internada ao cuidado da Medicina Interna para investigação de neoplasia primária.

Realizou endoscopia digestiva alta e baixa sem alterações sugestivas de lesão primária; Mamografia BIRADS 2 e ecografia mamária sem lesões suspeitas. Realizou biópsia de adenopatia axilar, compatível com carcinoma invasor da mama, luminal B. Marcadores tumorais CA 15.3: 51,2 (LSN 32,4) e CEA 4,7 (LSN 3,0)

Iniciou radioterapia craniana, ainda durante o internamento. Sem resposta à terapêutica, faleceu três semanas após.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno D 17:30 - 18:30

PO072**302 A PEDRA NO SAPATO**

Rita Ribeirinho, Margarida Jacinto
Hospital Espírito Santo - Évora

INTRODUÇÃO

Os síndromes paraneoplásicas (SPN) são uma condição pouco comum. Podem envolver diversos órgãos e sistemas, mas no que concerne ao sistema nervoso existem síndromes típicas que podem ser a 1ª manifestação de doença oncológica. As neoplasias neuroendócrinas (NE) são produtoras de citocinas, peptídeos biologicamente activos e Ac responsáveis por 15% dos SPN. Os autores descrevem um caso de polineuropatia inflamatória desmielinizante crónica (PIDC) que surgiu com o diagnóstico de Cancro de Células Grandes NE do pulmão.

DESCRIÇÃO DO CASO: Homem, de 63 anos, fumador (50UMA), sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes, com nódulo pulmonar detectado em Rx-tórax, pedida por rotina, 7meses antes do internamento. Realizou TC-torax e biópsia transtorácica que confirmou o diagnóstico de carcinoma NE de grandes células, sem evidência de doença metastática. 2meses antes de ser internado foi submetido a Lobectomia pulmonar superior direita (T2N0M0). No pós-cirúrgico, iniciou quadro de parestesias e diminuição da força muscular (FM) de início no MIE e depois no MID, no sentido ascendente, instalando-se um quadro de paraparésia. 1semana após a cirurgia inicia perda de controlo de esfíncteres, com necessidade de algaliação permanente e obstipação. Foi excluída compressão medular com RM-Coluna, e ausência de evidência metabólica na PET-scan. 2semanas antes do internamento, o quadro neurológico evoluiu para tetraparésia e foi medicada pela Oncologia com dexametasona, sem melhoria. Neste contexto foi encaminhado para a Medicina Interna onde fica internado. No EO destacava-se FM grau 1/5 nos 4membros, com sensibilidade táctil diminuída nos MI, com arreflexia nos 4membros, simétrica. Analiticamente verificou-se anemia macrocítica, sem défice de vitaminas, discreta leucocitose com neutrofilia com PCR baixa e VS de 31mm, função tiroideia normal, serologias para Hepatite B, C, HIV e sífilis não reactivas, sem alteração na electroforese das proteínas ou do doseamento das imunoglobulinas; ANA e ECA negativo, CEA e CA 19,9 negativos. A punção lumbar apresentou pressão de saída normal, com dissociação albuminocitológica (PT 744 mg/dl e 1,6 leucócitos/mm³), com glicose normal. Nessa altura o diagnóstico de PIDC de eventual causa paraneoplásica era o mais

provável. Foi medicado com Ig EV 25g/dia (0,4 g/kg) 5dias com discreta melhoria neurológica com posterior instituição de PND 60mg/dia. O resultado do EMG foi concordante com o diagnóstico PIDC. Em consulta multidisciplinar, a decisão de tentar controlar o efeito da neoplasia com QT foi afastada tendo em conta que só por si agravaria o quadro de polineuropatia.

DISCUSSÃO: A Medicina Interna sempre apresentou grande interesse pela multiplicidade e complexidade de diagnósticos. A objectivo de tratar a doença é uma característica que marca os internistas mas neste tempo de Medicina Baseada na Evidência, deve continuar-se a dar primazia às decisões baseadas nos conhecimentos, experiência e bom-senso.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini III 17:30 - 18:30

DOENÇAS RENAIS**PO107****1429 MIOPATIA COMO APRESENTAÇÃO DE SÍNDROME DE GITELMAN**

Joana Ricardo Pires, Mariana Teixeira, Leonor Naia, Clarinda Neves, Rosa Jorge

Centro Hospitalar do Baixo Vouga - Serviço de Medicina Interna

Introdução

A hipocaliémia é uma alteração eletrolítica com várias etiologias e de espectro clínico alargado. A miopatia secundária é por vezes o primeiro sintoma nos casos graves (<2.5mmol/L) ou de início abrupto. A urgente correção do desequilíbrio eletrolítico é essencial, e a sua gravidade clínica impõe um algoritmo diagnóstico rápido e preciso.

Caso Clínico: Indivíduo do sexo masculino, 36 anos, admitido no serviço de urgência (SU) por dor torácica sem irradiação com agravamento à inspiração profunda associado a mialgias cervicais e dorsais. Antecedentes de psoríase, sob terapêutica tópica, sem artrite. A admissão apresentava pressão arterial 110/69mmHg, eletrocardiograma em ritmo sinusal, QTc 427ms, sem ondas U. Analiticamente com hipocaliémia (2.5mmol/L), alcalémia metabólica (pH 7.52, bicarbonatos 31.2mmol/L) e hipomagnesémia (1.4 mg/dL). O doente negava diarreia, consumo de laxantes, diuréticos ou bebidas energéticas. Foi corrigida hipocaliémia com resolução de queixas álgicas e orientado para consulta externa sob suplementação oral de cloreto de potássio e sulfato de magnésio. Recorreu novamente ao SU, já sob medicação, com novo episódio de toracalgia intensa, observando-se

recorrência de hipocaliémia grave com necessidade de suplementação endovenosa. Foi avaliado em consulta, realizado estudo analítico complementar e, posteriormente iniciada terapêutica com espironolactona. No decorrer do estudo etiológico, procedeu-se à sequenciação de gene SLC12A3 confirmando-se o diagnóstico de Síndrome de Gitelman. Por manter hipocaliémia refratária à terapêutica instituída iniciou indometacina com estabilização dos valores de potássio em 3.1mmol/L.

Conclusão: A Síndrome de Gitelman é uma nefropatia hereditária rara que se caracteriza por uma combinação de alcalose metabólica, hipocaliémia grave com hipomagnesémia significativa e uma excreção urinária de cálcio reduzida. A miopatia é uma forma de apresentação frequente, secundária ao prolongamento do período de inexcitabilidade da membrana muscular, podendo mesmo ocorrer vacuolização de fibras musculares e necrose. A mutação no gene SLC12A3 que codifica o co-transportador de NaCl tiazido-sensível é responsável por esta síndrome. O tratamento assenta na suplementação de potássio e magnésio, diuréticos poupadores de potássio e, em casos refratários, indometacina.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini III 17:30 - 18:30

PO108

683 TUMOR CASTANHO: CONTRA TODAS AS PROBABILIDADES

RUI FLORES, RITA MATOS, MARIA TEIXEIRA, MICKAEL HENRIQUES, JOANA LOPES, MAURÍCIO PEIXOTO, SOFIA CARIDADE

Hospital de Braga

Introdução

A doença renal crónica é uma entidade frequente associada a alta morbimortalidade e com impacto no turnover ósseo. A patofisiologia é complexa e envolve a interação entre o rim, glândulas paratiroides, osso, intestino e vasos. O termo histológico "osteodistrofia renal" é utilizado para alterações da morfologia óssea secundárias a doença renal crónica. Variantes de osteíte fibrosa quística, incluindo o tumor castanho, são atualmente raras em países desenvolvidos.

Caso clínico: Sexo feminino, 70 anos, nacionalidade portuguesa mas trabalhadora emigrante na Austrália. Regressou recentemente a Portugal. Sem registos médicos. Antecedentes de artrite reumatoide, hipertensão e "lesão renal recente por toxicidade a fármacos". Medicada com furosema 160 mg/dia. Recorre ao SU por queixas de dor e edema do punho direito após queda accidental. TC

excluiu fratura. Alta medicada com prednisolona 10 mg/dia e AINE. Encaminhada para consulta de Medicina Interna para seguimento. Apuradas queixas de artralguas generalizadas com limitação funcional e quedas accidentais frequentes, noção subjetiva de baixo débito urinário e edema generalizado. Tem TC-TAP recente, que mostrava "(...) Área suspeita mal definida no ilíaco direito (...)". Encaminhada para o SU. Analiticamente, apresentava disfunção renal (pCr 4,3 mg/dL), anemia normocítica normocrômica (Hb 9,9 g/dL) e elevação da fosfatase alcalina (248 U/L). Repetiu TC, que mostrou "(...) Volumosa hérnia de hiato esofágico com espessamento parietal do segmento herniado (...)". Lesão lítica na asa ilíaca direita com 25 mm (...)". Internamento para estudo de disfunção renal, lesões líticas e anemia. Do estudo realizado, PTH 1848 pg/mL, vitamina D 15 ng/mL e ecografia com atrofia renal bilateral e perda da diferenciação corticomedular. Metabolismo fosfocálcio, eletroforese de proteínas e imunoglobulinas sem alterações. Optou-se por biópsia óssea ecoguiada de lesão do ilíaco. Restante pesquisa de neoplasias sólidas negativa. Resultado histológico com achados compatíveis com tumor castanho do hiperparatiroidismo. Ecografia cervical excluiu massas paratiroideais. Assumido hiperparatiroidismo secundário a doença renal crónica complicado com lesões do esqueleto axial.

Discussão: Uma das manifestações clássicas do hiperparatiroidismo secundário inclui a osteíte fibrosa quística. Os tumores castanhos resultam de atividade osteoclástica excessiva e representam lesões expansivas benignas não neoplásicas. O envolvimento do esqueleto axial é raro. O diagnóstico implica biópsia óssea e o tratamento é dirigido ao metabolismo fosfocálcio. Apresentamos o caso de uma doente em que, uma vez excluído mieloma múltiplo, se ponderou uma neoplasia sólida oculta. A biópsia dirigida às lesões permitiu concluir quanto ao diagnóstico, enquadrado no antecedente de doença renal crónica. Apesar de menos provável, o diagnóstico diferencial de doenças benignas para lesões osteolíticas deve ser sempre equacionado.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Neptuno C 17:30 - 18:30**DOENÇAS RESPIRATÓRIAS****PO056****1081 PNEUMONIA NO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA**

Carina Ramalho, Mariana Almeida, Francisco Gomes, Sílvia Rodrigues, Fátima Campante
Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Introdução

As pneumonias são uma das principais causas de internamento nos serviços de medicina e condicionam aumento da morbilidade e mortalidade dos doentes. Por outro lado, colocam-se questões no que toca à antibioterapia e resistência antibiótica. É importante conhecermos as populações atingidas, bem como a eficácia dos tratamentos que utilizamos.

Objetivos: Avaliar características demográficas dos doentes com pneumonia, bem como a média de internamento, taxa de mortalidade e de reinternamento; perceber quais os antibióticos mais prescritos, bem como a percentagem de falência destes antibióticos e cumprimento das atuais orientações.

Métodos: Estudo retrospectivo através da análise de todos os doentes internados num serviço de medicina entre janeiro e março de 2018 com diagnóstico de Pneumonia (n=163). Os dados foram fornecidos através do Grupo de Diagnósticos Homogêneos do hospital e as informações colhidas através das notas de alta dos doentes e analisadas através do Excel.

Resultados: Durante este período, foram internados 163 doentes com diagnóstico de pneumonia: 94 pneumonias associadas à comunidade; 61 pneumonias nosocomiais (18 doentes com sintomas a partir das 48 horas de internamento; 6 com internamento há menos de 3 meses; 7 transferências; 30 doentes de lares); 2 pneumonias associadas ao ventilador; 6 pneumonias de aspiração. Destes, 84 eram mulheres e 79 homens, com uma média de

78,3 anos (moda:88; mediana: 82), sendo superior no sexo feminino (81,1 anos). Foram isolados microrganismos em 13 doentes, sendo o MRSA o mais frequente. A média de internamento foi de 16,2 dias, comparada com 12,8 dias do serviço. A taxa de mortalidade foi de 25,2%, comparado com os 14,1% do serviço. Durante 2018, foram reinternados 17 destes doentes (10,4%) por patologia respiratória. Nas PAC, o Amoxiclav com

Claritromicina foi a combinação mais usada como primeira linha (25/94 doentes: 26,6%; falência em 9). Destes 94 doentes, 37 necessitaram de switch de antibióticos (22 para Tazobac, 2ª linha mais frequente), dos quais 8 fizeram switch mais do que uma vez. Nas PACS, o Tazobac foi o antibiótico mais utilizado em primeira linha (20/61 doentes: 38,2%;

falência em 4), 21 doentes necessitaram de switch de antibiótico (14 para Tazobac, 2ª linha mais frequente), sendo que 6 fizeram mais que um switch.

Conclusão: Verificou-se um grande número de internamentos por pneumonia durante estes 3 meses, tendo contribuído para o aumento do tempo de internamento e da taxa de mortalidade do serviço. A taxa de reinternamentos é também significativa. As PAC foram as mais frequentes e dentro das pneumonias nosocomiais, foram os doentes de lares. A antibioterapia utilizada em primeira linha foi, em geral, respeitadora das orientações da DGS. Apesar disso existe uma grande percentagem que necessita mais do que uma linha de antibioterapia. De destacar também o pequeno número de isolamentos de microrganismos responsáveis por estas infeções.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini II 17:30 - 18:30**PO094****420 "PNEUMONIA LIPOMATÓIDE"- NEOLOGISMO A PROPÓSITO DE UM CASO**

António Grilo Novais, Maria Lima Costa, Joana Correia, Joana Capelo, António Correia
Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Introdução

As neoplasias, nomeadamente malignas, mesmo em doentes sem fatores de risco conhecidos, podem estar subjacentes a uma pneumonia. Assim sendo, a reavaliação radiológica de uma pneumonia com evolução menos favorável pode ser fulcral na deteção de complicações potencialmente fatais destas (como atelectasias) e/ou da sua causa subjacente.

Caso: Apresenta-se o caso de uma mulher de 61 anos sem antecedentes pessoais de relevo que foi internada por pneumonia lobar direita e insuficiência respiratória aguda hipoxémica. Por manter necessidades de oxigénio suplementar elevadas (apesar de resposta com apirexia e melhoria dos parâmetros de inflamação), repetiu radiografia do tórax. Nesta era evidente imagem compatível

com atelectasia segmentar no campo pulmonar inferior direito. Para melhor esclarecimento desta imagem, fez TC tórax. Este confirmou atelectasia obstrutiva segmentar posterior condicionada por formação endobrônquica no brônquio lobar inferior direito, de 7x7x4mm, homogênea. Em videobroncofibroscopia, mostrou tratar-se de "lesão polipoide regular, rosada e vascularizada. Necessitou de broncofibroscopia rígida para resseção da lesão. O estudo anatomopatológico desta documentou tratar-se de lipoma.

Discussão: No caso da nossa doente, manutenção de insuficiência respiratória levou a suspeição de complicações da pneumonia. A reavaliação em radiografia do tórax levou a suspeição de atelectasia, tendo-se detetado em exame de imagem a causa desta (e da pneumonia), tratando-se felizmente de uma causa benigna que foi resolvida com sua resseção.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini II 17:30 - 18:30

PO095

562 ALEGORIA DA CAVERNA - UM CASO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR COM NECROSE CAVITADA

David Veríssimo, Isabel Luiz, Luís Dias, Júlio Almeida, Magda Costa

Serviço de Medicina 1.2 - Hospital de São José / Serviço de Endocrinologia - Hospital das Forças Armadas - Pólo de Lisboa / Hospital de Guimarães

Introdução

Na União Europeia, em 2007 foram registados cerca de 1,1 milhões de eventos trombóticos, um terço sob a forma de embolia pulmonar (EP). Em Portugal, em 2013, a taxa de incidência de EP foi de 35/100.000 habitantes.

Dos casos de EP, apenas 10% originam enfarte pulmonar e destes só 4-7% originam cavitação. Devido à raridade desta condição, é frequentemente subvalorizada aquando do diagnóstico diferencial de lesão pulmonar cavitada.

Caso Clínico: Homem de 54 anos, com história de tabagismo, alcoolismo e depressão, com 2 internamentos por tentativa de suicídio com intoxicação medicamentosa voluntária; enfarte agudo do miocárdio em 2015 com necessidade de cateterismo e colocação de stent.

Recorreu ao Serviço de Urgência por insónia e ideação suicida, objetivando-se toracalgia direita com irradiação escapular e flanco homolaterais com 1 semana de evolução, sem características pleuríticas. Tosse seca e intolerância a esforços com 2 meses de evolução. Exame objetivo sem

alterações.

Da avaliação complementar a destacar eletrocardiograma com ondas T invertidas em DIII e aVF, aplanadas em DII, com ondas Q em aVF; radiografia de tórax com reforço reticulo-intersticial bilateral e com hipotransparência no lobo superior direito; análises com D-Dímeros 1527µg/dL, sem elevação da troponina; gasimetricamente com alcalose respiratória e hipocapnia, sem hipoxia.

Realizou angio-TC que revelou tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo subsegmentar, multifocal e bilateral; lesão nodular cavitada de 26mm no segmento posterior da base direita, de contornos mal definidos e lesão nodular cisural de 8mm.

Internado com hipótese diagnóstica de TEP e necessidade de exclusão de infeção respiratória e neoplasia.

Submetido a broncofibroscopia que não revelou alterações macroscópicas; lavado broncoalveolar com pesquisa de Micobactérias, BAAR, TAAN, pesquisa de células neoplásicas, exame direto e culturas negativos. Antigenúrias para Legionella pneumophila e Streptococcus pneumoniae negativas e hemoculturas sem isolamento de agentes.

TC-tóraco-abdomino-pélvica identificou opacidade nodular cisural direita com 13mm, homogênea e de limites bem definidos e opacidade nodular subpleural de 21mm na base direita, com contacto pleural extenso e necrose central, de contornos indefinidos identificados como vasos. Pela diminuição da cavitação e definição de vasos foi assumida necrose cavitada decorrente de TEP.

Discussão: Apesar da avaliação clínica, analítica e imagiológica evidenciar o quadro de TEP, a presença de uma lesão cavitada de contornos irregulares, localizada na periferia do lobo, em contacto aparente com a pleura, sugeriu a sobreposição de infeção ou neoplasia. Após a exclusão de uma causa infecciosa e melhoria imagiológica da lesão, com redução do seu lúmen e a evidência de vasos circundantes, o diagnóstico de necrose cavitada subsequente ao próprio TEP tornou-se evidente.

O caso relatado mostra a dificuldade do diagnóstico diferencial de lesões pulmonares cavitadas.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini I 17:30 - 18:30

DOENTE GERIÁTRICO**PO075****2167 PREVALÊNCIA DA DEMÊNCIA NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA**

Cristina Torrão, Daniela Barroso, Guiomar Pinheiro, Carolina Silva, Luísa Serpa Pinto, Ana Rita Cruz, Paulo Paiva, João Araújo Correia

Centro Hospitalar Universitário do Porto

INTRODUÇÃO:

Os doentes com demência, pela sua fragilidade inerente (idade avançada, presença de pluripatologia), são muito suscetíveis a intercorrências médicas, e frequentemente encontrados em regime de internamento hospitalar.

OBJECTIVO:

Caraterização dos doentes com demência internados num serviço de Medicina.

MÉTODOS:

Estudo de coorte retrospectivo, com uma amostra aleatória de doentes internados numa enfermaria de Medicina Interna entre 01-01-2018 e 31-12-2018. Foram selecionados os doentes internados em camas escolhidas aleatoriamente numa enfermaria e incluídos para análise os doentes com demência.

RESULTADOS:

Foram incluídos 417 doentes durante o período do estudo, dos quais 27.1% (n=113) apresentavam demência. A maioria eram mulheres (59.3%, n=67), apresentavam uma idade média de 82.8 anos (DP+11.8) e estiveram internados em média 18.2 dias (DP+19.8). Em termos funcionais, a maioria dos doentes apresentava-se em situação de dependência total, com Karnofski performance status (KPS) médio de 39% (DP+13%). Quanto à etiologia da demência, não foi efectuado estudo etiológico em quatro doentes. Dos restantes, na maioria dos casos, a demência foi assumida como sendo de causa vascular (76%, n=83) seguida da demência de Alzheimer (20%, n=22). Apenas dois doentes apresentavam uma causa possivelmente reversível de demência, nomeadamente um doente com défice de vitamina B12 e outro com neurosífilis.

A mortalidade durante o internamento foi de 23% (n=26). Dos doentes não falecidos, a maioria retornou ao domicílio mantendo os cuidadores habituais (58%, n=50), um quarto foi orientado

para Lar (23%, n=20) e os restantes orientados para a rede de cuidados continuados integrados.

CONCLUSÕES:

Praticamente todos os doentes com diagnóstico de demência foram submetidos a estudo etiológico. Este facto reflete que os médicos assistentes estão formados e sensibilizados para a importância da abordagem inicial do síndrome demencial.

A prevalência de demência foi superior a um quarto dos doentes internados, um valor elevado expectável. O tempo médio de internamento destes doentes foi praticamente o dobro do tempo médio de internamento do Serviço onde do estiveram internados. Estes doentes representam, assim, um peso considerável em encargos para o centro hospitalar e o serviço que os acolhe.

A maioria dos doentes com demência retornou ao domicílio, mas muitos necessitaram de ser admitidos em lares (alguns deles por motivo social) ou em unidades da rede nacional de cuidados continuados integrados. Isto significa que mesmo após a alta, estes doentes continuam a representar encargos consideráveis para o sistema público de saúde. É fundamental um entendimento desta problemática, para que se dediquem recursos em saúde (físicos, humanos e financeiros) que sejam suficientes para as necessidades da nossa população.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini II 17:30 - 18:30

PO087**1202 CARACTERIZAÇÃO DE DOENTES TOTALMENTE DEPENDENTES ADMITIDOS NO INTERNAMENTO DE MEDICINA INTERNA E SUA MORTALIDADE**

Pedro Magalhães, Gabriel Atanásio, Ema Neto, Filipa Sousa, Tiago Fernandes, Agripino Oliveira, Rafaela Veríssimo

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho

INTRODUÇÃO

O envelhecimento acarreta frequentemente dependência, isto é, a impossibilidade de realizar, de forma independente, atividades do quotidiano à medida que se envelhece. A dependência no doente idoso é frequentemente derivada de uma ou mais doenças crónicas, refletindo uma perda global das funções fisiológicas face ao processo de senescência.

OBJETIVO: Os doentes totalmente dependentes são frequentadores assíduos dos serviços de urgência, com internamentos recorrentes, elevada mortalidade, não havendo literatura suficiente sobre os motivos de internamento e mortalidade.

Pretende-se avaliar esta tipologia de doentes numa unidade hospitalar, no que concerne a dados epidemiológicos, motivo de internamento, duração de internamento, comorbilidades e mortalidade.

MÉTODOS: Estudo retrospectivo de doentes admitidos numa enfermaria de medicina geriátrica durante três anos, classificados funcionalmente pelas escalas de KATZ e mRankin como totalmente dependentes nas Atividades de Vida Diárias.

RESULTADOS: Foram avaliados 460 doentes, com média de idades $86 \pm 6,8$ anos, predomínio feminino (69,6%). Demora média 10,8 dias, mediana 8 dias. A mortalidade intra-hospitalar foi de 129 doentes (28%). Quanto às causas de mortalidade prevaleceu a infecção respiratória (45,9%; n=211), infecção urinária (18,9%; n=87), distúrbios hidroeletrólitos (10,2%; n=47), insuficiência cardíaca (5,4%; n=25), neoplasia (2,8%; n=13), acidentes vasculares cerebrais (2,2%; n=10), exacerbação de doença pulmonar crónica (1,7%; n=5) e lesão renal aguda (1,1%; n=5). Ao fim de 1 mês pós internamento a mortalidade é de 38,91% (n=179), aos 6 meses 60% (n=273) e ao fim de 1 ano 69% (n=305);

CONCLUSÕES: O aumento da esperança média de vida não significa qualidade de vida, podendo trazer anos adicionais de situação de dependência. Conhecer o grau de incapacidade funcional dos sujeitos com dependência é fundamental, pois ajuda a determinar os cuidados necessários. As escalas de capacidade funcional são úteis no domínio clínico para avaliar a evolução dos doentes em internamento. A mortalidade intra-hospitalar é elevada nos doentes totalmente dependentes, mas também no primeiro ano pós internamento, questionando-se a futilidade de algumas terapêuticas e a importância do início de medidas paliativas.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini III 17:30 - 18:30

PO105

810 ALUCINAÇÕES VISUAIS - UMA SOLUÇÃO SIMPLES PARA UM PROBLEMA COMPLEXO

Alexandra Esteves, Ana Carvoeiro, João Pais, Paula Felgueiras, Diana Guerra, Carmélia Rodrigues
Unidade Local de Saúde do Alto Minho

INTRODUÇÃO

A avaliação de alucinações visuais complexas, implica o estudo impreterível de encefalopatias metabólicas, intoxicações por tóxicos ou medicamentosas.

CASO CLÍNICO: Mulher de 89 anos. Autónoma, com antecedentes de tiroidectomia em 1981 e de degenerescência macular (mantém apenas visão periférica), sem patologia neuropsiquiátrica pessoal ou familiar conhecida. Recorre ao SU por quadro alucinatório visual e tátil e astenia de agravamento progressivo com várias semanas de evolução. Alucinações complexas, apesar de manter juízo crítico, com noção de agravamento em ambientes com baixa luminosidade. Ao exame físico e neurológico sem tremor, rigidez ou espasmos musculares, tendo sido constatada hipocalcemia severa (5,8g/dL) tendo iniciado reposição ainda no SU. Consideradas alucinações em doente com privação visual, com delírio/ideias sobrevalorizadas secundárias, mas com juízo crítico parcialmente presente em provável contexto de Síndrome de Charles Bonnet com delírio secundário. Orientada para a consulta onde estudo complementar revelou melhoria ligeira da hipocalcemia, mas com paratormona (PTH) em níveis normais e défice severo de vitamina D e elevação da fosfatase alcalina, na ausência de hipomagnesemia ou de alteração da função renal. Com a terapêutica antipsicótica e suplementação instituída, melhoria do estado cognitivo sem novos episódios de alucinações e sendo capaz para a maioria das AVD e com estabilidade dos valores de cálcio (Ca: 8,6mg/dL) sob suplementação oral.

DISCUSSÃO: O hipoparatiroidismo crónico não diagnosticado nem medicado tem graves consequências a longo prazo, a nível esquelético, ocular e do sistema nervoso central com manifestações extrapiramidais conhecidas relacionadas com o desenvolvimento de parkinsonismo e demências. Nestes casos está descrita melhora do estado cognitivo com a reposição de vitamina D, pelo que o diagnóstico é essencial no prognóstico destes doentes.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini III 17:30 - 18:30

PO106

928 PREVALÊNCIA DE POLIFARMÁCIA E DE FÁRMACOS POTENCIALMENTE INAPROPRIADOS NUMA POPULAÇÃO EM IDADE GERIÁTRICA

Francisca Abecasis, Mafalda Sequeira, Joana Santos, Bárbara Saraiva, Henrique Santos
Serviço de Medicina Interna - Hospital Garcia de Orta

Introdução

O aumento da esperança de vida condicionou um maior grau de complexidade dos doentes avaliados pelo Internista. A pluripatologia e o aumento da fragilidade leva a que a polifarmácia (PF), definida

como prescrição de cinco ou mais fármacos, seja um problema de saúde pública.

São vastamente conhecidos os efeitos adversos da prescrição de fármacos potencialmente inapropriados (FPI) em idade geriátrica. O Internista, tendo um papel central na gestão do doente idoso, deverá estar atento a esta problemática contribuindo para o aumento do número de anos com qualidade de vida.

Objetivo: Avaliar as características de prescrição numa população geriátrica e o papel do Internista na contribuição para redução da polifarmácia e uso de FPI.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo com amostra constituída por 100 doentes com idade igual ou superior a 65 anos internados num serviço de Medicina Interna entre Dezembro de 2018 e Fevereiro de 2019. Os FPI foram determinados de acordo com os critérios de Beers de 2015. Os dados foram obtidos através dos registos clínicos e relatórios de alta. A análise estatística foi realizada com o programa Microsoft Excel.

Resultados: Dos doentes analisados 51 eram do sexo masculino e a idade média foi de 81,26 anos revelando uma importante expressão de doentes muito idosos (idade igual ou superior a 80 anos) (58%). No que respeita ao grau de autonomia prévio 43 doentes eram autónomos, 22 totalmente dependentes e os restantes dependiam parcialmente de terceiros.

No que se refere ao acompanhamento médico prévio: 27 doentes eram seguidos em consulta de Medicina Interna, 55 pelo médico de família, nove em consulta hospitalar de outra especialidade e nove em consulta privada.

Previamente ao internamento, 85% dos doentes estavam polimedicados (máximo 18 classes farmacológicas) sendo que apenas três doentes não tinham qualquer FPI prescrito. A média de fármacos à admissão foi 8,15. Os FPI mais frequentes foram os diuréticos (em 52 doentes), os antiagregantes (42 doentes) e os inibidores da bomba de protões (32 doentes). Treze doentes estavam medicados com 3 ou mais fármacos com ação direta no sistema nervoso central.

À data de alta a média de fármacos prescritos para ambulatório foi de 7,95, mantendo-se uma elevada taxa de PF (86% dos doentes).

Foram suspensos FPI em 32 doentes e destes em 21 o motivo para suspensão foi considerar tratar-se de um FPI (em oposição a outro motivo clínico). Em média foram prescritos para ambulatório 2,7 FPI.

Conclusão: Pretende-se evidenciar com este trabalho a elevada prevalência de PF na população idosa estudada, alertando para os potenciais efeitos indesejáveis de algum dos fármacos prescritos,

particularmente os FPI.

No momento de alta hospitalar deverá ser estimulada a revisão terapêutica, prática por vezes negligenciada na atividade quotidiana.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini I 17:30 - 18:30

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO / NOVAS FORMAS DE CUIDADOS

PO082

873 A DOR (NÃO) É NOSSA

Isabel Taveira, Tiago Fiuza, Leonor Gama, Monika Dvorakova, Cláudia Vicente, Teresa Bernardo, José Sousa e Costa

Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, Serviço de Medicina Interna

Introdução

A dor é uma experiência sensorial ou emocional desagradável, associada a lesão tecidual real ou potencial, tendo sido definida como o 5º sinal vital pela DGS em 2003. Atualmente, em Portugal, a Dor Aguda é a principal causa de admissão hospitalar e a Dor Crónica afeta 37% da população adulta portuguesa, o que demonstra a importância de um adequado controlo da dor, não só para a qualidade de vida a nível individual, como também a nível económico (populacional).

Objetivos: Caracterizar a incidência de dor em doentes internados no Serviço de Medicina Interna e a terapêutica analgésica prescrita.

Material e Métodos: Estudo observacional, transversal, realizado a 23 de Janeiro a todos os doentes internados no Serviço de Medicina Interna. A dor foi avaliada com recurso à Escala Visual Analógica (EVA) e à escala Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) nos doentes não comunicantes.

Resultados e Conclusões: O estudo incluiu 51 doentes, 63% homens (n=32), com uma mediana de 81 anos de idade (mín 42; máx 100). A maioria foi admitida por patologias infecciosas (n=31), 3 doentes tinham doença oncológica ativa, 3 doença oncológica pregressa (tratada e sem evidência de recidiva). 39 Doentes tinham capacidade cognitiva íntegra no momento da entrevista, tendo a dor sido avaliada com recurso à EVA. No momento do estudo, 51% dos doentes apresentava dor, 14 dos quais de intensidade ligeira (intensidade 3 ou inferior). Da população avaliada, apenas 37 doentes tinham prescrição de analgesia, a maioria dos quais apenas em SOS (86%). Apesar da presença de dor, só 19 doentes tinham fármacos analgésicos prescritos.

Destes, realça-se em particular o grupo de doentes com dor moderada a intensa (intensidade 4-10), em que apenas 25% (n=3) tinha terapêutica adequada à intensidade da mesma.

Conclusão: Apesar da subjetividade da dor, o seu controlo deveria ser prioritário. Com todas as limitações inerentes, os autores pretendem sensibilizar a comunidade médica para a importância e o impacto do controlo da dor, independentemente da etiologia, no país onde a prescrição de fármacos opióides se mantém como a mais baixa da Europa.

Porque a dor não é nossa, mas a obrigação de a controlar sim.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini I 17:30 - 18:30

PO084

1214 QUEM CAI NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA?

Catarina Pires, Teresa Ferreira, Ana Cunha, José Sousa, Afonso Rodrigues, Patrícia Cachado, Teresa Garcia, António Sousa Guerreiro

Unidade Funcional de Medicina 4 - Hospital de Santa Marta - Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introdução

As quedas em doentes internados são eventos frequentes, com uma incidência de 40% em alguns estudos e, na maior parte das vezes, evitáveis. Podem resultar em lesões físicas com múltiplos graus de gravidade e culminam geralmente num prolongamento do tempo de internamento com todos os seus problemas inerentes. A maioria dos centros tem programas de prevenção de quedas que passam pela avaliação do risco, relato de incidente e tomada de medidas para evitar novos eventos.

Objetivo: Avaliar a incidência e os fatores predisponentes de quedas em doentes hospitalizados.

Material e Métodos: Foram reunidos os relatos de incidente relativos a quedas no período de um ano num serviço de Medicina Interna e nesses doentes foram avaliados o contexto da queda, a gravidade da lesão, o período do dia em que ocorreu e a terapêutica prescrita.

Resultados: Em 2018 houve 1085 doentes internados no nosso serviço e 38 relatos de incidente de queda. Nos doentes que caíram, o tempo médio de internamento foi de 22,63 dias, cerca de 10 dias a mais do que o tempo de internamento médio no serviço. Relativamente às quedas relatadas, 98% ocorreram dentro do serviço. 71% das quedas não foram presenciadas

e 94,8% ocorreram em doentes não autónomos. 50% das quedas ocorreram no período da manhã e a maioria foi com nenhuma ou ligeira gravidade (84%). Dos doentes que caíram, 51% tinham elevado risco de queda à entrada no internamento. Destes doentes, 50% tiveram alta medicados com neuroléticos e 30% com benzodiazepinas.

Conclusão: No nosso serviço é avaliado o risco de queda do doente em todos os internamentos. Após esta avaliação são tomadas medidas para evitar as quedas do doente, que passam pela gestão do seu espaço físico, aumento da vigilância e pela otimização do calçado e auxiliares da marcha. Ainda assim, as quedas são um problema presente no quotidiano das enfermarias e muitas delas não são presenciadas embora ocorram maioritariamente no período da manhã. Para além disso, a maioria das quedas ocorreu em doentes que já tinham um elevado risco de queda à admissão no internamento, o que torna premente a necessidade de reavaliar e atualizar as medidas de prevenção de quedas atuais. Relativamente à terapêutica, os psicofármacos têm sido implicados no aumento do risco de quedas, algo que também se verificou nesta população.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini II 17:30 - 18:30

PO085

2024 GRUPO DE RESOLUÇÃO DE HIGH USERS

Catarina Bekerman, Catarina Correia, Andreia Mesquita, Carla Menino, Catia Sousa, Joana Luis, Júlio Verissimo, Luisa Soares, Mafalda Dinis, Margarida Freitas, Maria José Guimarães, Pedro Lopes, Susana Saiote
Hospital Garcia de Orta, ACES Almada-Seixal

Introdução

O uso excessivo e/ou inadequado dos Serviços de Urgência Geral (SU) é um problema a nível mundial. A média nacional de utilizadores frequentes (UF - com >= 4 episódios de urgência nos últimos 12 meses) é de cerca de 8,6% e representa cerca de 28% do total de episódios de urgência. Os utilizadores muito frequentes ou High Users (HU) definem-se como aqueles que realizaram >= 10 episódios de urgência nos últimos 12 meses.

Com base nesta problemática, foi criado um Grupo de Resolução de High Users (GRHU) composto por assistentes sociais, enfermeiros e médicos com os objetivos de melhorar o encaminhamento e acessibilidade aos cuidados de saúde, promover a gestão integrada de cuidados centrados na pessoa, potenciar uma adequada e efetiva articulação e integração das diferentes estruturas prestadoras de cuidados e otimizar a resposta do SUG aos

utentes urgentes/emergentes.

Metodologia: Foi realizado o estudo e identificadas as necessidades da população de High Users do hospital. Em Julho de 2017, os utentes sinalizados como HU foram distribuídos e analisados pelos elementos do GRHU. Foi construído um Plano Individual de Integração, personalizado e adaptado ao indivíduo de forma holística, considerando as dimensões física, psicológica e social, sendo atribuído um gestor de caso, consoante o perfil de cada um deles. Foram abordados 114 doentes que realizaram cerca de 1500 episódios de urgência ao longo dos 12 meses prévios. As intervenções realizadas consistiram em contactos telefónicos e presenciais com os utentes e/ou com os cuidadores, articulação com os serviços de saúde hospitalares e cuidados de saúde primários, comunidades terapêuticas e instituições de apoio social da comunidade.

Resultados: Verificou-se uma redução média de cerca de 58% dos episódios de urgência dos doentes considerados.

Conclusão: Vários estudos indicam que os utilizadores muitos frequentes do SU são populações de risco com necessidade de intervenção personalizada. Está documentado em ensaios aleatorizados controlados que a figura do gestor de caso é eficiente na abordagem desta problemática e os resultados obtidos reforçam a importância desta metodologia.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini III 17:30 - 18:30

PO101

157 HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA: UMA ALTERNATIVA NECESSÁRIA?

José Vale, Ana Isabel Franco, Catarina V. Oliveira, Isabel Araújo, Denise Sousa

ARSLVT

Introdução

As necessidades crescentes, o aumento dos custos e recursos limitados em saúde são um desafio complexo para os atuais sistemas do sector. Novas soluções de gestão são necessárias para o setor de saúde, especialmente na organização dos cuidados hospitalares. Uma dessas soluções é a hospitalização domiciliária (HD), definida como um cuidado alternativo para fornecer em casa a determinados pacientes, níveis de diagnóstico, cuidados e tratamento semelhantes aos dispensados em meio hospitalar. Os internistas poderão liderar uma reforma dos procedimentos operacionais do hospital pela implementação de estratégias inovadoras de atendimento ambulatorial hospitalar,

porque são provavelmente os médicos melhor posicionados para liderar mudanças estratégicas, sendo experientes em envelhecimento e doenças crónicas e promoção da saúde.

Objetivo

Revisão narrativa do impacto da HD nos custos, segurança, satisfação, readmissão e ganhos em saúde. Fornece-se também uma visão histórica, aborda-se diferentes modelos de organização, seleção de pacientes e discute-se a literatura principal sobre HD para exacerbações de insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crónicas.

Material e Métodos

Adoptou-se a combinação de termos de busca "Hospital at Home" AND "Chronic Heart Failure" AND "Chronic Obstructive Pulmonary Disease" nas bases de dados PubMed, Cochrane, Google Scholar e Embase. Títulos e resumos foram verificados para descrições de programas de HD e seguidamente os artigos completos foram selecionados para a síntese deste artigo.

Resultados

A HD tem o potencial de diminuir a ocupação de camas hospitalares, diminuir os custos operacionais, reduzir o risco de complicações do internamento hospitalar e promover a independência e a satisfação do paciente. O conceito de HD engloba diferentes níveis internacionais de esquemas operacionais e organizativos. As patologias mais comuns tratadas em regime de HD são celulite, exacerbações da doença pulmonar obstrutiva crónica e bronquiectasias, tromboembolismo venoso, úlceras de pé diabético que requerem antibióticos intravenosos. A HD serve de articulação entre os cuidados primários e hospitalares.

Conclusões

Vários exames e tratamentos podem ser realizados em casa. É essencial a seleção adequada de pacientes, usando critérios clínicos rigorosos e sociofamiliares. Apesar de a HD se apresentar como uma alternativa confiável, gerando múltiplos benefícios tanto para o paciente como para o sistema de saúde, a formulação de um modelo bem definido é necessária antes da sua ampla implementação. Pesquisas futuras deverão incidir em avaliações rigorosas de esquemas alternativos aos internamentos, seleção criteriosa de pacientes, efeitos na readmissão, mortalidade e custos a longo prazo. Noutro espectro, os coeficientes de ponderação que refletem os custos esperados com o tratamento de um doente típico deverão ser discutidos perante este novo modelo operacional.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini I 17:30 - 18:30**URGÊNCIA / CUIDADOS INTERMÉDIOS****PO077****998 PROTOCOLO DE ATUAÇÃO NO AVC HEMORRÁGICO NUM HOSPITAL SEM NEUROCIRURGIA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

João Alexandre Tavares, Mário Parreira, Ana Emídeo, Patrícia Carneiro, Carolina Palma, Ricardo Pereira, Ermelinda Pedroso

Centro Hospitalar de Setúbal

Homem de 39 anos com antecedentes de hipertensão arterial não controlada, obesidade e tabagismo. Recorre ao serviço de urgência do por quadro súbito de náuseas, vômitos e cefaleia intensa, com instalação progressiva de diminuição da força muscular no hemicorpo esquerdo. À admissão com hemiparesia esquerda de grau 2/5 e perfil tensional hipertensivo (230/130 mmHg). TC-CE revelou volumoso hematoma lobar direito agudo com edema perilesional, rutura para o sistema ventricular com significativo efeito de massa, apagamento sulcal difuso do hemisfério direito e desvio da linha média para a esquerda de 8 mm. Apresentava ainda apagamento da cisterna supra-selar, báscula do mesencéfalo e herniação subfalcial anterior. Transferido para Hospital Garcia de Orta (HGO) ao cuidado da Neurocirurgia (NC), tendo realizado drenagem de hematoma, com posterior extubação e transferência para a Unidade de Cuidados Intensivos. Inicialmente com evolução neurológica desfavorável e necessidade de re-intubação para proteção da via aérea. Evolução neurológica lenta, acompanhada de agitação, com necessidade de traqueostomia. Hemiplégia esquerda que, sob reabilitação intensiva apresentou melhoria progressiva, permitindo encerramento da traqueostomia e referência para Centro de Reabilitação de Alcoitão. Regressou ao CHS após cerca de 2 meses.

A hemorragia intracerebral espontânea (HIC) representa cerca de 10-15% do total de acidentes vasculares cerebrais, apresentando um prognóstico vital mais sombrio, com uma mortalidade a 30 dias de 35-52%, independente da sua etiologia primária. A rápida identificação, estabilização e orientação destes doentes à luz das recomendações mais recentes é fundamental e tem grande impacto no prognóstico. Este facto é ainda mais verdade em hospitais sem apoio de NC, em que a otimização das medidas médicas é fundamental e os atrasos na transferência destes doentes, muitas vezes por razões não clínicas, pode ser desastrosa. Assim,

torna-se essencial a existência de protocolos de atuação clínica rápida e facilmente aplicáveis. Estes devem incluir não apenas a estabilização segundo ABCDE, com a proteção da via aérea à cabeça, mas também as medidas médicas e não médicas de controlo do perfil tensional, reversão da anticoagulação e controlo da pressão intracraniana ou ainda a profilaxia da convulsão e a redução do risco de aspiração. Finalmente é fundamental assegurar a rápida articulação com o hospital de referência com NC, bem como a transferência do doente para tratamento definitivo em caso de indicação e/ou instituição de medidas invasivas de monitorização. Assim, em colaboração com um serviço de NC, estabeleceu-se um protocolo de atuação adequado à realidade clínica dos hospitais sem NC.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini II 17:30 - 18:30**PO086****234 PNEUMOTÓRAX NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

Miguel Alves, Raquel Gil, Rita Silva, Maria João Castro, Rita Lopes, Diana Fernandes, Margarida Coelho, Tiago Ceriz, Sergio Alves, Adelaide Esteves, Eugénia Madureira
ULS NORDESTE - Hospital de Bragança

Introdução

O pneumotórax é uma urgência médica, relativamente comum, definida pela presença de ar ou outro gás na cavidade pleural. Pode ocorrer espontaneamente como resultado de doença ou lesão do tecido pulmonar, rutura de uma bolha subpleural, secundariamente trauma ou punção da parede torácica. A célere identificação e tratamento são essenciais para reduzir as comorbilidades associadas a esta patologia.

Objetivos: Caracterizar a população com pneumotórax (espontâneo primário ou secundário e adquirido traumático ou iatrogénico) diagnosticado no serviço de urgência no período de 2015-2018, identificando fatores de risco de recidiva para pneumotórax e assim como a estratégia terapêutica estabelecida.

Material e métodos: Estudo retrospectivo e descritivo de doentes com o diagnóstico de pneumotórax entre 2015 e 2018. Foram analisados os respetivos episódios de urgência e recolhidas as variáveis: tipo de pneumotórax, sexo, hábitos tabágicos, idade, patologia pulmonar prévia, pneumotórax prévio e tipo de tratamento instituído. Foi revisto o processo único de cada doente para verificar a sua evolução e recidiva.

Resultados: Foram identificados 66 episódios de

urgência com o diagnóstico de pneumotórax, sendo 61 espontâneos (92,42%), 5 não-espontâneos (7,58%). No grupo dos pneumotórax espontâneos 42 (63,64%) foram primários, sendo a patologia asmática a mais prevalente identificada em (14,29%). Relativamente aos espontâneos secundários 19 (28,79%), dos quais a doença pulmonar obstrutiva crônica foi a patologia pulmonar mais prevalente com 9 (47,37%), 4 (21,04%) com enfisema, 4 (21,04%) hipertensivo, 2 (10,53%) catamenial. Os episódios de urgência correspondem a 54 doentes sendo 40 homens e 15 mulheres. A idade média de diagnóstico foi de 41,68 anos, (homens $29.9 \pm 3,2$, mulheres $39 \pm 3,2$), 46,97% de fumadores, 15,15% de ex-fumadores, 22,73% com doença pulmonar prévia e 44,44% com pneumotórax prévios. Foi realizado tratamento conservador em cerca de 19,7%, aspiração em 4,5% com expansão total ou parcial em 0%, dreno torácico em 66,67% com 75% de expansão total, 18,18% parcial e 6,82% falência terapêutica, tratamento cirúrgico em 9,13%. No grupo recidivante o tratamento cirúrgico foi usado em 60% das vezes.

Conclusões: Confirma-se pneumotórax espontâneo primário como principal tipo, com fatores de risco bem definidos como o sexo masculino e a idade jovem em adultos. Relativamente ao pneumotórax espontâneo secundário a doença pulmonar obstrutiva crônica é a patologia mais frequente. O risco de recidiva é alto nos doentes com fatores de risco identificados. O tratamento de eleição é o dreno torácico. A cirurgia é o tratamento preferencial na recidiva de pneumotórax principalmente em idade jovem.

24 DE MAIO DE 2019

Sala Gemini II 17:30 - 18:30

PO096

1094 HEMOPTISES DURANTE TORACOCENTESE – COMPLICAÇÃO SIMPLES?

Sofia Furtado, Leonor Soares, Carolina Midões, António Trigo, Marta Torre, Rita Prayce, Umbelina Caixas, Liliana Dias, José Ribeiro

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, Hospital São José

Introdução

A toracocentese é um procedimento seguro, sendo raro complicar com hemoptises (1). Apresentamos um caso que ilustra a importância de ponderar o risco associado às intervenções médicas, pelas suas consequências potencialmente graves.

Caso clínico: Mulher de 73 anos, com história de fibrilhação auricular e cardiopatia isquémica e

valvular com insuficiência cardíaca (IC), portadora de dupla prótese mecânica (aórtica e mitral) e hipocoagulada com acenocumarol (ACO). Admitida no Serviço de Medicina Interna por IC descompensada, com evidência de derrame pleural direito (DPD) de grande volume. Foi submetida a toracocentese com apoio ecográfico na Unidade de Técnicas de Pneumologia para estudo etiológico, após estabilização da IC e INR de 1.24 (bridging com enoxaparina). Procedimento complicado de hemoptises e descida da saturação periférica de O₂, sendo medicada com ácido aminocapróico e 2 unidades de plasma fresco congelado (PFC), com rápida compensação clínica e supressão de hemoptises. Tomografia computadorizada (TC) a mostrar preenchimento por sangue do brônquico intermediário e lobar inferior direitos, que se admitiu como complicação do procedimento e fonte das hemoptises. Face à estabilização clínica, manteve hipocoagulação com ACO e enoxaparina. No dia seguinte, 2 novos episódios de hemoptises, tendo sido suspensa ACO (INR 1.59). Três dias pós-toracocentese, verificou-se hipoxémia de novo, com aumento da dimensão e heterogeneidade do DPD na ecografia torácica, sendo colocada drenagem torácica pela Cirurgia Geral, com saída de 2L de conteúdo hemático compatível com hemotórax; reavaliação por TC a mostrar persistência de hemotórax significativo, associando-se um moderado pneumotórax ipsilateral (o último sem indicação para drenagem). Apesar do suporte transfusional múltiplo, assistiu-se a evolução para choque hemorrágico, com necessidade de suporte vasopressor, secundário a aumento do hemotórax com atelectasia quase completa do pulmão direito e desvio das estruturas mediastínicas (imagem 1A e 1B). Foi submetida a toracosopia vídeo-assistida de urgência com remoção de coágulos e toilette pleural, sem identificação de hemorragia ativa. Evolução favorável, passando a enoxaparina a dose terapêutica em D5 pós-operatório e reiniciou ACO a D17. Mantendo DPD parcialmente coletado, mas sem repercussão cardiorrespiratória, teve alta referenciada a consulta de Cirurgia Torácica, Hipocoagulação e Medicina Interna.

Discussão: Este caso releva o risco de complicações hemorrágicas de procedimentos minimamente invasivos como a toracocentese, que podem ter consequências graves com desfecho fatal. Alertamos para este risco, sobretudo em doentes com forte indicação para hipocoagulação, devendo a sua reintrodução ser gerida caso-a-caso. Chama também à atenção da utilidade crescente da ecografia torácica, quer na avaliação rápida de doentes instáveis, quer no apoio a técnicas, sendo da maior importância manter presente que não anula os seus riscos.

IMAGENS EM MEDICINA

CUIDADOS PALIATIVOS

IMG200

1479 TUMOR A ANTIGA

Alexandra Dias, Cátia Teixeira, Cármem Ferreira, Eva Claro, Maria Aurora Duarte, Fátima Pimenta

Centro Hospitalar do Médio Tejo

O carcinoma da mama é, na Europa, o tumor com maior incidência na mulher. Ao longo dos anos, verificou-se uma tendência para a diminuição da mortalidade, essencialmente devido a dois fatores: maior precocidade no diagnóstico e melhor qualidade do tratamento. Contudo, ainda existe um número significativo de doentes com diagnóstico tardio.

Mulher, de 56 anos, previamente autónoma, com seguimento há cerca de 2 anos na Cirurgia Geral por nódulo da mama após traumatismo. Tinha realizado nessa altura ecografia mamária que documentou "imagem nodular na separação de quadrantes superiores à esquerda com um contorno ligeiramente irregular havendo ecograficamente uma lesão hipoeocogénica irregular, com cerca de 5.5 cm." Neste contexto, foi pedido estudo, que a doente nunca chegou a realizar. Recorreu a consulta externa de Medicina Interna, para estudo de uma anemia normocítica e normocrómica (hemoglobina de 6g/dL). Apresentava queixas de astenia, anorexia e emagrecimento progressivo, com 3 meses de evolução. Sem outras queixas. Encontrava-se acamada, há cerca de duas semanas.

Como antecedentes pessoais apenas a salientar: diabetes mellitus tipo 2 e miocardiopatia hipertrófica.

Ao exame objetivo, a doente encontrava-se consciente, orientada e colaborante. Apresentava caquexia marcada. Ao nível do membro inferior direito apresentava, empastamento, dor a palpação e dorsiflexão do pé, sugestiva de trombose venosa profunda. Eram palpáveis nódulos supraclaviculares esquerdos, axilares e inguinais bilateralmente. A nível da mama esquerda, era visível extensa lesão ulcerada de cerca de 23 cm, com destruição mamilar e exposição de músculo. A doente ficou internada no serviço de Medicina Interna para tratamento paliativo.

O diagnóstico tardio do carcinoma da mama está associado a fatores sociodemográficos e culturais como idade avançada e menor escolaridade, negação da doença, contribuindo para uma apresentação avançada da doença e uma taxa de sobrevivência reduzida.

DOENÇAS AUTOIMUNES E REUMATISMAIS

IMG008

82 O SARAMPO DISFARÇADO DE NET

Joana Almeida Calvão, Mónica Dinis Mesquita, Fernando Salvador, Paula Vaz Marques

Serviço de Medicina Interna do Hospital de Vila Real - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Sexo feminino de 55 anos, com antecedentes pessoais de hipertrigliceridemia, fumadora de 35 UMA e hiperuricemia assintomática, para a qual havia sido medicada com alopurinol cerca de um mês antes de recorrer ao Serviço de Urgência. Nessa altura referia início progressivo de hiperemia conjuntival, rinorreia ligeira e aparecimento de lesões pruriginosas dispersas por todo o corpo com envolvimento palmar e plantar desde há 5 dias. Inicialmente medicada com bilastina, deflazacorte e mometasona cutânea, sem melhoria e com febre e odinofagia de novo desde então. Levantada a suspeita de infeção pelo vírus do sarampo, pelo que lhe foram recomendadas medidas de isolamento no domicílio (PCR do vírus negativa). Contudo, por agravamento da odinofagia, da hiperémia conjuntival com fotofobia e das lesões purpúricas, dolorosas ao toque, foi internada por suspeita de Necrólise epidermolítica tóxica (NET) ao alopurinol. Objetivamente desidratada, hemodinamicamente estável, febril com 38°C, conjuntivas hiperemiadas, com exsudado purulento bilateral e mucosite oral. Apresentava lesões bolhosas dispersas por todo o corpo, mais concentradas na região abdominal e cervical, não poupando a face, palmas das mãos, plantas dos pés e com sinal de Nikolsky positivo, com área de envolvimento corporal de aproximadamente 91%. Do estudo efetuado: analiticamente sem alterações relevantes, autoimunidade negativa, anticorpos anti-pele (BP 180, BP 230, desmogleína 1 e 3, evoplaquina e colagénio tipo VII) negativos, pesquisa de HLA B58:01 positiva. Calculado Score de Scorten, pontuando 2 valores, pela idade e pelo envolvimento corporal >10%, que estima uma taxa de mortalidade associada de 12,1%. Tendo em conta a gravidade e a área de superfície corporal envolvida, iniciou ciclosporina 3mg/Kg e fluidoterapia apropriada e foi contactada uma Unidade de Cuidados Intensivos de Queimados para melhores cuidados, onde manteve a terapêutica inicialmente instituída com melhoria paulatina até ficar assintomática.

IMG016**144 DOENÇA DE PAGET DO OSSO - UM ACHADO RADIOLÓGICO**

Bruno Sousa, Rosa Alves, Tiago Judas

Hospital Garcia de Orta, EPE. Almada

Apresentamos o caso de um doente sexo masculino, 81 anos, independente nas AVDs, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidémia, que numa consulta de rotina no médico de família, terá sido identificada uma elevação anormal da fosfatase alcalina no controlo analítico de rotina, e a presença de uma discreta bossa óssea frontal, com um ano de evolução.

Foi encaminhado para consulta de Medicina interna para estudo etiológico da elevação da fosfatase alcalina. Após exclusão das causas hepáticas, foi pedida radiografia do crânio e posteriormente cintigrafia óssea.

Na radiografia do crânio, podemos observar hipertrabeculação da calote craneana com aspecto algodinoso e indefinição dos contronos, com espessamento da calote. Estes achados radiológicos constituem a apresentação clássica da doença de paget do osso.

Para avaliação da extensão da doença, realizou cintigrafia óssea que mostrou sinais de hiperfixação homogênea na calote craneana, coluna vertebral (D8-D10; L3), bacia, ilíaco, bem como nos ossos longos (Fémur esquerdo e tibia esquerda), sugestivos de doença de paget polioestótica.

Após diagnóstico, iniciou terapêutica com bifosfonatos, estando à data sem alterações analíticas ou sintomatologia associada.

Considerando a doença de paget uma doença com baixa prevalência, apresentação indolente, o seu diagnóstico precoce, em muitos dos casos por achados radiológicos, revela-se importante para prevenir as complicações sistémicas associadas à doença.

IMG021**181 VASCULITE LEUCOCITOCLÁSTICA, IMAGENS NO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

Ana Monteiro, Inês Ferreira, Margarida Silva, Jorge Almeida

Centro Hospitalar de São João, Serviço de Medicina Interna

O envolvimento vascular no Lúpus eritematoso sistémico (LES) é comum. A vasculite de pequenos vasos é a mais comum. Caracteriza-se por um processo inflamatório de vasos de pequeno calibre,

resultante da deposição de imunocomplexos. A manifestação habitual é cutânea, podendo manifestar-se como púrpura palpável, petéquias, lesões papulares, nodulares ou úlceras. Os locais mais comuns de apresentação são as pernas, tornozelos e pés, como no caso apresentado. A etiologia pode ser idiopática, infecciosa, neoplásica, inflamatória, iatrogénica, podendo manifestar-se em algumas doenças do tecido conjuntivo. O diagnóstico pode ser confirmado pelo exame histopatológico, pelo infiltrado inflamatório com neutrófilos fragmentados na parede e necrose fibrinóide. O caso reportado é de um homem de 67 anos, com diagnóstico recente de LES, sem atingimento cutâneo prévio. Apresentou-se com petéquias nas falanges distais das mãos, cotovelos, joelhos e pés de cor vinosa, com relevo, compatíveis com púrpura. Foi realizada biópsia das lesões, que revelou possibilidade de Vasculite neutrofílica, de provável etiologia por doença do tecido conjuntivo.

IMG028**218 PÚRPURA DE HENOC-SCHONLEIN - A PROPOSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Filipa Gonçalves, Marta Cunha, Mariana Formigo, Isabel Trindade, Jorge Cotter

Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães

Introdução

A Púrpura de Henoch-Schönlein é uma vasculite leucocitoclástica que envolve os pequenos vasos. Afeta sobretudo crianças, sendo que 90% dos doentes tem idade inferior a 10 anos. Pode apresentar, mais comumente, envolvimento cutâneo, com púrpura palpável que atinge principalmente os membros inferiores, envolvimento abdominal, com cólicas abdominais ou hemorragia gastrointestinal, e/ou envolvimento articular, entre outros. A fisiopatologia da doença não está completamente esclarecida. Na maioria das vezes apresenta um curso auto-limitado. O tratamento é, geralmente, sintomático; o uso de corticoterapia pode ser necessário, sobretudo quando se verifica envolvimento renal, com nefrite.

As imagens que se seguem correspondem ao caso clínico de um homem, 25 anos, natural de Angola, ex-consumidor de drogas recreativas (cocaína e ecstasy), sem outros antecedentes pessoais de relevo, sem medicação habitual. Recorreu ao Serviço de Urgência por exantema cutâneo maculopapular não pruriginoso dos membros inferiores, com uma semana de evolução, com posterior atingimento dos membros superiores, abdómen e região nadegueira, e que poupava palmas e plantas; associadamente referia dor abdominal com 2 dias de evolução.

Durante o internamento realizou biópsia cutânea com evidência de lesões de vasculite leucocitoclástica,

com a presença de eosinófilos e formação de bolha espongiosa, integráveis no diagnóstico clínico de Púrpura de Henoch-Schönlein.

À data de alta foi encaminhado para Consulta de Medicina Interna, medicado com corticoterapia oral em esquema de desmame.

IMG030

226 GRANULOMATOSE COM POLIANGEITE

Claudemira Pinto, Filipa Silva, Arsénio Barbosa, Inês Marques, Jorge Almeida.

Centro Hospitalar Universitário de São João, Serviço de Medicina Interna

Granulomatose com poliangite (GPA) é uma doença caracterizada por inflamação granulomatosa e vasculite necrotizante de médios/pequenos vasos. As lesões dermatológicas podem ser as manifestações iniciais ou ocorrer mais tardiamente durante o curso da doença, incluem púrpura, principalmente nos membros inferiores, às vezes necrótica, lesões papulonecroticas, nódulos subcutâneos, livedo reticular, ulcerações ou úlceras mucosas/cutâneas e gangrena. Apresenta-se uma mulher de 61 anos que em março de 2018 esteve internada noutro hospital por um quadro de rash macular, lesões eritematosas, rinorreia e tosse hemoptóica. Foi observada pela Dermatologia que considerou que o aspeto era sugestivo de vasculite. A biópsia da lesão cutânea evidenciou necrose fibrinóide da parede e formação de trombos, compatível com lesões de vasculite. A TAC tórax apresentava no "parênquima de ambos os pulmões várias densificações arredondadas, nodulares, sem sinais de cavitação". Iniciou corticoterapia 1mg/Kg e teve alta orientada para consulta externa, que nunca chegou a ser chamada. Foi avaliada com consulta de MI no privado e iniciou metotrexato titulado até 25mg/semana e aumentou lepicortinolo para 40 mg, mas com progressão da doença com lesões cutâneas e granulomas pulmonares. Como AP apresentava DM tipo 2, leucoencefalopatia isquémica, dermohipodermite em janeiro 2018 e glaucoma. Em janeiro de 2019 veio a consulta de doenças autoimunes no nosso hospital, onde referiu agravamento clínico nas duas semanas anteriores com reaparecimento de lesões eritematosas na face posterior da coxa e pés. Referiu que por vezes apresentava úlceras orais, sem rinorreia ou obstrução nasal. Ao exame objetivo apresentava fácies cushingoide, com lesões eritematosas ulceradas nas coxas, as de maiores dimensões com cerca de 7 cm. Apresentava também úlceras orais de pequenas dimensões em cicatrização. As imagens apresentadas mostram nitidamente as lesões ulceradas numa fase ativa da Granulomatose com Poliangite.

IMG050

395 DOENÇA DE PAGET DO OSSO – ALTERAÇÃO BLÁSTICA DE VÉRTEBRA

Ricardo Pereira, Carolina Palma, Hugo Casimiro, Ermelinda Pedroso

Centro Hospitalar de Setúbal - Hospital São Bernardo

Doente do sexo masculino, 53 anos, sem antecedentes pessoais relevantes. No contexto de história de lombalgia esquerda refractária à terapêutica analgésica, foi avaliado pela sua Médica de Família que solicitou tomografia computadorizada (TC) lombar, a qual mostrou lesão osteoclástica isolada na vértebra L3. Neste sentido foi enviado a consulta hospitalar de Ortopedia onde realizou ressonância magnética da coluna lombossagrada, colocando-se então as hipóteses de eventual hemangioma, fractura microtrabecular ou possível lesão secundária. Entretanto foi perdido o seguimento clínico, mantendo-se o doente assintomático desde então.

Cerca de 4 anos após a investigação efectuada, o doente realizou TC abdomino-pélvica para estudo de quadro clínico de litíase renal. Para além da presença de pequenos cálculos renais bilaterais, destacava-se o corpo da vértebra L3 com aspecto blástico, sem trabeculação ou aumento de volume, mas com perda de diferenciação corticomedular. Para melhor caracterização dos achados ósseos, foi referenciado à consulta de Medicina Interna. Da revisão de órgãos e sistemas não se apuraram quaisquer sintomas significativos, sendo que o estudo complementar permitiu excluir a existência de doença oncológica. Tendo em conta a cronicidade da evolução das alterações documentadas na TC e o doseamento elevado de hidroxiprolina na urina, assumiu-se o provável diagnóstico de doença de Paget do osso.

IMG075

568 VASCULITE URTICARIFORME - UMA PISTA DE DOENÇA SISTÊMICA

Francisca Pinto Beires, Raquel Basto, Ana Isabel Lopes, Joana Rocha, Sofia Moreira-Silva

ULSM - Hospital Pedro Hispano

Descreve-se o caso de um homem de 79 anos, com antecedentes de doença pulmonar estrutural crónica multifatorial, diabetes mellitus tipo 2 com bom controlo metabólico, carcinoma do cólon submetido a exérese cirúrgica com colostomia, admitido por pápulas dispersas.

À observação, apresentava pápulas com halo eritematoso dispersas pelo tronco, abdómen e

membros, poupando a face, não pruriginosas e dolorosas com dois dias de evolução. Apresentava-se com olho vermelho, não pruriginoso.

Negava queixas sugestivas de síndrome constitucional, febre, dispneia e tosse, queixas álgicas, geniturinárias, gastrointestinais e músculo-esqueléticas. Negava consumo de novos fármacos, outras substâncias e tipos de alimentos, bem como contacto com animais, insetos ou plantas. Analiticamente com elevação isolada da proteína C reactiva. Foi medicado com glucocorticoide, anti-histamínico e cefixima por infeção urinária concomitante.

Uma semana depois voltou por agravamento das lesões com atingimento facial. Do estudo efetuado, apresentava apenas elevação da IgE; restante controlo analítico com eletroforese das proteínas normal, estudo auto-imune negativo, sem consumo do complemento e serologias víricas negativas. Diagnosticada vasculite urticariforme (VU) através de biópsia cutânea e orientado para consulta. Até ao momento, o doente encontra-se sem terapêutica imunossupressora e sem recorrência das lesões.

A VU é uma doença rara com uma prevalência de 0.005% que associa o padrão dermatológico da urticária e o padrão histológico da vasculite leucocitoclástica. Há duas variantes desta entidade que cursam com hipo ou normocomplementemia, podendo ter atingimento variado, nomeadamente do olho, rim, pulmão e sistema osteoarticular. Esta patologia pode surgir associada a fármacos, doenças auto-imunes, monoclonais e infeções víricas.

A VU é uma doença de importante reconhecimento, uma vez que pode alertar para a presença de uma patologia secundária que provoque atingimento multiorgânico.

IMG076

572 MORFEIA GENERALIZADA

Bárbara Batista, Tiago Tribolet de Abreu

Hospital Espírito Santo de Évora

Mulher de 60 anos, submetida a tumorectomia (2009), radioterapia adjuvante (2009) e hormonoterapia (2009-2014) por carcinoma intraductal de alto grau da mama esquerda, no seu estado de saúde habitual até Junho de 2016, altura em que surgiu um exantema na região submamária e nos membros inferiores precedido por prurido e posteriormente com esclerose central associada a um bordo eritematoso. As lesões foram biopsadas com resultado anatomopatológico de morfeia/esclerodermia. Nas imagens estão representadas estas primeiras fases da morfeia.

Ao contrário da esclerodermia, as lesões na morfeia generalizada não surgem inicialmente na pele dos

dedos mas sim no tronco, disseminando para a periferia mas poupando os dedos.

De destacar ainda que neste caso o aparecimento da morfeia ocorreu 7 anos após tratamento e aparente resolução da neoplasia.

IMG086

619 LÍNGUA AZUL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA, E AGORA?

Filipa Lima, Paula Costa, Filipa Carreiro, Joaquim Amaral, Marisa Rocha, Raquel Senra, Luís Dias

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE

Homem, 83 anos, com antecedentes pessoais de asma, demência e carcinoma da próstata, admitido no Serviço de Urgência por um quadro de edema da língua, disfagia e disartria. Associadamente, referia cefaleia temporal bilateral, com cerca de 4 meses de evolução, resistente à terapêutica instituída, nomeadamente à ergotamina, iniciada uma semana antes. À observação, constatou-se dor à palpação da região temporal e hipomotilidade da língua, que evoluiu em poucas horas para cianose e parésia (imagem A). Analiticamente, salientava-se anemia normocítica normocrómica (hemoglobina de 11,6 g/dl), velocidade de sedimentação de 62 mm/h e proteína C reativa de 23,6 mg/dl. Realizou tomografia computadorizada (TAC) de crânio que não mostrou alterações e angio-TAC que revelou diminuição da vascularização da glândula submandibular esquerda e da base da língua. O ecodoppler cervical foi compatível com inflamação arterial. Atendendo à elevada suspeição de Arterite de Células Gigantes, o doente iniciou pulsos de 1 grama de metilprednisolona com franca melhoria do quadro. Realizou biópsia da artéria temporal, no terceiro dia, após início da terapêutica, que foi negativa. A corticoterapia foi progressivamente titulada e após 3 semanas, apresentava completa resolução dos sintomas (imagem B).

A isquemia da língua com consequente necrose é uma manifestação rara, mas grave, de Arterite de Células Gigantes. O seu surgimento implica o atingimento da artéria lingual e dos inúmeros colaterais que vascularizam a língua. A ergotamina, ao induzir vasoespasmo, pode desencadear a isquemia, situação descrita em inúmeros casos na literatura. Embora a biópsia da artéria temporal permita confirmar o diagnóstico, a sua sensibilidade varia entre 15 a 40%, sendo por isso a presença dos restantes critérios clínicos e laboratoriais fundamental para o diagnóstico. O início precoce da corticoterapia é essencial, reduzindo a mortalidade e complicações resultantes da necrose da língua.

IMG087**624 UMA LÍNGUA POUCO COMUM - UM CASO DE PÊNFIGO VULGAR**

Ana Beatriz Amaral (1), Maria João Cruz (2), Cláudia Rodrigues (1), Luís Dias (1)

(1) Serviço de Medicina Interna do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada; (2) Serviço de Dermatologia do Centro Hospitalar do São João

O pênfigo vulgar é uma doença autoimune rara, que habitualmente surge entre os 40 – 60 anos, com incidência semelhante em mulheres e homens. É uma patologia grave e potencialmente fatal, contudo a terapêutica imunossupressora veio diminuir a taxa de mortalidade.

A acantólise é a característica principal do pênfigo vulgar. As lesões primárias são bolhas flácidas que se rompem facilmente, formando erosões dolorosas. Apenas cerca de metade dos doentes tem atingimento cutâneo, ao contrário das mucosas que são atingidas na maioria dos doentes, com predomínio da mucosa jugal, do palato e das gengivas. As lesões da mucosa oral são muito dolorosas e afetam a ingestão adequada de alimentos, podendo condicionar perda de peso e défices nutritivos.

O caso apresentado refere-se a uma doente de 64 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, depressão e tiroidite, com diagnóstico de pênfigo vulgar localizado na língua, com 8 anos de evolução.

Na imagem é possível observar ulceração que atinge mais de 50% da língua. A doente refere diminuição da qualidade de vida, com odinofagia acentuada e disfagia orofaríngea. Já realizou tratamento com deflazacorte, azatioprina, colchicina, ciclosporina e triancinolona, mas sem melhoria significativa, exceto com elevadas doses de corticoide sistémico (prednisolona), apesar de nunca ter ocorrido remissão completa das lesões. Desde março de 2018, o rituximab foi aprovado como fármaco de primeira linha para o pênfigo vulgar, pelo que a doente vai iniciar esta terapêutica.

IMG088**628 ARTROPATIA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Mariana Formigo, Sara Freitas, Glória Alves, Jorge Cotter

Hospital Senhora da Oliveira Guimarães

Mulher de 72 anos, com diagnóstico prévio de hemocromatose hereditária (homozigótica C282Y) desde 2010 em programa regular de flebotomias, enviada à consulta de Medicina Interna – Doenças

Autoimunes por poliartralgias e deformidade das articulações das mãos com 40 anos de evolução sugestivas de Artrite Reumatóide.

Na consulta, a doente referia poliartralgias das articulações do punho, metacarpofalângicas (MCF), interfalângicas proximais (IFP) e distais (IFD) e cotovelos de forma simétrica, sem artrite, com incapacidade nas atividades diárias. Negava outros sinais e sintomas de patologia autoimune.

Apresentava marcadores de inflamação sistémicos e autoimunidade negativos, saturação de transferrina de 31%, ferritina de 51 ng/mL, alfa-fetoproteína negativa e ecografia abdominal sem alterações de relevo. Na radiografia articular apresentava diminuição das interlinhas articulares com anquilose do punho, erosões, esclerose e lesões líticas das MCF e IFP, proliferação óssea das MCF e IFD; a nível do cotovelo apresentava diminuição da amplitude das articulações com esclerose, edema periarticular e proliferação óssea.

Dados os antecedentes da doente, autoimunidade negativa e ausência de sinais inflamatórios clínicos ou analíticos, firmou-se o diagnóstico de artropatia de hemocromatose. Optou-se por não introduzir terapêutica modificadora de doença dada a sua hepatotoxicidade. Iniciou colchicina 0,5 mg 2id e naproxeno 500 mg id com melhoria das queixas algícas.

IMG090**674 EXUBERANTE HIPOCRATISMO DIGITAL EM DOENTE COM CARDIOPATIA CONGÉNITA**

Cristiana Fernandes, Ana Ogando, Sofia Barroso, Carlos Oliveira

Hospital Santa Maria Maior - Barcelos

Mulher de 63 anos com cardiopatia congénita consistente em anomalia de Ebstein mais comunicação interauricular. Admitida no internamento por Legionella, ao exame físico apresentava hipocratismo digital exuberante nas mãos (imagens da esquerda) e nos pés (imagens da direita), na gasometria arterial com insuficiência respiratória crónica.

O hipocratismo digital é um dos mais antigos sinais clínicos descrito na história da Medicina. Caracteriza-se por hipertrofia do tecido conjuntivo que circunda as falanges distais dos dedos com aumento da curvatura longitudinal e transversa das unhas. O hipocratismo digital pode ser adquirido (unilateral ou bilateral) ou congénito, no caso da alteração bilateral adquirida esta está geralmente associada a uma doença grave pulmonar ou cardíaca.

IMG093**705 GOTA CRÓNICA TOFÁCEA**

Ana Margarida COELHO, Lília CASTELO BRANCO, Cátia Marisa Loureiro PEREIRA, Elisabete PINELO, Eugénia MADUREIRA

Unidade Hospitalar de Bragança, Unidade Local de Saúde do Nordeste, Bragança, Portugal.

A gota ou artrite gotosa consiste na inflamação articular ou peri-articular desencadeada por cristais de urato monossódico. Para que eles se construam é necessário que exista hiperuricemia arrastada. Devido ao aumento significativo da esperança média de vida das populações nas últimas décadas, bem como alguns factores que contribuem para a hiperuricemia nomeadamente: obesidade, etilismo, insuficiência renal, consumos diuréticos e aspirina em baixa dose, a prevalência de hiperuricemia e gota tem vindo a aumentar. A apresentação clínica vai desde monoartrite aguda "podagra" ao carácter poliarticular e persistente, que pode sugerir outros diagnósticos. Uma minoria de doentes evolui para gota crónica, tofácea, que pode ser fortemente destrutiva (caso aqui representado). Apresenta-se o caso de um homem de 62 anos com antecedentes de etilismo crónico, internado com crise poliarticular com grave limitação funcional no contexto de gota tofácea crónica, apesar de já se encontrar sob tratamento com colchicina 1mg/dia, alopurinol 450mg id e prednisolona há 5 dias. Verificou-se uma evolução favorável com repouso articular, aumento colchicina 0.5mg 6/6h e Introdução

de AINE's (Ceterolac). Em doentes com intolerância ou resistência às terapêuticas crónicas, outras opções como febuxostat ou terapêutica biológica podem ser armas terapêuticas a considerar.

IMG138**1036 QUANDO A ARTRITE REUMATÓIDE ESTÁ ATIVA**

Ana Morais Alves, Sofia Perdigão, Rita Gamboa, Cristiana Sousa, Marta Rodriguez, Paula Vaz Marques

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

A artrite reumatóide (AR) é uma doença crónica sistémica de etiologia indeterminada que atinge de forma simétrica as articulações, com início insidioso ou súbito. Sem tratamento, existe uma maior progressão da doença que se traduz pela destruição das articulações por erosão de ossos e cartilagem. Homem, 69 anos, com diagnóstico de AR há 20 anos sem tratamento, seguido no médico assistente. Apresenta-se com artralhas envolvendo punhos e articulações metacarpofalângicas. Ao exame objetivo flexão dos cotovelos a 5º; atrofia

dos interósseos; limitação dos punhos na extensão a 0º e flexão a 20º; dedos em pescoço de cisne; polegares em Z; pés triangulares. Analiticamente com velocidade sedimentação aumentada (61mm/1ªh), fator reumatóide (FR) positivo com anticorpo anti-citrulina negativo. Assumida AR seropositiva para FR (critérios diagnósticos ACR de 2010 - 9 pontos), muito destrutiva com alterações sequelares e atividade inflamatória (DAS28 - 5.5 doença muito ativa); iniciou tratamento com prednisolona, metotrexato e ácido fólico. Salientamos com este caso a gravidade da progressão da doença que condicionou uma importante limitação funcional, reforçando a importância da Introdução

precoce de corticoterapia e fármacos modificadores da doença.

IMG156**1146 REAÇÃO ADVERSA AO ÁCIDO FÓLICO**

Teresa Martins Mendes, Dinis Sarmento, Filipa Leal, Nuno Zarcos Palma, Diana Pereira Anjos, Mari Mesquita

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

O ácido fólico é essencial a numerosas atividades fisiológicas que vão desde a biossíntese de nucleótidos ao metabolismo da homocisteína. Reações adversas ou de hipersensibilidade a esta vitamina são extremamente raras. Descreve-se o caso de um homem de 89 anos, sem antecedentes patológicos ou medicação habitual, que iniciou ácido fólico 5mg/dia per os após défice detetado em análises de rotina. Três dias depois, apresentou prurido corporal generalizado associado a lesões eczemiformes envolvendo o tronco e membros superiores e inferiores. O teste por picada ("prick-test") foi positivo para diluição de ácido fólico 5mg/mL. Excluída mastocitose. Resolução do quadro clínico após suspensão do fármaco e ciclo de prednisolona.

IMG159**1174 UMA IMAGEM VALE MAIS DO QUE MIL SINTOMAS...**

Lídia Gomes, Sandra Santos, Samuel Pereira, José Coelho, João Rua, Jorge Fortuna, Armando Carvalho

Serviço de Medicina Interna do CHUC e Clínica Universitária de Medicina Interna da FMUC

Doente do sexo feminino, 65 anos, previamente saudável, recorreu ao Serviço de Urgência por cefaleia fronto-temporal, claudicação mandibular e artérias temporais ruborizadas, ingurgitadas e dolorosas (imagem 1 e 2), com um mês de

evolução. Associadamente referia agravamento de hipertensão arterial anteriormente controlada e dor marcada ao pentear o cabelo. Hemodinamicamente estável, sem outras alterações relevantes ao exame objectivo. Velocidade de sedimentação elevada (96mm/h) e leucocitose com neutrofilia discretas. Por alta suspeição clínica de arterite de células gigantes, foi realizado ecoDoppler dos vasos cranianos, que mostrou espessamento focal da parede de ambas as artérias temporais, com halo hipoecogénico (imagem 3), um sinal com especificidade de 90-100%, confirmando o diagnóstico.

IMG166

1235 'A ÚLTIMA GOTA'

Maria Inês Santos, Marisa Brochado, Helena Vieira Dias

Hospital Distrital de Santarém

Artrite gotosa é uma doença reumática inflamatória resultante da deposição de cristais de monourato de sódio (forma de acumulação de ácido úrico) nas articulações, mas também em outras localizações.

É uma patologia comum, ocorrendo em mais de 1% da população mundial (em Portugal estima-se uma prevalência de 1.6%). É mais frequente no género masculino (prevalência em Portugal de cerca de 14 casos por mil nos homens e 6 casos por mil nas mulheres) e habitualmente tem início entre os 40 e os 60 anos. No género feminino é mais frequente na meia-idade, sobretudo em mulheres a fazer tratamento com diuréticos e/ou com consumo excessivo de álcool.

Em ambos os sexos, a obesidade, a hipertensão arterial, a hipertrigliceridémia e insuficiência renal aumentam o risco de aparecimento de gota.

Na fase mais grave, fase crónica (gota tofácea crónica), há acumulação de cristais de monourato de sódio na pele e tecidos moles peri-articulares, formando os chamados "tofós gotosos". Estes localizam-se tipicamente nas extremidades (mãos, pés e pavilhões auriculares), onde as condições locais e as temperaturas mais baixas favorecem a cristalização de ácido úrico, e contribuem para a incapacidade atribuída à doença.

Atendendo à evolução da Medicina, a visualização de "tofós gotosos" é, felizmente, uma alteração cada vez menos comum.

IMG170

1247 VASCULITE COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE SÍNDROME DE SJÖGREN

Joana Rodrigues dos Santos, Ryan Costa Silva, Tânia Vassalo, Nina Jancar, Lígia Peixoto

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Serviço de Medicina 1

Introdução

: A hipótese de Síndrome de Sjögren é geralmente colocada na presença de sintomas sicca. Pretende-se reforçar a importância da suspeita diagnóstica, mesmo quando há apenas sintomas de envolvimento extraglandular.

Caso clínico: doente de 72 anos, com lesões cutâneas purpúreas palpáveis, irregulares, na extremidade distal de ambas as pernas com três semanas de evolução. Sem outras queixas, nomeadamente sem febre ou sintomas sugestivos de infeção. Sem queixas de fraqueza ou astenia, sem queixas articulares ou outras alterações cutâneas além das já descritas. Sem sintomas sicca. Do estudo complementar, a destacar velocidade de sedimentação 85mm; pico policlonal na fração gama da eletroforese de proteínas; fator reumatóide 84.2 UI/mL; Anticorpos antinucleares: positivo; Ac. anti-Ro52 (SS-A): positivo 3808.0 UQ; Ac. anti-Ro60 (SS-A): positivo 16565.4 UQ; Ac. anti-SSB/La positivo 189,2 UQ; Ac. anti-nucleares e citoplasmáticos positivo (1/160 - padrão fino granular). Sem outras alterações, nomeadamente sem alterações no hemograma; sem lesão renal ou hepática; sem elevação da PCR, sem consumo de complemento; DNA-DS negativo; sem critérios laboratoriais de síndrome de anticorpo antifosfolípido; pesquisa de crioglobulinas negativa; serologias virais negativas. Perante a hipótese de síndrome de Sjögren, pedidos cintigrafia das glândulas salivares (sem compromisso morfofuncional das glândulas parótidas e submandibulares) e teste de Schirmer (positivo no olho esquerdo - 4mm/5min). A biópsia das lesões cutâneas foi compatível com vasculite leucocitoclásica.

Assume-se então o diagnóstico de vasculite em contexto de síndrome de Sjögren.

Conclusão: A ausência de sintomatologia sicca não permite excluir o diagnóstico de síndrome de Sjögren, que pode cursar com vasculite em 10% dos casos. A vasculite cutânea pode ter implicações prognósticas importantes, associando-se ao desenvolvimento de manifestações extraglandulares, incluindo doença linfoproliferativa.

IMG186**1334 NÓDULOS DE SCHMORL**

Rafaela Pereira, Rosário Blanco, Alexandra Martins, Helena Brito, Mário Lázaro

Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Hospital de Faro, Medicina 2

Homem, 29 anos, com antecedentes pessoais relevantes de neurocitoma central intervencionado no ano anterior, submetido a derivação ventrículo-peritoneal por hidrocefalia obstrutiva pós-cirúrgica com conversão posterior a derivação ventrículo-atrinal por reacção de corpo estranho a catéter peritoneal, não se tendo verificado infecção do sistema nervoso central. Recorreu ao serviço de urgência por dor lombar com irradiação para região umbilical com 5 dias de evolução. Doente negava traumatismo. Objectivamente apresentava dor à palpação da transição dorsolombar e Lasègue positivo à direita aos 45°. Realizou TC da coluna lombo-sagrada que apresentou alterações inespecíficas e, por isso, efectuou RMN da coluna dorso-lombar. Neste exame observaram-se múltiplas lesões ósseas a nível dos corpos vertebrais sem componente de partes moles, correspondendo a hérnias esponjosas intra ósseas, também conhecidas por nódulos de Schmorl.

Os nódulos de Schmorl representam a herniação do núcleo pulposo do disco intervertebral. Apesar de estarem associados com alterações degenerativas da coluna lombar, não são factor de risco independente para dor lombar.

IMG190**1360 O QUE PODEMOS EVITAR - A PROPÓSITO DE UMA LOMBALGIA**

Pedro Leite Vieira, Rui Isidoro, Paula Paiva, Alexandre Louro, Maria Eugénia André

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, Hospital Amato Lusitano

A Espondilite Anquilosante (EA) inclui-se entre as espondilartrites com uma prevalência de 0.5-1%. Apresenta-se tipicamente com dor lombar inflamatória e limitação funcional. O diagnóstico assenta nos critérios de Nova Iorque modificados e 90% dos doentes apresentam o alelo HLA-B27 positivo.

Mulher, 56 anos, trabalhadora agropecuária. Referenciada à consulta por lombalgia. Obesa e irmã com diagnóstico de EA. Refere lombalgia há 20 anos, nos primeiros 10 de características inflamatórias e com resposta a AINEs. Depois, agravamento progressivo, ritmo misto, associada a ciatalgia direita, recurso a auxiliar da marcha e falência de resposta aos AINEs (FR aos AINEs).

Objetivamente, dor à palpação das apófises espinhosas dorso-lombares e articulações sacro-ilíacas. Teste de Schoeber (TS) 10 -> 11.5cm. Dos exames complementares: Hemoglobina 10g/dL, microcítica; Sem leuco-neutrofilia; PCR 24.8mg/L; VS 42mm/h. ANAs, Anti-CCP e RA teste negativos; HLA-B27 positivo; IGRA positivo; Serologias de VHB, VHC e VIH negativas. TC-Lombar: "fusão dos corpos vertebrais D10-D12 e L1-L2 e ligamentos inter-espinhosos e amarelos calcificados, a sugerir espondilartropatia inflamatória". RM-Sacro-ilíaca com sacro-ileíte. Assumida EA com FR aos AINEs e elevado índice de atividade (ASDAS: 4.6; BASDAI: 6.1). Após terapêutica antibacilar para tuberculose latente iniciou terapêutica com etanercept com franca melhoria funcional e de qualidade de vida (QdV), retomando o seu trabalho, caminhando sem auxiliar da marcha (ASDAS: 2.2 e BASDAI: 4.3) e TS 10 -> 14cm.

Sendo a dor lombar um sintoma frequente, esta imagem e caso clínico pretendem enfatizar a importância da correta avaliação e integração dos achados clínico-imagiológicos para um diagnóstico precoce, evitando assim, a progressão natural da doença com relevante impacto na QdV. Pretende-se ainda demonstrar que a terapêutica biológica, ainda que não reverta as lesões estruturais já instituídas, permite enormes ganhos funcionais e na QdV.

IMG191**1363 MEGACÓLON EM DOENTE COM ESCLERODERMIA**

Gonçalo Cruz, Rita Coelho, Rita Gouveia, Aura Ramos

Hospital Garcia de Orta

Doente do sexo feminino, 55 anos, com Esclerodermia Forma Difusa com envolvimento multissistémico (cutâneo, articular, pulmonar e gastrointestinal). Trazida à urgência por quadro de dor abdominal severa, obstipação com uma semana de evolução, plenitude gástrica e vómitos fecalóides. À admissão encontrava-se pálida, arreactiva, bradipneica, tensões arteriais imensuráveis. Distensão abdominal muito marcada. A TAC demonstrou franca distensão cólica difusa com conteúdo fecal em todo o cólon esquerdo. Presença de líquido nos recessos pélvicos e atraso no realce esplénico a traduzir isquémia intestinal.

Assumida colite isquémica secundária a obstrução intestinal grave em doente com esclerodermia. Progressão para choque com necessidade de laparotomia com colectomia total. Evolução desfavorável, sem melhoria clínica e com óbito ao 4º dia pós-operatório.

IMG195**1450 GAMOPATIA MONOCLONAL E A DERMATOSE NEUTROFÍLICA AGUDA**

Raquel Santos, Joana Morais, Joana Rocha, Cristina Rosário

Hospital Pedro Hispano

A síndrome de Sweet, também denominada dermatose neutrofílica febril aguda, é uma incomum condição inflamatória sistêmica associada a doenças imunológicas, neoplasias, infecções ou a reações de hipersensibilidade a fármacos.

Mulher de 63 anos, hipertensa, apresenta-se com lesões eritematosas, máculo-papulares, dolorosas, não pruriginosas, com halo pseudovesicular no dorso (figura 1), membros superiores (figura 2) e inferiores, com atingimento palmar e plantar, com uma semana de evolução. À admissão, subfebril (37,6°C), com pressão arterial de 96/39mmHg, normocárdica e bem perfundida. Do estudo efetuado, elevação de parâmetros inflamatórios (velocidade de sedimentação 102mm/1^ah e proteína C reativa 160,8mg/L, sem leucocitose). Lesões sugestivas de Síndrome de Sweet confirmadas por biópsia. Iniciou imunossupressão com 1mg/Kg/dia de prednisolona, com regressão das lesões cutâneas (figura 3) e normalização do perfil tensional e dos parâmetros inflamatórios.

Realizado extenso estudo de causas secundárias de Síndrome de Sweet com exclusão de causas imunológicas, infecciosas e de toma recente de novos fármacos. No estudo de causas neoplásicas, identificado pico monoclonal IgA/Lambda de 0,59g/dL, sem evidência de lesões líticas na radiografia do esqueleto, sem anemia ou disfunção renal. Assumiu-se MGUS com indicação para vigilância em ambulatório.

A síndrome de Sweet caracteriza-se pelo aparecimento abrupto de lesões cutâneas dispersas, vermelhas ou arroxeadas, de aspeto pseudovesicular periféricamente e forma e tamanho variáveis. O diagnóstico é clínico e histopatológico. Na idade da doente a associação a neoplasias é muito frequente, podendo até precedê-las o que motivou a sua pesquisa exaustiva. Do estudo resultou o diagnóstico de MGUS que se encontra em vigilância apertada.

Os autores pretendem salientar a importância do reconhecimento precoce destas lesões cutâneas e a sua frequente associação a doenças imunes e neoplásicas, permitindo um tratamento adequado e atempado.

IMG197**1461 DOENÇA DE FORESTIER – UM FENÓMENO A TER EM CONTA**

Joana Andrade, Inês Fróis Cunha, Bruno Costa, Filipe Rodrigues, Vera Romão

Centro Hospitalar Tondela Viseu

Homem, 80 anos com sensação de obstrução faríngea, dispneia e estridor desde há vários meses, com episódios ocasionais de agravamento a motivar observação de urgência. Antecedentes de hipertensão arterial, hipertrofia benigna da próstata e tromboembolia pulmonar. Cronicamente medicado com irbersartan 150mg, amlodipina 5mg, finasterida 5mg, sinvastatina 20 mg e varfarina. Fora das agudizações, sem alterações ao exame clínico sumário. Avaliação analítica sem alterações e TC do pescoço com exuberante componente remodelativo na vertente anterior dos corpos vertebrais e calcificação do ligamento pré vertebral a condicionar compressão posterior da laringe, hipofaringe, traqueia e esófago cervical. A endoscopia digestiva alta mostrou abaulamento da parede na zona do cricofaríngeo, com mucosa normal e a vídeo-broncofibroscopia abaulamento da parede postero-lateral esquerda do 1/3 superior da traqueia com redução de cerca de 50% do seu calibre. Faz esquemas terapêuticos transitórios de broncodilatadores e corticóide, para controlo sintomático, com boa resposta. Com seguimento em consulta de otorrinolaringologia e neurocirurgia.

A Hiperostose Esquelética Idiopática Difusa (DISH), ou Doença de Forestier, é uma entidade de etiologia desconhecida, mais frequente nos homens com mais de 50 anos. A maioria das vezes assintomática, resulta de fenómenos de calcificação em locais de inserção de ligamentos e tendões. A coluna vertebral, sobretudo a torácica antero-lateral, é a região mais afectada. Os sintomas podem incluir disfagia, rigidez vertebral e dor toraco-lombar, tosse, disfonia, dispneia, estridor e roncopatia. Os critérios de diagnóstico mais utilizados são os de Resnick e Niwayama, sendo que não há tratamento específico.

Apesar de se considerar mais um fenómeno do que uma doença, o seu reconhecimento é relevante sobretudo pela recente associação a doenças metabólicas frequentes como a Dislipidemia, a Diabetes e a Hiperuricemia.

IMG207**1550 SINAL ‘PANDA’**

João Figueira, Maria Ferreira, Manuela Bernardo, Fernanda Duarte

Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca

Homem, caucasiano, de 64 anos, com antecedentes pessoais de Diabetes Mellitus e dislipidemia, recorre a consulta de oftalmologia por amaurose do olho direito e diminuição da acuidade visual do olho esquerdo com 5 meses de evolução, acompanhada de astenia.

Na avaliação oftalmológica, apurou-se: olho direito amaurótico com descolamento exsudativo central extenso com sinais de cronicidade e hemorragias peri-vasculares sugestivas de vasculite; olho esquerdo com descolamento seroso crónico e periflebite retiniana associada a alterações pigmentares crónicas no polo posterior do olho esquerdo sugestivas de doença granulomatosa. Analiticamente verificou-se aumento dos valores da enzima conversora de angiotensina e IGRA positivo.

Para investigação etiológica destes achados, foi encaminhado para a consulta de medicina interna.

O exame objectivo era normal.

Realizou-se TC toraco-abdomino-pélvica que revelou adenopatias mediastínicas. Efetuou-se broncofibroscopia com estudo microbiológico e citológico de lavado broncoalveolar e contagem diferencial de linfócitos cujos resultados foram negativos.

As ressonâncias magnéticas de crânio e da órbita não revelaram alterações.

Os exames citológico e bacteriológico (directo e cultural) do líquido cefalorraquidiano foram negativos.

A biópsia de adenopatias mediastínicas por ecografia endobrônquica não revelou granulomas ou tecido neoplásico.

Foi proposta realização de estudo de humor vítreo com vitrectomia que o doente recusou.

A cintigrafia corporal com Gálio-67 revelou captação aumentada em topografia nasofaríngea e nas glândulas lacrimais e parótidas, simetricamente, correspondendo ao padrão cintigráfico conhecido como sinal “panda”, sugestivo de sarcoidose.

A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistémica em que o atingimento ocular está presente em 25 – 50 % dos doentes.

O sinal “panda” é considerado como um padrão cintigráfico específico para sarcoidose na ausência

de diagnóstico histológico.

IMG214**1582 LIVEDO RACEMOSA COMO PREDITOR DE SÍNDROMA DE ANTICORPOS ANTIFOSFOLIPIDICOS**

Liliana Ribeiro dos Santos, Patrícia Martins, Ana Teresa Melo, Ana Furão Rodrigues, Ana Paula Vilas

Serviço de Medicina 2B, Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Portugal (diretor professor doutor Rui MM Victorino)

A livedo racemosa (LRa) é uma lesão dermatológica que resulta de vasoespasmos arteriolar ou de trombose arteriolar e que pode acompanhar-se de venodilatação do plexo venoso. Clinicamente é muito semelhante ao livedo reticularis, mas difere deste em termos de forma (lesões irregulares, quebradas, circulares) e de localização (mais generalizada e com atingimento do tronco e nádegas). Classicamente a LRa tem sido associada à síndrome de Sneddon e ao síndrome dos anticorpos antifosfolipídios (SAAF). A sua incidência na SAAF não é conhecida, mas alguns autores acreditam que seja a manifestação dermatológica mais frequente desta doença.

Mulher de 50 anos com hipertensão arterial, cefaleia crónica e vertigem. Iniciou, sete meses antes do internamento, fadiga e eritema reticulado progressivo e simétrico nos 4 membros (Fig.1a) e na metade inferior do tronco (Fig.1b). O eritema desaparecia em decúbito e agravava em ortostatismo e após exposição ao frio. Laboratorialmente tinha trombocitopenia (plaquetas 40000/mm³). As lesões cutâneas eram compatíveis com LRa, considerando-se a hipótese de SAAF. É de notar que a cefaleia crónica e hipertensão arterial, são mais frequentes nos doentes com SAAF e LRa. A síndrome de Sneddon também foi equacionada, mas não existia história de acidente vascular cerebral. Os anticorpos anti-fosfolipídicos foram triplamente positivos (anticoagulante lúpico, anti-cardiolipina e anti-β₂ glicoproteína) em três ocasiões com intervalo de meses. Embora os critérios diagnósticos para SAAF não tenham sido preenchidos, este diagnóstico presuntivo foi assumido e iniciou anti-agregação plaquetária, prednisolona 30mg id e hidroxicloroquina 400mg id, seguindo-se melhoria clínica e laboratorial.

A LRa pode indicar um estado protrombótico e pode ser a primeira manifestação de algumas doenças, nomeadamente a SAAF. A suspeita clínica é fundamental para permitir um diagnóstico precoce e tratamento adequado em tempo útil, mitigando, assim, o dano ao órgão-alvo.

IMG218**1601 OSTEPOIQUILOSE, UMA IMAGEM E UM DIAGNÓSTICO PECULIAR**

Margarida Temtem, Mauro Fernandes, Duarte André Ferreira, Rubina Miranda, Maria da Luz Brazão

Hospital Central do Funchal

A osteopoiquiose, também denominada de displasia osteosclerótica ou osteopatia condensante disseminada ou ainda doença do osso manchado, corresponde a uma alteração óssea, geralmente assintomática e diagnosticada de forma acidental. É de transmissão autossômica dominante e é frequentemente diagnosticada entre os 15 e os 30 anos. As lesões, normalmente, surgem na infância e persistem até ao final da vida. Alguns casos apresentam regressão completa das manchas.

Mulher de 44 anos, que recorreu ao serviço de urgência por lombalgia por cólica renal e ao efetuar a radiografia da bacia observaram-se lesões escleróticas ovaladas e arredondadas, com cerca de 2 a 4 mm de diâmetro, predominantemente nos ramos isquio-púbicos, pelo que foi encaminhada para a consulta. Anamnese e exame físico sem alterações relevantes. Completou-se o estudo radiológico e foi feito o diagnóstico de osteopoiquiose. Uma imagem assustadora sem qualquer sintomatologia associada.

IMG219**1603 SÍNDROME DE STEVEN JOHNSON, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Rui Isidoro, Pedro Vieira, Inês Pestana, Cleópatra Goric, Paula Paiva, Alexandre Louro, Eugénia André

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco - Serviço de Medicina Interna

Homem, 78 anos. Contexto epidemiológico e medicação crónica irrelevante. Medicado com ciprofloxacina há uma semana por infeção do tracto urinário. Admitido no serviço de urgência por quadro clínico com dois dias de evolução e agravamento progressivo de: prostração, febre, odinofagia, tosse não produtiva e exantema generalizado. Ao exame objectivo salientava-se: pirexia, eritema maculo-papular pruriginoso, com atingimento dos membros, tronco, palmo-plantar e couro cabeludo. Sem lesões sugestivas de picadas ou feridas cutâneas. Orofaringe hiperemiada, sem exsudado, com algumas ulcerações da mucosa oral. Dos exames complementares realizados, destacava-se discreto aumento de parâmetros inflamatórios, testes rápidos para infeções respiratórias virais negativos. Elevada suspeição

de síndrome com atingimento cutâneo secundário a ciprofloxacina. Internamento para estudo e cuidados, com terapêutica de suporte, tendo apresentado boa evolução clínica. Foi realizada biópsia cutânea durante o internamento, com resultado Anátomo-Patológico compatível com Síndrome de Steven Johnson (SSJ). Restante estudo etiológico realizado no internamento sem alterações.

O SSJ consiste numa patologia dermatológica rara, com uma elevada morbilidade e mortalidade. É causado por uma reacção de hipersensibilidade imunomediada, caracterizada por necrose epitelial muco-cutânea, febre e inflamação sistémica, sendo habitualmente associada a fármacos, infeções virais ou neoplasias.

Atendendo às múltiplas etiologia possíveis, os autores pretendem alertar para a dificuldade diagnóstica que os exantemas febris representam. Dada a raridade deste síndrome não existem muitos estudos dirigidos, carecendo de consensualidade na terapêutica.

IMG231**1689 ÚLCERAS DIGITAIS NA ESCLERODERMIA**

Bárbara Saraiva, Francisco Lopes Morgado, Ana Sofia Pinto, Ivanna Ostapiuk, Celestina Blanco Torres

ULS Guarda

Expomos o caso de uma mulher caucasiana, de 74 anos de idade, referenciada para consulta de Medicina Interna com múltiplas comorbilidades e polimedicada. Apuradas queixas de poliartralgias de ritmo misto com vários anos de evolução, fenómeno de Raynaud marcado, e com ANA's de 5120 e Ac. Anti centrómero de >240, com VS elevada (>50). Em Novembro de 2016 recorre à consulta por cianose marcada e dor dos dedos das mãos, com úlceras digitais, associada a sensação de parestesias, que apresentavam agravamento com o frio. No exame objetivo, observa-se cianose com prolongamento do tempo de preenchimento capilar (>2 segundos), várias úlceras, associados a um Raynaud trifásico. Devido a este quadro, a doente foi internada no serviço de Medicina para a realização de tratamento, iloprost 0.25mg em perfusão durante 6 dias, tendo apresentado melhoria clínica dos sinais de isquemia e dor.

O fenómeno de Raynaud é uma manifestação comum da Esclerodermia, estando presente em cerca de 95% dos doentes. Este apresenta maior gravidade na forma limitada podendo estar associado a lesões de necrose e úlceras digitais. As úlceras digitais são geralmente muito dolorosas, estas limitam a vida diária dos doentes sendo uma causa importante de impotência funcional.

IMG278**2119 VASCULITE NECROTIZANTE NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA**

Beatriz Braga, Nuno Almeida, Luís Dias

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, E.P.E.

A crioglobulinemia mista essencial, também chamada de crioglobulinemia tipo II, é uma patologia linfoproliferativa, levando à deposição de imunocomplexos circulantes em vasos sanguíneos de pequeno-médio calibre. Mais de 90% dos doentes com crioglobulinemia mista essencial estão infetados com VHC, e cerca de metade dos doentes com VHC têm crioglobulinas. Relatamos o caso de um homem de 63 anos, com antecedentes de tabagismo e hepatite C crónica, sem medicação habitual, internado na Medicina Interna por lesões necróticas das extremidades das pontas dos dedos das mãos e da face anterior da perna. Na marcha diagnóstica, foram excluídas outras etiologias prováveis nomeadamente Tromboangeíte obliterante/Doença de Buerger. Foi realizada biópsia incisional que revelou "lesão ulcerada cutânea com alterações inflamatórias inespecíficas associadas". Analiticamente, salienta-se a presença de crioglobulinas (IgM monoclonal). Iniciou terapêutica com ciclofosfamida, com evolução favorável das lesões. Foi também encaminhado para consulta de Infeciologia, pois está descrito que tratamento da hepatite C pode resultar na redução dos níveis de crioglobulinas e na melhoria das lesões cutâneas. Este caso ilustra uma etiologia incomum de vasculite necrotizante.

IMG283**2157 PIODERMA GANGRENOSO DA PAREDE ABDOMINAL**

Pedro Pinto, Miguel Reis Costa, Rosana Maia, Francisca Guimarães, Duarte Silva, Joana Serôdio, Roswitha Bauerle, Emília Guerreiro, Carmélia Rodrigues, Diana Guerra

Unidade Local de Saúde do Alto Minho - Hospital de Santa Luzia - Viana do Castelo

Introdução

: Homem de 73 anos, antecedentes de trombocitose essencial. Internado por celulite da parede abdominal após herniorrafia umbilical, com perda da epiderme e exsudado purulento em área de 10x10cm, com rubor e edema circundante. Colhido estudo microbiológico (hemoculturas e exsudado da lesão). Realizada biópsia da margem da lesão. Agravamento clínico, apesar de antibioterapia com imipenem e vancomicina, com lesão exsudativa de grande dimensão na metade inferior da parede

abdominal em posição mediana, dolorosa, bordo serpinginoso e elevado de cor violácea, com hemorragia ativa no local da biópsia. Biópsia compatível com pioderma gangrenoso. Isolamento de MRSA isolado no exsudado, reiniciou vancomicina e iniciou corticoterapia com prednisolona 50 mg. À data de alta ferida com boa evolução, sem bordos elevados, com áreas de cicatrização, sem dor. Medicado para ambulatório com esquema de desmame de corticoide durante 10 semanas.

Reavaliado em consulta externa 6 semanas após alta, abdómen com zonas vestigiais de cicatrização, não doloroso, integridade completa da epiderme, sem relevo.

DOENÇAS CARDIOVASCULARES**IMG002****9 ANEURISMA DA AORTA**

Catarina Carvalho, Alexandra Albuquerque, Fátima Campante

Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Trata-se de uma doente de 58 anos, sexo feminino, HIV positiva, com antecedentes de cardiopatia isquémica, polipose gástrica e síndrome depressivo que recorreu ao serviço de urgência por dorsalgia esquerda súbita.

Analiticamente sem alterações relevantes, fez radiografia torácica onde se verificou uma massa mediastínica previamente desconhecida. Concluiu-se após realização de tomografia computadorizada por volumoso aneurisma da aorta torácica ascendente de 87 mm de maior diâmetro, apresentando trombo hipodenso em crescente posterior, sem sinais de dissecação.

A doente foi submetida a procedimento endovascular no dia seguinte à admissão.

É um caso pouco rico em sintomatologia, com diagnóstico quase incidental.

IMG005**65 METÁSTASE CARDÍACA – UM ACHADO INESPERADO EM DOENTE COM TUMOR VESICAL PRIMÁRIO**

Sofia Monteiro, Nuno Moreno, Luísa Guerreiro, Cristina Gavina

Unidade Local de Saúde de Matosinhos Hospital Pedro Hispano

Homem de 65 anos, antecedentes de doença pulmonar crónica, admitido por insuficiência respiratória crónica agudizada e fibrilhação

auricular de idade indeterminada com resposta ventricular rápida. Neste contexto foi realizado um ecocardiograma TT que revelou (Figura 1A) uma massa infiltrativa ao nível do septo interauricular de grandes dimensões (4.5x4cm), com extensão para a raiz da aorta e aurícula esquerda, sem envolvimento das veias cavas. Função sistólica bi-ventricular conservada, com ligeiro derrame pericárdico circunferencial. Em ritmo sinusal o ECG mostrava alterações inespecíficas do segmento ST. Complementado o estudo com ecocardiograma TE (Figura 1B,C,D) que confirmou as características da massa, identificando-se adjacente a esta, uma massa pediculada, na aurícula esquerda, móvel, heterogénea, com zonas anecoicas e doppler cor no seu interior, de 3x2cm, sem condicionar obstrução do fluxo transmitral. Sem evidência de invasão das veias pulmonares ou outras massas intracavitárias.

O TAC toraco-abdomino-pélvico revelou uma volumosa massa parietal na vertente lateral da bexiga e várias lesões compatíveis com metastização difusa, incluindo a massa no septo interauricular (Figura 2E,F). Evolução desfavorável rápida com óbito por disfunção multiorgânica, não tendo sido possível obter histologia das massas. Dado o contexto, a massa intracardiaca foi assumida como provável metástase de tumor vesical primário.

Os tumores do pulmão, mama e hematológicos são os que mais frequentemente metastizam para o coração, as manifestações clínicas dependem da localização. O envolvimento por tumores vesicais é raro, estando apenas descrito numa série de pesquisa post mortem, que descreve 3.9% metástases cardíacas de carcinomas uroteliais.

Os autores pretendem apresentar um achado raro ilustrando que embora muitas vezes clinicamente silenciosas, na presença de uma neoplasia, as metástases cardíacas merecem consideração na presença sintomas ou sinais cardíacos de novo.

IMG012

98 ARRITMIA RARA DE ETIOLOGIA RARA

Cláudia Janeiro, Rita Santos, Inês Santos, João Teixeira, Pedro Mesquita, Rosário Eça, Luís Vale

Medicina 2.1; Hospital Santo António dos Capuchos; Centro hospitalar Universitário de Lisboa central

A taquicardia ventricular bidirecional é uma taquiarritmia ventricular regular com duas morfologias diferentes do QRS, com frequências típicas entre 140-180 bpm. Esta arritmia está frequentemente associada à toxicidade pela digoxina, miocardite, enfarte agudo do miocárdio e taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica.

Os autores reportam o caso de uma mulher de 81

anos que recorre ao serviço de urgência por quadro com 3 dias de evolução caracterizado por diarreia, vômitos e prostração e 2 episódios de convulsões. Do estudo complementar realizado destacava-se hipocaliemia de 1,7 mmol/L e níveis indesejáveis de fósforo e magnésio. O ECG mostrou taquicardia ventricular bidirecional com frequência de 153 bpm (figura 1). Não foram pedidos níveis de digoxina dado não haver história prévia de terapêutica com este fármaco. Após reposição dos distúrbios iónicos, nomeadamente do potássio, verificou-se melhoria clínica, bem como normalização das alterações electrocardiográficas (figura 2).

Com este caso pretende-se salientar que os distúrbios iónicos graves podem estar associados à taquicardia ventricular bidirecional, pelo que, embora se trate de uma etiologia rara numa arritmia igualmente rara, deve ser sempre considerada no seu diagnóstico diferencial.

IMG014

109 A HEMATÚRIA E O QUEBRA-NOZES.

Joana Almeida Calvão, Mónica Dinis Mesquita, Fernando Salvador, Paula Vaz Marques

Serviço de Medicina Interna do Hospital de Vila Real - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Homem de 44 anos, com antecedentes pessoais de Doença de Behçet desde 2000, medicado com prednisolona 5 mg, sucralfato e budesonido tópicos, prolapso da válvula mitral com insuficiência mitral ligeira, fumador de 30 UMA. Seguimento em Consulta Externa de Medicina Interna - Autoimunes pela primeira patologia, tendo-se verificado em controlo analítico hematúria microscópica de >50 eritrócitos/campo, função renal dentro dos parâmetros da normalidade e urina de 24 horas sem alterações relevantes. Realizou ainda ecografia renal com estudo doppler com evidência de formação quística cortical exofítica com 5 cm no rim esquerdo. Por manutenção da hematúria microscópica, ainda que sempre assintomático, efetuou-se tomografia computadorizada renal que descreveu compressão da veia renal esquerda na pinça aortomesentérica, com redução do calibre desta veia, compatível com síndrome de Nutcracker. Esta síndrome caracteriza-se pela compressão da veia renal esquerda entre a artéria mesentérica superior e a artéria aorta. Embora seja muito raro, o seu diagnóstico é fundamental pela morbilidade que pode condicionar, associada ao risco de doença renal crónica pela hipertensão que daí pode decorrer e pelo risco de trombose da veia renal esquerda.

IMG033

242 PSEUDOANEURISMA RADIAL REFRACTÁRIO A TRATAMENTO CONSERVADOR – COMPLICAÇÃO RARA APÓS CATETERISMO

Joana Couto¹, Luís Pontes Santos¹, Raquel López¹, Diana Guerra¹, João Oliveira², Mário Marques Vieira²

¹Serviço de Medicina Interna ULSAM; ²Serviço de Cirurgia Vascular, Hospital de Braga

A opção pela via radial na realização de cateterismo cardíaco (CC) e outros procedimentos coronários arteriais é cada vez mais frequente pela menor taxa de complicações face à via femoral. Entre as complicações mais comuns encontram-se a oclusão da artéria radial, lesão do feixe vasculo-nervoso ou síndrome compartimental

Mulher, 77 anos. Antecedentes de hipertensão arterial e fibrilhação auricular hipocoagulada com apixabano. Internada recentemente por enfarte agudo do miocárdio da parede inferior submetida a CC por via radial com colocação de stent na coronária direita. Após procedimento com hematoma circunscrito ao local de punção, em fase de resolução à data de alta. Esteve medicada com hipocoagulação e antiagregação dupla. Recorreu ao SU 8º dia após CC por dor, edema e rubor localizados ao membro superior direito (MSD) no local de punção arterial/radial. Objetivamente, presença de massa pulsátil, mole, dolorosa à palpação acompanhada de hematoma no local de punção de CC (Figura A e B). Ecografia que mostrou pseudoaneurisma com 38 x 15 mm e 24 mm de extensão, parcialmente trombosado na periferia (Figura C). Inicialmente sob tratamento conservador decidido penso compressivo do aneurisma durante 10 dias, não se verificando melhoria e optando-se então por intervenção correção cirúrgica. À reavaliação após cirurgia, assintomática, sem sequelas e com pulso presente distalmente ao local da incisão.

Os pseudoaneurismas da artéria radial são geralmente secundários a traumatismo ou procedimentos invasivos, sendo uma complicação muito rara de CC (apenas 0.09% dos procedimentos). Entre os fatores de risco estão idade avançada, alterações da coagulação/hipocoagulação, duração do procedimento, número de tentativas de cateterização, presença de hematoma ou hemóstase/compressão inadequadas ou infeção local. De realçar, que esta complicação pode ocorrer nas primeiras horas após o procedimento ou demorar semanas a meses a manifestar-se.

IMG041

322 ANEURISMA GIGANTE DA AORTA – UM ACOMPANHANTE PARA A VIDA

Rui Seixas, João Gamito Lopes, Armindo Ribeiro, José Sousa e Costa

Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, Santiago do Cacém, Portugal

Mulher, 96 anos, autónoma nas suas atividades, com antecedentes de doença renal crónica secundária a hipertensão arterial e osteoporose, sem registo de terapêutica e sem conhecimento do controlo tensional. Avaliada em SU por quadro de dispneia e astenia com 4 semanas de evolução com agravamento progressivo e tolerando apenas pequenos esforços. Clinicamente apresentava diminuição do murmúrio vesicular no hemitórax esquerdo, sem presença de ruídos adventícios, e sem outras alterações relevantes ao exame objetivo. Observada exuberante hipotransparência em toalha no hemitórax esquerdo em radiografia de tórax. Pedida tomografia de tórax que revelou volumosa dilatação aneurismática aórtica com moldagem da artéria subclávia esquerda e desvio da traqueia medindo 100 x 75 x 113 mm. Atendendo à idade da doente e doença renal crónica não se prosseguiu com estudo etiológico, nomeadamente tomografia de tórax com injeção de contraste ou terapêutica invasiva, procedendo-se à otimização da terapêutica com boa resposta sintomática.

IMG057

461 ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL, UM INIMIGO OCULTO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Carolina Amado, Mariana Maranhas, Tiago Valente, Ana Rocha Oliveira, Marcelo Aveiro, Margarida Cruz

Centro Hospitalar Baixou Vouga, Aveiro

Homem de 65 anos, com antecedentes pessoais de Hipertensão Arterial medicada, e tabagismo ativo. Foi admitido na sala de emergência após síncope, sendo esta precedida de dor tóraco-lombar intensa. Ao exame objetivo, a destacar, doente consciente e orientado, corado, normoglicémico, contudo hipotenso (PAM 60 mmHg) e taquicárdico, com pulso femoral direito filiforme e esquerdo palpável e amplo; palpação abdominal ligeiramente desconfortável. Analiticamente, de destacar lactatos de 4.5 mmol/L, sem outras alterações de relevo, nomeadamente do hemograma, das transaminases ou da função renal. Tendo em conta a principal suspeita diagnóstica, realizou tomografia computadorizada abdominal que evidenciou "dilatação aneurismática fusiforme da aorta abdominal infra-renal com 7,5 cm de

diâmetro e extenso hematoma retroperitoneal à direita em contacto com o aneurisma que indica ruptura do mesmo". O doente foi orientado para cirurgia emergente de correção de aneurisma roto, previamente desconhecido. Apresentou evolução clínica desfavorável, tendo vindo a falecer.

O Aneurisma da Aorta Abdominal (AAA) é mais frequente após os 65 anos e no sexo masculino, apresentando como principais fatores de risco o tabagismo, doença aterosclerótica e a história familiar. Particularmente o AAA infra-renal é, na maioria dos casos, assintomático, sendo que em 1/3 dos casos a sua manifestação clínica inaugural é a rotura.

Apresenta-se este caso pela necessidade de elevada suspeição de rotura de AAA, em doente em choque e com lombalgia intensa súbita.

IMG065

537 ALARGAMENTO DO MEDIASTINO: UM ACHADO INCOMUM

Filipa Lima, Paula Costa, Marisa Rocha, Raquel Senra, Luís Dias

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE

Doente de sexo feminino, 79 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, osteoporose e demência de alzheimer. Encaminhada a consulta de Medicina Interna, por presença de imagem hilar esquerda, em radiografia do tórax. Referia quadro de tosse irritativa, intermitente, associada a dispneia para esforços moderados, sem outra sintomatologia acompanhante. Ao exame objetivo sem achados de relevo. Teria realizado ecocardiograma recentemente, em consulta privada, que segundo a doente não teria alterações. Foi pedida tomografia computadorizada (TAC) do tórax que revelou, no mediastino anterior, em contacto com o pericárdio, uma formação de densidade quística com cerca de 87x65mm, de parede fina, a favor de quisto do pericárdio. Doente manteve seguimento em consulta, apresentando estabilidade clínica e imagiológica, no TAC de controlo, aos 12 meses.

Os quistos do pericárdio são raros, representando cerca de 4 a 7% de todas as massas mediastínicas. A sua localização preferencial é no seio costofrénico direito. A maioria dos doentes são assintomáticos podendo, contudo, apresentar dispneia, dor torácica ou tosse. Pouco frequentemente, podem surgir complicações como tamponamento cardíaco, rutura do quisto, insuficiência cardíaca congestiva, obstrução de brônquio principal ou mesmo morte súbita. Muitas vezes o diagnóstico é realizado após achado em radiografia do tórax, sendo a TAC ou ressonância magnética, métodos de grande utilidade. O tratamento passa por excisão cirúrgica ou drenagem percutânea contudo, se os doentes se encontrarem assintomáticos, pode-se optar por

vigilância imagiológica, a cada 1 a 2 anos.

Este caso relata um caso raro, embora com crescente número nos últimos anos, atendendo ao maior uso de exames complementares de imagem. O seu diagnóstico assume extrema importância, permitindo a deteção precoce ou mesmo prevenção de complicações potencialmente graves.

IMG071

551 COMPLICAÇÃO INCOMUM DE ANGIO-TC PULMONAR

Ana Sá, Vanessa Palha, Anna Knoch, Larissa Lanzaro, Teresa Pimentel, Narciso Oliveira

Serviço de Medicina Interna, Hospital de Braga

Mulher de 77 anos observada no SU por dispneia súbita e toracalgia com 2 dias de evolução. Quatro dias antes fora diagnosticada TVP da perna esquerda, sendo iniciada hipocoagulação com varfarina. A doente era parcialmente dependente para as actividades de vida diária e tinha como antecedentes pessoais vasculite ANCA-MPO com sobreposição anti-MBG, síndrome linfoproliferativa B indolente, TVP prévias, HTA, IC, histerectomia e ooforectomia por fibromioma, colecistectomia e carcinoma da mama tratado com mastectomia esquerda e hormonoterapia. Medicada com pantoprazol, prednisolona, folinato de cálcio, atorvastatina, lorazepam, paroxetina e colecalciferol. No SU realizado angio-TC pulmonar e confirmado diagnóstico de TEP bilateral. Após a administração do contraste endovenoso no braço esquerdo, desenvolveu-se um hematoma extenso da mão e braço esquerdos, com ruptura vascular e extravasamento de contraste, evoluindo para necrose cutânea do dorso da mão (imagem anexa). A doente necessitou de interrupção da hipocoagulação durante o internamento e de desbridamento cirúrgico do tecido necrosado. Posteriormente foi realizada plastia com enxerto de pele parcial colhido da coxa esquerda, sem intercorrências e com boa evolução. Não houve sinais de reactivação de vasculite.

Este caso alerta para alguns dos cuidados a ter após uma mastectomia associada a esvaziamento dos gânglios linfáticos axilares, nomeadamente a punção venosa, que deve ser realizada no membro superior contralateral. A duração do internamento foi neste caso determinada pela intercorrência (hematoma) e não pelo diagnóstico principal (TEP bilateral).

IMG073**556 ANGIOGRAFIA ESPONTÂNEA: O TRAJECTO REVELADO.**

Bárbara Batista, Tiago Tribolet de Abreu

Hospital Espírito Santo de Évora

Nas imagens apresentadas consegue-se observar na perfeição todo o trajecto ao longo do membro superior direito da artéria umeral e radial calcificadas, que as tornou radiopacas. O doente em questão não apresentava pulsos radiais palpáveis tendo a colheita de sangue arterial sido realizada a nível da artéria femoral. Não havia evidência clínica de isquémia distal do membro.

A calcificação de artérias extra-coronárias tem sido percepcionada como um possível marcador de risco cardiovascular bem como do aumento de eventos cardiovasculares e mortalidade global. O doente de 85 anos além da calcificação, apresentava ainda hipertensão arterial, dislipidémia, etilismo crónico (72g por dia) e fumador (21 UMA), tendo tido um acidente vascular cerebral isquémico no passado sem sequelas.

IMG104**753 ASAS EM BORBOLETA OU HEMORRAGIA ALVEOLAR?**

Carla Marques Pires, Sandra I. Correia, Isabel M. Eira, Renata Carvalho, George Chiriac, Cindy Tribuna, Cristina Ângela, Carlos Capela

Hospital de Braga

Homem de 69 anos com hipertensão arterial, insuficiência cardíaca (IC) e artrite reumatóide (AR) medicada com sulfassalazina, como antecedentes de relevo.

Foi internado em Medicina Interna a 15 de Abril por retorragias diárias com 1 mês de evolução associado a dispneia para esforços progressivamente menores, ortopneia, tosse seca noturna e edemas bilaterais dos membros inferiores (MI) até à raiz da coxa, a condicionar a marcha. Analiticamente com anemia normocítica, lesão renal aguda, ligeira trombocitopenia e estudo de coagulação normal. Gasometria sem insuficiência respiratória. O eletrocardiograma evidenciou fibrilhação auricular de novo com CHA2Ds2VASc de 3, não hipocoagulada, face à anemia com necessidade de suporte transfusional e às retorragias diárias. A radiografia pulmonar evidenciava congestão pulmonar com derrame pleural bilateral.

Durante o internamento foi avaliado por Gastroenterologia que diagnosticou patologia hemorroidária submetida a laqueação, com diminuição progressiva das retorragias desde

essa data. Adicionalmente, por possível toxicidade medular e hepática foi suspensa a sulfassalazina e iniciada corticoterapia para controlo da AR.

No 10º dia de internamento agravamento clínico, com dispneia em repouso e intolerância ao decúbito, episódio isolado de hemoptises, crepitações dispersas na auscultação. Analiticamente insuficiência respiratória tipo 1 e lesão renal aguda, sem queda de hemoglobina associada. O doente realizou uma tomografia computadorizada de alta resolução que evidenciou uma densificação em vidro despolido com distribuição simétrica bilateral associado a derrame pleural. Caso com discussão multidisciplinar (medicina interna, radiologia e pneumologia) face à dúvida entre descompensação da IC ou hemorragia alveolar. A clínica e os antecedentes associados a ausência de queda de hemoglobina, tornaram mais plausível a hipótese de descompensação da IC, sendo que se observou uma resposta favorável após otimização terapêutica.

IMG106**774 UM TRIÂNGULO DE MAU PRESSÁGIO**

Daniela Neto, Salomé Marques, Laura Castro, Magda Fernandes, Glória Alves, Jorge Cotter

Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães

Sexo feminino, 80 anos de idade, parcialmente dependente para as atividades de vida diária. Admitida por fratura subtrocanterica esquerda após queda, submetida a redução fechada e osteossíntese. Após a intervenção cirúrgica evidenciou quadro de agravamento progressivo de dispneia com necessidade de oxigenoterapia suplementar e posterior síncope. Realizado angiotomografia (angio-TAC) pulmonar que evidenciou defeitos de repleção endoluminais na porção terminal da artéria pulmonar principal esquerda que se estendiam para os ramos segmentares da artéria lobar inferior homolateral e da porção terminal da artéria pulmonar principal direita com extensão aos ramos segmentares do lobo inferior direito (LID) e lobo superior direito (LSD), alterações a sugerir tromboembolismo pulmonar agudo central e periférico. Apresentava ainda uma consolidação no segmento posterior e lateral do LID com derrame pleural de volume moderado. Cumpriu meropenem por pneumonia nosocomial e hipocoagulação com enoxaparina, posteriormente alterada para fondaparinux por trombocitopenia induzida pela heparina. À data de alta melhorada e a cumprir hipocoagulação com varfarina.

IMG117**835 QUANDO OS SINGULTOS DÃO CHOQUE**

Mariana Teixeira, Joana Ricardo Pires, Tiago Rabadão, Filipa Ferreira, Tiago Adrega, João Fonseca, Clarinda Neves, Rosa Jorge

Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Doente do sexo masculino, 74 anos de idade, com antecedentes de lúpus eritematoso sistémico, síndrome anti-fosfolípido secundário e miocardiopatia dilatada idiopática, clinicamente estável, submetido a implantação de CDI monocameral para prevenção primária, com sonda ventricular de fixação ativa.

Recorreu ao Serviço de Urgência uma semana após a colocação do CDI por choque enquanto vestia a manga esquerda da camisa, sem outros sintomas peri-evento. Referia sensação abdominal semelhante a singultos com início na noite anterior. Do exame objetivo, destacavam-se a ausência de reprodução do choque quando vestia e despia a camisa e a presença de contrações abdominais sugestivas de estimulação diafragmática, sem manifestação electrocardiográfica de captura ventricular. O ECG demonstrava ritmo sinusal sem condução ventricular mediada por pacemaker e não apresentava alterações analíticas de relevo.

Na interrogação do CDI, o choque decorreu em resposta a um ritmo ventricular rápido (240 bpm) e irregular, após antitachycardia pacing ineficaz. A sonda ventricular estimulava o diafragma com baixas voltagens, sem a respetiva captura ventricular e apresentava leitura da atividade ventricular com baixa amplitude, sinais sugestivos de afastamento do eléctrodo do seu posicionamento ventricular.

A radiografia do tórax confirmou o diagnóstico, demonstrando a deslocação do electrocatéter ventricular para anatomia auricular. O doente foi submetido a reposicionamento de electrocatéter, sem intercorrências e sem novas terapias desapropriadas.

A deslocação de electrocatéter ventricular ocorre em menos de 1% dos portadores de dispositivos cardíacos e pode resultar na ausência de terapia anti-bradicardia e anti-taquicardia, choques inapropriados, disritmias ventriculares malignas e estimulação diafragmática. Este caso ilustra como uma anamnese atenta, um exame objetivo dirigido, uma integração clínica cuidada e uma simples radiografia conduziram ao diagnóstico desta entidade clínica.

IMG122**898 ENFARTE PULMONAR**

Mafalda Ferreira, Carina Sousa, Catarina Canha, Helder Esperto, Manuel Teixeira Veríssimo, Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

Homem, 61 anos, recorre ao SU por dor torácica intensa à direita, com irradiação posterior, de características pleuríticas e com dispneia em repouso, com 10 dias de evolução e agravamento progressivo. Sem outra sintomatologia. Tromboembolia pulmonar há 26 anos, em contexto de cirurgia ortopédica, e 3 episódios de pericardite, sem seguimento, encontrando-se sob terapêutica com colchicina por episódio recente. No mês anterior fez viagem de automóvel de cerca de 40 horas, com poucas paragens. Aumento discreto dos parâmetros inflamatórios e opacidade em cunha no campo pulmonar direito na radiografia. Angio-TC confirmou tromboembolia pulmonar activa nos ramos principais segmentares e subsegmentares bilaterais, com densificação e broncograma aéreo nos lobos médio e inferior direito.

IMG123**900 TROMBO EXTENSO NA AURÍCULA DIREITA**

Tânia Strecht, Carla Matias, Élia Batista, Gonçalo Proença

Hospital de Cascais

Apresentamos o caso de um homem de 73 anos, com história de tromboembolismo pulmonar (TEP) há 32 anos e neoplasia da próstata. Observado em Serviço de Urgência por aperto retroesternal, náuseas, sudorese, cansaço para pequenos esforços e fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida.

Realizou Ecocardiograma transtorácico (ETT) que mostrou massa volumosa na aurícula direita (AD), com origem na Veia Cava Inferior, pediculada e móvel, com movimentos amplos, "prolapsando" para o ventrículo direito; as cavidades direitas, tronco e ramos da artéria pulmonar estavam dilatados, visualizando-se trombo no ramo direito e hipertensão pulmonar (HTP) grave (PSAP $\pm$ 70 mmHg). Fez Angio-tomografia computadorizada que confirmou TEP com envolvimento dos troncos principais das artérias pulmonares bilateralmente e cardiomegalia com inversão do septo interventricular por sobrecarga direita.

Por agravamento clínico com polipneia e hipoxemia

com necessidades crescentes de O₂, foi discutida a hipótese de fibrinólise e trombectomia, não realizadas.

Ao 2º dia verificou-se franca melhoria clínica. A reavaliação por ETT mostrava ausência da massa na AD e do trombo na artéria pulmonar, mantendo HTP moderada e sobrecarga direita.

A presença de trombos móveis nas cavidades direitas é rara e está geralmente associada a TEP e elevada mortalidade. A terapêutica é discutível: anticoagulação, fibrinólise e embolectomia, mas não há até à data um consenso acerca da melhor opção. O tratamento deve ser ponderado individualmente, de acordo com clínica, a extensão dos trombos, a reserva cardiopulmonar, comorbilidades, disponibilidade do tratamento e experiência da equipa médica.

Neste caso, a estabilidade hemodinâmica e a rápida melhoria clínica e ecocardiográfica, foram decisivos para a decisão de estratégia conservadora.

IMG125

927 PULMÃO ROUBA CORAÇÃO. A CORONÁRIA DEMASIADO GENEROSA.

Ana Albuquerque, Cláudio Quintaneiro, Hélia Martins, Helena Carrondo, Célio Fernandes

Serviço de Medicina 2 - Centro Hospitalar de Leiria

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 48 anos raça negra, admitida no Serviço de Urgência por pré-cordialgia com 1 hora de evolução sem outros sinais ou sintomas, e orientada como VVcoronária. Dos antecedentes relevantes a referir dupla laqueação do canal arterial patente aos 15 anos e substituição da válvula aórtica por prótese mecânica aos 40 anos, encontrando-se anticoagulada com varfarina.

No ECG exibia sinais compatíveis com bloqueio de ramo direito, previamente conhecido. Analiticamente apresentava elevação marcada das enzimas cardíacas com troponina T de 234303.4 pg/mL, CK de 6838 U/L, CK-MB de 772U/L, TGO de 938 U/L, LDH de 1399 U/L. Contactou-se a cardiologia que realizou coronariografia identificando-se uma fístula entre a coronária descendente e a artéria pulmonar, apresentando débito significativo para a circulação pulmonar. Não foram evidentes lesões oclusivas das artérias coronárias. O diagnóstico final foi de EAMSSST secundário a fístula coronária.

Discussão: As fístulas coronárias são raras e ocorrem em apenas 1-2% da população geral, correspondendo a cerca de 0.05-0.25% dos achados angiográficos. São maioritariamente assintomáticas, sendo que fístulas com maior calibre e fluxo podem manifestar-se como angina, insuficiência cardíaca, hipertensão pulmonar

ou como EAM (3-5%). Apesar de não existirem dados suficientes, sabe-se que na sua maioria são congénitas e em cerca de 50% dos casos têm origem na artéria coronária direita. Relativamente às fístulas coronárias adquiridas estas podem surgir após traumas, cirurgias cardíacas ou angioplastias cardíacas.

Neste caso a presença de um shunt conduziu a um fenómeno de roubo coronário, secundário ao marcado fluxo sanguíneo distal à fístula com consequente isquémia do miocárdio. Considera-se o caso merecedor de apresentação pela raridade mas também pela potencial gravidade em situação de doente agudo.

IMG126

937 HIPERQUERATOSE PAPILOMATOSA COMO MANIFESTAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Inês Fernandes Santos, José Pedro Cidade, João Carlos Furtado, Francisco Silva

Hospital Egas Moniz

A insuficiência cardíaca é uma entidade nosológica extremamente prevalente com elevada morbilidade e mortalidade, sendo o edema periférico uma das formas de apresentação mais comuns. As alterações cutâneas tróficas associadas variam num espectro alargado conforme a cronicidade, frequência de descompensação e eficácia terapêutica. Não obstante, atrasos no diagnóstico ou na terapêutica podem ainda conduzir a alterações patológicas extremas e atípicas, como demonstrado na imagem. Contrastando com formas clássicas de dermite periférica, os autores apresentam um caso de hiperqueratose severa de padrão predominantemente papilomatoso, tipicamente descrita em associação a edemas de etiologia não-cardíaca.

Trata-se de doente do sexo masculino, 85 anos, internado por celulite associada a edema infra-genicular bilateral com hiperqueratose e extensas placas de papilomatose. A história clínica revelou-se fundamental no estabelecimento da associação temporal entre as lesões cutâneas e sinais e sintomas como dispneia, ortopneia e noctúria. A marcha diagnóstica permitiu afastar outras etiologias potenciais para as alterações dermatológicas, nomeadamente insuficiência venosa, flebites, linfangiectasia crónica e parasitoses. Confirmou-se o diagnóstico de insuficiência cardíaca, destacando-se NT-ProBNP 5908 pg/ml e ecocardiograma transtorácico com aumento das dimensões auriculares e fracção de ejeção preservada e ainda hipotireoidismo (TSH 11.3 μUI/mL e T4L 10.4 pmol/L).

Após 7 dias de antibioticoterapia empírica com flucloxacilina e resolução rápida da celulite, foi a

posterior Introdução

de diurético de ansa associado ao emoliente tópico à base de ureia, que permitiu a rápida resolução das lesões hiperqueratóticas papilares e sua substituição por pele íntegra.

Com o presente caso, pretende-se destacar a raridade, magnitude e severidade das alterações cutâneas evidentes na imagem, bem como a sua associação menos clássica enquanto forma de apresentação de insuficiência cardíaca.

IMG161

1183 SÍNDROME DE QUEBRA-NOZES, A PROPOSITO DE UM CASO CLINICO.

David Garcia; Ana Mosca, José Martins, Rosário Araújo

Hospital de Braga

Doente de 33 anos realizou RMN abdominal para estudo de lesões hepáticas.

Imagem da veia renal esquerda comprimida entre a artéria aorta e artéria mesenterica superior com ingurgitamento da veia renal esquerda e especialmente notório da veia ovárica esquerda.

Ainda sem proteinúria ou hematuria que são características de alguns doentes que possuem deste síndrome.

IMG162

1212 SITUS INVERSUS – O MUNDO AO CONTRÁRIO!

Maria Inês Santos, Marisa Brochado, Helena Vieira Dias

Hospital Distrital de Santarém

Situs inversus totalis foi descrito pela primeira vez no século XVIII pelo Dr. Matthew Baillie. Trata-se de uma alteração genética rara, caracterizada pela inversão completa dos órgãos da cavidade torácica e abdominal, observando-se assim a chamada "imagem-espelho". Presente em 0.01% da população (1 em cada 1 milhão), sendo a grande maioria assintomática. Cerca de 5% destes indivíduos podem apresentar alguma má formação congénita cardíaca, das quais a transposição dos grandes vasos é a mais comum. Descrito também em 25% dos doentes com discinesia ciliar primária, uma doença autossómica recessiva.

Os padrões de herança, assim como a alteração genética específica, ainda não foram identificados.

Esta imagem refere-se a um doente do sexo masculino, 25 anos, melanodérmico, que recorreu ao serviço de urgência por queixas compatíveis

com síndrome gripal, tratando-se assim de um incidentaloma.

IMG178

1277 A SENHORA SMURF

Grace Staring, André Pinto, Manuel Martins, Wildemar Costa, Fátima Monteiro, Ivone Barracha, Rosa Amorim

Centro Hospitalar do Oeste - Unidade de Torres Vedras

Efeito secundário cutâneo induzido pelo uso crónico de Amiodarona. Coloração azul- acinzentada das regiões malares (setas vermelhas), dorso e ponta do nariz (setas verdes) e lobo da orelha (seta azul). As manchas cutâneas azul-acinzentadas estão presentes em 2-5% dos doentes e aparecem em áreas expostas ao sol. Geralmente são reversíveis com suspensão da Amiodarona, embora possam demorar mais de um ano a desaparecer.

IMG179

1287 O AVC QUE MELHORA O ESTILO DE VIDA

Conceição Viegas, Eduarda Alves, Mário Lázaro

Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Homem, 52 anos, internado em Medicina Interna por AVC isquémico no braço anterior da cápsula interna esquerda, cardiopatia hipertensiva, com retinopatia hipertensiva grau II e claudicação intermitente grave com necessidade de parar a marcha cada 30 segundos. Fez Angio-TAC abdominopélvico e dos membros inferiores que mostra oclusão da aorta abdominal a nível da infrarrenal com extensão para as artérias ilíacas internas e externas, com reabilitação ao nível das artérias femorais comuns por circulação colateral vinda da parede abdominal inferior. Foi submetido a cirurgia vascular, recuperando completamente a marcha sem esforço, realizando actualmente caminhadas de longa distância.

IMG181

1295 UM MEDIASTINO ABERRANTE: A PROPOSITO DE UM CASO CLÍNICO

Yair Gamboa, André Goulart, Alexandra Freitas, Ângelo Andrade, Almerindo Rego

Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira

Apresenta-se doente do sexo feminino, 39 anos de idade, antecedentes médicos de diabetes gestacional, referenciada a consulta pelo médico assistente, após, no contexto de episódios

recorrentes de toracalgia antero-posterior mediana, intensidade moderada, características pleuríticas e intermitente, ter realizado radiografia do tórax onde terá sido identificado massa exuberante nodular de contornos bem definidos, para-hilar e justa mediastínica esquerda.

Sem alterações de relevo à observação, bom estado geral, eupneica e sem sinais de dificuldade respiratória em ar ambiente, com SatO₂ 97%, auscultação cardiopulmonar sem alterações.

TC do tórax revelou ' (...) ausência de derrame pleurais ou adenopatias mediastínicas. Volumosa massa de densidade hídrica (77x79 mm), homogénea não captante de contornos regulares com calcificações parietais, paramediastínica esquerda em topografia supero-anterior, sugestiva de quisto pleuro-pericárdico '.

Pelas dimensões e sintomatologia, que apesar de intermitente e intensidade moderada terão motivado múltiplas recorrências ao serviço de urgência, foi proposta para tratamento cirúrgico, que recusou, tendo descontinuado o seguimento.

Os quistos pericárdicos são incomuns, com incidência de 1 para 100.000. De etiologia congénita/idiopática ou adquirida (infecciosa ou iatrogénica pós-cirúrgica), a maioria são detectados acidentalmente, de crescimento infrequente e raramente clinicamente significativos. Podem associar-se a tamponamento cardíaco, obstrução do brônquio principal direito e morte súbita.

O aspecto radiológico típico na TC é de um quisto não-contrastante com atenuação aquosa homogénea.

Com clínica inespecífica de dispneia, dor torácica e palpitações, quando muito sintomáticos, as opções terapêuticas incluem aspiração percutânea e esclerose etanólica (elevadas taxas de recorrência e impossibilidade de estudo anatomopatológico) e ressecção cirúrgica, considerada terapêutica de primeira linha.

IMG206

1532 DOENÇA CARCINÓIDE VALVULAR

Maria Castro, Sara Borges, Pedro Carvalho, Márcia Souto, José Monteiro, Fernando Gonçalves, José Guimarães, Miguel Móz, Filipa Cordeiro, José Moreira

Unidade Local de Saúde do Nordeste, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução

Os tumores carcinóides são raros com incidência de aproximadamente 1/100 000, 90% dos casos têm origem nas células neuroendócrinas do tracto gastro-intestinal. Segregam substâncias

vasoactivas que são inibidas a nível hepático. Quando a quantidade de substâncias vasoactivas produzida ultrapassa a capacidade de inactivação hepática surge a síndrome carcinóide. A doença carcinóide cardíaca atinge 50 a 70% dos doentes com este síndrome e resulta da deposição endocárdica de tecido nas estruturas valvulares direitas.

Caso Clínico

Homem de 65 anos, seguido na Consulta de Oncologia por Tumor Neuroendócrino (carcinóide do Intestino Delgado). Ao exame físico apresentava queixas de cansaço, afrontamento, flushing e dispepsia pos-pandrial com vários meses de evolução. Em Tomografia Axial Computorizada toraco-abdomino-pélvica de avaliação de evolução da doença para além das alterações conhecidas previamente foi descrita a existência de cardiomegalia, a que se associava aumento da vascularização hilar bilateral.

O ecocardiograma transtorácico, revelou que a válvula tricúspide apresentava anel e aparelho subvalvular espessados, encurtados e retraídos, estando os folhetos fixos em posição semi-aberta durante todo o ciclo cardíaco, provocando regurgitação massiva e estenose significativa; as câmaras direitas encontravam-se dilatadas. Estas alterações são compatíveis com doença carcinóide cardíaca em fase avançada.

Discussão

Este caso demonstra a importância do ecocardiograma para o diagnóstico e follow-up da doença carcinóide cardíaca. As imagens ecocardiográficas revelaram o espessamento dos folhetos da válvula tricúspide, que permanecem na mesma posição durante todo o ciclo cardíaco, o que constitui uma particularidade desta doença. Tal como descrito na literatura, a valvulopatia predominante da doença carcinóide neste doente tratou-se da regurgitação tricúspide, descrita como massiva e associada a dilatação das cavidades direitas.

IMG211

1575 VIVER COM UMA BOMBA RELÓGIO

Joana Fontes, Inês Grenha, João Costelha, Joana Serôdio, Elsa Araújo, Manuel Barbosa, Bárbara Sousa, Joana Silva, José Veloso, Paula Brandão

Serviço de Medicina Interna do Hospital Conde de Bertiandos - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

O aneurisma aórtico é menos incidente a nível torácico (6 casos por 100.000 pessoas/ano) e tem uma etiologia multifatorial: na aorta ascendente é mais comumente secundário a condições genéticas, enquanto que os aneurismas da aorta

descendente são primariamente ateroscleróticos. As causas raras incluem infecções e vasculites. A maioria dos aneurismas é assintomática e diagnosticada de forma incidental.

O presente caso refere-se a uma mulher de 76 anos, autônoma, sem hábitos tabágicos, com antecedentes de IC com fração de ejeção preservada de etiologia valvular e hipertensiva em classe funcional II da NYHA. Recorreu ao SU por sintomas compatíveis com IC descompensada. Ao exame objetivo, encontrava-se polipneica, hemodinamicamente estável, com saturações periféricas em ar ambiente de 82%. A auscultação cardíaca evidenciava sopro holossistólico aórtico de grau IV/VI. Apresentava TVJ+ a 90°, pulso carotídeo hiperkinético e uma massa pulsátil no cavado supraclavicular direito. Com estase pulmonar e discreto edema dos membros inferiores. Nas análises com BNP elevado (1501,8 pg/mL, N<100) e radiologicamente com evidência de cardiomegalia, silhueta aórtica aumentada e congestão bibasal. A doente foi internada por IC descompensada. Realizou ecocardiograma transtorácico que revelou uma dilatação da aorta ascendente marcada na sua porção tubular, com insuficiência aórtica severa. Solicitada angiografia que confirmou um volumoso aneurisma fusiforme da aorta ascendente com calibre máximo de 6,8 cm na porção média, 4,4cm na porção alta e 3,9cm na junção sinotubular. Perante o achado, foi proposta a orientação para cirurgia cardiorádica que a doente recusou.

Este caso reveste-se de interesse acrescido por retratar uma situação invulgar. Trata-se de um aneurisma de evolução insidiosa, em que a manifestação inicial com IC descompensada surgiu já com uma dilatação aneurismática de grandes dimensões, em que o risco de ruptura espontânea e desfecho desfavorável é muito elevado.

IMG215

1585 TUMOR FANTASMA DO PULMÃO: PENSAR NELE ANTES DE DESAPARECER

Catarina Lameiras, Miguel Achega, Marta Lopes, Maria do Céu Dória

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

O tumor fantasma do pulmão, também conhecido por tumor evanescente, constitui uma entidade radiológica rara que reflecte a existência de um derrame pleural numa das cisuras interlobares. Surge na radiografia de tórax como uma imagem pulmonar arredondada bem definida que pode simular uma massa pulmonar. Frequentemente constitui um achado accidental em doentes assintomáticos, pelo que poderá levar à realização de exames complementares desnecessários ou à não instituição de terapêutica adequada. O

tratamento da causa de congestão pulmonar resulta no desaparecimento da alteração radiográfica (vindo daí a sua designação), confirmando-se assim o diagnóstico. O conhecimento das características imagiológicas e clínicas desta entidade é essencial para o diagnóstico diferencial e para evitar medidas diagnósticas desnecessárias, dispendiosas e potencialmente lesivas, assim como erros de tratamento. Descreve-se o caso clínico de um homem de 91 anos, com antecedentes de cardiopatia hipertensiva, com um quadro com 2 semanas de evolução de dispneia para pequenos esforços, ortopneia, tosse produtiva e edemas dos membros inferiores. A radiografia de tórax da admissão (figura 1) apresentava no terço médio do campo pulmonar direito uma opacidade lenticular com aproximadamente 2 x 2 cm, para além de obliteração do seio costofrénico direito. A radiografia torácica de perfil direito mostrava uma hipotransparência oval ao longo de toda a pequena cisura (figura 2). Foi pedida TC torácica para esclarecimento da opacidade. Posteriormente, o doente evoluiu com "pulmão branco" direito compatível com derrame pleural (figura 3). Após intensificação de terapêutica diurética e toracocentese (líquido pleural compatível com transudado), verificou-se resolução completa das alterações radiográficas, para além de melhoria clínica. O doente teve alta com o diagnóstico de insuficiência cardíaca agudizada com derrame pleural direito, correspondendo a opacidade pulmonar a um tumor fantasma da pequena cisura.

IMG223

1620 A QUINTA CÂMARA CARDÍACA

Joana Fontes, Inês Grenha, João Costelha, Joana Serôdio, Elsa Araújo, Manuel Barbosa, Bárbara Sousa, Joana Silva, José Veloso, Paula Brandão

Serviço de Medicina Interna do Hospital Conde de Bertiandos - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Os quistos pericárdicos ocorrem com uma incidência de 1 em 100.000 doentes e 75% estão localizados no ângulo costofrénico direito. A maioria dos doentes portadores (70%) é assintomática, sendo um achado incidental em radiografia de tórax ou ecocardiograma. Se presentes, os sintomas devem-se a compressão de órgãos adjacentes e incluem dor torácica atípica, tosse e dispneia persistente.

A presente imagem refere-se a uma mulher de 79 anos, com antecedentes de HTA, DM tipo 2, dislipidemia e cardiopatia isquémica que recorreu ao SU por síndrome febril. No decurso da investigação etiológica realizou radiografia de tórax que evidenciou cardiomegalia e hipotransparência na base direita. Foi pedido TC de tórax para esclarecimento desta imagem que revelou uma lesão de densidade hídrica e circunscrita no

espaço cardiofrénico direito com cerca de 4 cm de diâmetro transversal máximo, compatível com quisto pericárdico, sem significado clínico.

Há registo de que alguns quistos pericárdicos se resolvem espontaneamente por rutura para o espaço pleural. No entanto, a taxa de resolução espontânea ou o número de complicações não é conhecida. A abordagem a esta patologia inclui atitude expectante com vigilância clínica e imagiológica, drenagem percutânea ou excisão.

IMG225

1644 ANEURISMA DA AORTA ASCENDENTE: RELEMBRAR PARA NÃO ESCAPAR.

Carlos Rodrigues, Leonor Naia, Andreína Vasconcelos, Inês Vidal, Bernardo Cunha, Rita Simões e João Fonseca

Hospital Infante D. Pedro, Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Homem, 89 anos, admitido no Serviço de Urgência (SU) por desorientação e agitação psicomotora de início súbito, com cerca de 4h de evolução. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial e hiperplasia benigna da próstata, medicado com lercanidipina, tansulosina e losartan/hidroclorotiazida. Ao exame objetivo, apresentava-se consciente, desorientado e agitado, corado e hidratado, apirético, euglicémico, hipotenso, com frequência cardíaca de 100 bpm, sem outras alterações. Análises normais. Três horas após admissão hospitalar, iniciou alteração súbita do estado de consciência, pontuando 3 na Escala de Coma de Glasgow, com desvio oculocéfálico esquerdo, respiração de Cheyne-Stokes, ingurgitamento jugular, hipotensão marcada, taquicardia, pulsos débeis e má perfusão periférica. O electrocardiograma mostrou ritmo sinusal, com inversão da onda T nas derivações laterais e o ecocardiograma trans-torácico um aneurisma da aorta ascendente associado a derrame pericárdico. A angiotomografia toraco-abdominal confirmou o aneurisma e identificou foco de rutura na base, com drenagem pericárdica ativa a condicionar tamponamento cardíaco. Pelo elevado grau de dependência do doente, a instabilidade do quadro, a elevada taxa de mortalidade associada e distância ao hospital de referência, optou-se por não se instituir medidas terapêuticas invasivas, vindo o doente a falecer 6h após a sua entrada no SU.

As complicações associadas aos aneurismas da aorta ascendente apresentam uma elevada taxa de mortalidade nos idosos com esta patologia, principalmente devido à sua apresentação inespecífica e progressão rápida e fatal. O diagnóstico atempado da rutura requer elevada suspeição clínica e assenta na realização da angiotomografia, que permite o triple-rule-out

entre patologia coronária, aórtica e vascular pulmonar. O sucesso terapêutico desta entidade implica a imediata correcção cirúrgica, constituindo a pericardiocentese uma forma emergente de controlo temporário do tamponamento cardíaco.

IMG261

1984 DUPLO SEPTO INTERAURICULAR NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASSAS INTRACARDÍACAS

João Pedro Pais, Ana Sofia Matos, Francisco Teixeira da Silva, Miguel Romano, Francisca Silva Cardoso, Ana Nascimento, Rui Lima, Diana Guerra

Unidade Local de Saúde do Alto Minho

O duplo septo interauricular corresponde a uma anomalia congénita extremamente rara, em que existe um septo auricular com uma dupla membrana, com presença de um espaço interauricular entre as duas aurículas. Na maioria dos casos, esta anomalia é detetada incidentalmente ou pode manifestar-se como um evento tromboembólico. Relata-se o caso de um homem de 77 anos de idade, com antecedentes pessoais de hiperplasia benigna da próstata e síndrome depressivo. Apresentava queixas de astenia e dispneia, inicialmente para médios esforços, com um ano de evolução e agravamento progressivo. Realizado ecocardiograma transtorácico em ambulatório, que revelou a presença de uma massa móvel na dependência do septo interauricular, de difícil caracterização. Realizado então ecocardiograma transesofágico, que revelou a presença de duplo septo interauricular. No caso descrito, o duplo septo interauricular foi um achado incidental num utente com sintomatologia de insuficiência cardíaca. No entanto, pelo risco tromboembólico associado, deve ser cuidadosamente ponderada a decisão de hipocoagulação.

IMG262

1985 COMUNICAÇÃO INTERAURICULAR TIPO SEIO VENOSO NO ADULTO

João Pais, Ana Sofia Matos, Luís Santos, Joana Couto, Francisco Teixeira da Silva, Miguel Romano, Francisca Silva Cardoso, Ana Nascimento, Rui Lima, Diana Guerra

Unidade Local de Saúde do Alto Minho

A comunicação interauricular tipo seio venoso é uma malformação cardíaca rara, com prevalência entre 2-10% dos doentes com comunicação interauricular. As manifestações clínicas podem variar entre limitação funcional ligeira até hipertensão pulmonar e disritmias. Apresenta-se o caso de um homem de 78 anos, com antecedentes

personais de hipertensão essencial, obesidade e trombose venosa profunda idiopática em 2014, hipocoagulado desde então com varfarina. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por desconforto epigástrico após as refeições, associado a tonturas e hipersudorese, com dois meses de evolução, mas com aumento da frequência e severidade dos episódios nas duas últimas semanas. Exame objetivo no SU sem alterações de relevo. Durante a permanência no SU, apresentou episódio de taquicardia de complexos largos, com padrão de bloqueio completo de ramo direito. Sem subida significativa de marcadores de necrose miocárdica. Realizado ecocardiograma transtorácico, que levantou a hipótese de comunicação auricular, confirmada como comunicação interauricular tipo seio venoso superior após realização de ecocardiograma transesofágico. Desde o episódio inaugural sem novos episódios de taquidissritmia. Manteve hipocoagulação com varfarina. Proposto para correção cirúrgica, com encerramento da comunicação interauricular.

IMG264

2015 MIOCARDIOPATIA DE STRESS/ TAKOTSUBO MESOVENTRICULAR – VARIANTE ATÍPICA.

Mylene Costa, Bárbara Soeiro, Ana Isabel Lopes, Rute Ferreira, Nuno Moreno

ULS Matosinhos, Hospital Pedro Hispano

A “miocardiopatia de Takotsubo” (MCT) ou “miocardiopatia de stress” corresponde uma entidade caracterizada por alterações transitórias da mobilidade da parede do ventrículo esquerdo (VE), não causadas por doença coronária. Este quadro é desencadeado por episódios de stress físico ou emocional. Está classicamente associado ao balonamento do segmento médio e apical do VE com hipercinésia do segmento basal. No entanto, a MCT não implica necessariamente esta apresentação “típica”, podendo, menos frequentemente, envolver outros segmentos da parede ventricular- variante “atípica”.

Caso clínico: Senhora de 70 anos com factores de risco vascular (hipertensão arterial e dislipidemia) e síndrome depressivo/ansioso. Recorreu ao serviço de urgência por dor torácica com início após ter sido comunicado ao marido o diagnóstico de neoplasia pulmonar metastizada. Sem alterações ao exame objectivo. Do estudo efectuado: elevação da troponina I (máximo 4854 ng/L); electrocardiograma em ritmo sinusal, sem alterações do segmento ST. Por suspeita de enfarte agudo do miocárdio sem supradenivelamento de ST, realizou cateterismo cardíaco que revelou estenose de 70-80% da artéria coronária direita, tendo sido realizada angioplastia. Efectuado ecocardiograma transtorácico (EcoTT) que mostrou cavidades cardíacas de dimensões

normais, acinésia do segmento médio de todas as paredes (MCT1 e 2), confirmado após injeção de contraste (MCT3) e compromisso ligeiro da função sistólica do VE. Uma vez que a doença coronária objectivada no cateterismo não justificava as alterações segmentares verificadas no ecoTT e dado o contexto de stress emocional prévio ao quadro, foi assumido o diagnóstico de MCT mesoventricular/variante atípica. Realizou ressonância magnética nuclear cardíaca que mostrou edema miocárdico medioventricular, compatível com o diagnóstico; restante exame sem alterações, com reversão das alterações da mobilidade ventricular. Esta imagem destaca-se pela sua menor incidência e invulgaridade.

IMG271

2063 ENDOCARDITE INFECIOSA DE PRÓTESE AÓRTICA COM ABCESSO PERI-PROTÉSICO E VEGETAÇÃO

Leticia Santos, Jorge Lopes, Catarina Valadão, Catarina Bekerman

Hospital Garcia de Orta

Homem de 85 anos com antecedentes relevantes de insuficiência cardíaca, prótese aórtica biológica intervencionada em 2012 e bypass aorto-coronário, fibrilhação auricular paroxística e gamapatia monoclonal de significado indeterminado em investigação.

Doente internado por choque séptico de provável ponto de partida urinário, com isolamento em 2 hemoculturas e 1 urocultura de *Escherichia Coli* multissensível. Iniciou antibioterapia empírica com Piperacilina e Tazobactam, tendo feito switch para Ceftriaxone, e apresentou melhoria clínica e analítica com novas hemoculturas negativas. Realizou Ecocardiografia Transtorácica que demonstrou prótese biológica em posição aórtica com insuficiência intra-protésica ligeira.

Ao 8º dia de internamento, e ainda sob antibioterapia dirigida, iniciou febre e agravamento clínico com evolução para choque séptico. Após colheita de culturas, foi escalada antibioterapia para Meropenem. Os exames culturais revelaram-se negativos e foi pedida Ecocardiografia Transesofágica (ETE).

A ETE foi diagnóstica de endocardite infecciosa da prótese biológica aórtica, com vegetação na cúspide não coronária e vegetação na base da válvula mitral com fistula entre a zona de implantação da prótese e a aurícula esquerda.

O doente foi proposto para cirurgia cardíaca, tendo sido recusado pelas comorbilidades importantes que condicionavam condições cirúrgicas desfavoráveis. Cumpriu 6 semanas de antibioterapia dirigida com Gentamicina e Cefuroxime.

IMG277**2111 UM CASO DE DISSECÇÃO AÓRTICA AGUDA DO TIPO A**

Joana Faria Silva, Joana Seródio, Bárbara Sousa, Elsa Araújo, Amanda Lista Rey, Moura Alves, Ana Paula Brandão

ULSAM Alto Minho, E.P.E - Serviço de Medicina 2

Homem de 79 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, internado por infecção respiratória e insuficiência respiratória do tipo 1. Durante o internamento apresentou um quadro súbito de hemiplegia esquerda, desvio conjugado do olhar para a direita e anisocoria, associado a instabilidade hemodinâmica. No decorrer da investigação etiológica foi realizada uma angiografia da aorta torácica e abdominal por tomografia computadorizada que revelou uma extensa dissecção intimal aórtica desde a raiz aórtica até à bifurcação ilíaca, com envolvimento dos troncos supra-aórticos e das artérias ilíacas esquerdas e dilatação da aorta ascendente. O caso foi discutido com o Serviço de Cirurgia Cardiotorácica, que foi da opinião de não ter indicação para tratamento cirúrgico dado o reservado prognóstico clínico.

A dissecção aórtica representa uma disrupção da camada íntima da artéria aorta, que condiciona a formação de um falso lúmen para-aórtico, sendo uma entidade clínica imprevisível e que carece de uma atuação emergente. A dissecção da aorta é classificada segundo a localização anatómica do segmento afectado. A classificação de Stanford divide as dissecções aórticas em tipo A quando envolve a aorta ascendente, podendo propagar-se para a aorta descendente, e tipo B quando esta é apenas limitada à aorta descendente. O tratamento da dissecção aórtica do tipo A é cirúrgico e apresenta uma elevada mortalidade.

IMG281**2140 DOR TORÁCICA – COMPLICAÇÃO DE PACEMAKER CARDÍACO**

Cátia Correia, Ana Mestre, Yahia Abuowda, Ana Oliveira

Hospital Distrital de Santarém

Mulher de 60 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e implantação de pacemaker DDDR há 4 dias por doença do nódulo sinusal, recorre ao serviço de urgência por dor no hemitórax anterior com irradiação para a axila esquerda. Encontrava-se hemodinamicamente estável com discreto aumento de tensão arterial (150/70mmHg), normocárdica, sem alterações ao exame objectivo ou exames analíticos. O electrocardiograma revelou

ritmo de pacing auricular com ritmo ventricular próprio com spike sobreposto. No ecocardiograma transtorácico sumário verificou-se presença de derrame pericárdico ligeiro adjacente sobretudo às cavidades direitas, não se visualizando electrocatéter. A radiografia de tórax (imagem apresentada) revelou presença de eléctrodo do ventrículo esquerdo em posição extra cardíaca (lateral esquerda).

A doente manteve-se estável com medicação analgésica e foi transferida para um hospital central, onde o eléctrodo foi removido sem complicações e com encerramento espontâneo de orifício de perfuração. A doente teve alta para o domicílio, não apresentando novas complicações até à data.

A implantação de pacemaker acontece cada vez mais frequentemente, com o aumento da sobrevida e com o aumento das indicações para colocação dos mesmos. As complicações associadas a este procedimento acontecem em cerca de 3 a 6% dos casos, e podem ser imediatas ou tardias. As complicações mais frequentes são pneumotórax, pericardite, infecção, erosão de pele, hematoma, trombose venosa e deslocação de eléctrodo, sendo esta última mais frequente nos primeiros dois dias após implantação do aparelho.

Este caso traduz uma causa menos frequente de dor torácica, em que a história clínica e a realização de um exame de imagem de fácil acesso, a radiografia torácica, permitiram um diagnóstico rápido.

IMG285**2186 MASSA PEDICULADA NA VÁLVULA MITRAL – NEM SEMPRE O QUE PARECE É**

Mariana Lessa Simões, Ana Margarida Monteiro, Luiz Menezes Falcão

Hospital de Santa Maria - CHULN

Mulher de 71 anos, com antecedentes pessoais relevantes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidémia, cardioneuropatia hipertensiva e doença vascular cerebral, com elevada dependência e declínio funcional, internada por sépsis grave com ponto de partida urinário, com isolamento em urocultura e hemoculturas de *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina e medicada com piperacilina/tazobactam e vancomicina. Salientava-se um sopro holossistólico suave grau II-III/VI audível em todo o precórdio, com intensidade máxima na área mitral, à auscultação cardíaca, e electrocardiograma em ritmo sinusal. Para exclusão de endocardite infecciosa foi realizado ecocardiograma transtorácico que mostrou uma massa pediculada móvel na face auricular do folheto anterior da válvula mitral (dimensões de 20x14mm), de aparência fibroelástica, condicionando insuficiência mitral ligeira a moderada. Não era sugestiva de vegetação de endocardite, tendo sido

colocada a hipótese diagnóstica de fibroelastoma papilar, não sendo contudo possível excluir que se tratasse de um trombo pediculado.

O fibroelastoma papilar é uma entidade rara, benigna, geralmente assintomática e mais comum em idosos, representando 10% dos tumores cardíacos primários, sendo, entre aqueles com origem valvular, de longe o mais frequente (85% dos casos). Esta entidade pode permitir a formação de agregados fibrinoplaquetários à sua superfície, associando-se a risco de complicações embólicas e sistêmicas, principalmente quando o tumor apresenta maiores dimensões, envolve as válvulas aórtica ou mitral e evidencia mobilidade - 3 aspectos presentes neste caso. A doente faleceu em contexto do quadro de sépsis, enquanto aguardava realização de ecocardiograma transesofágico. O diagnóstico anatomo-patológico macroscópico mostrou uma massa com 55x25mm na face auricular do folheto anterior da válvula mitral condicionando obstrução de 40% do lúmen, cujo exame histológico veio a revelar tratar-se, afinal, de um trombo.

DOENÇAS DIGESTIVAS E PANCREÁTICAS

IMG017

163 SÍNDROME DE CHILAITIDI: UMA ENTIDADE RARA

Antonio Costa Carneiro, Madalena Silva, Isa Silva, Ines Nabais, Filipa Taborda, Luis Pereira, Alexandre Fernandes, Magda Faria, Ana Boquinhas

Hospital de Cascais

Apresenta-se uma doente do sexo feminino, com 92 anos, com síndrome demencial vascular, com dependência total nas actividades de vida diária, admitida no S. Urgência por dispneia e dor abdominal. Encontrava-se polipneica com dor abdominal difusa à palpação, sem defesa nem reacção peritoneal. Analiticamente, com leucocitose de $15250 \times 10^6/L$, neutrofilia de 92.3% e proteína C reactiva de 25.14 mg/dL. O radiograma de tórax demonstrava uma elevação marcada da hemicúpula diafragmática direita com interposição do cólon, sugestiva de eventual eventração. Assim, a doente realizou TC-tórax que descrevia com uma interposição anterior do cólon ao fígado, sugerindo hemiparésia diafragmática direita e provável síndrome de Chilaiditi, com focos de condensação à esquerda. Perante pneumonia da comunidade foi iniciada antibioticoterapia e a doente foi observada pela C. Geral, com indicação para terapêutica sintomática e descompressiva, com enemas.

A síndrome de Chilaiditi é uma entidade rara,

com incidência de 0.3%, caracterizada pela interposição anterior do cólon, que se localiza entre o fígado e o diafragma, cursando com queixas gastrointestinais, tipicamente dor abdominal, e/ou cardiorrespiratórias, nomeadamente dispneia ou angor. O sinal de Chilaiditi corresponde à presença dos achados radiológicos descritos, num doente assintomático. A causa desta entidade é desconhecida, embora pareça estar associada a alterações anatómicas (como o dolico cólon ou hiperlaxidão do ligamento falciforme ou suspensor do cólon), fisiológicas (como a obstipação crónica ou aerofagia) e patológicas (cirrose hepática ou doença pulmonar obstrutiva crónica). O tratamento é geralmente sintomático, excepto em caso de complicações, nomeadamente, volvo, oclusão, isquémia ou perfuração.

IMG045

357 UMA COMPLICAÇÃO RARA NA COLOCAÇÃO DE UMA GASTROSTOMIA PERCUTÂNEA

Ana Ferro, Helena Greenfield, Denise Magalhães, Catarina Tavares, Gonzalo Ruibal, Rui Silva, Cristina Rodrigues

ULSM - Hospital Pedro Hispano

Homem de 69 anos, com antecedentes de doença cerebrovascular extensa, com disfagia para sólidos e líquidos e, consequentemente, episódios recorrentes de broncoaspiração, tendo sido decidida a colocação de gastrostomia percutânea (PEG) para alimentação. Seis dias após colocação de PEG, apresentou quadro de distensão abdominal e estase gástrica, sem sinais de abdómen agudo, com trânsito intestinal mantido, tendo sido colocado em pausa alimentar. A tomografia computadorizada (TC) abdominal demonstrou presença de pneumatose da parede do cólon direito, até ao ângulo hepático, bem como do íleo terminal e das ansas ileais. Atendendo ao estado comórbido, foi decidida em reunião multidisciplinar uma abordagem conservadora, com pausa alimentar e colocação de PEG em drenagem. O doente apresentou melhora clínica, tendo sido retomada a alimentação pela PEG de forma progressiva. Após 2 semanas, foi efetuada reavaliação imagiológica que mostrou agravamento radiológico, no entanto dada a ausência de clínica ou intercorrência infecciosa, bem como tolerância alimentar preservada, foi mantida a abordagem conservadora. Verificou-se resolução total da pneumatose em 5 semanas.

A pneumatose intestinal representa a presença de ar na parede intestinal. Pode ser idiopática ou secundária, sendo que esta última é responsável por 85% dos casos. Apresenta um significado patológico vasto: desde ser apenas um achado imagiológico, até uma condição que requer exploração cirúrgica emergente, pelo qual não se

pode descurar a avaliação clínica.

Esta imagem retrata uma complicação rara de um procedimento cada vez mais necessário e demonstra um caso exuberante de pneumatose intestinal.

IMG060

488 EVOLUCAO ESTOICA NO SECULO XXI

Sérgio Costa Monteiro, José Ramalho, Filipe Wolff, Cristina Alcântara

Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital Santa Maria, Lisboa

Mulher, 87 anos, com demência incipiente e história de litíase e estenose da via biliar, portadora de prótese biliar e com doença renal crónica G2a, admitida no internamento por quadro de infeção urinária em contexto de algaliação crónica.

Sem alterações ao exame objetivo.

Do estudo analítico salienta-se uma proteína C reativa de 22 mg/dL. Hemoculturas e uroculturas negativas. Ecografia renal sem alterações.

Iniciou antibioticoterapia empírica com Ceftriaxone 1g 12/12h EV.

Ao 5º dia de internamento desenvolve quadro de dor abdominal localizada no hipocôndrio direito. Ao exame objetivo com formação dolorosa, fixa a estruturas subjacentes, sem flutuação e com sinais de irritação peritoneal local, que inicia drenagem espontânea, contabilizando-se a saída de aproximadamente 600 mL de conteúdo purulento com material grumoso, altamente sugestivo de se tratarem de cálculos biliares.

Do estudo analítico salienta-se uma proteína C reativa de 23,9 mg/dL, sem elevação das enzimas hepáticas e de colestase.

Realizou TAC-AP que evidenciou vesícula com litíase múltipla, solução de continuidade na sua parede direita, comunicando para coleção líquida perivesicular multi-loculada, de limites anfractuados, que se exterioriza à parede abdominal anterior direita; em profundidade, contacto e perda dos planos de clivagem adiposos desta coleção com a região antro-pilórica e lobo hepático esquerdo. Coexiste densificação da gordura da parede abdominal homolateral.

Foi, assim, feito o diagnóstico de colecistite aguda complicada com fístula colecisto-cutânea.

Escalou antibioticoterapia com piperacilina + tazobactam 4.5g 6/6h EV e metronidazol 500 mg 6/6h EV.

A importância da imagem passa pela clínica inexistente; pela ausência de um estudo analítico

compatível com envolvimento hepato-bilio-pancreático; pela deterioração clínica e analítica progressiva, sob tratamento com ceftriaxone. O estudo de imagem veio confirmar o diagnóstico de colecistite aguda complicada com fístula colecisto-cutânea.

IMG070

550 QUANDO O QUE OBSERVAMOS SE COMPLEMENTA NA PERFEIÇÃO COM OS EXAMES

Patrícia Varela Ramos, Marta Quaresma, Ana Oliveira, Sofia Cruz, Madalena Faria Paulino, Ana Nunes, Zara Soares, Ana Palricas, José Barata

Hospital Vila Franca de Xira

Os autores apresentam o caso de uma doente do sexo feminino de 86 anos com história de fibrilhação auricular sob anticoagulação, insuficiência cardíaca, anemia crónica, enfisema pulmonar, bronquiectasias e alergia à penicilina, que recorreu ao Serviço de Urgência por queixas de dispneia e tosse com expectoração com duas horas de evolução. Do exame objetivo sem alterações de relevo à auscultação cardiopulmonar, salientando-se a presença de uma massa no hipogastro, dura, indolor, com cerca de 7x6 cm, sem defesa ou reacção peritoneal (imagem 1).

Realizou avaliação analítica que revelou anemia e elevação dos parâmetros inflamatórios e radiografia do tórax sem condensação parenquimatosa.

Evoluiu com aparecimento de febre (máxima 39º C), aumento progressivo dos parâmetros inflamatórios e aparecimento de sinais inflamatórios na tumefação abdominal.

Para esclarecimento da massa palpável, realizou ecografia abdominal que revelou no local de tumefacção, aparente colecção com exuberante inflamação do tecido celular subcutâneo e aparente solução de continuidade. Complementado por tomografia computadorizada (imagem 2 e 3), que esclareceu a presença de espessamento parietal da ansa do cólon transversal, em continuidade com componente sólido medindo 5 cm e em estreita relação com a parede abdominal anterior, onde se identifica colecção com conteúdo líquido e gasoso, medindo 8x5x8 cm. Estes aspectos eram sugestivos de lesão neoformativa do cólon, complicada por provável perfuração.

Ao 5º dia de internamento, complicou com ruptura do abscesso e fístula enterocutânea com drenagem de fezes pela parede abdominal, pelo que foi submetida a intervenção cirúrgica com sucesso.

IMG102**745 PANCREATITE SECUNDÁRIA A HIPERTRIGLICERIDÉMIA**

Andreia Nunes, Rita Varudo, Inês Pimenta Rodrigues, João Alexandre Tavares, Carolina Oliveira, César Saura, Bianca Vaz, Isabel Fernandes, Rui Gomes

Hospital Garcia de Orta

Homem, 49 anos, com hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, síndrome de apneia obstrutiva do sono e doença bipolar sob terapêutica com bupropion e lítio. Sem hábitos alcoólicos. Recorre à urgência por quadro de dor abdominal intensa, generalizada, de instalação súbita após o almoço. Objetivamente com TA 91/62 mmHg e dor generalizada à palpação abdominal, sem reação peritoneal. Analiticamente com Leuc 21.400, Neutr 77.6%, PCR 0.68 mg/dL, Amilase 458 UI/L, sem citocolestase, mas referência a amostra hiperlipémica. TC-AP: "Pâncreas de dimensões aumentadas em toda a sua extensão, sem evidência de áreas de necrose. Densificação da gordura e exsudado inflamatório peri-pancreático, mais evidente adjacente à cabeça do pâncreas, estendendo-se ao espaço para-renal anterior direito e mesocólon transversos. Estes aspectos são compatíveis com pancreatite aguda". Foi internado no Serviço de Medicina Intensiva para controlo metabólico e optimização analgésica assumindo-se pancreatite alitiásica. Da investigação etiológica verificou-se hipertrigliceridémia (HTG) de 4831 mg/dL, pelo que iniciou insulino-terapia e fez 4 sessões de aférese com saída de líquido lipémico (imagem) e redução progressiva dos triglicéridos (4831 -> 915 -> 813 -> 599 mg/dL). Os autores trazem este caso e imagens para ilustrar uma causa pouco frequente de pancreatite (1-14%). O risco de pancreatite aguda é significativo em doentes com triglicéridos >1000 mg/dL. A HTG pode ser secundária a diabetes, consumo de álcool, hipotireoidismo e fármacos (estrogénios, propofol, olanzapina, mirtazapina, tiazidas e beta-bloqueantes). Para o tratamento de pancreatite associada a HTG está indicada insulino-terapia para reduzir o stress associado à libertação de ácidos gordos dos adipócitos e promover o seu metabolismo nas células insulino-sensíveis. A aférese está indicada apenas em casos de HTG grave (> 2000 mg/dL), embora sem evidência clínica de redução da gravidade da pancreatite ou da mortalidade.

IMG133**995 FEBRE DE CAUSA INDETERMINADA: AFINAL ERAM LUVAS**

Teresa Medeiros, Sara Pereira, Ana P. Ferro, Francisca Pinto Beires, Rita Peixoto, Gil Faria, Ana Catarina Silva, Inês Chora, Eduardo Eiras

ULSM - Hospital Pedro Hispano

Homem de 44 anos, totalmente dependente por défice cognitivo grave sequelar a meningite infantil, admitido por febre, quadro de obstipação e vômitos biliares com 1 semana de evolução. Foi documentada leucocitúria, pelo qual foi medicado com fosfomicina, tendo sido dirigida antibióterápia para Amoxicilina e ácido clavulânico após isolamento de *Citrobacter koseri* em urocultura. Por persistência da clínica após 8 dias, foi realizada tomografia computadorizada (TC) abdomino-pélvica (imagem 1) que mostrou marcada distensão das ansas de delgado até ao plano da crista ilíaca, não se objetivando a causa obstrutiva (ponto de transição (seta) de calibre de intestino delgado com dilatação das ansas a montante (asterisco) e normal calibre a jusante indicando imagiologicamente o local da obstrução). No tomograma coronal (imagem 2) observa-se a ansa a montante com um conteúdo arejado (fecalização do intestino delgado).

Foi assumido um quadro de oclusão intestinal e iniciada terapêutica laxativa e enemas de limpeza mas manteve estase gástrica com drenagem biliar e febre sustentada, refratária aos antipiréticos. Assim, foi decidida a realização de laparoscopia exploradora, 2 semanas após a admissão, que objetivou corpo estranho endoluminal (2 luvas de látex - imagem 3), tendo sido submetido a enterotomia jejunal. Apesar do tratamento cirúrgico, manteve distensão cólica, enquadrada em adinamia cólica pelo alectuamento prolongado. Durante o restante internamento, apresentou evolução favorável, com via oral patente, sem estase ou vômitos, e trânsito intestinal regularizado, sob terapêutica laxativa de contacto. Presume-se que a proveniência das luvas ocorreu por ingestão quando o doente foi assistido por fratura do punho uns dias antes do início do quadro.

IMG135**1008 HÉRNIA DO HIATO ESOFÁGICO GRAU IV – UM CASO DE ESTÔMAGO INVERSO**

Ema Neto, Maria Ana Canelas, José Diogo Silva, Beatriz Samões, Tiago Costa, Paula Ferreira

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

A hérnia do hiato esofágico (HHE) tipo IV, é uma forma severa e rara (< 5%) de apresentação,

caracterizada pela protusão da junção gastro-esofágica, estômago (geralmente > 50%) e outros órgãos intra-abdominais através do hiato esofágico.

Mulher, 88 anos, sem medicação ou antecedentes pessoais de relevo, recorre ao serviço de urgência (SU) por toracalgia, dispneia e tosse produtiva não purulenta com 2 dias de evolução. Ao exame objetivo: hemodinamicamente estável, temperatura de 38,7°C, saturação periférica de 92% em ar ambiente, taquipneia e crepitações na base pulmonar esquerda. Analiticamente: proteína C reativa de 13,4 mg/dL. Na radiografia do tórax identificada volumosa hipotransparência ovalada, com nível hidroaéreo interior, no terço inferior do tórax, correspondendo, em Tomografia Computorizada Torácica (TC-T), a volumosa HHE grau IV, com praticamente todo o estômago e várias ansas intestinais em topografia intratorácica. Pedida observação de Cirurgia Geral, que concluiu não existir evidência de complicações agudas que justificassem intervenção cirúrgica emergente, referenciando o doente para reavaliação em ambulatório com recomendações gerais. Considerando o quadro respiratório, assumida traqueobronquite aguda, sendo a doente medicada com Amoxicilina-Ácido Clavulânico durante 7 dias.

A HPE tipo IV é um achado incomum, raramente considerado no SU, e que pode associar-se a complicações potencialmente fatais como encarceramento, perfuração de víscera oca ou hemorragia severa. Existe pouca bibliografia relacionada com o curso natural da HPE não reparada, no entanto estima-se um risco de 14%/ano dos doentes se tornarem sintomáticos e < 2%/ano de necessitarem de cirurgia emergente. Preconiza-se correção cirúrgica eletiva em doentes estáveis sem evidência de complicações agudas.

A imagem apresentada, obtida TC-T, representa um achado acidental raro de HPE grau IV, não complicada e estável, submetida a tratamento conservador.

IMG143

1068 CRIMINOSA OU TALVEZ NÃO?

Carina Ramalho, Magda Silva, Mariana Almeida, Francisco Gomes, Sílvia Rodrigues, Fátima Campante

Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Mulher de 20 anos, de raça africana, internada no serviço de urgência após ter sido atropelada. Foi transferida para investigação pela medicina interna após terem sido encontradas imagens hipodensas no tubo digestivo, na TC-Abdominopélvica, inicialmente suspeitando-se de narcóticos, tendo sido envolvida a polícia judiciária. A doente ficou internada até à expulsão das substâncias que revelaram ser caroços de um fruto africano.

IMG144

1070 DIVERTÍCULO DO ESÓFAGO MÉDIO: INCIDENTALOMA OU NÃO?

Ana Catarina Trigo, Denise Magalhães, Rute Fernandes, Ana Costa, Fernando Ferreira, Jorge Machado, Carla Cardoso

Hospital Pedro Hispano

Mulher de 81 anos, antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão, dislipidemia, obesidade, bronquite crónica, ausência de várias peças dentárias há vários anos e noção de engasgamento recorrente. Internada por pneumonia com envolvimento bilateral multifocal evidenciada em radiografia, com maior consolidação à direita e ligeiro derrame pleural direito, sem isolamento de agente infeccioso. Foi realizada tomografia computadorizada (TC) torácica sem contraste tendo-se observado uma estrutura paraesofágica direita a merecer melhor caracterização. Após a alta foi revista em consulta tendo sido documentado divertículo do esófago médio por TC contrastada (Imagem 1), exame radiográfico baritado (Imagem 2) e endoscopia (Imagem 3).

Os divertículos esofágicos são entidades raras cuja prevalência real não é conhecida, estimando-se em até 3% em séries de estudos endoscópicos e radiológicos. Podem ser classificados anatomicamente em divertículos do esófago superior (com os divertículos de Zencker correspondendo a 70% do total), médio e inferior, sendo estes dois últimos muito menos comuns. Geralmente são assintomáticos, mas podem estar associados a halitose, rouquidão, disfagia, tosse, engasgamento e pneumopatias, como pneumonias de aspiração. Os divertículos do esófago médio são geralmente devidos a distúrbios de motilidade, que devem ser investigados, mas também podem ser divertículos de tração. Existe indicação cirúrgica nas complicações como infeção, perfuração e/ou transformação neoplásica.

Sendo que a doente referia engasgamento e as pneumonias de aspiração são mais frequentes à direita, os autores acreditam que a mesma possa estar relacionada com o divertículo. A doente foi referenciada às consultas de Gastroenterologia e Cirurgia Geral, confirmando-se a indicação cirúrgica. Os autores apresentam assim uma entidade rara e alertam para a importância da anamnese na marcha diagnóstica, bem como do follow-up após o internamento.

IMG147**1080 CHILAITITI - DO SINAL À SÍNDROME**

Nuno Maia das Neves, Susana Carvalho
Coelho, Alexandra Bayão Horta, João Sá

Hospital da Luz Lisboa

A interposição hepato-diafragmática de uma víscera oca, como o intestino delgado ou cólon, é uma entidade rara, cujo diagnóstico é imagiológico, estando presente em menos de 0,5% dos estudos radiológicos abdominais. É, normalmente, assintomática denominando-se, nestes casos, sinal de Chilaiditi. Quando apresenta sintomas associados toma o nome de síndrome de Chilaiditi.

A telerradiografia apresentada é referente a um doente de 87 anos, sem antecedentes de relevo, que nos 3 dias anteriores iniciou quadro de dor abdominal predominantemente a nível dos quadrantes superiores, distensão abdominal, náuseas e vômitos, tendo trânsito gastrointestinal mantido. No exame físico destacava-se apenas distensão abdominal e timpanismo marcados ao nível dos quadrantes superiores com dor à palpação nessa localização, sem defesa. Não dispúnhamos de exames prévios do doente. Com hidratação endovenosa e analgesia assistiu-se a melhoria ligeira da dor e distensão abdominal com cessação dos vômitos.

Pela persistência da sintomatologia o doente permaneceu em observação, tendo sido excluídas complicações associadas, bem como a existência de outro processo intra-abdominal simultâneo que pudesse estar a ser mascarado pelo achado imagiológico.

A relevância do reconhecimento desta entidade prende-se, essencialmente, com o risco de ser feito um diagnóstico erróneo de pneumoperitонеu, o qual pode determinar a necessidade de cirurgia.

IMG158**1164 UM ESÓFAGO À GRANDE.**

Ana Gorgulho, Ana Paula Antunes, Ana Maria Grilo, Ana Teresa Boquinhos

Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

Mulher de 68 anos com quadro consumptivo arrastado, recorre ao Serviço de Urgência por episódio de dispneia de instalação súbita. Teria tido nos últimos meses várias infeções respiratórias. Quando inquirida refere anorexia e disfagia para sólidos com meses de evolução. Na radiografia de tórax que aqui mostramos estava presente opacidade convexa na região direita do mediastino. A tomografia computadorizada do tórax veio a mostrar

dilatação gigante do esófago, com morfologia "sigmoide", preenchido por conteúdo alimentar, a exercer compressão sobre a traqueia. A endoscopia digestiva alta e manometria confirmaram o diagnóstico de acalásia.

As alterações radiográficas da acalásia podem ser subtis mas deve haver suspeição clínica em doentes com infeções respiratórias de repetição.

IMG199**1478 DIEULAFOY DUODENAL – UMA CAUSA MUITO RARA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA**

Francelino Ferreira, Ruben Reis, Magda Silva, Ana Paula Pona, Fátima Campante

Centro Hospitalar Barreiro Montijo

O caso clínico reporta a uma mulher de 71 anos, portadora de prótese aórtica mecânica e anticoagulada com varfarina. Recorreu ao SU por melenas com uma semana de evolução e astenia. Nas análises apresentava um valor de hemoglobina de 7.3 g/dL. Realizou endoscopia digestiva alta que revelou no duodeno, distalmente à papila, local com hemorragia ativa em jato de localização sugestiva em vaso superficial compatível com Dieulafoy. Feita injeção de adrenalina e colocação de clips hemostáticos, com bom resultado; esófago e estômago sem lesões. As lesões de Dieulafoy são causas raras de hemorragia gastrointestinal, que resultam da erosão dos vasos submucosos ingurgitados. São mais frequentes no estômago, sendo raramente encontrados no duodeno e intestino delgado.

IMG229**1669 TOSSE CRÓNICA - O DESAFIO DIAGNÓSTICO**

Dinis Sarmento, Filipa Leal, Teresa Mendes, Diana Anjos, Anabela Silva, Mari Mesquita

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

No exercer da atividade assistencial da Medicina Interna, os sintomas respiratórios representam um volume importante das queixas apresentadas pelos doentes. A tosse, por si só, pode ser um sintoma extremamente desafiante pela sua frequência, duração e variabilidade de síndromes e patologias a que se pode associar, enquadrados num largo espectro de gravidade.

Este trabalho vem a propósito de um caso clínico de uma paciente de 62 anos, autónoma, com antecedentes de depressão e patologia osteoarticular, medicada habitualmente com Loflazepato de etilo, que recorreu ao SU por quadro de tosse com expectoração mucopurulenta, por vezes com raios hemáticos, com 3 semanas de evolução associada

a dor torácica de características pleuríticas. Nos últimos 15 dias, com 3 episódios de SU, onde apresentava aumento frustrado dos marcadores inflamatórios sistêmicos e telerradiografia torácica sem evidência de hipotransparências sugestivas de massas ou condensações. Neste contexto, medicada com 2 ciclos de antibioterapia e terapêutica broncodilatadora. Apresentou resolução dos sintomas relacionados com a produção brônquica, contudo sem melhoria da tosse e dor torácica pleurítica. No terceiro contacto com os serviços de urgência, decidiu-se a realização de Tomografia Computorizada que evidenciou importante hérnia de deslizamento do hiato esofágico, com presença de todo o estômago em topografia intratorácica.

A doente teve alta medicada com inibidor da bomba de prótons e encaminhamento para consulta externa de cirurgia geral.

IMG230

1685 HÉRNIA DO HIATO GIGANTE: UM ACHADO IMAGIOLÓGICO

Margarida Paixão Ferreira, Joana Lima, Vera Cesário, José Vaz

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo – Hospital José Joaquim Fernandes

Doente do sexo feminino, 58 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e patologia osteoarticular, que recorre ao serviço de urgência por queixas de dor abdominal difusa, mal-estar geral e episódio de vômito alimentar. Adicionalmente, apura-se história prévia de pirose e azia, com sensação de enfartamento pós-prandial e epigastralgia ocasional, relacionada com a ingestão de grandes quantidades de alimentos, bem como história de cansaço fácil para pequenos esforços, sem qualquer clínica de insuficiência cardíaca. Em avaliação inicial, solicitada radiografia de tórax que mostra a presença de hérnia do hiato gigante. Encaminhada para consulta na qual se apurou ecocardiograma normal e anemia microcítica..

Actualmente, achados compatíveis com hérnia do hiato a condicionar sintomatologia de refluxo gastro-esofágico, bem como possivelmente a causar agravamento gradual de queixas de cansaço e, concomitantemente a anemia, quer por pequenas lacerações com perdas, quer por componente de má absorção, e indirectamente contribuindo para o cansaço.

A imagem apresentada demonstra como um achado imagiológico inesperado poderá ser explicativo de toda a sintomatologia relatada.

IMG233

1717 DIVERTICULITE AGUDA EM HÉRNIA INGUINAL

Marli Cruz, Daniel Fonseca, Luís Magalhães, João Gonçalves, Rui Barros, António Carneiro

Hospital da Luz Arrábida

Homem de 75 anos, com HTA, dislipidemia e volumosa hérnia inguinal esquerda conhecida desde há vários anos. Recorreu ao atendimento urgente por dor abdominal nos quadrantes inferiores. À admissão com disfunção cardiocirculatória e renal. Analiticamente com elevação dos marcadores de resposta inflamatória sistémica. TC abdomino-pélvica documentou volumosa hérnia inguinal esquerda contendo múltiplas ansas do delgado e cólon sigmóide, com presença de líquido livre e ar extra-luminal, a sugerir perfuração por provável diverticulite aguda. Submetido a laparotomia exploradora que comprovou o diagnóstico, mostrando ainda necrose da parede do cólon sigmóide incluído na volumosa hérnia inguinal. Efetuada reparação cirúrgica e tratamento antibiótico de largo espectro, com evolução clínica favorável.

IMG239

1749 DIAGNÓSTICO TARDIO DE ACALÁSIA EM ESTADIO AVANÇADO

Luís Magalhães, João Gonçalves, Marli Cruz, António Carneiro

Hospital da Luz Arrábida

Mulher de 54 anos. Seguida em consulta de Psiquiatria há 14 anos, na sequência de depressão reativa com referência a diagnóstico de “neurose alimentar”. Vários internamentos por Psiquiatria. Tem dificuldades de deglutição e episódios de vômitos desde essa altura. Recorreu ao serviço de urgência por vômitos persistentes. À admissão, aspecto emagrecido, sem outras alterações ao exame objectivo. Estudo analítico sem alterações. Radiografia de tórax mostrou alargamento direito do mediastino a toda a altura do tórax.

Esfagografia com bário (na imagem) mostrou dilatação esofágica importante (megaesófago), com acumulação de bário no esófago, e estreitamento da junção esofagogástrica (sinal do bico de pássaro), sugestiva de acalásia em estadio avançado.

O restante estudo efectuado confirmou o diagnóstico, nomeadamente tomografia computadorizada torácica que mostrou dilatação muito acentuada de todo o esófago que atinge um diâmetro ântero-posterior máximo de 6,5 cm e transversal máximo de 5 cm, endoscopia digestiva alta que revelou edema e úlceras da parede esofágica e manometria

esofágica mostrando aperistalse do corpo do esôfago e traçado manométrico enquadrável no diagnóstico de acalásia.

Proposta para esofagectomia subtotal por cervicotomia e laparoscopia com interposição com tubo gástrico de Akyiama, que decorreu sem intercorrências.

IMG240

1775 QUANDO AS APARÊNCIAS ILUDEM: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Tatiana Salazar, Isabel Freitas, Renato Nogueira, Alice Pinheiro, Carla Melo

Centro Hospitalar do Médio Ave

Mulher, 84 anos de idade, com múltiplos fatores de risco vascular. Antecedentes de doença renal crónica estadio 3a, insuficiência cardíaca, doença cerebrovascular sem sequelas e anemia ferropénica. Realizou ecocardiograma transtorácico em ambulatório que mostrava dilatação ligeira da aurícula esquerda, dilatação da aorta ao nível da raiz, seios de valsalva e junção sinotubular; paredes ventriculares com hipertrofia concêntrica de grau ligeiro e de aspecto mosqueado; insuficiência mitral e tricúspide ligeiras; função sistólica biventricular conservada; disfunção diastólica do tipo III; imagem extra-cardíaca com compressão parcial da aurícula esquerda (sem compromisso hemodinâmico). Realizou tomografia computadorizada torácica para esclarecimento, que descrevia volumosa hérnia do hiato esofágico, contendo a totalidade do estômago e parte do cólon transverso.

Discussão: A maioria das indicações para a realização de um ecocardiograma incide na avaliação da anatomia e função cardíacas. No entanto, numerosas condições extra-cardíacas traduzem-se indiretamente por alterações do aspecto ecocardiográfico, e, apesar de não refletirem propriedades do miocárdio, podem confundir-se com elas. Exemplos destas situações são a embolia pulmonar, insuficiência respiratória aguda, e patologia do mediastino com compressão direta do miocárdio (tumores, hérnias de conteúdo abdominal e derrame pleural). Sendo o ecocardiograma transtorácico um exame de uso alargado, é essencial a atenção para estas condições pelos profissionais envolvidos tanto na avaliação cardíaca de rotina como no contexto de emergência, para otimizar a sua capacidade diagnóstica.

IMG266

2033 UMA CAUSA RARA DE DISFAGIA ALTA

Fabiana Gouveia, Rafael Nascimento, Diogo Raposo André, João Miguel Freitas, Rita Vieira, Luz Brazão

Hospital Central do Funchal

Os autores apresentam um caso de um doente de 73 anos, com antecedentes hipertensão e dislipidemia, que recorreu a uma consulta de Medicina Interna com um quadro de disfagia alta predominantemente para sólidos, com 5 anos de evolução, que melhorava com 'manobras' (sic) durante a deglutição. Referia ainda regurgitação, sialorreia, halitose, sensação de globus pharyngeus e acessos de tosse não produtiva, com agravamento nos últimos meses que motivaram a sua vinda à consulta. Negava perda ponderal ou alterações da voz. Ao exame objectivo não evidenciava alterações.

Analiticamente não revelava alterações, tendo realizado estudo radiográfico com ingestão de suspensão baritada, sendo detectada uma formação diverticular volumosa em topografia anterior esquerda em relação ao lúmen esofágico cervical, com comunicação superior, de maior eixo longitudinal com cerca de 5cm de diâmetro, condicionando um ligeiro efeito de massa sobre o lúmen esofágico e tecidos circundantes. Perante estes achados, a imagem supra-exposta sugere a presença de Divertículo de Zenker. Foi então solicitado estudo manométrico esofágico (sem alterações) e endoscopia digestiva alta que revelou uma bolsa faríngea com restos alimentares no lúmen e mucosa de aspecto aparentemente normal. Fez tomografia computadorizada do pescoço, confirmando-se a existência do divertículo no terço superior e em posição lateral esquerda, sem irregularidades significativas desta cavidade. Foi sugerido tratamento endoscópico, que o doente aguarda à data de submissão deste trabalho.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

IMG054

424 PÉ DE CHARCOT

Carlos D. Silva, José E. Mateus, Carolina Teles, Cecília Cerveira, Joana O. Silva, Teresa Vaio, Rui Santos, Armando Carvalho

Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Doente do género feminino, 67 anos, diabética tipo 2 há 16 anos, com deformidade da articulação

tibio-társica de longa evolução. Marcha sem apoio e sem dor.

O “Pé de Charcot”, descrito em 1868 por Jean-Martin Charcot, é uma osteoartropatia neuropática decorrente da diabetes de longa evolução, à qual está subjacente a neuropatia diabética. Tem origem num processo inflamatório anormalmente prolongado de uma articulação sujeita a carga. A ativação de osteoclastos, parte da resposta inflamatória normal, é auto-limitada pela duração da inflamação, mas no diabético com neuropatia distal a sensibilidade reduzida à dor permite a marcha sobre a articulação inflamada, prolongando um ciclo inflamatório descontrolado, com osteólise progressiva e consequente destruição articular.

IMG063

522 BÓCIO MULTINODULAR COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMOR DE PANCOAST

José Costa Carvalho, Joana Couto, Carlos Ribeiro, Diana Guerra, Carmélia Rodrigues

Medicina Interna, ULSAM - Viana do Castelo, Portugal

Mulher de 79 anos que recorreu ao SU por queixas de dispneia, tosse com expectoração purulenta, mal estar geral e toracalgia dorsal com irradiação précardial de características pleuríticas, com uma semana de evolução.

Antecedentes de hipertensão arterial e síndrome vertiginosa.

Realizada radiografia torácica pósterio-anterior que mostrou opacidade de contornos regulares no ápice pulmonar direito. Pela localização da lesão, levantou suspeita de tratar-se de Tumor de Pancoast.

Melhor caracterizada por tomografia computadorizada revelou tratar-se de imagem de Bócio Multinodular principalmente à custa da hemitiróide direita, praticamente toda ocupada por um nódulo com 52mm de maior diâmetro apresentando áreas císticas e calcificações internas.

A radiografia torácica mantém-se como um exame complementar de diagnóstico essencial na prática clínica. Nesta doente uma volumosa hemitiróide direita simulou uma lesão pulmonar apical que levantou a suspeita de tratar-se de Tumor de Pancoast. Perante uma imagem nodular nos ápices pulmonares deve sempre descartar-se esta possibilidade atendendo à gravidade do diagnóstico.

IMG066

539 LIPOMATOSE MÚLTIPLA SIMÉTRICA: IMAGENS QUE NÃO SE ESQUECEM!

João Queirós, João Oliveira, Francisca Martins, Miguel Nunes, Márcia Pereira, Diana Simão, Sofia Pinheiro, Eduardo Silva

Serviço de Medicina 2.3, Hospital Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal.

A Lipomatose Múltipla Simétrica é uma doença rara, idiopática, caracterizada por massas simétricas não capsuladas de tecido adiposo na região cervical, ombros, braços e coxas. Afecta maioritariamente homens com mais de 40 anos e antecedentes de alcoolismo. A deformidade física e limitação da mobilidade são o que mais motiva a consulta. Associa-se frequentemente a hipertensão arterial (HTA), síndrome metabólica e hipotireoidismo. Pode complicar-se por compressão de estruturas adjacentes, como neuropatia periférica pela infiltração adiposa do mediastino. Quando complicada por neuropatia autonómica associa-se a morte súbita. Raramente, os lipomas poderão malignizar.

O diagnóstico é essencialmente clínico, atendendo à distribuição simétrica dos depósitos de gordura. A ressonância magnética (RM) é confirmatória e ajuda a definir a extensão das lesões. Raramente é necessário recorrer à biópsia.

O tratamento é cirúrgico apesar do risco de recorrência. O salbutamol pode ser utilizado para fomentar o catabolismo lipídico. A abstinência alcoólica é recomendada.

Casos:

Mulher de 63 anos com aumento de volume dos braços e dorso de dois anos de evolução. Tinha antecedentes de alcoolismo, doença hepática crónica (DHC), obesidade e HTA.

Homem de 60 anos com história de alcoolismo, DHC, e neoplasia da próstata já tratada. Desde há onze anos que apresentava massas moles e volumosas de crescimento progressivo a nível cervical e simétricas ao nível dos braços e mamas.

Nenhum dos doentes referia história familiar idêntica.

Ambos realizaram RM, que revelou infiltração adiposa muscular e TAC de tórax, que não revelou afecção mediastínica. As lesões da mulher foram biopsadas e confirmaram a infiltração muscular por tecido adiposo.

Foram encaminhados para tratamento cirúrgico e medicados com salbutamol 4mg 12/12h, com ausência de resposta da mulher. O homem aguarda reavaliação. Ambos aguardam cirurgia.

A raridade desta entidade e o carácter típico das imagens justificou esta apresentação.

IMG145

1073 ICTIOSE HEREDITÁRIA DE TRANSMISSÃO RECESSIVA LIGADA AO X- CASO CLÍNICO

Ana Pacheco, Ana Filipa Pires, Ana Silva Rocha, Zélia Lopes, Mari Mesquita

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Os autores apresentam um homem de 60 anos, internado por síndrome constitucional em contexto de diabetes mellitus com mau controlo metabólico e alterações cutâneas. Antecedentes familiares: alteração cutânea idêntica ao doente nos familiares do sexo masculino do lado materno (tios, irmãos, sobrinhos) e nos filhos. A alteração cutânea objetivada no internamento, e segundo o próprio presente desde a juventude, trata-se de lesões descamativas não pruriginosas de predomínio nos membros inferiores mas existentes também no abdómen e dorso. Diagnosticada ictiose hereditária autossómica recessiva ligada ao X e iniciou tratamento tópico com pomada contendo ácido salicílico.

IMG196

1456 CALCIFILAXIA NÃO-URÉMICA

Mariana Aveiro Lavrador, Helder Esperto, Mafalda Ferreira, Joana Alves Duarte, Manuel Veríssimo, Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Mulher, 80 anos admitida numa enfermaria de medicina devido a exacerbação de DPOC, com antecedentes de hepatite autoimune sob tratamento com prednisolona e azatioprina há 11 anos, pneumonia intersticial usual idiopática, insuficiência cardíaca, HTA, osteoporose, anemia de doenças crónicas, dislipidemia e hiperglicemia intermédia. Apresentava máculas castanho-avermelhadas consistentes com estase venosa crónica em ambas as pernas, múltiplas placas duras e dolorosas e nódulos cutâneos na superfície medial da região pré-tibial bilateralmente (Fig 1). A radiografia revelou calcificações difusas do tecido subcutâneo e dos vasos sanguíneos (Fig 2). Função renal preservada (CKD-EPI e-TFG: 71,3 mL/min/1,73 m²) e PTH, cálcio e fósforo normais, sendo feito o diagnóstico de Calcifilaxia Não-Urémica (NUC). A Calcifilaxia é uma doença cutânea rara que ocorre mais frequentemente em doentes com DRC em estágio avançado e sob hemodiálise de longa duração. Caracteriza-se pela calcificação das artérias de pequeno/médio calibre, com trombose, necrose dos tecidos e ulcerações dolorosas da pele.

Há poucos casos reportados de calcifilaxia com função renal preservada – NUC. É mais frequente em mulheres caucasianas, com idade muito variável ao diagnóstico. A mortalidade associada é de 53%, sendo a sépsis a principal causa. Os fatores etiológicos incluem o hiperparatiroidismo primário, doenças do tecido conjuntivo, neoplasia, doença hepática alcoólica, défices de proteína C e S, hipoalbuminemia, diabetes, doença de Chron, síndrome de POEMS, défice de vitamina D, história de corticoterapia e uso de varfarina. A maioria das lesões de NUC aparece em áreas com elevada densidade de tecido adiposo (abdómen e coxas), mas a região distal dos membros inferiores é também uma localização comum. Este caso é ilustrativo de NUC quer pelas lesões típicas de calcifilaxia quer pelos fatores de risco que a doente apresentava – doença hepática auto-imune e corticoterapia de longa duração.

IMG208

1555 UM FÉMUR RENOVADO

Ana Oliveira, Raquel Faria

Centro Hospitalar do Porto

O excesso de peso e a obesidade atingem atualmente proporções epidémicas em todo o Mundo, estando associados a inúmeras complicações. Apesar da massa corporal elevada, a desnutrição é prevalente nestes doentes. A intervenção cirúrgica a solução mais apropriada em muitos destes casos, com agravamento adicional estes défices nutricionais. O défice de vitamina D é exemplo disto, e em doentes submetidos a cirurgia bariátrica está associado a complicações ósseas, incluindo osteoporose e osteomalacia.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 36 anos, obesa mórbida, que colocou uma banda gástrica em 2007; com perda de 20kg no primeiro mês e 80kg nos primeiros seis meses após a cirurgia; esteve alectuada durante a maior parte deste tempo. No final de 2008, sofreu uma queda com fratura patológica do fémur, quando foi feito o diagnóstico de osteomalacia: vitamina D indoseável, PTH elevada e cálcio normal; excluiu-se hiperparatiroidismo primário e outras doenças ósseas metabólicas. A fratura foi submetida a tratamento cirúrgico, com necessidade de prótese de fémur por ausência de massa óssea (Imagem 1).

Inicialmente sob doses infraterapêuticas de vitamina D e cálcio por apresentar valores de cálcio elevados com reposta insatisfatória. Após Introdução

de doses elevadas de vitamina D, verificando-se osteossíntese periprótese, de tal modo que a reavaliação imagiológica, 10 anos após início da terapêutica, mostra um aumento claro da densidade da massa óssea em redor do material

protésico (Imagem 2).

Os défices de micronutrientes são as complicações a longo prazo mais frequentes após a cirurgia bariátrica. O seu rastreio antes e após a cirurgia pode prevenir défices graves e complicações major associadas, estando recomendado por rotina; está recomendada a suplementação com cálcio e vitamina D de forma a manter o doseamento desta acima de 30mg/mL.

IMG221

1610 POTOMANIA FATAL

Maria Teresa Boncoraglio, Joana Braga, Ana Francisca Moura, Inês Pinho, Carlos Oliveira

Hospital Santa Maria Maior, Barcelos

Homem de 40 anos com antecedente de psicose esquizofrénica com potomania.

Admitido na sala de emergência por alteração do estado de consciência em coma. Ao exame objetivo normotenso, taquicárdico com saturação periférica de 87%, pontuava 5 na escala de coma de Glasgow (O1 M1 V3), apresentava midriase bilateral. A tomografia axial computadorizada revelou edema cerebral difuso com compressão ventricular. Foi iniciada perfusão endovenosa de solução hipertónica e enviado à unidade de cuidados intensivos de referência após entubação orotraqueal. Desfecho desfavorável com exitus em poucas horas.

IMG226

1648 OBRA DE ARTE EM IMAGIOLOGIA

Margarida Temtem, Mauro Fernandes, Duarte André Ferreira, Rubina Miranda, Maria da Luz Brazão

Hospital Central do Funchal

A Acidúria Glutárica tipo 2, também denominada de Deficiência Múltipla das Acil-CoA Desidrogenases dos Ácidos Gordos é uma doença metabólica hereditária, autossómica recessiva, incluída no grupo das acidúrias orgânicas ou doenças hereditárias da β -oxidação mitocondrial dos ácidos gordos.

Esta doença tem uma clínica variável, desde encefalopatia neonatal grave, convulsões refractárias, cardiomiopatia, manifestações gastrointestinais, atraso ligeiro no desenvolvimento psicomotor até casos assintomáticos. Nos casos graves, a tomografia computadorizada (TC) ou a ressonância magnética cerebrais podem apresentar-se com achados característicos, tais como: ventriculomegalia, aumento do espaço subaracnóideu, derrames subdurais, quistos subependimários e adelgaçamento do córtex

cerebral.

Mulher de 27 anos, com diagnóstico de acidúria glutárica tipo 2 D desde os 2 anos de idade. Seguida em consulta de doenças metabólicas, foi internada no serviço de neurologia por crises convulsivas refratárias à terapêutica médica, neste contexto realizou TC crânio-encefálica que revelou "hipodensidade difusa da substância branca supratentorial peri-ventricular, profunda e sub-cortical (incluindo fibras U)". Destacam-se estas imagens pelas suas características diferentes que, apesar de estarem descritas nesta doença, são um achado pouco comum no dia-a-dia.

DOENÇAS HEMATOLÓGICAS

IMG019

172 INFILTRAÇÃO CUTÂNEA POR UM PROCESSO HEMATOLÓGICO – UM CASO INVULGAR

Magda Costa, David Paiva, Ana Leite, Jorge Cotter

Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães

Introdução

: A neoplasia de células dendríticas plasmacitóides blásticas (NCDPB) é uma neoplasia maligna rara, que mais comumente se manifesta por lesões cutâneas com ou sem envolvimento de medula óssea e disseminação leucémica.

Descrição de caso: Homem, 87 anos, com antecedentes de insuficiência cardíaca de etiologia valvular, doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e síndrome demencial, entre outros antecedentes de menor relevo. Observado no serviço de urgência por quadro de anorexia e palidez cutânea com cerca de uma semana de evolução. Ao exame objetivo foram identificados numerosos nódulos cutâneos com diâmetros variáveis, rosados, não friáveis, duros, imóveis. Documentada pancitopenia (anemia Hb 6,3g/dL; leucopenia 1500/uL com 900/uL neutrófilos; trombocitopenia 66000/uL), lesão renal aguda e acidemia metabólica. Realizou TC toraco-abdomino-pélvico que identificou inúmeras lesões nodulares dispersas, assim como esplenomegalia homogénea. Realizou TC crânio-encefálico onde se visualizam lesões ocupantes de espaço intra-orbitárias. Realizado mielograma com amostra marcadamente hipocelular, com 19,5% de blastos com CD56+ forte, CD64+ forte, CD33+ forte e homogéneo, CD45+, HLA-DR+, CD4+ fraco, CD123+ fraco, CD14negativo, mieloperoxidase negativo. Feita biópsia cutânea, observando-se infiltração cutânea por processo hematológico com características de NCDPB.

Discussão: Neste caso em concreto, verificou-se

infiltração medular, com pancitopenia, com doença extensa, pelo que o doente acabou por falecer cerca de 1,5 meses após o diagnóstico. Porém, apesar de ser uma doença rara, e os estudos disponíveis contemplarem um número reduzido de indivíduos, o tratamento atualmente proposto consiste em quimioterapia com tagraxofusp-erzs, citotoxina dirigida ao CD123, e após a remissão está recomendado o transplante alogénico nos indivíduos com idade superior a 18 anos.

IMG079

580 AMILOIDOSE COMO PONTO DE PARTIDA

Francisco Lopes Morgado, Bárbara Saraiva, Carina Santos, Celestina Torres, João Correia

ULS Guarda

Homem de 72 anos de idade, sem antecedentes pessoais conhecidos, recorre ao Hospital por quadro de dor abdominal e obstipação. No Serviço de Urgência detectados pólipos rectais estenosantes, tendo o doente ficado internado para remoção cirúrgica electiva dos mesmos. Durante o internamento, já após intervenção cirúrgica, o doente desenvolve quadro respiratório agudo, com progressiva deterioração clínica nos dias seguintes, tendo sido solicitado apoio da Medicina Interna; na primeira observação o doente apresentava também equimoses periorbitárias de aparecimento súbito associado a edema da língua e lábios, passíveis de visualizar na imagem. Foi então internado no serviço de Medicina para tratamento do quadro respiratório e estudo complementar das lesões tendo-se colocado a hipótese diagnóstica de manifestação cutânea de amiloidose sistémica. Nesse sentido foram realizadas biópsias de pele e lábio que foram compatíveis com a hipótese diagnóstica. Tendo em conta a hipótese colocada foi também realizado estudo complementar para averiguar a presença de patologia hematológica associada, destacando-se a presença de lesões osteolíticas em exames de imagem assim como o aumento das cadeias leves Kappa e estudo medular compatível com Gamapatia Monoclonal de Significado Indeterminado (MGUS).

Ao longo do internamento, antes de se saberem os resultados de todos os exames complementares realizados, o doente acabou por falecer decorrente do agravamento respiratório progressivo.

A amiloidose é uma doença relativamente rara. No entanto, tem algumas formas de apresentação típicas da doença como são as equimoses de aparecimento súbito visíveis na imagem ("raccon eyes"). No entanto a abordagem do internista não termina no diagnóstico da mesma, sendo esta uma das patologias que desencadeia toda uma marcha diagnóstica "de novo" por frequentemente se apresentar associada a outro tipo de patologias, nomeadamente do foro hematológico,

nomeadamente discrasias plasmocitárias.

IMG100

734 QUANDO A IMAGEM EVIDENCIA A DOENÇA

Carla Marques Pires, Sandra I. Correia, Isabel M. Eira, Renata Carvalho, George Chiriac, Cindy Tribuna, Cristina Ângela, Carlos Capela

Hospital de Braga

Homem de 67 anos, residente nos Estado Unidos da América, que apresentava como antecedentes: hipertensão, dislipidemia, hábitos tabágicos prévios, doença arterial periférica já submetida a stent da artéria femoral superficial esquerda em 2006, data em que ficou antiagregado com aspirina, e novamente intervencionado em 2017 motivo pelo qual trocou aspirina por varfarina.

Em Abril de 2018 teve um internamento em Medicina Interna (MI) por rash petequial. Apresentava à admissão menos de 10000/uL plaquetas. Após exclusão de causas secundárias, trocou-se varfarina por clopidogrel e diagnosticou-se Purpura Trombocitopénica Imune Idiopática com resposta favorável à corticoterapia. Seis dias após a alta o doente apresentava normalização da contagem de plaquetas e iniciou desmame da corticoterapia.

A 24 de Abril recorreu ao serviço de urgência por dor, parestesias e monoparésia do membro inferior esquerdo. Por isquemia aguda foi submetido a urgente tromboembolotomia transfemoral, suspenso clopidogrel e iniciada enoxaparina como ponte para o início de varfarina.

No dia 13 de Maio foi internado em MI por hematúria macroscópica associada a importante hemorragia mucocutânea (rash petequial e bolhas hemorrágicas). Analiticamente apresentava anemia microcítica e menos de 10000/uL plaquetas, sem outras alterações. Ecografia renovesical excluiu lesões significativas. Como abordagem terapêutica optou-se por suspender anticoagulação, realizar transfusão de plaquetas e iniciar lavagem vesical com Ácido Aminocaproico. Repetiu o estudo para excluir causa secundária da trombocitopenia que foi, novamente, negativo. Face à ausência de resposta aos pulsos de 1g de Metilprednisolona iniciou imunoglobulina G 400mg/Kg durante 5 dias. Resposta favorável com recuperação dos níveis plaquetários, cessação da hematúria macroscópica e da hemorragia mucocutânea. Por melhoria clínica o doente preferiu ser transferido para o hospital da área de residência para continuação do estudo.

IMG111**802 DA SEMIOLOGIA AO DIAGNÓSTICO**

Pedro Rodrigues, Inês Brito, Sara Pereira,
António Vieira Lopes, Jorge Almeida

Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar
Universitário de São João

A imagem remete-nos para um doente de 80 anos, com clínica de insuficiência cardíaca com 6 meses de evolução, que foi internado enfermaria de Medicina Interna para estudo etiológico de lesão renal aguda e síndrome nefrótico. A avaliação diagnóstica culminou nos diagnósticos de mieloma múltiplo e amiloidose AL com atingimento cardíaco, renal, tecidos moles e sistema nervoso autónomo.

O prognóstico da Amiloidose AL é mau, nos estádios avançados da doença.

A macroglossia e a púrpura periocular (vulgo olhos de guaxinim) são achados característicos da amiloidose. No contexto clínico adequado, deverão permitir o diagnóstico mais célere desta condição

IMG146**1078 RED FLAG - FRATURA ESTERNAL ESPONTÂNEA**

Inês Genrinho, Ana Viegas, João Tavares

Centro Hospitalar Tondela Viseu

Mulher, 85 anos, que recorre ao SU por toracalgia anterior intensa de início súbito, durante esforço ao calçar meia. Ao exame objetivo apresentava dor intensa à palpação do esterno e hematoma profundo ligeiro. Realizou radiografia de perfil do esterno com evidência de fratura patológica. Estudo analítico com hemoglobina 8,9 g/dL, creatinina 4,5 mg/dL, calcemia normal, proteínas totais 7,9 g/dL e hipoalbuminemia (2,5 g/dL). Eletroforese de proteínas séricas com pico gama monoclonal. Com base nestes dados foi feito o diagnóstico de mieloma múltiplo (MM) com fratura patológica do esterno. A doente viria a falecer na primeira semana de internamento por intercorrências infecciosas.

O MM representa cerca de 10% de todas as neoplasias hematológicas, sendo responsável por cerca de 2% de todas as causas de morte por neoplasias no mundo.

Os achados no contexto de MM podem incluir aumento dos níveis da calcemia, insuficiência renal, anemia e lesões ósseas. As fraturas patológicas do esterno são raras, contudo, em doentes com fraturas espontâneas deste osso ou decorrentes de trauma menor, deve ser considerada doença metastática e particularmente MM como etiologia possível.

Figura 1 - Imagem de radiografia de perfil do esterno com evidência de fratura patológica do corpo esternal com desalinhamento (seta) e proteinograma electroforético com pico monoclonal.

IMG150**1107 APRESENTAÇÃO CUTÂNEA DE UM LINFOMA PERIFÉRICO DE CÉLULAS T, NÃO ESPECÍFICO**

Carolina Morna, Jéssica Chaves, Mauro Fernandes, Ana Costa, Tiago Esteves Freitas, Luz Brazão

Hospital Central do Funchal, Serviço de Medicina Interna

Os linfomas periféricos de células T (LPCT) são um grupo heterogéneo de neoplasias agressivas, correspondendo a 15% dos Linfomas Não Hodgkin (LNH).

LPCT não específico são predominantemente nodais, com origem em células T maduras. O diagnóstico é de exclusão, baseado em biópsia com evidência de células T que não preenchem os critérios dos subtipos específicos de LPCT. É mais comum no sexo masculino e a sua apresentação típica consiste em linfadenopatias generalizadas com ou sem doença extra nodal.

Doente do sexo masculino, 78 anos, caucasiano, sem antecedentes patológicos de relevo.

Enviado ao Serviço de Urgência por lesões cutâneas distribuídas pela região do tronco e dorso.

Objectivamente, observavam-se múltiplas lesões cutâneas no tronco, dorso e face, com coloração violácea, consistência pétrea à palpação, não dolorosas e pouco móveis em relação aos planos profundos. Palpação das regiões axilares, supraclaviculares e inguinais com múltiplas adenopatias duras, pouco móveis, com cerca de 1,5-2 cm.

Laboratorialmente, sem alterações no hemograma. Velocidade de sedimentação 28 mm, lactato desidrogenase 176 U/L. Esfregaço de sangue periférico com 8% de linfócitos atípicos. Estudo serológico HIV (1 e 2) negativo.

Observação por Dermatologia que exclui hipótese de patologia cutânea primária.

Feita biópsia de lesão cutânea com estudo imuno-histoquímico, com diagnóstico de Linfoma células T, não específico. TAC abdominopélvica com achados sugestivos de doença linfoproliferativa, nomeadamente esplenomegália e múltiplas adenopatias.

Doente encaminhado para consulta de oncologia, iniciando terapêutica com CHOP (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisona).

Reavaliação em consulta, três meses após o início da quimioterapia, com regressão franca das lesões cutâneas.

Os autores apresentam este caso destacando a incomum apresentação cutânea do LPCT não específico, ainda que a pele e o aparelho digestivo sejam os locais extranodais mais frequentes afectados.

IMG153

1124 PRURIGO COMO MANIFESTAÇÃO DE SARCOIDOSE

Diana Oliveira, Luis Santiago, José Carlos Cardoso, Patrícia Dias, Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Mulher, 38 anos, recorreu ao serviço de urgência por cansaço, edema das pernas e tosse seca

com mais de 4 semanas de evolução; tinha lesões cutâneas papulonodulares, isoladas, de

superfície escoriada, tipo prurigo, nas pernas, braços e região anterior do abdómen, com 3

anos de evolução. Sem outras alterações ao exame objetivo. Velocidade de sedimentação de

32 mm/h, enzima conversora da angiotensina de 66 U/L; radiografia do tórax mostrou

hipotransparência nodular para-hilar direita que motivou pedido de TC que revelou múltiplas adenomegalias

mediastínicas e múltiplos micronódulos dispersos no parênquima pulmonar. A biopsia cutânea

identificou infiltrado constituído por granulomas bem circunscritos, sem necrose central, com

colorações por PAS e Ziehl-Neelsen sem identificação de microorganismos, correspondendo a

infiltrado granulomatoso sarcóide.

A sarcoidose é uma doença multisistémica de etiologia não esclarecida, com manifestações

cutâneas em 25% dos doentes. 1 Dada a variabilidade de manifestações clínicas, é considerada

"a grande imitadora". 2 As lesões cutâneas podem ser divididas em específicas e não

específicas, dependendo da presença de granulomas não caseosos na análise histológica. Entre

as formas de apresentação não específicas, a mais comum é o eritema nodoso. Outras formas

raras incluem o eritema multiforme, calcificações e prurigo. 3 A associação entre sarcoidose e

prurigo encontrada em alguns casos antigos 4 ,

não tem sido descrita recentemente.

IMG154

1137 SAL E PIMENTA

ROSARIO BLANCO, RAFAELA PEREIRA, MARIA MOLINA, ANA PIMENTA DE CASTRO, MARIO LAZARO

CENTRO HOSPITAL UNIVERSITARIO DO ALGARVE, HOSPITAL DE FARO

Mulher de 72 anos de idade. Recorre ao Serviço de Urgência por alteração do estado de consciência e dor lombar de um mês de evolução. No contexto de alteração do estado de consciência realizou TC CE que revelou alterações estruturais da calote craniana, com aspetos sugestivos de múltiplos focos de natureza osteolítica, em 'sal e pimenta'.

Além das alterações ósseas referidas a doente apresentava hipercalcemia (Cálcio ionizado 1.81mmol/L) anemia (Hemoglobina 6.7g/dL) e lesão renal aguda.

A doente foi internada para estudo, confirmando-se posteriormente mieloma múltiplo.

IMG155

1145 SÍNDROME MAY-THURNER: UMA CAUSA IMPORTANTE DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA

Marta Custódio, Carolina Sequeira, Madalena Silva, Tânia Strecht, Ana Paula Antunes, Anabela Marques

Hospital de Cascais

Mulher de 53 anos, sem antecedentes médicos conhecidos, recorreu ao Serviço de Urgência com história de dor e edema do membro inferior esquerdo, com 5 dias de evolução. Ao exame objetivo, confirmou-se exuberante edema do membro, com sinal de Homans positivo. O ecodoppler venoso mostrou uma extensa flebotrombose, desde a veia ilíaca externa esquerda até à veia popliteia e safena interna. A avaliação laboratorial apenas apresentou aumento dos d-dímeros.

Iniciou terapêutica com heparina não fracionada contudo sem melhoria do quadro, pelo que realizou tomografia computadorizada (TC) abdominal e pélvica que evidenciou trombose das veias ilíacas interna e externa esquerdas (Imagem 1A) com extensão do trombo até à veia cava inferior (Imagem 1B), com compressão da veia ilíaca comum esquerda pela artéria ilíaca comum direita (Imagem 2 - seta amarela: artéria ilíaca comum esquerda; seta vermelha: veia ilíaca comum esquerda), compatível com o diagnóstico de Síndrome de May-Thurner.

A doente foi submetida a trombectomia endovascular e colocação de stent, com melhoria do quadro clínico.

O Síndrome de May-Thurner caracteriza-se pela compressão da veia ilíaca comum esquerda pela artéria ilíaca comum direita contra o corpo da 5ª vértebra lombar.

A sua verdadeira incidência não é conhecida, acreditando-se que está subestimada.

É mais comum em mulheres, particularmente se sob contracepção oral ou no período peri-parto.

Clinicamente pode ser assintomático ou apresentar-se com dor e edema do membro inferior. O diagnóstico é normalmente feito por angio-TC ou ressonância magnética.

Dada sua natureza mecânica, o Síndrome de May-Thurner não costuma ter boa resposta à terapêutica médica e a angioplastia com colocação de stent é habitualmente necessária.

IMG176

1274 UM CASO DIFERENTE DE TORACALGIA

Inês Goulart, Inês Nogueira da Fonseca, Ana Teresa Pina, Tiago Petrucci, Laura Pereira, Manuel Ferreira Gomes, Paulo Cantiga Duarte, José Luís Ducla Soares

Serviço de Medicina I, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Homem de 59 anos com antecedentes de cardiopatia isquémica com angioplastia, com quadro de toracalgia anterior com 2 meses de evolução, sem irradiação, tipo aperto, intensidade 7/10, sem fatores de alívio ou agravamento e refratária à terapêutica analgésica. Pela hipótese de angor, é internado e efetuada marcha diagnóstica (marcadores de necrose miocárdica, ECG, ecocardiograma e coronariografia) inconclusiva, tendo alta. Pela persistência da dor, faz TC tórax que evidenciou lesões líticas expansivas do esterno, de vários arcos costais e sobretudo dos últimos corpos vertebrais que atingem as lâminas, e massa de partes moles no mediastino posterior envolvendo os últimos corpos vertebrais. Admitindo-se um provável mieloma, é enviado a um Hospital Central onde, da avaliação inicial, se destacou VS 120mm, DRC KDIGO 2, elevação da B2-microglobulina, eletroforese de proteínas com pico gama monoclonal com componente monoclonal IgG lambda, imunofixação urinária com presença de Bence Jones Lambda e proteinúria 24h de 340,5mg. Rx do esqueleto com evidência de lesões líticas crâneas compatíveis com imagem em sal e pimenta, lesões líticas do esterno, arcos costais, coluna vertebral e fêmures. Mielograma confirmou um mieloma múltiplo IgG com Bence Jones

Lambda ISS II e TC torácica documentou lesões líticas do esterno, arcos costais, últimas vertebrae dorsais, com plasmocitoma exofítico que ocupa o mediastino posterior. O doente teve alta a aguardar restante estudo. Reinternado 15 dias depois por paraparésia de agravamento progressivo, agravada após realização de biópsia percutânea de lesão osteolítica sagrada guiada por TC 2 dias antes. Pela hipótese de plasmocitoma com compressão medular (lesões em D9 e D12), foi iniciada corticoterapia de elevada intensidade e radioterapia, sendo o doente posteriormente transferido para o Serviço de Hematologia. Resultado da biópsia compatível com plasmocitoma, mantendo seguimento em Hospital de Dia de Hematologia e a cumprir quimioterapia.

IMG180

1293 QUANDO O EDEMA FACIAL AFINAL É UM LINFOMA: A PROPÓSITO DE UMA IMAGEM

Maria João Palavras, Flávia Santos, Ana Luísa Albuquerque, Filipa Alçada

Hospital de Santo André- Serviço de Medicina II

A Síndrome da Veia Cava Superior (SVCS) surge quando há diminuição ou obstrução do fluxo sanguíneo através da veia cava superior. Geralmente trata-se de uma manifestação secundária a uma patologia. A principal causa de compressão extrínseca são as neoplasias malignas com 73-97%. A restante percentagem corresponde a compressão intrínseca, sendo a trombose a principal causa. Os sintomas da SVCS é resultantes da obstrução do fluxo sanguíneo: edema da face e do membro superior e pletora facial com predomínio matinal e ingurgitamento vascular.

Os autores apresentam o caso clínico de uma mulher de 42 anos. Sem antecedentes de relevo. A doente recorreu ao serviço de urgência por edema da face e do pescoço e por disfagia com um mês de evolução. Previamente já tinha recorrido pela mesma clínica, tendo sido dada de alta por amigdalite. Na segunda vinda à urgência, a doente foi internada para estudo. O edema da face era de predomínio matutino, queixas de sudorese nocturna profusa, com rouquidão progressiva, sensação de redução do edema da face, assim como aumento do volume cervical. Realizou tomografia computadorizada cervical, torácica e abdominal: "massa no mediastino anterior pré-vascular, medindo 7,8x4,2cm. A massa envolve e estenosa de forma muito marcada o tronco braquio-cefálico esquerdo, estenosando também o tronco braquiocefálico direito. Trombo endoluminal parcialmente oclusivo na transição da veia subclávia para o tronco venoso direito. Compressão marcada da veia cava superior acima da crossa da veia ázigos." Na biópsia da massa por mediastinotomia paraesternal diagnosticou Linfoma de Grandes

Células B do Mediastino.

É importante o reconhecimento precoce da SVCS através dos sinais e dos sintomas de modo a evitar o atraso do diagnóstico da patologia principal. Neste caso clínico, o linfoma foi indolente pois o diagnóstico final foi conclusivo após se detectarem sintomas secundários. A doente foi transferida para Hematologia onde iniciou ciclos de quimioterapia.

IMG183

1312 UM CASO BENIGNO DE ADENOPATIAS

Inês Branco Carvalho, Margarida Pimentel Nunes, David Prescott, Ana Isabel Brochado, Isabel Montenegro Araújo, Beatriz Donato, Rita Sérvio, José Luis Ferraro, Salomão Fernandes, Adriana Paixão Fernandes, Carla Araújo, António Martins Baptista, José Lomeli

Hospital Beatriz Ângelo

Mulher, 21 anos, com história de hipotireoidismo medicado, referenciada à consulta de Medicina para investigação de adenopatias inguinais esquerdas e tumefacção a nível da face antero-interna da coxa esquerda, com cerca de 3 anos de evolução. Aquando do aparecimento das lesões, realizou várias ecografias das partes moles, que demonstraram formações ganglionares com características inflamatórias na região inguinal esquerda, com aumento progressivo de tamanho e aumento da espessura do tecido celular subcutâneo, com acréscimo da ecogenicidade dos planos mais superficiais, compatível com lipodistrofia e edema.

Realizou ainda tomografia computadorizada (TC) abdominal e pélvica: sem adenomegalias com critérios patológicos nas cadeias ganglionares intra ou retroperitoneais; múltiplas formações ganglionares inguinofemorais bilaterais, com maior volume e número à esquerda, que se admite de natureza reaccional, associado a edema discreto do tecido celular subcutâneo adjacente, provavelmente de natureza inflamatória.

Já no contexto do seguimento hospitalar, realizou biópsia de gânglio inguinal esquerdo, cuja histologia era compatível com linfadenite reactiva, não especificada.

Por manutenção das queixas de tumefacção, fez linfocintigrafia: drenagem linfática preservada nos membros inferiores, sem assimetria a destacar. E ainda RM da coxa esquerda: espessamento da gordura subcutânea na vertente antero-interna do terço superficial da coxa, com fina septação interna/reticulação, sem margens definidas.

A doente manteve seguimento na consulta de medicina, com evolução clínica favorável, sem agravamento da tumefacção. Realizou TC toraco-abdomino-pélvica de reavaliação com estabilidade

numérica e dimensional das formações ganglionares inguinais bilaterais, em maior número à esquerda, onde se associam a um ligeiro edema do tecido subcutâneo.

IMG217

1599 ESPLENOMEGALIA, UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Vilma Laís Grilo, Magno Dinis Sousa, Ana Glória Fonseca Francisca Delerue

Hospital Garcia de Orta

Mulher de 69 anos, sem antecedentes médicos relevantes. Admitida por quadro de dor abdominal localizada nos quadrantes esquerdos do abdómen com irradiação lombar homolateral, sem factores de alívio, com 3 meses de evolução e agravamento progressivo. Referência a anorexia e perda ponderal de 10kg no último ano. Negava febre, sudorese noturna, adenopatias, diátese hemorrágica, alteração do trânsito gastrointestinal. À observação destacava-se temperatura subfebril, abdómen doloroso à palpação dos quadrantes esquerdos, sem defesa, esplenomegalia palpável. Analiticamente com pancitopenia (hemoglobina 11g/L, $78.000 \times 10^6/L$ plaquetas e $3.500 \times 10^9/L$ leucócitos), hipogamaglobulinemia, elevação de lactato desidrogenase e beta 2 microglobulina. Avaliação por tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica identificou exuberante esplenomegalia com diâmetro bipolar de 26cm, com áreas de enfarte e múltiplas adenopatias justacentimétricas. Mielogramaeimunofenotipagem do sangue medular compatível com linfoma não Hodgkin B. Submetida a esplenectomia diagnóstica e terapêutica, confirmando-se o diagnóstico de linfoma não Hodgkin esplénico da zona marginal. Em reavaliação aos 6 meses encontrava-se clinicamente assintomática.

A esplenomegalia constitui um desafio diagnóstico, particularmente a valorização de um achado incidental num exame de imagem realizado noutro contexto clínico, a distinção entre patologia que afecta primariamente o baço e o desenvolvimento de esplenomegalia em contexto secundário. Os linfomas constituem um importante grupo etiológico da esplenomegalia. O linfoma esplénico da zona marginal é um linfoma não Hodgkin B de baixo grau, raro, indolente e frequentemente assintomático, caracterizado pela presença de esplenomegalia maciça, podendo coexistir envolvimento medular e, menos frequentemente, citopenias no sangue periférico. É necessário elevado grau de suspeição clínica, tornando-se particularmente relevante no diagnóstico diferencial de esplenomegalia isolada.

IMG250**1848 HEMOTIMPANO BILATERAL ESPONTÂNEO**

Ana Gonçalves, António Alho, Lúcia Proença

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

O hemotimpano bilateral espontâneo é uma entidade clínica rara, com poucos casos descritos, sobretudo em adultos. A maioria dos casos descritos ocorre associado a trauma craniano.

Os autores apresentam o caso de uma doente de sexo feminino, 71 anos, internada por sépsis com ponto de partida respiratório, com antecedentes de Linfoma B folicular, neoplasia da mama e trombocitopénia secundária a síndrome mielodisplásico.

Apresentava na admissão, plaquetas de 22.000/uL, que foram diminuindo até um mínimo de 8000/uL, altura em que apresentou, episódios de epistaxis, sem outros sinais de discrasia hemorrágica ou trauma de crânio.

Referiu, posteriormente, hipoacusia bilateral e sensação de plenitude auricular.

Foi realizada otoscopia que revelou a presença de sangue em ambos os canais auditivos médios, sugestivo de hemotimpano bilateral espontâneo. A doente evoluiu favoravelmente com recuperação total, sem necessidade de tratamento dirigido.

IMG256**1953 MIELOMA MÚLTIPLO – ALTERAÇÕES IMAGIOLÓGICAS TÍPICAS**

Pedro Cota, Maria Beatriz Santos, Magda Garça, Joana Carreiro, Patrícia Fragata, Adriana Santos, Paulo Ávila, Almerindo Rego

Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira

Mulher de 76 anos, previamente autónoma. Sem antecedentes pessoais de relevo. Em 2017 recorre ao Serviço de Urgência após episódio de queda com fractura da clavícula e do úmero esquerdos. Neste contexto, foram identificadas imagiologicamente múltiplas lesões focais osteolíticas dispersas pelo esqueleto (fig. 1 e 2) e radiografia do crânio com padrão "sal e pimenta" (fig 3). Encaminhada para Consulta Externa de Medicina Interna onde realiza estudo analítico que identifica anemia normocítica/normocrómica, pico monoclonal IgG kappa, beta-2-microglobulina 2.7 mg/L. Realizou medulograma com biopsia óssea que confirmou o diagnóstico de mieloma múltiplo, tendo sido referenciada para Hemato-Oncologia.

Manteve seguimento e terapêutica com melfalano e ácido zalendróico, recusando outras

terapêuticas, tendo-se verificado agravamento clínico progressivo, com necessidade de suporte transfusional, desenvolvimento de lesão renal aguda e hipercalcémia.

A doente veio a falecer dois anos após o diagnóstico, em contexto de progressão de doença.

Os achados imagiológicos identificados, apesar de típicos do mieloma múltiplo, não estão sempre presentes. Este caso demonstra a utilidade do estudo imagiológico no levantamento da suspeita deste diagnóstico e seu estadiamento.

IMG279**2120 ANEMIA PERNICIOSA – UMA APRESENTAÇÃO CLÍNICA CURIOSA**

Ana Carvoeiro, Alexandra Esteves, Susana Barbosa, Paula Felgueiras, Diana Guerra, Carmélia Rodrigues

Unidade Local de Saúde do Alto Minho

INTRODUÇÃO

: Homem, 68 anos. Aparecimento de lesões cutâneas inespecíficas no membro inferior direito (MID), observado por Dermatologia, com resolução sintomática parcial a terapêutica tópica com corticóide. Porém, com posterior recrudescimento, de forma mais exuberante, apresentando lesões maculares urticariformes pruriginosas dispersas no tórax e na região posterior dos MI e queilite angular associada. Pela persistência dos sintomas referenciado a Consulta de Medicina Interna para exclusão de doença sistémica. Ao exame objetivo, de salientar a presença de lesões maculares eritematosas, confluentes nos MIFS e no tórax, com áreas de placa e lesões de coceira associadas. Do estudo analítico, realça-se Hb 12,1 g/dL, Htc 34,3%, VGM 115,9, Vit B12 115, cinética do ferro e doseamento de ácido fólico normais. Perante anemia macrocítica e défice de B12 associado, verificou-se estudo positivo para anticorpos anticélulas parietais e anti-fator intrínseco (FI). Endoscopia digestiva alta com biópsia confirmou suspeita de gastrite crónica ligeira com metaplasia intestinal incompleta focal e atrofia ligeira. Assim, instituída terapêutica para anemia perniciososa, com administração mensal de vitamina B12 intramuscular, verificando-se resolução total das alterações cutâneas referidas. A anemia perniciososa é uma doença autoimune, caracterizada pela existência de gastrite crónica atrofica autoimune, com consequente deficiente absorção de cobalamina ao nível do íleo terminal, e pela presença de anticorpos anti- FI e anticélulas parietais. As manifestações cutâneas não estão ainda amplamente descritas na literatura, sendo que, até aos dias de hoje, algumas das alterações comumente identificadas são a hiperpigmentação, vitiligo, queilite angular e atingimento capilar. Com a imagem apresentada salienta-se a importância

do reconhecimento das diferentes formas de apresentação de uma patologia deveras frequente, subestimada e cujo tratamento precoce permite evitar a sua progressão.

DOENÇAS HEPATOBILIARES

IMG081

597 QUISTOS HEPÁTICOS SIMPLES – POR VEZES NÃO É ASSIM TÃO SIMPLES

Inês Rueff Rato, Maria Ana Canelas, Pedro Caiano Gil, João Valente, Vítor Paixão-Dias

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Mulher de 83 anos com antecedentes de insuficiência cardíaca valvular, bronquiectasias e vários quistos hepáticos simples, o maior de 15cm. Recorreu ao Serviço de Urgência por febre e dor abdominal. Excluída infeção intra-abdominal, foi internada com o diagnóstico de Pielonefrite aguda por *Escherichia coli* multissensível. Evoluiu desfavoravelmente com choque séptico (disfunção neurológica, respiratória, cardiovascular e renal) apesar de antibioterapia dirigida. Do estudo em internamento: bacteriemia por *Enterobacter cloacae* e Tomografia Computorizada a documentar volumosa lesão quística, já conhecida, a ocupar a quase totalidade do lobo hepático direito (17cm de maior diâmetro longitudinal) com paredes espessadas, contornos irregulares e septos captantes de contraste. Assumido ponto de partida em quisto hepático infetado. Após discussão multidisciplinar, foi decidida a sua drenagem percutânea guiada por ecografia. Isolamento do mesmo agente no pús. Melhoria progressiva das disfunções com após drenagem e antibioterapia, com evolução favorável. Teve alta orientada para consulta.

Os quistos hepáticos simples são habitualmente assintomáticos, podendo ter dimensões muito variáveis. Aqueles de dimensões aumentadas são quase exclusivamente observados no sexo feminino e tendem a complicar, nomeadamente com sintomatologia compressiva, hemorragia, infeção, torção ou rotura. O tratamento não reúne consenso, porém, a sua drenagem percutânea combinada com antibioterapia dirigida parece ser uma abordagem eficaz.

IMG084

602 PORFIRIA CUTÂNEA TARDA E NEOPLASIA DO RIM

Heidi Gruner, Inês Rego de Figueiredo, Marília Fernandes, Diogo Drummond Borges, Rita Vieira Alves, Sara Guerreiro Castro, Filipa Lourenço, Ana Margarida Antunes, António Panarra

Serviço de Medicina 7.2, Hospital Curry Cabral, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

A Porfiria Cutânea Tarda (PCT) de aparecimento no adulto, é a mais comum (1/ 25.000 pessoas), manifestando-se por hiperpigmentação e lesões bolhosas com cicatrizes sequelares limitadas ao dorso das mãos (miliun) e às vezes couro cabeludo.

Apresenta-se o caso de um homem de 42 anos, leucodérmico, que surge com cansaço associado a estas manifestações com cerca de 2 meses de evolução. De referir história de EAM e colocação de stent 3 anos antes com suspensão voluntária de toda a terapêutica, hábitos tabágicos 20UMAs e hábitos etanólicos de 100g/dia. História familiar de hemocromatose no irmão.

Do estudo complementar destacava-se Hb 16,3g/dl e Htc 48%, padrão de citocolestase com AST 61U/L, ALT 11U/L e GGT U/L e FA U/L, saturação transferrina 63%, Ferritina 789mg/dl. Serologias VHC, VHB e VIH negativas. Perfil imune negativo. Coproporfirinas totais no plasma 1,6mcg/L (N<14,4) e na urina 29mcg/24h(N<100); tipo I 28mcg/24h (N<25), tipo II 1mcg/24h (N<75); Uroporfirinas no plasma 3,5mcg/L (N<11,8) e na urina 4171mcg/24h (N<25). Aguardando estudo genético. A TC toracoabdominal revelou além de hepatomegalia, uma volumosa lesão sólida renal de 5cm compatível com neoplasia sem evidência de metastização. O ECG e Ecocardiograma transtorácico não revelaram alterações significativas.

Foi assumido o diagnóstico de PCT, tendo sido decidido a interrupção dos hábitos tabágicos e etanólicos e tendo realizado pela consulta de Imunoterapia flebotomias terapêuticas, mas ainda sem início de plaquinol 200mg 1 vez por semana, bem como insistência na manutenção da terapêutica da cardiopatia isquémica.

A neoplasia renal foi um achado, não se encontrando casos descritos na literatura, de associação a esta neoplasia, mas apenas ao expectável agravamento progressivo da função renal com a progressão da doença. O doente foi referenciado à consulta de urologia aguardando nefrectomia.

IMG136**1015 QUANDO O SOL ILUMINA, UM CASO DE PORFIRIA CUTÂNEA TARDA**

Teresa Medeiros, Sara Moreira Pinto, Eduardo Eiras

ULSM - Hospital Pedro Hispano

Homem de 50 anos, ex-toxicodependente e hábitos alcoólicos pesados, referenciado a consulta de Medicina Interna por lesões cutâneas nas mãos e pescoço, ulceradas, de difícil cicatrização e agravadas com a exposição solar. Do estudo realizado apresentava infecção por VHC (anti-VHC positivo, carga vírica VHC 1236700 UI/mL) com citólise hepática importante (TGO 510 U/L, TGP 495 U/L e GGT 647 U/L), porfirinas urinárias aumentadas [Uroporfirina 368 μg/24h (N<25); Coproporfirina I 89 μg/24h (N<25), Coproporfirina III 265 μg/24h (N<75); Heptacarboxiporfirina 12 μg/24h (N<5), Hexacarboxiporfirina 19 μg/24h (N<2), Pentacarboxiporfirina 133 μg/24h (N<5) e porfirinas totais 886 μg/24h (N<150)], hiperferritinemia (278 ng/mL, saturação de transferrina 42%) e fibrose severa na elastografia (F3). Foi assim diagnosticada uma porfiria cutânea tarda em contexto de infecção por VHC. Foi proposto para tratamento da Hepatite C mas ausentou-se do país a trabalho e perdeu seguimento em consulta.

IMG205**1528 ABCESSO HEPÁTICO CAUSADO POR EXTENSÃO DIRETA- UM ACHADO INESPERADO NA TC**

Carolina Palma, Ricardo Pereira, Inês Costa Santos, Joana Patrício, Ana Catarina Emídio, Joana Carreira, Beatriz Navarro, Hugo Jorge Casimiro, Mário Parreira, Ermelinda Pedroso

Centro Hospitalar de Setúbal- Hospital de São Bernardo, Serviço de Medicina Interna

Os abscessos hepáticos piogénicos resultam de uma infecção do parênquima do fígado com infiltração por neutrófilos, com formação de pús. Apesar de se encontrarem frequentemente associados a colangite ou a obstrução biliar ou serem secundários a bacteriemia, estão descritos casos cujo mecanismo foi por extensão directa, como complicação de colecistite.

Género feminino, 89 anos, residente em lar, com antecedentes pessoais de HTA, hiperuricémia com história de crise gotosa recorrente e portadora de Pacemaker. Estaria no seu estado de saúde habitual até instalação de quadro de queixas algícas generalizadas, febre, dispneia e tosse não produtiva. A admissão apresentava-se febril,

auscultação cardíaca com sopro sistólico grau III/VI, não conhecido previamente. Auscultação pulmonar rude mas sem ruídos adventícios. Abdómen indolor a palpação em todos os quadrantes, sem massas. Analiticamente com leucócitos 18.700/uL (88,2% neutrófilos), PCR 35mg/dL e aumento isolado da GGT. Rx tórax sem condensação do parênquima pulmonar, UII sem evidência de ITU.

Foi internada por febre de etiologia a esclarecer.

Suspeitando-se de endocardite solicitou-se ETT que não evidenciou vegetações valvulares. O eletrocáteter visualizado, também não apresentava massas apensas. Procedeu-se a ETE, não sugestivo de endocardite valvular ou associada com eletrocáteter.

Foram realizadas hemoculturas de repetição, que se revelaram sempre estéreis.

Realizou TC abdominal: coleção líquida heterogênea com localização ao lobo direito do fígado, coexistindo vesícula biliar com espessamento difuso das paredes, sem sinais seguros de litíase. Sem dilatação dos ductos biliares.

Estabelecido o diagnóstico de abscesso hepático com processo inflamatório-infeccioso da vesícula biliar (por extensão directa - como a imagem na TC sugere). Após discussão com Cirurgia Geral realizou meropenem e metronidazol durante 6 semanas, com resolução da febre e dos parâmetros inflamatórios, bem como redução das dimensões do abscesso.

DOENÇAS INFECIOSAS E PARASITÁRIAS**IMG007****72 SÍNDROME DA URINA ROXA – SINAL DE ALARME DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO**

Joana Couto, Pedro Pinto, José Carvalho, Luís Pontes dos Santos, Raquel López, Diana Guerra

Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Mulher, 81 anos, totalmente dependente por síndrome demencial avançado. Antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, doença cerebrovascular e bexiga neurogénica (cronicamente algaliada).

Trazida ao Serviço de Urgência por quadro com 4 dias de evolução de prostração, diminuição da diurese e obstipação. À admissão, prostrada, com hipotermia (T^{aur}: 31.5°C) e hipotensão. Verificada presença de urina de cor roxa no saco coletor (Figuras A,B e C). Analiticamente, constatado elevação dos parâmetros inflamatórios, anemia, lesão renal aguda, hipercaliémia grave e acidemia metabólica. O sedimento urinário

revelou pH alcalino (9.0), proteinúria 400 mg/dL, nitritos e esterase leucocitária positivos e presença de numerosas bactérias (densidade). Realizou ecografia reno-vesical sem uropatia obstrutiva ou complicações. Concluído sépsis de ponto de partida urinário com disfunção multiorgânica grave. Iniciou antibioterapia empírica (ceftriaxone 2 gr ev). O estudo microbiológico não permitiu isolamento de agente, tendo a urocultura flora plurimicrobiana e hemoculturas negativas.

O Síndrome da urina roxa (SUR) é um fenómeno raro em que a cor da urina se torna roxa, tem uma maior incidência em mulheres idosas, doentes cronicamente algaliados (sobretudo se cateter de plástico), institucionalizados, com obstipação crónica e quando urina alcalina. Deve ser interpretado em contexto de provável infeção urinária. O mecanismo de alteração da cor urinária ainda não se encontra completamente esclarecido, sendo atribuída a bactérias gram negativas (*Providencia* spp., *Escherichia coli*, *Proteus* spp., *Pseudomonas* spp., *Klebsiella pneumoniae*, *Morganella* sp. e enterococos) produtoras da enzima indoxil fosfatase que converte o sulfato de indoxilo, naturalmente presente na urina, em compostos de coloração vermelha e azul (indirrubina e indigo).

Apresenta-se este caso pela importância da valorização do SUR, como sinal de infeção do trato urinário.

IMG009

85 ABCESSOS HEPÁTICOS E EMPIEMA PLEURAL

Joana Almeida Calvão, Anusca Paixão, Helena Santos Gonçalves, Henrique Santos, Fernando Salvador, Paula Vaz Marques

Serviço de Medicina Interna do Hospital de Vila Real - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Mulher de 55 anos, internada no serviço de Medicina Interna para estudo de lesões hepáticas do lobo direito (segmentos V, VII VIII), possíveis abcessos, associado a astenia, emagrecimento, febre e anemia de doença crónica. Concomitantemente com empiema homolateral. Efetuada drenagem torácica e abdominal, a primeira adjuvada por fibrinólise intrapleural com alteplase. Estudo bacteriológico do líquido do abscesso do segmento VII com flora polimicrobiana, positivo para anaeróbios, sem isolamento de agente micológico ou parasitológico. Medicada empiricamente com ciprofloxacina e metronidazol durante 7 semanas, com resolução clínica e laboratorial. Resolução radiológica apenas após 2 meses.

IMG011

95 A EVOLUÇÃO DE UMA FASCEÍTE NECROTIZANTE EM IMAGENS

Ana Luísa Campos, Magda Fernandes, Laura Castro, Jorge Cotter

Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães, Serviço de Medicina Interna

Doente de 73 anos, com vários AVCs hemorrágicos prévios. Observada no Serviço de Urgência por sinais inflamatórios da anca esquerda. Realiza TC onde se documenta "Coleção nas partes moles peritrocantéricas à esquerda com um componente subcutâneo (pré fascial) com área espontaneamente hiperdensa compatível com hematoma e um componente intramuscular (pós fascial) no interior da vertente lateral do músculo glúteo médio nesta região. As coleções encontram-se em contacto e medem em conjunto ~11,5x11,5x8,5cm (APxLxT). Estas coleções contactam com uma úlcera vista nesta região, verificando-se múltiplas bolhas de gás no interior das coleções, sendo os aspetos compatíveis com infeção superposta, pela porta de entrada através da lesão ulcerada. Densificação da gordura subcutânea adjacente em relação com fenómenos de celulite." Teve alta clínica medicada com amoxicilina/ácido clavulânico.

Uma semana depois novamente trazida ao Serviço de Urgência por agravamento dos sinais inflamatórios e por dificuldade respiratória. Ao exame físico apresentava drenagem purulenta pela úlcera trocantérica e flutuação à palpação. É observada por Cirurgia Geral, que propõe antibioterapia. Fica internada por sépsis com ponto de partida em fasceíte necrotizante e por pneumonia de aspiração.

Durante internamento cumpriu antibioterapia com piperacilina/tazobactam e linezolid. Em dia 4 de antibioterapia mantinha sinais inflamatórios exuberantes. Foi solicitada TC de controlo onde se constata franco agravamento das lesões de fasceíte necrotizante.

É novamente observada por Cirurgia Geral e decidida limpeza cirúrgica.

As imagens espelham a evolução natural de um processo infeccioso profundo dos tecidos moles, no qual na maioria das vezes a antibioterapia não é suficiente, tornando-se necessário desbridamento cirúrgico.

IMG022

183 FILARÍASE - UMA DOENÇA ENDÊMICA

Inês Ferreira, Ana Monteiro, Manuela Dias, Jorge Almeida

Centro Hospitalar de São João, Serviço de Medicina Interna

Doente do sexo masculino, 25 anos, recorre à consulta por edema do membro inferior direito há 2 anos. Natural e residente na Guiné-Bissau. Associava o início do quadro a uma lesão interdigital no pé ipsilateral durante um jogo de futebol. Drenagem purulenta pela ferida durante várias semanas, e dificuldade na cicatrização. Não realizou cuidados de penso. Referência a vários episódios agudos de sinais inflamatórios da perna.

Desde então foi medicado com múltiplos ciclos de antibióticos, nomeadamente com trimetoprim/sulfametoxazol e doxiciclina, sem efeito. Pelo contrário, agravamento progressivo do edema e hiperqueratose cutânea progressiva.

Dada a exposição epidemiológica, as manifestações clínicas e o tempo de evolução, feito o diagnóstico de elefantíase por filaríase crónica.

A filaríase linfática é a causa mais comum de linfedema nos países endémicos. É causada por nemátodos que invadem os tecidos linfáticos. A infeção é transmitida pela picada de mosquito.

As larvas adultas causam patologia mecânica e danificam a drenagem linfática, levando eventualmente ao desenvolvimento de linfedema. A lesão dos vasos linfáticos predispõe a infeções bacterianas (que têm como porta de entrada lesões que afetam a integridade da pele) que causam ataques agudos recorrentes de dermatolinfangioadenite aguda. Isto associa-se a progressão do linfedema.

O diagnóstico é feito na maioria das vezes pela clínica e contexto epidemiológico. Após o estabelecimento do linfedema, a maioria dos testes laboratoriais é negativo.

O tratamento de escolha da filaríase linfática é a dietilcarbamazina em dose única, pelo seu efeito micro e macrofilaricida, prevenindo o desenvolvimento das complicações crónicas. No entanto, quando o linfedema está estabelecido, o tratamento é apenas de suporte (massagem, uso de meias de compressão). O tratamento dos surtos de dermatolinfangioadenite aguda passa por antibióticos. O seu tratamento é importante, já que a sua ocorrência leva à progressão do linfedema.

IMG026

200 THE PURPLE URINE BAG SYNDROME

Diana Coutinho, Diogo Canudo, Sofia Calaça, Inês Santos, Francisco Rebocho, Graça Tavares, Francisco Azevedo

Hospital do Espírito Santo de Évora

Mulher, 83 anos, com neoplasia do ovário, metastizada, algaliada de forma crónica, com síndrome depressiva, sob inibidor selectivo da recaptção da serotonina, trazida ao SU por prostração e diminuição da diurese. Ao exame objectivo pouco reactiva, hipotensa e desidratada. Saco colector de urina com urina roxa. No entanto, curiosamente, colheita de urina com urina clara no copo colector. A doente esteve 24 horas em balcão, sob fluidoterapia e antibioterapia empírica, tendo sido feita troca do saco colector, mantendo o novo saco colector e a urina as mesmas características iniciais (saco colector com coloração roxa e urina extraída límpida). Negada ingestão de alimentos com corantes com essa coloração ou medicação diferente da supracitada. Urina sumária com leucócitos 4+ e nitritos positivos, pH7.5 e hemoglobina negativa. Urocultura com isolamento de *Escherichia coli* multisensível.

IMG035

259 ERITEMA MULTIFORME UM CASO DE DOENÇA INFECCIOSA? OU NÃO

Inna Kozyar, Inês Figueiredo, Cristina Duarte, Francisco Silva, Nataliya Polishchuk, Luísa Fontes, Susana Livramento, Teresa Cruz

Hospital Cuf Descobertas

O eritema multiforme (EM) é uma dermatose imuno-mediada, caracterizada pelo aparecimento de lesões em alvo na pele. É na maioria dos casos secundário a infeções, sendo o vírus herpes simplex o mais comumente envolvido. Apresenta um grande espetro de apresentação, sendo o EM maior caracterizado pelo envolvimento de mucosas. É geralmente auto-limitado, resolvendo em semanas sem sequelas significativas.

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 22 anos admitida por exantema máculo-papular pruriginoso, inicialmente apenas nos lábios, mas que foi evoluindo progressivamente para os membros e regiões palmo-plantares. Concomitantemente referia febre e odinofagia. Medicada com paracetamol, ketotina e hidroxizina sem alívio sintomático. Ao exame objetivo destacava-se enantema labial, algumas lesões em alvo, pápulas e máculo-pápulas eritematosas confluentes nos membros. Analiticamente com discreto aumento dos parâmetros inflamatórios.

Fez-se o diagnóstico de eritema multiforme (EM), provavelmente secundário a foco infeccioso. Iniciou hidroxizina, metilprednisolona, aplicação tópica de betametasona com melhoria franca do quadro clínico. As Serologias virais realizados foram negativos.

IMG047

368 A PROPÓSITO DE SÍFILIS

Mariana Formigo, Magda Costa, João Martins, Sandra Barbosa, Helena Sarmento, Jorge Cotter

Hospital Senhora da Oliveira Guimarães

Homem de 67 anos, internado para estudo de quadro de perda ponderal associado a lesões descamativas redondas, não pruriginosas, dispersas simetricamente pelos membros superiores e inferiores sem poupar palmas ou plantas com 1 mês de evolução, compatíveis com sífilis secundária.

Realizado sífilis screening com resultado positivo, RPR positivo com título de 1/64 e doseamento por immunoassay de IgM 6 e IgG >5000. Teste treponémico FTA-ABS positivo (2+). Fez toma de Penicilina G benzatínica 2.4 milhões de unidades intramuscular. Realizada punção lombar com leucorráquia, VDRL e pesquisa de *Treponema pallidum* por Western Blott positivo, firmando o diagnóstico de neurosífilis. Iniciou ciclo de Penicilina G 4 milhões de unidades endovenosas de 4/4 horas que cumpriu durante 14 dias com melhoria clínica.

Realizou ecocardiograma sem evidencia de alterações cardíacas ou nos grandes vasos.

Do restante estudo, marcadores e serologias víricas negativos. Cumpriu 7 dias de doxiciclina 100 mg 12/12h e Azitromicina 1g por suspeita de *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*.

Alta ao 25º dia de internamento, com lesões dermatológicas em resolução, orientado para consulta de reavaliação em Medicina Interna.

IMG049

387 EXANTEMA NÃO TÍPICO DA FEBRE ESCARO-NODULAR

Ana Teresa Melo, Liliana Ribeiro Santos, Ana Furão Rodrigues, Ana Paula Vilas

Serviço de Medicina 2B, Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Portugal

Introdução

: A febre escaro-nodular é uma doença infecciosa provocada pela bactéria *Rickettsia conorii*. Em Portugal estão identificadas 2 estirpes causadoras

da doença, a *Rickettsia conorii* Malish e a *Rickettsia conorii israelensis*. A apresentação típica inclui uma associação de febre, exantema e escara de inoculação ("tâche noir"), sendo também frequentes a. hiperemia conjuntival, fotofobia, cefaleias e artromialgias. O exantema afeta sobretudo as extremidades, incluindo as palmas das mãos e plantas dos pés, mas também o tronco. As lesões são habitualmente maculopapulares eritematosas discretas, mas numa minoria dos casos, sobretudo em doentes com mais idade, podem adquirir um aspeto purpúrico. Este tipo de lesões cutâneas parece também associar-se mais à estirpe *R. conorii israelensis*, sendo que nestes casos a tache noir é rara.

Caso clínico: Homem de 75 anos, agricultor, que recorreu ao Serviço de urgência por quadro com alguns dias de evolução de prostração, febre e exantema não pruriginoso dos membros e tronco. À observação, a destacar períodos de confusão, hiperemia conjuntival bilateral e exantema purpúrico a nível dos punhos e dorso. Analiticamente, proteína C reativa elevada (19mg/dL), hiponatremia (130mmol/L) e trombocitopenia (plaquetas 61000/mm³). Assumiu-se febre escaro-nodular e iniciou doxiciclina. Dois dias após a admissão o doente passou a apirético e iniciou melhoria clínica e laboratorial. Para confirmação diagnóstica foi utilizado o método da imunofluorescência indireta, um método que pesquisa a presença de anticorpos anti-rickettsia no soro dos doentes. No caso apresentado, o resultado foi borderline. Optou-se por manter a terapêutica, seguindo-se remissão completa do quadro.

Conclusão: O caso apresentado chama a atenção para um exantema menos habitual na febre escaro-nodular e para a importância da integração dos dados anamnésicos e semiológicos.

IMG051

400 TUBERCULOSE PULMONAR, UM DIAGNÓSTICO À VISTA

Isabel Borges, Madalena Meneses, Clara Paiva

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE.

Homem de 43 anos. Fumador (40UMA) e em programa de desabitação alcoólica há 6 meses, seguido numa instituição de reabilitação social. É referenciado por esta, ao Serviço de Urgência, por tosse produtiva com mais de 2 semanas e de agravamento progressivo, toracalgia, sudorese noturna e perda ponderal > 5% num mês. Sem antecedentes de consumo de drogas injetáveis. Objetivamente, doente apirético e sem adenopatias palpáveis. Dos exames realizados, a destacar leucocitose 15640uL, com neutrofilia 76%, velocidade de sedimentação 51mm/h e proteína C reativa 4.81mg/dl. Radiografia torácica

com lesão arredondada de bordo hipotransparente, 4.2x5.0cm, no ápice do hemitórax direito, sugestivo de lesão cavitada. Por suspeita de tuberculose (TB) pulmonar, colheu expectoração com pesquisa de bacilo álcool-ácido resistente (BAAR) e serologias víricas (HBV, HCV e HIV). Internado por infecção respiratória, em quarto isolado, sob antibioterapia empírica. Obteve-se expectoração positiva para BAAR e *Klebsiella pneumoniae* não produtora de beta-lactamase, multissensível (MS). Culturas em meio líquido e sólido positivas para *Mycobacterium tuberculosis* (MT), MS. Iniciou antibacilares com isoniazida, rifampicina (R), pirazinamida e etambutol e fez-se notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. Foi identificado o DNA do MT em elevada carga, sensível à R. Serologias víricas negativas. Ao fim de 42 dias de terapêutica, obteve-se culturas para MT negativas. Teve alta com antibacilares e referenciado à Consulta de Doenças Respiratórias. A TB é contagiosa e potencialmente curável, sendo a manifestação pulmonar mais frequente (75%). A idade média ao diagnóstico é 50 anos. Em Portugal a incidência está em decréscimo. Dos 69 casos registados entre 2014-2016 nos Açores, 38 ocorreram em São Miguel. Apesar das técnicas atuais, tem-se verificado um atraso entre o início dos sintomas e o diagnóstico. Devido à elevada resistência à R na região, está recomendado o teste de resistência à R.

IMG053

418 CISTITE ENFISEMATOSA - DA INFEÇÃO À DISSEÇÃO

Joana Castro, Sofia Amante, Diogo Bernardo Moura, Magda Sofia Ventura, Miriam Cimbron, Manuela Henriques, Humberto Costa, Paula Macedo

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada - Serviço de Medicina Interna

Mulher de 74 anos de idade, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e doença renal crónica. Internada no serviço de Medicina Interna por sépsis com ponto de partida em celulite da perna com bacteriemia a *Staphylococcus aureus* meticilino-sensível e doença renal crónica agudizada, tendo sido algaliada no serviço de Urgência. Má evolução clínica e analítica no internamento apesar de antibioterapia dirigida com flucloxacilina, com progressão para choque séptico. Excluída endocardite infecciosa e realizada tomografia computadorizada toraco-abdominopélvica para investigação de foco que evidenciou Cistite enfisematosa avançada, Pielonefrite e Nefronia lobar à esquerda. Exames culturais de sangue e urina a isolar *Klebsiella pneumoniae* ESBL negativa. Foi instituída antibioterapia inicial empírica com meropenem, posteriormente descalada para ceftriaxone de acordo com teste de sensibilidade aos antibióticos, com melhoria clínica.

Na imagem 1 observa-se, em plano sagital, bexiga com contraste intravesical com abundante quantidade de gás a nível intra-mural e perivesical que caracterizam a CE (setas vermelhas). A severidade desta patologia está representada em ambas as imagens 1 e 2, pela existência de gás dissecando as camadas musculares da parede abdominal anterior até ao nível diafragmático (setas azuis).

Os autores valorizam estas imagens atendendo a baixa prevalência da patologia apresentada e elevada mortalidade associada, assim como pela exigência de avaliação imagiológica para o respetivo diagnóstico.

IMG059

486 LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESSIVA DE LOCALIZAÇÃO CEREBELOSA

Adriana Girão, João Filipe Gomes, Mariana Lopes, Rui Pina, Armando de Carvalho, Saraiva da Cunha

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Doente do sexo feminino, de 53 anos, com diagnóstico de infecção por HIV-1 desde 2008, com abandono da terapêutica e sem seguimento desde 2013. Perante crises tónico-clónicas generalizadas, a TC-CE mostrou lesões cerebelosas hemisféricas esquerdas. Posteriormente internada para estudo etiológico no Serviço de Doenças Infecciosas.

A RM-CE evidenciou lesões cerebelosas bilaterais profundas, a mais volumosa à esquerda, de aspeto confluyente, estendendo-se ao pedúnculo cerebeloso médio deste lado, traduzidas por áreas de hipersinal nas sequências de elevado TR, com menor sinal central na esquerda, com hiposinal ligeiro em T1, sem evidência de realce após contraste, quer central quer à periferia, sem efeito de massa. CD4+ 29.0 em valor absoluto, com carga viral VIH-1 no soro 2260 cp/mL e no líquido cefalorraquidiano (LCR) 10700 cp/mL, assim como carga viral JC 11505 cp/mL no LCR. Assumiu-se quadro de leucoencefalopatia multifocal progressiva em doente com SIDA, tendo sido reiniciada terapêutica antirretroviral (emtricitabina/tenofovir e dolutegravir).

A RM-CE de controlo, após 3 semanas, mostrou aumento da dimensão das lesões cerebelosas, sobretudo as do hemisfério direito, mantendo as suas características de sinal.

Durante o internamento não ocorreram novas crises tónico-clónicas, mas verificou-se marcada perda da capacidade de marcha, com marcha de base alargada e teste de Romberg positivo. Transferida para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) após 36 dias de internamento.

Salienta-se neste caso clínico a apresentação inicial rara de convulsões tónico-clónicas, presente em apenas 13% dos doentes, bem como a localização atípica das lesões cerebrais.

IMG064

534 GASTRITE ENFISEMATOSA

Francisca Pinto Beires, Francisco Simões de Carvalho, Lígia Freire, Filipa Guimarães, Ana Oliveira Pinho, Manuela Mendes

ULSM - Hospital Pedro Hispano

Descreve-se o caso de mulher, 89 anos, mRankin 5, com antecedentes de ressecção do reto médio por neoplasia, hipertensão, e doença cerebrovascular, que se apresentou no Serviço de Urgência com vômitos aquosos e dor abdominal com um dia de evolução. Descrição de trânsito intestinal mantido, sem alterações das características das fezes, sem queixas urinárias ou respiratórias.

Ao exame objectivo de destacar hipotensão e febre, abdómen distendido, com ruídos hidro-aéreos diminuídos, globalmente doloroso e defesa. Analiticamente com mioglobina e função renal agravada e sedimento urinário com leuconitritúria.

Evidenciada, portanto disfunção multiorgânica com compromisso cardiovascular, renal, hepático, respiratório e neurológico, tendo sido proposta como principal hipótese diagnóstica - choque séptico com provável ponto de partida urinário e iniciado empiricamente amoxicilina e ácido clavulânico e medidas de ressuscitação volémica. Realizou tomografia computadorizada abdominal, que evidenciou gastrite enfisematosa (setas amarelas) com possível colite isquémica e aeroportia (setas azuis).

Decidido em conjunto com a Cirurgia Geral que a doente não era candidata a procedimentos invasivos.

Tentada escalada da terapêutica médica com instituição de antibióterapia de largo espectro, mas a doente manteve agravamento clínico, culminando em desfecho fatal ao 11º dia de internamento.

A gastrite enfisematosa é uma entidade rara, que traduz a infeção por bactérias produtoras de gás e que deve ser distinguida do enfisema gástrico que apresenta um curso benigno. É uma doença que evolui inexoravelmente para um desfecho fatal (>70%) se não tratada, o que torna indispensável o diagnóstico e abordagem precoces. O tratamento cirúrgico é indicado quando há falência da terapêutica médica ou apresentações mais severas como no caso descrito. No entanto, ainda que haja indicação cirúrgica, o seu benefício deverá ser ponderado, evitando-se deste modo obstinação terapêutica.

IMG067

541 UM DIAGNÓSTICO A FRESCO

Helena Greenfield, Carolina Paiva, Ana Luísa Marçal, Joana Laranjinha, Frederico Duarte, Sofia Moreira-Silva

ULSM - Hospital Pedro Hispano

Descreve-se o caso de um homem de 51 anos com hábitos toxifílicos ativos, admitido por prostração, cefaleias e febre com 2 meses de evolução. Ao exame físico destaca-se temperatura auricular de 39.5°C, emagrecimento, depressão do estado de consciência (escala de coma de Glasgow - O3V4M5) e rigidez da nuca. O estudo complementar realizado mostrou anticorpo VIH1/2 positivo com imunodepressão grave associada (63 linfócitos T CD4+/mL). A tomografia computadorizada cerebral excluiu lesões agudas, pelo que se efetuou punção lombar com pressão de abertura 29cmH2O, consumo de glicose e proteinorráquia. O exame a fresco permitiu visualizar fungos leveduriformes e apresentação em halo na coloração com tinta da china [figura]; o antigénio criptocócico sérico foi positivo. Diagnosticada assim criptococose disseminada e iniciada terapêutica com anfotericina B e flucitosina durante 4 semanas, seguidas de terapêutica de consolidação com fluconazol. Orientado para consulta onde iniciou terapêutica anti-retrovírica. Após três meses, com supressão vírica, recuperação da imunidade celular e negatificação do antigénio criptocócico.

Descreve-se um diagnóstico raro na prática clínica atual, devido à implementação de medidas alargadas de rastreio e tratamento da infeção por VIH. A criptococose em doentes com VIH está habitualmente associada a imunossupressão grave (tipicamente linfócitos T CD4<100/mL), sendo a disseminação hematogénea comum e o envolvimento do sistema nervoso central (SNC) a apresentação mais frequente (80%), sendo obrigatório a realização de punção lombar em todos os casos de suspeita desta etiologia. O caso descrito traduz uma rápida cadeia de diagnóstico e implementação farmacológica em equipa multidisciplinar, ideal para o sucesso terapêutico e follow-up destes doentes. Apresentamos esta imagem para relembrar a possibilidade de efetuar um diagnóstico imediato através de uma técnica acessível e por vezes esquecida, nomeadamente a coloração com tinta-da-china.

IMG068**542 EMPIEMA NECESSITANS - UMA COMPLICAÇÃO RARA DE EMPIEMA**

Carolina Paiva, Denise Magalhães, Helena Greenfield, Isabel Vilas-Boas, Catarina Tavares, Joana Cancela

ULS Matosinhos - Hospital Pedro Hispano

Apresenta-se o caso de um homem de 47 anos fumador pesado 60UMAs, sem outros antecedentes de relevo, que se apresentou com quadro constitucional com anorexia e perda ponderal, e dor torácica pleurítica esquerda com tumefacção cutânea associada com 6 meses de evolução. Ao exame objectivo emagrecido, auscultação pulmonar com murmúrio vesicular diminuído nos campos pulmonares esquerdos e dor à palpação do hemitorax esquerdo a nível da 5ª costela e linha axilar anterior, coincidente com tumefacção sugestiva de enfisema subcutâneo. Analiticamente com parâmetros inflamatórios elevados (PCR 109mg/L, VS 102mm/1ªh, leucocitose 18.530/L com neutrofilia 85.60%); radiografia do tórax com hipotransparência do hemitorax esquerdo (Fig.1); tomografia computadorizada do tórax com empiema necessitans à esquerda com componente subcutâneo localizado na parede toraco-abdominal, com cerca de 44 mm de diâmetro ântero-posterior e 18 mm de espessura, bem como 70 mm de diâmetro crânio-caudal. (Fig. 2 e 3). Efectuada biopsia diagnóstica de empiema, sem isolamento de agente.

O empiema necessitans é uma complicação de empiema que ocorre quando este se estende através da pleura parietal para os tecidos circundantes.

Esta imagem torna-se pertinente por relembrar uma entidade cada vez mais rara nos dias de hoje devido à maior disponibilidade de antibióticos e técnicas de drenagem.

IMG069**549 COMPLEXO DE RANKE – UM ACHADO IMAGIOLÓGICO RARO NA PRÁTICA CLÍNICA**

Denise Magalhães (1), Marta Pina (2), J. Vasco Barreto (3)

(1) Oncologia Médica - Hospital Pedro Hispano, (2) Oncologia Médica - IPO Porto, (3) Medicina Interna - Hospital Pedro Hispano

Apresentamos o caso de uma senhora de 81 anos, que se apresentou no Serviço de Urgência com pielonefrite aguda. No decorrer da investigação inicial, deparámo-nos com uma imagem compatível com complexo de Ranke em radiografia do tórax (alteração já presente em 2012). Os familiares e a doente desconheciam antecedentes de infeção ou

contato prévio com *Mycobacterium tuberculosis*.

A tuberculose pulmonar é a forma mais comum de apresentação de infeção pelo *Mycobacterium tuberculosis*, ocorrendo geralmente sob a forma de uma lesão granulomatosa cavitada. O complexo de Ghon corresponde à calcificação da lesão granulomatosa; quando a este temos associada uma adenopatia hilar, também ela calcificada, estamos perante um complexo de Ranke. Apesar de ser um marcador de infeção passada que se encontra bem descrito na literatura, não é habitualmente visto na prática clínica, o que valoriza esta imagem.

Legenda - Complexo de Ranke. (Azul) complexo de Ghon, (Vermelho) adenopatia calcificada

IMG083**601 COLITE PSEUDOMEMBRANOSA: INFECÇÃO POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE**

Ana Sá, Paulo Medeiros, Vanessa Palha, Narciso Oliveira, Teresa Pimentel

Serviço de Medicina Interna, Hospital de Braga

A infecção por *Clostridium difficile* caracteriza-se pela presença de diarreia e dor abdominal e pela confirmação da presença de toxina de *Clostridium* nas fezes, ou achados histopatológicos em colonoscopia compatíveis com colite pseudomembranosa. Na maioria das vezes, ocorre em doentes previamente expostos a antibióterapia, que provoca desequilíbrios no microbioma intestinal. Quando associado a febre e leucocitose tem pior prognóstico. No tratamento de primeira linha são recomendadas vancomicina ou fidaxomicina. Em cerca de 25% dos casos existe o risco de recorrência, podendo também desenvolver-se colite fulminante, frequentemente fatal.

Apresentamos o caso de uma mulher de 74 anos, com Doença de Madelung, internada no serviço de Medicina Interna por lesão renal aguda e acidose metabólica associada a metformina com necessidade de hemodiálise. Esteve previamente internada noutro hospital, onde realizou antibióterapia com ceftriaxone para uma ITU por *Klebsiella pneumoniae*. Tinha como antecedentes pessoais hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, hiperuricemia, doença renal crónica, fibrilação auricular, insuficiência cardíaca e SAOS, com necessidade de ventilação não-invasiva nocturna no domicílio. Estava acamada há vários anos, por polineuropatia periférica, multifactorial. Durante o internamento, apresentou um agravamento progressivo da função renal por manutenção de múltiplas dejeções líquidas diárias, pelo que foi pesquisada a toxina para *Clostridium difficile* nas fezes, que foi positiva. Realizou ainda colonoscopia, que revelou pseudo-membranas ao longo de todo o cólon esquerdo, com predomínio no recto, achados típicos de

colite pseudomembranosa – visíveis nas imagens. O diagnóstico de colite pseudomembranosa foi confirmado histologicamente. Realizado tratamento com vancomicina oral 125mg de 6/6h durante 10 dias, com melhoria clínica progressiva. Posteriormente, a doente teve recidiva, falecendo por colite fulminante.

IMG097

719 DOENÇA MÃO-PÉ-BOCA NO ADULTO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Maria João Tavares, David Paiva, Gabriela Pereira, Jorge Cotter

Hospital Senhora da Oliveira

Mulher de 36 anos de idade, caucasiana, recorreu ao SU por surgimento de lesões eritematosas não pruriginosas de localização perioral e nas extremidades dos membros superiores e inferiores, com 2 dias de evolução. Referiu que previamente a este quadro apresentou rinorreia e febrícula. Sem outras queixas. Sem rigidez da nuca. Sem náuseas ou vômitos. Sem antecedentes pessoais de relevo à exceção de antecedentes obstétricos – 1G1P (filha com 3 anos de idade com quadro clínico semelhante).

Feito diagnóstico de doença mão-pé-boca no adulto.

IMG101

736 OSTEOARTROSE, INFEÇÃO RESPIRATÓRIA E DIABETES MELLITUS: UMA TRÍADE IMPROVÁVEL PARA O DESENVOLVIMENTO DE ARTRITE SÉPTICA POR GORDONIA SPUTI.

Jorge Rodrigues, Rosa Cardoso, Margarida Monteiro, Manuela Vasconcelos, Carlos Capela

Serviço de Medicina Interna, Hospital de Braga

Doente de 64 anos, parcialmente dependente, com antecedentes de traumatismo cranioencefálico grave após acidente aos 30 anos, com sequelas cognitivas, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, doença pulmonar obstrutiva crónica e osteoartrose da anca esquerda é internado por síndrome hiperosmolar hiperglicémica em contexto de intercorrência infecciosa respiratória, a condicionar lesão renal aguda de provável etiologia pré-renal. Durante o internamento o doente desenvolveu queixas de dor na mobilização ativa e passiva da articulação coxo-femoral esquerda, associado a edema, calor e rubor. Por suspeita de envolvimento articular, realizada tomografia computadorizada dos membros inferiores, que revelou destruição da cabeça femoral esquerda, com luxação e supradesnívelamento dos restantes

segmentos ósseos, associado a volumoso derrame articular heterogêneo e com captação de contraste, aspetos que sugeriam artrite séptica. Neste contexto definiam-se ainda múltiplas coleções abscedadas, com bolhas de ar e captantes de contraste, comunicantes entre si, localizadas ao longo da vertente interna da coxa esquerda em praticamente toda a sua extensão longitudinal, tendo sido realizada drenagem ecoguiada e enviado amostra para estudo microbiológico. O doente iniciou terapêutica empírica com vancomicina, com diminuição sustentada dos marcadores de inflamação e infeção, sendo transferido para o serviço de Ortopedia. No estudo microbiológico, isolado posteriormente *Gordonia sputi*, confirmado por rastreio de DNA/RNA bacteriano da mesma amostra. O género *Gordonia* é composto por bactérias corineformes isoladas de secreções respiratórias de doentes com patologia pulmonar. Provocam um amplo espectro de doenças, como infeções cutâneas, infeções respiratórias, osteíte e artrite em doentes imunocompetentes. O diagnóstico microbiológico é difícil, sendo a identificação do género e da espécie bacteriana obtida por métodos de sequenciação de RNA ribossómico.

IMG115

821 SEM DEFESAS PARA O HERPES ZOSTER

Rui Seixas, Armindo Ribeiro, José Sousa e Costa

Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, Serviço de Medicina Interna, Santiago do Cacém, Portugal

Homem, 88 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, medicada e controlada, e com pancitopenia por síndrome mielodisplásica diagnosticada recentemente. Avaliado no Serviço de Urgência (SU) por quadro de edema da região frontal facial com envolvimento periorbital esquerdo e múltiplas vesículas purulentas com uma semana de evolução. Colocada a hipótese diagnóstica de infeção vírica por Herpes Zoster, teve alta medicado com valaciclovir 3 gramas por dia e deflazacorte 30 mg por dia. Regressou ao SU 2 dias depois por aumento marcado das lesões, já com atingimento do hemicrânio esquerdo e diminuição acentuada da acuidade visual do olho ipsilateral, apresentando drenagem purulenta oftalmológica sem quadro alérgico associado. Mantendo a hipótese diagnóstica inicial, de apresentação atípica com atingimento ocular em doente imunocomprometido, permaneceu internado sob terapêutica antivírica com aciclovir 600 mg 8/8h e cloranfenicol tópico. À avaliação pela Oftalmologia revelou edema exuberante com quemose associada e provável atingimento da córnea do olho afetado, tendo-se acrescentado terapêutica com ganciclovir tópico. Observou-se resolução progressiva das lesões cutâneas, contudo sem reversão da perda de visão do olho esquerdo. À data de alta, doente recusou encaminhamento

para consulta dirigida à mielodisplasia, tendo sido encaminhado para consulta de Oftalmologia e Medicina Interna.

IMG137

1022 EXEMPLO ICONOGRÁFICO DO TRATAMENTO DA EQUINOCOCOSE

António Grilo Novais, Sara Macedo, Tânia Batista, Joana Capelo, António Correia

Centro Hospitalar Tondela-Viseu

A equinococose é uma doença habitualmente assintomática, que resulta da infeção pela forma larval de *Echinococcus*, adquirida pela ingestão de alimentos contaminados com ovos deste parasita. Portugal é um país endémico para a infeção humana.

Atualmente um dos critérios de diagnóstico é através da observação do quisto hidático através de ecografia, sendo fulcral uma boa descrição ecográfica e classificação de acordo com os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS). Só com uma classificação por estadio é possível uma correta orientação terapêutica do doente (médica e/ou cirúrgica).

Apresentamos exemplo iconográfico de casos de quistos hidáticos do nosso centro hospitalar, classificados de acordo com a escala da OMS.

Siglas: ABZ - albendazol, PAIR - punção, aspiração, injeção e reaspiração; PT - tratamento percutâneo

IMG149

1089 COMPLICAÇÃO DE UMA CISTITE: UMA ENTIDADE RARA

Inês Cunha, Joana Andrade, Nuno Ribeiro, Vera Romão, António Correia

Centro Hospitalar Tondela Viseu

Mulher de 94 anos com antecedentes de colecistectomia e obstipação crónica recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal generalizada desde há 1 semana, sem outras queixas associadas. Ao exame objetivo encontrava-se apirética, com abdómen globoso, mole, depressível, difusamente timpanizado, doloroso, sem defesa, com ruídos hidroaéreos diminuídos e punho-percussão dos ângulos costovertebrais negativa. Analiticamente: leucócitos 13G/L, neutrofilia(88%), função renal normal e PCR 4.08mg/dL. A radiografia abdominal revelou distensão cólica. Na ecografia observou-se distensão exuberante da bexiga com ar na parede em toda a extensão sugestiva de cistite enfisematosa(CE). A TC pélvica confirmou o diagnóstico. Foi algaliada com saída de 1000cc de urina hemática. Iniciou piperacilina/tazobactam

e meropenem. A posteriori a sumária de urina tipo 2 revelou 112 leucócitos/μL e 133 eritrócitos/μL e a urocultura *Klebsiella pneumoniae* e *Escherichia coli*. Foi descalada antibioterapia em função do TSA para cefuroxime, com melhoria clínica. 10 dias depois, nova TC revelou resolução da CE. A CE é uma complicação extremamente rara de infeções do trato urinário(ITU) inferiores, que consiste na presença de gás na parede e lúmen da bexiga, originado por bactérias produtoras de gás. É mais comum em mulheres na 6ª e 7ª décadas de vida. Os principais fatores de risco são: diabetes mellitus(DM), ITUs de repetição, bexiga neurogénica, obstruções da bexiga e imunossupressão. Pode manifestar-se com dor abdominal, febre, disúria, hematúria, polaquiúria e pneumatúria. A distinção entre ITU vulgar e CE é apenas possível através de exames de imagens. A TC é o método de eleição. Recomenda-se antibioterapia de largo espectro, drenagem vesical e controlo rigoroso das glicémias na DM. A taxa de mortalidade é de 7,4%, associada a complicações como pielonefrite enfisematosa, rutura da bexiga e choque séptico. O diagnóstico e tratamento atempados são cruciais para uma evolução favorável como a relatada.

IMG151

1115 UMA CAUSA RARA DE PERITONITE NUM DOENTE CIRRÓTICO: GOSSIPIBOMA

Tânia Ferreira, Sara Martins, Ana Oliveira, Catarina Mendonça, João Correia

Centro Hospitalar do Porto

A peritonite secundária é uma das emergências cirúrgicas mais frequentes. Apesar dos avanços nas terapêuticas de suporte intensivo, das terapêuticas anti-microbianas e das técnicas cirúrgicas, apresenta uma elevada mortalidade (20%). É necessário um elevado índice de suspeição clínica para chegar a um diagnóstico atempado. O gossipiboma é uma causa etiológica rara, podendo ser muitas vezes assintomática mas igualmente com elevada mortalidade (11-35%).

Os autores descrevem o caso de um homem 77 anos, com neoplasia do bacinete esquerdo estadio I e cirrose alcoólica provável, com ascite sob terapêutica diurética.

Internado para realização de nefrectomia radical laparoscópica, com descompensação edemato-ascítica no pos-operatório, com ascite de grande volume em drenagem livre pelos drenos cirúrgicos. Evolução clínica com dor abdominal, sem febre mas com aumento da proteína-C-reativa. Estudo complementar com a análise citológica do líquido peritoneal com 16177 leucócitos/uL com 14108 neutrófilos/uL, a favor de peritonite secundária e TC abdominal a documentar coleção fluída com

parede fina captante, com gás e material linear de densidade metálica no seu interior, traduzindo um gossipiboma/ textiloma com abscesso intra-abdominal, com diâmetro longitudinal superior a 200 mm.

Neste contexto, foi submetido a nova re-intervenção cirúrgica para controlo do foco infeccioso, com boa evolução clínica.

Ainda que seja uma causa rara de peritonite secundária, o gossipiboma é uma entidade clínica com implicações importantes. O avanço tecnológico com marcadores radiopacos no material cirúrgico contribui para o diagnóstico mais facilitado, sendo este material realçado em TC, mas a sua suspeição clínica é fundamental.

Assim, o seu diagnóstico precoce é essencial dado que pode estar associado a situações de elevada mortalidade como abscessos intra-abdominais, perfuração de víscera ou sepsis, ou a situações de elevada morbilidade como dor crónica.

IMG157

1161 NEM TUDO O QUE BRILHA É OURO

André Goulart (1), Gonçalo Cruz (2), Ma Conceição Ventura (2), Eduardo Rabadão (2), Saraiva da Cunha (2)

1- S. Medicina Interna, Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira; 2- S. Doenças Infecciosas, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Apresenta-se caso de doente do sexo masculino, 81 anos de idade, previamente autónomo, diabético não-insulinotratado, com múltiplos internamentos recentes por infeção respiratória baixa, o último por aspergilose pulmonar.

Trazido ao serviço de urgência por alteração do estado de consciência com 1 semana de evolução, e associadamente referência quadro de perda ponderal não quantificada, astenia e anorexia não selectiva com 6 meses de evolução e agravamento progressivo, sem outra sintomatologia de relevo associada. A observação sem alterações de relevo, nomeadamente exame neurológico sem défices focais ou outras alterações.

Do estudo complementar diagnóstico, a referir: TC-CE com 'duas lesões milimétricas com realce em anel e edema perilesional'; Radiografia de tórax com infiltrado de padrão miliar difuso; estudo citoquímico e microbiológico de LCR sem alterações; IGRA positivo; TC do tórax com 'múltiplas formações nodulares milimétricas, com distribuição miliar'. Realizou ainda RMN-CE que revelou 'múltiplas lesões intraparenquimatosas infracentimétricas em ambos os hemisférios cerebrais, essencialmente subcorticais, mas também nos tálamos, mesencéfalo, protuberância, hemisférios cerebelosos, pedúnculo cerebral direito

e bolbo medular'.

Confirmada tuberculose miliar, iniciou terapêutica antibacilar que cumpriu durante 12 meses, com evolução clínica favorável.

A meningite tuberculosa é a forma mais grave de tuberculose extra-pulmonar, com baixa incidência mas elevada morbi-mortalidade, pelo frequente atraso diagnóstico, desafiante pela inespecificidade da clínica à apresentação.

IMG160

1180 ESPONDILODISCITE TUBERCULOSA

Maria Inês Ribeiro, Maria Margarida Cunha, Melanie Ferreira

Hospital Garcia de Orta

A espondilodiscite é uma infeção rara da coluna vertebral. Pode ser de causa piogénica, sendo o agente etiológico mais frequente o *Staphylococcus aureus*, ou granulomatosa, sobretudo pelo *Mycobacterium tuberculosis* (MT). É uma causa rara de lombalgia, sendo a localização mais frequente a coluna lombar. O diagnóstico é difícil, e o seu atraso pode acometer lesões irreversíveis.

Mulher de 47 anos, previamente saudável, com dor lombar e irradiação para o membro inferior direito, com 3 meses de evolução e limitação funcional dos membros inferiores progressivamente maior. Foi realizada uma tomografia computadorizada lombar que evidenciou uma lesão expansiva peri raquidiana envolvendo a coluna lombar com efeito de massa. Para melhor caracterização realizou-se ressonância magnética da coluna que revelou um volumoso tuberculoma do músculo psoas major direito, tuberculomas menores no músculo psoas major esquerdo e invasão multifocal dos corpos vertebrais, com compressão circunferencial do canal raquidiano ao nível de L5. Foi realizada biópsia peri raquidiana, com pesquisa de MT positiva e granulomatose necrotizante com células gigantes do tipo Langerhans, consistente com etiologia tuberculosa. Perante o diagnóstico de espondilodiscite tuberculosa, iniciou terapêutica antituberculosa quádrupla. Não foi documentada causa de imunossupressão. Atualmente encontra-se com 6 meses de tratamento, a aguardar decisão para eventual drenagem cirúrgica.

Este caso demonstra que apesar de a espondilodiscite ser uma doença rara, é fundamental considerá-la perante um doente com lombalgia ou dorsalgia. O MT não deve ser esquecido como possível agente causador, sobretudo em locais de elevada incidência. É, portanto, um diagnóstico baseado no elevado nível de suspeição e em que o atraso no diagnóstico e terapêutica adequada levam ao aumento da morbi-mortalidade.

Salienta-se ainda este caso pelas imagens que demonstram uma lesão extensa de um agente raro numa população imunocompetente.

IMG188

1338 FASCEÍTE NECROTIZANTE E A UTILIDADE DA IMAGIOLOGIA CONVENCIONAL

Sandra Santos, Ana Guiomar, Rita Reigota, João Rua, Armando Carvalho

Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Clínica Universitária de Medicina Interna, FMUC

Mulher de 84 anos, parcialmente dependente, com antecedentes pessoais de diabetes mellitus e perturbação maniaco-depressiva, levada ao serviço de urgência por exantema na face interna da coxa direita e hipotensão arterial. À admissão, quadro de sépsis com foco em úlcera de pressão de grau IV ao nível da região isquiática direita, com cerca de 4 cm, cheiro fétido e tecido necrosado; aparente colecção com extensão para a face posterior da coxa, com sinais inflamatórios marcados dos tecidos circundantes; enfisema subcutâneo de toda a face antero-medial da coxa direita, cuja radiografia (imagem 1 e 2) mostrou numerosos focos gasosos, permitindo o diagnóstico de fascíte necrotizante. Trata-se duma infecção bacteriana rara e grave, destrutiva e rapidamente progressiva do tecido subcutâneo e fáscia superficial, associada a altos índices de morbimortalidade se não for tratada precocemente. O estado clínico da doente não permitiu cirurgia de desbridamento alargado, pelo que, apenas foi iniciada antibioterapia de largo espectro, que não impediu a evolução para um choque séptico e morte da doente.

IMG198

1476 CAVITAÇÕES PULMONARES - SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS

Ana Teresa Costa, Susana Conceição, António Trigo, Rita Prayce, Filipa Quaresma, Liliana Dias

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

As lesões pulmonares cavitadas são manifestações de uma grande variedade de processos patológicos que envolvem o pulmão. As características e localização das cavitações são importantes para o diagnóstico diferencial destas lesões, que inclui etiologias diversas, nomeadamente infecciosa (aguda ou crónica), maligna e auto-imune.

Apresentam-se 2 casos de lesões pulmonares cavitadas cujos aspectos imagiológicos, apesar de semelhantes, são resultantes de patologias

díspares, enfatizando a importância do diagnóstico diferencial para a nossa prática clínica.

Em ambos os casos as doentes tinham dispneia com hipoxémia, febre, e hipotransparências nodulares difusas na radiografia de tórax (imagem 1Ae 1B) que se traduziram em lesões cavitadas na TC de tórax (imagem 2A e 2B).

O primeiro caso diz respeito a uma mulher de 65 anos, diabética tipo 2, insulinotratada e com mau controlo metabólico, cujas lesões cavitadas foram de etiologia infecciosa. A doente apresentou-se com uma lesão necrótica do pé direito, com um mês de evolução, e fleimão associado, que resultou em bacteriémia a *Klebsiella pneumoniae* com embolização séptica pulmonar e formação de múltiplas cavitações periféricas. No segundo caso a etiologia foi neoplásica, numa doente com carcinoma invasivo da vulva com disseminação ganglionar, pulmonar e pleural, sem isolamento de qualquer agente infeccioso.

No que diz respeito aos processos patológicos implicados, no primeiro caso as lesões cavitadas são formadas pela embolização de pequenos trombos sépticos que se disseminam a partir de um foco infeccioso extra-pulmonar, pelo sistema venoso, até se alojarem a nível pulmonar. No segundo caso a cavitação forma-se pela descamação interna de células tumorais e subsequente liquefação interna.

Assim, apesar das características imagiológicas semelhantes, a investigação diagnóstica foi fundamental para identificação e correcta abordagem destes dois casos.

IMG201

1484 TUBERCULOSE OSTEOARTICULAR GRAVE EM JOVEM IMUNOCOMPETENTE

Ana Gorgulho, Paula Gonçalves Costa, Alexandra Caeiro, Orlando Cardoso, Maria José Manata, Fernando Maltez

Serviço de Doenças Infecciosas - Hospital Curry Cabral

A tuberculose (TB) osteoarticular é responsável por 10 a 15% dos casos de TB extrapulmonar em doentes imunocompetentes. O mal de Pott é a designação para a osteomielite tuberculosa de localização vertebral, embora, a mesma possa, virtualmente, atingir qualquer osso. A osteomielite tuberculosa pode ser o resultado de disseminação linfo-hematogénea no contexto de TB primária ou de reactivação posterior de um foco de TB primária. Descrevemos um caso de tuberculose disseminada com importante componente extrapulmonar.

Jovem de 26 anos com diagnóstico de tuberculose pulmonar cavitada que inicia queixas de dor de costas e parestesias dos membros inferiores. Imagens de Ressonância Magnética torácica que mostram:

Extenso mal de Pott, com espondilodiscite com epicentro em D4-D5 e grande destruição de D5, miosite dos músculos paravertebrais e volumosa lesão de partes moles, em contiguidade com o parênquima pulmonar.

Mesmo em doentes imunocompetentes há que suspeitar de formas graves de TB extrapulmonar, quando os sintomas e sinais clínicos são compatíveis. Na maioria das vezes, o diagnóstico e a terapêutica eficaz requerem uma abordagem multidisciplinar.

IMG202

1488 CISTICERCOSE – UMA IMAGEM RARA NO MUNDO OCIDENTAL

Carolina Fabião Sequeira, Marta Custódio, Madalena Sousa Silva, Tânia Strecht, Ana Paula Antunes, Anabela Salgueiro Marques

Hospital de Cascais - Dr. José de Almeida; Serviço de Medicina Interna

A cisticercose é uma parasitose causada por cistos de larvas (cisticercos) da *Taenia solium*. Ainda endêmica nalgumas regiões do mundo em desenvolvimento, é hoje uma doença residual na Europa, graças à melhoria das condições de saneamento e vigilância veterinária, sendo cada vez mais raro encontrarmos esta imagem.

Apresentamos o caso de um doente do sexo masculino com 79 anos, natural de Viseu, com história pregressa de consumo de carne suína mal cozinhada, cujas radiografias do membro inferior esquerdo, pedidas por queixas álgicas de longa data, revelaram lesões dispersas calcificadas em forma de charuto, sugestivas de cisticercose músculo-cutânea. A avaliação física e analítica foi inocente e a tomografia computadorizada crânio-encefálica excluiu envolvimento central.

O Homem torna-se portador da ténia (teníase intestinal) ao consumir carne suína mal cozinhada contendo cisticercos. Estes evoluem para formas adultas no intestino e produzem ovos que são excretados nas fezes, perpetuando o seu ciclo de vida através de transmissão fecal-oral.

Após ingestão de produtos contaminados com ovos do parasita, estes invadem a parede intestinal e sofrem disseminação hematogénea em forma de embriões, pelo sistema hepato-portal, podendo afectar virtualmente qualquer tecido do hospedeiro.

Em termos clínicos distingue-se entre neurocisticercose e cisticercose extraneural, com atingimento mais comum do fígado, coração, tecido muscular e subcutâneo.

A neurocisticercose é a principal causa de epilepsia no mundo em desenvolvimento. O envolvimento dos tecidos moles cursa frequentemente com calcificação dos cisticercos que é geralmente

assintomático, mas também pode causar tumefacções, fazendo diagnóstico diferencial com condições inflamatórias, infecciosas e mesmo tumorais. O diagnóstico é sobretudo imagiológico, já que os testes serológicos possuem baixa sensibilidade. O tratamento depende das manifestações clínicas, localização, número e estadiamento maturativo do parasita.

IMG216

1588 AS APARÊNCIAS ILUDEM...

João Carvalho, Cristina Lameirão Gomes, Vanessa Pires

Hospital de São Pedro, Vila Real - CHTMAD

Sexo feminino, 62 anos, antecedentes de HTA e dislipidemia. Recorreu ao serviço de urgência por clínica com 3 meses de evolução de dor abdominal, dejeções diarreicas, tremores e agravamento global do estado geral (anorexia e perda ponderal). Análises com anemia normocítica/normocrômica, lise hepatocelular com colestase e elevação dos parâmetros inflamatórios. TC abdominal: lesões hepáticas focais em contexto secundário (sinais de metastização hepática difusa de tumor primário oculto – fig.1). Evolução clínica inicial desfavorável com disfunção multiorgânica: respiratória (VNI), cardiovascular (hipotensão e taquicardia) e neurológica (prostração). Iniciou antibioterapia de largo espectro com piperacilina/tazobactam por suspeita de lesões neoplásicas abcedadas vs abscessos hepáticos. Realizou biópsia hepática dirigida com aspiração de conteúdo purulento. Exame microbiológico do pus e hemoculturas com isolamento de *Klebsiella pneumoniae* multissensível, pelo que foi alterada antibioterapia para ceftriaxone e metronidazol, que cumpriu durante 6 semanas. Foram ainda identificadas outras lesões abcedadas – cutânea e esplénica (fig.2). A investigação complementar excluiu a existência de lesão neoplásica primária (endoscopia digestiva alta/baixa, ecografia mamária e mamografia, TC toraco-abdomino-pélvico). A doente apresentou boa evolução clínica e imagiológica (fig.3).

Conclusão: Os autores pretendem alertar para uma patologia pouco frequente, mas com incidência crescente nos últimos anos, pelo que deve ser tida em conta no diagnóstico diferencial de massas hepáticas no contexto de sépsis. Pode cursar com infeção metastática, afetando outros órgãos e sistemas. Neste caso, a TC abdominal mostra várias lesões hepáticas cujas características são inicialmente descritas como metástases, acabando por dissimular o próprio diagnóstico de abscessos hepáticos. Isto assume particular relevância, dado que este é o exame de imagem de eleição perante a suspeita clínica desta patologia.

IMG227**1660 UMA OTITE FATAL NO CENTRO DA SÉPSIS**

Francelino Ferreira, Ruben Reis, Magda Silva, Ana Paula Pona, Fátima Campante

Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Imagem da TAC dos ouvidos que mostra marcas alterações erosivo-destrutivas do conduto auditivo externo esquerdo completamente preenchido por componente tecidual de partes moles, com extensão até à membrana timpânica. Trata-se de uma otite externa maligna numa doente de 57 anos com obesidade mórbida, doença metabólica e cardiovascular extensa, que recorreu ao SU por otorreia purulenta do ouvido esquerdo e febre. Ficou internada para realizar terapêutica antibiótica endovenosa. A doente evoluiu para choque séptico com ponto de partida na otite esquerda e veio a falecer neste contexto. A otite externa maligna é uma infeção grave causada geralmente por pseudomonas e tem uma elevada taxa de mortalidade. Ocorre principalmente em doentes imunocomprometidos e diabéticos.

IMG234**1719 TUBERCULOSE MILIAR DISSEMINADA**

Marta Braga Martins, Luís Monteiro Dias, Rosa Macedo Carvalho, Céu Rodrigues, Vânia Gomes, Carlos Capela

Hospital de Braga

Um homem de 75 anos foi admitido no Serviço de Urgência para avaliação de quadro de infeções do trato urinário de repetição nos últimos 2 meses, apresentando-se sintomático, mesmo após 4 ciclos diferentes de antibioterapia. Referia disúria e dor supra-púbica durante a micção, sem irradiação, anorexia, febre (aproximadamente 38°C) que cedia ao paracetamol e ainda perda ponderal no último mês superior a 10% do seu peso corporal (cerca de 9kg). Negava hematúria, poliaquiúria, vômitos, tosse, expetoração ou hipersudorese noturna. A tomografia axial computadorizada (TAC) abdominopélvica demonstrou uma dilatação pielocalicial direita que poderia justificar a recorrência dos episódios infecciosos. Ficou internado na Urologia. Ao 3º dia de internamento, pedido apoio à Medicina por degradação acentuada do estado geral e recrudescência de febre. A radiografia torácica mostrou hipotransparências difusas sugerindo micronódulos bilaterais (IMAGEM A). A TAC torácica (IMAGEM B) revelou um padrão micronodular e múltiplas adenomegalias mediastínicas com um trombo na artéria pulmonar direita (IMAGEM C, SETA). Pelo elevado grau de suspeição clínica de tuberculose (TB) disseminada, submetido ainda

a punção lombar e pesquisa de BK na urina, com confirmação de infeção por *Micobacterium tuberculosis* com envolvimento pulmonar, genitourinário, ganglionar e do sistema nervoso central. Iniciada terapêutica antituberculosa. Com boa evolução clínica no internamento. Teve alta orientado para a consulta externa de Medicina Interna. A TAC torácica de controlo realizada em ambulatório 7 meses depois do tratamento, já assintomático, demonstra uma regressão completa do padrão micronodular (IMAGEM D). Ao longo dos últimos anos, os casos de TB extrapulmonar têm aumentado, sendo que 30-40% destes correspondem a TB urinária. No entanto, a TB com atingimento do sistema nervoso central é uma entidade rara, acometendo apenas 1% de todos os casos de tuberculose.

IMG236**1726 ASPERGILOMA PULMONAR**

Pedro Araújo Rodrigues, Isabel Freitas, Diana Silva Fernandes, Helena Martins, Celeste Guedes, Augusto Duarte

Centro Hospital Médio Ave - Unidade de Famalicão

O *Aspergillus fumigatus* é o agente etiológico em mais de 90% dos aspergilomas. Os esporos fúngicos embora com baixa virulência, podem formar aspergilomas pulmonares, principalmente nos hospedeiros imunocompetentes.

Apresenta-se o caso de um homem de 45 anos, autónomo e cognitivamente íntegro, com antecedentes patológicos de tuberculose pulmonar há 10 anos, síndrome ventilatório misto moderadamente grave associado ao tabagismo, hábitos alcoólicos leves e foi admitido por astenia, anorexia, vômitos e perda ponderal, pesando 36 Kg. Realizou uma radiografia torácica seguida de TC de tórax que se visualizava cavidade alongada com líquido e bolhas gasosas, que se estende desde o segmento posterior do L5 até ao segmento superior do L6, sugerindo as hipóteses de abscesso pulmonar ou de cavitação com secreções. Colheu microbiológico de expetoração não tendo qualquer isolamento e posteriormente efetuou uma videobroncoscopia com recolha de LB e LBA tendo sido enviado para a microbiologia e citologia tendo-se isolado no LBA um *Aspergillus fumigatus*, assim com as precipitinas e as serologias para o *Aspergillus* foram positivas tendo iniciado itraconazol 200 mg 12/12h que manterá durante 6 meses. Como intercorrência, apresentou hemoptises de quantidade moderada, secundárias a fístulas arterio-arteriais bilaterais com necessidade de realizar arteriografia com embolização de múltiplos vasos.

A importância do caso prende-se pela sua riqueza e raridade, além disso, obteve-se imagens na TC

de tórax de uma lesão cavitada e com bola fúngica intracavitária. No entanto este caso permite relembrar e alertar que nem toda a lesão cavidade no ápice pulmonar é tuberculose e que poderá ter muitas outras etiológicas.

IMG241

1791 ASPERGILOSE PULMONAR INVASIVA AGUDA E IMUNODEPRESSÃO

Maria Beatriz Santos, Magda Garça, Pedro Cota, Paulo Ávila, Rita Vitorino Costa, Almerindo Rego

Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira - Serviço de Medicina Interna

Doente do sexo feminino, 61 anos, diagnosticada com Linfoma não Hodgkin, submetida a transplante autólogo de medula óssea, complicado de choque séptico a *Klebsiella pneumoniae*. Na reavaliação analítica objetivada pancitopenia, na altura sob corticoterapia (prednisolona 60 mg/dia) e a telerradiografia torácica mostrava cavitação de novo no lobo superior do pulmão esquerdo. A TC torácica identificou três lesões cavitadas com parede espessada e conteúdo heterogéneo, uma no lobo superior direito e duas no lobo superior contralateral sugestivas de infeção fúngica. Assumiu-se possível aspergilose pulmonar invasiva aguda em doente imunodeprimida. A broncofibroscopia revelou sinais sugestivos de infeção fúngica no palato e mucosa oral e a pesquisa do antígeno galactomannan no soro e lavado broncoalveolar foi positiva. A estratégia terapêutica adotada foi voriconazol endovenoso nos primeiros 6 dias, passando a oral ao sétimo dia. Dada a boa evolução clínica, teve alta mantendo esta terapêutica.

A aspergilose pulmonar invasiva é uma entidade rara, com mortalidade elevada e cursa habitualmente com mau prognóstico. O agente causal (*Aspergillus* spp.) é patogénico em contexto de imunossupressão, como na neutropenia grave, corticoterapia prolongada e status pós-transplante de órgão. A tríade clássica inclui febre, dor pleurítica e hemoptise, mas na sua ausência não deve ser descartada esta hipótese. A pesquisa do antígeno de galactomannan, específico deste agente e libertado na fase de crescimento da aspergilose invasiva, permite confirmar o diagnóstico. Imagiologicamente observa-se nodularidade pulmonar, com ou sem cavitação, consolidação e infiltrado peri brônquico. O sinal do halo, presente nas fases iniciais, é caracterizado por opacidade em vidro fosco circundando o nódulo, representando hemorragia perinodular. Com a progressão da doença, há retração da área necrosada e a cavitação do nódulo, ou seja, o sinal de crescente, ambos presentes no caso descrito.

IMG251

1881 SARCOMA DE KAPOSÍ – UM QUADRO CLÍNICO EXUBERANTE

Ricardo Veloso, Ana Simas, Maria Menezes, Ana Carolina Silveira, Juvenal Moraes, Mariela Rodrigues, Joana Decq Mota, Fátima Pinto, António Goulart

Hospital da Horta, EPER

Doente do sexo masculino, 25 anos, solteiro, comissário de bordo. Antecedentes pessoais de infeção VIH com diagnóstico 3 anos antes e patologia hemorroidária. Não manteve seguimento regular nem iniciou qualquer terapêutica.

Deslocou-se ao serviço de urgência por surgimento de lesões violáceas em várias áreas corporais – face, membros inferiores e pénis.

Associadamente apresentava diarreia, com cerca de 15 defeções diárias, e perda ponderal significativa. Referia ainda queixas de pirose, odinofagia, náuseas, vômitos incoercíveis e hematemese com 1 semana de evolução. Ao exame objetivo apresentava lesões leucoplásicas da orofaringe, sugestivas de candidíase oral, várias peças dentárias cariadas e lesões violáceas dispersas, dolorosas.

Colocou-se a hipótese de um sarcoma de Kaposi, tendo sido internado.

Realizou biópsia cutânea das lesões e endoscopia digestiva alta e colonoscopia, que detetaram lesões violáceas no corpo gástrico, no cólon sigmóide e no recto, tendo sido efetuadas biópsias. O estudo histológico das biópsias cutâneas foi positivo para sarcoma de Kaposi e demonstrou ainda a presença de molusco contagioso, mas não foram detetados sinais de sarcoma de Kaposi nas biópsias transendoscópicas.

Ainda no internamento, iniciou terapêutica anti-retroviral (TARV) com Emtricitabina, Tenofovir e Dolutegravir, associado a Fluconazol e profilaxia com Trimetoprim/Sulfametoxazol.

O doente teve alta, tendo sido referenciado para reavaliação em consulta de Medicina Interna.

O sarcoma de Kaposi é um tumor de células endoteliais, raro na sua forma endémica, mas relativamente comum em doentes imunocomprometidos, principalmente em doentes com infeção por VIH avançada. A sua incidência tem decrescido, principalmente com os avanços terapêuticos nesta patologia, nomeadamente a TARV.

Achamos estas imagens pertinentes, por ser uma apresentação exuberante de uma patologia com incidência decrescente, pelos avanços no

diagnóstico e tratamento que permitem preveni-la mais eficazmente.

IMG252

1897 ANEURISMA MICÓTICO – UM DIAGNÓSTICO POUCO PROVÁVEL

Ricardo Veloso, Ana Simas, Sandra Brum, Ana Carolina Silveira, Juvenal Morais, Mariela Rodrigues, Joana Decq Mota, Fátima Pinto, António Goulart

Hospital da Horta, EPER

Doente do sexo masculino, 76 anos, caucasiano. Antecedentes pessoais de doença renal terminal (sob hemodiálise), diabetes mellitus tipo 2, nefropatia urática crónica, fibrilhação auricular, doença coronária (submetido a angioplastia e colocação de stents coronários) e tabagismo (ex-fumador há 15 anos).

Na admissão para sessão de hemodiálise apresentava queixas de dor intensa na região inguinal direita. Ao exame objetivo apresentava-se pálido e prostrado, com tumefação na região inguinal direita, dolorosa à palpação, pulsátil numa porção e maciça na restante, sem outras alterações.

Analiticamente apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios. Colheu hemoculturas, iniciou antibioterapia empírica e foi internado.

Hemoculturas revelaram bacteriemia por *Staphylococcus aureus* multissensível, tendo sido dirigida a antibioterapia para esse agente.

Realizou radiografia de tórax, que não mostrou condensações, e ecocardiograma transtorácico, que não identificou vegetações.

Adicionalmente, realizou tomografia computadorizada com contraste que foi sugestiva de aneurisma micótico da artéria ilíaca direita, com compressão da drenagem do membro inferior direito.

Após este achado, foi transferido para o serviço de Cirurgia Vascular da instituição de referência.

Os aneurismas da artéria ilíaca são uma entidade clínica rara. Os fatores de risco conhecidos incluem o sexo masculino, raça caucasiana, idade avançada, tabagismo, hipertensão arterial e doença aterosclerótica. Os aneurismas micóticos estão associados a alta morbimortalidade, sendo essencial o tratamento precoce. Os fatores de risco principais são a lesão arterial (quer autoinfligida, por uso endovenoso de drogas, quer por iatrogenia, por procedimentos endovasculares), infeção prévia, imunocomprometimento, aterosclerose e aneurisma prévio.

Consideramos estas imagens interessantes, pois retratam uma patologia rara, cujos fatores de risco

são cada vez mais prevalentes na população, pelo que a sua incidência poderá aumentar.

IMG254

1913 CISTITE ENFISEMATOSA

Marta Costa, Patrícia Carvalho, Rui Santos, Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Homem de 96 anos, não diabético, trazido ao Serviço de Urgência por alteração do estado de consciência. Tinha sofrido uma queda da própria altura seis dias antes. À admissão apresentava Escala Coma Glasgow de 10, encontrava-se taquicárdico, apirético e localizava dor à região ilíaca direita. Analiticamente, apresentava leucocitose (18.6×10^3 u/L), elevação da proteína C reativa (39,7mg/dL), lesão renal aguda (creatinina de 4,59mg/dL) e hipercaliémia (6,4mg/dL). A radiografia da anca objetivava ar que circundava a bexiga (Figura A e B, setas), em relação com cistite enfisematosa. Foi iniciada antibioterapia com piperacilina/tazobactam e introduzido um catéter vesical. Apesar da terapêutica, o doente faleceu após 3 dias. A cistite enfisematosa é uma infeção rara e rapidamente progressiva caracterizada por formação de gás sob a parede vesical. Os microorganismos envolvidos são geralmente anaeróbios produtores de gás, como *E. coli*, *Enterobacter*, ou espécies de *Klebsiella*.

IMG255

1936 ABCESSO CEREBRAL – A IMPORTÂNCIA DO CONTROLO DO FOCO

Filipa Leal, Rita Rei Neto, Rita Veiga Ferraz, André Santos Silva, Margarida Bela, Ana Silva Rocha, Ana Filipa Pires, Teresa Mendes, Mari Mesquita

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Homem, 38 anos, casado, trabalha na construção civil. Antecedentes: infeção por VIH-1 estágio A1, sob terapêutica anti-retrovírica com emtricitabina, tenofovir alafenamida e rilpivirina. Boa adesão, carga vírica indetetável e imunidade preservada.

Levado à urgência por crise tónico-clónica generalizada. Objetivada afasia, paresia facial central direita e paresia do membro superior direito.

Analiticamente, leucocitose com neutrofilia e proteína C reativa normal, sem outras alterações de nota. Tomografia computadorizada cerebral com hipodensidade corticocortical fronto-opercular e pré-central esquerda, e ressonância magnética crânio-encefálica (RM-CE) com lesões nodulares na alta convexidade do lobo frontal esquerdo de contornos lobulados, aspeto

confluente, edema vasogénico e efeito de massa, sugerindo causa infecciosa. Menção a extração dentária 15 dias antes da admissão.

Diagnosticado abscesso cerebral de provável etiologia piogénica. Inicia antibioterapia(atb) empírica com ceftriaxone, metronidazol e corticoterapia. Serologias de *Toxoplasma gondii*, *Cryptococcus* spp e Citomegalovírus negativas para infeção recente, hemoculturas e urocultura estéreis. Sem agentes microbianos isolados no liquor (bacteriológico, micobacteriológico e shistosoma negativos). Liquor negativo para células malignas. Excluída endocardite bacteriana por ecocardiograma.

Evolução clínica favorável (resolução dos défices neurológicos) mas evidência de agravamento na RM-CE ao 11º dia de atb, sendo submetido a drenagem cirúrgica.

Bacteriológico, micológico e pesquisa de *Nocardia* spp e *Toxoplasma gondii* por biologia molecular do material purulento aspirado negativos. Completou 6 semanas de atb empírica com boa evolução clínica e imagiológica.

De referir importância do controlo do foco infeccioso, pois, apesar da evolução clínica favorável foi necessária intervenção cirúrgica. Porém, estando já no 11º dia de atb, não foi isolado agente, impossibilitando uma terapêutica dirigida, com maior segurança.

IMG258

1962 TUBERCULOSE PULMONAR PÓS-PRIMÁRIA

Sara Simões Macedo, Mónica Teixeira, Andreia Correia, Marta Dias Sousa, António Correia

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.

Homem de 31 anos, trabalhador na construção civil, ex-fumador (340 UMA), referenciado ao Serviço de Urgência por quadro de tosse produtiva, toracalgia direita de características pleuríticas, hemoptises, febre (39.7°C) e sudorese noturna com 1 semana de evolução. Referência a anorexia e perda ponderal de 10 kg em 3 meses. Analiticamente com elevação de parâmetros inflamatórios. Radiografia de tórax com opacidade difusa da metade superior do pulmão direito. Admitida pneumonia adquirida na comunidade extensa à direita, pelo que cumpriu antibioterapia empírica com ceftriaxone 7 dias e 3 dias de azitromicina, com melhoria clínica. Manteve alterações radiológicas, pelo que realizou tomografia computadorizada (TC) torácica que mostrou cavitação pulmonar com paredes espessadas medindo 27mm com comunicação com bronquiectasia no segmento apical do lobo superior direito, múltiplas áreas de consolidação pulmonar no campo pulmonar direito, predominantemente localizadas no

segmento superior do lobo inferior e lobo superior e associadas a broncogramas aéreo; presença de micronodulação centrilobular de padrão em 'flor de mimosa' em ambos campos pulmonares, mais expressivo à direita, em relação com disseminação endobrônquica do processo infeccioso constituindo, no seu conjunto, aspetos indicativos de tuberculose pulmonar. Realizada videobroncofibroscopia com deteção de *Mycobacterium tuberculosis* (método PCR) no lavado bronco-alveolar. Iniciou isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol ajustados ao peso com boa tolerância. Teve alta após apirexia sustentada, mantendo tratamento e vigilância em ambulatório. Os autores apresentam este caso pela coexistência de vários achados imagiológicos na TC, não visíveis na radiografia de tórax e que não sendo absolutos, juntamente com o quadro constitucional arrastado torna o diagnóstico de tuberculose pulmonar como o mais provável.

IMG260

1977 MÃO EM GARRA

Rita Tourais Martins, Daniel Murphy

Clinica Bairro Pité, Dili, Timor Leste

Homem de 53 anos, natural e residente em Timor Leste, sem antecedentes patológicos conhecidos, com quadro de vários meses de evolução caracterizado por anestesia dos dedos (2º ao 5º), hipostesia da face palmar da mão direita, lesões ulceradas a nível do 2º, 3º e 4ºdedo e da base da região hipotenar, encurtamento do 2º e 3ºdedo e deformação em garra da mesma mão (figura 1) associado a lesões cutâneas maculares hipopigmentadas no dorso. Foi realizada pesquisa de bacilos ácido-álcool resistentes em esfregaço de lesões cutâneas que foi negativa. No entanto, dado a apresentação clínica típica e contexto epidemiológico, assumiu-se o diagnóstico de lepra. Iniciou tratamento com rifampicina, dapsona e clofazamina com consequente evolução clínica favorável (figura 2 - após 3 semanas de tratamento).

A lepra, também conhecida por doença de Hansen, é uma doença granulomatosa crónica de causa infecciosa, cujo agente etiológico é o *Mycobacterium leprae*. Pode ter diferentes apresentações clínicas, dependendo da resposta imunitária do hospedeiro, entre as quais uma neuropatia periférica, sendo comum o envolvimento do nervo cubital e mediano. É importante reconhecer a doença, dada a disponibilidade de um tratamento eficaz e a possibilidade de prevenção de deformidades com uma intervenção terapêutica precoce.

IMG270**2055 ASPERGILOSE CEREBRAL - UMA VERDADEIRA INVASÃO**

Vanessa Vieira, Leonor Monjardino, Almerindo Rego

Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira

Homem de 61 anos com diagnóstico de Mielofibrose primária, inicia quadro de Cefaleia, Vertigem, Diplopia e Parésia Facial Central à direita, com agravamento progressivo. Faz RMN CE com documentação de cinco lesões sugestivas de Aspergilose Cerebral (uma em topografia fronto-orbitária direita, uma punctiforme na alta convexidade frontal anterior esquerda, uma temporal posterior esquerda e duas no centro semi-oval à direita), hiperintensas nas sequências de TR longo, hipointensas em T1, com realce anelar e restrição central. Concomitantemente com Pesquisa de Galactomannan Sérico e no Liquor positiva. Iniciou terapêutica com Voriconazol, com posterior escalação para Anfotericina e Caspofungina, acabando por vir falecer.

IMG276**2110 Pioderma Gangrenoso Exuberante**

Paula Mexia, Ana Lourenço, Fátima Grenho

Hospital CUF Infante Santo

Mulher de 57 anos, com Antecedentes Pessoais de Diabetes Mellitus tipo 2, Obesidade, Hipertensão, Tabagismo. Aparecimento de múltiplas tumefacções cutâneas na região abdominal, dorso e ambas coxas de agravamento progressivo ao longo de 3 meses. Não recorreu nesse período a ajuda médica mas por ter surgido ulceração e exsudação da parede abdominal foi internada após análises demonstrando parâmetros de infecção elevados (leucocitose neutrofílica-25900. PCR-22,2 e VS-67) admitindo-se sobreinfecção de quistos cutâneos, dada a exuberância das lesões com áreas necrosadas e ulceradas e franca exsudação associada, em contexto de Diabetes descompensada (HgA1C-15,4%).

Houve necessidade de Insulinoterapia intensiva para controlo das hiperglicemias.

Fez-se drenagem cirúrgica de 21 quistos abcedados e no pús foram isolados *Proteus Mirabilis* sensível a Meropenem e *Estafilococos aureus* sensível a Levofloxacina iniciando-se antibioterapia dirigida, cumprindo um total de 2 semanas de Levofloxacina e 6 semanas de Meropenem.

Admitiu-se a Hipótese diagnóstica de Pioderma Gangrenoso e após vários desbridamentos das lesões pela Cirurgia Plástica, instituiu-se corticoterapia ev,

com melhoria clínica. Foi difícil o desmame desta terapêutica tendo havido reaparecimento de novas lesões. Dada a evolução cicatricial muito lenta instituíram-se ainda tratamentos diários em câmara hiperbárica. Manteve-se em Internamento durante 2 meses e perante a melhoria da cicatrização, teve alta sob desmame da corticoterapia e com sessões mais espaçadas da terapêutica hiperbárica, ocorrendo subsequentemente cicatrização total das lesões.

IMG284**2166 UMA LESÃO CEREBRAL**

Marta Mendes, Filipa Rodrigues, Isabel Apolinário, Ilídio Brandão

Hospital de Braga

Doente do género masculino, 45 anos. Diagnóstico de Infecção VIH há 20 anos, com abandono da terapêutica anti-retrovírica há 3 anos. Doente recorreu ao Serviço de Urgência por cefaleia holocraneana e cervicalgias com 4 dias de evolução, com visão turva e desequilíbrio da marcha para a esquerda. À admissão no SU, apresentava Hemianópsia Homónima Esquerda e diminuição da força no membro inferior esquerdo, sem outras alterações ao exame objectivo.

Realizou TC-CE que revelou "lesão parietal direita com exuberante edema circundante e efeito de massa no parênquima adjacente". Para esclarecimento das características da lesão, realizou RM-CE que mostrou "lesão expansiva intra-axial corticossuabocortical parieto-occipital direita com padrão de captação periférico de contraste e extenso halo de edema vasogénico digitiforme parieto-temporo-occipital direito. O conjunto condiciona efeito compressivo sobre o ventrículo lateral direito e desvio das estruturas medianas em cerca de 11 mm para a esquerda." Dadas as características imagiológicas e os antecedentes clínicos de imunossupressão pelo VIH (CD4+ 157 e Carga Viral 5983524, à data), colocada a hipótese de Toxoplasmose Cerebral, tendo iniciado terapêutica dirigida com Pirimetamina e Cindamicina, com redução significativa da lesão e estabilidade neurológica (alívio da cefaleia e melhoria das alterações visuais). Em internamento, completou 28 dias de Pirimetamina e 14 dias de Atovaquona (cumprindo 13 dias de Clindamicina – alterada por reacção alérgica), com indicação de completar terapêutica durante 14 dias no domicílio. Concomitantemente, re-introduzida terapêutica anti-retrovírica com boa tolerância. Após alta hospitalar, apresentou dois episódios de crises tónico-clónicas generalizadas secundárias a Lesão de Toxoplasmose Cerebral.

DOENÇAS NEUROLÓGICAS E CEREBROVASCULARES

IMG015

132 MALFORMAÇÃO DE CHIARI TIPO 1 – NEM SEMPRE UM ACHADO INOFENSIVO

Marília Santos Silva, Vanessa Carvalho, Liliana Carneiro, Catarina Cruto

Hospital Pedro Hispano - Unidade Local de Saúde de Matosinhos

As malformações de Chiari tipo 1 são alterações anatómicas congénitas da junção craniocervical, que consistem na protusão das amígdalas cerebelosas abaixo do buraco magno (3-5 mm). Apesar de frequentemente assintomáticas e diagnosticadas em contexto de investigação de outras patologias, as malformações de Chiari podem tornar-se sintomáticas e obrigar a abordagem cirúrgica.

A imagem apresentada é referente a um caso de uma doente de 38 anos, que recorre ao serviço de urgência por episódios repetidos de vertigem rotatória de instalação aguda, sem cefaleia, mas com náuseas e vômitos. Na admissão no SU assintomática, apresentando ao exame objetivo nistagmo horizontal, sem outras alterações. Foi internada para estudo tendo realizado ressonância magnética que excluiu doença vascular ou desmielinizante do sistema nervoso central e revelou malformação de Chiari tipo 1, com amígdalas cerebelosas a ultrapassar em cerca 18 mm o plano do buraco magno, obliterando a cisterna magna e desviando anteriormente a transição bulbomedular. Assumida a clínica neste contexto. Foi orientada para consulta de Neurocirurgia e inscrita para correção cirúrgica.

IMG031

229 PARESTESIAS EM JOVENS - A NECESSIDADE DO ESTUDO ADEQUADO

Flávia Santos, Maria João Palavras, Maria Jesus Banza, Célio Fernandes

Centro Hospitalar de Leiria - Hospital de Santo André

As parestesias são um dos sintomas que comumente condiciona a recorrência ao serviço de urgência. Tratam-se de sintomas sensoriais anormais geralmente caracterizados por prurido, diminuição da sensibilidade e ardência em determinada região do corpo. Podem ser transitórias ou persistentes, limitadas a determinadas áreas ou generalizadas. Na maioria dos casos estão relacionadas com condições benignas.

Os autores apresentam o caso de uma jovem de dezoito anos, autónoma, sem antecedentes

patológicos conhecidos que recorreu ao serviço de urgência pela segunda vez por quadro de parestesias migratórias na face e membros superiores, habitualmente autolimitadas, no entanto, nesse episódio persistentes. Ao exame objetivo encontrava-se consciente, colaborante e orientada, com parestesias na hemiface e membro superior direitos, sem quaisquer outras alterações neurológicas objectiváveis. Foi efectuado estudo analítico que não revelou qualquer alteração. Realizou TAC-CE com evidência de ‘descida das amígdalas cerebelosas, com conflito de espaço no buraco occipital (...) compatível com malformação de Chiari tipo I (...)’. Posteriormente foi internada para realização de RMN cerebral para avaliação de existência de indicação cirúrgica.

Este caso revela a necessidade da valorização sintomática do doente. Devendo ser sempre efectuado um correcto diagnóstico diferencial, com exclusão primariamente do que é mais frequente e posteriormente do mais raro.

IMG103

750 MENINGIOMA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE SÍNDROME DEPRESSIVO

Isabel Borges, Grimanese Sousa, Mariana Santos, Clara Paiva

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE

Homem, 51 anos, antecedentes de síndrome depressivo não caracterizado. Admitido no serviço de urgência por quadro com 5 meses de evolução de cefaleia holo-craniana que agravou nos 2 dias prévios, com maior intensidade e associada a vômitos. No espaço de 1 ano, recorreu múltiplas vezes ao médico assistente por episódios paroxísticos, cada vez mais frequentes, de desorientação e comportamento bizarro. Realizado o diagnóstico de síndrome depressivo e medicado em conformidade sem melhoria das queixas. Ao exame físico: lentificação psico-motora e desorientação temporal, sem outros défices neurológicos. A tomografia computadorizada de crânio identificou meningioma (32.5x27.5x25.0mm) na região frontal direita de comportamento agressivo, dada a presença de acentuado edema vasogénico e efeito de massa. A ressonância magnética de crânio corroborou o diagnóstico.

Os meningiomas são os tumores primários mais comuns do sistema nervoso central (compartimentos craniano e vertebral). Representam mais de 36% dos tumores cerebrais primários e 53.5% de todos tumores benignos. São mais frequentes em mulheres e geralmente benignos. No entanto, o edema vasogénico e o efeito de massa associados podem conferir-lhes natureza maligna como acontece no caso que se apresenta. Na maior parte dos casos. O tratamento do meningioma

sintomático passa pela ressecção cirúrgica.

IMG109

793 PREVENIR NÃO FOI O MELHOR REMÉDIO

Paulo César, Pedro Fortes, Catarina Graça, Vera Guerreiro, José Vaz

Hospital José Joaquim Fernandes, Beja

INTRODUÇÃO

: Homem, de 63 anos de idade, autónomo. História pessoal de hipertensão arterial, bloqueio incompleto de ramo direito e volvo intestinal submetido a cirurgia. Recorreu ao SU por desequilíbrio com 2 dias de evolução. Ao exame objetivo encontrava-se vígil, orientado e colaborante. Hemodinamicamente estável, euglicémico, apirético e eupneico. Ao exame neurológico destacava-se: agrafia, hemiparesia direita de com força muscular de grau 4, com desequilíbrio da marcha para direita, sem dismetrias nas provas dedo-nariz e calcanhar-joelho, reflexo cutâneo plantar em flexão bilateralmente. Neste contexto realizou TC-CE (fig 1 e 2) que demonstrou hematomas subdurais subagudos bilaterais, ambos com espessura de cerca 26mm, com efeito de massa importante e diminuição dos ventrículos cerebrais.

Segundo o doente, há 2 meses ocorreu episódio de síncope com traumatismo craniano e amnesia para o evento. Foi trazido ao SU, onde efetuou TC-CE que não revelou imagens sugestivas de lesões hemorrágicas intra ou extra-axiais, agudas ou crónicas e sem sinais de lesões isquémicas agudas e crónicas, sem outras alterações relevantes. Realizou ECG sem alterações relevantes. Análises sem alterações relevantes. Assumiu-se quadro de provável síncope vaso-vagal, tendo sido orientado estudo cardiovascular para ambulatório e consulta externa e iniciada terapêutica com ácido acetilsalicílico (AAS) 150mg. Alta clínica após 24h de vigilância.

Perante a sintomatologia e a dimensão dos hematomas subdurais bilaterais, o doente foi transferido para Neurocirurgia para tratamento cirúrgico.

Este caso clínico demonstra a importância do médico ponderar as possíveis iatrogenias associadas às atitudes terapêuticas que decide efetuar. As recomendações para a utilização AAS na prevenção secundária de eventos isquémicos são claras e estudos mais recentes demonstraram que os eventuais benefícios da sua utilização na prevenção primária em doentes de risco, igualavam os riscos de eventos hemorrágicos.

IMG113

817 QUANDO O CÉREBRO CALCIFICA

Andreína Vasconcelos, Carlos Rodrigues, Leonor Naia, Joana Ricardo Pires, João Fonseca

Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Homem de 77 anos, com antecedentes de obesidade, hipertensão, diabetes e dislipidemia, medicado com losartan/hidroclorotiazida, sinvastatina, metformina/sitagliptina e insulina glargina. Sem antecedentes familiares de relevo. Apresentava quadro de rigidez, tremor involuntário, desequilíbrio e quedas recorrentes, com um mês de evolução. Sem cefaleias, acufenos, vertigo rotatório, história prévia de traumatismo craniano ou síncope. Realizou TC cranioencefálico que mostrou exuberantes calcificações nos núcleos da base, coronas radiatas, talamos, córtex occipital, parassagital e hemisférios cerebelosos. Admitida Síndrome de Fahr após exclusão de causas secundárias, nomeadamente perturbações do metabolismo fosfo-cálcico. A síndrome de Fahr é uma doença neurológica degenerativa rara que se caracteriza pela deposição anormal de cálcio no cérebro, associada à perda de massa celular, nomeadamente nos gânglios da base e córtex cerebral. Clinicamente, pode apresentar-se como deterioração progressiva da função cognitiva e/ou motora, alteração da linguagem, convulsões, cefaleias e síndrome parkinsoniana. As imagens apresentadas demonstram a disparidade existente entre as extensas calcificações cerebrais e a clínica frustrante e de início recente do doente.

IMG116

831 ALTERAÇÕES ELETROCARDIOGRÁFICAS PREDITORAS DE AVC AGUDO EM EVOLUÇÃO

Isabel Borges, Madalena Meneses, Clara Paiva

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE.

Mulher, 68 anos, com antecedentes de Hipertensão Arterial, Diabetes mellitus não insulino-tratada, Dislipidemia e Enfarte Agudo do Miocárdio sem supra-ST. Observada no Serviço de Urgência (SU) por quadro com dois dias de evolução de alterações da fala e perda de força no hemicorpo direito. Ao exame objetivo (EO), doente hipertensa (PA 158/55mmHg), Glasgow Coma Score (GCS) 15/15 e sem alterações no exame neurológico (EN). Dos exames complementares de diagnóstico (ECD) realizados, a destacar alterações de novo no eletrocardiograma (ECG) – figura 1, com QTc longo (486ms), inversão da onda T de V1 a V6, DII e DIII e índice de Sokolow normal. Marcadores necrose miocárdica (MNM) seriados normais. A

doente manteve-se sem alterações no EN e teve alta. Regressa ao SU por reaparecimento do quadro, agora associado a alterações da marcha. Ao EO, com GCS 15/15, discurso com parafasias, hemiparésia direita com força muscular grau 4/5 e sinal Babinski em extensão à direita. Dos ECD realizados, a salientar persistência das alterações no ECG prévio - figura 2, com MNM seriados normais. Assumido quadro neurológico agudo, pelo que realizou tomografia computadorizada crânio-encefálica. Esta evidenciou enfarte lacunar sub-agudo, com hipodensidade ao nível do putâmen e corona radiata à esquerda. Neste contexto, a doente foi internada na Unidade Cerebro-Vascular. Um ano após a alta, a doente realizou ECG, este sem evidência das alterações descritas - figura 3.

As alterações no ECG após AVC agudo são frequentes, 29-96%, sobretudo quando envolve lesão de estruturas do sistema límbico, córtex insular e cingulado anterior, mediante modulação da atividade autonómica cardíaca. Por ordem de frequência, ocorre inversão da onda T, ampla e difusa, QTc longo, fibrilhação auricular e alterações de ST e associam-se a maior mortalidade cardiovascular intra-hospitalar e aos 90 dias após AVC. Estes achados no ECG de novo aliados a sintomas neurológicos, deverão levar à suspeita de AVC agudo em evolução.

IMG119

880 DA SINUSITE À MENINGITE

Telma Elias, Ana Clara Dinis, Isabel Martins, Fátima Pimenta

CHMT

Homem, 73 anos de idade.

Antecedentes de epilepsia traumática.

Deu entrada no serviço de urgência em crise convulsiva tónico-clínica com evolução para estado de mal não convulsivo.

Feita Punção lombar com liquor compatível com meningite bacteriana.

Apresentava pansinusite inflamatória que foi causa da meningite por apresentar hérnia cerebral, através de solução de continuidade frontal direita que ocupa parcialmente o seio frontal direito.

IMG140

1039 MENINGITE SECUNDÁRIA A FISTULA CEFALORAQUIDIANA

David Paiva, Jorge Cotter

Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães

A meningite bacteriana é uma situação de

emergência médica e que apresenta um elevado risco de mortalidade e morbilidade. Como tal, o diagnóstico de possíveis causas reversíveis é de extrema importância.

Mulher, 72 anos, antecedentes de HTA, dislipidemia, DPOC, diabetes mellitus tipo 2. Queixas de cefaleia, febre, rinorreia e tosse, com 1 semana de evolução, tendo recorrido ao SU por esses sintomas. Internamento prévio por Meningite por *Streptococcus pneumoniae*. Doente foi internada por traqueobronquite com insuficiência respiratória tipo 1. Melhoria progressiva das queixas respiratórias com desmame progressivo da oxigenoterapia e apirexia sustentada. Por rinorreia persistente, líquido tipo "água de rocha", e episódio prévio de meningite, foi realizada pesquisa de glicose do líquido com valor de 72mg/dL (superior a dois terços do valor sérico). Devido a alta suspeita de fístula cefalorraquidiana, foi solicitada TC base do crânio e seios nasais que foi a favor da suspeita clínica, tendo sido realizada RMN para confirmação ("solução de continuidade na região da lâmina crivosa, entre os recessos olfativos, com possível meningocele, provável fístula de líquido"). Colaboração solicitada a Otorrinolaringologia para correção, tendo sido agendada cirurgia.

Apresença de uma fístula de líquido cefalorraquidiano (LCR), podendo ser de origem traumática ou não traumática, quando presente, está associado a um maior risco de meningite por *Streptococcus pneumoniae*. A correção deve ser realizada o mais rapidamente possível para prevenção de possíveis complicações agudas.

IMG141

1040 PNEUMOENCÉFALO PÓS-TRAUMÁTICO NO DOENTE COM ETANOLISMO AGUDO

Filipa Taborda, Maria João Lobão

Hospital de Cascais

Um homem de 47 anos, com história de etanolismo marcado, é levado ao Serviço de Urgência após queda da própria altura com traumatismo crânioencefálico. A observação encontrava-se prostrado e pouco colaborante, pontuando 12 na Escala de Coma de Glasgow à custa de abertura ocular apenas ao estímulo verbal, produção de sons incompreensíveis e mobilização dos quatro membros segundo ordens. Ao exame neurológico sumário, sem alterações aparentes. Apresentava-se normotenso, bradicárdico e bradipneico embora com saturações de oxigénio adequadas. Evidência de otorragia à direita. Na avaliação analítica destacava-se etanolémia >3g/L. A TC-crânio documentou extensa pneumocefalia, hemorragia subaracnoideia insular esquerda, hematoma epicraniano parietal e sinais de hemotímpano. Apesar de o álcool representar eventual factor confundidor/contributivo para o afundamento do

estado de consciência, foi transferido para o Serviço de Neurocirurgia e decidida estratégia invasiva com craniotomia e encerramento de fístula de líquido cefaloraquidiano. A evolução subsequente foi favorável, verificando-se recuperação de GCS para 15, sem qualquer déficit sequelar.

IMG169

1243 UMA CAUSA NÃO TÃO ESCONDIDA PARA ALTERAÇÕES VISUAIS

Carina Silva, Francisca Pereira, Márcia Ribeiro, João Mota, Carlos Oliveira

Hospital Santa Maria Maior, EPE

Introdução

Os meningiomas são os tumores intracranianos primários mais comuns, ocorrendo principalmente entre os 30 e os 70 anos de idade, sendo duas vezes mais prevalente no sexo feminino. Na grande maioria dos casos são tumores benignos com crescimento lento, o que torna o seu diagnóstico mais desafiante, devido ao seu carácter insidioso, o que leva os doentes a associar os sintomas ao processo de envelhecimento natural.

Descrição

Doente do género feminino de 45 anos, sem antecedentes pessoais relevantes e sem medicação habitual, referenciada para a Consulta Externa de Medicina Interna, por quadro de alterações visuais.

Apresentava visão turva à esquerda de instalação súbita, com presença de escotoma em alguns períodos, já com vários meses de evolução, sem história de traumatismo, sinais de infeção/inflamação ou dor associada. Negava diplopia, cefaleias, sensação de corpo estranho ou prurido, parestesias ou défices de força muscular. Apresentava um histórico de tensão arterial tendencialmente controlada e o exame neurológico sumário não evidenciou outras alterações relevantes.

Com vista ao estudo etiológico de uma possível causa compressiva ou desmielinizante para a neuropatia do olho esquerdo, foi realizada uma Ressonância Magnética Cerebral (RM) que revelou um "meningioma do tubérculo da sela turca, ligeiramente lateralizado à esquerda, de morfologia grosseiramente ovóide, com cerca de 17 mm de maior diâmetro transverso. Posteriormente apresenta extensão ao interior da sela turca, embora seja perfeitamente individualizável da hipófise e da haste hipofisária e superiormente desvia a vertente esquerda do quiasma e o segmento intracraniano do nervo ótico. O tumor aflora o canal ótico mas não tem evidente extensão intra-orbitária."

Este caso demonstra complicações que podem advir de um tumor benigno, realçando a importância da

RM no diagnóstico destas lesões pois, permite a sua caracterização com avaliação da extensão de invasão das estruturas adjacentes.

IMG175

1266 A FRAMBOESA INSULAR DO CÉREBRO: A PROPÓSITO DE UMA IMAGEM

Maria João Palavras, Flávia Santos, Ana Luísa Albuquerque, Filipa Alçada

Hospital de Santo André- Serviço de Medicina II

Os cavernomas são malformações vasculares do sistema nervoso central, consideradas benignas, que representam cerca de 5% a 13% de todas as malformações vasculares do SNC (sistema nervoso central). A maioria localizam-se na região supratentorial e são lesões circunscritas que variam de tamanho: desde milímetros a centímetros. A clínica não é específica, existindo correlação entre seu tamanho e a sintomatologia. Os sintomas são causados devido ao efeito massa.

Os autores apresentam o caso de um doente de 37 anos que recorreu ao serviço de urgência por parestesias no membro superior direito e por cefaleias sem aura, com uma evolução de cerca de 4 anos. O doente não tinha antecedentes de relevo, nem outra clínica acompanhante. À admissão, apresentava-se em escala de glasgow 15, força muscular 4/5 e diminuição da motricidade fina. Sem mais alterações no restante exame neurológico e objectivo. Realizada tomografia do crânio (TC CE) sem contraste: "observa-se lesão expansiva intra-axial neo-estriado-insular esquerda, espontaneamente hiperdensa, sem edema associado e com efeito massa proporcional ao seu volume". Na ressonância magnética nuclear (RMN) "observa-se lesão intra-axial centrada à região lenticulo-insular à esquerda, dimensões 44x28x46mm compatível com cavernoma gigante com sinais de sangramento recente, com efeito massa com moldagem ventricular e desvio da linha média". O doente foi então reencaminhado para o hospital central de referência, para o serviço de Neurocirurgia.

A cirurgia dos cavernomas está somente indicada quando há sintomatologia e sinais de sangramento. A excisão radical visa eliminar o risco de novas hemorragias e, eventualmente, retirar o efeito massa. Relativamente ao prognóstico depende principalmente da localização da lesão. Os autores pretendem apresentar este caso pela localização tão peculiar do cavernoma insular esquerdo, indolente durante 4 anos. O doente foi submetido a craniotomia, com posterior início de reabilitação física.

IMG203**1492 ESCLEROSE TUBEROSA: RETRATO DE UM ATINGIMENTO MULTIORGÂNICO**

Inês Oliveira, Mariana da Cruz, Lígia Santos, Gisela Vasconcelos, Margarida Cruz, Nuno Palma, Ana Neto, Daniel Seabra, Carolina Fernandes, Rita Machado, João Azevedo, Mari Mesquita, Paula Pinto

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Mulher de 40 anos de idade, com epilepsia desde o 1º ano de vida, défice cognitivo, angiofibromas faciais e máculas hipomelânicas. RMN CE a revelar múltiplos tuberomas corticais e subcorticais e nódulos subependimários. Sem história familiar de relevo. Diagnosticada Esclerose Tuberosa (ET).

Encaminhada para as consultas de Medicina Interna e Cardiologia do hospital da área de residência. Sem sintomas significativos. Normotensa, auscultação cardíaca rítmica, sem sopros. Abdómen indolor à palpação, sem massas palpáveis. Estudo analítico inocente. ECG sem evidência de disritmia. Sem lesões oftálmicas. TC TAP demonstrou rins de dimensão aumentada, distorcidos por múltiplas formações, algumas quísticas, outras predominantemente esteatóticas, traduzindo angiomiolipomas renais. O ecocardiograma transtorácico revelou lesões hiperecogénicas intramiocárdicas, sem condicionarem alterações do fluxo sanguíneo ou do funcionamento valvular. A RMN cardíaca esclareceu a natureza das lesões: múltiplos focos de infiltração lipomatosa do miocárdio ao nível do septo interventricular e parede do ventrículo esquerdo. Sem outras massas, nomeadamente rabdomiomas.

Manteve seguimento clínico e imagiológico, sem aumento de tamanho e número das lesões ou clínica de novo associada.

A ET é uma doença multiorgânica de transmissão autossómica dominante, caracterizada por proliferação e diferenciação celular anormal, sendo o cérebro, pele, coração e rins os órgãos mais afetados.

No presente caso, as manifestações cerebrais, cutâneas e renais foram típicas, ao contrário do atingimento cardíaco, com presença de múltiplos lipomas intramiocárdicos e não dos habituais rabdomiomas.

Trata-se do caso de uma doente com uma patologia relativamente rara, com a particularidade de apresentar algumas manifestações incomuns. Para o seu diagnóstico, os métodos imagiológicos, nomeadamente a RMN, adquirem um papel de destaque, evidenciando o expressivo atingimento multiorgânico e a diversidade de lesões encontradas.

IMG213**1580 INTOXICAÇÃO POR MONÓXIDO DE CARBONO - IMAGEM RARA DE PROGNÓSTICO RESERVADO**

Catarina Maciel, Catarina Carvalho, Anusca Paixão, Cristiana Pinto, Fernando Salvador, Paula Vaz Marques

Hospital de Vila Real - CHTMAD

A intoxicação por monóxido de carbono (CO) é relativamente frequente e causa de morbimortalidade no nosso país. O diagnóstico é clínico, embora muitas vezes efetuado com recurso ao doseamento dos níveis de carboxihemoglobina bem como estudos de imagem, tais como a tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM). Sabe-se que a nível cerebral, a intoxicação provoca dano em áreas de grande susceptibilidade, tais como lesão dos globos pálidos, desmielinização da substância branca, perda de células de Purkinje no cerebelo e edema cerebral e, a distribuição destas lesões depende da rapidez, gravidade e duração da exposição ao MO.

Os autores apresentam uma mulher de 57 anos, admitida na sala de emergência com um quadro de coma com suspeita de intoxicação medicamentosa voluntária e por CO dadas as circunstâncias em que foi encontrada e, cuja investigação revelou níveis tóxicos de carboxihemoglobina de 12% e pesquisa de fármacos positiva para benzodiazepinas. As imagens de RM à admissão revelaram, sobretudo, "áreas de hipersinal corticocorticais cerebelosas medianas simétricas e à esquerda adicionais lesões cerebelosas superior e inferior" como é possível verificar nas imagens. Apesar de não se evidenciar o envolvimento patognomónico e frequente dos gânglios da base e globo pálido, o envolvimento cerebeloso praticamente isolado pode ser tradução imagiológica da fase aguda da intoxicação por MO, como se verifica neste caso, com poucos casos descritos na literatura e que acomete, geralmente, a prognósticos muito reservados, como se verificou neste caso, em que a doente teve um desfecho desfavorável, não se verificando recuperação neurológica e culminando em morte.

IMG257**1954 NEM TUDO AQUILO QUE PARECE É**

Catia Teixeira, Alexandra Dias, Fatima Pimenta

Centro Hospitalar Médio Tejo

A neurofibromatose tipo II é uma doença autossómica dominante, rara, que se caracteriza pela presença de múltiplas neoplasias benignas do sistema nervoso central e periférico.

O caso apresentado é o de uma mulher de 69 anos, autónoma, que recorre a consulta de medicina interna por se apresentar deprimida, evidenciando ainda cansaço, anorexia, alterações do comportamento e desconfiança para com o marido de seis meses de evolução. Anteriormente, fora avaliada em consulta de psiquiatria, tendo iniciado antidepressivos, sem qualquer melhoria. Como antecedentes pessoais, de referir um internamento prolongado na infância para estudo de lesão da face e hipoacusia bilateral de anos de evolução.

Ao exame objetivo apresentava uma lesão que ocupava toda a hemiface direita com características de neurofibroma plexiforme. Sem alterações no exame neurológico.

Tendo em conta a não melhoria com tratamento com antidepressivos e a suspeita de uma neurofibromatose, realizou tomografia computadorizada de crânio e, posteriormente, uma ressonância. Nesta era perceptível uma volumosa massa bifrontal compatível com meningioma, tendo inserção na foixe cerebral e extensão para ambos os hemisférios, comprimindo, assim, a face interna e ambos os lobos frontais, com dimensões de 6cm por 6,5cm. Visualizavam-se também Schwannomas vestibulares bilaterais, meningioma com inserção no dorso selar, pequenos meningiomas na tenda cerebelosa e ainda neurofibroma plexiforme nos tecidos moles cervicais.

Segundo as guidelines internacionais, os achados neste caso clínico são suficientes para confirmar o diagnóstico de neurofibromatose tipo 2, uma doença rara e que requer uma vigilância clínica apertada.

Este caso demonstra a importância de realizar exclusão de lesões orgânicas em doentes que apresentam sintomatologia psiquiátrica de novo. É evidente na imagem a importância da vigilância destes doentes com neoplasias benignas, mas que podem apresentar um comportamento que coloca em risco a vida dos doentes.

DOENÇAS ONCOLÓGICAS

IMG003

42 INFEÇÃO? NEOPLASIA? A IMPORTÂNCIA DA ANAMNESE.

José Carvalho, Joana Couto, Carlos Ribeiro, Diana Guerra, Carmélia Rodrigues

Medicina Interna, ULSAM - Viana do Castelo, Portugal

Mulher de 73 anos com queixas de tosse e expectoração e suspeita de pneumonia após realização de radiografia torácica no serviço de urgência (1 e 2) que mostrava hipotransparência

heterogénea no hemitórax esquerdo.

Antecedente de neoplasia da mama esquerda submetida a tumorectomia 6 meses antes com posterior tratamento de radioterapia e com vigilância regular.

Objetivamente apresentava fibrose cutânea no hemitórax esquerdo secundária à radioterapia prévia.

Evolução pouco compatível com infeção respiratória bacteriana ou com doença neoplásica, salientando-se fibrose cutânea e pulmonar induzida pela radiação como um diagnóstico diferencial de infeção pulmonar ou neoplasia.

Após 10 meses com melhoria cutânea e radiológica (3)

IMG006

71 "APENAS UMA DERMATITE DE ESTASE ?" - IMAGEM SARCOMA DE KAPOSI CLÁSSICO

Joana Couto¹, Luís Pontes dos Santos¹, José Carvalho¹, Raquel López¹, Carlos Ribeiro¹, Miguel Horta², Diana Guerra¹

¹Serviço de Medicina Interna ULSAM; ²Serviço de Dermatologia ULSAM

Mulher, 89 anos. Antecedentes de insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, obesidade, diabetes mellitus tipo 2 e insuficiência venosa periférica.

Recorreu ao Serviço de Urgência por progressão topográfica de lesões maculopapulares de cor violácea presentes nos membros inferiores com 6 meses de evolução e edema simétrico dos membros inferiores até ao joelho, com 2-3 semanas de duração e sinal godet positivo. Alterações previamente consideradas em contexto dermatite de estase por insuficiência cardíaca descompensada e insuficiência venosa. Observada inicialmente por Cirurgia Geral, que após exclusão da hipótese de celulite, transferiu a doente para Medicina Interna por provável dermatite de estase. A observação por Medicina Interna, imagem compatível com Sarcoma de Kaposi (SK) Figura A, B e C com atingimento dos membros inferiores. Foi orientada para Consulta Externa de Dermatologia, onde após biópsia de lesões (proliferação de células fusiformes e fendas vasculares e o estudo imunohistoquímico, CD34+ positivo, marcador das células fusiformes, que são as células endoteliais alteradas pelo HHV8) se confirmou diagnóstico de SK clássico.

O SK é um distúrbio angioproliferativo que se divide em 4 tipos: Clássico (associado ao Herpes vírus humano 8 – HHV8, em homens idosos na bacia do Mediterrâneo), Epidémico (associado ao VIH), Endémico (indígenas da África Subsaariana), Iatrogénico (transplantes e fármacos imunossupressores). O de etiologia clássica é

indolente com atingimento cutâneo (máculas violáceas na porção distal dos membros inferiores e progridem muito lentamente evoluindo para nódulos, placas e lesões tumorais) e raramente com envolvimento visceral. É possível evitar a progressão da doença iniciando tratamento com excisão cirúrgica, crioterapia e radioterapia nas lesões locais como o apresentado neste caso. O diagnóstico precoce permite diminuir as complicações da doença.

IMG010

90 UMA TATUAGEM NÃO PLANEADA.

José Costa Carvalho, Carlos Ribeiro, Diana Guerra, Carmélia Rodrigues

Medicina Interna, ULSAM - Viana do Castelo, Portugal

Doente de 78 anos com hábitos etílicos marcados, ex-pedreiro agora reformado.

Internado por Pneumonia adquirida na comunidade.

Observadas máculas violáceas, com alguns milímetros de diâmetro, dispersas pelo dorso da mão direita.

Entre os diagnósticos diferenciais relevantes, poderíamos incluir lesões de lentigo solar num doente idoso, em área exposta ao sol. Pelas mesmas razões, poderia tratar-se de lentigo maligno. Poderíamos pensar também em lesões de vasculite, no entanto pela ausência de outros sinais e sintomas, assim como pela assimetria entre as duas mãos somos levados a pensar noutro diagnóstico.

Trata-se na realidade de inclusões de pólvora presentes desde longa data após um acidente com um explosivo durante o período em que ainda trabalhava como pedreiro.

IMG018

164 O TEMPO NÃO VOLTA ATRÁS - A PROPÓSITO DE UMA NEOPLASIA VESICAL METASTIZADA

Adriana Paixão Fernandes, Ana Isabel Brochado, David Prescott, Margarida Pimentel Nunes, Inês Branco Carvalho, Isabel Montenegro Araújo, Beatriz Donato, Rita Sérvio, José Luis Ferraro, Salomão Fernandes, Olga Pereira, António Martins Baptista, José Lomeli

Serviço de Medicina Interna 4.3, Hospital Beatriz Ângelo

Homem de 56 anos, caucasiano, com antecedentes de tabagismo (40UMA), a quem foi diagnosticado carcinoma vesical de alto grau com invasão da uretra prostática e uretero hidronefroze bilateral

em 2016; sem evidência de secundarização. Sob orientação das especialidades de Urologia e Oncologia, realizou QT neoadjuvante em 08/2016 e cirurgia a 10/2016. Sem evidência de recidiva tumoral posterior. Acabou por abandonar o seguimento oncológico em 2017. No final desse ano, por achados sugestivos de recidiva ganglionar em exame de ambulatório, recorreu novamente às especialidades acima mencionadas. Apesar de indicado o início de terapêutica de 1ª linha, esta não foi instituída por novo abandono do seguimento hospitalar.

Em 2018 inicia quadro de algias no membro inferior esquerdo cuja avaliação imagiológica, solicitada pela médica assistente, revelou lesões osteolíticas nos ilíacos e sacro. Em maio desse ano, associou-se quadro febril, sinais inflamatórios localizados na perna esquerda, com exsudação, e repercussão sistêmica (prostração e elevação significativa dos parâmetros inflamatórios), tendo sido internado com a hipótese de celulite. Aquando da admissão, documentada hepatomegália e citocolestase significativa; perante o contexto oncológico evolutivo e este achado, avançou-se para re-estadiamento oncológico. Realizou cintigrafia óssea (metastização óssea da bacia e fémur esquerdo proximal) e TC toraco-abdomino-pélvica (crescimento da lesão existente na cavidade pélvica à esquerda, metastização pulmonar e metastização hepática maciça). Quanto à última, a que se refere a imagem publicada, notabiliza-se uma hepatomegália multinodular exuberante, com preenchimento subtotal da cavidade abdominal.

Após discussão do caso com Urologia e Oncologia, foram indicadas terapêuticas de suporte e sintomáticas, proporcionando conforto ao doente; este acabou por vir a falecer durante o internamento.

IMG020

178 CORDOMA DO SACRO COM METASTIZAÇÃO PULMONAR EM PADRÃO EM LARGADA DE BALÕES

Olinda Lima Miranda, Magda Costa, Ana Costa, David Paiva, Filipe Gonçalves, Jorge Cotter

Hospital Senhora da Oliveira

Homem de 84 anos, com antecedente de cordoma do sacro submetido a cirurgia, quimioterapia e radioterapia em 2016. Trazido ao serviço urgência por dispneia com agravamento progressivo no último mês, associado a astenia e tonturas. Do estudo realizado, a destacar radiografia torax com múltiplas hipotransparências nodulares, compatível com o padrão em "largada de balões" (Imagem 1), presente na metastização pulmonar difusa.

IMG036**263 O RETRATO DE UMA MASSA EXUBERANTE**

Mariana Santos, Helder Santos, Daniela Rodrigues, Catarina Parente, António Cardoso, Fátima Campante

Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Os sarcomas são neoplasias de tecidos moles raras. Cerca de 10 a 15% têm origem retroperitoneal, e tendem a ser pouco sintomáticos até atingirem grandes dimensões. Homem de 74 anos, com antecedentes de DM tipo 2, HTA, adenoma da glândula supra-renal direita e AVC isquémico, recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de vômitos, anorexia, perda ponderal de 6Kg e obstipação com cerca de 1 mês de evolução. Referia que os vômitos eram de conteúdo alimentar ou aquosos, inicialmente ocasionais e de agravamento progressivo. Sem alterações das fezes, nomeadamente muco ou sangue. O doente negava febre, dor abdominal ou outros sintomas. À admissão, o exame físico não apresentava alterações de relevo, à exceção de abdómen timpanizado, mas indolor à palpação. Analiticamente a destacar apenas PCR 67.7g/dL. Realizou ecografia abdominal, que revelou lesões polilobadas exuberantes a ocupar cerca de 1/3 do abdómen. Foi admitido para estudo etiológico, tendo realizado TC toraco-abdomino-pélvico, a qual identificou e caracterizou as lesões como sólidas e heterogêneas, algumas com áreas centrais de hiperdensidade que poderiam corresponder a focos hemorrágicos, com ponto de partida peritoneal, e com aparente envolvimento dos vasos mesentéricos. A biópsia diagnosticou leiomiossarcoma, tendo o doente sido encaminhado para a consulta de Oncologia. O tumor foi considerado irressecável devido ao envolvimento dos vasos mesentéricos superiores e do mesentério, e não foi possível realizar tratamento sistémico dada a degradação do estado do doente ao longo das semanas. Os sarcomas de tecidos moles podem ter várias histologias, mais frequentemente leiomiossarcomas e liposarcomas. Quando localizados a nível retroperitoneal, tendem a ter pior prognóstico e, dado que o diagnóstico é muitas vezes tardio, são usualmente irressecáveis.

IMG037**272 METASTIZAÇÃO HEPÁTICA DIFUSA**

Arsénio Barbosa, Miguel Relvas, Catarina Ferreira, Sara Araújo, António Vieira-Lopes, Jorge Almeida

Centro Hospitalar São João

Introdução

: Apresenta-se o caso clínico de um homem de 69 anos, com história relevante de adenocarcinoma da próstata submetido a prostatectomia radical um ano prévio à admissão, seguido em consulta de Oncologia e ex-fumador desde há 5 anos com 48 unidades maço-ano de carga tabágica. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de astenia e cansaço progressivos com um mês de evolução, associada a dor abdominal contínua localizada no quadrante superior direito do abdómen. À admissão, encontrava-se hemodinamicamente estável, corado, hidratado, anictérico e acianótico, com fígado palpável 4cm abaixo da grade costal. Foi realizada ecografia abdominal que mostrou múltiplas lesões hepáticas sugestivas de lesões secundárias, tendo sido internado no Serviço de Medicina Interna para estudo.

Para estudo etiológico de lesão primária, foi realizado TAC cervico-toraco-abdomino-pélvico que revelou nódulo espiculado no lobo superior esquerdo, de 14x10mm sugestivo de neoplasia primária, nódulo satélite no lobo superior esquerdo de 5x4mm, volumosa hepatomegalia com metastização difusa e densificação da gordura periângulo hepático sugestiva de carcinomatose, bem como TAC-cerebral com duas lesões sugestivas de lesões secundárias.

O doente evoluiu rapidamente em insuficiência hepática aguda com encefalopatia e coagulopatia, optando-se pela não realização de biópsia da lesão pulmonar dada degradação do estado geral. O doente acabou por falecer num período inferior a duas semanas.

A seguinte imagem pretende salientar a exuberância da metastização hepática e posterior quadro de insuficiência hepática aguda como causa de morte.

IMG039**289 LIPOMATOSE SIMÉTRICA MÚLTIPLA: CONHECER PARA NÃO ESQUECER**

José Sousa-Baptista, Joana Câmara, Ana Paula Galante, Cláudia Rodrigues

1) FMUC; 2) Unidade de saúde de ilha de S. Miguel; 3) Centro de saúde de Nordeste, S. Miguel; 4) Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

A LSM (ou Doença de Madelung) é uma entidade rara, caracterizada pela acumulação simétrica e progressiva de tecido adiposo, principalmente na região cervical (designado por "colar de cavalo"), região superior do tronco e deltóide (aparência pseudo-atlética) e, mais raramente, noutros locais, nomeadamente com possibilidade de compressão das vias aéreas-digestivas. É mais frequente no sexo masculino (15:1), raça caucasiana e normalmente diagnosticada entre os 30-60 anos. A sua etiologia é desconhecida; 60 a 90% dos portadores de LSM tem história de alcoolismo crónico. Os lipomas são

geralmente de carácter benigno; o tratamento - que poderá consistir na injeção intralesional de desoxicolato de sódio ou de esteroides combinados com isoprenalina, lipoaspiração ou exérese cirúrgica - preconiza-se quando há dor, sintomas sugestivos de compressão local, ou por razões estéticas, no entanto, a recorrência dos lipomas é comum. Apesar de não ser consensual, estudos referem que a abstinência alcoólica poderá atrasar o crescimento dos lipomas.

Homem de 61A, caucasiano; com antecedentes de hipertensão arterial, tabagismo (40 UMA) e hábitos alcoólicos (60 g/dia, com 10 anos de evolução). Foi referenciado à Consulta de Medicina Interna por várias massas distribuídas difusamente pelo corpo, com 4 anos de evolução e de agravamento progressivo, que perturbavam as atividades de vida diária, nomeadamente o sono. Sem História Familiar semelhante e sem outros dados de relevo na anamnese. Ao exame objetivo, destacavam-se várias massas com dimensões variáveis, que sugeriam tratar-se de lipomas, condicionando limitação da mobilidade do pescoço. A suspeita de LDM foi confirmada por tomografia computadorizada "...as tumefações correspondem a aumento de espessura do tecido celular subcutâneo com densidades adiposas, sem evidente encapsulamento...". O doente foi medicado sintomaticamente com hipnótico, analgesia e referenciado para avaliação em consulta de Cirurgia Plástica.

IMG040

312 EXPLOSÃO TROMBÓTICA

Yasmin Mamade, Inês Mendes, Árcia Chipepo, Francisco Pestana Araújo, José Lomelino Araújo

Hospital Beatriz Ângelo

Os autores apresentam o caso pela sua apresentação inicial incomum e exuberante, salientando a importância do enquadramento clínico na decisão sobre a abordagem do mesmo.

Mulher de 69 anos, com história de epilepsia sequelar a meningioma cerebral. Apresentava em tomografia computadorizada (TC) crânioencefálica recente, evidência de novas lesões de comportamento incerto abordadas conservadoramente.

Recorreu à urgência por 1 semana de evolução de dispneia, cansaço e tosse seca, com discurso lentificado e incoerente associado a prostração não usual. Encontrava-se prostrada, midríase pupilar; SpO₂ (ar ambiente) 87%, taquicárdica. Auscultação pulmonar: murmúrio vesicular diminuído, crepitações bilaterais; sinais de isquemia distal do membro inferior esquerdo. Análises: Hg 16,2 g/dL, Htc 50.5%, aPTT 77 seg, trombocitopenia, elevação dos parâmetros inflamatórios, D-Dímeros

> 32,5 mg/L, TpI 0,69 ug/L, NTproBNP 28817 pg/mL.

Realizou Angio-TC toracoabdominopélvica que revelou trombo em sela da artéria (a.) pulmonar direita, oclusão total da a. lobar média e oclusão parcial da a. lobar superior e inferior. Trombose subtotal da a. pulmonar esquerda, com oclusão completa da a. lobar inferior e parcial da superior. Trombo no lúmen da a. mesentérica superior, tronco celiaco, segmento da aorta abdominal adjacente, ramo ileo-cólico distal e a. esplénica, condicionando áreas de isquemia intestinal e esplénica, e ainda da a. subclávia esquerda. Trombose das a. femorais profundas/perfurantes bilateralmente. A. popliteia direita e esquerda obliteradas.

Por trombose extensa em doente de alto risco, de forma complementar à ponderação de risco/benefício na realização de trombólise, realizou TC-CE, que revelou: múltiplas lesões expansivas extra-axiais intracranianas espontaneamente hiperdensas, a de maior volume (40x37mm).

Face ao prognóstico global reservado foram privilegiadas medidas de conforto para a doente, após discussão em equipa multidisciplinar e em conjunto com os familiares.

IMG048

385 SARCOMA SINOVIAL PLEURO-PULMONAR

Ana Bravo, Daniela Carneiro, Inês Urmal, Miguel Valente, Helena Estrada

Serviço de Medicina 2.1 - Hospital Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar Lisboa Central

Os sarcomas primários do pulmão constituem menos de 0,5% das neoplasias pulmonares. O sarcoma tipo sinovial é um dos mais raros e manifesta-se por toracalgia, dispneia, tosse e por vezes hemoptises, podendo ser assintomático. Na radiografia e tomografia computadorizada (TC) do tórax apresenta-se como uma massa pulmonar e/ou pleural, derrame pleural ipsilateral, geralmente sem adenomegalias ou calcificações. O diagnóstico diferencial é difícil sendo o exame imunohistoquímico e o estudo genético por PCR determinantes para o diagnóstico definitivo.

Apresenta-se o caso de um homem de 51 anos, com hábitos tabágicos marcados (33 UMA), internado por toracalgia esquerda, dispneia e cansaço desde há 3 semanas. A radiografia torácica revelou hipotransparência de quase todo o hemitórax esquerdo e a TC de tórax mostrou volumoso derrame pleural esquerdo não puro, com várias formações nodulares e áreas sólidas não calcificadas, com extensão à pleura costal posterior e anterior, sem plano de clivagem com o diafragma, a condicionar atelectasia pulmonar esquerda e

desvio do mediastino; sem lesões pulmonares ou pleurais direitas. Realizou toracocentese com líquido pleural tipo exsudado estéril, sem células neoplásicas e a biópsia pleural descrevia infiltrado inflamatório mononuclear, sem granulomas ou tecido neoplásico. Após drenagem e talcagem do derrame pleural, submetido a biópsia transtorácica a uma das massas pleuro-pulmonares que revelou neoplasia com células fusiformes, sem atipia.

Encontrava-se a aguardar estadiamento, quando inicia agravamento da toracalgia esquerda, realizando nova TC torácica com extensa massa pleural sólida em quase todo o hemitórax esquerdo, pequeno derrame pleural multiloculado, atelectasia subtotal pulmonar e desvio do mediastino. Submetido a pleuropneumectomia esquerda, os achados imunohistoquímicos e a pesquisa de alterações estruturais cromossômicas do gene SS18 na peça operatória permitiram identificar um sarcoma sinovial monofásico e fusocelular.

IMG058

466 METASTIZAÇÃO DISSEMINADA EM DOENTE COM NEOPLASIA RENAL

Ana de Matos Valadas, Sofia Antunes Duarte

Centro Hospitalar Lisboa Norte, CHLN

NDCM, 31 anos, com antecedente médico de talassemia minor. Sem medicação habitual ou alergias medicamentosas, com hábitos tabágicos no passado de 10UMAs. Quadro de dor inguino-escrotal autolimitada com 2 anos de evolução, com ecografia testicular sem alterações em avaliação pelo médico assistente. No dia 20/01/18 recorreu ao nosso serviço de urgência por recorrência de hematúria, que já teria tido a 29/12/17 com ida a serviço de urgência de outro hospital, tendo neste episódio passado apenas realizado lavagem vesical e avaliação analítica que revelou Hb 10,5 g/dL (anemia microcítica e hipocrômica), PCR 5,0 mg/dL, com alta após apresentar urina clara. No novo episódio foi pedida ecografia renal que foi convertida em TAC abdómino-pélvica, que revelou marcado aumento de volume com heterogeneidade do rim esquerdo (apenas poupando o seu terço superior), com aumento do volume com preenchimento luminal sólido da veia renal esquerda, o qual atingia o lúmen da veia cava, e lesões ósseas de tipo lítico nos ramos isquiopúbicos dos ossos ilíacos bem como no ramo íleo-púbico direito, achados sugestivos de neoformação renal esquerda, com trombose tumoral da veia renal homolateral e atingimento da veia cava inferior, com envolvimento ósseo secundário. Em contexto de internamento foi realizada biópsia renal que revelou alterações sugestivas de carcinoma de células renais associado a translocação Xp11.2/gene TFE3, tendo realizado nefrectomia citorredutiva e cavotomia com tromboectomia da veia cava a 31/01/18, tendo

iniciado quimioterapia adjuvante com Sunitinib. Posteriormente apresentou trombose da veia porta intra-hepática apesar da anticoagulação terapêutica com Enoxaparina, com progressão de doença para metastização hepática e carcinomatose peritoneal, falência hepática progressiva com bilirrubina total de 12,48 mg/dL e INR 3,18, acabando por falecer a 05/04/18.

IMG062

496 PEQUENA ALTERAÇÃO DO COMPORTAMENTO; GRANDE LESÃO OCUPANTE DE ESPAÇO

Jorge Gama Prazeres, Tânia Vassalo, José Hipólito Reis, Alexandra Coimbra

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte

Os meningiomas são os tumores primários mais frequentes do cérebro. Apesar de a maioria serem benignos, a sua localização no sistema nervoso central pode causar significativa morbimortalidade.

Apresenta-se o caso de uma doente de 25 anos de idade, autónoma, com antecedente de leucemia linfoblástica aguda aos 3 anos de idade, submetida a quimioterapia e radioterapia holocraniana, com remissão completa.

Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro com duas semanas de evolução de cefaleias de intensidade moderada e alterações subtis do comportamento, predominantemente com abulia. Ao exame objectivo, sem alterações relevantes. Realizou exame de imagem que identificou um volumoso meningioma frontal esquerdo, com cerca de 8x7x6cm de diâmetro, condicionando significativo efeito de massa. Foi submetida a cirurgia, com remoção macroscópica total da lesão extra-axial. O diagnóstico neuropatológico confirmou tratar-se de um meningioma fibroblástico, grau I da OMS.

A doente teve uma excelente evolução, com melhoria da fluência do discurso e da abulia.

IMG095

714 À SEGUNDA (EDA) É DE VEZ

Ana Isabel Oliveira, Patrícia Ramos, Marta Quaresma, Sofia Cruz, Ana Nunes, Ana Pidal, Ana Palricas, José Barata

Hospital de Vila Franca de Xira - Serviço de Medicina Interna

Relata-se o caso duma doente de 67 anos, com antecedentes de Hipertensão Arterial, Enfarte Agudo do Miocárdio, Depressão e hábitos tabágicos (40 unidades maço ano). Com antecedente familiar relevante de neoplasia intestinal do avô paterno.

Recorreu ao serviço de urgência por anorexia, perda de peso, dispepsia, náuseas e dor abdominal inespecífica, com evolução de cerca de dois meses.

À observação destaca-se pele e mucosas pálidas; adenomegalia supraclavicular esquerda; palpação abdominal com massa de consistência dura na região epigástrica, de limites pouco definidos, esplenomegalia até à região supra-umbilical, com consistência aumentada e nodular, fígado palpável abaixo da grelha costal direita de consistência homogénea. A percussão abdominal apresentava maciez em todos os quadrantes, sem defesa. Analiticamente anemia (Hb 5,6g/dL) microcítica hipocrômica, sem outras alterações.

Ecografia abdominal com volumosa esplenomegalia e presença de adenopatias retroperitoneais, envolvendo o espaço adjacente aos grandes vasos abdominais e inter-aórtico-cavo.

Efetou Endoscopia digestiva alta (EDA) com achados de gastropatia eritematosa.

A Tomografia Computorizada (TC) Toraco-abdomino-pélvica revelou volumoso tumor invasivo a envolver o fundo e o corpo do estômago, o baço e possivelmente o pâncreas, associado a metastização ganglionar, eventual metastização hepática e provável extensão transdiafragmática do hemitórax esquerdo.

Pelos achados da TC e a suspeita que a gastropatia eritematosa pudesse ser manifestação neoplásica, repetiu EDA, após 6 dias, a qual documentou fundo com grande lesão vegetante ulcerada, cuja histologia revelou Linfoma não Hodgkin B de células grandes.

Neste caso pretende-se ressaltar a relevância dos achados clínicos para a suspeita e encaminhamento diagnóstico. Foi pedida, inicialmente EDA, cujo resultado pouco suspeito viria a levar à requisição de TC e, posteriormente, nova EDA que revelaria achados discordantes e permitiu o diagnóstico final.

IMG098

723 CANCRO DE PULMÃO DE PEQUENAS CÉLULAS - GIGANTE À APRESENTAÇÃO

Raquel Fontes, Inês Carvalho, Luisa Queirós, João Pereira, António Araújo

Hospital de Braga, Centro Hospitalar do Porto

Sexo masculino, 50 anos, sem antecedentes pessoais de relevo.

Em dezembro de 2018, por quadro de tosse pouco produtiva com 3 meses de evolução e, mais recentemente, com expectoração hemoptóica, realiza tomografia axial computadorizada torácica que revela "lesão do segmento posterior do lobo superior do pulmão direito com 13x10x4,5 cm,

que contacta com a pleura. Adenomegalias hilares e mediastínicas." Biópsia firma o diagnóstico de carcinoma de pequenas células com diferenciação neuroendócrina. Estadiamento T4N2M0. Tendo sido agendado de início de quimioterapia com cisplatina e etoposídeo.

Subitamente o doente desenvolve quadro de parestesias nos membros inferiores e progressiva diminuição da força, recorrendo ao serviço de urgência. Durante a observação com franco agravamento do quadro: paresia grau 1 no membro inferior esquerdo e grau 2 no membro inferior direito. Reflecos cutâneo-plantares flexores. Associadamente com retenção urinária e necessidade de algáliação. Sem alterações nos membros superiores.

Realizou ressonância magnética medular que revelou "volumosa lesão ocupante de espaço a ocupar o ápice do pulmão direito, verificando-se extensão para o espaço endocanal através dos buracos de conjugação de D3-D4, D4-D5, D5-D6, provocando acentuada compressão da haste medular para a esquerda." [imagens 1 a 3]

O doente iniciou corticoterapia e o esquema de quimioterapia inicialmente proposto, apresentando alguma melhoria das queixas e da incapacidade motora. No entanto apresentou intercorrência infecciosa respiratória tendo vindo a falecer ao 14º dia de internamento.

IMG120

883 METASTIZAÇÃO HEPÁTICA DE NEOPLASIA OCULTA

Márcia Mendonça Souto; Catarina Costa; Victor Paz; Paula Vaz Marques

Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro

Mulher de 71 anos, autónoma, sem antecedentes pessoais conhecidos, recorre ao SU encaminhada pelo seu médico assistente por dor abdominal difusa, sensação de enfartamento e sintomas gerais (perda ponderal de 7% em um mês, astenia e sudorese noturna). Feito em ambulatório estudo complementar com endoscopia digestiva alta e baixa que não apresentavam alterações e estudo analítico com Hb 13,8g/dL, AST 165U/L; ALT 221U/L; GGT 442U/L; FA 364U/L. Ao exame físico constata-se hepatomegalia que se estende ao quadrante superior esquerdo e à fossa ilíaca direita. Passou a internamento onde realizou tomografia computadorizada que evidenciava volumosa hepatomegalia (volume 207mm), multinodular (maior nódulo com 57mm de maior eixo) a sugerir provável natureza secundária. Biópsia hepática com aspetos morfológicos e imunofenotípicos correspondentes a metastização hepática de adenocarcinoma. A doente veio a falecer ao dia 10 de internamento.

IMG124**914 NEOPLASIA PULMONAR**

Mariana Almeida, Magda Silva, Carina Ramalho, Francisco Gomes, Joaquim Peixoto, Maria do Rosário Ginga, Fátima Campante

Hospital de Nossa Senhora do Rosário, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo

A presente imagem retrata o caso de um doente do sexo masculino, 89 anos de idade, com antecedentes pessoais de Hipertensão arterial, Doença aterosclerótica, Diabetes mellitus e DPOC tabágica. Dirigiu-se ao SU do nosso hospital por quadro de 3 dias de evolução de dispneia e tosse com expectoração. Realizou radiografia de tórax que documentou hipotransparência de limites bem definidos no lobo inferior direito. Foi admitido o diagnóstico de traqueobronquite aguda, iniciando antibioterapia com Ceftriaxone. Para esclarecimento radiológico, foi realizada TC torácica, que descreveu 'exuberante massa ocupando grande parte do lobo inferior direito, com contornos lobulados, com densidade tecidual e aparente componente necrótico interno, com captação heterogênea de contraste, medindo 10 x 7,4 x 11,5 cm de maiores diâmetros, de muito provável natureza neoplásica. Existe extenso contacto com a vertente posterior da pleura, observando-se no lobo inferior direito a presença de outros nódulos centimétricos de iguais características supeitas. Mediastino centrado, observando-se algumas formações ganglionares de morfologia arredondada, captantes, suspeitas no actual contexto clínico. A nível hepático realça-se a existência de formação nodular hipodensa com captação periférica, com 23 x 16 mm maiores diâmetros, localizada nos segmentos VI/VII, suspeita.' Foi admitido o diagnóstico de neoplasia pulmonar com provável metastização.

O doente, em conjunto com a família, recusou o prosseguimento do percurso diagnóstico/terapêutico, justificando a decisão com base na sua idade avançada. Completou antibioterapia para a sua traqueobronquite aguda, com melhoria clínica, tendo tido alta.

IMG127**945 DISFAGIA DE ETIOLOGIA PULMONAR**

Diana Falcão, Luísa Teixeira, Carolina Cadório, Alexandra Pousinha, Mónica Reis, João Louro, José Barata

Hospital Vila Franca de Xira

Mulher de 73 anos, autónoma, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e dislipidémia, recorre ao serviço de urgência por vômitos e disfagia total com uma semana de evolução.

À observação apresenta aspeto emagrecido e salienta-se impossibilidade de colocação de sonda nasogástrica. Realizada endoscopia digestiva alta que revela estenose intransponível com comprimidos a montante. Para melhor esclarecimento da etiologia da estenose esofágica, realizada TC tórax que revela componente tecidual infiltrativo a ocupar o recesso ázigo-esofágico envolvendo o brônquio lobar inferior direito com compressão e colapso do esófago. Posteriormente realizada broncofibroscopia a evidenciar brônquio lobar superior direito confinado a mínima fenda e brônquio intermediário totalmente ocluído, com histologia das biópias a revelar adenocarcinoma com perfil imunohistoquímico favorável a origem pulmonar. Manteve-se em internamento sem via oral patente, sob nutrição parentérica, tendo sido proposta para gastrostomia cirúrgica paliativa. No entanto, apresentou pneumonia de aspiração intercorrente, com agravamento progressivo do quadro clínico, acabando por falecer.

IMG128**947 REVELADO PELA GRIPE - TUMOR SOLITÁRIO FIBROSO DA PLEURA**

Susana Conceição; José Ribeiro; Júlio de Almeida

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central - Hospital de São José - Unidade Funcional Medicina 1.2

O Tumor Fibroso Solitário (TFS) da Pleura é uma entidade rara, caracterizada pela proliferação de células fusiformes de origem mesenquimatosa, responsável por <2% de todos os tumores de tecidos moles. Sem clínica específica, muitas vezes um achado imagiológico, desafiando o exercício do diagnóstico diferencial. A terapêutica assenta na ressecção cirúrgica, sendo o diagnóstico definitivo imuno-histoquímico.

Mulher de 52 anos, operária fabril, com exposição a amianto (+/- há 15 anos), e história de tabagismo activo (30 UMA). Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de agravamento progressivo com 4 dias de evolução de febre (39°C), tosse acessual com toracalgia esquerda de características pleuríticas, sensação de dispneia, e astenia. A admissão, com broncoespasmo exuberante, insuficiência respiratória parcial (PaO₂: 55 mmHg), discreto aumento dos parâmetros inflamatórios, com radiografia torácica a demonstrar infiltrado intersticial bilateral. Realizou TAC torácica que evidenciou "nos segmentos posteriores dos lobos superiores padrão de vidro despolido... e espessamento pleural costal posterior esquerdo (4x2 cm) ao nível dos 9º e 10º arcos costais, de densidade tissular...". Em internamento, diagnosticada pneumonia a influenza A H1N1 (2009), tendo cumprido ciclo de oseltamivir, com melhoria. Para esclarecimento do achado

pleural, realizou angioTAC torácica que revelou "lesão ocupando espaço, sólida, hipervascular, com intensa impregnação por contraste... 34x28 mm...", e posterior BATT com histopatologia e imuno-histoquímica compatível com Tumor Fibroso Pleural. Submetida a ressecção atípica da lesão.

Pela história de exposição a amianto, a massa pleural tornou-se desde cedo a questão central do internamento, dada a possibilidade de mesotelioma. Mesmo com prognóstico mais favorável, o Tumor Fibroso Solitário da pleural apresenta um comportamento biológico incerto, pelo que mantém follow-up apertado na Pneumologia e Cirurgia Torácica.

IMG129

953 LESÕES MAIS QUE ÓBVIAS NO MIELOMA MÚLTIPLO

Vanessa Vieira, Leonor Monjardino, Almerindo Rego

Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira

Homem, 68 anos, com antecedentes de fratura patológica do colo femoral esquerdo por Plasmocitoma solitário, submetido a radioterapia dirigida. Inicia cervicalgia, parestesias das mãos e pés com os movimentos cervicais e com agravamento progressivo num mês. Radiografia e TC com fratura de C4, além de múltiplas lesões líticas em vários corpos vertebrais, sem indicação cirúrgica. Faz radiografia de esqueleto com múltiplas lesões líticas, o que dirigiu a marcha diagnóstica com documentação de Mieloma Múltiplo de cadeias leves (Kappa), ISS 3, sem citogenética de alto risco. Iniciou terapêutica com Talidomida, Bortezomib e Dexametasona, além de radioterapia local na lesão cervical e do rádio esquerdo, com estabilidade clínica.

IMG130

961 PARÉSIA COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE UMA METASTIZAÇÃO RARA

Mafalda Miranda Baleiras, Cristina Carvalho Gouveia, Marta Pinto, Mariana Malheiro, Luís Campos

Serviço de Medicina Interna, Hospital São Francisco Xavier - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

Introdução

: Homem, 73 anos, índice Barthel prévio de 100. Com história de carcinoma urotelial da bexiga, submetido a ressecção transuretral vesical em 2015, com excisão completa e mantendo vigilância em consulta de Oncologia. Trazido ao serviço de

urgência por diminuição da força do membro superior esquerdo (MSE) e parestesia da hemiface esquerda, com três dias de evolução. Ao exame físico, apresentava paresia facial central esquerda e força grau 4 no MSE. Realizou tomografia computadorizada cerebral que mostrou hipodensidade corticosubcortical com cerca de 18mm de diâmetro, ao nível do lobo frontal direito. Foi internado para estudo etiológico. Iniciou dexametasona 4mg por dia, com resolução dos sintomas neurológicos. A ressonância magnética revelou lesão expansiva intra-axial no centro direito, hipointensa em T2 e FLAIR, com extenso edema vasogénico periférico a condicionar apagamento sulcal adjacente e moldagem do corpo do ventrículo lateral direito, compatível com secundarização. Foi admitida a hipótese de recidiva cerebral de carcinoma urotelial. Teve alta referenciado à consulta de Oncologia. Acabou por falecer pouco tempo depois de iniciar radioterapia. A metastização cerebral no cancro da bexiga é um evento incomum, com uma incidência estimada entre 0 e 7%. Dada a sua raridade, a evidência imagiológica é altamente incomum, o que confere às imagens abaixo um elevado valor pedagógico.

IMG134

1006 TUMOR PARAFARINGEO

Raquel Gil, Tiago Ceriz, Miguel Alves, Andrés Carrascal, José Brizuela, Eugénia Madureira

Unidade Local de Saúde do Nordeste - Hospital de Bragança

Doente de 34 anos, género feminino, autónoma.

Referenciada ao SU por tumefação na região cervical a direita desde há 8 meses, não se apercebeu se terá aumentado de tamanho.

Síndrome gripal desde há cerca de 1 semana, com sensação de febre, e tosse produtiva, com expectoração clara. Sem outros episódios febris para além do atual (que não foi quantificado, apenas refere sensação de febre). Sem sudorese noturna.

Trabalha em associação de animais, faz trabalho administrativo, com contacto frequentes com os animais. Tem 2 gatos, vacinados e desparasitados e seguidos em consulta de Medicina Veterinária. Viagens recente a Salamanca e a Milão. Relações sexuais desprotegidas no último ano, sempre com o mesmo parceiro. Perda de peso desde o verão que não sabia quantificar, apenas referia que a roupa estaria mais larga.

Antecedentes Patológicos Conhecidos: Asma; Beta-talassémia diagnosticado em 2012.

Medicação Habitual: pílula anticoncepcional; Aldactone prescrito por Dermatologia por alopecia.

Exame Físico Objetivo: sem alterações, sem

gânglios palpáveis. Palpável tumefação cervical à direita, fixa. Amígdala direita aparentemente hipertrofiada.

Análises sem alterações de relevo, marcadores viricos negativos.

À TAC do pescoço observa-se volumosa massa centrada no espaço jugulocarotídeo à direita. Ressonância magnética do Pescoço: Volumosa lesão com parede bem definida de conteúdo heterogêneo que se estende desde a oro-faringe até ao nível da raiz da língua, que mede 4,6 cm de diâmetro transversal, 3,8 cm de diâmetro ântero-posterior e 6,6 cm de diâmetro crânio-caudal, lateralizada à direita, comprime a via aérea nomeadamente na orofaringe e base da língua estreitando-a a 6 mm.

Referenciada a Oncologia: diagnóstico de tumor parafaríngeo direito, programada cirurgia para exérese do mesmo.

Conclusão: Os tumores parafaríngeos são raros na população e são geralmente assintomáticos na maioria dos casos devido à

sua localização anatómica. O diagnóstico é normalmente radiológico.

IMG148

1085 LESÕES OSTEOLÍTICAS EM CONTEXTO DE MIELOMA MÚLTIPLO

Mariana Fidalgo, Sofia Pereira, Manuela Sequeira

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho

Homem de 46 anos recorreu ao Serviço de Urgência por quadro com 2 meses de evolução de dor torácica constante, a limitar a excursão inspiratória e agravada com os movimentos e a palpação; sem outras queixas. Sem antecedentes patológicos relevantes.

Observado múltiplas vezes em Moçambique, onde reside habitualmente, sem diagnóstico etiológico ou controlo da dor, apesar de terapêutica analgésica múltipla. Terá recorrido a terapia alternativa com ventosas, que originou múltiplas equimoses e flictenas de conteúdo sero-hemático.

Exame objetivo: pálido e polipneico (FR 36cpm); normotenso (146/75mmHg), normocárdico (76bpm) e apirético. Dor à palpação global do tórax. Gasimetria de sangue arterial: alcalose metabólica e hipercalcemia grave (1.92). Analiticamente: hemoglobina 9.7g/dL, sem leucocitose, com PCR 58.1mg/L; creatinina 2.48mg/dL.

TC toracoabdominopélvico: segmentos ósseos – incontáveis lesões líticas dispersas por todo o esqueleto axial e apendicular; fratura patológica no 6º arco costal esquerdo e 7º arco costal direito.

Internado para controlo sintomático e estudo etiológico. Da investigação realizada salienta-se:

- gamapatia monoclonal de tipo IgA, com beta2-microglobulina 13.7mg/L.

- electroimunifixação urina: imunoglobulina monoclonal IgA-kappa

- biópsia de medula óssea: infiltração marcada por plasmócitos atípicos e pleomórficos - mieloma de plasmócitos.

O mieloma múltiplo é uma doença dos adultos mais velhos, sendo que apenas 10% dos doentes tem menos de 50 anos. Por essa razão, o diagnóstico em idades jovens é frequentemente tardio, podendo resultar numa menor eficácia terapêutica pelo atraso na sua instituição. Como tal, na presença de dor óssea não controlada, com ou sem hipercalcemia ou alterações da função renal, independentemente da idade, é fundamental excluir esta patologia.

Com este caso pretende ainda alertar-se para a importância de informar a população e regulamentar as terapias alternativas, por apresentarem potencial lesivo significativo.

IMG163

1215 HIPOTRANSPARÊNCIA EM RADIOGRAFIA TORÁCICA

João Luís Cavaco, Frederico de Amaral Trigueiros, Joana de Paiva Simões, Ana Oliveira Pedro, João Meneses Santos, Rui Victorino

Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE

Um homem de 19 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, sem queixas até Outubro de 2018, inicia quadro de tosse não produtiva com posterior episódio de hemoptise. Não tem febre e não tem contexto epidemiológico de relevo. Não tem alterações esteto-acústicas à auscultação cardiopulmonar. Laboratorialmente, sem alterações do hemograma, sem aumento de parâmetros inflamatórios e com pesquisa de BK na expectoração negativa. Na radiografia de tórax pósterio-anterior, apresenta hipotransparência circular situada ao nível do botão aórtico. Na incidência de perfil, apresenta hipotransparência circular em topografia peribronquica, sem sinais semiológicos claros que permitam distinguir localização mediastínica ou intra-parenquimatosa pulmonar. TC torácica revela lesão endobronquica preenchendo grande parte do lúmen do brônquio lobar inferior esquerda, com importante crescimento transbronquico, com diâmetro de 5.5cm e compressão de aorta torácica descendente e do ramo interlobar inferior da artéria pulmonar esquerda, sem critérios de invasão. A biópsia da lesão pulmonar mostrou infiltração por

tecido de neoplasia maligna bifásica, sugestivo de blastoma pulmonar. O blastoma pulmonar é um tumor raro, correspondendo a 0.5% das neoplasias malignas pulmonares primárias, com cerca de 300 casos descritos na literatura. Apresenta estroma epitelial e mesenquimatoso, por vezes com áreas necro-hemorrágicas presentes. É geralmente diagnosticado entre os 35-55 anos, sendo detectado como 'incidentaloma' em métodos de imagem. É assintomático em 40% dos casos. Os sinais e sintomas mais frequentes são tosse, hemoptise, dispneia, febre e astenia; pneumotórax espontâneo é raro. É unilateral em 95% dos casos. Ocorre crescimento endobrônquico em 25% dos casos. Em 40% dos doentes, metastiza para mediastino, pleura, fígado, cérebro e gónadas. O prognóstico é reservado: a mortalidade aos 2 anos de diagnóstico é de 60%, aos 5 anos de 16% e aos 10 anos de 8%. O tratamento preferencial é cirúrgico.

IMG165

1232 QUANDO A COLUNA CONTINUA A CRESCER

Rafaela Pereira, Rosário Blanco, Ana Rita Clara, Alexandra Martins, Helena Brito, Mário Lázaro

Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Hospital de Faro, Medicina 2

Homem, 94 anos, internado na enfermaria de Medicina Interna por sépsis de ponto de partida urinário. Por persistência da febre sob antibioterapia e por palpação abdominal dolorosa com massa arredondada na região supra-púbica de aproximadamente 5 cm e de contornos regulares, solicitou-se ecografia renal e pélvica. Por imagem inconclusiva realizou TC abdómino-pélvico que revelou volumosa lesão osteolítica centrada no sacro com extensa destruição óssea de todas as vértebras sagradas à excepção da primeira, alteração compatível com cordoma. A massa estava a deslocar ou outros órgãos pélvicos anteriormente, correspondeu a massa palpada à projecção destes órgãos.

Os cordomas são tumores ósseos raros, localmente invasivos e que frequentemente recidivam. São remanescentes da notocorda primitiva e ocorrem geralmente no esqueleto axial, maioritariamente na base do crânio e região sagrada.

Dada a idade do doente e grau de dependência prévio optou-se por não prosseguir com investigação etiológica da mesma e referenciou-se para cuidados paliativos.

IMG167

1239 NEM TUDO O QUE PARECE É...ASCITE!

Maria Manuel Moreira, Cristiana Silva, João Pedro Costa, Maja Petrova, José Pereira de Moura, Armando Carvalho

Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.; Clínica Universitária de Medicina Interna, FMUC

Doente do sexo feminino, de 61 anos, previamente autónoma e sem antecedentes de relevo, recorreu ao serviço de urgência por distensão abdominal com evolução de 4 meses. Ao exame objectivo apresentava abdómen distendido, com circulação colateral marcada, macicez à percussão e sinal da onda ascítica. O relatório da ecografia abdominal referiu derrame peritoneal volumoso. Realizou paracentese evacuadora (drenagem de 7250cc de conteúdo citrino turvo), tendo iniciado terapêutica diurética para provável ascite relacionada com hipertensão portal. No entanto, o líquido drenado revelou características de exsudado, presença de *Staphylococcus aureus* multissensível e gradiente sero-ascítico de albumina de -1, o que motivou que se equacionasse a hipótese de neoplasia oculta. Realizou TC-TAP que revelou lesão quística, com 35x23x36 centímetros, ocupando toda a cavidade pélvica e abdominal de provável origem anexial e ausência de líquido ascítico. A doente foi proposta para laparotomia de urgência pela equipa de Ginecologia.

IMG168

1242 OBLITERAÇÃO TOTAL DA VEIA CAVA INFERIOR DE ORIGEM TUMORAL TROMBÓTICA

Diogo Faustino¹, Liliana Antunes¹, Rita Pocinho¹, Sofia Jardim¹, Ana Cordeiro², Isabel Baptista¹.

1 - Unidade Funcional de Medicina 1.2. 2 - Serviço de Imagiologia. Hospital de São José. Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central.

A invasão tumoral da veia cava inferior (VCI) ocorre em diversas neoplasias com implicações prognósticas e terapêuticas.

Mulher, 49 anos, hipertensa. Anexectomia esquerda (2007) por tumor do ovário (5,7Kg) – histologia com cistoadenoma papilar seroso - sem seguimento posterior.

Internada por dor abdominal e perda de 20Kg com 6 meses de evolução. Anemia ferropénica (hemoglobina 9,3 g/dL), ligeira citocolestase. Ecografia com massa sólida retroperitoneal. Tomografia computadorizada: volumosa massa retroperitoneal (100x80mm) sem plano de clivagem

com o rim direito, trombo tumoral e cruórico da VCI (Fig.1 e 2) desde os eixos ilíacos primitivos até à aurícula direita, com compensação venosa colateral (Fig. 3). Múltiplas lesões pulmonares e hepáticas (maior 47mm). Líquido ascítico sem células neoplásicas. CA 125 162,8 U/mL [<35]. β -fetoproteína 21,37 ng/mL [$<8,78$]. α -HCG e α -2-microglobulina normais.

A degradação rápida com insuficiência renal e hepática com alterações da coagulação, impediu a realização de biópsia. Óbito ao 12º dia de internamento.

Como hipóteses, recidiva do tumor ovárico (peça cirúrgica com carácter benigno mas pelo volume ressecado consideramos possível tecido maligno não identificado); carcinoma das células renais (sem plano de clivagem com o tumor); carcinoma hepatocelular multicêntrico.

Destaca-se apresentação catastrófica, pela dimensão, efeito de massa, invasão local e secundarização.

Os tumores retroperitoneais podem adquirir grandes dimensões até ao desenvolvimento de sintomas. As imagens ilustram o efeito desta evolução silenciosa, com desenvolvimento de mecanismos adaptativos.

A oclusão total da VCI condiciona circulação colateral exuberante, através da parede abdominal, como mecanismo de shunt entre a VCI e a veia cava superior - sugestivo da evolução indolente. A marcada distensão abdominal decorre do efeito de massa do tumor, com evidente diminuição de tecido adiposo abdominal e discreta a quantidade de líquido ascítico intracavitário.

IMG172

1252 LESÃO OCUPANTE DE ESPAÇO DO SNC

Sérgio Antunes da Silva, Elena Ríos, Domingos Sousa, Catarina Jorge, Ana Isabel Rodrigues, Margarida Viana, Rita Fernandes, Sara Duarte, Diana Reis

Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Hospital de Faro

INTRODUÇÃO

: Uma das principais causas de crises convulsivas, em idosos, são neoplasias do sistema nervoso central (SNC), tendo os exames imagiológicos um papel importante no seu diagnóstico. Apresenta-se o caso de um homem, 71 anos, dependente nas actividades de vida, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e oligofrenia ligeira. Enviado ao serviço de urgência após crise convulsiva presenciada com cerca de 20 minutos de duração, com movimentos tónico-clónicos dos 4 membros, com resolução espontânea. Exame físico normal

com excepção de estado pós-ictal. Analiticamente sem alterações. Tomografia computadorizada (TC) crânio-encefálica (CE) identificou lesão fronto-capsular, de limites mal-definidos, sem etiologia óbvia. Ressonância magnética (RM) CE mostrou lesão de aproximadamente 5x5x5cm, com halo de edema, em provável relação com lesão primária do SNC. Este caso demonstra a importância dos exames complementares de diagnóstico imagiológicos e da sua complementariedade; embora a TC permita a identificação de lesões, a RM tem maior sensibilidade para o diagnóstico de lesões ocupantes de espaço, incluindo neoplasias.

IMG174

1256 APLASIA ERITRÓIDE PURA DA MEDULA POR TIMOMA DO TIPO B

Clara Machado Silva; Joana Pimenta; António Braga; Diana Ferrão; Nuno Melo; João Enes Silva; Jorge Almeida

Centro Hospitalar e Universitário de São João

Homem, 47 anos, fumador, sem outros antecedentes de relevo, internado por anemia para estudo. Queixas de astenia, anorexia, perda ponderal de cerca de 15 Kg em 2 meses. Sem queixas álgicas, sem perdas hemáticas objectiváveis. Ao exame objectivo apresentava-se normotenso, ligeiramente taquicárdico com frequências 110 batimentos/minuto, apirético, pálido, com mucosas descoradas, sem outras alterações. Analiticamente, anemia com hemoglobina 4,8 g/dL, normocítica, normocrómica, plaquetas de $282 \times 10^9/L$, sem leucocitose ou alteração da fórmula leucocitária, sem hiperbilirrubinemia, haptoglobina normal, prova de Coombs directa positiva para IgG mas com título baixo, reticulócitos baixos, eritropoietina aumentada, sem esquizócitos, sem outras alterações. Marcadores víricos negativos, sem alterações na electroforese de proteínas. Não apresentava alterações na cinética de ferro. Realizada endoscopia digestiva alta que não mostrou alterações. Transfundidas 3 unidades de glóbulos rubros. Realizado rastreio de neoplasia oculta, com tomografia torácica que mostrou massa heterogénea centrada no mediastino pré-vascular, com 67x64x96 mm. Realizada biópsia da massa que confirmou tratar-se de timoma tipo B. O mielograma e a biópsia de medula óssea mostraram aplasia eritróide pura, provavelmente associada a timoma. Foi iniciada quimioterapia neoadjuvante e corticoterapia 1 mg/Kg/dia e orientado para a consulta de Oncologia, Cirurgia Torácica e Hematologia.

IMG187**1336 QUILOTÓRAX: UMA APRESENTAÇÃO INSUSPEITA DE DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA**

Aurea Lima, Diana Dias, Joana Malheiro, Joana Rodrigues

Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.

O quilotórax, acumulação de líquido quiloso no espaço pleural, pode ter etiologia traumática, pós-cirúrgica ou maligna.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 20 anos, saudável, encaminhada ao serviço de urgência por quadro, com 2 meses de evolução, de astenia e dispneia progressivas associado a cervicalgia esquerda não responsiva à analgesia.

À admissão destaca-se taquicardia sinusal, taquipneia e silêncio auscultatório no hemitórax esquerdo (esq.), sem insuficiência respiratória.

A radiografia torácica revelou opacidade do hemicampo pulmonar esq. e desvio contralateral do mediastino. Analiticamente, com anemia microcítica hipocrômica, aumento da desidrogenase do lactato (LDH) e da proteína C reativa.

Submetida a toracocentese com drenagem de 1000mL de líquido pleural de aspeto leitoso analiticamente compatível com quilotórax (pH 7.5, 935 leucócitos/ μ L - 29% de polimorfonucleares e franco predomínio de linfócitos, proteínas 5.3g/dL, triglicéridos 684mg/dL, colesterol 123mg/dL, glicose e LDH normais, amicrobiano).

A tomodensitometria toraco-abdomino-pélvica detetou uma massa sólida mediastínica, 78x94x121mm, contornos lobulados e sem planos de clivagem com pericárdico, crossa da aorta ou opérculo torácico, com extensão supra-clavicular, associada a atelectasia do pulmão esq. e derrame pleural no hemitórax esq. com sinais de compressão e desvio mediastínico contralateral.

Em internamento foi estabelecido o diagnóstico de Linfoma Hodgkin clássico do subtipo esclerose nodular (estadio II-B). Cumpriu 6 ciclos de quimioterapia com intuito curativo, com evidência de remissão completa após 2º ciclo na tomografia de emissão de positrões.

A presente imagem visa explanar a possível apresentação do Linfoma Hodgkin: apresentação indolente e sem repercussão clínica grave de extenso derrame pleural e volumosa massa mediastínica associada. Mais ainda, reforça a importância do diagnóstico diferencial de derrame pleural, lembrando o quilotórax como causa subjacente.

IMG189**1352 UM CASO DE LESÃO SECUNDÁRIA DA ÓRBITA**

Magda Garça, Maria Beatriz Santos, Pedro Cota, Joana Carreiro, Felipe Gamboa, Patrícia Fragata, Vanessa Ventura, Paulo Ávila, Almerindo Rego

Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira

Mulher de 75 anos, com antecedentes de doença renal crónica, hipertensão arterial e Doença de Parkinson. Trazida ao Serviço de Urgência por quadro de astenia e calafrios com 2 dias de evolução. Negava febre, trauma, alterações gastrointestinais, dor torácica ou défices neurológicos. À observação: hemodinamicamente estável apirética, sem alterações dignas de destaque.

Do estudo complementar realizado: analiticamente com elevação da LDH e PCR. Radiografia torácica e urina II sem alterações.

Para esclarecimento etiológico é internada no Serviço de Medicina Interna.

Do estudo imagiológico realizado foi identificada lesão pulmonar, suspeita de lesões secundárias a nível ósseo, cerebral e ganglionar, destancando-se lesão nodular (21 x 22 mm), tecidular, captante, que inunda o buraco óptico tendo relação com o nervo óptico, músculo recto interno, condicionando lise da parede interna da órbita com inundação da célula etmoidal. (Imagem 1)

Realizou RNM cranioencefálica para melhor caracterização, que revela lesão na vertente superior da órbita direita, condicionando desvio inferior do complexo muscular superior, do nervo óptico e do músculo reto medial, sem condicionar relevante proptose ocular; estende-se pósterosuperiormente ao longo do teto da órbita, encontrando-se na proximidade do ápice orbitário e da fissura orbitária superior, mas não há sinais inequívocos de compressão do nervo óptico nesta topografia. Lesão ocupando espaço justacortical frontal parassagital direita, de configuração arredondada e de limites bem definidos, com cerca de 7,5mm de diâmetro máximo anteroposterior. (Imagem 2 e 3)

Clinicamente sem alterações da acuidade visual ou mobilidade ocular.

Efetou biópsia transtorácica que identificou adenocarcinoma do pulmão.

Os carcinomas de mama e pulmão são os que mais frequentemente metastizam para a órbita e o olho, sendo os locais mais frequentemente afectados os ossos da órbita, a coróide e o espaço retrobulbar

IMG192**1365 SÍNDROME DE VEIA CAVA SUPERIOR**

Sara Brandão Lopes, João Madaleno, Adélia Simão, Armando Carvalho

: Serviço de Medicina Interna; Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.; Clínica Universitária de Medicina Interna, FMUC

Homem de 68 anos, internado eletivamente a partir da consulta externa de Medicina Interna para estudo de metastização óssea difusa. Ao exame físico apresentava edema da face e pescoço e cianose central com distribuição em capelo. Submetido a angiotomografia computadorizada do tórax com evidência de lesão tumoral justamediastínica superior direita, invadindo o mediastino e determinando marcada estenose da veia cava superior, tendo sido submetido a angioplastia com balão e colocação de stent. Posteriormente submetido a broncofibroscopia com biópsia, sendo a histologia compatível com adenocarcinoma pulmonar. A síndrome da veia cava superior é uma emergência cuja a apresentação inclui o edema da face, pescoço, membros superiores e tórax, veias dilatadas visíveis, cianose e plétora. A maioria dos casos associa-se a obstruções malignas. A imagem apresentada enfatiza a importância do exame objetivo no reconhecimento desta emergência.

IMG193**1383 MESOTELIOMA DO PERITONEU: UMA CAUSA RARA DE DOR ABDOMINAL**

Natacha Silveira, Francisco Adragão, Carla Leitão, Helena Rita, Luísa Arez

Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade Hospitalar de Portimão, Serviço de Medicina

Introdução

:

Homem de 83 anos, com antecedentes de insuficiência cardíaca, fibrilhação auricular, doença pulmonar obstrutiva crónica em ex-fumador, diabetes mellitus. Sem história conhecida de contacto com asbestos ou radiação. Recorreu ao serviço de urgência por quadro com 2 meses de evolução de astenia, anorexia, perda de peso (cerca de 15kg em 5 meses) e dor abdominal difusa. Ao exame objectivo estava hipotenso, com abdómen distendido, pouco depressível e com massa palpável na região do hipogastro. Fez tomografia axial computadorizada de abdómen que revelou no hipogastro uma volumosa massa expansiva com 17cm de maior eixo, de aparência quística complexa, exibindo septações internas espessas captantes, assim como realce parietal com áreas de espessamento irregular, com características

de malignidade e ponto de partida no peritoneu colocando-se como hipótese diagnóstica tratar-se de tumor de origem mesotelial. Apresentava também nódulo hepático, supra-renal esquerdo e várias formações quísticas renais bilaterais de natureza indeterminada. Sem evidência de carcinomatose peritoneal ou ascite.

O mesotelioma do peritoneu é um tumor raro, com sintomas clínicos inespecíficos o que dificulta o seu diagnóstico. Por essa razão a descoberta é muitas vezes tardia, com mau prognóstico e opções terapêuticas pouco eficazes na melhoria da sobrevida.

IMG194**1409 HEMATOMA DA LÍNGUA SECUNDÁRIA A COAGULAÇÃO INTRAVASCULAR DISSEMINADA**

José Abreu Fernandes, Fábio Rego Salgueiro, Inês Vieira, João Porto, Manuel Teixeira Veríssimo, Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução

Doente de 77 anos, autónoma para as atividades básicas da vida diária recorreu ao SU por hematoma da língua do terço distal, membros e articulações de aparecimento súbito e formação espontânea associado a anemia hemolítica, trombocitopenia imune e aumento de produtos de degradação da fibrina. Antecedentes pessoais de adenocarcinoma do cego em 2015 sujeitada a hemicolecomia direita de carácter curativo. Desde 2017 que a doente foi seguida por lesões cutâneas cuja histologia é sugestiva de tratar-se de doença metastática proveniente de neoplasia de origem oculta.

Doente não apresentava febre, outros sintomas ou sinais de processo infeccioso ou aumento dos reagentes de fase aguda pelo que se assume o diagnóstico de coagulação intravascular disseminada secundária a neoplasia oculta.

A imagem representa a extensão das lesões hemorrágicas e o hematoma da língua que se trata de uma apresentação rara destes síndromes.

IMG209**1562 DISTENSÃO ABDOMINAL: UMA CAUSA (RAPIDAMENTE) REVERSÍVEL**

Rita Passos Coelho, Pedro Beirão, Vitória Cunha

Hospital Garcia de Orta, serviço de Medicina IV

Mulher de 69 anos, autónoma, sem seguimento médico regular e com antecedentes pessoais

conhecidos de hipertensão arterial medicada e obesidade grau III. Admitida no serviço de Medicina Interna em Março/2018 por síndrome confusional agudo secundário a infecção do tracto urinário. Ao exame objectivo com distensão abdominal exuberante e circulação colateral visível, abdómen pouco depressível, sem massas individualizáveis, indolor à palpação. Solicitada ecografia abdominal para estudo, inconclusiva pelo biotipo e pela intolerância ao decúbito dorsal pelo aumento da pressão intraabdominal e compromisso ventilatório. Realizada tomografia abdomino-pélvica que revelou "volumosa lesão quística de 35x32x40cm, a condicionar desvio de todas as estruturas intraabdominais, de aparente ponto de partida anexial esquerdo, sem vegetações ou septações suspeitas de lesão neoformativa maligna". Submetida a histerectomia e anexectomia bilateral, e exame extemporâneo compatível com "cistoadenoma seroso do ovário esquerdo, sem evidência de atipia citoarquitectural".

Correspondendo o cancro do ovário a 30% dos tumores malignos do tracto ginecológico, e sendo o continente Europeu onde se verificam as mais altas taxas de incidência, aumentos desproporcionados do volume abdominal devem sempre levantar a suspeita de lesões neoformativas, nomeadamente anexiais. Este caso destaca a importância de um exame objectivo completo e raciocínio clínico integrado, e do impacto que isso pode ter na qualidade de vida dos doentes.

IMG212

1579 LESÃO ÓSSEA DA CLAVÍCULA COMO APRESENTAÇÃO DE UM ADENOCARCINOMA PULMONAR

Rita Gamboa Cunha, Mariana Certal, Adelaide Moutinho, Ana Rafael, Sandra Tavares, Sofia Perdigão, Paula Vaz Marques

CHTMAD - Hospital de Chaves

O cancro do pulmão é o mais comum a nível mundial sendo responsável por 20.6% da mortalidade oncológica na Europa. Um em cada 3 doentes apresenta metastização óssea, frequentemente não diagnosticada até causar dor ou complicações ósseas.

Os autores apresentam o caso de um homem de 70 anos, ex-fumador de 70 UMA, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e cardiopatia isquémica. Recorreu ao serviço de urgência por dor no ombro direito associada ao movimento e limitação funcional com 2 meses de evolução e síndrome constitucional com perda de 12 kg em 3 meses. Objetivamente apresentava dor à mobilização ativa e passiva, com limitação da abdução, elevação e rotação interna, e testes de Jobe, Yergason e Lift off positivos. Analiticamente não apresentava

alterações à exceção de uma velocidade de sedimentação de 57 mm/1^ªh e desidrogenase láctica de 266 U/L. A radiografia do ombro mostrou uma lesão osteolítica exuberante no 1/3 externo da clavícula direita com luxação do ombro direito e uma lesão hipotransparente no lobo inferior do pulmão direito. A TAC evidenciou uma provável neoplasia pulmonar no lobo inferior direito com atelectasia e derrame pleural e ainda nódulo suspeito no lobo superior direito e lesão osteolítica no corpo vertebral de L5. A broncofibroscopia confirmou lesão de aspeto infiltrativo na parede posterior do tronco intermediário, hipervascularizada e friável. As biopsias brônquicas confirmaram o diagnóstico de adenocarcinoma compatível com primário pulmonar. A proposta terapêutica foi quimioterapia paliativa e radioterapia óssea.

O adenocarcinoma do pulmão com metástases ósseas à apresentação não é incomum. Neste caso há uma desproporção entre a clínica e a patologia, visto o doente referir apenas dor osteoarticular causada por uma lesão exuberante da clavícula secundária a um adenocarcinoma em estadió avançado, que culminou no óbito do doente 4 meses após o diagnóstico.

IMG220

1606 ACROCIA NOSE – MANIFESTAÇÃO INCOMUM DE CID

Sérgio Pereira, Ana Rita Barradas, Ana Luísa Esteves, Rita Reis, Isabel Madruga

Hospital Egas Moniz (Centro Hospitalar Lisboa Ocidental), Lisboa, Portugal

Descrição

Apresenta-se o caso de um homem de 53 anos, com diagnóstico recente de adenocarcinoma do pâncreas com metastização hepática e trombose da veia porta, ainda sem terapêutica antineoplásica. Um mês antes do internamento diagnosticada Trombose Venosa Profunda (TVP) do membro inferior direito. Anticoagulado com edoxabano. Recorre ao SU por quadro de dor abdominal e edemas dos membros inferiores. Ao exame físico com abdómen doloroso à palpação profunda e edema assimétrico dos membros inferiores com acrocianose dos dedos (mais exuberante à direita) (figura 1). Apresentava pulsos tibiais e pediosos palpáveis (confirmado por eco doppler). Analiticamente a destacar anemia (Hb 7,2 g/dl, normocítica e normocrômica) e trombocitopenia (35000/mcL) associado a leucocitose (26400/mcL). É internado para estudo complementar. Durante o internamento, agravamento progressivo da acrocianose (figura 2) e do estudo analítico a destacar agravamento da trombocitopenia (14000/mcL), D-Dímeros elevados (> 5,0 μg/ml), tempos de coagulação normais (INR 1.6; aPTT 25,4 seg) e níveis baixos de fibrinogénio (0,68 g/L).

Face aos achados clínicos e laboratoriais assumiu-se o diagnóstico de coagulação intravascular disseminada (CID) crónica em contexto neoplásico. O quadro evoluiu desfavoravelmente, tendo o doente falecido pouco tempo após o diagnóstico.

A CID é uma síndrome adquirida caracterizada pelo desequilíbrio do sistema de coagulação. Processos infecciosos, neoplasias malignas, complicações obstétricas podem ser a causa ou complicar-se de CID. Pode apresentar-se por fenómenos hemorrágicos e/ou trombóticos em função da magnitude do desequilíbrio da hemóstase e do tempo de evolução da doença subjacente. A CID crónica pode desenvolver-se de forma mais lenta e subclínica que a CID aguda, sendo que os fenómenos tromboembólicos são mais comuns na primeira. A acrocianose é uma manifestação descrita da CID crónica, embora menos frequente, e pode mesmo ser a apresentação inicial.

IMG222

1616 SERÁ UM TERATOMA??

João Louro, Diana Falcão, Mónica Reis, José Barata

Hospital Vila Franca de Xira

Doente de 75 anos sem antecedentes pessoais conhecidos. Recorreu ao SU por queixas de dispneia, toracalgia direita e tosse seca com cerca de 2 semanas de evolução. Sem outras queixas associadas. No exame objetivo destacava-se uma auscultação pulmonar com franca diminuição do murmúrio vesicular à direita e ferveores subcrepitantes homolaterais.

Analiticamente sem alterações de relevo. No Rx Tórax encontrou-se uma hipodensidade heterogénea que ocupava quase a totalidade do hemitórax direito.

Na TC tórax e posteriormente em RMN Torácica revelou uma massa heterogénea sem envolvimento de estruturas vasculares ou nervosas que desvio de estruturas da linha média.

Foi intervencionada onde efetuou a remoção desta massa com um peso superior a 4000g e com características macroscópicas de benignidade. Neste momento estamos a aguardar o resultado anatomopatológico.

IMG224

1639 HEPATOMEGALIA MACIÇA POR METASTIZAÇÃO DE CARCINOMA DE PEQUENAS CÉLULAS DO PULMÃO

Fernando Mané, Ana Sá, Vanessa Palha, Anna Knoch, Teresa Pimentel, Narciso Oliveira, Carlos Capela

Hospital de Braga

Doente de 80 anos, sexo feminino, recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal e dispneia desde há 1 mês. Apresentava anorexia e emagrecimento não quantificado com cerca de 2 meses de evolução, associados a acessos de tosse não produtiva, dispneia e dorsalgia direita. Sem febre.

Ao exame físico destacava-se murmúrio vesicular diminuído bilateralmente e abdómen globalmente doloroso com fígado palpável com cerca de 10cm abaixo da grade costal, de bordo inferior irregular e superfície nodular.

A imagem de tomografia computadorizada (abaixo) apresentada, mostra uma exuberante hepatomegalia, com inúmeros nódulos dispersos, constituindo metástases de um carcinoma de pequenas células do pulmão, cujo diagnóstico foi obtido por biópsia de neoplasia endobrônquica em broncofibroscopia.

IMG238

1733 'UM GIGANTE SILENCIOSO' - A PROPÓSITO DE UM VOLUMOSO TUMOR DE GRAWITZ

Claudina Cruz, Mário Ferraz, André Goulart, Rui Barata, Mariana Popovici, Mariana Martins, Matilde Fraga, Paolo Iacomini, Jorge Fernandes, Eunice Patarata, Claudia Mihn, Ana Rodrigues, Catarina Pereira, António Panarra

Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Central

Introdução

: O carcinoma de células renais, conhecido por tumor de Grawitz, representa 3% das neoplasias do adulto e a 10ª causa de morte por cancro. A incidência parece ter aumentado cerca de 30% nas últimas duas décadas, sobretudo, pela crescente utilização de exames de imagem que têm permitido o diagnóstico precoce de forma incidental em mais de 50% dos casos. Atualmente é rara a apresentação pela tríade clássica: dor e massa abdominal e hematuria.

Caso clínico: Doente de 61 anos, sexo masculino, melanodérmico, autónomo, carga tabágica de 6

UMA. Recorreu à urgência por queixas com 6 meses de evolução: febre vespertina, hipersudorese noturna, perda de 14% do peso corporal, dor tipo moínha no flanco direito, tumefação inguinal direita com agravamento progressivo e hematúria macroscópica indolor. Ao exame objetivo: GCS 15, emagrecido, pálido, sem adenomegalias ou tiróide palpáveis. Apresentava hérnia inguinal redutível e varicocelo à direita, massa mole e dolorosa no flanco direito. Analiticamente: anemia normocítica e normocrômica e trombocitose. Elevação da PCR (179) e VS (93), hiperglobulinemia policlonal. TC-TAP + Uro-TC: volumosa massa renal direita com 20cm de maior diâmetro, com desvio esquerdo dos órgãos abdominais, sem trombose venosa, invasão local ou metastização. Foi submetido a nefrectomia radical direita. Peça histológica compatível com carcinoma renal de células claras com diferenciação rabdoide, grau histológico G4, estadio pT3N0M0R1.

Discussão: O carcinoma de células claras é o tipo mais comum de carcinoma de células renais (80%), mais frequente no sexo masculino (2:1) e com pico de incidência entre 50-70 anos. A evolução é indolente e com semiologia variável. A tríade clássica é rara (10%) e sugere neoplasia avançada. Com a crescente utilização de exames de imagem seria pouco expectável o diagnóstico de um volumoso tumor Grawitz. Importa realçar um elevado grau de suspeição clínica em doentes com sintomas constitucionais com evolução prolongada.

IMG243

1798 LESOES CUTANEEAS E CARCINOMA INVASIVO DA MAMA – A PROPOZICAO E O SITO DE UM CASO CLINICO

Diana Pessoa, Carolina Capucho Pereira, Fátima Rocha Alves, Susana Ramos Jesus, Ana Leitão, Cândida Fonseca, Luís Campos

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

Introdução

: A neoplasia da mama estadio IV comporta um elevado risco de mortalidade e morbilidade, sendo que metastiza mais frequentemente para o osso, pulmão, pleura e fígado. Apresentamos um caso clínico que implicou diagnóstico diferencial com doença linfoproliferativa, dado a apresentação atípica e exuberante com metastização cutânea e medular extensa, onde se procura realçar a importância da marcha diagnóstica no estudo oncológico.

Trata-se de uma mulher com 84 anos, com história de dislipidemia e osteoartroses. Recorreu ao Serviço de Urgência por astenia, anorexia e alterações cutâneas exuberantes na mama esquerda com extensão ao dorso, com 5 meses de evolução. Apresentava lesões cutâneas eritematovioláceas

confluentes ao nível da mama esquerda e regiões clavicular, subescapular e retroauricular direitas, com extensão ao dorso; e também adenopatias de consistência dura e aderentes aos planos profundos, nas regiões axilares, supraclavicular, cervical e submentoniana. Analiticamente com anemia macrocítica (hemoglobina 10.5g/dL), leucocitose 24400/L, eosinofilia 7650/L, trombocitopenia 96000/L, padrão de citólise hepática e colestase, e ainda hipercalcemia 12mg/dL. Biópsia cutânea compatível com metastase de origem mamária. Resultados também compatíveis com metastase de carcinoma da mama no mielograma, biópsia óssea e biópsia de gânglio axilar. Hipótese confirmada pela biópsia mamária - carcinoma invasivo, moderadamente a pouco diferenciado, com padrão sólido e comedonecrose. Evidência de metastização hepática na tomografia computadorizada. Discutiu-se o caso de neoplasia da mama com metastização hepática, medular, cutânea e ganglionar com Oncologia, não tendo indicação para tratamento. Evolução desfavorável, acabando a doente por falecer.

IMG245

1814 SÍNDROME MÃO-PÉ INDUZIDA POR CAPECITABINA

André Martins, Ana Barbosa, Inês Leite, Marina Fonseca, Rui Victorino

Serviço de Medicina II - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Mulher de 79 anos com neoplasia oculta com metastização pulmonar bilateral em que a investigação etiológica foi compatível com adenocarcinoma do tracto gastrointestinal. Iniciou quimioterapia com capecitabina 15 dias antes da admissão hospitalar. Três dias antes da admissão refere edema simétrico das mãos e pés com dor, sensação de queimadura e eritema palmo-plantar. Foi internada por insuficiência respiratória parcial em relação com metastização pulmonar extensa. Durante o internamento não realizou capecitabina, tendo-se verificado regressão progressiva do edema, sensação de queimadura e eritema palmo-plantar.

A síndrome mão-pé é um efeito secundário conhecido da quimioterapia com vários fármacos, nomeadamente fluorouracilo, doxorrubicina lipossómica e capecitabina. Trata-se de uma reacção cutânea caracterizada inicialmente por disestesia nas palmas das mãos e plantas dos pés, seguida de edema e eritema simétrico, doloroso e bem definido. A redução da dose ou suspensão do fármaco são necessárias para resolução dos sintomas.

Este efeito secundário pode causar desconforto significativo e impotência funcional, diminuindo a qualidade de vida destes doentes e podendo limitar

a dose ou mesmo implicar alteração da estratégia terapêutica.

IMG247

1829 QUANDO O PROBLEMA SE APRESENTA EM ANDARES DISTINTOS

Hugo Costa, Teresa Silva, Adriana Quitério, Ana Baptista

Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Hospital de Faro

Introdução

: Homem, 77 anos, previamente autónomo nas actividades da vida diária, antecedentes pessoais de prostatectomia por provável hiperplasia benigna prostática, é trazido ao serviço de urgência 2 semanas após intervenção cirúrgica descrita por confusão, fala arrastada e diminuição da força muscular no hemicorpo esquerdo. Ao exame objectivo confirmada desorientação temporo-espacial, disartria e hemiparésia esquerda de predomínio braquial. Realizou tomografia computadorizada crânio-encefálica (TC-CE) que revelou 2 lesões ocupantes de espaços - frontoparietal (supratentorial) e cerebelosa (infratentorial) direitas - moldando significativamente o ventrículo lateral ipsilateral e possivelmente infiltrando o corpo caloso, com relato de imagem sugestiva de metastização.

Doente internado para estudo de neoplasia primária. Marcha diagnóstica revelou histologia de peça prostática sugestiva de benignidade, bem como estudo analítico, imagiológico e endoscópico sem alterações suspeitas de lesões primárias ou depósitos secundários. Ressonância magnética nuclear crânio-encefálica demonstrou lesão cerebelosa com cerca de 41 mm x 43mm e lesão frontoparietal 60mm x 36 mm, ambas descritas como sugestivas de lesões de natureza secundária, corroborando relatório de TC-CE. Por estudo negativo, procedeu-se a biópsia guiada por neuronavegação, com histologia sugestiva de glioblastoma IDH wildtype (grau IV, OMS).

Durante internamento, doente com agravamento progressivo e rápido do estado geral, sendo que à data do diagnóstico (glioblastoma multiforme multifocal) foi avaliado por neurocirurgia e oncologia com indicação para cuidados paliativos.

Apresentação pouco comum de glioblastoma (lesões múltiplas em andares diferentes relativamente a território do cerebello, como apresentado na imagem) levou a interpretação errónea e atraso diagnóstico, o que condicionou tratamento (apesar do mau prognóstico).

IMG249

1836 TROMBO NA AURÍCULA DIREITA EM CONTEXTO DE SÍNDROME DE BUDD-CHIARI

Ana Gonçalves, Carlos Ramalheira, Sara Almeida, Rudi Fernandes, Rita Dutschmann, João Machado

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

O síndrome de Budd-Chiari define-se pela presença de obstrução à drenagem das veias hepáticas, podendo ser agudo ou sub-agudo.

Os autores descrevem um caso de um doente de 71 anos, sexo masculino, admitido por quadro de ascite volumosa, dor no hipocondrio direito e fadiga, com várias semanas de evolução.

À admissão encontrava-se vigil e orientado, com tensão arterial: 135/70mmHg, frequência cardíaca: 80bpm, auscultavam-se discretos fervores bi-basais e sopro sistólico grau II/IV em todo o pré-córdio. O abdómen estava distendido e com dor à palpação no hipocondrio direito. Edemas dos membros inferiores. Analiticamente destacavam-se alterações das provas hepáticas, com padrão de citocolestase.

O ecodoppler abdominal complementado com ressonância magnética abdominal, revelou a presença de trombose da veia supra hepática e veia cava inferior com extensão até à aurícula direita, traduzindo um caso de síndrome de Budd-Chiari.

Após investigação, verificou-se que a sua existência, estaria relacionado com um colangiocarcinoma intrahepático, entretanto diagnosticado por biópsia.

A imagem do ecocardiograma apresentado, confirma a presença de um trombo de 5x4x3cm de dimensões, na aurícula direita

IMG253

1905 SÍNDROME DE RICHTER

Miguel Alves, João Fernandes, Raquel Gil, Rita Silva, Adelaide Esteves, Eugénia Madureira

ULS NORDESTE - Hospital de Bragança

O Síndrome de Richter define-se pela transformação de uma Leucemia Linfocítica Crónica de células B (LLC-B) num linfoma muito mais agressivo, que na maioria dos casos corresponde a um Linfoma Difuso de Grandes Células B. Esta transformação ocorre em até 10% das LLC e confere invariavelmente um prognóstico sombrio face ao da doença hematológica original. Relatamos o caso de uma mulher de 87 anos, com antecedentes de LLC-B desde há 10 anos, anticoagulada com Apixabano no contexto de uma fibrilhação auricular, que recorreu ao Serviço

de Urgências por um quadro de melenas. O estudo endoscópico alto revelou incontáveis úlceras no estômago e duodeno, algumas das quais com hemorragia ativa. Foi realizada hemostase nos focos hemorrágicos e efetuadas biópsias, cuja análise anatomopatológica, revelou um linfoma difuso de grandes células B. A doente viria a falecer 10 dias após o episódio de hemorragia. Destacamos este caso pela espetacularidade das lesões encontradas na endoscopia alta, e pela importância de ter em conta esta entidade no diagnóstico diferencial da doença ulcerosa gastroduodenal.

IMG267

2041 A TORMENTA DA NEOPLASIA – UMA REALIDADE COM VÁRIAS FACES

Joana Raquel Monteiro, Sónia Santos,
Fernanda Pinhal, Célio Fernandes

Centro Hospitalar de Leiria

A neoplasia continua a ser uma das principais causas de mortalidade, tendo o internista um papel determinante em diferentes estadios da doença, muitas vezes no diagnóstico.

Caso 1 – Homem, 67 anos, antecedentes de carcinoma renal operado, hepatectomia parcial e carcinomatose peritoneal operada e submetido a quimioterapia. Admitido por mal-estar geral, arrepios, cefaleias e dor abdominal no flanco direito. TC abdomino-pélvica: pequena massa com 2.4cm na loca renal esquerda, provável recidiva; fígado aumentado heterogéneo com várias imagens nodulares hipodensas e hiperdensas à periferia compatíveis com metástases, a maior com 6cm; cólon com massa de grandes dimensões com 8.7x6cm com densificação e nodularidade da gordura óssea adjacente; lesão lítica no ílio direito, provável metástase.

Caso 2 – Homem, 65 anos, antecedentes de úlcera gástrica e hérnia do hiato, referenciado por mialgias, anorexia, astenia, perda ponderal, dor epigástrica e palidez cutânea com 6 semanas de evolução. Angio-TC toraco-abdomino-pélvica: múltiplos nódulos parenquimatosos pulmonares dispersos, o maior à esquerda com 10mm, compatíveis com metástases pulmonares; tromboembolismo pulmonar envolvendo ramos segmentares e subsegmentares das artérias pulmonares para a pirâmide basal e para o lobo superior esquerdo; gânglios pré-vasculares, para-traqueais inferiores direitos e esquerdos, o maior com 23x10mm; fígado aumentado heterogéneo com múltiplas imagens nodulares hipodensas com tendência à confluência de aspeto sólido, prováveis metástases a maior com 9cm; nódulo sólido na glândula supra-renal direita com 16mm; múltiplas adenopatias celiacas a maior com 5x2.1cm. Colonoscopia: lesão vegetante ulcerada aos 30cm da margem anal, que

condiciona estenose luminal. Histologia compatível com adenocarcinoma coloretal de baixo grau.

Pelas suas grosseiras formas, estas imagens são um alerta para uma realidade que devemos ao máximo prevenir. São imagens que ainda chocam.

IMG268

2045 ADENOCARCINOMA PULMONAR

André Santos, Lénia Porto, Dora Gomes,
Giovana Ennis, Carolina Ferreira, Joana
LEmos, António Correia

Centro Hospitalar Tondela Viseu

Adenocarcinoma pulmonar em Radiografia (Rx) de Tórax e Tomografia Computorizada (TC) relativos a homem de 58 anos, fumador (58 UMA), que recorreu ao serviço de urgência por quadro de tosse e toracalgia localizada à região superior do hemitórax esquerdo com 1 semana de evolução.

No Rx de tórax podemos ver a existência de uma opacidade em semicírculo no 1/3 superior do campo pulmonar esquerdo, periférica, que levantou a suspeita de massa sólida vs. derrame pleural loculado. O estudo por TC mostrou tratar-se de uma volumosa massa (93x52mm de maiores eixos) centrada no LSE, compatível com adenocarcinoma pulmonar no estudo anatomopatológico.

As neoplasias pulmonares são frequentemente insidiosas, não produzindo habitualmente sintomas até que a doença se encontre em estádios avançados. Os sintomas habituais dependem da localização do tumor, sendo a tosse, hemoptise, obstrução brônquica, dor torácica e dispneia os sintomas iniciais mais frequentes. Apesar destas características, a imagem apresentada não deixa de ser surpreendente dada a exuberância da massa detectada face ao tempo de evolução dos sintomas, bem como a sua localização periférica com envolvimento pleural, característica que se encontra associada à ocorrência de toracalgia.

IMG269

2049 O ESTRANHO MUNDO DO MIELOMA

Iuliana Cusnir, Carolina Nunes Coelho, Filipa
Gamboa, Diana Vital

Hospital de Santarém

O Mieloma Múltiplo uma neoplasia hematológica caracterizada pela proliferação clonal de plasmócitos malignos no microambiente da medula óssea associado ao surgimento de proteína monoclonal sérica e/ou urinária e presença de disfunção de órgãos-alvo. É responsável por cerca de 1% das doenças malignas e por mais de 10% das neoplasias hematológicas. A sua incidência tem vindo a

aumentar nos últimos anos, estimando-se 100.000 habitantes/ano. Predomina no sexo masculino com idade média dos doentes é de 65 anos.

A clínica resulta do efeito da massa tumoral e/ou das proteínas e das citocinas segregadas pelas células tumorais, por isso 2/3 dos doentes apresentam dores ósseas, que se agravam com a mudança de posição e se associam a fracturas patológicas. A osteólise maligna surge em 80% dos casos, caracterizando-se por hipercalcemia, osteoporose, dores e/ou fracturas ósseas

No caso clínico as autoras apresentam um caso de um doente de sexo masculino, com 65 anos de idade que foi diagnosticado com Mieloma Múltiplo de cadeias leves lambda livres, estadio 3 em dezembro 2017, que não respondeu a tratamento hematológico, e surge com múltiplos plasmocitomas (comprovados por histologia), localizados no esqueleto axial e crânio conforme apresentado nas imagens.

Por ser uma imagem interessante e desafiante as autoras apresentam essas imagens

IMG272

2074 EDEMA DA FACE AO OLHAR DO INTERNISTA

Paulo Almeida, Daniela Meireles, Diana Carvalho, Margarida Eulálio, Inês Vidal, Ana Araújo, Beatriz Pinheiro

Centro Hospitalar do Baixo Vouga

A síndrome da veia cava superior (SVCS) é causada por obstrução/compressão gradual e insidiosa da veia cava superior, caracterizando-se por fácies pletórica, edema e ingurgitamento vascular do pescoço e parte superior do tronco. Cerca de 60 a 95% das SVCS são de etiologia maligna (sendo as neoplasias pulmonares e os linfomas não Hodgkin responsáveis por cerca de 95-99% dos casos).

Apresenta-se um homem de 57 anos com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e adenocarcinoma cólico moderadamente diferenciado (pT3N1bM0) submetido a tratamento cirúrgico e quimioterapia em 2014, estando em controlo clínico atualmente. Referência a noção de edema da face e do pescoço, obstrução nasal, disfonía e astenia para esforços moderados com cinco meses de evolução. Sem dispneia, tosse ou outras queixas. Associadamente com história de trombose da veia subclávia direita há cerca de 4 meses, associada a cateter venoso central totalmente implantável, tendo sido retirado e iniciada hipocoagulação. Nesse contexto, foi observado por Otorrinolaringologia e Imunoalergologia que excluíram necessidade de cuidados. Referenciado a consulta de Medicina Interna para estudo de edema da face. Objetivamente apresentava fácies

discretamente pletórica e edemaciada, edema e ingurgitamento vascular do pescoço associado a circulação colateral superficial torácica (Imagem apresentada). Sem edema dos membros superiores ou outras alterações. Realizou angiotomografia computadorizada que confirmou trombose da veia cava superior com exuberante circulação colateral ao nível da raiz cervical direita e hemitórax direito. Excluída indicação para recanalização cirúrgica, manteve hipocoagulação oral.

Pretende-se salientar a importância de um exame objetivo rigoroso a fim de detetar sinais sugestivos de SVCS. Além disso, destaca-se a evolução insidiosa da instalação clínica explicada pela exuberante circulação colateral.

IMG273

2084 CARCINOMA ADENOESCAMOSO – UMA APRESENTAÇÃO RARA

Andreia Matos, João Pereira Oliveira, Laura Machado, Diana Ferreira, Arsénio Santos, Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

O carcinoma adenoescamoso constitui uma neoplasia rara de células com diferenciação escamosa e glandular e associa-se a tumores de maior agressividade. Quando de origem pulmonar constitui um subtipo raro do carcinoma de pequenas células (0,4-4%), maioritariamente diagnosticado em homens, fumadores, e com idade média de 68,7 anos. Quando de origem prostática é descrito em < 1% dos tumores da próstata. A hipercalcémia ocorre em 10 a 30% dos tumores sólidos. Os autores apresentam um homem de 57 anos, com perda de peso significativa e tumefacções no couro cabeludo. Tinha desorientação progressiva e incapacidade total para atividades de vida diárias. Antecedentes de tabagismo, alcoolismo e hepatite C. Ao exame objetivo: FOUR coma scale 12, tumefacções moles na calote craniana, parieto-occipital esquerda e parietal direita; tumefacções pétreas submandibulares, cervical, pré-traqueal e supraclaviculares. Hemograma normal; hipercalcémia 19,8 mg/dl (com PTH normal); lesão renal aguda AKI KDIGO 3; VS 46 mm/hora; monoclonalidade para cadeias leves lambda (cadeias λ=7,55 g/L), SCC 11 ng/ml (<1,5); neuroenolase específica 26 ng/ml (<15), CYFRA 21.1 13 ng/ml (< 3,3); cromogranina A 168,9 ng/ml (< 85); PSA normal. ARN-VHC 448 UI/ml, AgHBs e VIH negativos. A tomografia computadorizada (TC) crânio-encefálica (figura 1-A) evidenciou múltiplas lesões osteolíticas. A TC toraco-abdomino-pélvica evidencia metastização ganglionar, óssea e peritoneal, com nódulo prostático suspeito e infiltrado pulmonar bibasal. A ressonância magnética (figura 1-B) evidencia múltiplas lesões heterogêneas osteolíticas na calote

craniana, com extensão epicraniana e epidural a condicionar rectificação da superfície do hemisfério cerebeloso esquerdo. A citologia aspirativa de gânglio cervical revelou aspectos compatíveis com carcinoma adenoescamoso com provável origem pulmonar (TTF-1 negativo). O doente faleceu no decurso da progressão da neoplasia.

IMG274

2086 NOVA CAUSA PARA MANIFESTAÇÃO CUTÂNEA RARA? UM CASO ATÍPICO DE COLAGENOSE PERFURANTE REATIVA

Yolanda de Sá Pereira, João Roque, Nuno Veira Brito, Jorge Silva Ferreira, Ângela Roda, Maria João Gomes, Luis Soares-Almeida, Vítor Ramalhinho

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Hospital Santa Maria - Serviço de Medicina I

A colagenose perfurante reativa (CPR) é uma dermatose rara do grupo de doenças perfurantes transepiteliais que se manifesta por lesões hiperqueratóticas pruriginosas. Existem 2 formas distintas, a CPR hereditária, com maior incidência na adolescência, e a CPR adquirida, que ocorre sobretudo no adulto. A CPR adquirida associa-se à diabetes e à doença renal crónica, tendo também já sido descrita em indivíduos com doença hepática, autoimune, neoplasias, infeção por herpes zoster, SIDA, hiperparatiroidismo e hipotireoidismo. O tratamento deve passar pelo controlo do prurido e resolução da patologia subjacente. CASO CLÍNICO: Homem de 60 anos, sem diagnósticos prévios ou medicação crónica, com hábitos tabágicos e etílicos, que recorreu ao Serviço de Urgência por dor no membro inferior direito com um mês de evolução. À observação estava hemodinamicamente estável, emagrecido, com hepatomegalia, empastamento da fossa ilíaca direita, hipocratismo digital, e o membro inferior direito encontrava-se arrefecido, com pulsos pedioso e tibial posterior de pequena amplitude, identificando-se lesões digitais arredondadas com centro hiperqueratótico (Imagem 1) e outras com necrose central na região maleolar. Avaliação laboratorial: Hb 8,5g/L, VS 62mm, Fosfatase alcalina 168U/L, GamaGT 68U/L, PCR 21.3mg/dL, sem outras alterações. Na restante investigação foi identificado nódulo solitário no lobo superior do pulmão direito sugestivo de neoplasia primária, cuja investigação foi recusada pelo doente, e fistulas de ponto de partida no apêndice vermicular, condicionando dois abscessos hepáticos de grandes dimensões, com diagnóstico posterior de Apendicite Crónica. As lesões digitais foram biopsadas e foi feito o diagnóstico histológico de CPR (Imagem 2 coloração H&E, Imagem 3 coloração van Gieson). De acordo com a literatura, não existem casos descritos de CPR em associação com Apendicite crónica e os relatos em contexto paraneoplásico de

neoplasia do pulmão são muito raros.

IMG275

2099 METÁSTASES HEPÁTICAS COMO APRESENTAÇÃO DE TUMOR NEUROENDÓCRINO

Inês Gonçalves, Filipa Pinho, Laura Costa, Camila Oliveira, Francisco Gonçalves, Luisa Pinto e Carlos Capela

Hospital de Braga

As lesões hepáticas podem ser causadas por múltiplas patologias, benignas e malignas, pelo que estabelecer o diagnóstico, é fundamental para iniciar tratamento. Entre as etiologias a considerar estão neoplasias e infeções.

Os autores apresentam o caso de um homem de 56 anos, sem antecedentes pessoais de relevo. Dos antecedentes familiares, destaca-se mãe com neoplasia gástrica. Admitido por dor abdominal no epigastro e hipocôndrio direito com uma semana de evolução, associada a febre e vômitos pós-prandiais. Sem sintomas constitucionais. Analiticamente, de relevo, apresentava ligeira citólise hepática e aumento da proteína C reativa. Serologias víricas foram negativas. A tomografia computadorizada (TC) abdominal mostrou "múltiplas lesões focais distribuídas por ambos os lobos, as maiores com 6 a 9 cm, de textura sólida, com captação heterogênea e hipovasculares." Colocadas como hipóteses principais, lesões secundárias ou infecciosas. Uma vez que clínica era aguda e estava associada a aumento dos parâmetros inflamatórios, iniciou ceftriaxone e metronidazol, com melhoria da dor, desaparecimento da febre e normalização dos parâmetros analíticos. Biopsia dirigida por TC de lesão mostrou "metástase hepática de neoplasia epitelial de fenótipo sugestivo de diferenciação neuroendócrina".

Na investigação de tumor primário, na endoscopia digestiva alta, identificada lesão de caráter vulcânico com ulceração central do estômago, cuja histologia confirmou carcinoma gástrico neuroendócrino pouco diferenciado. No estadiamento sem mais lesões secundárias. Em consulta de grupo oncológico decidido iniciar quimioterapia.

Os autores consideram que, neste caso, as lesões hepáticas eram secundárias a carcinoma neuroendócrino gástrico, muito possivelmente com sobreinfecção.

Os tumores neuroendócrinos (TNE) são neoplasias raras e apresentam um desafio no diagnóstico e tratamento. Os TNE não funcionantes evoluem frequentemente sem sintomas ao longo de anos, sendo o diagnóstico tardio.

IMG280**2126 DIAGNOSTICO EM ESTADIO AVANÇADO**

Adriano Pacheco Mendes, José Miguel Silva, Maxim Suleac, Armando Nodarse, Ana Maria Costa, Isabel Soles

Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano - Hospital de Portalegre

Introdução

: Doente do sexo masculino, 55 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, alcoolismo, abuso de substâncias ilícitas não especificadas mas em tratamento com metadona, com história de internamento no Serviço de Psiquiatria em 2013, foi trazido ao serviço de urgência por quadro de dificuldade respiratória, taquipneia e prostração. Tratava-se de um doente com contexto familiar desconhecido e incapaz de fornecer história. Ao exame objectivo apresentava-se hipotenso, taquicárdico, com saturação periférica de oxigénio baixa, uma auscultação cardíaca francamente hipofonética e uma ausência do murmúrio vesicular no hemitórax direito. Dado o quadro e para um melhor esclarecimento da imagem de radiografia de tórax, pediu-se uma tomografia axial computadorizada de tórax que revelou uma imagem sugestiva de neoplasia pulmonar dado a uma volumosa lesão hipodensa no lobo inferior do pulmão direito, associada a uma disseminação ganglionar com extensas adenopatias mediastínicas e com um espessamento nodular pericárdico com volumoso derrame.

IMG282**2154 DISCRASIA HEMORRÁGICA ASSOCIADA A ADENOCARCINOMA DO PÂNCREAS**

João Gramaça, Sara Garez Gomes, Teresinha Ponte, Filomena Carneiro, Fátima Campante

Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Doente de 72 anos do sexo masculino, melanodérmico, com carga tabágica de 10 unidades maço-ano, sem outros antecedentes, desloca-se à urgência por percepção de escleróticas de cor amarelada com cerca de 4 semanas de evolução, a que se associaram na semana prévia à observação hematemese. A observação apresentava-se ictérico e com dor à palpação abdominal profunda nos quadrantes superiores.

Laboratorialmente apresentava hiperbilirrubinémia directa com elevação da enzimologia hepática com padrão colestático, assim como marcado prolongamento do INR (13.96), sem alteração do APTT.

Realizou tomografia computadorizada abdominal

que mostrou via biliar principal acentuadamente dilatada, com um diâmetro de 26 mm, associada a dilatação das vias biliares intra-hepáticas até à cabeça do pâncreas, onde se identificava volumosa formação nodular com 7 cm de diâmetro, referindo-se ainda significativa ectasia do Wirsung, de 5 mm; o fígado tinha várias formacoes nodulares sugestivas de metastização hepática; observava-se ainda dilatação gástrica. Realizou endoscopia digestiva alta que mostrou extensa ulceração do 1/3 inferior do esófago em toda a circunferência, com vários focos de ponteado hematínico.

Assumiu-se o diagnóstico de discrasia hemorrágica por défice de vitamina K em contexto de insuficiência pancreática exócrina secundária a compressão por massa da cabeça do pâncreas.

A nível de controlo da discrasia hemorrágica, o doente iniciou reposição endovenosa com fitomenadiona assim como pancreatina. Após reIntrodução

de dieta líquida e reposição de vitamina K durante 5 dias, a segunda foi suspensa, com manutenção do INR entre 1.2 e 1.4.

Foi realizada biópsia de uma das lesões hepáticas cujo exame histopatológico se mostrou compatível com adenocarcinoma do pâncreas.

A partilha destas imagens serve para demonstrar as possíveis consequências clínicas de neoplasias dos pâncreas localmente avançadas, que se podem manifestar com apresentações atípicas, como discrasia hemorrágica.

DOENÇAS RENAIIS**IMG004****64 LITÍASE INTRAVESICAL**

Rita Varudo, Rosa Alves, Tiago Ferreira, Tiago Judas

Hospital Garcia de Orta

Mulher de 80 anos, com antecedentes de fratura do colo do fémur esquerdo e infeções do trato urinário de repetição. Internada por AVC isquémico e cistite aguda, tendo cumprido 7 dias de cefuroxime, sem isolamento de agente em culturas. Durante o internamento, por recorrência das queixas urinárias e exuberância da sintomatologia associada a elevação dos parâmetros inflamatórios, foi realizado novo rastreio séptico, que se revelou negativo. Instituída antibióterapia de largo espectro. Por ausência de melhoria e instalação de dor abdominal importante, foi realizada TC abdominal que revelou uretero-hidronefrose moderada a grave bilateral com volumosa formação litiásica intravesical (52x31x44 mm) que se assumiu como causa obstrutiva. Foi encaminhada para consulta

de Urologia.

IMG023

185 FALSA PIELONEFRITE – URINOMA PERI-RENAL

Ângela Almeida, Cristina Cunha, Jorge Cotter

Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães

O urinoma decorre do extravasamento de urina para o retroperitонеu que, causando lipólise do tecido adiposo circundante, se encapsula. De entre as suas etiologias, destacam-se obstrução do trato urinário, neoplasias e trauma, seja ele involuntário ou por instrumentação.

Reporta-se caso de uma senhora de 81 anos, autónoma, com antecedentes de HTA, DM tipo 2 sob medidas dietéticas, dislipidemia e com colocação recente de prótese total do joelho esquerdo, sem história traumática. Admitida na enfermaria de Medicina por suspeita de pielonefrite aguda esquerda e lesão renal aguda AKI 3, com dor intensa nos quadrantes abdominais esquerdos e oligúria. Na sequência de ecografia renal com hidronefrose sem evidência de obstrução, realiza TC abdominopélvico, que documenta uretero-hidronefrose bilateral, com distensão vesical e líquido no espaço para-renal esquerdo alcançando a fossa ilíaca esquerda, compatível com urinoma. Melhoria clínica após algaliação e início de antibioterapia. Teve alta medicada com tansulosina e orientada para consulta de Urologia e Fisiatria/Pavimento Pélvico, com indicação para manter algaliação até reavaliação.

IMG032

232 LITIASE VESICAL - NINHO DE OVOS

Mariana Pacheco, Clara Silva, Susana Ferreira, Jorge Almeida

Centro Hospitalar Universitário de São João

Doente de 93 anos, mRankin4, com antecedentes de neoplasia do recto submetido a amputação abdominoperineal e litíase endovesical submetido a cistotomia em 2010. No decurso do internamento, por quadro de dor e distensão abdominal marcada, foi realizada tomografia computadorizada toracoabdominopélvica que evidenciou além de quadro oclusivo intestinal proposto para abordagem conservadora, dadas as comorbilidades, recidiva de litíase vesical exuberante com visualização de 5 cálculos de cerca de 3 cm de diâmetro cada.

IMG038

277 RIM INTRATORÁCICO

Catarina Almeida, Cátia Figueiredo, Nídia Oliveira, Gabriela Venade, Alexandra Vaz, António Correia

Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Homem, 77 anos, autónomo, recorre ao Serviço de Urgência por quadro de dor abdominal difusa associada a náuseas, vômitos e diarreia aquosa sem sangue ou muco com 1 dia de evolução; sem febre, tosse ou dispneia. Ao exame objetivo de salientar diminuição do murmúrio vesicular no 1/3 inferior direito com macicez à percussão. Antecedentes de apendicectomia e colecistectomia; sem história de traumatismos ou acidentes prévios. A radiografia do tórax revelou uma hipotransparência no 1/3 inferior direito. Ecografia torácica sem imagem sugestiva de derrame pleural e rim direito não observado na ecografia abdominal (suspeita de agenesia). Analiticamente sem alterações da função renal ou elevação dos marcadores inflamatórios. Realizou tomografia computadorizada do tórax para esclarecimento que revelou uma volumosa hérnia de Bochdalek à direita encontrando-se o rim e ângulo hepático do colón em situação intratorácica.

A hérnia de Bochdalek é uma hérnia diafragmática congénita causada por um defeito na parede diafragmática posterolateral. Em 80 a 90% dos casos ocorre à esquerda e o seu conteúdo mais frequente é intestino delgado, colón, baço, estômago e fígado. Na maioria dos casos dá sintomas durante o período neonatal, sendo rara nos adultos (0.17 a 6%). Quando surge nos adultos é assintomática em 25% dos casos sendo o seu diagnóstico feito de forma incidental, tal como no caso descrito. O rim intratorácico representa apenas 5% das ectopias renais. A presença de um rim ectópico intratorácico associado à hérnia de Bochdalek é uma condição rara, com uma incidência de apenas 0.25%.

O tratamento desta patologia pode passar pela correção cirúrgica do defeito diafragmático optando-se na maioria das vezes por manter o rim em posição intratorácica. Neste caso dado a idade do doente e pelo facto de se encontrar assintomático, sem insuficiência respiratória nem alterações da morfologia ou função renal, optou-se por manter apenas vigilância.

IMG042**325 QUANDO A CLÍNICA SE SOBREPÕE AO OLHO TREINADO**

Diogo Costa Santos, Graça Lérias, Isabel Madruga

Hospital de Egas Moniz - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

Homem de 43 anos com doença renal poliquística autossômica dominante, internado por disúria, hematúria macroscópica com coágulos, lombalgia bilateral e vômitos; febril com murphy renal positivo bilateralmente; Leucócitos $26.3 \times 10^9/L$; PCR 45.1 mg/dL; estudo imagiológico inicial com TC-renal sem alterações sugestivas de foco renal. Iniciou empiricamente cefuroxime, assumindo-se foco urinário com pielonefrite aguda. Posterior isolamento de E.coli sensível à antibioticoterapia prescrita. Constatou-se manutenção do quadro clínico e laboratorial, com febre sustentada ao final de 7 dias de terapêutica dirigida. Repete nova TC-renal para avaliação de eventuais complicações, não se identificando alterações de novo. Perante a provável hipótese de quistos renais infectados, foram discutidas e reavaliadas as imagens de TC com o Serviço de Radiologia que realizou ecografia renal, confirmando a presença de quistos bilaterais de conteúdo não puro (círculos), sem fluxo de Doppler interno (asterisco); litíase e ainda área do polo inferior do rim direito com foco nefrítico. Perante diagnóstico e dada terapêutica adequada com cefuroxime, cumpriu 4 semanas de antibioticoterapia com resolução completa do quadro.

IMG043**343 DOENÇA RENAL POLICÍSTICA AUTOSSÔMICA DOMINANTE COM ATINGIMENTO HEPÁTICO**

Ana Andrade Oliveira; Joana Morais; Olga Pires; Inês Burmester; Paulo Gouveia; Maria João Regadas; Carlos Capela

Hospital de Braga

A doença renal policística autossômica dominante é uma doença genética com uma prevalência de 1 para 500 habitantes, sendo caracterizada pela presença de cistos renais e em 25-50% dos casos hepáticos. Estas imagens são referentes a uma mulher de 65 anos com doença renal policística autossômica dominante e atingimento hepático significativo, já em programa regular de hemodiálise. A TAC mostra múltiplos cistos biliares hepáticos e inúmeros cistos renais bilaterais. Apresentam-se estas imagens de forma a destacar a exuberância da apresentação imagiológica desta doença, assemelhando-se os rins a "cachos de uvas".

IMG072**555 RINS EM FERRADURA - UMA PEDRA NO RIM?**

Marta Pina (1), Denise Magalhães (2), J. Vasco Barreto (3)

(1) Oncologia Médica, IPO do Porto; (2) Oncologia Médica, Hospital Pedro Hispano; (3) Medicina Interna, Hospital Pedro Hispano

Apresentamos o caso de uma senhora de 81 anos, com dislipidemia, demência e litíase vesicular. Recorreu ao serviço de urgência por agitação e febre de início no próprio dia. Referia ainda dor lombar direita de instalação súbita com 2 dias de evolução. Tinha tratado infeção urinária com fosfomicina 3 semanas antes. Apresentava Murphy renal positivo à direita, proteína C reativa de 242.5 mg/L e leucocitúria. A tomografia computadorizada abdominal evidenciou rins em ferradura; múltiplos cálculos bilaterais; acentuada ectasia do ureter direito, condicionada por cálculos no seu terço distal; espessamento do urotélio do bacinete e ureter, a traduzir pielonefrite. Foi submetida a cateterização ureteral e antibioticoterapia, com melhoria clínica e imagiológica.

O rim em ferradura é a anomalia de fusão renal mais comum. Contudo, encontra-se presente em apenas 0.25% da população. A maioria dos casos é esporádica, como no caso acima apresentado, no entanto pode fazer parte de uma síndrome genética como a síndrome de Edward, Turner ou Down. Por si só não requer qualquer tratamento. No entanto, além de aumentar o risco de neoplasia renal primária, predispõe para formação de cálculos (presentes em 36% dos casos), hidronefrose e infeções pieloureterais.

Legenda: Rim em ferradura. Cortes frontais (a,b); cortes axiais (c,d).

IMG074**566 ABCESSO RENAL - HIDDEN IN PLAIN SIGHT**

Pedro Madeira Marques, Rita Tourais Martins, Alexandra Paula, Eduardo Doutel Haghighi, José Barata

Hospital de Vila Franca de Xira

Doente de 67 anos, sexo feminino, com antecedentes de demência vascular AVC isquémico e diabetes mellitus tipo 2 não insulinotratada, medicada habitualmente com clopidogrel, encaminhada ao Serviço de Urgência do nosso hospital por astenia, náuseas e vômitos. Ao exame objectivo normotensa, taquicárdica, apirética, sem outras alterações. Analiticamente com hiperlactacidemia, anemia, leucocitose

com neutrofilia, PCR elevada, hiperglicemia e lesão renal aguda. Exame sumário da urina com leucocitúria. Isolada em urocultura *Escherichia coli* multissensível e iniciada amoxicilina 1g de 8/8h. Para exclusão de infecção urinária complicada e por dor a nível do flanco direito de novo, foram pedidas, primeiro ecografia renal e abdominal, e depois tomografia computadorizada abdominal que revelaram a presença de volumosos abscessos confluentes, com provável ponto de partida renal, multi loculados, com cerca de 15cms, ocupando todo o espaço hepatorenal, estendendo-se até à cavidade pélvica, sendo que, nessa localização, a maior massa atingia 19cms. Estendiam-se ainda para a região peripancreática, condicionando compressão da via biliar no hilo. Visualizavam-se ainda múltiplos cálculos coraliformes no rim direito, associado a atrofia marcada do parênquima renal direito. Presença ainda de coleções dispersas no tecido adiposo. Iniciou drenagem percutânea do abscesso, tendo sido isolado *Proteus mirabilis* multissensível, e iniciada ampicilina, sem melhoria significativa, com necessidade de drenagem cirúrgica. Melhoria clínica progressiva, com alta orientada para a consulta externa de urologia para eventual nefrectomia direita.

Este caso exemplificativo alerta-nos para o facto de situações que inicialmente parecem banais poderem esconder por trás uma patologia bem mais grave e complexa, neste caso de provável carácter crónico, exigindo uma mente organizada e aberta por parte do internista para poder fazer o diagnóstico correcto.

IMG107

781 Q'UISTO?

Miguel Martins, Afonso Rodrigues

Centro Hospitalar de Lisboa Central

Imagem típica de um rim poliquístico em tomografia computadorizada - exame mais sensível para visualização dos quistos, que se apresentam como estruturas arredondadas, com atenuação de conteúdo líquido, de paredes finais e regulares, quase imperceptíveis.

Este doente, homem de 55 anos e com diagnóstico conhecido doença renal poliquística autossómica dominante (DRPAD), também apresenta quistos ao nível do baço, presente somente em 5% dos casos.

As imagens foram capturadas no contexto de uma entrada em serviço de urgência por provável sobreinfecção de um quisto - complicação responsável pela morte em 24% dos casos de DRPAD. Contudo, a principal causa de morte nesta doença é por envolvimento cardíaco (valvulopatia, hipertrofia e doença coronária)

IMG139

1037 "GRAVIDEZ" INESPERADA - UMA IMPRESSIONANTE IMAGEM DE RETENÇÃO URINÁRIA (SUB)AGUDA

Filipa Taborda, Isa Silva, Madalena Sousa e Silva, Mariana Vieira, Ana Grilo

Hospital de Cascais

Um homem de 97 anos de idade, previamente dependente, com história de hiperplasia benigna da próstata (HBP), é enviado ao Serviço de Urgência por dor abdominal e paragem de emissão de gases e fezes, com tempo de evolução desconhecido. A observação da admissão com abdómen distendido, não depressível, de consistência firme, com percussão compatível com submacicez, não se individualizando massas. Pela história sugestiva de eventual quadro de oclusão/subocclusão intestinal pedida TC abdominal que documentou franca uretero-hidronefrose bilateralmente e muito marcada distensão da bexiga com cerca de 30cm de eixo longitudinal. Analiticamente com lesão renal aguda com componente pós-renal predominante. Introduzido cateter vesical com drenagem de cerca de 10 000mL de urina clara, tendo alta algaliado após normalização da função renal e exclusão de intercorrência infecciosa.

A ruptura espontânea da bexiga é uma entidade muito rara, mas está descrita em alguns casos de grande aumento da pressão intravesical em doentes com retenção urinária aguda. Apesar de se desconhecer o tempo de evolução do quadro, e face os antecedentes de HBP conhecidos, os autores acreditam que esse desfecho foi prevenido por uma instalação subaguda da retenção num doente cuja pressão intravesical se encontrará cronicamente elevada.

IMG210

1573 EXUBERANTE NEOBEXIGA

Francisco Santos Cunha, João Freitas, Ernestina Mota, Patrícia Howell Monteiro

CHLN - Hospital Santa Maria

Doente do sexo masculino, de 40 anos, com antecedentes de doença renal crónica estágio IV por malformação urológica congénita complexa, submetido na infância a nefrectomia esquerda e cistectomia com construção de neobexiga. Sem seguimento urológico há vários anos. Recorreu ao serviço de urgência por queixas de disúria e tenesmo vesical. Laboratorialmente apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios (Leucocitose de 14910/L e proteína C reactiva 5.09 mg/dL) e agravamento da função renal (ureia 111 mg/dL e creatinina de 3,9 mg/dL). Neste contexto realizou

ecografia renal complementada por tomografia computadorizada abdominal e pélvica para melhor caracterização dos achados imagiológicos. Conforme ilustrado nas imagens objectivou-se uma marcadíssima dilatação da neobexiga e árvore pielocaliceal direita. A exuberância do caso e a complexidade cirúrgica da sua resolução tornam relevante a divulgação destas imagens.

IMG248

1833 'UM GIGANTE SILENCIOSO' - A PROPÓSITO DE UM VOLUMOSO TUMOR DE GRAWITZ

Claudina Cruz, Mário Ferraz, André Goulart, Rui Barata, Mariana Popovici, Mariana Martins, Matilde Fragra, Paolo Iacomini, Jorge Fernandes, Eunice Patarata, Claudia Mihon, Ana Rodrigues, Catarina Pereira, António Panarra

Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Central

Introdução

: O carcinoma de células renais, conhecido por tumor de Grawitz, representa 3% das neoplasias do adulto e a 10ª causa de morte por cancro. A incidência parece ter aumentado cerca de 30% nas últimas duas décadas, sobretudo, pela crescente utilização de exames de imagem que têm permitido o diagnóstico precoce de forma incidental em mais de 50% dos casos. Atualmente é rara a apresentação pela tríade clássica: dor e massa abdominal e hematuria.

Caso clínico: Doente de 61 anos, sexo masculino, melanodérmico, autónomo, carga tabágica de 6 UMA. Recorreu à urgência por queixas com 6 meses de evolução: febre vespertina, hipersudorese noturna, perda de 14% do peso corporal, dor tipo moínha no flanco direito, tumefação inguinal direita com agravamento progressivo e hematuria macroscópica indolor. Ao exame objetivo: GCS 15, emagrecido, pálido, sem adenomegalias ou tiróide palpáveis. Apresentava hérnia inguinal redutível e varicocelo à direita, massa mole e dolorosa no flanco direito. Analiticamente: anemia normocítica e normocrómica e trombocitose. Elevação da PCR (179) e VS (93), hiperglobulinémia policlonal. TC-TAP + Uro-TC: volumosa massa renal direita com 20cm de maior diâmetro, com desvio esquerdo dos órgãos abdominais, sem trombose venosa, invasão local ou metastização. Foi submetido a nefrectomia radical direita. Peça histológica compatível com carcinoma renal de células claras com diferenciação rabdoide, grau histológico G4, estadio pT3N0M0R1.

Discussão: O carcinoma de células claras é o tipo mais comum de carcinoma de células renais (80%), mais frequente no sexo masculino (2:1) e com pico de incidência entre 50-70 anos. A

evolução é indolente e com semiologia variável. A tríade clássica é rara (10%) e sugere neoplasia avançada. Com a crescente utilização de exames de imagem seria pouco expectável o diagnóstico de um volumoso tumor Grawitz. Importa realçar um elevado grau de suspeição clínica em doentes com sintomas constitucionais com evolução prolongada.

IMG259

1969 SÍNDROME DE ZINNER

Juliana Magalhães, José Pereira, Inês Antunes, Ivone Barracha, Rosa Amorim

Centro Hospitalar do Oeste - Unidade de Torres Vedras

Homem de 37 anos de idade, com antecedentes pessoais de gastrite crónica, medicado com Omeprazol 20mg id, enviado à consulta de Medicina Interna após internamento recente por Pancreatite Aguda necrohemorrágica de provável etiologia alcoólica. Realizada TC toracoabdominopélvica para controlo / exclusão de complicações, a qual refere "Rim direito com volume normal, de contornos regulares, com boa espessura do parênquima. Agenesia renal esquerda, associado a presença de cistos na vesícula seminal que medem até 7,0cm. O conjunto desses achados pode estar relacionado com a Síndrome de Zinner."

A Síndrome de Zinner é uma anomalia congénita rara, que consiste na associação de agenesia renal, cisto seminal ipsilateral e obstrução do ducto seminal. Muitos doentes permanecem assintomáticos, outros por sua vez desenvolvem sintomas urinários, dores abdominais, infeções urinárias e prostatites de repetição.

Os autores apresentam as imagens, porque apesar de um achado, são pertinentes pela sua raridade.

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

IMG001

7 ENFISEMA BOLHOSO EM JOVEM CONSUMIDOR DE CANNABIS: APRESENTAÇÃO COMO PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO

Ana Catarina Trigo, Bruno Cabrita, Maria Antónia Galego, Inês Chora, Inês Neves

Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos

O tabaco é a substância mais inalada no mundo, seguido da cannabis. Ambos têm sido implicados no desenvolvimento de enfiseма de predomínio apical em adultos jovens, com muitos casos apresentando-se como pneumotórax espontâneo. O papel etiopatogénico da cannabis no desenvolvimento do

enfisema é de difícil estudo por se tratar de uma droga ilegal em muitos países, com formas de consumo diversificadas e muitas vezes misturada com tabaco, sendo difícil de quantificar. Séries de estudo de pneumotórax espontâneo mostram uma prevalência de consumo de cannabis inalada de 20-38%, com duração média de consumo de mais de 5 anos, havendo relatos de casos com tempos de exposição inferiores. Apresentamos o caso de um homem de 27 anos, fumador ativo de tabaco (carga tabágica de 9 unidades/maço/ano) e ex-fumador de cannabis (cerca de 3 "cigarros"/semana durante 3 anos, quer isolada quer misturada com tabaco), sem outros antecedentes de relevo. Recorreu ao serviço de urgência por dor torácica pleurítica esquerda e dispneia, ambas de instalação súbita. Negava febre, tosse, expetoração e traumatismo. Ao exame objetivo apresentava-se taquipneico, hipotenso, taquicárdico e com diminuição global do murmúrio vesicular no hemitórax esquerdo. A radiografia torácica revelou pneumotórax total à esquerda (Imagem 1), tendo sido colocado dreno torácico. Realizada tomografia torácica para melhor caracterização, evidenciando-se extenso enfisema bolhoso de predomínio apical (Imagem 2). Após estudo foram excluídas outras causas de enfisema, nomeadamente défice de alfa-1 antitripsina, doenças do tecido conjuntivo e imunodeficiências. Por ausência de resolução do pneumotórax com drenagem torácica, foi submetido a cirurgia torácica vídeo-assistida, com realização de pleurodese apical. Os autores destacam o impacto da inalação de tabaco e cannabis a nível pulmonar e a necessidade em esclarecer o respetivo consumo junto dos doentes.

IMG013

105 HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA

Ana Rita Barradas, Sérgio Pereira, Ana Luísa Esteves, Pedro Ribeiro Santos, Isabel Madruga

Hospital Egas Moniz (Centro Hospitalar Lisboa Ocidental), Lisboa, Portugal

A hemorragia alveolar difusa é uma emergência médica que se caracteriza por hemoptises, queda dos níveis de hemoglobina, hipoxemia e infiltrados alveolares difusos, podendo ser desencadeada por uma grande variedade de patologias. Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino, 83 anos, ECOG 4. Com antecedentes pessoais de cardiopatia hipertensiva e valvular, fibrilhação auricular hipocoagulado com acenocumarol, hipertensão arterial essencial e doença de Alzheimer. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de dispneia e tosse hemoptoica com início súbito. Analiticamente a destacar hemoglobina 8.0g/dL e INR > 10. Radiografia de tórax com infiltrado alveolar difuso e TC tórax que mostrou "[...] zonas já com aspetos de consolidação,

definindo-se broncograma [...] de predomínio superior e peri hilar, que no contexto clínico poderá estar em relação com hemorragia pulmonar ao nível dos alvéolos[...].

IMG025

194 UM EXUBERANTE CASO DE ENFISEMA PULMONAR

Manuel Martins Barbosa, Elsa Araújo, Joana Seródio, Marta Pereira, Tiago Mendes, Amanda Rey

Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Um homem de 60 anos é admitido no Serviço de Urgência com queixas de dispneia em agravamento nos dois dias anteriores. Inicialmente para médios esforços, apresentava agora dispneia em repouso. Tratava-se de um doente emigrante que tinha chegado há poucos dias de viagem de avião. Tinha antecedentes de hábitos tabágicos de 40 Unidades Maço Ano, com doença enfisematosa de longa data, história de hipertensão e dislipidemia e que tinha sido submetido a lobectomia superior esquerda um ano antes em contexto de adenocarcinoma.

Apresentava-se polipneico, com tiragem global, cianose labial e diaforese. Apresentava saturação de O₂ de 90% com máscara facial de alto débito, taquicardia de 105 batimentos por minuto e hipertensão de 159/98 mmHg. Ao exame físico era notória extinção de murmúrio vesicular no hemitorax direito, associado a timpanismo à percussão, levantando suspeita de pneumotórax hipertensivo à direita. A radiografia de tórax confirmou essa suspeita.

Foi introduzido um dreno torácico de grande calibre no 5º espaço intercostal na linha médio axilar com resolução imediata do quadro descrito. Após estabilização, o doente foi transportado à sala de tomografia computadorizada (TC) para realização de imagem para caracterização do parênquima e para compreender a extensão da sua doença respiratória crónica.

A imagem obtida mostrava de facto expansão completa do pulmão direito após Introdução

do dreno torácico. Contudo, a área de parênquima pulmonar era apenas uma pequena fracção relativamente às exuberantes bolhas de enfisema do hemitórax direito, que ocupavam inclusivamente o espaço livre deixado pela lobectomia superior do hemitórax esquerdo.

O doente manteve-se estável no internamento em Medicina Interna, e foi-lhe recomendado, naturalmente, que não regressasse a França por via aérea.

IMG027**216 PRESO POR UM FIO - UM CASO DE PNEUMOTÓRAX DE REPETIÇÃO**

Manuel Martins Barbosa, Elsa Araújo, Joana Serôdio, Marta Pereira, Tiago Mendes, Inês Grenha, Joana Fontes

Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Um homem de 58 anos é admitido na Sala de Emergência com queixas de dispneia de instalação súbita. Tem antecedentes de hábitos tabágicos (40 unidades maço ano) e trabalha em construção civil, com especial exposição a pó de gesso. Ao exame físico salientava-se abolição do murmúrio vesicular na auscultação do hemitórax direito e timpanismo à percussão. A suspeita de pneumotórax de grande volume foi confirmada através de radiografia torácica. A inserção de um dreno torácico no 5º espaço intercostal com drenagem subaquática foi bem sucedida e após estabilização o doente foi internado.

Após quatro dias de internamento, em que se manteve assintomático, o doente iniciou subitamente novo quadro de dificuldade respiratória, com dessaturação para 85% spO₂ (fiO₂ 28%), hipertensão (169/72 mmHg) e taquicardia (128 batimentos por minuto). O dreno torácico aparentava estar bem colocado e funcionante, oscilando com os movimentos respiratórios. Foi ligeiramente reposicionado, sem produzir notória melhoria, e o doente foi novamente transportado à Sala de Emergência. Realizou uma radiografia torácica que se revelou inconclusiva sobre as dimensões do pneumotórax e localização do dreno (imagem 3).

Decidiu-se pela realização de uma tomografia computadorizada que viria a demonstrar a imagem apresentada (imagens 2 e 3): o dreno inicialmente colocado parecia ancorar à parede torácica uma pequena porção do parênquima, poupando caprichosamente apenas essa área de pulmão a um novo pneumotórax de grandes dimensões que se desenvolveu à sua volta.

Um novo dreno torácico foi colocado no 2º espaço intercostal anterior, com resolução do quadro e reexpansão do pulmão.

IMG029**220 A CAIXA DE PANDORA SOB A FORMA DE TC DE TÓRAX**

Sara Martins, Ana Oliveira, Tânia Ferreira, João Neves, João Correia

Centro Hospitalar do Porto

Mulher de 78 anos, não fumadora, submetida a

osteossíntese por fractura traumática do colo do fémur direito. As 48h de internamento inicia dispneia em repouso e insuficiência respiratória tipo 1, sem sinais de compromisso hemodinâmico e sem clínica ou sinais sugestivos de infeção ou insuficiência cardíaca descompensada. Realizou Angio-TC torácico (Figura 1) na qual são visíveis sinais de tromboembolismo pulmonar agudo (seta roxa), pneumomediastino (seta vermelha), padrão em favo de mel (estrelas verdes) com bronquiectasias de tracção (setas azuis) e enfisema.

Considerou-se o tromboembolismo como secundário a trombose venosa profunda no contexto de imobilização e cirurgia, duas causas frequentes, e iniciou hipocoagulação. Evoluiu favoravelmente com resolução da insuficiência respiratória.

O padrão em favo de mel com enfisema subpleural e bronquiectasias de tração caracterizam a pneumonia intersticial usual. Este achado radiológico consiste num padrão típico, embora não patognomónico, da fibrose pulmonar idiopática, para cujo diagnóstico é necessária exclusão de outras etiologias de pneumonia intersticial. Do estudo etiológico identificou-se elevação dos anticorpos anti-nucleares (1/320) com padrão de matriz nucleolar e ectasia do esófago terminal; sugerindo fibrose pulmonar com características autoimunes. Não foi realizada broncofibroscopia no internamento por baixa reserva pulmonar (capacidade de difusão alveolocapilar de CO de 16%), tendo a doente sido orientada para prosseguir estudo em ambulatório.

O pneumomediastino, uma entidade rara, poderá ser secundária a barotrauma por ventilação mecânica em doente com provável síndrome restritivo grave decorrente da fibrose pulmonar. Neste caso, tal como acontece na maioria dos pneumomediastinos, o tratamento foi conservador.

Trata-se portanto de uma imagem com particular interesse uma vez que reúne achados que permitem afirmar três diagnósticos independentes entre si.

IMG034**257 UM CASO DE ASPERGILOSE BRONCOPULMONAR ALÉRGICA**

Filipa Silva, Ivone Fernandes, Pedro Carreira

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE

A aspergilose broncopulmonar alérgica consiste numa reacção de hipersensibilidade ao fungo *Aspergillus fumigatus* que coloniza os brônquios de um doente imunocompetente, que habitualmente apresenta história de atopia, asma ou fibrose quística. O doente apresenta obstrução brônquica, inflamação das vias aéreas e impactação mucóide, que podem evoluir para bronquiectasias e fibrose, com prejuízo da função respiratória.

Apresenta-se o caso de um homem de 54 anos,

não fumador, com história de asma desde a infância e diagnóstico de aspergilose há cerca de 15 anos. Encaminhado a partir dos Cuidados de Saúde Primários para a consulta de Asma por tosse produtiva, com expectoração abundante, espessa e de cor amarelada, à qual se associava dispneia. Faz provas de função respiratória cujo resultado é sugestivo de alteração ventilatória obstrutiva moderada e tomografia computadorizada do tórax (ver imagem) onde se observam numerosas bronquiectasias bilaterais, sobretudo nos brônquios proximais, algumas com impactação mucóide, outras com espessamento acentuado da parede, coexistindo lesões de fibrose, no seu todo, sugestivas de aspergilose broncopulmonar alérgica.

Apresentam-se as imagens pela sua raridade na prática clínica e pela sua exuberância.

IMG044

350 HIDROPNEUMOTÓRAX IATROGÉNICO COM EXUBERANTE ENFISEMA SUBCUTÂNEO

Ana Ferro, Cláudia Pinho Coelho, Marta Pina, Marta Vilaça, Ana Paula Vaz, Abel Salgueiro, João Pimentel, Luísa Guerreiro

ULSM - Hospital Pedro Hispano

Homem de 82 anos, com antecedentes de estenose aórtica grave, seguido em consulta por derrame pleural em estudo. No decorrer do estudo, foi efetuada biópsia pleural, complicada por pneumotórax com exuberante enfisema subcutâneo. A admissão, o doente apresentava-se eupneico, sem sinais de dificuldade respiratória em repouso, a saturar a 93% em ar ambiente, objetivando-se enfisema subcutâneo palpável em toda a região cervical com extensão à face, tronco e região abdominal. TC cervico-toraco-abdomino-pélvica com hidropneumotórax esquerdo e exuberante enfisema subcutâneo torácico superior direito e torácico esquerdo, progredindo distalmente para a região abdominal até à fossa ilíaca esquerda e superiormente para toda a região cervical bilateral e mediastino superior. Foi colocado dreno torácico à esquerda e o doente internado para continuação de cuidados. Apresentou evolução favorável, com a drenagem e oxigenoterapia suplementar, apresentando praticamente resolução do enfisema subcutâneo.

O pneumotórax iatrogénico é uma complicação comum de vários procedimentos invasivos. Está descrito que pode ocorrer em até 5% dos doentes submetidos a biópsia pleural.

O presente caso é um exemplo bem evidente da magnitude e gravidade com que esta complicação se pode manifestar.

IMG052

414 DISPNEIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA – DOIS CASOS RAROS

Cristina Silva, Sara Freitas, Jorge Cotter

Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães

O pneumomediastino espontâneo caracteriza-se pela presença de ar livre no mediastino. Na Figura 1, homem de 29 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, que recorreu ao SU por odinofagia e tosse com expectoração de difícil eliminação, com cerca de 24h de evolução. Posteriormente, com dispneia e dor retrosternal constante, com irradiação para o dorso e agravamento com os movimentos respiratórios. Sem alterações de relevo no estudo analítico, radiografia torácica e eletrocardiograma. Na tomografia computadorizada (TC) torácica com "pneumomediastino de pequeno volume", "mais expressivo no mediastino superior", com "extensão para o espaço visceral dos planos cervicais inferiores". Na TC cervical, "presença de gás nos planos retrofaríngeos e carotídeos à direita". Foi internado por pneumomediastino espontâneo, sob oxigenoterapia, tendo apresentado evolução favorável.

A angina de Ludwig é uma forma de celulite rapidamente progressiva, que envolve o espaço sublingual e submandibular. Na Figura 2, homem de 84 anos, com antecedentes de sialoadenite esquerda, trazido ao SU por febre e expectoração mucopurulenta. Ao exame objetivo, com tumefação submandibular direita, secreções abundantes na cavidade oral com estase salivar e elevação do pavimento da língua. Presenciada paragem respiratória, revertida com aspiração de secreções da orofaringe. Na TC cervical com "glândula submandibular direita de dimensões aumentadas, com captação heterogénea de contraste, traduzindo sialoadenite"; "densificação de aspeto reticulado dos planos de gordura superficiais e profundos do pescoço homolaterais, traduzindo celulite/fleimão, com extensão ao pavimento da cavidade oral". Objetivava-se "redução moderada da via aérea no plano da orofaringe". Foi avaliado por Otorrinolaringologia, submetido a traqueostomia de urgência e drenagem das coleções abcedadas.

Ambas as situações são causas raras de dispneia, potencialmente fatais, sendo o reconhecimento precoce e atuação imediata fundamentais.

IMG078**579 MICETOMA E SARCOIDOSE PULMONAR**

MIGUEL ESPERANÇA MARTINS, ISABEL PAULOS MESQUITA, ERNESTINA MOTA, PATRÍCIA HOWELL MONTEIRO, CARLOS PIRES, LOURDES ALVOEIRO

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria

Doente do género masculino, de 44 anos de idade, com diagnóstico de sarcoidose pulmonar aos 34 anos de idade, inicialmente medicado com corticoterapia e posteriormente metotrexato, actualmente sob corticoterapia (lepicortinolo 5 mg em dias alternados).

Internado em contexto clínico de hemoptises.

Exame tomográfico torácico revelando agravamento volumétrico de duas cavidades, já descritas em controlos prévios, complicando doença granulomatosa pulmonar conhecida, com paredes francamente espessadas e com micetoma no seu interior (em ambas as cavidades).

Destacam-se, deste modo e conforme referido, duas cavidades: a primeira, medindo 2,5 cm no segmento posterior do lobo superior do pulmão direito, com conteúdo sólido no seu interior, com 13mm; a segunda, medindo 4 cm no segmento apical do lobo inferior do mesmo pulmão, igualmente com conteúdo sólido no seu interior. Na posição de decúbito lateral direito, observou-se mobilidade do conteúdo de ambas as cavidades.

Embora atípico, o micetoma pulmonar pode complicar o curso clínico da sarcoidose pulmonar quística.

As imagens apresentadas ilustram esta entidade, reforçando a sua relevância no diagnóstico diferencial do doente com hemoptises.

IMG080**594 UMA CAUSA DE NÓDULOS PULMONARES BILATERAIS**

Bernardo Canhão, João Madaleno, Adélia Simão, Armando Carvalho

Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

A apresentação típica da tuberculose pulmonar (TP) é facilmente identificável, mas a doença, conhecida como grande simuladora, pode apresentar diferentes achados radiológicos, dificultando o diagnóstico nos casos atípicos. Apresenta-se o caso de um homem de 88 anos, com antecedentes de síndrome mielodisplásica e asma controlada com corticoide inalado e agonista β2 de ação

longa, referenciado ao serviço de urgência a partir da consulta de Pneumologia por perda ponderal e tosse seca, com radiografia de tórax (A) mostrando opacidades nodulares bilaterais, posteriormente confirmado em TC tórax (B e C), a sugerirem metastização pulmonar, A broncofibroscopia com lavado broncoalveolar permitiu a identificação de *Mycobacterium tuberculosis* por PCR, posteriormente confirmado em cultura de aspirado brônquico. Iniciou terapêutica antibacilar com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol durante dois meses, continuando mais quatro meses com isoniazida e rifampicina, com melhoria clínica e radiológica (D). A TP como causa de tal apresentação radiológica é muito rara, com apenas casos esporádicos a documentar este tipo de apresentação, devendo ser considerada no diagnóstico diferencial de nódulos pulmonares bilaterais que simulem metástases.

IMG089**636 PNEUMATOCELO**

Luís Dias, Marta Braga, Rosa Carvalho, Vânia Gomes, Céu Rodrigues, Carlos Capela

Hospital de Braga

Doente de 50 anos, do género feminino, com antecedentes de diabetes mellitus tipo I, dislipidemia e hipotireoidismo, com tosse cavernosa e expectoração purulenta com cheiro fétido com cerca de 15 dias de evolução, já medicada com amoxicilina-clavulanato. Por dispneia e manutenção das queixas descritas, recorreu ao Serviço de Urgência. Apresentava leucocitose com neutrofilia e elevação de parâmetros inflamatórios, associados à radiografia torácica apresentada (imagem 1), tendo posteriormente realizado tomografia computadorizada torácica para melhor esclarecimento (imagem 2). As imagens demonstram uma exuberante área de cavitação com nível hidroaéreo, localizada no segmento superior do lobo inferior direito e com extensão posterior à pleura costal. Isolado em aspirado brônquico e lavado broncoalveolar *Staphylococcus aureus*, tendo a doente cumprido um total de 6 semanas de antibioterapia em internamento e posteriormente em ambulatório.

Assim, esta imagem retrata um abscesso pulmonar em pneumatocelelo no contexto de infeção pulmonar por *Staphylococcus aureus*, o agente bacteriano mais frequentemente responsável por esta entidade radiográfica.

IMG091**689 UM PULMÃO SILENCIOSO**

Carla Marques Pires, Maria João Araújo,
George Chiriac, Rosa Carvalho, Catarina
Lacerda

Hospital de Braga

INTRODUÇÃO

:

Homem de 24 anos admitido no Serviço de urgência por via verde coronária com queixas de toracalgia no hemitórax esquerdo com irradiação interescapular, de carácter opressivo, de intensidade 8/10, com 30 minutos de evolução, desencadeada após discussão com ex-mulher. Realizou uma eletrocardiografia nos primeiros 10 minutos que evidenciou um ritmo sinusal, sem alterações do segmento ST-T. Como antecedentes destaca-se perturbação de ansiedade, hábitos tabágicos ativos com cerca de 15 UMA e episódio de pneumotorax espontâneo primário há 2 anos. Durante a avaliação inicial o doente encontrava-se normotenso, normocárdico, taquipneico e com saturações de oxigénio em ar ambiente de 91%. Em acréscimo, apresentava traqueia em posição medial, hiperressonância à precursão e ausência de murmúrio vesicular no hemitórax esquerdo. Neste contexto, o doente realizou uma radiografia do tórax que evidenciou um pneumotórax de elevado volume à esquerda com desvio do mediastino. Assim, iniciou oxigenoterapia e introduziu um dreno torácico no 5º espaço intercostal linha médio-axilar.

Este caso exemplifica uma falha da triagem, que não valorizou o contexto individual da toracalgia, que ocorria num jovem com história recente de pneumotórax espontâneo primário. Sendo um exemplo das múltiplas ativações desnecessárias da via verde coronária.

IMG099**730 PNEUMOTORAX RADIO-OCULTO**

Luís Magalhães, João Gonçalves, Marli Cruz,
António Carneiro

Hospital da Luz Arrábida

Homem de 17 anos, sem antecedentes de relevo. Não fumador.

Recorreu ao SU por dor torácica súbita de características pleuríticas e dispneia uma hora após ter saltado de uma altura de aproximadamente 3 metros. À admissão, hemodinamicamente estável, sem sinais de dificuldade respiratória. Auscultação pulmonar sem alterações. Restante exame objetivo sem alterações.

Realizou radiografia do tórax, descrita como normal.

Dada a persistência dos sintomas, optou-se pela realização de tomografia computadorizada que revelou pequeno pneumotórax limitado à vertente mediastínica justa-hilar do campo pulmonar esquerdo, insinuando-se nos planos mediais da grande cissura, prolongando-se do hilo até à base pulmonar no ligamento pulmonar inferior.

Decidiu-se por tratamento conservador e vigilância clínica, com melhoria gradual dos sintomas.

IMG108**786 BOLHA ENFISEMATOSA COM NÍVEL HIDROAÉREO**

Catarina Jorge, Domingos Sousa, Sérgio Silva, Ana Isabel Rodrigues, Rita Fernandes, Tatjana Mihailovic, Armindo Figueiredo, Mário Lázaro

Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade Faro

A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é a terceira causa mundial de mortalidade e as exacerbações graves correlacionam-se com um prognóstico vital desfavorável. Cerca de 50 a 70% das agudizações são causadas por infeções respiratórias. Homem 82 anos, antecedentes de tabagismo e DPOC estadio D sob oxigenioterapia de longa duração recorre ao SU agravamento da dispneia de base para grau 4 (mMRC), tosse produtiva e expectoração mucopurulenta. Ao exame objetivo, apresentava-se desorientado, agitado, hemodinamicamente estável, apirético, taquipneico e com saturação de O₂ periférica 81% (FiO₂ 21%). Diminuição do murmúrio vesicular nas bases pulmonares e crepitações bilaterais, mais evidentes nos 2/3 inferiores do hemitórax direito, na auscultação pulmonar. Gasometricamente apresentava agudização da insuficiência respiratória crónica tipo 1 e no estudo analítico evidencia-se elevação dos parâmetros inflamatórios (leucócitos 18.200 /uL e PCR 366) e agudização da doença renal crónica (creatinina 1.5 mg/dL). A radiografia do tórax apresenta infiltrado intersticial-alveolar bilateral. O doente foi internado com o diagnóstico DPOC agudizada por Pneumonia Adquirida na Comunidade. Isolamento de Haemophilus influenzae nas hemoculturas e no TC tórax identificou-se a presença de uma lesão bolhosa com nível hidroaéreo na base pulmonar esquerda sugerindo lesão abcedada (5,8cm) e um exuberante enfisema centri-lobular e paraseptal. Em discussão multidisciplinar com a Pneumologia avaliou-se o risco-benefício na colocação de dreno torácico considerando-se não existir benefício dado o risco elevado de persistência de fístula alvéolo-pleural. A presente imagem de TC tórax evidencia exacerbação da DPOC por Pneumonia Adquirida

Comunidade complicada com bolha enfisematosa com nível hidroaéreo num doente com enfisema exuberante.

IMG110

796 UMA REALIDADE AINDA PRESENTE – BACILO DE KOCH

Paulo César, Pedro Fortes, Catarina Graça, Vera Guerreiro, José Vaz

Hospital José Joaquim Fernandes, Beja

INTRODUÇÃO

: Homem de 53 anos de idade, trabalhador metalúrgico, que recorreu ao SU por dispneia e cansaço fácil, com cerca de 3 meses. Apresentava tosse produtiva, expetoração mucopurulenta e uma perda ponderal de cerca de 10kg. História pessoal de DPOC, ex-fumador há cerca de 3 meses (105 UMA's), e de consumo excessivo de álcool (100g/dia). Negava febre, hemoptises, sudorese noturna, viagens recentes, contacto com animais ou pessoas com sintomatologia semelhante.

Ao exame objetivo, encontrava-se polipneico em repouso e à auscultação pulmonar com murmúrio vesicular rude e roncos dispersos bilateralmente. Análises com: elevação dos parâmetros inflamatórios (Leucocitose de $17600 \times 10^6/L$ com neutrofilia de 81.3%, VS de 59mm/lh, PCR de 15.4mg/dL). A radiografia de Tórax (figura 1) revelava um padrão reticulo-nodular difuso bilateral e aparente lesão cavitada no ápex direito. A TC Tórax (figura 2 e 3) demonstrava um padrão de enfisema pulmonar bilateral, no segmento apical do lobo superior do pulmão direito e também à esquerda, presença de imagens cavitadas, com paredes ligeiramente anfractuadas, sem imagem de nível intra-lesional com hiperdensidade envolvente. Efetuou-se colheita de expetoração e foi internado com sob isolamento respiratório. A baciloscopia auramina-rodamina revelou-se positiva e iniciou-se tratamento tuberculostático. Posteriormente, as culturas de expetoração isolaram *Mycobacterium tuberculosis complex* multissensível. Durante o internamento articulou-se com a equipa comunitária, as condições necessárias para o cumprimento da terapêutica e teve alta com seguimento em Consulta de Pneumologia.

A tuberculose representa ainda um problema de saúde pública. Deve suspeitar-se nos doentes com queixas de tosse com mais de 2 semanas de evolução, febre, adenopatias, sudorese noturna ou perda ponderal. A variabilidade de sinais e sintomas é possível. A abordagem deve ser articulada entre os cuidados saúde primários e hospitalares.

IMG114

820 QUANDO A TUBERCULOSE DEIXA MARCAS

Andreína Vasconcelos, Leonor Naia, Carlos Rodrigues, Joana Ricardo Pires, Bárbara Rodrigues, João Fonseca

Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Mulher de 65 anos, não fumadora, com bronquiectasias cilíndricas secundárias a tuberculose pulmonar aos 20 anos, cuja TC torácica mostra exuberantes bronquiectasias de ambos os pulmões, principalmente nos lobos superiores. Ao longo dos anos apresentou deterioração clínica e funcional progressiva, infeções respiratórias de repetição e necessidade crescente de terapêutica de suporte. Atualmente, sob terapêutica broncodilatadora tripla (brometo de tiotrópio/indacaterol/budesonido), oxigenoterapia de longa duração, ventilação não invasiva nocturna e cinesioterapia respiratória. As bronquiectasias são dilatações brônquicas anormais irreversíveis que se classificam em cilíndricas/tubulares, varicosas ou císticas e podem apresentar-se focal ou difusamente. Associam-se a tosse produtiva crónica, infeções recorrentes e obstrução do fluxo, e em alguns casos progridem para disfunção respiratória crónica e debilitante. Infelizmente, em Portugal a tuberculose pulmonar mantém-se como causa importante de bronquiectasias. Os autores apresentam estas imagens para ilustrar o atingimento extenso e difuso das mesmas e o impacto negativo que delas advém no dia-a-dia.

IMG121

887 PNEUMOMEDIASTINO ESPONTÂNEO

Bruno Gomes, Luis Teles, Bernardo Macedo, Fernando Moreira

Centro Hospitalar entre o Douro e Vouga - Serviço de Medicina Interna

Síndrome de Hamman

Identidade rara resultante do aumento da pressão intratorácica que condicionando ruptura alveolar com disseminação do conteúdo gasoso para o interstício como para o mediastino. Afecta maioritariamente homens entre os 5-34 anos. Homem 20 anos, fumador (1UMA) sem doença prévia conhecida. Queixas de precordialgia opressiva de início súbito com acessos de tosse seca, sem outras características. Sem traumática torácica prévia, engasgamento ou outros factores de risco. Objectivada polipneica e hipoxémia. TC com enfisema subcutâneo cervical e envolvimento mediastínico. TC tórax de controlo com contraste oral com enfisema subcutâneo na base do pescoço

e na transição cervico-torácica. Sem evidência de perfuração de tecidual. Alta após resolução da insuficiência respiratória e ausência de queixas. TC de controlo após 4 semanas com resolução do pneumomediastino.

IMG131

967 A VERDADE ESCONDIDA – UM CASO DE SILICOSE PSEUDOTUMORAL.

Filipa Guimarães, Miguel Borges Silva, Nídia Pereira

ULSM - Hospital Pedro Hispano

A silicose é a forma mais frequente de pneumoconiose. A sua forma pseudotumoral é rara. Apresentamos o caso de um homem de 60 anos, reformado de mineiro que se apresentou no serviço de urgência com clínica de infeção respiratória. Auscultação pulmonar com alguns roncocal. Realizou radiografia do tórax que revelava infiltrados bilaterais, sem clara consolidação. Realizado TC torácica que esclarece a presença de múltiplas lesões nodulares sugestivas de silicose pulmonar na sua forma pseudotumoral. Infelizmente o curso clínico do doente foi desfavorável, sendo este diagnóstico confirmado por autópsia anátomo-clínica.

Apresentamos estas imagens não só pela sua raridade e beleza clínica, mas também como alerta na interpretação de exames complementares de diagnóstico. Realça-se a importância de uma abordagem holística, não excluindo o menos óbvio nem sobrevalorizando aquilo que parece inquestionável.

IMG142

1064 QUANDO A TRAQUEIA SE DESVIA DO CAMINHO CERTO...

Carina Ramalho, Magda Silva, João Gramaça, Mariana Almeida, Francisco Gomes, Sílvia Rodrigues, Fátima Campante

Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Mulher de 50 anos, fumadora, recorreu ao serviço de urgência por queixas de febre e tosse produtiva com 3 dias de evolução. À observação apresentava desvio da traqueia e diminuição de todo o murmúrio vesicular à direita. Não apresentava qualquer sinal de dificuldade respiratória. No rx de tórax apresentava desvio para a direita de todas as estruturas mediastínicas. Realizou TC-tórax que mostrava "diminuição da expansão do campo pulmonar direito, com marcado desvio homolateral do mediastino, associado a atelectasia praticamente total do lobo superior com bronquiectasias cilíndricas com coexistência de áreas de densificação

parenquimatosa mal definidas dos lobos médio e inferior direito, com algumas bronquiectasias no lobo inferior.". Admitiu-se um quadro de pneumonia da comunidade, a doente teve alta medicada com antibioterapia e encaminhada para consulta urgente de Pneumologia para esclarecimento etiológico da atelectasia.

IMG152

1116 SÍNDROME DE DIFICULDADE RESPIRATÓRIA AGUDA POR PNEUMONIA A VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO: UM CASO RARO NUM INDIVÍDUO IMUNOCOMPETENTE

Mafalda Miranda Baleiras, Diogo Morgado Conceição, Sérgio Brito, Hugo Moreira, Luís Campos

Serviço de Medicina Interna, Hospital São Francisco Xavier - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

Introdução

: O Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda (SDRA) por pneumonia causada por vírus sincicial respiratório (VSR) é raro em imunocompetentes, com apenas dois casos descritos na literatura, e uma mortalidade estimada entre 1 e 5%. Mulher, 81 anos, com doença de Parkinson e síndrome demencial. Recorreu ao serviço de urgência por dispneia com cinco dias de evolução. Da auscultação pulmonar, destacavam-se crepitações bibasais e roncocal dispersos. Analiticamente apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios (PI). A radiografia torácica revelava infiltrado difuso bilateral. Foi internada com o diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade bacteriana condicionando insuficiência respiratória parcial, sob antibioterapia com ceftriaxone e claritromicina. Por elevação sustentada dos PI com culturas negativas, suspendeu-se antibioterapia. Foi colhido exsudado nasofaríngeo para pesquisa de Influenza e VSR, que se revelou positivo para este último. Evoluíu desfavoravelmente com múltiplos episódios de dessaturação periférica de oxigénio com necessidade de ventilação não invasiva, que não tolerou. Para melhor esclarecimento, realizou tomografia computadorizada torácica que documentou padrão de densidade em vidro despolido com componente fibrótico e espessamento dos septos, compatível com SDRA. Sem indicação para entubação orotraqueal ou ventilação mecânica invasiva, dadas as comorbilidades de base, iniciou corticóide. Má evolução clínica apesar das medidas instituídas, terminando por falecer ao sétimo dia de internamento. Na presença de SDRA num adulto imunocompetente, o diagnóstico, ainda que raro, de pneumonia viral deve ser considerado. Assim, evitam-se cursos fúteis de antibioterapia que aumentam o risco de resistência antibiótica e infecção nosocomial subsequente. As imagens

obtidas são valiosas devido à sua exuberância e ao facto de retractarem um fenómeno raro (SDRA por pneumonia a VSR) em indivíduos imunocompetentes.

IMG171

1248 ASBESTO

Virginia Visconti, André Fernandes, Maria Maia, Adriana Watts, Isménia Oliveira, Fernando Gonçalves, José Lomelino Araujo

Hospital Beatriz Angelo

O asbesto (ou amianto) é uma designação geral para a variedade fibrosa de sais minerais metamórficos de ocorrência natural e utilizados, no passado, em vários produtos comerciais e de construção. O espectro de patologias pleuroparenquimatosas associadas a exposição ao asbesto incluem asbestose (pneumoconiose causada pela inalação das fibras), patologia da pleura e neoplasias.

Apresenta-se o caso de um homem de 78 anos, reformado da construção civil - exposição a amianto e tratamento de madeiras exóticas. Antecedentes de substituição valvular mitral (biológica) em 2015, fibrilhação auricular, diabetes tipo 2 e síndrome depressivo. Internado em contexto de prostração, recusa alimentar, dispneia, tosse com expectoração mucosa. Radiografia de tórax com infiltrado intersticial difuso com hipotransparencia base direita e reforço hilar bilateral. Realizou uma tomografia computadorizada do tórax que demonstrou múltiplas placas pleurais adjacentes a pleura costal e diafragmática, com calcificações grosseiras, aspectos em relação com anterior exposição a asbestos. Aspectos de bronquiolite infecciosa. Completou 7 dias de antibioterapia empírica com amoxicilina-acido clavulanico e azitromicina, com boa tolerância e benefício, estando a data da alta assintomático.

IMG173

1254 PNEUMOTÓRAX CATAMENIAL

Grace Staring, André Pinto, Manuel Martins, Wildemar Costa, Fátima Monteiro, Ivone Barracha, Rosa Amorim

Centro Hospitalar do Oeste - Unidade de Torres Vedras

Mulher de 37 anos com dor torácica recorrente durante o cataménio, acompanhada de dispneia e tosse não produtiva. Na radiografia de tórax (A) pneumotórax à direita (seta vermelha), que na Tomografia Computorizada se revelou multiloculado (corte coronal B; corte axial C). Apesar de ausência de evidência clínica de endometriose pélvica, estabeleceu-se como diagnóstico provável o pneumotórax catamenial associado a

endometriose pleuropulmonar. Iniciou tratamento de primeira linha com agentes hormonais. Pela recorrência do quadro, foi submetida a talcagem por VATS (Video-Assisted Thoracoscopic Surgery), com observação de múltiplas fenestrações diafragmáticas e espessamento nodular na pleura diafragmática. A endometriose torácica representa uma manifestação rara de endometriose, devendo ser considerada em mulheres em idade reprodutiva que apresentam dor torácica, pneumotórax, hemotórax ou hemoptises coincidentes com a menstruação.

IMG184

1319 PNEUMONIA NECROTIZANTE COMO COMPLICAÇÃO DE PNEUMONIA PNEUMOCÓCICA

Filipa Gonçalves; Marta Cunha; Mariana Formigo; Isabel Trindade; Jorge Cotter

Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães

A Pneumonia Necrotizante é uma complicação de cerca de 4% de todas as pneumonias adquiridas na comunidade. Os agentes etiológicos mais frequentemente envolvidos são o *Streptococcus pneumoniae* e *Staphylococcus aureus*. Homens, jovens, fumadores, presença de doença pulmonar prévia, diabetes Mellitus tipo 2, hábitos etílicos e imunossupressão parecem ser factores de risco para o desenvolvimento desta complicação.

As imagens que se seguem correspondem ao caso clínico de um homem, 33 anos, caucasiano, fumador com carga tabágica de 30 unidades maço-ano, e pedreiro de profissão, sem outros antecedentes de relevo, sem medicação habitual. Recorreu ao Serviço de Urgência por dor torácica na base do hemitórax direito, região lateral, de características pleuríticas, com 24 horas de evolução, associada a tosse produtiva com expectoração hemoptoica e dispneia para esforços moderados, tendo sido admitido no internamento por pneumonia adquirida na comunidade com insuficiência respiratória tipo 1 e lesão renal aguda, tendo iniciado esquema antibiótico com ceftriaxona e azitromicina.

Foi isolado no bacteriológico de expectoração *Streptococcus pneumoniae*. Em reavaliação imagiológica foi evidenciado um derrame pleural direito de grande volume. Em ecografia torácica observadas múltiplas locas dispersas ao longo de todo o hemitórax direito, não abordáveis para colocação de dreno torácico, pelo que foi realizada fibrinólise intrapleural com drenagem de 2100 cc de líquido serohemático. Em posterior reavaliação por tomografia computadorizada evidência de pneumonia necrotizante do lobo médio e inferior direito.

Apesar da escalada antibiótica o doente manteve-se febril até ao 35º dia de internamento, pelo que foi iniciada corticoterapia, com melhoria progressiva

do estado geral e apirexia sustentada.

Foi orientado à data de alta para Consulta Externa de Medicina Interna, tendo realizado novo controlo imagiológico com tomografia computadorizada 10 meses após o internamento.

IMG185

1324 FORMAÇÃO CALCIFICADA PLEURAL GIGANTE DE ETIOLOGIA TUBERCULOSA

Carlos Pinhão Ramalheira, Ana Gonçalves, Rúdi Fernandes, Sara Almeida, Rita Dutschmann, João Machado

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Introdução

: O espessamento residual da pleural é uma das sequelas mais frequentes de tuberculose pleural que pode ocorrer em cerca de 50% dos doentes com pleuresia. A este propósito apresentamos uma doente que foi internada por pneumonia da comunidade mas em que sobressaía uma formação calcificada muito extensa que ocupava uma porção significativa do tórax.

Caso: Mulher de 86 anos de idade que recorreu ao Serviço de Urgências por tosse produtiva pouco eficaz, dispneia e febre com um semana de evolução. Trata-se de uma doente com antecedentes de tuberculose na infância. Ao exame objectivo destacava-se febre (38°C), SpO₂ 89% (FiO₂ 0,21), polipneia (32cpm), auscultação pulmonar com murmúrio vesicular abolido dos dois terços superiores do hemitórax direito e diminuído no terço inferior do hemitórax esquerdo. Aumento das transmissões vocais na base esquerda. Percussão torácica com macicez nestes locais. Analiticamente apresentava leucocitose (16900) com predomínio de neutrófilos (90,9%), proteína-C-reativa elevada (33,14mg/dL) e creatininémia 1,4mg/dL (basal 0,8mg/dL). A radiografia do tórax (vide Fig. 1) mostrou extensa calcificação pleural no hemitórax direito e placa calcificada parahilar esquerda, associada a opacidade de padrão alveolar na projecção do lobo inferior esquerdo. Internada por pneumonia adquirida na comunidade com insuficiência respiratória e insuficiência renal aguda. Colheu produtos biológicos para estudo microbiológico complementar que se vieram a revelar negativos e iniciou antibioterapia empírica para pneumonia adquirida na comunidade, com ulterior resolução do quadro agudo. O estudo micobacteriológico excluiu tuberculos activa. Realizou TC-Tórax (vide Fig. 2) em que se identificou uma extensa calcificação pleural de forma grosseiramente ovóide com derrame loculado no seu interior que ocupa mais de metade do hemitórax direito, derrame pleural esquerdo de pequeno volume e densificação de padrão alveolar na base do lobo inferior esquerdo.

IMG204

1514 ENFISEMA PULMONAR – AS “BOLHAS GIGANTES”

Margarida Temtem, Duarte André Ferreira, Mauro Fernandes, Rubina Miranda, Maria da Luz Brazão

Hospital Central do Funchal

Homem de 49 anos, autónomo e residente numa instituição de saúde por esquizofrenia. Fumador (30 unidades maço-ano) com antecedentes de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) classe GOLD D com enfisema pulmonar grave e insuficiência respiratória tipo 2 crónica sob oxigenoterapia de longa duração (OLD). Com múltiplos internamentos prévios por agudização da DPOC. Internado por prostração com agudização da DPOC e intoxicação medicamentosa com necessidade de ventilação não invasiva (VNI). Iniciou antibioterapia empírica com piperacilina-tazobactam, que cumpriu durante 7 dias, tendo feito desmame progressivo da VNI com boa resposta. As hemoculturas e o exame bacteriológico da expectoração foram negativos. Radiografia do tórax com bolha enfisematosa à direita ocupando mais de 50% do campo pulmonar e outra bolha de enfisema à esquerda ocupando 30% do campo pulmonar e adicionalmente com hipotransparência heterogénea difusa bilateralmente. Tomografia computadorizada do tórax com intensas alterações enfisematosas do tipo panlobular, com transformação bolhosa, envolvendo os lobos superiores, lobo médio e língula. No lobo inferior à direita, há enfisema do tipo parasseptal. Consolidação parcial de ambos os lobos inferiores com broncograma aéreo. Dilatação das artérias pulmonares, em relação com processo de hipertensão pulmonar, não se registando contudo sinais de tromboembolia. A data da alta, assintomático mantendo OLD.

Estas imagens revelam o quanto pode ser o tamanho de uma bolha de enfisema pulmonar e os desafios que enfrentamos quando temos de optar por ventilação invasiva ou não invasiva.

IMG232

1706 SÍNDROME DE HAMMAN: UMA FORMA RARA DE TORACALGIA

Sara Simões Macedo, Mónica Teixeira, António Novais, Maria Lima Costa, Andreia Correia, Ana Lemos, Lúcia Rodrigues, João Paulo Silva, António Correia

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.

Homem de 86 anos, com história prévia de exposição ocupacional a poeiras, internado por

toracalgia e dispneia. Episódio súbito de desconforto torácico, agravamento da insuficiência respiratória de base com necessidade de débitos crescentes de oxigenoterapia suplementar. Constatado aumento progressivo do volume da face, região cervical e torácica. Ao exame objetivo com evidência de extenso enfisema subcutâneo desde o apêndice xifoide até à região cervical e com crepitações à palpação e à auscultação pulmonar. Fez radiografia de tórax com evidência de enfisema subcutâneo da parede cervical e torácica. Nesse seguimento realizada tomografia computadorizada (TC) torácica com volumoso pneumomediastino e enfisema subcutâneo dos planos intermusculares da parede torácica anterior, lateral e posterior, ligeiro pneumotórax bilateral; parênquima pulmonar com fibrose com padrão de pneumonia intersticial usual, áreas de densificação parenquimatosa em vidro despolido de predomínio inferior e bronquiectasias de tração nos lobos superiores, inferiores e lobo médio. Doente sem fatores de risco para pneumomediastino, pelo que se admitiu pneumomediastino espontâneo. O pneumomediastino espontâneo é uma condição rara que se define pela presença de ar livre no mediastino, não resultante de traumatismo, cirurgia ou outros procedimentos invasivos. A presença de sintomas cardinais de toracalgia, dispneia e desconforto cervical, juntamente com o enfisema subcutâneo constituem a Síndrome de Hamman. A fibrose pulmonar e as bronquiectasias documentadas na TC têm também sido associadas à síndrome de Hamman. Os autores apresentam estas imagens para alertar para uma entidade que apesar de rara deve fazer parte do diagnóstico diferencial do doente com toracalgia súbita pelo risco de evolução aguda e potencialmente fatal.

IMG242

1797 PNEUMOMEDIASTINO SECUNDÁRIO

Ana Ferro, Ana Catarina Silva, Ana Paula Vaz, Inês Chora

ULSM - Hospital Pedro Hispano

Homem de 51 anos, com antecedentes de quilotórax no passado e bronquiectasias retráteis por pleurectomia esquerda, recorreu ao Serviço de Urgência por agravamento do padrão habitual de dispneia, tosse produtiva com expectoração mucopurulenta, por vezes raiada de sangue, febre e dispneia para esforços progressivamente menores, bem como dor e tumefação na região cervical esquerda. À admissão, eupneico, com sons respiratórios diminuídos na base esquerda e presença de tumefação na região supraclavicular esquerda de consistência esponjosa, indolor, sem sinais inflamatórios. Do estudo efetuado, gasimetria sem insuficiência respiratória, análises com elevação de parâmetros inflamatórios, Tomografia computadorizada (TC) torácica com 'moderado enfisema subcutâneo cervical e torácico

esquerdos e ligeiro pneumomediastino'. Assumido pneumomediastino e infeção de bronquiectasias, tendo sido internado e iniciada antibioterapia.

Durante o internamento, foi excluída perfuração esofágica e foi realizada nova reavaliação imagiológica, com TC e ressonância magnética torácicas, que mostrou a 'múltiplas lesões nodulares, polilobuladas, com finos septos, compatíveis com linfangiectasias mediastínicas'. O doente apresentou evolução clínica favorável, com excelente resposta à oxigenoterapia e antibioterapia, com resolução do quadro. Foi assumido pneumomediastino secundário a bronquiectasias / linfangiectasias infetadas, em doente com extensa doença pulmonar sequestrar a pleurectomia.

O pneumomediastino é um evento raro, definido pela presença de ar no mediastino. Pode ser espontâneo (síndrome de Hamman) ou secundário, podendo ocorrer após trauma, infeções intratorácicas, intervenções recentes na árvore traqueobrônquica ou esófago, ou perfuração do trato gastrointestinal.

Este caso expõe uma complicação rara em doente com doença pulmonar estrutural extensa, que, entre os diferentes tipos de pneumomediastino, se associa a pior prognóstico dada a doença pulmonar pré-existente.

IMG244

1807 BREATH IN AND BREATH OUT

Daniela Barroso, Márcia Cravo, Ricardo Marinho, Célia Cruz, Fabienne Gonçalves, João Araújo Correia

Centro Hospitalar e Universitário do Porto

Homem, 20 anos, com diagnóstico de Fibrose Quística aos 18 meses de idade, portador de mutação F508del homozigótico. Apresenta envolvimento pulmonar evidenciado por bronquiectasias colonizadas por *Pseudomonas Aeruginosa* e *Staphylococcus aureus* metilicilino sensível e síndrome ventilatório obstrutivo grave com air-trapping; envolvimento gastrointestinal com insuficiência pancreática exócrina, litíase vesicular, e envolvimento hepático. Portador de cateter venoso central para administração medicamentosa, com vários internamentos de repetição.

A radiografia do tórax apresenta aumento do volume pulmonar, sinais de hiperinsuflação evidenciadas pela retilinização das costelas, achatamento das cúpulas diafragmáticas e silhueta cardíaca alongada; áreas hipodensas lineares compatíveis com bronquiectasias (sombras de tramline).

Achados radiográficos como os aqui presentes são raros, e observados em casos graves. O doente é

candidato a transplante pulmonar e iniciou o estudo pré-operatório.

IMG246

1815 PNEUMOMEDIASTINO GRAVE COM ENFISEMA SUBCUTÂNEO EXTENSO POR INVASÃO TUMORAL LOCAL MACIÇA

Joana Couto, Luís Pontes dos Santos, António Ferreira, Raquel López, Diana Guerra

Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Homem 55 anos, com fibrose pulmonar (FP) secundária a silicose, insuficiência respiratória global, sob oxigenoterapia CN 2L/min (24h/dia) e VNI (ventilação não-invasiva) - Bipap noturna. Foi trazido ao SU (Serviço de Urgência) por agravamento súbito do padrão de dispneia habitual. Com múltiplos internamentos e episódios no SU recentes em contexto de intercorrências infecciosas (pneumonia lobo superior esquerdo) e progressão de FP. O último destes, ocorreu 2 dias antes da admissão, tendo alta com antibiótico, otimização de broncodilatadores, corticoterapia oral e VNI contínuo. Objetivamente, polipneico, com sinais de dificuldade respiratória, constatado enfisema subcutâneo (ES) exuberante na região do tronco, cervical, abdominal e membros superiores, sons respiratórios apagados. Por suspeita de pneumomediastino na radiografia torácica (ausente em 2 dias antes), pedido TC toraco-abdominal (Figuras A, B e C) que revelou volumoso pneumomediastino até ao retroperitônio; extenso ES torácico estendendo-se para a região cervical, lombar, braços, parede abdominal, escroto e coxa esquerda; pneumotórax à direita; massa no lobo superior do esquerdo com invasão das estruturas broncovasculares, do mediastino e parede torácica e destruição do 2º e 3º arcos costais (tumor de Pancoast). Perante estado clínico e face a estes resultados (neoplasia pulmonar com metastização difusa e pneumomediastino grave com ES extenso) adotados cuidados de conforto tendo vindo a falecer.

Apresenta-se este caso pelo impacto da extensão do pneumomediastino e ES, o que pode ser explicado pela VNI que realizou continuamente nos 2 dias anteriores à admissão no SU. Neste caso a VNI que permitia alívio sintomático recorrente em doente com FP avançada teve efeito iatrogénico. De salientar, a importância de um estudo mais pormenorizado nos doentes com intercorrências infecciosas sucessivas com localização semelhante, mesmo que estejamos perante doentes com doença pulmonares crónica.

IMG263

2000 'GRÃO A GRÃO'

António Lamas, Diana Miranda, Bianca Castro, João Pereira, Fabienne Gonçalves, João Araújo Correia

Serviço de Medicina, Centro Hospitalar Universitário do Porto

Homem de 77 anos, cognitivamente preservado e parcialmente dependente por claudicação intermitente e por dispneia em contexto de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) grau 3, grupo D da GOLD. Antecedentes pessoais de doença de refluxo gastroesofágico, hérnia do hiato e aspiração de conteúdo alimentar. Risco vascular filiado em hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes mellitus tipo 2, insulino-tratada, com repercussões micro e macrovasculares. Admitido por agudização infecciosa de DPOC, com melhoria paulatina sob antibioterapia, pautada por má toilette brônquica e episódios paroxísticos de tosse com dificuldade respiratória e estridor associado. A avaliação por laringoscopia excluiu parésia de cordas vocais ou qualquer patologia glótica ou supraglótica. A broncofibroscopia revelou colapso inspiratório dinâmico de toda a árvore brônquica e corpo estranho (ervilha?) ocluindo a entrada para o lobo superior direito (imagem), removido com pinça e aspirado. Efectuado estudo por videofluoroscopia da deglutição com prolongamento da fase oral da deglutição, a justificar alteração do padrão alimentar do doente (homogeneização de texturas). Melhoria subsequente da clearance brônquica e da dispneia de base do doente, sem recorrência de estridor.

DOENTE GERIÁTRICO

IMG055

426 DOENÇA DE BEHÇET

Ana Simas, Ricardo Veloso, Ana Silveira, Juvenal Morais, Mariela Rodrigues, Joana Mota, Fátima Pinto, António Goulart

Hospital da Horta, E.P.E.

Doente do sexo masculino, 80 anos. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial, fibrilação auricular e insuficiência venosa periférica.

Episódio de urgência por quadro com nove dias de evolução de lesões cutâneas dispersas pelo corpo, ulcerações orais e genitais, associadas a queixas álgicas, com agravamento nos dois dias anteriores. Encontrava-se medicado para a hipótese de herpes genital com antivirais, antifúngicos, corticosteroides e analgésicos, sem melhoria. Negava episódios semelhantes. Ao exame objetivo destacava-se

eritema das escleróticas, lesões orais aftoides e úlceras sangrantes por toda a região genital e anal.

Internamento para esclarecimento do quadro e controlo das queixas álgicas. Por suspeita de doença de Behçet, realizado o teste patérgico, com resultado negativo. Biopsadas as úlceras genitais e lesões orais. Iniciou antibioterapia dirigida para microrganismo isolado em exsudado uretral. Discutido caso com Dermatologia, que sugeriu aplicação de pomada com óxido de zinco e óleo de fígado de bacalhau nas ulcerações genitais e sucralfato nas lesões orais, e pedida colaboração de Oftalmologia, que excluiu uveítes e sugeriu aplicação oftálmica de prednisolona e cloranfenicol e lubrificação ocular, com melhoria das lesões.

Resultado anatomopatológico das lesões compatível com doença de Behçet. Iniciada terapêutica com colchicina, sem recidivas.

A doença de Behçet é uma vasculite sistémica de etiologia desconhecida, caracterizada pelo surgimento de úlceras orais e genitais, assim como uveítes e lesões cutâneas. Normalmente é diagnosticada entre os 20 e 30 anos, atingindo ambos os sexos, no entanto, é necessário ter em conta que pode afetar indivíduos nos extremos etários, devendo estar presente no diagnóstico diferencial quando o doente se apresenta com ulcerações de etiologia desconhecida.

Os autores consideram importante divulgar o caso, uma vez que se apresentou com diagnóstico inicial de forma exuberante e em idade atípica (geriátrica).

IMG077

578 O HOMEM PEIXE (OU A FORMA DA ÁGUA)

Bárbara Batista, Tiago Tribolet de Abreu

Hospital Espírito Santo de Évora

Homem de 81 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, insuficiência renal crónica (IRC) com taxa de filtração glomerular de 26,1 mL/min/1,73m², doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), prostatectomia por hiperplasia benigna da próstata com lesão renal aguda obstrutiva em 2015, acidente isquémico transitório há vários anos, dislipidemia, ex-fumador (16 UMA) e hábitos etílicos ocasionais (<20 g por dia), internado por agudização da DPOC e IRC no contexto de infecção respiratória.

Ao exame objectivo era visível ao nível de ambos os membros superiores uma alteração descamativa com um padrão peculiar semelhante a escamas de peixe, a ictiose. A ictiose resulta de uma alteração da queratinização, no caso do doente tinha vários anos de evolução encaixando no subgrupo de ictioses vulgares. A maioria das ictioses são hereditárias, contudo formas adquiridas podem

surgir no contexto de neoplasia, auto-imunidade, doença infecciosa e deficiência nutricional.

IMG164

1219 COMPLICAÇÕES DE UM FECALOMA

Sofia Perdigão, Ana Morais Alves, Cristiana Sousa, Rita Gamboa Cunha, Paula Vaz Marques, Olívia Cardoso

Serviço de Medicina Interna do CHTMAD- Hospital de Chaves

Doente do sexo feminino de 89 anos, dependente, institucionalizada. Como antecedentes pessoais de referir síndrome demencial e dislipidémia. Recorreu ao serviço de urgências (SU) a 12 Março de 2016 por recusa alimentar e gemido constante com 4 dias de evolução. A familiar que acompanhava a doente referiu ainda diminuição do débito urinário. Ao exame objectivo a doente encontrava-se prostrada, pálida, desidratada, restante exame objectivo sem alterações. Neste contexto a doente foi algaliada no SU, onde se constatou resistência à passagem da mesma, pelo que foi pedida uma tomografia axial computadorizada (TAC) abdominal e pélvica. Constatou-se "...Rins na topografia habitual com normal espessura do parênquima, assinalando-se alguns quistos corticais, o maior no pólo inferior do rim esquerdo com 5 cm. Dilatação dos bacinetes de ambos os rins até à bexiga em paciente com marcada dilatação do quadro cólico, verificando-se exuberante fecaloma." Foi assim internada com o diagnóstico de lesão renal aguda de etiologia pós-renal obstrutiva, no contexto de um fecaloma de grandes dimensões que comprimia extrínsecamente a bexiga, causando dilatação retrograda do trato urinário. Em internamento após remoção do fecaloma e recurso a fluidoterapia, a doente apresentou resolução do quadro de entrada, com normalização da função renal, sem outras intercorrências. Pretendemos com este caso alertar para uma situação relativamente frequente e por vezes banalizada, que são os fecalomas, e para as consequências graves que estes podem originar. Devemos por isso estar particularmente alerta para a presença dos mesmos, visto ser uma situação potencialmente evitável e reversível.

IMG182

1298 UMA IMAGEM ENGANADORA

Nádia Simas, Emília Velhinho, Glória Nunes da Silva

Serviço Medicina III, Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte

O sinal de Chilaiditi é um termo radiográfico usado quando o cólon, intestino delgado ou o estômago é observado interposto entre o fígado e o diafragma

direito. Constitui um achado imagiológico com incidência de 0,18% na radiografia de tórax e 2,4% em tomografias computadorizadas estando aparentemente associado ao envelhecimento, com uma prevalência em 1% dos idosos. Quando este achado está associado ao quadro clínico de dor abdominal, náuseas, vômitos, distensão abdominal ou vôlvo do colon sigmoide, pode ser causa rara de abdômen agudo, caracterizando a síndrome de Chilaiditi. Os autores apresentam as imagens de um homem de 68 anos de idade internado por infecção respiratória com insuficiência respiratória parcial. A telerradiografia de tórax e a tomografia computadorizada de abdômen revelam a interposição do cólon entre o fígado e o diafragma direito - Sinal de Chilaiditi.

A importância do reconhecimento deste sinal prende-se no diagnóstico diferencial, simulando um pneumoperitонеu.

URGÊNCIA / CUIDADOS INTERMÉDIOS

IMG024

192 UM CASO DE DOR ABDOMINAL

Miguel Reis Costa, Marta Moreira, Pedro Pinto, Rosana Maia, Duarte Silva, Irene Miranda, Carmélia Rodrigues, Diana Guerra

Unidade Local de Saúde do Alto Minho – Hospital de Santa Luzia, Viana do Castelo

A dor abdominal é um sintoma comum no universo médico e representa um espectro de diversas patologias que oscilam entre entidades benignas e emergências cirúrgicas, constituindo um desafio diagnóstico.

Homem de 56 anos, com antecedentes de consumo nocivo de álcool e tabagismo, recorre ao serviço de urgência por dor e distensão abdominal com 1 semana de evolução, associadas a náuseas, vômitos, anorexia e dispneia em repouso. Ao exame físico: polipneico, com tiragem supraclavicular, tempo de preenchimento capilar >2 segundos, hipotenso, taquicárdico, icterico e abdômen distendido, timpanizado, com maciez variável dos flancos, difusamente doloroso à palpação, com defesa. Analiticamente com hiperlactacidemia, parâmetros inflamatórios aumentados, hiperbilirrubinemia à custa da directa e hipoalbuminemia. Na radiografia abdominal em pé (A) com exuberante pneumoperitонеu delimitando baço e região superior do fígado, confirmado também em radiografia abdominal tangencial (B). Submetido a laparotomia exploradora que evidenciou neoplasia do sigmoide oclusiva e perfurada, com peritonite fecaloide difusa associada a isquemia mesentérica irreversível, atingindo todo o intestino. Dado a

inviabilidade optou-se por encerramento e medidas de conforto, vindo a falecer.

O caso é apresentado pela exuberância do pneumoperitонеu, mas também para lembrar, que junto com história clínica e exame físico adequados, a radiografia abdominal tem um papel decisivo nestas situações emergentes, como exame simples, acessível e não invasivo.

IMG046

365 A PROPÓSITO DE CORPO ESTRANHO

Mariana Formigo, Clarisse Neves, Filipe Gonçalves, Jorge Cotter

Hospital Senhora da Oliveira Guimarães

Mulher de 81 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, recorreu ao serviço de urgência por quadro de dor abdominal difusa em cólica, anorexia, náuseas e dejeções com 3 dias de evolução. A admissão perfil hipotensivo, taquicardia sinusal, apirética, com dor à palpação abdominal, Ruídos hidroaéreos normofonéticos, abdômen mole e depressível, com defesa e sinais de inflamação peritoneal.

Apresentava parâmetros inflamatórios aumentados (PCR 328 mg/dL), insuficiência renal aguda (Creatinina de 4.21 mg/dL e Ureia 98) e insuficiência respiratória tipo 1. Fez tomografia computadorizada abdominal que revelou “uma fina estrutura densa com cerca de 25mm posteriormente ao lobo esquerdo do fígado, sem alteração dos planos adiposos circundantes (corpo estranho/ espinha?).” Internada por sépsis com síndrome de disfunção multiorgânica (cardiovascular, renal e respiratória) ao cuidado de Medicina Interna e pedida colaboração de Cirurgia Geral. Submetida a cirurgia de urgência com constatação de peritonite purulenta exuberante generalizada, verificação de perfuração concomitante da pequena curvatura gástrica na incisura angularis e lobo hepático esquerdo adjacente por espinha de peixe com 8-10 cm. Cirurgia sem intercorrências, internamento prolongado de 28 dias inicialmente em Medicina Intensiva e posteriormente ao cuidado de Cirurgia Geral.

IMG056

433 QUANDO O CORAÇÃO PÁRA, VALE TUDO – VOLET COSTAL GRAVE APÓS PARAGEM CARDIO-RESPIRATÓRIA

Joana Couto, Luís Pontes dos Santos, Alexandra Esteves, António Ferreira, Raquel López, Diana Guerra

Serviço de Medicina Interna ULSAM

Homem, 81 anos. Autônomo. Antecedentes de

hipertensão arterial com vários anos de evolução e difícil controlo, com lesão de órgão alvo (cardiopatia hipertensiva), encontrando-se sob terapêutica tripla (beta bloqueante, IECA e antagonista dos canais de cálcio). Recorreu ao Serviço de Urgência por astenia, dispneia para pequenos esforços e mal-estar generalizado. Constatado bloqueio aurículo-ventricular de 3º grau, foi admitido em Unidade de Cuidados Intermédios para monitorização electrocardiográfica, wash out de beta bloqueante e iniciou perfusão de isoprenalina mantendo FC~40 bpm. Ao 3º dia nesta unidade paragem cardio-respiratória em ritmo de fibrilação ventricular em provável contexto de baixo débito por BAV de 3º grau, realizada desfibrilhação com recuperação da circulação após um ciclo de manobras. Como consequência das manobras de suporte básico de vida, apresentou fratura de arcos costais à direita com volet torácico (Figura A e B). Realizou TC torácico para exclusão de outras complicações (Figura C) que mostrou importante descontinuidade da parede torácica direita nas transições condrocostais, com mais de 9cm de altura (apenas a poupar as duas primeiras junções) com separação dos topos laterolateral que vai até aos 3cm, pneumotórax ligeiro e enfisema da parede torácica ipsilateral, derrame pleural direito de moderado volume. Procedeu-se a toracocentese e constatado hemopneumotórax tendo sido submetido a drenagem com dreno torácico, sem intercorrências imediatas. Após internamento recuperou, apesar de necessidade de várias dreagens de derrame pleural secundário a traumatismo, encontra-se está a realizar cinesiterapia e é seguido em Consulta.

Apresenta-se esta imagem para destacar uma complicação de manobras de suporte de relativamente comum, mas em casos com a gravidade do apresentado com necessidade de cuidados emergentes (colocação de dreno torácico para drenagem de homotórax) e seguimento à posteriori por risco de recidiva.

IMG061

492 UM CASO DE AEROPORTIA EXUBERANTE

Jorge Gama Prazeres, Tânia Vassalo, Joana Rodrigues dos Santos, Alexandra Coimbra

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte

A isquémia intestinal, que pode afectar qualquer parte do intestino, pode ser causada por qualquer processo que reduza o fluxo sanguíneo intestinal, tal como oclusão arterial, oclusão venosa, ou vasoespasmo arterial. Para os pacientes com sintomas agudos, um diagnóstico rápido é crucial, uma vez que as consequências clínicas podem ser catastróficas, incluindo sépsis, enfarte intestinal e morte.

Apresenta-se o caso de um homem de 68 anos,

submetido a cirurgia para excisão de meningioma intra-craniano. No pós-operatório, inicia quadro de choque séptico, com suspeita de ponto de partida abdominal, motivo pelo qual realizou exame de imagem que revelou a presença de pneumatose intestinal, bem como exuberante aeroportia e presença de ar no lúmen do eixo venoso porto-mesentérico e de praticamente todas as veias tributárias da veia mesentérica superior, confirmando assim o diagnóstico de isquémia aguda intestinal. Evolução subsequente em choque refractário, sem condições para intervenção cirúrgica, pelo que o doente acabou por falecer.

As imagens reflectem o aspecto típico de aeroportia e de presença de ar na parede intestinal.

IMG082

598 ERITEMA MULTIFORME SECUNDÁRIO À TERBINAFINA

Ana Sá, Vanessa Palha, Anna Knoch, Teresa Pimentel, Narciso Oliveira

Serviço de Medicina Interna, Hospital de Braga

O eritema multiforme é uma reacção mucocutânea de hipersensibilidade. Na maioria dos casos é secundário a infecções e, menos frequentemente, a fármacos. Caracteriza-se clinicamente por lesões em alvo na pele, com distribuição simétrica nas superfícies dorsais dos membros extensores e envolvimento mínimo das membranas mucosas. É geralmente autolimitada, resolvendo em semanas sem sequelas significativas.

Pela exuberância das lesões cutâneas, apresentamos o caso de uma mulher de 43 anos, com exantema pruriginoso com uma semana de evolução. Iniciara cerca de 2 semanas antes toma diária de terbinafina oral para tratamento de onicomicose persistente no hálux direito. Fora medicada dois dias antes com antihistamínico e corticoterapia, tópica e oral, sem alívio sintomático e com agravamento das lesões, inicialmente confinadas à região cervical e dorsal. Sem outros antecedentes pessoais ou medicação prévia. À observação no SU apresentava exantema eritematoso com lesões em diferentes fases de evolução: descamação dorsal superior e torácica inferior; eritema da face, partes proximais dos membros e períneo; lesões em alvo nos braços e pernas (imagens). Sem lesões das mucosas, mãos ou pés. Sem febre, queixas sistémicas ou outras alterações ao exame físico. Analiticamente, apenas discreta elevação da proteína-C-reativa. Durante o internamento foi realizada biópsia cutânea que revelou "presença de pústulas espongiformes, dilatação capilar e infiltrado linfo-histiocitário peri-vascular, com evidentes focos de exocitose neutrofílica", achados compatíveis com eritema multiforme. Após suspensão da terbinafina e exclusão de outras causas, a doente teve boa

evolução clínica com corticoterapia e antihistamínico, verificando-se regressão progressiva das lesões.

IMG085

613 O CASO RARO DE UM CATÉTER VENOSO SUBCLÁVIO REDIRECCIONADO PARA O PESCOÇO

Carolina Oliveira, Miguel Varela, Luís Flores, Rui Patraquim, Daniel Nunez, Cristina Granja

Serviço de Medicina Intensiva 1, Hospital de Faro, Centro Hospitalar Universitário do Algarve

A colocação de um catéter venoso central (CVC) é uma técnica essencial em situações de emergência, mas não é isenta de riscos. Um CVC mal colocado refere-se a um catéter cuja ponta não está situada numa veia central, seja como resultado de uma colocação incorreta ou devido à migração da ponta, que pode ocorrer posteriormente. As características anatómicas individuais dos pacientes podem predispor ao deslocamento de CVCs.

Homem de 52 anos deu entrada na sala de reanimação depois de síncope não presenciada.

Foi diagnosticada uma pneumonia bilateral com insuficiência respiratória grave, pelo que foi prontamente intubado.

Um catéter venoso central de triplo lúmen foi colocado na veia subclávia direita. Após a inserção do cateter, o ramo distal não se encontrava funcionando, mas as infusões de vasopressores (noradrenalina e fentanil) foram iniciadas pelas outros dois ramos, com resposta clínica.

Uma Tomografia Computadorizada de tórax mostrou o CVC progredindo para cima na linha média do pescoço do paciente. Após a inspeção e palpação do pescoço, um pequeno dispositivo cilíndrico foi encontrado na linha média, anterior e inferior à glândula tiroide. Foi considerado que a ponta do catéter se encontrava na veia tiróidea inferior, tendo sido removido sem intercorrências.

Com este caso, pretendemos mostrar que este efeito adverso é raro, mas pode acontecer e passar despercebido e é necessário preveni-lo.

IMG092

700 HEMORRAGIA MACIÇA – UM LOCAL POUCO PROVÁVEL

Catarina Couto, Gisela Vasconcelos, Ana João Sá

CHTS

Legenda: M/ 43 anos, com antecedentes de etilismo crónico e epilepsia. Medicado habitualmente com levetiracetam 500mg 2x/dia. Situação social

precária. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por quadro clínico compatível com infeção respiratória com vários dias de evolução, associado a astenia, anorexia e perda ponderal. No SU descrito como febril, hemodinamicamente estável, polipneico com SpO2 90% em ar ambiente. Gasimetricamente com insuficiência respiratória hipoxémica. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios e hiponatremia moderada, sem outras alterações de relevo. TC de tórax a documentar volumosa cavitação no lobo inferior do pulmão esquerdo, com níveis hidroaéreos no interior e que se associa a densificação e consolidação do restante parênquima pulmonar deste lobo, apresentando delimitação cisural; múltiplos pequenos focos de densificação parenquimatosa no pulmão direito e lobo superior do pulmão esquerdo, com tendência para a consolidação (provável disseminação do processo infeccioso). Iniciada antibioterapia empírica com ceftriaxone e clindamicina, após colheita de amostras para exames culturais. Evolução desfavorável com extensão do processo infeccioso bilateralmente e falência respiratória com necessidade de intubação e ventilação mecânica invasiva. Escalada antibioterapia para meropenem e linezolid. Excluída tuberculose e exames culturais persistentemente negativos. Episódio de hemoptise violenta, condicionando agravamento crítico da função pulmonar e refratária ao tratamento. Foi declarado o óbito em dia 6 de internamento nos cuidados intensivos.

IMG094

710 FITOFOTODERMATOSE - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Andrade Oliveira; Joana Morais; Olga Pires; Inês Burmester; Filipa Rodrigues; Regina Caldas; Filipa Almeida; Maria João Regadas; Paulo Gouveia; Carlos Capela

Hospital de Braga

Introdução

: A fitofotodermatose é uma reacção inflamatória cutânea resultante do contacto com plantas produtoras de substâncias fototóxicas, seguido da exposição solar. As plantas mais frequentemente associadas são as da família das Rutaceae (lima, limão e laranja), Aplaceae (aipo) e Moraceae (figo). Geralmente é uma entidade benigna e auto-limitada, não deixando sequelas.

Caso clínico: Um homem de 63 anos, com antecedentes de hipertensão, dislipidemia e esteato-hepatite alcoólica recorreu ao serviço de urgência pelo aparecimento de lesões que se assemelhavam a queimaduras nos membros superiores e inferiores dois dias após ter estado a cortar uma figueira. Na primeira avaliação não apresentava critérios de gravidade tendo alta para

o domicílio com cuidados de penso. Todavia, três dias depois apresentou progressão das lesões sendo reencaminhado ao hospital. Negava febre ou queixas algícas. Analiticamente tinha leucocitose, neutrofilia e elevação da proteína C reactiva, sendo internado sob antibioterapia (flucloxacilina), corticoterapia e anti-histamínico. Na avaliação inicial identificavam-se lesões eritemato-edematosas, hiperpigmentadas e algumas das quais bolhosas localizadas nos membros superiores, pernas e joelhos. Realizou zaragatoa cutânea com identificação de um *Staphylococcus aureus* meticilina sensível. Teve alta com indicação para terminar antibioterapia no domicílio e foi reavaliado em consulta de dermatologia obtendo resolução completa das lesões cutâneas.

Discussão: O diagnóstico da fitofotodermatose é exclusivamente clínico, exigindo uma história clínica com referência a uma exposição cutânea conhecida. Geralmente são desnecessários exames adicionais. Estas lesões têm maioritariamente resolução espontânea, estando a antibioterapia indicada apenas nas situações de sobre-infecção. Particulariza-se este caso pela exuberância das suas manifestações cutâneas, nas zonas fotoexpostas, e necessidade de antibioterapia.

IMG096

715 HIDROCEFALIA AGUDA POR QUISTO COLÓIDE DO III VENTRÍCULO

André Rosa Alexandre, Domingos Coiteiro, António Nunes

Unidade de Cuidados Intensivos, Hospital da Luz - Lisboa, Lisboa, Portugal

Doente do sexo feminino, 77 anos, sem antecedentes médicos de relevo ou medicação crónica. Foi trazida pelo marido ao Serviço de Urgência do nosso Hospital por confusão e amnésia para memória imediata e recente com 48 horas de evolução. Além do défice mnésico não foram identificados outros défices neurológicos no exame objectivo. O restante exame físico e a avaliação analítica não demonstraram alterações. Realizou ressonância magnética crânio-encefálica que demonstrou hidrocefalia supratentorial aguda com transudação transependimária provocada por quisto colóide do III ventrículo (setas) com obliteração bilateral dos forâmens de Monro. Foi submetida a excisão neurocirúrgica urgente do quisto por abordagem transcalosa com colocação de derivação ventricular externa. A cirurgia e a recuperação pós-operatória na Unidade de Cuidados Intensivos decorreram sem intercorrências. Teve alta totalmente assintomática, mantendo-se a boa evolução clínica durante os 2 anos de seguimento em ambulatório.

Os quistos colóides do III ventrículo são lesões congénitas raras e benignas, representando menos de 2% de todos os tumores intra-cranianos. A sua

posição tipicamente anterior potencia a oclusão dos forâmens de Monro com hidrocefalia supratentorial. A apresentação clínica é heterogénea, variando de sinais e sintomas incipientes e inespecíficos, às manifestações de hidrocefalia com hipertensão intra-craniana e risco de morte súbita. O tratamento cirúrgico é habitualmente curativo.

IMG105

758 UM ERITEMA EXUBERANTE...

Salomé Marques, Daniela Neto, Ana Costa, Sara Lopes, Fernando Esculcas, Jorge Cotter

Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, Portugal

Homem de 72 anos de idade, autónomo, com residência no estrangeiro mas que frequentemente vem de férias a Portugal. Recorre ao Serviço de Urgência por sinais inflamatórios da face com 7 dias de evolução, sem prurido, sem febre. Referia alteração medicamentosa recente com início de corticoterapia inalatória e uso de produtos de cosmética que deixara em Portugal. Apresentava ao exame objetivo: edema e eritema com exsudação e fissuração em toda a face, sem extensão ao couro cabeludo, e não poupando as mucosas dos lábios nem a mucosa tarsal com extensão ao início do pescoço, sem sinais de sobreinfecção, e candidíase oral exuberante. Realizou terapêutica tópica com betametasona e ácido fusídico, pomada oftálmica de prednisolona e cloranfenicol, e nistatina oral com melhoria significativa tendo tido alta clínica ao 4º dia de internamento.

IMG112

804 SÍNDROME DE RAYNAUD NA URGÊNCIA.

Catarina Marques, Ana Oliveira, Domingas Pereira, José Vaz

Hospital José Joaquim Fernandes - Serviço de Medicina Interna

Introdução

: Doente de 75 anos de idade que recorre ao serviço de urgência por síncope associada a hipotensão. Ao exame objetivo destacava-se alteração da coloração dos 2os, 3os, 4os, e 5os dedos, sem história de episódios anteriores semelhantes. Os pulsos radiais estavam presentes. Sem história de tabagismo ou doenças autoimunes anteriormente conhecidas. Procedeu-se ao aquecimento externo de ambas mãos com reversão completa do fenómeno. Foi assumido um provável Raynaud primário devido a vasoconstrição por exposição ao frio.

IMG118**860 NEM PARA 1, NEM PARA 65... O ABDÓMEN (NÃO) É BOM ESCONDERIJO**

Isabel Taveira, Cláudia Vicente, Lucas Dias, José Sousa e Costa

Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

O contrabando de substâncias ilícitas, escondendo-as dentro do próprio corpo, chamado de Body packer ("correio de droga"), é um fenómeno mundial, ainda que pouco detetado em Portugal, tendo sido o primeiro caso relatado em 2009. A radiografia abdominal é considerada o gold standard, com alta especificidade (97%) e sensibilidade (85%). Complicações como rutura das embalagens com consequente toxicidade e obstrução ou perfuração gastrointestinal são pouco frequentes (taxa inferior a 5%), porém, há alguns fatores de risco mais associados às mesmas, nomeadamente a ingestão de > 50 invólucros. O caso clínico refere-se a um homem, de 45 anos, de nacionalidade portuguesa, institucionalizado em estabelecimento prisional, admitido em SU por dor abdominal inespecífica, com suspeita de ingestão de droga para tráfico da mesma. Ao Exame Objetivo, destacava-se abdómen discretamente distendido com várias massas palpáveis heterogeneamente, de difícil caracterização. A radiografia abdominal confirmou a existência de múltiplos corpos estranhos, tendo o tratamento médico com laxantes sido suficiente para, em pouco mais de 72 horas, eliminar os 65 invólucros de droga.

Apesar da panóplia de complicações possíveis, e dos fatores de risco associados neste caso, a situação clínica foi resolvida sem rutura de qualquer invólucro ou outras complicações.

(Foto dos invólucros com permissão das autoridades envolvidas e do doente)

IMG132**972 VOLVO - RX ABDOMINAL TÍPICO**

Rita Valente, Joana Costa Simões, Tiago Pacheco, Margarida Sá Pereira, Luís Borges

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central - Hospital S. José - Medicina 1.4

Mulher, 80 anos, autónoma, antecedentes de doença de Parkinson, com quadro agudo de distensão e dor abdominal intensa, sem náuseas ou vômitos, tendo trânsito intestinal preservado. Hemodinamicamente estável e sem reacção peritoneal, pedida avaliação laboratorial (sem alterações) e Rx abdómen em ortostatismo. Neste exame visualiza-se ansa cólica distendida com projecção para hipocôndrio esquerdo, desenhando aparência de "grão de café" (assinalada com seta na

figura) - muito sugestiva de volvo intestinal. Iniciada fluidoterapia e colocadas sondas nasogástrica e de enteroclise. A colonoscopia urgente confirma torção sigmoideia - que se consegue, por essa via, reduzir -, identificando-se, a montante, marcada dilatação cólica.

Pretende realçar-se a utilidade e importância da radiografia de abdómen em situações de gravidade - exame simples e de rápida execução, que não deve ser menosprezado, nem omitido.

IMG177**1275 COMPROMISSO SÚBITO DA VIA AÉREA SUPERIOR - CARCINOMA ANAPLÁSICO DA TIROIDE**

José Pereira, Juliana Magalhães, Inês Antunes, Ivone Barracha, Rosa Amorim

Centro Hospitalar do Oeste - Unidade de Torres Vedras

O Carcinoma anaplásico da tiróide é o carcinoma mais agressivo da glândula tiroideia, apesar de raro. Apresenta-se frequentemente como massa cervical rapidamente progressiva, com metastização presente à data de diagnóstico em cerca de 50% dos casos.

Homem de 78 anos, autónomo com antecedentes pessoais não relevantes. Recorreu SU por quadro com 5 dias de evolução de tosse, disфонia e dificuldade respiratória, sem história de febre ou menção a patologia tiroideia conhecida. Foi admitida causa infecciosa, tendo o doente tido alta e regressado, dias depois, por polipneia com estridor e disфонia, com descrição de nódulo palpável supra esternal de +/3cm, móvel e de consistência elástica. Pela impossibilidade de resolução do estridor, com compromisso da via aérea, procedeu-se à entubação orotraqueal do doente. Realizou TC que revelou aumento das dimensões da tiroide condicionada por lesão heterogênea com 64mm, interessando o istmo e ambos os lobos, que invadem a traqueia, condicionando destruição dos anéis traqueais, suspeita de neoformação. Não apresenta plano de clivagem com músculos infraioideus, não permitindo excluir invasão. O doente foi transferido para uma unidade de cuidados intensivos, tendo posteriormente sido confirmado o diagnóstico.

IMG228**1665 É PRECISO ATESTAR? QUANDO AS APARÊNCIAS ILUDEM!**

Isabel Montenegro Araújo, Salomão Fernandes, David Prescott, Ana Isabel Brochado, Margarida Pimentel Nunes, Inês Branco Carvalho, Beatriz Donato, Rita Sérvio, José Luis Ferraro, Adriana Paixão Fernandes, Sofia Mateus, António Martins Baptista, José Lomeli

Hospital Beatriz Ângelo

Apresenta-se uma radiografia realizada a um homem, com hábitos etanólicos conhecidos, que entra no Serviço de Urgência por alteração do estado de consciência com desorientação espaço-temporal e com traumatismo da face, após ter sido encontrado caído no chão da casa de banho.

Pelo estado de embriaguez que apresentava, a alteração do comportamento foi enquadrada nesse sentido e foi enviado para a Traumatologia para ser suturado. Ao ser abordado para limpeza da ferida, é notado um trajeto interno a partir da ferida no queixo – desta forma realiza uma radiografia de Crânio que é a apresentada. De facto, o que se verifica é que existem dois trajetos de bala, ambos desde a região mandibular, um deles com extensão até à região frontal com formação de um pneumoencéfalo extenso.

Embora todo o contexto social, com evidência de hábitos etanólicos ativos, fizesse suspeitar que o quadro era explicado pela alcoolémia e considerando que se esperaria que as lesões apresentadas imagiologicamente fossem acompanhadas de alterações clínicas e danos muito maiores que os observados, por vezes, as “aparências iludem” e uma exaustiva avaliação de cada doente garante uma correta abordagem terapêutica dirigida.

IMG235**1722 UMA EMBOLIA PUMONAR GASOSA**

Adriano Pacheco Mendes, Rúben Raimundo, Ana Martins Neves, Nídia Calado, Ana Maria Costa, Isabel Soles

Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano - Hospital de Portalegre

Introdução

:  Apresenta-se o caso de uma doente do sexo feminino, 80 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e dislipidémia, que recorreu ao Serviço de Urgência por lesões pruriginosas nos membros superiores após primeira toma Levofloxacina prescrita pelo seu Médico de Família

e por quadro sugestivo de Pneumonia Adquirida na Comunidade.

À entrada, no Serviço de Urgência, referia sensação de febre, tosse produtiva com expectoração mucopurulenta, agravamento da dispneia e dor tipo pleurítica de novo no hemitórax direito.

Não se objectivaram alterações relevantes através de radiografia de tórax e o controlo analítico, não só confirmou uma expectável elevação dos parâmetros inflamatórios como apresentava um aumento considerável, embora não muito elevado, do valor de d-dímeros. A gasimetria arterial revelou hipocápnia e hipoxémia ligeira que motivou um pedido de angiografia de tórax para exclusão de tromboembolia pulmonar.

Com a angiografia de tórax foi possível excluir a hipótese diagnóstica de tromboembolismo pulmonar mas documentou-se a presença de conteúdo gasoso observado após injeção de contraste ao longo do território venoso direito e da artéria pulmonar. A maior loca encontrava-se no tronco comum da artéria pulmonar, onde se estimavam os seus maiores eixos em cerca de 24x10x19mm.

Posto o presente quadro, a doente foi colocada em decúbito lateral, a cumprir oxigenoterapia de alto débito e foi transferida para outra instituição hospitalar para terapia em câmara hiperbárica tendo, posteriormente, regressado ao hospital de origem para vigilância e cumprimento de antibióterapia empírica. Teve alta após uma evolução favorável a nível clínico, analítico e imagiológico.

IMG237**1731 ABCESSO HEPÁTICO PIOGÉNICO POR CORPO ESTRANHO**

Ana Isabel Rodrigues, Rita Martins Fernandes, Nuno Mourão Carvalho, Domingos Sousa, Hugo Calderón, Cristina Granja

Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Hospital de Faro

Doente do género feminino, 68 anos, nacionalidade inglesa, de férias em Portugal.

Recorreu ao serviço de urgência por cansaço, cefaleias, sensação de febre e desconforto torácico sem irradiação, intermitente com duração entre 5 a 10 minutos, não associado a esforços e alívio em ortostatismo.

Apresentava uma pontuação de 15 na Escala de Coma de Glasgow, febre de 38.2°C, hipotensa (pressão arterial média de 55mmHg), taquicárdica, com dor abdominal à palpação.

Realizou eletrocardiograma com fibrilhação auricular de novo com resposta ventricular rápida.

Ecocardiograma transtorácico e radiografia de tórax sem alterações.

Analiticamente com parâmetros inflamatórios aumentados com leucocitose de 22 500/L com neutrofilia e proteína C reativa de 440 mg/dl.

Fez tomografia axial computadorizada abdominal observando-se coleção hepática abecedada no segmento IV. Em íntima relação com esta coleção, ultrapassando o contorno hepático, tinha um corpo estranho linear, espontaneamente denso, com 2 cm de comprimento, de etiologia metálica. A proximidade do antro gástrico e a presença de densificação da gordura perigástrica entre o antro e este segmento hepático sugere que corpo estranho ingerido perfurou o estômago, alojando-se a nível hepático com formação de abscesso adjacente.

Submetida a laparotomia com drenagem do abscesso hepático e remoção de corpo estranho (metal de uma garrafa), isolando-se posteriormente no exsudado purulento profundo *Staphylococcus aureus* sensível a oxacilina e resistente a penicilina

Admitida na Unidade de Cuidados Intensivos, sob antibioterapia e suporte aminérgico, com melhoria clínica progressiva, possibilitando a transferência da doente para o seu país de origem.

O diagnóstico de abscesso hepático piogénico secundário a perfuração gástrica por um corpo estranho é extremamente raro e pouco descrito na literatura. É de difícil reconhecimento quer pela inespecificidade do quadro sintomático, quer pelo desconhecimento dos doentes da ingestão do corpo estranho.

IMG265

2031 CISTITE ENFISEMATOSA: UM CASO PARADIGMÁTICO

Domingos Sousa, Rita Martins Fernandes,
Ana Isabel Rodrigues, Mourão Carvalho,
Hugo Calderon, Sílvia Castro, Javier Moreno,
Cristina Granja

Centro Hospitalar Universitário do Algarve - SMI1

A cistite enfisematosa (CE) é uma complicação rara da infeção do trato urinário (ITU) caracterizada por gás na bexiga (intramural e/ou transmural) associada a agentes microbiológicos produtores de gás: *Escherichia coli* (E.coli) e *Klebsiella pneumoniae*.

Mais de 50% dos doentes com casos de CE apresentam diabetes mellitus (DM).

Género feminino, 24anos, antecedentes de DM1 com 15 anos de evolução com retinopatia e nefropatia estabelecidas.

Apresenta-se com dor, distensão abdominal e

pneumatúria com 3 dias de evolução, elevação de parâmetros inflamatórios e leucocitúria. Após 3 dias de admissão, apresentou agravamento clínico com a TC-abdominal a descrever "gás na parede vesical inferior". A telerradiografia de abdómen revelou bexiga com bolhas de gás intraluminal em forma de "colar de pérolas" (Imagem 1 e 3).

Foi admitida na Unidade de Cuidados Intermédios (UCInt) sob antibioterapia e tratamento de suporte. Assistiu-se a melhoria clínica e imagiológica, com desaparecimento do gás intravesical ao 2º dia (IMAGEM 2). Teve alta da UCInt e do hospital aos 9 e 35 dias.

A CE é mais frequente em mulheres diabéticas e a suspeição clínica é importante no seu diagnóstico, juntamente com a imagiologia e a história clínica. Devem ser prontamente colhido rastreio séptico dado o risco de evolução para bacteriémia e choque séptico com uma taxa de mortalidade descrita de 7%. A maioria dos casos de cistite enfisematosa pode ser tratada com antibioterapia imediata se diagnosticados numa fase precoce.

Assim, pretendemos alertar para o risco de cistite enfisematosa em doentes diabéticas, clarificar o papel essencial da imagiologia no diagnóstico destes casos e esclarecer que o prognóstico é favorável se a antibioterapia adequada for iniciada de imediato. Salientamos igualmente a importância destes doentes serem tratados em ambiente de unidades de cuidados intermédios e o seu relato com as imagens anexas dado os poucos casos descritos na literatura.

E -POSTERS

CUIDADOS PALIATIVOS

P009

1190 ENTEROPATIA PÓS-QUIMIOTERAPIA – QUAIS AS PERDAS PARA O DOENTE?

Clara Machado Silva; Joana Pimenta; António Braga; Diana Ferrão; João Enes Silva; Nuno Melo; Jorge Almeida
Centro Hospitalar e Universitário de São João

Existem múltiplos efeitos laterais da quimioterapia, que limitam muitas vezes o restante tratamento da doença de base.

Homem, 65 anos, história de pancolite ulcerosa em remissão total, sob mesalazina; linfoma não-hodgkin folicular, tratado previamente com quimioterapia que terminou em Janeiro/2018. Recaída pós-tratamento e transformação em linfoma difuso de grandes células B, com evidência de doença apenas em gânglios inguinais. Sob corticoterapia, a aguardar início de radioterapia. Internado em Junho/2018 por diarreia com acidemia metabólica grave, hipocaliémia e hipoalbuminémia. Sem isolamentos microbiológicos, colonoscopia a confirmar remissão da colite ulcerosa. Realizou enteroscopia por videocápsula que mostrou enteropatia perdedora de proteínas consequente a quimioterapia. Internamento prolongado para ajuste da melhor dieta, com intercorrências graves: choque séptico com ponto de partida em cateter venoso central, neutropenia febril, trombose da veia jugular interna, iniciando hipocoagulação com tinzaparina. Teve alta em Agosto/2018, mantendo seguimento no Hospital de Dia de Hematologia. Em Setembro, em consulta, episódio de síncope sem pródromos, assistido pela equipa de emergência, com taquicardia ventricular autolimitada na monitorização inicial. Analiticamente apresentava hipocaliémia de 2,5 mEq/L, hipomagnesémia de 1,1 mg/dL, acidemia metabólica com pH 7,11 e bicarbonato de 5,6 mmol/L, sem hiperlactacidemia, albumina 13 g/L. Mantinha diarreia com cerca de 5 dejetões líquidas, sem qualquer outra sintomatologia. Esteve internado 6 semanas, com défices nutricionais e iónicos de muito difícil controlo. Foi necessária uma abordagem multidisciplinar com Nutricionistas e Hematologistas para ajustar a dieta e tentar reduzir a suplementação. No entanto, o doente mantinha dejetões frequentes, apesar de mais moldadas. Consequentemente, apresentava hipocaliémia, hipomagnesémia, hipofosfatémia e hipoalbuminémia graves, com anasarca, astenia e miopatia associadas, que dificultavam a mobilidade. Foi rediscutido o plano com a Hematologia e incluíram-se os colegas dos Cuidados Paliativos. Foi explicado o mau prognóstico com a família e o doente e decidido que não apresentava condições para avançar com o tratamento do linfoma, focando-nos em melhorar a sua condição clínica e o seu conforto com vista à alta hospitalar. Foi introduzida morfina oral em dose baixa, como

obstipante, com melhoria franca da diarreia, o que permitiu melhor absorção intestinal e melhoria dos défices. Assim, o doente teve alta para o domicílio com apoio de reabilitação motora, com um plano nutricional reforçado com suplementos proteicos e suplementação oral de potássio, magnésio e fósforo. Após 2 meses, o doente apresentava-se capaz de deambular, com edemas em regressão, 1 a 2 dejetões diárias, moldadas, sem novos episódios arritmicos.

Este caso reforça o conceito de uma abordagem terapêutica focada no doente e nas suas expectativas, mais do que nas suas múltiplas doenças.

P010

2009 O DESAFIANTE MUNDO DA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA

Joana Sotto Mayor, Isabel Eira, Renata Carvalho, Cindy Tribuna, Cristina Cruz da Ângela, Carlos Capela.
Hospital de Braga

Doente de 82 anos, sexo feminino, autónoma nas actividades de vida diária. Antecedentes de Hipertensão arterial, dislipidemia e Fibrilação auricular hipocoagulada com apixabano. Recorreu ao Serviço de Urgência encaminhada de clínica privada onde fez um electrocardiograma com ritmo de fibrilação auricular mas frequência cardíaca de 150 bpm. A admissão referia astenia marcada e anorexia (emagrecimento de 10Kg em 6 meses). Referiu episódio único de melenas 3 dias antes do recurso à urgência, bem como dejetão de sangue vermelho vivo três semanas antes. Sem outra sintomatologia associada. Teria recorrido a hospital privado uma semana antes por lipotimia, onde foi constatada anemia normocítica normocrômica com Hb 8g/dL, tendo sido recomendado estudo endoscópico. Objectivamente: palidez muco-cutânea, frequência cardíaca de 129 bpm; adenopatias cervicais e axilares à esquerda; toque rectal: dedo de luva sem sangue ou fezes. Do estudo: ECG: Fibrilação com resposta ventricular rápida 130 bpm; analiticamente: Hb 6,9gr/dL (normocítica normocrômica); leucocitose 14500; Haptoglobina <6; LDH 317; Bilirrubina Total 1,69; bilirrubina directa 0,46; vitamina B12 519; ferro 31; ferritina 798; TIBC 182. Imunohemoterapia: quadro compatível com Anemia hemolítica: Reacção Coombs positiva grau 10; activação IgG, IgM, C3d (grau 12). Doente internada para estudo de anemia hemolítica, iniciando prednisolona 1mg/Kg/dia; apresentando nessa altura fibrilação auricular, com resposta ventricular controlada. Do estudo realizado a salientar: défice de ácido fólico; presença de pico monoclonal na zona IgG/Kappa. Serologias víricas e estudo auto-imune, negativos. Tomografia toraco-abdomino-pelvica com contraste: "(...)múltiplas adenopatias supra e infradiafragmáticas (...)bem como

esplenomegalia homogénea(...)alterações sugestivas de doença linfoproliferativa."Tomografia por emissão de positrões revelou para além dos achados já conhecidos, presença de nódulo subcutâneo ávido por 18-FDG, na parede toraco-abdominal esquerda suspeito de natureza linfomatosa. Histologia do nódulo subcutâneo: compatível com Linfoma Não Hodgkin. EDA: erosões com hematina no antro gástrico, sem mais alterações. EDB: plexo hemorroidário interno congestivo. À data de alta com boa resposta hematológica à corticoterapia instituída (Hb 8,9g/dL, estável). Orientada para oncologia sendo a doença classificada em estágio IVB (por atingimento agnóliar, esplénico e cutâneo). Dado tratar-se de doente com ECOG-3; Índice geriátrico alto (Charlson-8); Prova levantar-andar >1mn e estadio avançado da doença (IVB) optou-se por não realizar estudo complementar, nomeadamente biopsia óssea, sendo apenas proposta para quimioterapia paliativa.

Casos como este mostram a importância de uma boa anamnese, aliada a um completo exame objectivo, sendo esses cruciais para que diagnósticos que impõem conduta clínica dirigida e célere não passem despercebidos. A taquicardia era só uma reactividade da dimensão da sua doença que dada a sua extensão foi apenas proposta para tratamento paliativo.

P011

1978 QUANDO PARECE QUE NADA MAIS HÁ A FAZER – O BENEFÍCIO DA INTERVENÇÃO CLÍNICA HOLÍSTICA E INTEGRADA

Emanuel Cadavez, Márcia Mendonça, Margarida Inácio, Anabela Moraes

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Os Cuidados Paliativos (CP) são uma intervenção multidisciplinar com foco na pessoa doente e na sua família, procurando dar uma resposta ativa, holística e integrada aos problemas da doença prolongada, incurável ou progressiva, que visa o conforto, dignidade, autonomia e se possível o aumento do tempo de vida.

Senhor de 75 anos, reformado, casado, cuidado pela esposa idosa e filha.

Adenocarcinoma do reto (pTG2M0) em 2012, submetido a quimio/radioterapia. Cirurgia em Jan/14, complicada com deiscência do coto e ventre agudo – realizou colostomia em Maio/14. Progressão com invasão da pelve, fistulização cutânea e formação de abscesso nadegueiro. Em Maio/15, estadio IV por metastização hepática. Diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão estadio IV (T4N2M1a), submetido a quimioterapia com intuito paliativo. Múltiplos internamentos por sépsis e pancitopenia. Progressão com metastização óssea e polineuropatia paraneoplásica, com deterioração clínica, acamamento e dependência total.

Solicitada avaliação pela equipa de CP em Jul/15: doente com dor óssea e abdominal de intensidade 6-7, dispneia para pequenos esforços dependente de OLD, hemoptises episódicas e depressão severa. Febre episódica recorrente, drenagem purulenta pela fístula nadegueira, caquexia, Palliative Performance Scale (PPS) 30%, Karnofsky Performance Status Scale (KPSS) de 20% e Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) de 4. Pancitopenia com anemia sintomática. A esposa exausta e deprimida.

Admitido na Unidade de internamento de Cuidados Paliativos (UCP) para otimização clínica e sistematização da intervenção bio-psico-social.

Intervenção clínica: a) Metastização óssea sintomática e dor abdominal controladas com escalada da analgesia opióide e adjuvante; b) Fístula/abscesso drenados e sob antibiótoterapia dirigida; c) Dispneia e hemoptises controladas com antihemorrágicos e cinesioterapia respiratória; d) Anorexia/caquexia controladas com anti-anorexiantes e plano dietético dirigido; e) Depressão resolvida com antidepressivos e intervenção psicoterapêutica junto do doente e esposa. f) Polineuropatia, iniciou programa de reabilitação funcional. Quimioterapia suspensa definitivamente.

Intervenção social: Adequação do apoio ao cuidador no domicílio, ajudas técnicas e realização de obras na casa para facilitar a mobilidade e autonomia do doente. Promoção da autonomia e socialização.

Ao 4º mês de seguimento observado em consulta, assintomático com recuperação ponderal, PPS 60%, KPSS 60%, ECOG 2. Expectativas do doente e família ajustadas à situação.

Foi seguido por 18 meses, manteve o seu grau de autonomia e bom controlo sintomático. Sem recorrer ao serviço de urgência. Com 4 internamentos na UCP para controlo sintomático, o último para cuidados de fim de vida.

Com este caso pretende-se evidenciar o benefício da intervenção clínica holística, integrada e realizada por uma equipa multidisciplinar, com claro impacto na qualidade de vida e possivelmente na sobrevida e redução dos custos assistenciais.

DOENÇAS AUTOIMUNES E REUMATISMAIS

P005

1878 AUDITORIA AOS PRIMEIROS 9 MESES DE FUNCIONAMENTO DE UMA CONSULTA DE CLINIMÉTRICAS EM DOENTES COM ESPONDILARTRITE

Mariana Bilreiro*, Ana Corte Real*, Ana Costa*, Filipa Coroado Ferreira*, Ana Campar, Mariana Brandão, Raquel Faria, António Marinho, Fátima Farinha

Unidade de Imunologia Clínica, Centro Hospitalar Universitário do Porto - Hospital de Santo António

Introdução

As espondiloartrites (SPAs) englobam um conjunto de doenças como a espondilite anquilosante (EA), a artrite psoriática (PsA) e a artrite idiopática juvenil (AIJ). A utilização de fármacos modificadores de doença (DMARDs) requer a monitorização da resposta à terapêutica e complicações associadas, com o objetivo de manter a remissão ou baixa atividade. Foi organizada uma consulta intercalar de Clinimétricas, dirigida aos doentes com artropatias inflamatórias, nas quais se incluem as SPAs.

Objetivos: Auditoria aos primeiros 9 meses de implementação da consulta, com caracterização dos doentes com SPA, dos fármacos efetuados, escalas de atividade da doença e a resposta à terapêutica.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo, observacional, com consulta dos processos dos doentes com o diagnóstico de SPA, avaliados na consulta de Clinimétricas. Análise estatística em SPSS 23.0.

Resultados: Foram avaliados 141 doentes (56% mulheres; idade média 51.91 ± 11.62 anos; evolução da doença média de 8.95 ± 6.86 anos). Destes, 37.6% tinham SPA indiferenciada, 34% PsA, 26.2% EA e 2.1% AIJ. Dos 84 doentes com estudo de HLA-B27, 65.5% eram positivos. Em média, os doentes fizeram um total de 2.11 ± 1.07 DMARDs, sendo os sintéticos mais frequentes metotrexato (56 doentes), sulfassalazina (26 doentes) e hidroxiquina (8 doentes) e, quanto aos biológicos, etanercept (54 doentes), adalimumab (15 doentes) e golimumab (15 doentes). Estavam sob corticoterapia 10.6% dos doentes. Nesta consulta, 22.7% alteraram a dose da terapêutica e 12.8% foram propostos para alteração do fármaco. Nos scores pré-terapêutica verificou-se uma média do BASMI 3.29 ± 1.77 , BASDAI 6.07 ± 1.84 , BASFI 5.43 ± 2.35 , ASDAS PCR 3.59 ± 0.85 e ASDAS VS 3.67 ± 0.89 . Nesta consulta a média transversal foi no BASMI 2.84 ± 1.80 , no BASDAI 4.92 ± 2.68 , no BASFI 4.14 ± 2.77 , no ASDAS PCR 2.64 ± 1.01 e no ASDAS VS 2.67 ± 1.00 . Em relação às comorbilidades, a média

de fatores de risco cardiovascular foi 0.82 ± 0.96 (34.8% com hipertensão, 35.5% com dislipidemia, 12.1% com Diabetes mellitus e 10.6% com doença cardiovascular). Durante o seguimento, 13.5% desenvolveram intercorrências infecciosas e 0.7% tiveram neoplasias. Quanto aos rastreios, 80.9% realizaram o de tuberculose latente (destes, 30.7% foram diagnosticados e tratados) e 79.4% a virologia. De acordo com os registos, 59.6% realizaram vacinação anti-gripal e 47.5% anti-pneumocócica. Dos 43 doentes que realizaram densitometria óssea 23.3% tinham osteoporose.

Discussão e Conclusão: A maioria dos doentes encontrava-se sob DMARDs biológicos, constatando-se uma baixa incidência de neoplasias e infeções. Destaca-se a importância da avaliação qualitativa e quantitativa da atividade da doença, que por sua vez permite determinar a resposta terapêutica. A abordagem estruturada desta consulta permitiu corrigir falhas no registo de medidas de atividade, dano, estratificação e rastreio de comorbilidades.

P006

1890 AUDITORIA AOS PRIMEIROS 9 MESES DE FUNCIONAMENTO DE UMA CONSULTA DE CLINIMÉTRICAS EM DOENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE

Ana Corte Real*, Ana Costa*, Filipa Coroado Ferreira*, Mariana Bilreiro*, Ana Campar, Mariana Brandão, Raquel Faria, António Marinho, Fátima Farinha

Unidade de Imunologia Clínica, Centro Hospitalar Universitário do Porto - Hospital de Santo António

Introdução

A artrite reumatóide (AR) é uma doença autoimune que requer monitorização clínica periódica para garantir uma baixa atividade ou remissão. Os objetivos de monitorização incluem ainda avaliação de complicações da doença e fármacos modificadores de doença (DMARDs), comorbilidades e qualidade de vida. Neste sentido, foi organizada uma consulta de Clinimétricas, para avaliação intercalar dos doentes com artropatias inflamatórias.

Objetivos: Auditoria aos primeiros 9 meses de implementação da consulta, com caracterização dos doentes com AR, dos fármacos efetuados, escalas de atividade da doença e a resposta à terapêutica.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo, observacional, com consulta dos processos dos doentes com o diagnóstico de AR, avaliados na consulta de Clinimétricas. Análise estatística em SPSS 23.0.

Resultados: Foram avaliados 78 doentes (70.5% mulheres; idade média 58.18 ± 11.59 anos; evolução da doença média de 11.71 ± 8.10 anos). 58.97% eram duplamente seropositivos (anti-CCP e fator reumatóide) e 19.23% duplamente seronegativos.

Em média os doentes fizeram um total de 2.47 ± 1.24 DMARDs, sendo os sintéticos mais frequentes metotrexato (53 doentes), leflunomida (12 doentes) e sulfassalazina (11 doentes) e, quanto aos biológicos, tocilizumab (9 doentes), etanercept (8 doentes) e adalimumab (5 doentes). Estavam sob corticoterapia 34.6% dos doentes, verificando-se um maior tempo de seguimento nestes doentes (média de 14.78 ± 9.26 anos versus 9.98 ± 6.88 nos doentes sem corticoterapia; $p=0.025$). Nesta consulta, 38.5% alteraram a dose da terapêutica e 3.8% foram propostos para alteração do fármaco. As médias do Disease Activity Score (DAS) 28 PCR e VS pré-terapêutica foram 3.57 ± 1.17 e 3.90 ± 1.43 , respectivamente. Nesta consulta, as médias transversais foram para o DAS28 PCR 2.80 ± 1.19 e DAS28 VS 3.43 ± 1.30 . Em relação às comorbilidades, a média de fatores de risco cardiovascular foi de 0.92 ± 0.91 : 42.3% de doentes hipertensos, 38.5% com dislipidemia, 10.3% com Diabetes mellitus e 16.7% com doença cardiovascular estabelecida. Desde o início do seguimento, 15.4% desenvolveram intercorrências infecciosas e 9% neoplasias. Quanto aos rastreios, 83.3% realizaram o de Tuberculose Latente (destes, 20% foram diagnosticados e tratados) e 83.3% a virologia. De acordo com os registos, 55.1% dos doentes realizaram vacinação anti-gripal e 43.6% anti-pneumocócica. Dos 45 doentes que realizaram densitometria óssea 24.4% tinham osteoporose.

Discussão e Conclusão: A maioria dos doentes encontrava-se sob DMARDs sintéticos, com uma percentagem de doentes corticotratados cronicamente elevada. Constatou-se a importância das escalas de avaliação da atividade da doença, que permitiram verificar uma boa resposta à terapêutica. A abordagem estruturada desta consulta permitiu corrigir falhas no registo de medidas de atividade, dano, estratificação e rastreio de comorbilidades.

P012

223 TROMBOSE ESPLENO-MESENTÉRICA COMO APRESENTAÇÃO DE UM SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Jorge Lourenço (1), Luis Morillas (2), Jose Luis Pablos (2)
(1) Serviço de Medicina Interna, CHUC - Hospital Geral ; (2) Serviço de Reumatologia, Hospital Universitário 12 de Octubre - Madrid 1

Introdução:

O síndrome antifosfolípido (SAF) representa um estado de hipercoagulabilidade autoimune caracterizado pela ocorrência de fenómenos tromboembólicos (a nível da circulação venosa e arterial), os quais podem surgir virtualmente em qualquer segmento vascular, sem um contexto etiológico devidamente esclarecido. Este síndrome associa-se a um impacto heterogêneo na

morbimortalidade dos doentes, dependendo da estrutura vascular envolvida.

Caso Clínico:

Doente do sexo feminino, 67 anos de idade, antecedentes de hepatite por vírus Epstein-Barr e história familiar de trombose venosa central (pai e irmão), recorre ao Serviço de Urgência por quadro clínico com 4 dias de evolução caracterizado por dor abdominal generalizada, febre e náuseas, sem alterações do trânsito intestinal ou urinário. Sem antecedentes ginecológicos ou obstétricos relevantes. À admissão a doente encontrava-se hemodinamicamente estável, febril, mucosas anictéricas com dor à palpação profunda em todos os quadrantes abdominais, sem massas ou organomegalias, sem sinais de irritação peritoneal e gasimetricamente com acidose metabólica e hiperlactacidémia (2.8 mmol/L). Do ponto de vista analítico, registou-se elevação dos parâmetros inflamatórios (PCR 7.8 mg/dl) sem alterações ao nível do hemograma, função renal e hepática. A persistência da sintomatologia e da hiperlactacidémia face à fluidoterapia e terapêutica sintomática inicialmente instituída motivou a realização de TC abdominal que identificou focos de trombose não oclusiva ao nível das veias esplénica, mesentérica superior e inferior. Neste sentido, iniciou hipocoagulação com enoxaparina e foi internada para continuação da investigação. Durante o internamento, o estudo documentou uma velocidade de sedimentação de 78 mm/h , complementemia normal e positividade serológica para os anticorpos anticoagulante lúpico e anti-fosfatidilserina, sem positividade para ANAs, anti-dsDNA, ENAs e ANCAs. Face ao enquadramento clínico e serológico, foi assumido diagnóstico de SAF primário, tendo iniciado tratamento com hidroxiclороquina. Cerca de 2 meses após o quadro clínico inicial, a doente encontrava-se assintomática e sem registo de novos eventos trombóticos.

Discussão:

A trombose venosa mesentérica representa 10% dos casos de isquemia aguda mesentérica. Existe pouca evidência publicada relativamente à sua associação com o SAF, não existindo uma estimativa da sua prevalência quer no momento do diagnóstico quer no decurso da sua história natural. É fundamental incluir na investigação diagnóstica um estudo serológico dirigido em situações clinicamente suspeitas como eventos tromboembólicos sem fator desencadeante conhecido, de modo a garantir um diagnóstico atempado e um impacto favorável em termos de prognóstico.

P013

224 CRIOGLOBULINEMIA - UMA CAUSA RARA DE EVENTOS VASCULARES CEREBRAIS

Fábio Murteira, Francisco Sabença, Ivo Castro, Miguel Silva, Pedro Oliveira, Nuno Leal, Pedro Barros, Henrique Moniz Costa, Luis Miguel Veloso, Vitor Paixão Dias

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução:

A crioglobulinemia é caracterizada pela presença de crioglobulinas no soro, isto é, imunoglobulinas que precipitam in vitro a temperaturas abaixo da corporal (37 °C). Pode ser um achado incidental ou provocar dano evidente pela precipitação em pequenos e médios vasos. Existem 3 tipos, a tipo I monoclonal (simples) e as tipo II e III policlonal (mista). Em 90% dos casos a Tipo II está associada a Hepatite C (HCV) crónica.

Caso clínico:

Homem, 51 anos, com HCV crónica (diagnóstico há 21 anos, sem seguimento ou tratamento), ex-consumidor de drogas endovenosas e ex-fumador. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) durante o Verão, por instalação súbita de hemiparesia direita e disartria com início no dia anterior. À admissão tinha paresia facial central direita, hemiparesia direita grau 4 e ligeira oscilação sem lateralidade evidente (NIHSS 4); hipertenso (190/110 mmHg) e em ritmo sinusal.

No SU realizou Tomografia Computorizada (TC) e AngioTC crânio-encefálico (CE) e de troncos supra-aórticos, sem lesões agudas. Nas análises iniciais com elevação de transaminases (7x-12x a referência) e dislipidemia.

Foi internado por Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico (LACI motor puro), sem indicação para trombolise (por tempo de evolução e lesão de pequeno vaso). No internamento a Ressonância Magnética (RM) e AngioRM CE demonstraram 3 lesões isquémicas agudas/subagudas em território profundo em ambos os hemisférios e microhemorragias em vários territórios profundos. Para complementar estudo foram pedidos marcadores de auto-imunidade, estudo de trombofilias e fez punção lombar. Teve alta contraparecer médico após recuperação parcial dos défices; aguardava resultados anteriores e angiografia cerebral diagnóstica. Saiu medicado com antiagregação simples, antihipertensor e estatina de alta intensidade.

Após 22 dias retornou ao SU por noção de novos défices do membro superior esquerdo (hemiparesia e hipoestesia); NIHSS 1. Repetiu TC CE e AngioTC sem novas lesões mas irregularidade difusa das artérias intracranianas, indicando vasculite. Do estudo em curso à alta do internamento prévio: mutação 20210G>A do gene da Protrombina em

heterozigotia (risco trombótico 2-3x superior), crioglobulinas Tipo II positivas no soro, ANA e ANCA negativos, sem consumo de complemento e liquor renunciando resposta inflamatória. Dado quadro compatível com Vasculite do Sistema Nervoso Central por Crioglobulinemia Tipo II associada a HCV, foi iniciada corticoterapia e tratamento (urgente) da infecção HCV (sofosbuvir + velpatasvir 12 semanas). Teve alta para consulta externa após nova RM CE (enfarte agudo no território lenticuloestriado) e angiografia (múltiplas lesões de pequeno e grande vaso, compatíveis com vasculite).

Discussão:

O caso alerta-nos para a necessidade de manter alto nível de suspeição em relação a diferentes etiologias nos eventos cerebrovasculares mesmo em doentes com idade superior a 50 anos com factores de risco vascular não tratados ou mal controlados.

P014

1633 DERMATOSE PURPÚRICA PIGMENTADA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

João Carvalho, Catarina Parra, Vanessa Pires, Paulo Subtil

Hospital de São Pedro, Vila Real - CHTMAD

Introdução

As dermatoses purpúricas pigmentadas, ou capilarites, são um grupo de doenças caracterizadas por erupções cutâneas, benignas, de evolução crónica e podem-se dividir em vários tipos. A sua frequência é rara e a sua fisiopatologia prende-se com o extravasamento de eritrócitos para a derme e deposição de hemossiderina, fazendo com que a sua coloração possa variar desde o vermelho-acastanhado até ao dourado-acastanhado.

Caso clínico:

Sexo feminino, 34 anos, com antecedentes pessoais irrelevantes e medicada com contraceptivo oral. Recorreu ao serviço de urgência por clínica com 4 dias de evolução de lesões maculopapulares, eritematosas, dolorosas e pruriginosas, com progressão cefalocaudal (inicialmente nos membros superiores, não poupando as palmas das mãos, tronco e região dorsal e posteriormente nos membros inferiores) e sem atingimento da planta dos pés ou das mucosas. Concomitantemente referia cefaleias, vômitos e diarreia. Negava febre, alteração da medicação, contacto com materiais diferentes do habitual ou pessoas com a mesma sintomatologia. Ao exame objetivo, para além das lesões previamente descritas, estava subfebril (Taur 37.5°C). As análises sanguíneas, radiografia de tórax e o exame sumário de urina não apresentavam alterações de relevo. Realizou ainda estudo analítico alargado para pesquisa de causas

infeciosas, que mostrou apenas contacto não recente (imunidade) para CMV, sendo o restante estudo negativo (hemoculturas, coproculturas, reação de Paul Bunnell, reação de Widal, reação de Wright, Rosa Bengala, serologias rickettsia, toxoplasmose, vírus hepatite B, vírus hepatite C, vírus da imunodeficiência humana 1 e 2). A pesquisa de causas autoimunes também foi negativa e o doseamento de complemento e imunoglobulinas foi normal. Apresentou evolução lentamente favorável sob terapêutica anti-histamínica e com franca melhoria após o início do ciclo de corticóide sistémico (prednisolona 1 mg/Kg/dia). Realizou biópsia cutânea que descreveu aspetos morfológicos compatíveis com dermatite purpúrica pigmentada. Na reavaliação em ambulatório as lesões cutâneas regrediram de forma significativa.

Conclusão:

Os autores pretendem alertar para uma patologia rara e sobre a qual o conhecimento atual é escasso. Uma história clínica e exame objetivo detalhados podem levantar a suspeita diagnóstica mas o resultado histológico é fundamental. O tratamento não está bem estabelecido e compreende desde a evicção de fatores desencadeantes, caso existam, até ao uso de anti-histamínico, pentoxifilina, corticóide, radiação UV ou coluicina.

P015

516 ISQUEMIA INTESTINAL - UM PROVÁVEL CASO DE SÍNDROME ANTI-FOSFOLIPÍDICO

Inês Ferreira, Ana Monteiro, Tatiana Vieira, Vanessa Chaves, José Pereira
Centro Hospitalar São João

INTRODUÇÃO

O síndrome anti-fosfolipídico (SAF) é uma doença sistémica auto-imune definida por eventos tromboembólicos arteriais ou venosos e/ou complicações obstétricas, em doentes com anticorpos anti-fosfolipídicos (anticardiolipinas, anti-beta2-glicoproteína e anticoagulante lúpico) positivos em pelo menos 2 ocasiões, com intervalo de 12 semanas.

CASO CLÍNICO

Mulher de 45 anos, com síndrome depressivo. Vários episódios auto-limitados mas recorrentes de epigastralgias, diarreia e vômitos.

Recorre ao serviço de urgência por quadro de febre, dor abdominal difusa, vômitos e diarreia com 2 dias de evolução. Ao exame objetivo, apresentava abdómen agudo, sem instabilidade hemodinâmica. Gasimetria com alcalose respiratória (pH 7.51, pO₂ 75, pCO₂ 28, HCO₃⁻ 22) e hiperlactacidemia 2.9 mmol/L. Analiticamente com anemia microcítica hipocrômica (Hb 8 g/dL), leucócitos 26000/L, PCR 476 mg/L e lesão renal aguda (creatinina 1.68 mg/

dL). RX abdominal com níveis hidro-aéreos, pelo que realizou TC abdominal que revelou 2 trombos murais na vertente direita da aorta abdominal, com trombose de um dos ramos da artéria mesentérica superior, a que se associavam sinais de isquemia de ansas do delgado no flanco direito e cego; colon ascendente, transverso e ansas do delgado do flanco esquerdo apresentavam também "sinais de sofrimento"; enfartes esplénicos. Realizada laparotomia exploradora, que revelou líquido livre turvo na cavidade abdominal e áreas de isquemia e necrose a envolver o jejuno terminal e íleo, pelo que foi feita enterectomia parcial do delgado. Admitida no pós-operatório na Unidade de Cuidados Intensivos. Iniciou antibioterapia com ceftriaxone e metronidazol por peritonite secundária (isolamento de E.coli multisensível no líquido peritoneal) e hipocoagulação com heparina não fraccionada. Evolução clínica favorável.

Do estudo etiológico de trombose arterial em doente jovem sem antecedentes relevantes, realizado no internamento, salienta-se: pesquisa de neoplasia oculta negativa; electroforese de proteínas, imunoglobulinas e complemento normais e estudo auto-imune negativo (nomeadamente os anticorpos anti-cardiolipinas e anti-B2 glicoproteína).

À data de alta, encaminhada para consulta de Medicina Interna para prosseguir estudo etiológico. Estudo de trombofilia negativo. Fenótipo não compatível com hemoglobinúria paroxística noturna. Doseamento de IgM B2-glicoproteína positivos >40 unidades e inibidor lúcido positivo, pelo que a hipótese diagnóstica mais provável é SAF. Está hipocoagulada com varfarina e aguarda repetição dos anti-corpos anti-fosfolipídicos às 12 semanas.

DISCUSSÃO

A trombose da artéria mesentérica como manifestação de SAF é rara, tal como a presença de enfartes esplénicos. Este caso relembra o síndrome anti-fosfolipídico como uma das etiologias de isquemia intestinal. Ainda que o diagnóstico de SAF não seja definitivo, este caso permite alertar para a importância da investigação etiológica nos doentes com isquemia intestinal.

P016

1072 TEV PROVOCADO (OU ALGO MAIS ?)

Vânia Junqueira, Joana Sequeira, Francisco San Martin, Rosa Amorim

Centro Hospitalar do Oeste - Hospital de Caldas da Rainha

INTRODUÇÃO:

A trombose venosa profunda (TVP) dos membros inferiores (MIs) e o tromboembolismo pulmonar (TEP) são as formas mais comuns de tromboembolismo venoso (TEV). São vários os factores de risco, hereditários ou adquiridos, que

podem coexistir num doente.

CASO CLÍNICO:

Apresenta-se o caso clínico de um homem de 28 anos que é trazido ao Serviço de Urgência por episódio sincopal precedido de dispneia e toracalgia de início súbito e em repouso. De relevo, tabagismo activo e cirurgia a quisto dermóide 2 meses antes, a partir da qual refere períodos prolongados de imobilização e aparecimento de edema no MI direito. A admissão apresentava-se polipneico e taquicárdico, com empastamento no MI direito, sem outras alterações. Analiticamente a salientar D-dímeros e Troponina I aumentados; leucocitose e discreto aumento da lactato desidrogenase. Na gasimetria com hipoxemia e hipocapnia. Realizado electrocardiograma, em ritmo sinusal, frequência cardíaca de 120 bpm e um padrão S1Q3T3. A radiografia de tórax não mostrou alterações e a angio-TC de tórax identificou um TEP extenso envolvendo todos os ramos da artéria pulmonar. Dada a estabilidade hemodinâmica não fez fibrinólise e iniciou enoxaparina (1mg/kg, de 12/12h). O ecocardiograma (ETT) realizado à cabeceira demonstrou dilatação das cavidades direitas sem outras alterações. Verificou-se uma evolução favorável, sem intercorrências. Realizou ecodoppler dos MIs que confirmou TVP femuropopliteia à direita. Repetiu ETT aos 5 dias com reversão das alterações inicialmente descritas. Teve alta medicado com rivaroxabano.

Aos 4 meses do evento trombótico realizou estudo de trombofilias, identificando-se anticoagulante lúpico moderadamente positivo (1,81), com título semelhante às 12 semanas. O restante estudo foi negativo.

Apesar da realização do estudo auto-imune sob anticoagulação, admitiu-se síndrome do anticorpo antifosfolipídico (SAAF), tendo-se feito switch para varfarina, que o doente mantém até à data (3 anos de follow-up). Durante este período, não se verificou recorrência de eventos trombóticos nem o surgimento de sinais ou sintomas de novo, que pudessem ser atribuídos a outra patologia autoimune.

O SAAF, mais prevalente no sexo feminino, é a trombofilia adquirida mais frequente. Caracteriza-se por eventos trombóticos recorrentes e mortalidade obstétrica em presença de anticorpos antifosfolipídicos. Pode ser primário ou associado a outras patologias, nomeadamente de etiologia autoimune, determinando a necessidade de um seguimento regular. É elevado o risco de recorrência dos eventos trombóticos, estando recomendada a profilaxia de forma indefinida.

A imobilização prolongada é um factor de risco independente para TEV, no entanto, poderá comportar-se como facilitador num doente com predisposição para tal. Torna-se assim, extremamente importante, a exclusão de outras

causas, nomeadamente em doentes jovens, dado que da etiologia dependerá o tipo e duração do tratamento.

P017

1077 UM LOBO EM PELE DE CORDEIRO – DIAGNÓSTICO DE SAAF DEPOIS DE UMA ZONOSE

José Pereira, Juliana Magalhães, Carina Rolo, Teresa Vilaça, Inês Antunes, Ivone Barracha, Rosa Amorim
Centro Hospitalar do Oeste - Unidade de Torres Vedras

A síndrome do anticorpo antifosfolipídeo (SAAF) é uma doença sistémica auto-imune caracterizada por trombose arterial e venosa, morbilidade gestacional e presença de níveis séricos de anticorpos antifosfolipídeos elevados (anticoagulante lúpico, anticardiolipinas e Anti-B2 Glicoproteína I). O diagnóstico definitivo da SAF requer a presença de pelo menos um critério clínico e um laboratorial. A síndrome pode ser classificada como primária, na ausência de doenças associadas ou de base, e secundária, quando associada a um largo espectro de doenças, nomeadamente doenças imunológicas, malignidade, hematológicas, neurológicas e infecciosas.

Apresenta-se o caso de um homem de 46 anos, que recorreu ao SU por quadro de febre, mialgias e cefaleia holocraneana com cerca de 4 dias de evolução. Dos antecedentes pessoais salienta-se episódio de trombose venosa do membro inferior há cerca de 10 anos. Da história epidemiológica referia viagem recente a Marrocos e contacto com gado ovinos e caprino. Na observação apresentava-se febril, normotenso, normocárdico, sem alterações cutâneas, sem alterações na auscultação cardiopulmonar, abdómen indolor, sem organomegalias e sem alterações ao exame neurológico. Analiticamente sem alterações do leucograma, PCR 4,6mg/dL e LDH 366U/L, Weil Felix positivo, Ag Hbs, Ac Anti-VHC, Ag p24 e Ac Anti-VIH 1/2 negativos, sedimento urinário sem alterações. TC-CE sem alterações. TC dos seios peri-nasais com sinusopatia etmoidal e maxilar. Ecografia abdominal sem alterações.

Ficou internado por síndrome febril, tendo sido medicado com doxiciclina por suspeita de zoonose, com posterior confirmação de serologia positiva para febre escaro nodular. Ao 4º dia de internamento inicia quadro de dor a nível gemelar do membro inferior direito, com edema e rubor. Analiticamente com D-Dímeros elevados e Ecodoppler venoso com confirmação de quadro trombótico oclusivo do eixo femoropopliteotibial e quadro oclusivo das veias gemelares e da veia safena externa. Do estudo de trombofilias destaca-se mutação heterozigótica do fator V de Leiden e anticoagulante lúpico positivo. Foi medicado com enoxaparina e posteriormente varfarina com melhoria sintomática progressiva e posterior alta para consulta.

Os autores apresentam este caso não só por se tratar de uma patologia pouco frequente, mas pela sua apresentação associada a febre escaro-nodular, que poderá ter contribuído para a manifestação da SAAF e possibilitado o seu diagnóstico. Sendo que o prognóstico da SAAF é bastante variável, o diagnóstico e o tratamento precoce poderão contribuir para a redução da mortalidade e morbilidade associados a esta síndrome.

P018

1340 NEUROMIOTONIA: A PROPÓSITO DE UM CASO

Sara Martins, Ana Oliveira, Tânia Ferreira, António Marinho

Centro Hospitalar do Porto

A neuromiotonia é uma doença rara (prevalência <1/1.000.000), caracterizada por hiperexcitabilidade dos nervos periféricos traduzida em hiperatividade e défice de relaxamento muscular; cursando ainda com alterações autonómicas e sensitivas. Raramente associada a doenças genéticas, surge sobretudo como uma doença adquirida de origem autoimune, com cerca de 40% dos casos a mostrarem anticorpos contra canais de potássio voltagem-dependentes. Por vezes apresenta-se associada a síndromes paraneoplásicas (timomas, linfomas, carcinoma de pequenas células do pulmão, neoplasias da próstata). A eletromiografia (EMG) com deteção de múltiplos disparos espontâneos de potenciais de elevada frequência com origem numa unidade motora única é essencial para diagnóstico. O controlo sintomático pode ser conseguido com anticonvulsivantes mas frequentemente é necessária imunoterapia.

Apresentamos o caso de um homem de 29 anos, sem antecedentes ou história familiar de relevo, com um ano de evolução de mioquimias/movimentos involuntários dos membros inferiores e periorais, mialgias e fraqueza muscular de predomínio proximal. Concomitantemente com disautonomia (hipersudorese, hipotensão ortostática, disfunção erétil e sialorreia), alterações sensitivas (disestesias em peúga), disfagia e perda ponderal de 10%. Previamente estudado e diagnosticado com quadro psiquiátrico, medicado com neurolépticos sem resposta. Ao atual exame objetivo mostrava força muscular conservada mas fasciculações e mioquimias difusas de predomínio nos membros inferiores e língua; hiperreflexia com hipertonia, rigidez e bradicinesia bilateral tendo estas duas últimas resolvido após suspensão de antipsicóticos. Sem alterações em estudo analítico (incluindo serologias víricas, ceruloplasmina, doença celíaca e estudo vitamínico) ou imunológico (anticorpos anticanais de potássio voltagem-dependentes e antireceptor de acetilcolina; anticorpos antigangliosídico, antineuronais e

anti-MAG; estudo de vasculites, lúpus, síndrome antifosfolipídico e síndrome de Sjögren). Estudo do LCR normal. RMN do neuroeixo e dos membros inferiores sem lesões. TC CE normal; TC toraco-abdomino-pélvico (TAP) com hiperplasia tímica; PET scan sem lesões hipermetabólicas. EMG com atividade elétrica muscular involuntária em repouso, com dupletos/tripletos e descargas mioquímicas limitadas à musculatura paravertebral lombar. Iniciada corticoterapia com excelente resposta, posteriormente introduzida azatioprina que permitiu desmame e interrupção de corticóide. Mantém vigilância em consulta e realização de TC TAP anual, apresentando alguma involução tímica, sem novas lesões.

Neste caso recordamos uma patologia de difícil diagnóstico pela raridade e pela apresentação inespecífica, por vezes confundida com doença psiquiátrica ou do neurónio motor. O correto diagnóstico é relevante pela sintomatologia disruptiva, controlável com medicação; assim como pela associação a síndromes paraneoplásicas, obrigatoriamente a excluir.

P019

352 UM CASO CLÍNICO DE SARCOIDOSE CUTÂNEA, PULMONAR, ESPLÉNICA E NEUROSARCOIDOSE

Bela Machado¹, Ana Rita Matos², Teresa Mendonça³, Fátima Farinha³

1. Hospital Central do Funchal, 2. Hospital de Braga, 3. Centro Hospitalar do Porto, Hospital Santo António

A sarcoidose é uma doença granulomatosa que pode afectar qualquer órgão de etiologia desconhecida. Afecta sobretudo adultos jovens, com idades entre os 20 e os 60 anos. Dado a panóplia de manifestações possíveis desta doença é necessário uma investigação exaustiva destes doentes, bem como a exclusão de outras doenças granulomatosas.

Apresentamos o caso clínico, de um indivíduo do sexo masculino, de 49 anos, com antecedentes pessoais de um episódio de lesões nodulares, dolorosas, de tonalidade lilás, no terço distal da face anterior de ambos os membros inferiores em 2015. Por suspeita de eritema nodoso e para estudo da situação clínica foi pedido uma radiografia do tórax postero-anterior que revelou engurgitamento hilar bilateral. Para melhor caracterização, o doente realizou uma tomografia computadorizada do tórax que confirmou múltiplas adenopatias mediastínicas e justa-hilares bilaterais compatíveis com sarcoidose pulmonar em estadio I, apesar de não apresentar queixas respiratórias. O lavado broncoalveolar revelou uma relação de células CD4/CD8 de 9,98 e o estudo analítico revelou uma enzima conversora da angiotensina elevada, sem outros achados. O doente iniciou corticoterapia verificando-se uma melhoria das manifestações

cutâneas e sem outra sintomatologia.

Após dois anos, é referenciado à Consulta de Medicina Interna pelo Médico de Família por queixas de emagrecimento, anorexia, fadiga, hipoacúsica, síndrome vertiginosa e hipostesia dorsal em banda. Foi pedida nova tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica que revelou um extenso padrão micronodular, destruição perilinfática predominantemente nos lobos superiores e adenopatias em todos os compartimentos mediastínicos. Apresentava também um baço micronodular, adenomegalias nas cadeias lombo-aorticas, pericelíacas e inguinais. O doente apresentava também hipoacusia neurossensorial direita, um síndrome vertiginosa e uma hipostesia em banda ao nível de D10, sugestivo de mielopatia dorsal parcial sem tradução imagiológica. Os restantes exames complementares de diagnóstico realizados para despiste de envolvimento de outros órgãos como avaliação oftalmológica, o eletrocardiograma, o ecocardiograma, não revelaram alterações.

Dada a sintomatologia compatível com neurosarcoidose e a necessidade contínua de corticoterapia, o doente iniciou terapêutica com metotrexato. Verificou-se uma melhoria clínica e após 6 meses de terapêutica apresenta-se assintomático até à data.

A sarcoidose é uma doença multissistémica que pode ter um início agudo ou insidioso tal como verificado neste doente. Mais frequentemente envolve os pulmões, em cerca de 90% dos doentes e o envolvimento cutâneo ocorre em 25% dos doentes com sarcoidose e geralmente é um achado precoce. Este caso clínico realça a importância da vigilância destes doentes de forma a assegurar e garantir o controlo da doença.

P020

306 UMA MANIFESTAÇÃO RARA DE SARCOIDOSE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Mariana Silva Leal, Carolina Amado, Tiago Valente, Marcelo Aveiro, Ana Rocha Oliveira, Mariana Sousa
Centro Hospitalar Baixo Vouga

INTRODUÇÃO:

A Sarcoidose é uma doença sistémica, cuja etiologia continua desconhecida, caracterizada pela formação de granulomas não caseosos nos órgãos afetados. As manifestações hematológicas são pouco frequentes, podendo ocorrer anemia hemolítica, leucopenia ou linfopenia, sendo a trombocitopenia uma das mais raras. A pertinência deste caso prende-se com uma apresentação rara de uma doença sistémica e a capacidade de decisão de quando intervir em detrimento do estudo etiológico.

CASO CLÍNICO:

Os autores descrevem o caso de uma mulher, de 44 anos, que recorreu ao serviço de urgência, enviada pelo médico assistente, por trombocitopenia severa, equimoses espontâneas envolvendo os membros superiores, a mucosa oral e labial, lesões purpúricas dos membros inferiores e epistáxis. Descrevia quadro, com um ano de evolução, de dispneia de esforço e episódios de blefarite do olho esquerdo. Realizara recentemente radiografia de tórax, que mostrou engurgitamento das regiões hilares e parahilares, complementada com tomografia computadorizada do tórax, que demonstrou adenopatias mediastino-hilares e axilares e alterações parenquimatosas extensas. Foi internada com o diagnóstico de Púrpura Trombocitopénica Imune, tendo iniciado terapêutica com Imunoglobulina humana e prednisolona, com recuperação da contagem plaquetar. Do estudo realizado, destaca-se enzima de conversão de angiotensina e velocidade de sedimentação elevadas, negatividade para outras análises de imunidade, ausência de infeção activa subjacente, bem como de patologia neoplásica nomeadamente linfoproliferativa. Realizou broncofibroscopia com lavado broncoalveolar, que demonstrou predomínio linfocitário, sem células malignas. Teve alta com indicação para completar tratamento com corticoterapia em desmame, ao qual mais tarde se associou metotrexato. Realizou posteriormente as provas de função respiratória (PFV) e punção aspirativa transbrônquica, sem evidência de inflamação granulomatosa. Mantém-se em estudo e vigilância, com melhoria sintomática e das PFV, sem recidiva de trombocitopenia nem da blefarite.

DISCUSSÃO:

Embora seja uma das manifestações mais raras, a trombocitopenia pode ser uma das primeiras manifestações da sarcoidose, apresentando-se na maioria dos casos de forma severa, o que pode implicar, para o clínico, um desafio no diagnóstico e no manejo da doença de base. Neste caso, a doente foi internada por trombocitopenia severa, com história sugestiva de possível sarcoidose com atingimento pulmonar, não estudada. Apesar de necessitar de estudo adicional, tendo em conta a gravidade da trombocitopenia e o risco/benefício, foi iniciado tratamento com posterior melhoria da contagem plaquetar. Assim, não foi possível a caracterização histológica das lesões pulmonares bem como realizar PFV, antes do início do tratamento. No entanto, os autores consideram que o diagnóstico de sarcoidose aguda com envolvimento multissistémico, nomeadamente trombocitopenia imune secundária, é o mais provável.

P021

582 QUANDO A DOR É FIBROSE RETROPERITONEAL - RELATO DE 2 CASOS CLÍNICOS

Cristiana Lopes Martins, Lúcia Fernandes, Frederico Martins, Pedro Carvalho, Graça Sequeira

Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Introdução

A Fibrose Retroperitoneal (FR) é uma patologia de diagnóstico difícil pela raridade, apresentação insidiosa e inespecífica. Apresentamos 2 casos clínicos desta patologia infrequente.

Casos clínico 1- Doente do género feminino, 53 anos, com queixa de lombalgia. Analiticamente, apresentava retenção azotada grave, anemia, colestase e aumento dos parâmetros inflamatórios. A ecografia renoabdominopelvica não revelou alterações relevantes. A tomografia computadorizada (TC) mostrou uma formação de densidade tecidual retroperitoneal envolvendo a aorta, que condicionava ureterohidronefrose bilateral. Foi sugerida a hipótese diagnóstica de FR.

Caso clínico 2- Doente do género feminino, 37 anos, com queixa de dor no hipocôndrio direito. Analiticamente apresentava retenção azotada e aumento dos parâmetros inflamatórios. A ecografia mostrou uma massa pélvica, esplenomegália e ureterohidronefrose. A TC não foi conclusiva. Foi realizada laparotomia exploradora. A biópsia do peritônio justaurteral corroborou o diagnóstico de FR.

Nos dois casos clínicos, instituiu-se corticoterapia e foram colocados cirurgicamente stents ureterais. Após estudo etiológico, a FR foi considerada idiopática. A evolução clínica e imagiológica é favorável até ao momento, 5 e 6 meses após o início do tratamento, respetivamente.

Discussão: A FR, condição de fisiopatologia desconhecida, caracteriza-se pela presença de tecido fibroinflamatório na cavidade retroperitoneal. É geralmente idiopática (FRI), mas um terço dos casos são secundários a neoplasias, fármacos, cirurgias e infeções.

As apresentações mais frequentes são dor abdominal e lombalgia, podendo também existir queixas sistémicas inespecíficas. Analiticamente, há aumento dos marcadores inflamatórios. O diagnóstico é realizado primariamente por TC ou ressonância magnética, mas deve ser confirmado histologicamente quando os achados imagiológicos não são típicos, se há suspeição de infeção ou neoplasia e quando não há resposta ao tratamento instituído. Quando não tratada, a FR pode condicionar doença renal em estadio terminal e complicações potencialmente fatais.

Após o diagnóstico, é fundamental discernir entre FRI e FR secundária (FRS), já que diferem no tratamento e prognóstico. A FRI é tratada com dose imunossupressora de prednisolona (grau 1B) ou tamoxifeno (2C). O prognóstico da FRI é geralmente bom, desde que a doença seja diagnosticada precocemente, evitando a degradação progressiva da função renal. Em pacientes com FRI com boa resposta a corticoterapia, a mortalidade é inferior a 10%. O tratamento da FRS baseia-se no controlo da condição primária, sendo o prognóstico mais reservado.

O diagnóstico da FR implica elevada suspeição e deve ser considerado em pacientes com dor abdominal e lombar inexplicada e lesões retroperitoneais. Pela sua inespecificidade e raridade, nem sempre é lembrada como uma hipótese diagnóstica. E só um diagnóstico atempado de FR pode evitar complicações potencialmente fatais.

P022

622 HEMORRAGIA ALVEOLAR NA ARTRITE REUMATOIDE PROVOCADA POR INFECÇÃO OPORTUNISTA. UMA HIPÓTESE A CONSIDERAR

Ana Monteiro, Inês Ferreira, Tatiana Vieira, Vanessa Chaves, José Pereira

CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA/INTENSIVA

Introdução

Hemorragia alveolar (HA) caracteriza-se pela rotura da membrana alvéolo-capilar de arteriolas, vénulas ou capilares alveolares, com consequente acúmulo de sangue no interior dos alvéolos. A tríade clássica de apresentação é de hemoptises, hipoxemia e anemia. Entre as causas de HA estão as infeções respiratórias ou sistémicas; malformações arteriovenosas; estenose mitral; discrasias sanguíneas e doenças autoimunes, sendo as vasculites as mais frequentes. O envolvimento pulmonar na artrite reumatoide (AR) é frequente e habitualmente assintomático. Varia desde nódulos reumatoides ou derrame pleural a doença intersticial pulmonar. A HA na AR é rara, com elevada mortalidade. O caso reportado é de uma mulher de 75 anos com AR, medicada com corticoterapia (CCT) e HA de causa infecciosa, por aspergilose pulmonar.

Caso clínico: Mulher, de 75 anos. História médica prévia de AR, diagnosticada aos 17 anos, com atingimento pulmonar: nódulos pulmonares, bronquiectasias e obstrução das vias aéreas. Medicada com CCT (Prednisolona 5mg/dia). Recorreu ao serviço de urgência por um quadro com 2 dias de evolução de febre (máxima de 38°C), tosse não produtiva e agravamento do padrão habitual de dispneia, de médios para pequenos esforços. Apresentava-se polipneica, com frases

entrecortadas, tiragem supraclavicular e intercostal e sons respiratórios diminuídos à auscultação pulmonar. Foi documentada Insuficiência respiratória tipo 1 grave (ratio PaO₂/FiO₂ <150), com necessidade de entubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva. Analiticamente, de relevo apresentava leucocitose 16220/uL e proteína C reativa de 33,4mg/L; sem anemia, disfunção plaquetária, alterações da coagulação ou outras disfunções orgânicas. Radiologicamente, apresentava infiltrados algodonosos bilaterais nas bases pulmonares. Por provável pneumonia adquirida na comunidade, iniciou antibioterapia com levofloxacina. A Tc de tórax mostrou áreas de consolidação, levantando a hipótese de hemorragia alveolar ou pneumonia organizativa. Foi realizada broncofibroscopia, com lavado broncoalveolar (LBA) de aspeto macroscópico hemático. A imunofenotipagem mostrou alveolite neutrofílica intensa; pesquisa de hemosiderina, pearls positiva, com pontuação de 189 no score de GOLDE, compatível com hemorragia alveolar moderada. Foi isolado em cultura micológico do LBA, *Aspergillus fumigatus*, pelo que iniciou Voriconazol. Os exames culturais bacteriológico e micobacteriológico; o estudo imunológico e a anatomia patológica de LBA foram negativos. Apresentou melhoria clínica após início da terapêutica.

Discussão: A hemorragia alveolar difusa é rara na AR, sobretudo se não há sinais de vasculite. O uso crescente de corticoterapia no tratamento de doenças autoimunes deve levantar a suspeita de infeção por agentes oportunistas, como no caso apresentado e levar sempre a considerar a presença de infeção, antes de progressão de doença.

P023

678 FEBRE REUMÁTICA AGUDA: UMA DOENÇA ESQUECIDA

Rute Sousa Martins, Tânia Araújo Ferreira, Patrícia Baptista, Sara Vieira Silva, João Araújo Correia

Centro Hospitalar Universitário do Porto - Hospital de Santo António

INTRODUÇÃO:

A febre reumática aguda, uma doença relativamente comum em séculos anteriores é atualmente rara na maioria dos países industrializados graças à melhoria das condições de vida e à maior acessibilidade aos cuidados médicos. É rara nos adultos jovens, sendo sobretudo objetivadas sequelas nos doentes mais idosos. É uma doença autoimune que ocorre posteriormente a uma faringite ou infeção cutânea por estreptococos B-hemolítico do grupo A. Pode apresentar-se sob a forma de artrite, cardite, coreia, eritema marginatum ou nódulos subcutâneos.

CASO CLÍNICO:

Mulher, 19 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, recorreu ao serviço de urgência por quadro

com 21 dias de evolução de rinorreia, febre, odinofagia, aftas orais e cefaleias; assumido como faringite vírica, foi medicada sintomaticamente com ibuprofeno verificando-se resolução do quadro. Uma semana após, inicia clínica de poliartralgias migratórias no hemicorpo esquerdo e posteriormente direito, nos tornozelos, joelhos, cotovelos e punhos com dor ao longo de todo o dia e agravamento à noite, associado a rigidez. Ao exame objetivo com artrite de ambos os tornozelos e punhos. Analiticamente com leucocitose, PCR ~190mg/L e VS 98mm. Por suspeita de infeção pós-estreptocócica, fez 1 injeção de penicilina benzatínica 1.2MU e teve alta medicada com prednisolona. Reavaliação 1 semana após, com resolução dos sinais de artrite e melhoria da síndrome inflamatória sistémica. Do estudo efetuado: anti-estreptolisina O positiva, a confirmar infeção estreptocócica, exclusão de outras etiologias autoimunes e infecciosas; exclusão de atingimento cardíaco com ecocardiograma transtorácico sem alterações valvulares e sem evidência de lesões sugestivas de eritema ou nódulos subcutâneos.

Assumida febre reumática aguda segundo critérios de Jones: 1 critério Major (poliartrite) + 2 critérios minor (febre e elevação de PCR/ VS) para países de baixa prevalência de febre reumática e comprovação de infeção estreptocócica. Mantem seguimento em consulta de Medicina Interna sob profilaxia secundária com penicilina benzatínica 1.2MU mensal, durante 5 anos, sem recidiva objetivada.

DISCUSSÃO:

Serve o presente caso para alertar sobre a forma aguda de uma doença para a qual, na maioria das vezes, apenas se observam as sequelas. O tratamento atempado e a profilaxia adequada podem impedir o dano nas válvulas cardíacas e consequente progressão para insuficiência cardíaca.

P024

1019 SERÁ LÚPUS OU AZAR?

Anusca Paixão, Joana Calvão, Fernando Salvador, Natália Lopes, Paula Vaz Marques

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

Introdução:

O atingimento sistémico do lúpus (LES) torna-o no protótipo de doença autoimune, mas o seu padrão imunológico pode ser variável bem como o acometimento multissistémico, o que faz com que o seu diagnóstico nem sempre seja fácil. O acometimento neuropsiquiátrico pode ser variável e verifica-se um aumento de incidência de dilatações aneurismáticas nestes doentes. Este caso relata o estudo diagnóstico de uma doente com suspeita de LES com intercorrência de ruptura de aneurisma cerebral previamente desconhecido.

Caso Clínico:

Sexo feminino, 56 anos, sem antecedentes pessoais relevantes. Apresenta-se com anorexia, astenia e emagrecimento de 4kg em dois meses. Refere ainda episódio de exantema maculopapular não pruriginoso na face recentemente. A avaliação inicial revela anemia normocítica normocrômica de 6.70g/dl, linfopenia 490 uL, lesão renal aguda (Cr 4.7 mg/dl, U 117 mg/dl) e inflamação (PCR 12.53 mg/dl, VS >130 mm/h). O estudo subsequente revelou marcadores víricos, serologias e hemoculturas negativas; eritrocitúria sem dismorfia e ClCr 14 ml/min/m². A ecografia renal mostrou apenas hiperecogenicidade renal e a Tc TAP serosite, com derrame pericárdico, pleural e ascite de pequeno volume. O estudo endoscópico não apresentava alterações. Do estudo imunológico, positividade de ANAs 1/160 com anti-SSA > 240 (restante estudo negativo); Cintigrafia e biopsia das glândulas salivares sem alterações.

Programada biopsia renal para confirmação do diagnóstico de forma histológica, que não chegou a ser realizada por intercorrência de cefaleia occipital aguda associada a perda de consciência cuja investigação por Tc cerebral revelou hemorragia subaracnoideia perimesencefálica com sangue intraventricular e hidrocefalia aguda. Foi realizada derivação de imediato, tendo a RM cerebral revelado aneurisma da PICA de 4-5mm que foi posteriormente embolizado.

A evolução da doente foi favorável, tendo iniciado tratamento com corticoide sistémico com melhoria da disfunção renal e tratamento fisiátrico com recuperação dos défices neurológicos.

Discussão:

O diagnóstico de LES foi estabelecido com base na presença de 5 critérios SLICC 2012 (4 clínicos + 1 imunológico) e 5 critérios ACR 1997. Ainda assim o diagnóstico histológico através da biópsia renal seria determinante e de grande importância, não tendo sido possível dada a evolução da doente. Pensa-se que a presença de aneurisma nestes doentes e a sua ruptura está amplamente relacionada com o envolvimento vascular inflamatório. A presença de LES sem anticorpos anti-dsDNA é rara e a presença de anticorpos anti-SSA associa-se comumente à presença concomitante de doença de Sjogren, que não se verificou neste caso, bem como ao envolvimento preferencialmente cutâneo e não acometimento renal, que também contraria a evolução deste caso clínico. Deste modo este relato, vem reiterar o envolvimento sistémico muitas vezes imprevisível e agressivo do LES bem como a sua variabilidade na apresentação imunológica.

P025

1627 DACRIOADENITE CRÓNICA – ENVOLVIMENTO EXTRA-INTESTINAL RARO DA DOENÇA DE CROHN

Mylene Costa, Rita Peixoto, Germano Villas Boas, Andreia Vilas Boas

ULS Matosinhos, Hospital Pedro Hispano

INTRODUÇÃO

A doença inflamatória intestinal (DII) - Doença de Crohn (DC) e Colite ulcerosa (CU) - é uma patologia inflamatória sistémica crónica com predileção para o tracto gastrointestinal. As manifestações extra-intestinais (MEI) são comuns (UC de 12 a 35% e DC de 25-70%) e podem, muitas vezes, ser o sinal/sintoma de apresentação. As MEI envolvem principalmente as articulações, pele, fígado e olhos. O envolvimento oftalmológico ocorre em 0,3% a 13,0% dos casos de DII (1,6% - 5,4% na CU e 3,5% - 6,8% na DC). Embora as manifestações oculares mais comuns da DII sejam a episclerite, esclerite anterior e uveíte anterior, podem ocorrer outras formas de envolvimento ocular.

CASO CLÍNICO: Apresentamos o caso clínico de um homem de 38 anos, com história familiar de DII (mãe), que desenvolve um quadro de edema da palpebral superior e proptose do olho direito, de agravamento progressivo. Realizou estudo imagiológico (TC e RMN da órbita) que revelou lesão ocupando espaço com ponto de partida na glândula lacrimal. Foi submetido a exérese, tendo a histologia revelado achados sugestivos de "dacrioadenite crónica". Foi iniciada corticoterapia 1mg/kg/dia com posterior desmame gradual (dose mínima eficaz de 15 mg/dia), mas sem possibilidade de suspender por recidiva das queixas oculares. Desde então, com anemia normocítica e normocrômica (Hemoglobina 11,5-11,9g/dL) e elevação da VS (máximo: 77mm/1ª hora). Cerca de 2 anos depois, recorreu ao Serviço de Urgência por queixas de dor abdominal em moedeira, inicialmente mesogástrica e posteriormente nos quadrantes direitos; agravada com a deambulação e melhorada em repouso. Referência a episódios intermitentes de fezes moles, nos últimos meses, sem outros sintomas gastrointestinais acompanhantes. Após realização de estudo imagiológico e endoscópico com biópsia, concluiu-se tratar-se de DC com envolvimento do cólon e da válvula ileocecal, com sinais de actividade. Completado estudo analítico, a referir: ASCA IgA positivo e Calprotectina elevada 507mg/kg (normal: <50mg/kg). O doente iniciou tratamento com Messalazina e Azatioprina, com resolução das queixas.

CONCLUSÃO: O sistema ocular pode ser afetado por várias doenças sistémicas imunológicas, incluindo a DII, preferencialmente na DC. Embora as complicações oculares sejam mais comuns após o diagnóstico de DII, elas podem ocasionalmente

ser a forma de apresentação. A dacrioadenite foi descrita como um sintoma de apresentação raro da DII. A detecção e o diagnóstico atempados das manifestações oculares da DII podem levar a um diagnóstico e tratamento mais precoces da doença sistêmica.

P026

1346 DUAS APRESENTAÇÕES DE UM DOCE DIAGNÓSTICO

Ana Isabel Barreira, Joaquim Chemba, Mónica Mesquita, André Maia, Bárbara Costa, Sónia Carvalho, Fernando Guimarães, Paula Vaz Marques

Centro Hospitalar Trás os Montes e Alto Douro - Vila Real, Medicina Interna

Introdução

A dermatose neutrofílica febril aguda - Síndrome de Sweet (SS) - é um distúrbio inflamatório raro, caracterizado por erupções cutâneas (pápulas, placas ou nódulos) dolorosas, com eritema e edema, acompanhadas de febre. A sua classificação subdivide-se em 3 tipos (clássico; associado a neoplasia; induzido por fármacos).

Caso clínico: Doente de sexo feminino de 34 anos, autónoma, com antecedentes de aborto espontâneo há 1 mês, amigdalite aguda há cerca de 2 semanas, medicada com amoxicilina e ácido clavulânico. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por lesões cutâneas nodulares dolorosas, nos membros superiores e inferiores desde há 10 dias, com limitação da mobilidade, mialgias e artralguas generalizadas e febre sustentada superior a 38°C. Iniciou etinilestradiol + gestodeno 0.02+0.075 aquando do episódio de aborto e não cumpria qualquer outra medicação habitual. Ao exame físico apresentava lesões pseudobolhosas / pseudovesiculares com vários estadios de cicatrização espalhadas pela região cervical inferior e nas regiões posteriores dos ombros e dorsais adjacentes, já cicatrizadas, apenas com hiperpigmentação local; várias lesões em placa endurecida e ruborizada em fase inicial de cicatrização, mais localizadas na região lateral do braço esquerdo, com crosta central; lesão de aparência bolhosa na região lateral média do braço direito, aparentemente com conteúdo incolor/ esbranquiçado, frustes sinais inflamatórios localizados apenas à lesão. Relativamente às lesões dos membros inferiores eram nódulos avermelhados com contorno esbatido e sinais inflamatórios, dolorosos, localizados em ambas as pernas (joelho esquerdo, região anterior de ambas as pernas e na região tibiotársica esquerda), que evocavam em algumas zonas paniculite ou eritema nodoso.

A doente foi admitida no internamento, tendo-se excluído patologia autoimune, tuberculose e sarcoidose. As hemoculturas foram estéreis. A

TAC tórax não mostrou alterações. Analiticamente apresentava contagem de leucócitos de 10.300/mm³, com 79.3% neutrófilos, Proteína C Reativa 16.0 mg/dl e VS 81mm. Foi realizada biópsia cutânea de uma das lesões cutâneas dos membros superiores. Perante o tipo de lesões e o quadro clínico, assumiu-se provável Síndrome de Sweet e iniciou prednisolona 60mg /dia, com melhoria significativa. A biópsia confirmou o diagnóstico, com "achados compatíveis com dermatose neutrofílica aguda (SS)". Foi orientada para a consulta e mantém-se assintomática após desmame da corticoterapia.

Discussão: O caso descrito, trata-se de um SS do tipo clássico, secundário à gravidez recente ou à amigdalite prévia, que cumpre todos os critérios de diagnóstico propostos na literatura e, no qual coexistem também lesões de duas formas distintas e raras: bolhosa e subcutânea. Como é previsível neste tipo de SS, a paciente teve uma rápida e excelente resposta à corticoterapia, contudo existe a possibilidade de recorrência.

P027

493 MIOPATIA NECROTIZANTE AUTOIMUNE ASSOCIADA A ESTATINAS

Carlos Candeias, Tânia Madureira, Pedro Campelo, Ana Fortuna, Carlos Cabrita, António Moura

Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Faro

Introdução

A miosite necrotizante imuno-mediada (MNIM) é uma entidade rara com uma incidência estimada de 2-3 casos em cada 100.000 habitantes expostos a estatinas. Esta entidade clínica ocorre devido à presença de um anticorpo anti-3-hidroxi-3-metil-glutaril-coenzima (anti-HMGCR), a enzima limitadora de velocidade da síntese de colesterol e o alvo terapêutico das estatinas. O diagnóstico é feito pela realização de biópsia muscular em conjunto com a presença do anti-HMGCR.

Caso clínico: Homem de 58 anos, com hipotireoidismo, hipertensão arterial essencial e dislipidemia, medicado com levotiroxina 100mcg e Olmesartan + Hidroclorotiazida 20/12.5mg. Fez atorvastatina 10mg durante 1,5 anos suspensa 6 meses antes por mialgias e perda ligeira da força muscular. Recorre à consulta de Medicina Interna por quadro de diminuição da força muscular proximal e perda ponderal (12kg), com 6 meses de evolução, sem anorexia ou outros sinais ou sintomas associados. Era uma pessoa ativa que corria 10-20km semanalmente. Já tinha iniciado estudo noutro hospital (inclusive com biópsia muscular) inconclusivo até à data. Ao exame objetivo destaca-se fraqueza muscular e atrofia envolvendo as regiões escapular e pélvica e parte proximal dos membros (ombros, braços e coxas), com discreta escápula alada. Reflexos presentes

embora pouco vivos e simétricos (aquilianos ausentes). Marcha discretamente miopática. Gowers positivo. Analiticamente com Creatina cinase (CK) na ordem dos 10.000UI/L. Foi excluída neoplasia (PET scan). Realizou biópsia muscular que revelou "miopatia necrotizante". Os anticorpos anti-nucleares e Ac anti-HMGCR foram positivos. Fez ciclo de IgG humana 35g/dia durante 5 dias e posteriormente iniciou micofenolato (500mg bid), com melhoria clínica e analítica gradual e sustentada.

Discussão: As mialgias e a rabdomiólise associada a estatinas é comum sendo que na grande maioria das vezes resolve com a suspensão do fármaco. Nas situações em que tal não sucede importa ter presente a MNIM, uma entidade rara com um prognóstico ainda incerto, no qual a exposição a estatinas é o trigger e a miopatia não resolve com a sua suspensão. Por ser potencialmente fatal e requerer terapêuticas longas e dispendiosas, importa estar alerta para as manifestações clínicas e fatores de risco desta entidade para seja possível um rápido diagnóstico e início de tratamento.

P028

1029 CRIOGLOBULINEMIA TIPO II ESSENCIAL E SUA MARCHA DIAGNÓSTICA

Márcia Cravo, Patrícia Baptista; Ana Rita Costa; Sara Vieira Silva; Fátima Farinha

Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução

A Crioglobulinemia tipo II caracteriza-se pela presença de imunocomplexos mistos (IgM monoclonais e IgG policlonais) que precipitam no sangue a temperaturas inferiores a 37°C, induzindo a ativação da via clássica do complemento e o processo inflamatório a nível dos pequenos vasos. A sintomatologia mais frequente é a tríade de Meltzer (púrpura, artralgias e astenia). Apesar da sua associação à infeção crónica da hepatite C, outras etiologias devem ser consideradas durante a investigação diagnóstica desta entidade. Numa pequena percentagem dos casos, quando excluída correlação etiológica com outras entidades, considera-se essencial.

Caso Clínico: Homem de 52 anos, caucasiano, ucraniano residente em Portugal desde há vários anos, com história clínica de tabagismo ativo; tuberculose pulmonar tratada há 6 anos; consumo etílico crónico elevado e pancreatite crónica calcificante a condicionar diabetes mellitus tipo 3c. Apresentou-se no serviço de urgência por quadro com três dias de evolução de febre, anorexia, artralgias dos punhos e tornozelo esquerdo acompanhadas de limitação funcional na marcha e ainda, lesões cutâneas purpúricas localizadas aos membros inferiores e mãos. Na avaliação inicial identificado défice motor na dorsiflexão

do pé e flexão plantar bilateralmente (grau 4) e hipostesia álgica e vibratória nos membros inferiores até joelhos e tornozelos, respetivamente. Analiticamente apresentava anemia normocrómica e normocítica; elevação da velocidade de sedimentação (55mm) e da proteína C reactiva (33 mg/dL), sem alterações no sedimento urinário. Biópsia cutânea revelou vasculite neutrofílica de pequenos vasos, pauciimune. Estudo imunológico revelou níveis séricos elevados de crioglobulinas do tipo II, sem consumo de complemento (C3 e C4) e com anti-corpos anti-nucleares, anti-citoplasma dos neutrófilos, fator reumatoide e anti-SSA e SSB negativos. Estudo etiológico com serologias negativas (HIV, vírus hepatite C e B, citomegalovírus, epstein-barr e VDRL). Tomografia computadorizada toracoabdominopélvica excluiu cirrose hepática e lesões neoplásicas ou adenopatias suspeitas. Citometria de fluxo de sangue periférico sem evidência de doença linfoproliferativa. Assumida vasculite por crioglobulinemia mista essencial. Excluído atingimento neurológico, após electromiografia com polineuropatia axonal sensitivo-motora de predomínio crural e sensitivo, com RMN cerebral e biópsia nervo.

Evolução durante o internamento com agravamento das lesões cutâneas para fase ulcerativa tendo sido introduzida terapêutica imunossupressora com metotrexato.

Discussão: O diagnóstico da crioglobulinemia mista deve ser considerada na presença de tríade de púrpura, artralgias e astenia. A identificação da etiologia é de extrema relevância face à sua implicação no tratamento e prognóstico, sendo que em ~10% dos casos esta é essencial. O tratamento da crioglobulinemia essencial é determinado pela gravidade do quadro clínico.

P029

1063 UM CASO DE PÚRPURA DE HENOSCHONLEIN DO ADULTO

Filipa Taborda, Ana Filipa Raposo, Isa Silva, Madalena Sousa Silva, Lúcia Taborda

Hospital de Cascais

A púrpura de Henoch-Schonlein é uma vasculite sistémica, IgA mediada, com atingimento de pequenos vasos. É a vasculite mais comum em idade pediátrica, mas rara em adultos, com uma incidência anual de 0.8-1.8 casos por 100 000 habitantes. Caracteriza-se pelo aparecimento de púrpura palpável, principalmente nos membros inferiores, artralgias, queixas gastrointestinais e envolvimento renal, com instalação ao longo de dias a semanas. É habitualmente precipitada por infecção respiratória superior. Apesar de ter um curso habitualmente benigno na infância, a sua apresentação é mais severa no adulto com maior risco de progressão para doença renal crónica. Os autores relatam o caso de uma mulher de 62 anos,

fumadora com provável patologia respiratória crónica não estratificada, internada no serviço de Medicina por poliartralgias e lesões cutâneas, de etiologia a esclarecer. No início do quadro, referia febre (temperatura axilar 38.5°C) e aumento da frequência de tosse crónica, à data produtiva de expectoração purulenta. Da restante anamnese apurava-se o aparecimento gradual de alterações cutâneas, tipo petéquias, nos membros inferiores, astenia e artralgias de ritmo inflamatório a nível dos tornozelos, joelhos e cotovelos. Referia ainda edema, calor e rubor das articulações acometidas, principalmente marcados nas tibiotársicas. Posteriormente com extensão das lesões cutâneas ao dorso e membros superiores e aparecimento de dor abdominal e náuseas, motivo pelo qual recorreu ao Serviço de Urgência ao fim de cerca de 3 semanas de evolução do quadro. Ao exame objectivo com edema periorbitário, purpura palpável nos membros e glúteos, que não desaparecia à vitropressão, sinais inflamatórios do joelho direito e punho esquerdo e edema dos membros inferiores. No estudo laboratorial a destacar disfunção renal de novo (creatinina 2.36mg/dL) com hematoproteinúria na faixa nefrótica na urina de 24h (10.9g). Realizou biópsia cutânea com evidência de vasculite leucocitoclástica e biópsia renal que documentou glomerulonefrite crescência com depósitos de IgA, ambas compatíveis com diagnóstico de Purpura de Henoch Schonlein. Iniciou pulsos de metilprednisolona com regressão das lesões cutâneas e queixas gastrointestinais, mantendo prednisolona. Em consulta de reavaliação, por proteinúria refractária, associado micofenolato de mofetil com evolução favorável subsequente com ligeira melhoria da função renal com creatinina estabilizada ~1.7mg/dL. Com este caso clínico, os autores pretendem lembrar uma entidade pouco frequente no adulto que deverá estar presente no diagnóstico diferencial de vasculites de pequenos vasos com envolvimento cutâneo e renal. A tétade clássica acima descrita deverá levantar a suspeita, podendo os achados histopatológicos corroborar o diagnóstico. Apesar de controversa, a terapêutica com corticoterapia sistémica e/ou agentes imunossuppressores e imunomoduladores, podem evitar a progressão para doença renal terminal.

P030

1162 REUMATISMO PALÍNDROMICO – UM DIAGNÓSTICO DE EXCLUSÃO

Inês Cunha, Joana Andrade, Tânia Sousa, Tiago Barra, Vera Romão, António Correia

Centro Hospitalar Tondela Viseu

Introdução

O reumatismo palindrómico (RP) é uma entidade rara de etiologia mal definida. Caracteriza-se por artrite não destrutiva que afeta sequencialmente uma ou várias articulações de forma autolimitada,

com duração de horas a dias, intercalados com períodos assintomáticos que podem durar meses.

Caso clínico: Mulher de 29 anos com doença renal poliquística autossómica recessiva, transplantada renal (1999 e 2012), com falência dos aloenxertos, sob hemodiálise, com várias complicações da fístula arteriovenosa, a aguardar transplante hepatorenal, doença de Caroli (2012), colangites de repetição (2013-2016), HTA, dislipidemia, metrorragias funcionais, anemia normocítica normocrómica e trombocitopenia ligeira. Em 2016, iniciou episódios recorrentes de poliartrite aditiva, alternando entre assimétrica-simétrica, afetando cotovelos, punhos, articulações metacarpofalângicas e interfalângicas proximais, joelhos, tibiotársicas e sacroilíacas, com limitação funcional sobretudo nas mãos, com resolução completa espontânea em poucos dias, mantendo-se assintomática vários meses entre episódios. Analiticamente com PCR e VS normais entre crises, anemia ferropénica, função hepática preservada, serologias de hepatites, HIV, sífilis, CMV, Borrelia, Coxiella e Ricktesia negativas, ANA positivo (título 1/320) e mitoses positivas, restante estudo da autoimunidade (anti-dsDNA, anti-histona, factor reumatóide, anti-CCP e autoimunidade hepática) negativo, sem consumo de C3/C4, subclasses de IgG normais, défice de vitamina D, função tiroideia, paratormona, cálcio e fósforo normais. Radiografias e ecografias articulares não revelaram alterações. Colocou DIU, com normalização da anemia. Não se repetiram episódios de colangite, mas mantinha episódios de poliartrite. Fez RM hepática, mamografia, ecografia endovaginal e PET em contexto de estudo pré-transplante que excluíram neoplasia. Admitiu-se reumatismo palindrómico.

Discussão: O caso é de elevada complexidade obrigando à exclusão de vários diagnósticos diferenciais. O RP é um diagnóstico de exclusão, podendo aplicar-se os critérios de diagnóstico propostos por Hannonen. É um importante diagnóstico diferencial de artrite reumatóide (AR). Cerca de 1/3 dos casos podem evoluir para AR. A terapêutica assenta em AINEs e em casos refractários em DMARDs. Assim, perante casos de crises recorrentes de artrite autolimitada é importante reconhecer e saber abordar esta entidade.

P031

1168 O ESPESSAMENTO CUTÂNEO PARA ALÉM DA ESCLERODERMIA

Guiomar Pinheiro, Ana Rita Costa, Ana Campar, Fátima Farinha, Carlos Vasconcelos

Centro Hospitalar Universitário do Porto

INTRODUÇÃO

A Fasceíte Eosinofílica é uma doença rara do tecido conjuntivo caracterizada por eritema,

edema e espessamento da pele e tecidos moles, principalmente ao nível dos membros. A pele em casca de laranja ('peau d'orange') e o sinal do sulco são típicos desta doença. Habitualmente é de início agudo e a idade média de aparecimento é aos 40 anos. Cerca de 63 a 93% dos doentes apresentam eosinofilia periférica (não mandatória), podendo também surgir aumento dos marcadores inflamatórios e hipergamaglobulinemia. A etiologia ainda não é clara mas pensa-se que doenças hematológicas, infecciosas e autoimunes bem como o exercício físico intenso, alguns compostos químicos e drogas funcionem como factores desencadeadores. Até ao momento não estão definidos critérios de diagnóstico, pelo que este é feito com base nas características referidas, na RMN e na biópsia de pele até à fáscia. A exclusão de outras doenças como a Esclerodermia é fundamental. Os corticosteróides são o tratamento de primeira linha. Em casos refractários é frequentemente usado o metotrexato.

CASO CLÍNICO: os autores apresentam um caso de um homem de 37 anos, sem antecedentes de relevo, com um quadro com cerca de 2 anos de evolução, de espessamento e eritema cutâneo ao nível dos membros inferiores e posteriormente região lombar e membros superiores. Associadamente dores nos membros inferiores e limitação da mobilidade articular ao nível dos joelhos, tornozelos e punhos. Queixava-se também de astenia, com perda ponderal de cerca de 10kg em 8 meses e de síndrome de raynaud. História de ciclo de 3 meses de corticoterapia com melhoria das queixas e recrudescimento das mesmas após suspensão. Ao exame físico, pele de aspecto casca de laranja proximalmente, cianose cutânea difusa, com pregueamento cutâneo ausente ao nível dos antebraços e pernas, e francamente reduzido nos braços, coxas e tronco, mas poupando os dedos. Estudo imunológico sem alterações de relevo e manometria esofágica normal. Biópsia de pele com aspectos sugestivos de Esclerodermia, não permitindo excluir Fasceíte Eosinofílica. Atendendo à apresentação clínica, assumida Fasceíte Eosinofílica e iniciada corticoterapia sistémica e metotrexato. Boa resposta inicial, mas agravamento com o desmame da corticoterapia, a motivar subida de dose de metotrexato. Por hepatite tóxica secundária ao metotrexato e estagnação da melhoria com este fármaco, decidido iniciar Tocilizumab, com resposta favorável que se mantém após 10 meses do início de tratamento.

DISCUSSÃO: O presente caso clínico ilustra uma Fasceíte Eosinofílica, que, apesar de rara, trata-se de uma doença com importante morbidade para os doentes. O diagnóstico diferencial com a Esclerodermia é fundamental, dadas as implicações no respectivo tratamento e seguimento. O método mais fiável na sua diferenciação passa pelo exame físico, em que a ausência de envolvimento distal (dos dedos), exclui a Esclerodermia sistémica.

P032

1169 UM CASO DE GASTRITE ATRÓFICA CRÓNICA AUTOIMUNE

Filipa Taborda, Maria João Lobão
Hospital de Cascais

A gastrite atrófica crónica autoimune (CAAG) ou metaplasia gástrica autoimune (AMAG) é uma doença autoimune específica de órgão que afecta o corpo e o fundo da mucosa gástrica. Caracteriza-se por um processo inflamatório crónico que leva à destruição das células das glândulas oxínticas com progressiva atrofia e substituição por epitélio do tipo intestinal. A anemia, resultante da deficiente absorção de ferro e vitamina B12, é frequentemente a principal manifestação clínica. Existe uma associação importante com outras doenças autoimunes e neoplasias gástricas que vêm a ocorrer em 10% dos doentes. Os autores apresentam um caso de uma mulher de 33 anos, referenciada a consulta de Medicina Interna, por aftas orais. Na história pessoal e familiar, não se apuraram antecedente de relevo. Descrevia aftas recorrentes desde a idade adulta, múltiplas e de grandes dimensões, de localização variável nos bordos da língua, mucosa jugal e gengival, dolorosas e eritematosas. Negava febre, alterações cutâneas ou dores articulares acompanhantes. Na primeira observação apresentava apenas discreta erosão da ponta da língua. No estudo analítico alargado inicial apenas com identificação de anticorpos antinucleares positivos, num título de 1/160, padrão fino granular. Na reavaliação a 6 meses, apresentou discreta anemia normo/microcítica (Hemoglobina 11.9g/dL, volume globular médio 78fL) de novo cujo estudo etiológico revelou déficit de ferro e de vitamina B12 com anticorpos anti-célula parietal positivos. No estudo endoscópico realizado, das biópsias efectuadas da região do fundo gástrico, resulta a evidência de lesões de gastrite crónica moderada com actividade, atrofia ligeira e metaplasia intestinal entre 10-35% das amostras mas sem displasia. O estudo imunológico pedido foi negativo. Foi encaminhada para consulta de Gastroenterologia para vigilância endoscópica, mantendo o seguimento em consulta de Medicina Interna. Nos doentes mais jovens, a anemia ferropénica pode preceder a apresentação típica da anemia perniciosa caracterizada por macrocitose. A pertinência da endoscopia digestiva alta nestes doentes prende-se não só com o facto de excluir perdas hemáticas, fundamental na marcha diagnóstica de uma anemia com défice de ferro, mas também identificar precocemente a entidade de CAAG revista pelos autores no presente caso. A sua identificação permite excluir outras doenças autoimunes, comumente associadas, e é considerada uma condição pré-cancerígena que deve motivar um programa de follow-up que, apesar de ainda mal definido, se pretende apertado. Os autores ressaltam a importância de uma equipa

multidisciplinar na gestão destes doentes.

P033

1204 PIODERMA GANGRENOSO – O DESAFIO NA ENFERMARIA

Alexandra Pousinha, Carolina Cadório, Diana Falcão, Sunita Dessai, João Barreira, José Barata

Hospital de Vila Franca de Xira

Introdução

O Pioderma gangrenoso é uma entidade ulcerativa cutânea cujo diagnóstico se associa, na sua maioria, a uma doença sistémica de base do foro inflamatório/auto-imune. O seu tratamento implica uma abordagem multidisciplinar que condiciona tratamento cutâneo diário e sistémico imunomodulador.

Caso Clínico

Os autores apresentam o caso de um homem de 44 anos, leucodérmico, previamente autónomo, com antecedentes pessoais de Doença Hepática Crónica de etiologia não esclarecida com seguimento em Consulta Externa de Medicina Interna. Foi internado por quadro arrastado de cansaço geral, sonolência e precordialgia associado a desconforto abdominal e lesões ulcerativas exsudativas no membro inferior esquerdo com 3 meses de evolução de agravamento progressivo e exuberante. Já tinha sido submetido a biópsia cutânea que confirmou o diagnóstico de Pioderma gangrenoso.

Durante o internamento assistiu-se a evolução com bacteriémia por pseudomonas aeruginosa com focalização pulmonar, o que aliado às alterações já prévias nas provas hepatobiliares impediu a utilização dos imunossuppressores tipicamente utilizados nesta doença cutânea, foi submetido a tratamento sistémico com Corticoterapia o que não impediu uma evolução desfavorável, passando posteriormente a Dapsona em colaboração com a Dermatologia. Do estudo complementar, assumiu-se Doença Hepática Crónica de etiologia provavelmente multifactorial atendendo a toma anterior de chá de ervas e álcool, excluindo síndrome paraneoplásico, doença inflamatória intestinal e outras doenças auto-imunes.

O doente apresentou evolução favorável das lesões com posterior estabilização dos parâmetros hepáticos e normalização dos parâmetros inflamatórios após ciclos de antibioterapia dirigida, obrigando a um internamento prolongado de 3 meses com várias intercorrências.

Resultado

Este caso pretende explicar que esta condição cutânea é grave, causando uma morbilidade importante associada a entrada de microrganismos patogénicos. Foi crucial a abordagem multidisciplinar com apoio de Dermatologia, Nutrição e da Equipa de

Enfermagem para cuidados de penso, estabilização da dor e do score nutricional do doente bem como do tratamento atempado de infeções sistémicas.

P034

1401 “VACINA COMO DESENCADEANTE DE MIOPATIA INFLAMATÓRIA”

Catarina Reigota, João Santos, Filipe Vilão, Elsa Gaspar, Lélita Santos, Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução – miopatias inflamatórias são doenças auto-imunes raras, com uma panóplia de factores desencadeantes. A vacina da gripe pode ser um desencadeante de uma dermatomiosite e, em casos raros, mas descritos, de uma miosite inespecífica.

Resumo – Homem, 70 anos, raça branca, recorreu ao Serviço de Urgência por diminuição da força muscular proximal nas cinturas escapular e pélvica, simétrica e progressiva, incapacitante e com 3 semanas de evolução. Referia administração da vacina da gripe (Vaxigrip®) e vacina anti-pneumocócica (Prevenar 13®) 2 semanas antes do início dos sintomas. Negava mialgias, parestesias, alterações da sensibilidade, febre, perda ponderal, anorexia ou outros sintomas.

Apresentava alterações apenas no exame neurológico com défice de força muscular proximal G4 na abdução e rotação externa dos membros superiores e G3 na flexão bilateral da coxa.

Antecedentes relevantes: cardiopatia isquémica, trombocitémia essencial com mutação JAK2 V617F, DPOC, dislipidémia (sob estatina), hiperuricémia.

Analiticamente apresentava rabdomiólise (CK 3206 U/L), VS 28 mm/h; sumária de urina sem alterações; ligeiro aumento das transaminases (TGP 75 U/L e TGO 271 U/L); aumento da mioglobina (3724 ng/mL), da aldolase (33.5 U/L) e da LDH (660 U/L). Função tiroideia sem alterações. Estudo da autoimunidade normal.

Electromiografia revelava sinais de lesão inflamatória ativa da fibra muscular. Biópsia do músculo deltóide: lesões inespecíficas de miosite.

Após biópsia iniciou tratamento com 20 mg de Prednisolona e foi retirada a estatina da medicação habitual. Doente com melhoria clínica progressiva.

Discussão:

Apesar de raramente descrito, a vacina de vírus inactivado pode ser um factor ambiental que funciona como desencadeante para miosite. Perante a exclusão de outras causas, podemos afirmar que estamos perante uma miosite inespecífica induzida pela vacina da gripe.

P035

51 UMA CAUSA RARA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Mónica Dinis Mesquita, Sara Borges, Catarina Ferreira, Fernando Salvador, Paula Vaz Marques

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução

A sarcoidose é uma doença sistémica rara, caracterizada patologicamente pela presença de granulomas não caseosos nos órgãos envolvidos. Afeta principalmente pulmões, pele e nódulos linfáticos, sendo o envolvimento de outros órgãos extremamente raro. O diagnóstico de sarcoidose cardíaca é muito difícil de estabelecer, sendo frequentemente subdiagnosticado.

Caso Clínico

Doentodosexomasculino, 62 anos, com antecedentes de hipertensão arterial essencial, dislipidemia, hiperplasia benigna da próstata e etilismo crónico. Clínica com cerca de 1 ano de evolução de tosse seca e dispneia para grandes esforços. Ao exame objetivo, a destacar pulso arritmico. Analiticamente, sem alterações de relevo, à exceção de elevação da enzima conversora da angiotensina. Realizou eletrocardiograma, com fibrilação auricular com resposta ventricular controlada, e ecocardiograma transtorácico, com dilatação severa de ambas as aurículas e fração de ejeção do ventrículo esquerdo reduzida, sem alterações da cinética segmentar. Realizou também ressonância magnética cardíaca, que revelou discretos focos de fibrose septal de padrão inespecífico e etiologia não isquémica. A tomografia axial computadorizada torácica apresentou múltiplas adenomegalias mediastínicas e hilares bilateralmente, micronódulos no parênquima pulmonar de distribuição perilinfática nos lobos superiores e segmentos superiores dos lobos inferiores, com maior expressão no lobo superior esquerdo. Na região abdominopélvica, objetivadas adenomegalias em topografia celiaca e lomboaórtica. Na suspeita clínica de sarcoidose com envolvimento pulmonar e cardíaco, realizou tomografia por emissão de positrões, que identifica adenopatias supra e infradiafragmáticas provavelmente por sarcoidose. A cintigrafia óssea não teve alterações, o interferon gamma release assay e a prova de Mantoux foram positivos. Posteriormente, submetido a broncofibroscopia com pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes negativa e pesquisa de Mycobacterium tuberculosis por polymerase chain reaction (PCR) também negativa. O citológico do lavado broncoalveolar apresentou um valor CD4+/CD8+ de 0,9. Foi realizada biópsia de adenopatia retroperitoneal, com linfadenite reativa inespecífica, imunofenotipagem negativa e PCR do Mycobacterium tuberculosis também negativa. A provas de função respiratória apresentavam alteração ventilatória restritiva

ligeira.

Após o extenso estudo, assumida sarcoidose scadding II, iniciando prednisolona 1mg/kg/dia durante 3 semanas, com posterior esquema de desmame. Encontra-se em avaliação em consulta externa.

Discussão

Este caso é representativo de uma abordagem sistémica de um doente que inicialmente foi admitido para estudo de insuficiência cardíaca. A marcha diagnóstica foi fundamental, tendo em conta alguns resultados contraditórios. Ainda assim, foi possível firmar o diagnóstico de uma doença por si só rara, e com um envolvimento ainda mais infrequente e de difícil diagnóstico.

P036

91 SÍNDROME HIPEREOSINOFILICO IDIOPÁTICO – GRANULOMATOSE EOSINOFILICA COM POLIANGEITE ANCA-NEGATIVA?

Ana Rita Barradas, Miguel Oliva Teles, Ivone Valadão, Sérgio Pereira, Ana Luísa Esteves, Pedro Ribeiro Santos, Isabel Madruga

Hospital Egas Moniz (Centro Hospitalar Lisboa Ocidental), Lisboa, Portugal

Introdução

Eosinofilia do sangue periférico é caracterizada por uma contagem absoluta de eosinófilos >1500 células/μL. A granulomatose eosinofílica com poliangeite (GEP) é uma síndrome rara que pode apresentar um fenótipo ANCA-positivo ou ANCA-negativo.

Caso Clínico: Doente sexo feminino, 77 anos, parcialmente dependente para as AVD's (ECOG 3). Com antecedentes pessoais de HTA essencial, psicose/s. depressivo e asma. Medicada habitualmente com lorazepam; citalopram; mirtazapina e olanzapina. A doente foi enviada ao Serviço de Urgência pelo seu médico assistente por quadro de astenia, anorexia e perda ponderal (não quantificada) com alguns meses de evolução. Negava febre, tosse, expectoração, pieira, dor torácica, náuseas ou vômitos. Sem contacto regular com animais ou viagens recentes. Ao exame objetivo encontrava-se orientada na pessoa, mas desorientada no espaço e no tempo. Hemodinamicamente estável e apirética. Muito emagrecida, ligeiramente descorada e desidratada. Pele e mucosas sem outras alterações. Auscultação cardíaca S1 e S2 rítmicos com sopro sistólico grau III/VI audível em todo o precórdio. Auscultação pulmonar sons respiratórios globalmente diminuídos, abolido no terço inferior do hemitorax esquerdo, com presença de sibilos expiratórios bilateralmente. Sem adenomegalias palpáveis. Laboratorialmente a destacar eosinofilia de 15740/

μL. Radiografia de tórax com derrame pleural bilateral. Foi internada no Serviço de Medicina Interna para estudo etiológico de síndrome hipereosinofílica. Durante o internamento foi pedido estudo imunológico que mostrou diminuição do complemento C3 (65,1mg/dL) e C4 (9,64mg/dL), aumento da IgE total (1120 UI/mL) e ANAs, Ac. Anti-Citoplasma Neutrofílico, Ac. Anti-MPO, Ac. Anti PR3 e HIV negativos. Realizada rinoscopia que mostrou polipose nasal bilateral no entanto biópsia sem granulomas ou vasculite. TC toraco-abdomino-pelvico sem evidencia de atingimento de órgão alvo. Biópsia de medula óssea e mielograma apenas com hipereosinofilia, sem evidencia de infiltrados patológicos. Pesquisa dos genes BCR-ABL; FIP1L1-PDGFR e TEL- PDGFRB negativa. Foi assumido o diagnóstico de Síndrome hipereosinofílica idiopática, provável granulomatose eosinofílica com poliangéite ANCA negativo. Iniciou prednisolona 40mg /dia com melhoria clínica e analítica, incluindo melhoria do estado confusional agudo. No seguimento em consulta externa foi reduzida a dose de prednisolona até 12,5mg/dia com boa tolerância e sem recorrência da eosinofilia.

Conclusão: Perante uma eosinofilia periférica é importante considerar a hipótese de Granulomatose Eosinofílica com Poliangéite (GEP) mesmo quando os ANCAs se revelam negativos. E o estado serológico ANCA parece ter impacto na apresentação fenotípica dos doentes com GEP.

P037

247 HEPATITE AUTOIMUNE EM DOENTE COM HEPATITE B E INFECÇÃO POR STRONGYLOIDES STERCORALIS

Whine Pedro, Marina Vitorino, Filipa Nunes, Alexys Borges, Mariana Costa, Marinela Major João Machado
Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, Serviço de Medicina I

Introdução

A hepatite autoimune (HAI) é uma doença crónica relativamente rara que afecta predominantemente mulheres em qualquer idade. É caracterizada por elevação das gamaglobulinas, autoanticorpos circulantes, antigénios de leucócitos humanos DR3 e DR4, hepatite de interface na biópsia hepática (BH) e resposta favorável à corticoterapia; tem diagnóstico diferencial com várias situações pelo que o seu diagnóstico deve ser de exclusão.

Caso clínico: mulher de 46 anos, negra, natural da Guiné Bissau, admitida por quadro arrastado de hepatalgia e perda ponderal. Negou febre, icterícia, prurido e aumento do volume abdominal. Tinha antecedentes de colecistectomia e HTA, medicada com Candesartan. Negou hábitos etanólicos.

À entrada: doente emagrecida com hepatomegália ligeira e dolorosa. Do estudo efetuado: Hb 12.5 g/dL, Leuc 4860, Eo 23,6%; provas de função

hepática: AST 540 U/L, ALT 686 U/L, FA 111 U/L, GGT 198 UI/L, LDH 304 U/L, BilT 0.48 mg/dL, Amilase 139.7 U/L; IgE 2672 mg/dL e IgG 2570 mg/dL. Serologias virais: AgHbs+ AchBe+ Ac Hbc+, EBV VCA IgM e IgG positivas; serologias VIH, VHA, VHC, VHE, CMV IgM foram negativas, o DNA VHB e a PCR EBV negativos. Eco abdominal: proeminência das vias biliares; TC- AP: fígado ligeiramente aumentado e discreta ectasia da bifurcação das vias biliares. Realizou Colangio-RM que excluiu dilatação das vias biliares. Realizou exame parasitológico das fezes que foi positivo para Strongyloides stercoralis e Ascaris lumbricoides, fez dois ciclos de Ivermectina com redução transitória das provas de função hepática e desaparecimento da eosinofilia. Fez-se excisão de adenopatia inguinal que foi negativa. A serologia autoimune foi positiva para ANA (1/320), Anti Ro52 (++) e Anti Mi2 (++) ; AMA negativo. Realizou BH: infiltrado linfocitário, hepatite de interface e balonização dos hepatócitos. Em face do quadro clínico, elevação flutuante das transaminases, hipergamaglobulinémia, ANA positivo e os aspectos da BH, admitiu-se o diagnóstico de HAI; iniciou prednisolona na dose 60 mg/dia, com melhoria clínica e laboratorial (AST 59 U/L, ALT 108 U/L, GGT 103 UI/L); teve alta, orientada para consulta de Gastro. Adicionou-se Tenofovir na dose de 245 mg/dia para prevenção de reactivação de infecção VHB.

Discussão: o caso apresentado ilustra as dificuldades do diagnóstico de HAI, uma vez que a doente tinha VHB crónica e apresentou-se com marcada eosinofilia que correspondeu a infecção por Strongyloides stercoralis. O diagnóstico de HAI foi sustentado pela apresentação clínica, elevação das transaminases, hipergamaglobulinémia, auto anticorpos circulantes positivos, resultado da BH e boa resposta clínica e laboratorial à corticoterapia.

P038

282 UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA DA VASCULITE DE GRANDES VASOS

Mafalda Sá Pereira, Sara Vilela, Susana Henriques, Conceição Escarigo, Pedro Correia Azevedo
Hospital Garcia de Orta

Introdução

As vasculites são patologias imunomediadas, com grande variabilidade fenotípica, e com diagnóstico diferencial vasto e desafiante.

Descrição: Os autores apresentam o caso de uma mulher de 59 anos, com história conhecida de hipertensão arterial, quistos hepáticos e psoríase palmo-plantar com 8 anos de evolução, que se apresentou no Serviço de Urgência (SU) com quadro de febre, suores nocturnos e mal estar generalizado com 3 semanas de evolução. Negava qualquer outra sintomatologia focalizadora. A doente teria já recorrido previamente aos cuidados de saúde

primários pelo mesmo quadro, apresentando aumento dos parâmetros inflamatórios, tendo cumprido um ciclo de amoxicilina/clavulanato e claritromicina, sem melhoria do quadro. Objectivamente sem qualquer alteração de relevo: apresentava-se hemodinamicamente estável, febil (TT 38,9°C), sem alterações cutâneas ou na auscultação cardio-pulmonar, pulsos palpáveis e simétricos, palpação abdominal sem alterações, e negava dor à palpação das diferentes articulações. Deste modo, ficou internada para esclarecimento diagnóstico. Analiticamente destaca-se anemia normocítica normocrômica, proteína C-reativa aumentada (13.34 mg/dL), VS 120mm; hemoculturas, serologias e estudo da auto-imunidade (incluindo ANCA) negativas; realizou adicionalmente mielograma que não mostrou alterações. Do estudo imagiológico destaca-se ecocardiograma transtorácico que mostrou apenas uma fina lâmina de derrame pericárdico; a tomografia computadorizada toraco-abdominopélvica mostrou quistos hepáticos simples, sem outras alterações de relevo.

No decorrer do internamento a doente apresentou perfil tendencialmente hipotensivo, apesar da suspensão dos anti-hipertensores habituais, agravamento da anemia, mantendo febre persistente concomitante. Neste contexto realizou tomografia por emissão de pósitrons (PET) que mostrou sinais de vasculite de grandes vasos (envolvimento das artérias carótidas, aorta abdominal, ilíacas, femorais e porção proximal das tibiais posteriores). Realizou adicionalmente Eco-Doppler das artérias temporais, que não mostrou alterações de relevo. Foi iniciada prednisolona 1mg/kg/dia, com resolução da febre, melhoria do estado geral e normalização do perfil tensional. Foi admitida vasculite de grandes vasos, com apresentação atípica. Actualmente a doente apresenta remissão completa do quadro, mantendo seguimento em consulta.

Discussão: Este caso mostra uma apresentação atípica de uma vasculite de grandes vasos, com envolvimento dos vasos supra e infra-aórticos, e reforça a importância de uma investigação completa nos quadros de síndrome febril indeterminado.

P039

319 ARTERITE DE CÉLULAS GIGANTES: RETRATO DE UM HOSPITAL DISTRITAL

Antonio Costa Carneiro, Madalena Silva, Isa Silva, Ines Nabais, Filipa Taborda, Luis Pereira, Magda Faria, Ana Boquinhas
Hospital de Cascais

A arterite de células gigantes (ACG) ou arterite temporal é uma vasculite de médios-grandes vasos, que representa a vasculopatia autoimune mais frequente e uma das principais responsáveis pela instituição de corticoterapia sistémica crónica.

Algumas das suas principais manifestações são cefaleia, dor ao nível da artéria temporal, alteração da acuidade visual, claudicação da mandíbula, sintomas polimiálgicos e a febre baixa. O diagnóstico precoce é essencial de forma a prevenir as complicações associadas a isquémia crítica, sendo actualmente preconizados os critérios de classificação da American College of Rheumatology (ACR, 1990). A biópsia da artéria temporal permite confirmar o diagnóstico, embora com sensibilidade relativamente baixa, 15-40% (especificidade 100%). A corticoterapia sistémica continua a ser o tratamento de primeira linha.

O objectivo do presente trabalho foi apurar o número de doentes com diagnóstico de arterite de células gigantes entre 2010 e 2018, as suas características (clínicas e analíticas) à data do diagnóstico e a sua resposta à terapêutica instituída. Foi feita uma análise retrospectiva dos processos de todos os doentes submetidos a biópsia da artéria temporal.

Durante o período estipulado, foram diagnosticados 18 casos de ACG: 78% do sexo feminino, com uma mediana de idade de 78 anos. A biópsia da artéria temporal foi positiva em 67% dos doentes, sendo as manifestações mais frequentes: cefaleia (83%), astenia (67%), alteração visual súbita (56%), polimialgia reumática (39%), claudicação da mandíbula (17%). Analiticamente, a mediana da velocidade de sedimentação foi 100 mm/hora, 72% dos doentes apresentava anemia, 11% hipergamaglobulinémia e 28% alteração das provas hepáticas. Apenas 11% dos doentes tinha diagnóstico concomitante de neoplasia (mama e linfoma). Em 100% dos casos foi instituída prednisolona 1 mg/kg/dia, imediatamente após suspeita deste diagnóstico, com excelente resposta. Em nenhum dos casos foi instituída anti-agregação, inibidor da bomba de prótons ou bifosfonato. Em 33% dos doentes foram registadas complicações relacionadas com a corticoterapia, nomeadamente, diabetes e infecções. Relativamente aos doentes com biópsia negativa (33%), foi considerado que o diagnóstico seria muito provável dadas as manifestações clínicas e analíticas sugestivas, com um score ACR superior ou igual a 3.

As características dos doentes analisados são concordantes com o descrito na literatura e esta avaliação permite verificar que a abordagem do doente com suspeita e, posterior confirmação, de ACG foi adequada, em termos de escolha de imunossupressor e timing da sua administração. Contudo, permanecem por otimizar algumas atitudes, nomeadamente em relação à antiagregação e prevenção ou tratamento da osteoporose. Adicionalmente, nos doentes com biópsia negativa, seria benéfica a caracterização imagiológica com estudo Doppler, que não foi realizada e nenhum destes casos.

P040

1373 PUSTULOSE PALMOPLANTAR – UMA FORMA DE APRESENTAÇÃO DE SAPHO

Soraia Proença e Silva, M.^a Eufémia Calmeiro, Bogdan Kachan, Rosa Silva, M.^a Eugénia André

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, Hospital Amato Lusitano

Introdução

A síndrome SAPHO é composta por sinovite, acne, pustulose, hiperostose e osteíte. A sua patogénese permanece desconhecida e os achados laboratoriais são inespecíficos.

A associação de pustulose palmoplantar com artro-osteíte da parede torácica anterior foi descrita, primeiramente, no Japão, em 1967.

As manifestações cutâneas incluem pustulose e formas graves de acne. As lesões pustulosas manifestam-se normalmente por psoríase ou pustulose palmoplantar.

Esta síndrome é rara e a sua prevalência estima-se em cerca de 1 em 10000 pessoas de raça caucasiana. Ocorre predominantemente em adultos jovens ou de meia idade, preferencialmente do sexo feminino. A evolução é, por norma, prolongada, com episódios de remissão e exacerbação.

Caso Clínico: Mulher de 51 anos que recorreu ao serviço de urgência por dor de carácter inflamatório, associado a calor, rubor e tumefacção da articulação esternoclavicular direita, com irradiação para o ombro. Como antecedentes pessoais tem dermatite pustulosa com um ano de evolução, pela qual era seguida periodicamente em consultas de dermatologia. Ao exame objectivo apresentava artrite da articulação esternoclavicular direita, com consequente limitação funcional à mobilização do ombro. Analiticamente: PCR de 8,4mg/dL e VS de 22mm/h; HLA B27, ANA's, Ag. HBs, Anti-HBs, Anti-HBc, anticorpos VHC, anticorpos VIH-1/2 negativos. Realizada cintigrafia óssea que conclui que "as alterações relatadas na articulação esternoclavicular direita, na união do manúbrio com o corpo esternal, e na articulação coxofemoral esquerda, sugerem patologia articular inflamatória. Refere também que os aspectos descritos nos carpos e na articulação interfalângica próxima do 4º dedo da mão direita não permitem excluir compromisso articular inflamatório, contudo em fase de baixa actividade". Iniciou prednisolona 0,5mg/kg/dia, com redução progressiva até aos 5mg/dia, tendo melhorado do ponto de vista articular. Introduzido metotrexato que não tolerou. Por não ter melhorado do ponto de vista dérmico foi iniciada ciclosporina titulada até à dose de 200 mg/dia mas a doente, apesar de não apresentar alterações articulares de momento, mantém pustulose exuberante, principalmente a nível plantar.

Discussão: O intervalo de tempo entre uma manifestação cutânea e o aparecimento de sintomas de artrite/osteíte é inferior a 2 anos em cerca de 70% dos pacientes. A pustulose palmoplantar é a manifestação cutânea mais comum, correspondendo a cerca 60%.

O diagnóstico de SAPHO pode ser desafiador e baseia-se, principalmente, num diagnóstico clínico, podendo ser auxiliado por métodos de imagem, tal como neste caso clínico.

A síndrome SAPHO deve ser incluída no diagnóstico diferencial dos doentes que apresentem um quadro clínico doloroso na parede ântero-superior do tórax com alterações cutâneas associadas.

P041

177 HEPATITE AUTOIMUNE NO DOENTE IDOSO: UM NOVO PARADIGMA

Antonio Costa Carneiro, Madalena Silva, Isa Silva, Ines Nabais, Filipa Taborda, Luis Pereira, Magda Faria, Ana Boquinhas

Hospital de Cascais

A hepatite autoimune é um desafio diagnóstico pela sua raridade e heterogeneidade fenotípica. Tende a afectar mais o sexo feminino, com uma distribuição bimodal, com pico na infância e entre 30-60 anos. Quando diagnosticada atempadamente e sob terapêutica adequada, tem bom prognóstico. Embora, classicamente considerada uma doença da jovem adulta, esta entidade tem sido diagnosticada cada vez mais no doente idoso (idade superior 65 anos), que tende a apresentar-se assintomático mais frequentemente, com cirrose à data do diagnóstico. Apesar da resposta à terapêutica ser semelhante à do doente jovem, o idoso apresenta menor risco de recidiva após sua suspensão. Dado o risco de interações medicamentosas no doente polimedicado e maior risco de ocorrência de efeitos adversos, preconizam-se esquemas de tratamento menos agressivos, com doses mais baixas de corticóide (p.e. prednisolona 20-30 mg/dia) em sobreposição com azatioprina. As medidas de prevenção de complicações associadas à corticoterapia, nomeadamente, osteoporose e diabetes, são idênticas às do doente jovem.

Apresenta-se uma doente do sexo feminino, com 77 anos, autónoma, sem antecedentes médico-cirúrgicos relevantes e sem medicação regular. Observada na consulta externa de Medicina Interna por enfartamento pós-prandial e distensão abdominal com alteração das provas hepáticas, com Bilirrubina total 4.53 mg/dL, Bilirrubina conjugada 3.33 mg/dL, AST 550 UI/L, ALT 441 UI/L, FA 212 UI/L, GGT 96 UI/L, LDH 310 UI/L. A ecografia abdominal descrevia ascite de ligeiro volume peri-hepática e peri-esplénica, com fígado de dimensões normais e ecoestrutura grosseira e heterogénea, sem definição de nódulos, aspectos

sugestivos de provável hepatopatia crónica. Foram excluídas etiologia etanólica, tóxica, infiltrativa (hemocromatose e Wilson), neoplásica, granulomatosa e infecciosa. Do estudo autoimune destaca-se velocidade de sedimentação 72 mm/hora, ANA fino granular, 1:320, IgG 4220 mg/dL (com anticorpos ENA, AMA, ASMA, LKM, SLA/LP, LC1 negativos). A doente foi submetida a biópsia hepática cuja histologia descrevia necrose confluyente, emperipolese, hepatócitos com aspectos rosetoides com infiltrado inflamatório moderado-grave portal com hepatite de interface moderada-grave. Assim, foi admitido diagnóstico de hepatite autoimune tipo 1, tendo sido iniciada prednisolona 0.5 mg/kg/dia e azatioprina (às três semanas de tratamento) com desmame de corticóide. A doente apresentou evolução clínica favorável com remissão clínica e bioquímica completas, actualmente (18 meses de terapêutica) com doença controlada com azatioprina 1 mg/kg/dia.

Este caso pretende relembrar a necessidade de considerar o diagnóstico de hepatite autoimune no idoso com alteração das provas hepáticas e, caso confirmada esta entidade, a importância de considerar a necessidade de ajustar a terapêutica à idade, nomeadamente em relação à dose de corticóide sistémico e timing (e dose) da terapêutica poupadora de corticóide.

P042

457 SÍNDROME DE EVANS E COLITE ULCEROSA

Teresa Salero, Ramiro Sá Lopes, Rui Osório, Sérgio Menezes Pina, Catarina Mendonça, António Moura
Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Faro

Introdução

A Síndrome de Evans é uma patologia rara definida pela associação, simultânea ou sequencial, de anemia hemolítica auto-imune e trombocitopenia imune, de causa subjacente desconhecida. Mais prevalente em crianças e, de acordo com a literatura, em metade dos casos poderá ocorrer a manifestação de outra patologia autoimune.

Caso Clínico

Doente do género feminino, com 71 anos de idade, caucasiana e previamente autónoma. Antecedentes pessoais conhecidos de Diabetes Mellitus tipo 2, hipertensão arterial presumivelmente essencial e dislipidemia, estando habitualmente medicada com sitagliptina, metformina, clopidogrel, losartan e sinvastatina. Em Setembro de 2016 recorreu ao Médico Assistente por quadro de palidez cutânea e astenia de agravamento progressivo com cerca de duas semanas de evolução, sem febre ou outras queixas de órgão ou sistema. Solicitado hemograma que revelou anemia e trombocitopenia marcadas (hemoglobina 77 g/L e plaquetas

23x10⁹/L), motivo pelo qual foi enviada ao Serviço de Urgência e internada no Serviço de Medicina Interna. Do estudo complementar salienta-se anemia hemolítica (haptoglobina <7 mg/dL; lactato desidrogenase 267 UI/L; bilirrubina total 2,3 mg/dL e directa 0,8 mg/dL); mielograma com presença das três linhagens e aumento da série eritrocitária; negatividade para crioglobulinas; anticorpos antinucleares e teste Coombs directo positivos, pelo que se assumiu o diagnóstico de Síndrome de Evans. Nesse sentido, foi iniciada prednisolona e referenciada para consulta externa de Medicina Interna e Hematologia, onde mantém acompanhamento desde então. Realizadas várias tentativas de desmame de corticoterapia, verificando-se recidiva da trombocitopenia mas não da anemia. Regressou ao Serviço de Urgência em Novembro 2018 por quadro de dor abdominal intensa tipo cólica, acompanhada de diarreia sanguinolenta (6 dejectões por dia), sem febre e que terá coincidido com período de interrupção de corticoterapia. Referiu ainda episódio prévio semelhante uns meses antes, também na ausência de prednisolona, mas que não terá valorizado. Solicitada colonoscopia que revelou aspectos sugestivos de Colite Ulcerosa activa ao nível do cólon esquerdo, confirmados por biópsia.

Discussão

A sobreposição de doenças autoimunes é um achado amplamente demonstrado, contudo apenas se registaram três publicações de casos de Síndrome de Evans em doentes com diagnóstico prévio de Colite Ulcerosa. O presente caso clínico relata o inverso, tratando-se de uma doente inicialmente diagnosticada com Síndrome de Evans e só posteriormente verificada clínica sugestiva e diagnóstico endoscópico e histológico de Colite Ulcerosa, constituindo provavelmente um dos primeiros casos até então descrito.

Pretende-se assim alertar para a complexidade da fisiopatologia e apresentação das doenças autoimunes, cujos mecanismos e sobreposição carecem de investigação adicional.

P043

993 PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IMUNE REFRACTÁRIA: SÍNDROME PARANEOPLÁSICA?

Ryan Costa Silva, Joana Rodrigues dos Santos, Tânia Vassalo, Joana Rosa Martins, Lígia Peixoto, José Luís Ducla Soares

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria

Introdução

A púrpura trombocitopénica imune (PTI) é uma forma adquirida de trombocitopenia com destruição plaquetar mediada por autoanticorpos pelo que a terapêutica de 1ª linha envolve imunossupressão

com corticoterapia. Como 2ª linha, além da esplenectomia, surgiram na última década alternativas terapêuticas incluindo agonistas de receptores de trombopoetina (TPO-RA).

Caso clínico: Homem, 69 anos, PTI com dez anos de evolução que por discrasia hemorrágica com hematúria, petéquias e trombocitopenia grave ($3.000/\mu\text{L}$), teve necessidade de internamento e terapêutica com gamaglobulina 400mg/kg/dia e pulsos de metilprednisolona 1g com melhoria inicial da contagem plaquetar mas após ajuste para terapêutica oral com prednisolona 1mg/Kg/dia com novo agravamento da trombocitopenia. Nesse sentido, realizou como 2ª linha terapêutica eltrombopag titulado até dose máxima e vincristina semanal (4 administrações) sem melhoria. Destacam-se ainda episódios recorrentes de infecção respiratória, infecção prévia a vírus de hepatite B e imunofenotipagem com contagem de anticorpos anti-CD20 diminuídos, pelo que se protelou terapêutica com rituximab. Do estudo complementar, a pesquisa de imunodeficiências primárias foi negativa; estudo da autoimunidade apenas com serologias positivas para anticorpos antifosfolípidicos, em doente sem eventos trombóticos; gamapatia monoclonal IgM lambda, tendo realizado mielograma e biópsia óssea sem alterações. Avaliação por tomografia computadorizada apurou nódulo exofítico do rim esquerdo sugestivo de malignidade, sem outras lesões suspeitas ou adenopatias. Perante refractariedade a terapêutica realizada, foi submetido a esplenectomia que decorreu sem intercorrências. Contudo apresentou agravamento progressivo da trombocitopenia e ao sexto dia de pós-operatório, por ausência de resposta, foi iniciado romiplostim com excelente resposta. Actualmente aguarda cirurgia electiva para remoção de lesão exofítica do rim com características suspeitas, mantém terapêutica com romiplostim em Hospital de Dia e desmame de corticoterapia.

Discussão: Salienta-se a particularidade de que embora refractário a terapêutica com eltrombopag (TPO-RA do tipo não péptido) o doente teve resposta a terapêutica com romiplostim, um peptídeo que activa vias de transcrição intracelular através do receptor da TPO. A maioria dos casos de PTI atingem uma contagem estável de plaquetas, mas podem requerer múltiplas linhas de terapêutica e a abordagem da causa subjacente, podendo neste caso particular colocar-se a hipótese de eventual síndrome paraneoplásica.

P044

1074 O DIFÍCIL BALANÇO ENTRE ANTIBIÓTICOS E IMUNOSSUPRESSÃO

Carina Ramalho, Mariana Almeida, Silvia Rodrigues, Fátima Campante

Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Introdução

O envolvimento neuropsiquiátrico é uma das principais causas de mortalidade e morbilidade nos doentes com LES. O diagnóstico é de exclusão, sendo crítico para o prognóstico do doente. As manifestações neurológicas mais comuns são a cefaleia, doença cerebrovascular, epilepsia e alterações cognitivas. A RM-CE pode apresentar

áreas de isquémia cortical e subcortical e múltiplos hipersinais em T2 principalmente na junção da matéria branca com a cinzenta. Estes achados são inespecíficos e podem ser encontrados na Esclerose múltipla e outras vasculites, sendo a biópsia cerebral o melhor método para o diagnóstico diferencial.

Caso clínico: Mulher de 73 anos, com antecedentes LES predominantemente hematológico há vários anos sob Lepicortinol e internamento recente no serviço de medicina por pancitopénia, em contexto de flaire da sua doença de base, destacando-se como intercorrência uma celulite do membro inferior direito, tratada com antibioterapia. Duas semanas depois da alta, inicia queixas de dor na região inguinal direita, de ritmo misto e agravamento progressivo. Realizou RM-art. coxofemoral direita em contexto de hospital de dia, sendo esta compatível com artrite séptica. Foi internada e iniciou Cefepime e Vancomicina, sendo diminuída a terapêutica imunossupressora de base. Ao sétimo dia de terapêutica, inicia alteração súbita do estado de consciência, com alteração da linguagem e diminuição da força muscular nos membros inferiores. Colocaram-se as hipóteses diagnósticas de AVC Vs sépsis Vs Neurolúpus. Realizou TC-CE que não revelou alterações e análises sem aumento dos parâmetros inflamatórios. Foi escalada a terapêutica antibiótica para Ertapenem e iniciado novo ciclo de três dias de Metilprednisolona. Ao fim do segundo dia, existiu reversão total das alterações neurológicas. Foi pedida uma RM-CE (realizada após corticoterapia e sem

administração de contraste por disfunção renal) onde se verificaram áreas de desmielinização na substância branca, sobretudo periventricular e áreas de hiperintensidade em T2 na substância branca subcortical e fronto-insular, sugestivas de encefalopatia microangiopática. Não foi realizada biópsia uma vez que a doente apresentava trombocitopénia grave. A doente cumpriu cerca de 5 semanas de terapêutica antibiótica e teve alta melhorada.

Discussão: Na doente apresentada existiu um

quadro compatível com alterações do sistema nervoso central, em que, após excluídas a causa isquêmica e o agravamento do quadro infeccioso, parece ter estado relacionada com manifestações neurológicas da sua doença auto-imune de base. O carácter agudo do quadro, a resposta à corticoterapia e os achados na RM, apesar de não serem específicos e, na impossibilidade de realizar biópsia, apoiam esta hipótese de diagnóstico.

P045

1099 SARCOIDOSE OCULTA, QUANDO A CLÍNICA NÃO É DE LIVRO

Vanessa Vieira, João Pedro Silva, Leonor Monjardino, Almerindo Rego

Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira

A sarcoidose é uma doença rara, sistémica, de etiologia desconhecida e que em 90% dos casos dá inflamação granulomatosa do pulmão. O envolvimento cardíaco ocorre em 5% dos casos e pode evoluir para cardiopatia restritiva ou disritmias.

Os autores apresentam um caso de sarcoidose ganglionar e cardíaca, cujo diagnóstico foi de extrema dificuldade.

Mulher de 52 anos, hipertensa. Inicia em Agosto de 2018 quadro de tosse seca e febre de predomínio vespertino e com cedência ao Naproxeno. Da avaliação para Síndrome Febril indeterminado, destacou-se nas análises apenas Velocidade de Sedimentação elevada e IGRA positivo, com TC cervico-toraco-abdomino-pélvica sem alterações de relevo. Entretanto, com regressão completa da sintomatologia. Em Dezembro de 2018, por recorrência de queixas de febre e dor na anca direita, é realizada RMN da anca com documentação de abcesso da articulação coxo-femoral. Assim, foi ao Bloco para drenagem e iniciou antibioticoterapia endovenosa, com resolução das queixas. Em Janeiro de 2019 inicia quadro de dispneia e cansaço para esforços progressivamente menores, sensação de aperto retro-esternal com irradiação ao Membro superior esquerdo e com agravamento ao esforço. Realiza radiografia de tórax que documenta alargamento da silhueta cardíaca. No ECG com diminuição da voltagem em todas as derivações. Faz Ecocardiograma transtorácico que documenta derrame pericárdico de moderado volume e com TAPSE diminuído. É internada para vigilância e estudo. Realiza TC de corpo que documenta adenopatias múltiplas mediastínicas. Assim, realizou mediastinoscopia com excisão de vários gânglios mediastínicos. No exame de anatomia patológica com inflamação granulomatosa típica de sarcoidose. No exame direto e cultural dos gânglios apresentou negatividade para pesquisa de Bacilo ácido-álcool-resistente. Foi também solicitada cintigrafia com gálio que confirmou não só envolvimento ganglionar, mas também cardíaco.

Assim, iniciou terapêutica com Prednisolona na dose de 1mg/Kg/dia e Isoniazida (a qual cumpriu 1 mês após resultados culturais), com regressão progressiva do derrame pericárdico e mantendo-se sempre assintomática.

Em conclusão, nas doenças como a sarcoidose, nem sempre o diagnóstico é óbvio, necessitando na maior parte das vezes diagnóstico histológico, uma vez que nem mesmo a clínica ou até o doseamento da Enzima Conversora de Angiotensina são sensíveis ou específicos na doença. De qualquer forma, a introdução de terapêutica imunossupressora em fase precoce da doença, podem mudar o curso e a agressividade da mesma.

P046

1125 QUEM PROCURA ACHA!

Cátia Faria, Cátia Ribeiro Santos, Diana Moura, João Crespo Santos

Centro Hospitalar de Leiria (CHL), Hospital de Santo André (HSA), Leiria, Portugal

Introdução

A polimialgia reumática é ainda uma entidade de etiologia mal definida mas acomete principalmente mulheres caucasianas com mais de 50 anos de idade. Não existe um exame padrão para o seu diagnóstico, considerando-se um conjunto de critérios compatíveis com o diagnóstico.

Caso clínico: Os autores descrevem o caso de doente de 60 anos, género feminino, empregada de limpeza, sem antecedentes de relevo nem medicação habitual. Foi enviada à consulta de Medicina Interna para estudo de anemia normocítica normocrómica detetada há 4 meses na sequência de estudo de quadro de adinamia e astenia com 11 meses de evolução. Não respondeu à reposição de ferro oral chegando a necessitar de transfusão de 2 unidades de concentrado de eritrócitos com bom rendimento. A doente referia anorexia, sudorese noturna intermitente e perda ponderal de 11 kg desde o início do quadro, assim como dores na cintura pélvica, região lombar e cintura escapular, com 1 ano de evolução e de características inflamatórias com rigidez matinal de 1 hora. Do estudo em ambulatório salienta-se velocidade de sedimentação (VS) elevada; endoscopia digestiva alta sem lesões; ecografia abdominal com pequeno quisto hepático; tomografia abdómino-pélvica contrastada com quisto hepático sem realce, discreta proeminência do canal de wirsung no corpo do pâncreas e alterações compatíveis com o síndrome nutcracker; tanto a colonoscopia como a ecografia endovaginal, mamografia e citologia não apresentavam alterações. Objetivou-se aspeto emagrecido sem adenopatias ou nódulos palpáveis nas principais cadeias ganglionares, tireóide ou mama. Decidiu-se pelo internamento eletivo para continuação do estudo, onde se

verificou febre baixa de predomínio vespertino que estaria mascarada em ambulatório. Repetiu estudo analítico mantendo VS e proteína C reativa elevadas; serologias, marcadores víricos, estudo auto-imune e rastreio séptico negativos. Fez ressonância magnética abdominal e pélvica com ligeira ectasia da via biliar principal sem obstrução, despistando massas anexiais. Fez ecografia da tireóide e ecocardiograma sem alterações. A ecoendoscopia despistou ectasia da via biliar mas evidenciou discreta ectasia do canal pancreático principal. A radiografia de esqueleto revelou lesão no rádio direito que o cintigrama ósseo despistou ser lesão osteolítica, contudo, este exame, revelou alterações inflamatórias na cintura escapular e pélvica. Admitiu-se polimialgia reumática pelo que iniciou corticoterapia com melhoria gradual das queixas.

Conclusão: Neste caso salienta-se a interpretação de resultados imagiológicos e analíticos integrados com a clínica da doente para discernir quais as alterações valorizáveis para o diagnóstico. Verificou-se cumprir a maioria dos critérios compatíveis com polimialgia reumática após exclusão de outras etiologias graves para este quadro.

P047

1141 UM CASO DE ESCLEROSE SISTÉMICA TARDIA

Dora Gomes, Catarina Oliveira, André Santos, Carolina Ferreira

Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Introdução

A Esclerose Sistémica é uma doença crónica multiorgânica, caracterizada por alterações microcirculatórias, imunitárias e fibrose dos tecidos¹. Apesar do espectro clínico ser muito variado é uma patologia rara, sendo mais prevalente no sexo feminino, entre os 25 e os 55 anos de idade². Estima-se que em Portugal existam aproximadamente 2500 casos².

Caso Clínico

Doente do sexo masculino, 83 anos, autónomo, é admitido por edema progressivo e generalizado, com 3 meses de evolução, com aparecimento ao nível das mãos e membros inferiores, sendo inclusive matutino. Acompanhado de perda de apetite, astenia e dispneia para pequenos esforços. Desde há 1 mês edema da face e aumento do perímetro abdominal.

Antecedentes pessoais de Diabetes tipo 2, osteoporose e dislipidémia.

Do estudo analítico destaca-se: velocidade sedimentar de 37 mm/s; Anticorpos anti-nucleares (ANA) positivos (1/1280), com padrão homogéneo e nucleolar; Anticorpos anti-topoisomerase I (anti-

SCL 70) positivos e Anticorpos anti-Ku positivos.

Apresentava esclerodactilia, sem espessamento proximal e alterações tróficas das polpas digitais dos 3º, 4º e 5º dedos da mão direita, sugestivas de cicatrizes. Referência a fenómeno de Raynaud com muitos anos de evolução. Feita capilaroscopia que identificou um padrão esclerodérmico tardio com vários megacapilares, algumas hemorragias, diminuição franca da densidade capilar e áreas avasculares raras. Assumindo o diagnóstico de Esclerose Sistémica tardia, foi iniciada corticoterapia sistémica, apresentando franca melhoria das queixas e do edema periférico.

Discussão

O "American college of rheumatology" e a "European League Against Rheumatism" em 2013 lançaram novos critérios de classificação para a Esclerose Sistémica em que incluíam as manifestações clínicas dos três pilares da sua patofisiologia a fibrose da pele e/ou órgãos internos, a produção de autoanticorpos e o desarranjo vascular assim como ao resultados da capilaroscopia e a mensuração dos autoanticorpos.³ O doente apresentado pontuava 15 na classificação estando classificado como Esclerose Sistémica.

Conclusão

O caso revela ser interessante por se tratar de um idoso do sexo masculino, estando por isso um pouco fora do comum relativamente à idade de diagnóstico e prevalência de género. Isto faz-nos lembrar o que a medicina tem de mais belo na sua arte e a particularidade de cada doente e o que com eles podemos aprender.

P048

1154 SÍNDROME DE STEVEN JOHNSON, S PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.

David Garcia; Ana Mosca, José Martins, Rosário Araújo
Hospital de Braga

Introdução

O Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) é uma reacção grave mucocutânea caracterizada pela necrose e destacamento da epiderme. Noventa por cento dos pacientes tem atingimento das mucosas, mais frequentemente ocular, oral e genital.

A incidência anual estima-se em 2 a 7 casos por milhão de habitantes sendo mais frequente em doentes infectados com VIH e com neoplasia activa.

O SSJ é mais frequente no sexo feminino com um ratio 2:1 podendo ocorrer em qualquer idade.

A mortalidade ronda os 30% sendo que nos casos mais graves ascende aos 50%. Esta é maior em doentes com múltiplas comorbilidades e com idade superior a 70 anos.

Os fármacos são o trigger mais frequente, nomeadamente alopurinol, anticonvulsivantes, sulfonamidas e antiinflamatórios não esteroides.

Habitualmente quando despoletado por fármacos acontece nas primeiras 8 semanas de exposição.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um masculino de 67 anos com antecedentes pessoais de hipertensão arterial não medicada e hiperuricemia medicada desde há 2 meses com alopurinol e colchicina. O doente recorreu ao serviço de urgência (SU) por sintomas influenza-like associada a febre, hiperemia ocular e rash maculopapular não pruriginoso de início pelo dorso com extensão ao resto do corpo sem poupar palmas ou plantas com cerca de 48h de evolução.

Apresentava-se consciente e colaborante com hiperemia das conjuntivas. Hemodinamicamente estável, apirético e com saturação periférica de 98% sem suplementação de O₂. Auscultação cardíaca e pulmonar sem alterações. Rash difuso descrito anteriormente. Parâmetros inflamatórios aumentados sem outros achados analíticos de relevo. Rx tórax e Ecografia abdominal sem alterações.

Internado no serviço de Medicina Interna onde foi excluído o diagnóstico de Sarampo.

Por atingimento de mucosas foi necessária colocação de sonda nasogástrica para alimentação. Assumido diagnóstico de SSJ, iniciou Prednisolona 1mg/kg/dia com evolução favorável. Em D10 de internamento inicia empiricamente Ceftriaxone e Fluconazol, que cumpriu 7 e 14 dias respectivamente, após reunião multidisciplinar por provável sobreinfecção da mucosa jugal onde apresentava úlceras com secreções purulentas de cheiro fétido.

Evolução favorável mas lenta com desmame progressivo de corticoterapia com melhoria das lesões cutâneas e alimentação per os na data de alta.

Discussão: Com este caso os autores pretendem lembrar uma patologia que apesar de rara apresenta uma mortalidade muito elevada e estando associada a início de determinados fármacos é essencial uma vigilância mais apertada.

P049

1173 ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE – PARTE DE OUTRO DIAGNÓSTICO?

Clara Machado Silva; Joana Pimenta; António Braga; Diana Ferrão; Ana Isabel Ferreira; Diana Mendes Oliveira; Jorge Almeida

Centro Hospitalar e Universitário de São João

A anemia hemolítica autoimune (AHAI) pode ser causada por fármacos ou infecções, pode ser uma manifestação de outras doenças sistémicas inflamatórias ou paraneoplásica. No entanto, na

grande maioria dos casos é idiopática.

Homem, 23 anos, história de alopecia universal, estudada em consulta de Dermatologia, sem etiologia conhecida; tiroidite autoimune, com bócio multinodular, anticorpos antitiroideus positivos, sem hipotireoidismo; asma e rinosinusite alérgicas; perturbação de ansiedade. Internado por febre com 10 dias de evolução, picos diários, temperatura máxima 38,5 graus, que cedia ao paracetamol, associada a astenia e náuseas. Sem clínica sugestiva de foco infeccioso. Negava artralgias, ingestão de tóxicos, viagens recentes ou contacto com animais. À admissão, apresentava-se pálido, icterico, com frequência cardíaca de 115 batimentos/minuto, rítmica, normotenso, eupneico, febril. Sem alterações à auscultação. Abdómen mole e depressível, sem alterações, sem massas ou organomegalias palpáveis. Sem adenomegalias palpáveis. Na pele, apresentava zonas infracentimétricas na face e pescoço hipopigmentadas, sem relevo, que referiu serem antigas. Analiticamente, apresentava anemia de novo com hemoglobina de 6,4 g/dL, normocítica, normocrómica, leucocitose discreta com eosinofilia, plaquetas de $243 \times 10^9/L$, bilirrubina total de 5,64 mg/dL à custa da indirecta, desidrogenase láctica 636 U/L, haptoglobina diminuída, proteína C-reactiva de 70 mg/L. Do restante estudo realizado, a pesquisa de esquizócitos foi negativa, a contagem de reticulócitos estava diminuída, as serologias víricas excluíram infecção activa, a prova de Coombs foi positiva, apresentando título baixo de crioglobulinas. O proteinograma não mostrou picos suspeitos, a imunofenotipagem do sangue periférico não foi suspeita de hemoglobinúria paroxística nocturna. A tomografia cérvico-tóraco-abdomino-pélvica não mostrou qualquer massa suspeita ou adenomegalias. Sem alterações de novo na tiroide. Do estudo auto-imune, os anticorpos anti-nucleares, anti-citoplasma de neutrófilos, anti-dsDNA, anti-ENA negativos, com imunoglobulinas e complemento normais. Apenas os anticorpos anti-tiroideus eram positivos. Após colheita do estudo, foi iniciada corticoterapia com prednisolona 1,5mg/Kg/dia. O doente melhorou lentamente, com melhoria da astenia e espaçamento dos picos febris até à sua resolução. Ao 14º dia de corticoterapia, e após início de suplementação com ácido fólico, iniciou aumento progressivo da contagem de reticulócitos e da hemoglobina até 9 g/dL, com resolução dos marcadores de hemólise. Foi observado por Dermatologia que concordou com a suspeita das lesões hipopigmentadas se tratarem de lesões iniciais de vitiligo. O doente foi orientado para a consulta de Hematologia e de Medicina Interna – Autoimunes.

Num doente com patologia auto-imune prévia, é necessário integrar os achados clínicos subsequentes no possível contexto de doenças com atingimento multiorgânico e vigiar a sua evolução.

P050

1304 POLIMIALGIA REUMÁTICA, UM DIAGNÓSTICO DE EXCLUSÃO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Miguel Monteiro, Ana Catarina Brás, Filipa Gomes, João Machado

Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca

Introdução

A Polimialgia Reumática (PMR) é uma doença inflamatória crónica sistémica de causa desconhecida, caracterizada por dor e rigidez matinal, atingindo predominantemente a região cervical e cinturas escapular e pélvica, estando intimamente relacionada com sintomas sistémicos, como febrícula, astenia, anorexia e perda ponderal, e está associada tipicamente a elevação de parâmetros inflamatórios. Dois terços dos casos são em mulheres e o pico de incidência situa-se entre os 70 e 75 anos de idade. Existe uma associação entre PMR e Arterite de Células Gigantes (ACG), podendo ser diagnosticadas em simultâneo ou em separado. Não havendo sinais e sintomas patognomónicos de PMR, o diagnóstico é predominantemente clínico e de exclusão.

Caso Clínico: Homem de 86 anos, internado por mio-artralgias simétricas das articulações dos ombros, punhos e metacarpo-falângicas (MCF) com 1 mês de evolução associado a rigidez matinal e febrícula com padrão bidário. Negava cefaleias, alterações da visão ou claudicação mandibular. Ao exame físico apresentava-se febril (temperatura timpânica de 38,1°C), com dor à palpação das articulações MCF e punhos, associada a impotência funcional na mobilização nos membros superiores e adenomegália axilar direita mole e móvel de 1 cm de diâmetro. Não apresentava tumescência ou dor à palpação das artérias temporais. Analiticamente destacava-se anemia normocítica normocrómica (Hb 11.4 g/dL), VS 104 mm/1ª hora e PCR 18.19 mg/dL, sem alterações da função hepática, renal ou tiroideia. A radiografia de tórax não revelou imagens sugestivas de condensações. As serologias virais e bacterianas e as hemoculturas foram negativas. O IGRA revelou-se negativo. A pesquisa de auto-anticorpos foi negativa e os níveis de Imunoglobulina D encontravam-se dentro da normalidade. O ecocardiograma não revelou vegetações. A ecografia dos ombros revelou ruptura dos tendões supra-espinhosos bilateralmente e tenossinovite do bicipite esquerdo. A TC Toraco-abdomino-pélvica foi negativa. A biópsia osteo-medular revelou medula reativa e as mieloculturas foram negativas. Da biópsia do gânglio axilar, o exame microbiológico foi negativo e o exame anatomo-patológico benigno. Foi realizada biópsia hepática que se mostrou inconclusiva por amostra insuficiente. Dada a exclusão de processo infeccioso, neoplásico e auto-imune até à data, foi colocada a hipótese de PMR.

Foi realizada prova terapêutica com Prednisolona (PDN) 15mg por dia, verificando-se melhoria rápida e franca dos sintomas musculoesqueléticos, remissão da febre e diminuição dos parâmetros inflamatórios.

Discussão: No caso apresentado, face a síndrome febril prolongado associado a mio-artralgias periféricas e da cintura escapular, foi realizado estudo sistematizado para exclusão de causas infecciosas, neoplásicas e auto-imunes. Não se procedeu a biópsia temporal por ausência de sinais e sintomas sugestivos de ACG. A resposta clínica após PDN na dose descrita favoreceu diagnóstico de PMR.

P051

1321 CAUSA RARA DE SÍNDROME DE STEVENS-JONSON

Ana Rita Lambelho, Luísa Gomes Silva, Leuta Araújo, José Barata

Hospital Vila Franca de Xira

Introdução

A Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) é uma reação mucocutânea grave que constitui uma emergência dermatológica, sendo caracterizada por uma resposta imunomediada com extensa necrose e descolamento da epiderme, mais frequentemente desencadeada por fármacos. As mucosas são afetadas em mais de 90% dos casos, geralmente em dois ou mais locais distintos. Este caso clínico pretende fazer uma revisão teórica da abordagem clínica da Síndrome de Stevens-Johnson, bem como apresentar a azitromicina com um potencial fármaco responsável.

Caso Clínico: Apresenta-se o caso de uma mulher de 72 anos, leucodérmica, autónoma, que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por lesões cutâneas com 6 dias de evolução, associadas a prurido e mal-estar geral de agravamento progressivo. Quadro foi precedido de toma de azitromicina 2 dias antes do início das queixas, prescrita por odinofagia que já evoluía há uma semana. À observação, exibia dermatose bilateral e simétrica, generalizada, envolvendo face, tronco, membros, palmas e plantas, constituída por pápulas e placas eritematosas com crosta central (lesões 'em alvo'); associadamente erosões labiais e enantema da orofaringe, erosões palmares e plantares com hipersensibilidade. Da avaliação analítica destacava-se leucocitose de 11,7 103/μL (neutrófila 77,7%), elevação de Creatinina de 1.2 mg/dl, assim como das transaminases hepáticas (AST 51 UI/L, ALT 110 UI/L, GGT 282 UI/L, LDH 292 UI/L) e LDH de 292 UI/L. Foi assumido quadro sugestivo de Síndrome de Stevens-Johnson secundário a azitromicina e iniciou corticoterapia sistémica e terapêutica tópica. A doente foi internada para vigilância e continuação dos cuidados. Realizou biópsia cutânea que revelou

epiderme com necrose difusa compatível com o diagnóstico de Síndrome de Stevens-Johnson. Da restante avaliação analítica efetuada, a destacar serologias com VDRL, VIH 1/2, anticorpo Anti-HCV, anticorpo Anti-HBs, anticorpo Anti-HBV IgM, anticorpo anti-CMV IgM e anticorpo anti-dsDNA negativos. Durante o internamento observou-se melhoria progressiva do quadro clínico, tendo alta com lesões em fase de resolução.

Discussão: A azitromicina é um antibiótico muito frequentemente prescrito, tendo um bom perfil de segurança e raramente apresentando reações alérgicas graves. Até ao momento existem apenas relatos isolados de casos na literatura de Síndrome de Stevens-Johnson atribuídos à azitromicina. No entanto, é importante começar a considerar ativamente a azitromicina como um fator de risco para a Síndrome de Stevens-Johnson, que pode apresentar nas suas formas mais graves elevada morbilidade e mortalidade (cerca de 10%), não podendo este facto ser ignorado aquando da sua prescrição.

P052

1446 UMA CAUSA RARA DE PARESTESIAS

Francisco Lopes Morgado, Bárbara Saraiva, João Costa, Carina Santos, Celestina Torres, João Correia
ULS Guarda

INTRODUÇÃO

O internista, pela sua perspectiva holística do doente, encontra-se numa posição privilegiada para a melhor abordagem de quadros sistémicos.

Apresenta-se o caso de uma doente que, apesar da sua doença de base conhecida, apresentou um quadro clínico agudo pouco frequente mas com fortes implicações clínicas.

CASO CLÍNICO: Mulher de 26 anos, recorre ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de febre, cervicalgia e parestesias do membro superior esquerdo (MSE) com cerca de 1 semana de evolução. Trata-se de uma doente com Lupus Eritematoso Sistémico (LES) de diagnóstico recente, sem história de flares, sob terapêutica com hidroxocloroquina e metilprednisolona. Segundo a doente o quadro teria iniciado de forma insidiosa mas refere episódios semelhantes, autolimitados, no passado.

À observação no SU a destacar hipostesia dos MS, particularmente à esquerda e cervicalgia marcada à mobilização. Sem défices neurológicos motores ou sinais meníngeos.

Dos exames complementares de diagnóstico realizados de salientar a presença de leucopenia com neutropenia; TC crânio sem alterações; e punção lombar com pleocitose e proteinorráquia.

Tendo em conta estes achados a doente fica

internada para tratamento e estudo complementar tendo-se admitido a hipótese diagnóstica de Mielite Transversa, possivelmente associada a LES, e iniciado corticoterapia em alta dose.

Durante o internamento a doente teve melhoria significativa, ainda que apenas parcial do quadro, tendo tido alta, ainda com alguns resultados de exames pendentes. Por esta altura a destacar estudo auto-imune compatível com LES, rastreio séptico negativo e ressonância magnética (RMN) do crânio sem alterações.

Duas semanas após a alta, volta a recorrer ao SU por quadro semelhante apesar da terapêutica instituída. Fica novamente internada, altura em que o resultado de RMN da coluna realizado no internamento anterior confirma a presença de alterações sugestivas de mielite, com lesão medular a nível de C2-C5.

Mediante esta confirmação, opta-se por associar ciclofosfamida ao tratamento, com melhoria progressiva dos sintomas, não tendo à data da alta qualquer queixa.

Nesta doente optou-se por fazer tratamentos electivos com ciclofosfamida, com melhoria clínica e imagiológica associada, sendo que ao final de 6 meses de tratamento tem RMN sem evidência de lesões na coluna, apesar de manter sensação de parestesia do MSE esporadicamente.

DISCUSSÃO: A mielite transversa é uma doença neuro-medular rara, podendo ser idiopática como secundária a outras patologias, nomeadamente do foro reumatológico/auto-imune. Esta distinção é importante uma vez que tanto o prognóstico, risco de recorrência e tipo de tratamento são bastantes diferentes, assim como a possibilidade de terapêuticas adicionais mediante o tipo de doenças associadas a esta entidade. Por essa razão o seu diagnóstico não deve apenas assentar em exames complementares, sendo a história clínica uma arma extremamente importante na orientação destes doentes.

P053

1557 PITIRÍASE LIQUENÓIDE CRÓNICA: UM DIAGNÓSTICO INFREQUENTE

Rita Gamboa Cunha, Mariana Certal, Adelaide Moutinho, Sandra Tavares, Catarina Costa, Paula Vaz Marques
CHTMAD - Hospital de Chaves

Introdução:

A Pitiríase Liquenóide Crónica é uma doença inflamatória da pele, rara e típica de crianças e jovens adultos. Cursa com lesões papulares vermelho-acastanhadas com a típica descamação em bloco, que evoluem para máculas hiper ou hipopigmentadas, mais frequentemente dispersas no tronco e região proximal dos membros. Por

norma são assintomáticas, autolimitadas e de resolução espontânea, apresentando recidivas frequentes.

Caso Clínico:

Os autores apresentam o caso de um homem de 46 anos com infeção pelo vírus da imunodeficiência humana tipo 1 com bom controlo imunoviológico, hepatite C crónica genótipo 1a, fumador de 42 UMA, que refere aparecimento de lesões cutâneas não pruriginosas dispersas pelo corpo, poupando o couro cabeludo, face e mucosas. Apresentava inicialmente lesões em forma de pápula eritematosa descamativa, não pruriginosa, com menos de 1cm de diâmetro, sem confluência, com evolução gradual no período de 2 semanas para mácula hiperpigmentada. Sem outras queixas. A análise anátomo-patológica das lesões biopsadas revelou infiltrado inflamatório crónico compatível com pitíriase liquenóide crónica. O doente efetuou tratamento para hepatite C com sofosbuvir e ledipasvir, com resposta virológica sustentada às 24 semanas. Não se verificou melhoria das lesões com a cura da hepatite C.

Conclusão:

Existem doenças com manifestações cutâneas frequentemente associadas à infeção pelo VIH e hepatite C crónica. Neste caso, as lesões cutâneas colocaram algumas hipóteses diagnósticas com associação descrita às patologias infecciosas do doente. O diagnóstico de pitíriase liquenóide crónica foi algo inesperado. O facto de não se verificar melhoria das lesões com o tratamento da hepatite pressupõe uma ausência de associação entre as duas patologias. Na revisão bibliográfica, encontrou-se apenas um caso descrito que, ao contrário dos autores, observou regressão das lesões com o tratamento da hepatite C.

P054

1674 APRESENTAÇÃO INSIDIOSA DE UMA DOENÇA POTENCIALMENTE FATAL

João Freitas Silva, Tiago Machado, Isabel Cruz Carvalho, Sara Sarmento, Teresa Fonseca, Marco Ribeiro Narciso
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte - Hospital Pulido Valente - Medicina III

Introdução

A vasculite engloba um grupo heterogêneo de doenças que se caracteriza pela inflamação e lesão da parede dos vasos sanguíneos, sendo classificadas pelo tipo de vasos e marcadores imunológicos envolvidos. A baixa incidência, apresentação inespecífica e progressão variável quer insidiosa quer explosiva, são factores que dificultam o diagnóstico e atrasam a instituição de terapêutica.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 73 anos,

com tosse crónica e cansaço em estudo, seguido em consulta de Pneumologia por presuntiva de Fibrose Pulmonar Idiopática (FPI) desde há cerca de 1 ano. Inicia quadro de febre, sudorese noturna, astenia e mal-estar generalizado, com 3 semanas de evolução. Foi internada por suspeita de Pneumonia Adquirida na Comunidade, hipoxemiante, medicada com Amoxicilina + Ácido Clavulânico e Azitromicina. Apesar da melhoria analítica com descida dos parâmetros inflamatórios, mantinha sintomatologia. Os exames culturais, serologias infecciosas e IGRA foram negativos assim como avaliação analítica e TC e PET de corpo sem sinais sugestivos de envolvimento neoplásico ou vasculítico extrapulmonar. A TC tórax destaca padrão de fibrose intersticial difusa com espessamentos para-septais em localização predominantemente periférica. O estudo de autoimunidade revelou positividade para pANCA-MPO. O LBA apresentava 253cel/uL, predomínio de macrófagos, 11% linfócitos (10% eosinófilos) e raros siderófagos. Decidiu-se em reunião multidisciplinar a instituição de corticoterapia com prednisolona 1mg/kg/dia, prescindindo de biópsia pulmonar. Regista-se melhoria do quadro clínico tendo alta com introdução de micofenolato de mofetil. Verifica-se contudo manutenção de disfunção respiratória com necessidade de OLD e persistência de cansaço para pequenos esforços.

Discussão: Os autores apresentam um caso cujo estudo inicial e apresentação insidiosa é sugestivo de doença intersticial do pulmão com ANCA+, sem sinais de vasculite e evolução localizada e insidiosa. Uma porção dos doentes com doença intersticial com ANCA+ virão a desenvolver vasculite, com prognóstico mais reservado. O diagnóstico diferencial é realizado por biópsia pulmonar.

P055

58 SÍNDROME DE LOFGREN - UM CASO RARO

Mónica Dinis Mesquita, Joana Almeida Calvão, Rita Queirós, Ana Isabel Costa, Fernando Salvador, Paula Vaz Marques

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução

A sarcoidose é uma doença sistémica rara, caracterizada patologicamente pela presença de granulomas não caseosos nos órgãos envolvidos. O síndrome de Löfgren é observado em menos de 5-10% dos doentes com sarcoidose, e corresponde à associação de eritema nodoso, adenopatias hilares, artralgias migratórias e febre, sendo mais frequentemente observado em doentes do sexo feminino. A presença de todos estes sintomas tem uma sensibilidade diagnóstica de 95% para sarcoidose.

Caso Clínico

Doente do sexo feminino, 55 anos, com

antecedentes de paraparésia braquial espástica progressiva após queda da própria altura com imobilização prolongada (há 6 anos), carcinoma ductal invasor grau I da mama direita, diagnosticado há 5 anos, estadió pT2N0M0, submetido a cirurgia conservadora, radioterapia e hormonoterapia, tendo realizado também histerectomia total com anexectomia bilateral por intolerância a inibidor LHRH, encontrando-se desde então sob inibidor da aromatase. Admitida por poliartralgias migratórias com 3 semanas de evolução de ritmo misto, bilaterais e simétricas, sem artrite, sem rigidez matinal. Associadamente, exantema papular doloroso em ambos os membros inferiores, com 1 dia de evolução, e febre. Ao exame objetivo, a realçar febre, lesões de eritema nodoso nos membros inferiores e tetraparésia espástica de predomínio nos membros superiores. Dos exames complementares de diagnóstico, a destacar enzima conversora da angiotensina elevada, ecografias articulares sem artrite, ecocardiograma transtorácico sem alterações, tomografia axial computadorizada toracoabdominopélvica com micronódulos no parênquima pulmonar, adenomegalias mediastínicas de predomínio paratraqueal, infracarinal e hilares bilaterais, bem como lombo-aórticas e pélvicas. Realizou ressonância magnética do neuroeixo e eletromiografia, sem alterações de relevo. O doseamento de Ca 15.3 foi normal, os antineuronais séricos foram negativos e a mamografia resultou em BI-RADS 2. As provas de função respiratória foram compatíveis com alteração ventilatória obstrutiva envolvendo as pequenas vias aéreas, com índice de Tiffeneaud de 80% e capacidade vital forçada dentro dos limites da normalidade. Assumiu-se o diagnóstico de Síndrome de Löfgren em doente com sarcoidose Scadding II, após exclusão de síndrome paraneoplásica e patologia desmielinizante. Iniciou naproxeno 500mg bid com excelente resposta clínica e laboratorial.

Discussão

O presente caso retrata uma apresentação clássica de uma condição rara em doente com antecedentes patológicos que obrigaram à exclusão de outras patologias. O Síndrome de Löfgren, apesar de muito raro, apresenta uma sensibilidade elevada para o diagnóstico de sarcoidose, que se veio a confirmar nesta doente.

P056

1544 CASO INCOMUM: SERÁ PENFIGOIDE BOLHOSO?

Guilherme Assis, Joana Rua, Daniela Viana, Carmen Tavares Pais, Romeu Pires

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Hospital de São Pedro de Vila Real, Serviço de Medicina

Penfigoide bolhoso é uma doença autoimune caracterizada pela formação de bolhas subepidérmicas. O mecanismo é mediado por

autoanticorpos direcionados contra proteínas do complexo de adesão entre derme e epiderme - BP180 e BP230. Fatores como idade de apresentação, envolvimento mucoso ou ausência de cicatrizes são elementos importantes para o diagnóstico diferencial. A avaliação da biópsia por histopatologia ou imunofluorescência direta e as serologias são fundamentais para a distinção entre penfigoide bolhoso e outras doenças da epiderme.

Este caso retrata uma mulher de 77 anos com quadro progressivo de odinofagia e incapacidade de deglutição com 15 dias de evolução, sem melhoria após ciclo de azitromicina. Associadamente referia hiperemia conjuntival, sem febre. Após 4 dias de antibioterapia surgiram eritema cutâneo e lesões bolhosas. O quadro dermatológico com 3 dias de evolução associado a odinofagia severa motivou a vinda ao serviço de urgência. Ao exame objetivo, apresentava lesões eritematosas e bolhas tensas, pruriginosas e de conteúdo seroso, predominantemente a nível do tronco e abdómen, e lesões ulceradas a nível da nasofaringe e região genital. Analiticamente, sem alterações de relevo. No internamento, foi conduzido estudo infeccioso, que excluiu VHS 1, 2 e 6, EBV, varicela zooster, coxsackie e sífilis; e estudo imunológico, igualmente negativo. Observada por dermatologia, consideradas lesões típicas de penfigoide, fez biópsia cutânea e iniciou corticoterapia tópica e sistémica (prednisolona 1,5mg/kg de peso) com melhoria clínica. A biópsia revelou bolha subepidérmica, permitindo excluir pénfigo vulgar, e infiltrado polimorfonuclear eosinófilo na derme. A imunofluorescência direta revelou marcação intercelular para IgG e C3, corroborando o diagnóstico e permitindo exclusão de outras doenças subepidérmicas, nomeadamente, doença IgA linear e epidermólise bolhosa adquirida. Nas serologias realizadas, os anticorpos anti-BP180 e BP230 foram negativos e os anticorpos anti-desmogleínas 1 e 3 positivos. Acompanhada em consulta, a doente melhorou das lesões cutâneas, conservando lesões na orofaringe. Após início de azatioprina, melhoria de todas as lesões e redução de corticoide.

Penfigoide bolhoso é a doença bolhosa imunomediada mais comum na Europa Ocidental. Neste caso, idade de apresentação, manifestações clínicas clássicas sem outra etiologia, distribuição cutânea típica, histologia com afeção subepidérmica e marcação para IgG e C3 são dados que convergem no diagnóstico penfigoide bolhoso. A extensão mucosa exuberante e o atingimento conjuntival, apresentada por uma minoria dos doentes, e a ausência de anticorpos anti-BP180 e BP230, interrogam o diagnóstico. Com efeito, os anticorpos anti-desmogleínas 1 e 3 são característicos do pénfigo vulgar.

Desde modo, este caso permite atentar para a possibilidade de sobreposição na morfologia e/ou imunopatologia das doenças bolhosas, que constitui

um obstáculo no seu diagnóstico e classificação.

P057

532 NEM TODA A VEGETAÇÃO É INFECCIOSA

Francisca Pinto Beires, Sara Camões, Nuno Moreno, Alexandre Vasconcelos

ULSM - Hospital Pedro Hispano

A endocardite de Libman-sacks (marântica), caracterizada pela presença de vegetações estéreis, é uma patologia que se associa a doenças auto-imunes, como o lúpus ou síndrome antifosfolipídico (SAF) e entidades neoplásicas.

Descreve-se caso de homem de 45 anos com oligofrenia, hipertensão arterial, hipertrigliceridemia, diabetes mellitus tipo 2, obesidade e tabagismo activo, com internamento prévio cerca de 3 meses antes por acidente vascular cerebral (AVC) no território da artéria cerebral anterior esquerda, com sequelas de disartria ligeira e parésia da mão direita, que se admitiu ser secundário a endocardite da válvula mitral comprovado em ecocardiograma transtorácico (EcoTT). Colheu hemoculturas (HC) que posteriormente se revelaram negativas. Dado o contexto epidemiológico, colheu serologias para febre Q, que não foram a favor de infecção activa.

Recorreu novamente a urgência por disfagia, hemiplegia com hemihipostesia esquerda e parésia facial central esquerda, no contexto de novo AVC, agora no território da artéria cerebral média direita (NIHSS de 12), com 24 horas de clínica, motivo pelo qual não foi realizada trombólise.

Repetiu EcoTT onde é novamente descrita imagem aderente à face auricular, polipóide, pouco móvel, isoecogénica no terço distal do folheto anterior da válvula mitral com 3 por 6mm, sobreponível a exames anteriores.

Colheu novas HC, incluindo exame micológico, alargando estudo para agentes menos frequentes como a Bartonella henselae, Treponema whippelii, Mycoplasma, Borrelia, Brucella que se revelaram negativos.

Tornando-se menos provável a hipótese de infecção como justificação para a vegetação valvular, e apesar de não apresentar quadro constitucional ou outra clínica que o sugerisse, realizou tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica, que não revelou alterações sugestivas de neoplasia.

Colheu estudo imunológico que foi inocente, à exceção de anticoagulante lúpico positivo (1,2), positividade que se manteve na repetição do estudo 12 semanas depois. Assumida possível endocardite marântica no contexto de SAF, aparentemente primária, tendo iniciado hipocoagulação com antagonista da vitamina K e após 4 semanas, repetiu realizou ecocardiograma transesofágico que mostrava a persistência da lesão, ainda

que de dimensões ligeiramente inferiores comparativamente a exame prévio. Discutido caso com Cirurgia cardiotorácica, tendo-se optado por não intervencionar o doente dada a melhoria ligeira, prosseguindo seguimento em ambulatório em consulta de Cardiologia e Medicina Interna.

Manteve hipocoagulação e realizou EcoTE de reavaliação 4 meses após a alta que documenta resolução da vegetação da válvula mitral, confirmando a suspeita de endocardite marântica.

Pretendemos alertar para a existência desta entidade, que implica a necessidade de elevada suspeita diagnóstica. Os doentes são habitualmente tardiamente diagnosticados, pelo que tendem a ter eventos tromboembólicos recorrentes com morbimortalidade significativa.

P058

977 RELATO DE UM CASO DE UTILIZAÇÃO DE RITUXIMAB NO TRATAMENTO DE PURPURA TROMBOCITOPÉNICA IMUNE REFRACTÁRIA À TERAPEUTICA MÉDICA DE 1ª LINHA

Joana Carvalho, Marisa Neves, Ricardo Marques, José Delgado Alves

Serviço de Medicina IV, Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca

A Purpura Trombocitopénica imune (PTI) é uma patologia com bom prognóstico e cerca de um terço a 2/3 dos doentes atingem estabilidade clínica após tratamento inicial de 1ª linha. Nos casos refractários, a esplenectomia continua a ser considerada a terapêutica de 2ª linha preferencial. Contudo, o rituximab tem vindo a ganhar lugar nestes casos. O presente caso exemplifica as potencialidades do rituximab no tratamento da PTI não responsiva.

Doente do sexo feminino, de 77 anos, admitida no Serviço de Urgência (SU) por quadro agudo de exantema petequial purpúrico envolvendo abdómen, membros superiores e inferiores e enantema associado a gengivorragias e epistaxis. Apresentava história de infeção respiratória no último mês, medicada com amoxicilina-ac. clavulânico, que terminou 11 dias antes da entrada em SU e parasitose intestinal presumida, medicada com albendazol. Analiticamente, com trombocitopenia de 1 000/mm³, sem alterações da coagulação. Paralelamente, com linfopenia absoluta de 1000/mm³, sem leucocitose ou leucopenia, com PCR 2.12mg/dL e VS 115mm/h. A morfologia de sangue periférico não apresentava esquizócitos ou agregados plaquetários. Sem esplenomegalia na avaliação ecográfica. Foram excluídas as principais causas infecciosas e do estudo imunológico apresentava consumo de C3 e C4, ANA 1/320, anti-DF70 e antiRo52 positivos com anti-SM e dsDNA negativos e serologias de síndrome dos anticorpos antifosfolipídicos negativas.

Admitiu-se inicialmente o diagnóstico de trombocitopenia imune induzida por fármacos. Iniciou pulsos de Metilprednisolona 1g durante 5 dias, com resposta hematológica parca; pelo que se adicionou Imunoglobulina humana endovenosa nas doses de 1g/Kg no 1º e 3º dias e 0,4g/Kg nos 4º e 5º dias. Mantendo refratariedade à terapêutica de primeira linha, realiza mielograma que apresentava aspetos compatíveis de medula reactiva. Destaca-se ainda positividade de ac. antiplaquetários (GpIIb/IIIa).

Deste modo, o diagnóstico de PTI primária ganha maior peso e optou-se por incremento terapêutico com romiplostim (dose máxima de 2 mcg/Kg) e iniciou rituximab 1g com resposta hematológica consistente até níveis normais de plaquetas. Mantém seguimento em consulta com remissão hematológica aos 3 meses.

O rituximab surge assim como opção de tratamento não invasiva com uma boa taxa de resposta (atingindo valores de 63%, em alguns estudos) e resposta mantida mesmo na recidiva de doença. A associação de romiplostim e rituximab encontra-se ainda pouco estudada.

P059

1131 PÚRPURA HENOC-SCHÖNLEIN – UMA DOENÇA TÍPICAMENTE PEDIÁTRICA NO DOENTE IDOSO

Francisco Pombo, Margarida Cruz, Marina Mendes, Pedro Lopes, Mari Mesquita

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Introdução

A vasculite por IgA ou púrpura Henoch-Schönlein é uma doença típica da infância, tendo uma incidência de 5/100.000 na idade adulta. Neste caso clínico relatamos um caso de vasculite por IgA, num indivíduo idoso.

Caso Clínico: Homem de 80 anos de idade, sem antecedentes patológicos de relevo ou medicação habitual, recorre ao serviço de urgência por aparecimento de exantema purpúrico, com envolvimento do tronco, membros e palmas das mãos e plantas dos pés, com cerca de 3 semanas de evolução e com atingimento inicial dos membros inferiores e posteriormente dos membros superiores e tronco, em áreas não fotoexpostas. Este doente apresentava queixas de dor abdominal no hipogastro e hematoquezias, uma semana após o início das lesões cutâneas. Foi internado no serviço de Medicina Interna para estudo etiológico. Do estudo efetuado destaca-se ligeira anemia ferropénica e trombocitopenia (110.000/ μ L), com elevação da velocidade de sedimentação (84mm) e proteína C-reativa (164,8mg/L); sem alterações do estudo da coagulação. Do estudo imunológico realizado sem alterações de relevo. Realizada

biópsia cutânea de dois fragmentos que revelou derme com lesões de vasculite leucocitoclástica compatível com diagnóstico clínico de púrpura Henoch-Schönlein. Realizada colonoscopia total que revelou petéquias/sufusões subepiteliais dispersas pelo reto e cólon sigmóide, sem sangue no lúmen. O doente teve ótima evolução clínica com resolução total do exantema ao fim de 11 dias de internamento. Sem recorrência após reavaliação em consulta externa.

Discussão: A vasculite por IgA é uma vasculite leucocitoclástica, de aparecimento típico na infância e rara em idosos (associada a pior prognóstico). É caracterizada pela deposição de IgA nos vasos sanguíneos (predominantemente na pele e na mucosa gastrointestinal) e nos glomérulos renais (de pior prognóstico). Neste caso destacamos a apresentação tardia com atingimento cutâneo e gastrointestinal, com ótima evolução clínica.

P060

1163 O PESO DAS ARTRALGIAS

Cláudia Antunes, Ana Ponciano, Adélia Miragaia

Centro Hospitalar de Leiria (CHL), Hospital de Santo André (HSA), Leiria, Portugal

Introdução

A doença de Paget é uma patologia óssea focal crónica caracterizada por uma alta taxa de remodelação do osso. Afecta principalmente indivíduos do sexo masculino e a prevalência aumenta com a idade. Desconhece-se a sua etiologia, embora se saiba que existem factores genéticos e virais envolvidos na sua fisiopatologia. A maioria dos doentes são assintomáticos, contudo, podem apresentar dor e deformidade óssea e fracturas, sinais e sintomas que, pela elevada prevalência em doentes idosos, dificultam o diagnóstico, principalmente se não colocada essa hipótese.

Caso Clínico: Doente do sexo masculino, de 64 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, hiperuricémia e obesidade, com índice de massa corporal de 39 kg/m², seguido em consulta de medicina interna que inicia quadro de dor nas articulações sacroilíacas e gonalgia bilateral de agravamento progressivo, moderada intensidade, sem irradiação, persistente, sem história de queda ou trauma. Foram solicitadas radiografias à bacia que revelaram áreas de hipotransparência em localizações de tecido ósseo. Analiticamente com elevação da fosfatase alcalina 237 U/L, sem outras alterações nomeadamente no doseamento do cálcio ou fósforo. Perante este achado imagiológico foi colocada a hipótese de doença de Paget e solicitada cintigrafia óssea que revelou marcada captação de radiofármaco abrangendo praticamente todos os ossos da hemibacia esquerda, coluna vertebral a nível de D10 e L1, terço externo do nono arco costal e um foco no crânio a nível do frontal esquerdo

com aspecto sugestivo de doença de Paget.

Discussão: É a combinação da história clínica e de exames complementares que permite a colocação da hipótese do diagnóstico de exclusão de Doença de Paget. O facto desta doença ser mais frequente na população idosa, com sintomatologia inespecífica e prevalente nesta faixa etária, com achados radiológicos que podem ser confundidos com metástases ósseas é importante que exista suspeição clínica. Salienta-se ainda no caso clínico a presença de obesidade que, ao condicionar patologia articular por sobrecarga, constituía uma provável etiologia para as queixas do doente, que poderia ter condicionado a investigação clínica.

P061

1385 RÁPIDA PROGRESSÃO AO TRANSPLANTE HEPÁTICO: UMA CAUSA POUCO FREQUENTE DE FALÊNCIA HEPÁTICA AGUDA

Sara Faria, Diana Fernandes, Diana Mano, César Vidal, Miguel Tavares, Fernando Rua

Hospital Distrital da Figueira da Foz; Unidade Local de Saúde do Nordeste; Centro Hospitalar e Universitário do Porto

A Falência hepática aguda (FHA) apresenta uma variedade de etiologias, pretendendo-se com este caso clínico demonstrar uma causa pouco frequente e heterogénea na apresentação.

Mulher, 53 anos, internada na Unidade de Cuidados Intermédios após transferência por FHA. Quadro clínico de astenia, anorexia, náuseas e icterícia de aparecimento súbito. Havia 10 dias antes tomado paracetamol (1g de 8/8h durante 3 dias por quadro de odinofagia). Nega-se: abuso alcoólico ou de drogas, ingestão de suplementos dietéticos/ produtos de herbanária ou de cogumelos, viagens ao estrangeiro, exposição sexual de risco, hepatite ou transfusões prévias, imunossupressão ou anticonceivos orais em curso e malignidade. Sem história familiar de doença autoimune ou hepática; 4 irmãos com Glicogenose tipo V (Doença de Mc Ardle). À admissão: Encefalopatia de grau I; Icterícia; apirética e hemodinamicamente estável; auscultação cardiopulmonar sem alterações; Abdómen: sem ascite ou circulação colateral; hepatomegalia palpável (0.5 cm) abaixo do rebordo costal. Colúria. Flapping discreto. Analiticamente: sem leucocitose; Proteína C reativa 18,05 mg/L; Anemia normocrômica normocítica (Hb 12,2 g/dL); Coombs indireto negativo; Trombocitopenia 129×10^3 g/L; Bilirrubina total 26,45 mg/dL, direta 21,85 mg/dL; TGO/TGP 2212/ 1764 U/L; FA/GGT 117/46 U/L; INR 2,95; Albumina 2,39 g/dL; Lipase, perfil renal e ionograma normais; Sem distúrbios acido-base ou hiperlactacidémia. Doseamento de acetaminofeno em níveis não tóxicos 8,9 g/ml; Serologias [hepatite A,B,C; HIV, sífilis, toxoplasma, citomegalovirus

(CMV), herpes vírus] negativas; Estudo imune: Hipergamaglobulinémia IgG 2372,0mg/dl, hipocomplementémia C3 49,6mg/dl; positividade para anticorpos antinucleares (1/1280) e Anti-actina F (71,6U/ml). Ecografia abdominal com Doppler e TAC abdominal sem sinais de hipertensão portal, doença veno-oclusiva, esteatose ou congestão hepática, sugestão de cirrose ou infiltração maligna; Ecocardiograma sem disfunção cardíaca. Realizado protocolo de acetilcisteína. Por agravamento da encefalopatia e da função hepática iniciou terapêutica de substituição hepática com Prometheus, corticoterapia sistémica e apelo para transplante hepático que acabou por realizar ao 10º dia de internamento. Biópsia de hepatectomia: "necrose pan-acinar em ponte, infiltrado inflamatório difuso de tipo misto, áreas hemorrágicas; espaços porta com predomínio de linfomononucleares; sem fibrose". Complicações pós-transplante precoces com disfunção do enxerto apesar de imunossupressão. Múltiplas intercorrências nosocomiais, aspergilose pulmonar, infeção a CMV e miopatia de desuso por internamento prolongado.

A hepatite autoimune é pouco frequente (2/100.000/ano), acomete qualquer idade, com predomínio no sexo feminino. Caracteriza-se pela presença de imunoglobulinas séricas aumentadas e autoanticorpos específicos. O seu curso clínico pode variar da ausência de sintomas à FHA catastrófica, de que este caso clínico é exemplo.

P062

458 ENCEFALITE LÚPICA – UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DIFÍCIL

Mariana Oliveira, Marina Couto, Miriam Cimbron, Luís Dias

Hospital Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

Encefalite lúpica (EL) é uma complicação neurológica grave, rara e sub-diagnosticada de Lúpus Eritematoso Sistémico (LES). É uma condição de difícil diagnóstico pela ausência de sintomas e testes diagnósticos específicos. O caso exposto ilustra a dificuldade de diagnóstico diferencial entre esta entidade e outras causas de encefalite. Descreve-se o caso de uma mulher de 50 anos com antecedentes de HTA, melanoma metastizado e LES (>30 anos). Doente seguida em consulta, semanas antes com agravamento de poliartralgias, tendo, por iniciativa própria, aumentado dose de corticoterapia. Teve, também, internamento recente por quadro de cefaleia, vômitos e parésia VI par craniano, tendo realizado TAC-CE e RMN crânio, excluindo lesões secundárias a metastização do SNC pelo melanoma, e com melhoria após terapêutica com dexametasona. Recorre ao SU por cefaleia intensa, náuseas e vômitos com mais de 1 semana de evolução. São também descritas alterações de comportamento,

agitação e desorientação. Realizou TAC-CE para exclusão de doença secundária, sem alterações major, e punção lombar (PL), que revelou LCR com 12 células de predomínio polimorfonucleares, células gigantes mononucleares suspeitas, glucose 29mg/dL, proteínas 0.77g/L, IL6 de 340pg/ml, IgG 7.53mg/dL, Ac ANA positivos (título 1/320 – padrão homogéneo), Ac anti-gangliosídeos, ac Anti-MAG, Ac anti-recetores NMDA, ANCA's negativos e PCR de herpes vírus negativa. Iniciou pulsos de metilprednisolona, com boa resposta. Em D6 de internamento, no fim dos pulsos de corticoterapia endovenosa, com regressão do quadro geral. Realizou EEG que mostrou atividade lenta, compatível com encefalite. Realizada nova PL que revelou um LCR turvo com 50% linfócitos, predomínio de mononucleares, proteínas 0.59g/L, glucose 53mg/dL, albumina 38.4mg/dL. Ac anti-CV2/CRMP5, ac anti-neurónios (Hu, Ma2 e Ta) e ac anti-recetores NMDA em curso. Estudo anatomo-patológico de células do LCR, que poderão corresponder a células de revestimentoependimário com aspeto reativo, não permite excluir neoplasia. Foi iniciado ciclo de ciclofosfamida 15mg/kg quinzenal, com melhoria significativa do estado geral. Feita pesquisa bibliográfica sobre a terapêutica dirigida ao melanoma (Dabrafenib/Trametinib), não tendo sido encontrada associação com flair de LES ou alterações SNC. Foi assumido o diagnóstico de Encefalite Lúpica dado o quadro sintomático e a realização de 2 PL e TC-CE e RMN crânio sem evidencia de lesão metastática. Em D12 de internamento, novo agravamento do estado geral com novo quadro de cefaleias, vômitos e confusão, pelo que foi pedido apoio e posteriormente transferida para a Unidade de Cuidados Paliativos para controlo de sintomas.

P063

477 DOENÇA DE KIKUCHI-FUJIMOTO: REVISÃO DA LITERATURA A PROPÓSITO DE UM CASO

Martim Alçada, Sofia Mendes, Guilherme Cunha, Marina Boticário, Maria Filomena Roque
Hospital de Santarém EPE

Introdução

O diagnóstico diferencial de adenopatias cervicais inclui um vasto espectro de patologias com tratamentos muito variados. Entre estas encontram-se patologias infecciosas, auto-imunes e linfoproliferativas.

A doença de Kikuchi-Fujimoto, também denominada de linfa-denite necrotizante é uma patologia pouco frequente, benigna, autolimitada, caracterizada pela presença de linfadenopatias, habitualmente cervicais, muitas vezes associadas a sintomas constitucionais, e analiticamente a leucopenia, aumento da velocidade de sedimentação e das enzimas hepáticas.

Esta entidade clínica, apesar de rara deve ser tomada em conta enquanto diagnóstico diferencial de adenopatia cervical persistente, na medida em que apresenta características clínicas semelhantes às de outras patologias, nomeadamente as linfoproliferativas (ex.: linfoma), infecciosas (ex.: tuberculose ganglionar) e autoimunes (ex.: lúpus eritematoso sistémico), evitando diagnósticos errados e a instituição de tratamentos agressivos desnecessários.

Caso Clínico: Relata-se caso de uma mulher de 28 anos, oligofrénica, internada para esclarecimento de com quadro clínico caracterizado por febre alta com pico máximo de 39.5°C sem predomínio, que cedia parcialmente com a toma de anti-inflamatórios não esteroide (AINE) e antipirético, otalgia bilateral, odinofagia, associados a múltiplas adenopatias cervicais com 3 dias de evolução. Analiticamente destacava-se pancitopenia e Proteína C Reactiva elevada. Excluída causa farmacológica após suspensão de possíveis causas iatrogénicas como olanzapina e carbamazepina, e para esclarecimento etiológico realizou: serologias de doenças infecciosas tais como VIH serotipos 1 e 2, CMV, Toxoplasmose, EBV e Treponema pallidum que foram negativos mielograma "...aplasia da série granulocítica, com séries plaquetária e eritrocitária pouco afectadas..." a biópsia excisional de gânglio linfático do pescoço, que revelou "...estrutura alterada pela presença de extensas áreas de necrose e cariorrexis, rodeado por orla proeminente de células histiocitárias, resultado compatível com Síndrome de Kikuchi-Fujimoto". Perante o diagnóstico realizou terapêutica sintomática com AINEs, verificando-se resolução do quadro clínico.

Discussão: A doença de Kikuchi-Fujimoto é uma patologia rara e benigna de causa desconhecida embora a apresentação clínica, evolução e alterações histológicas sugiram uma resposta imunológica de mediação celular (células T e histiócitos) a um agente infeccioso. É mais frequente em mulheres jovens e o tratamento visa aliviar sintomas (repouso, analgésicos e antipiréticos), pois não há terapia específica para esses pacientes e não há tratamento preconizado. Embora habitualmente haja resolução do quadro em poucos meses a doença tem baixa taxa de recorrência de 3% a 4%, e os doentes devem ser seguidos por vários anos pois podem desenvolver Lupus eritematoso sistémico.

P064

487 VASCULITE IGA NO IDOSO

Adriana Girão, Rui Pina, Rui Marques Santos, Armando de Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução

A Vasculite IgA, anteriormente denominada púrpura de Henoch-Schonlein, é uma patologia mais frequente em crianças, afetando 1,3 a 1,4/100.000 adultos. Tem como principal etiologia a infecção bacteriana, manifestando-se com lesões cutâneas em 100% dos casos, artralgias/artrite em 61% e envolvimento do trato gastrointestinal e renal em 45 a 48% dos casos. O envolvimento do sistema nervoso central é raro.

Caso clínico: Mulher de 71 anos, de raça branca, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de poliartralgias e mialgias com cerca de um mês de evolução e lesões de púrpura palpável nos membros inferiores e superiores. Ao momento de ida ao SU apresentava-se febril, com queixas de náuseas, vômitos e diarreia raiada de sangue. Do estudo efectuado na urgência apenas a salientar teste rápido de urina com presença proteínas e sangue e ecografia renal com sinais de compromisso funcional. Foi internada no Serviço de Medicina Interna para estabilização clínica e estudo etiológico. Analiticamente apenas apresentava proteinúria na faixa nefrítica, pelo que se efectuou biópsia renal a demonstrar perfil de imunofluorescência compatível com nefropatia IgA. Foi pedido estudo endoscópico do tubo digestivo que revelou múltiplas ulcerações em DII e realizada tomografia computadorizada cranioencefálica (TC-CE) com lesões sugestivas de processo microangiopático. Dada a ausência de melhoria das lesões purpúricas dos membros com corticoterapia tópica, efectuou-se biópsia de pele a atestar a presença de depósitos de IgA. Assumiu-se então diagnóstico de vasculite IgA, tendo sido medicada com prednisolona, 1mg/Kg/dia, com melhoria significativa da função renal e das lesões cutâneas. A doente teve alta para as Consultas Externas de Medicina Interna e de Nefrologia, com boa resposta à terapêutica no follow-up a 6 meses.

Discussão: O diagnóstico deste caso foi feito pelos os critérios da EULAR/PRINTO/PRESS, apresentando a doente todos os critérios. A evolução da doença foi favorável, apesar da presença de fatores de mau prognóstico: idade, lesão renal aguda e hematúria.

P065

856 ENCEFALITE DE HASHIMOTO: A PROPÓSITO DE UM CASO.

Lorena Lozano Real, Paula Sofia Araújo, Mykhailo Iashchuk, Isabel Correia Barahona, Juan Manuel Urbano Gálvez

ULSNA- Hospital Santa Luzia de Elvas

A Encefalopatia de Hashimoto é uma doença rara, descrita por primeira vez por Brain et al. em 1966 e com prevalência de 2,1 casos por 100,000 habitantes. Relação Masculino:Feminino de 1:5 e idade de início entre 45 e 55 anos. A maior parte dos casos que apresentam esta complicação neurológica têm de base uma Tireoidite de Hashimoto ou outras tireoidites autoimunes como

a doença de Graves-Basedow.

Adolescente do sexo feminino, de 16 anos de idade, enviada à consulta de Medicina Interna pelo médico assistente por cansaço progressivo com alterações tireóideas. Antecedentes familiares de hipotireoidismo autoimune e antecedentes pessoais de epilepsia focal sintomática de provável origem autoimune. Seguida em Neurologia pediátrica desde os 5 anos. Tratamento habitual com topiramato, eslicarbazepina, fenitoína e gabapentina, sem bom controlo, com algum episódio ocasional de crises atónicas.

Exames complementares de diagnósticos:

- Função tireóidea: FT4 8.11 pmol/L (9-25 pmol/L), FT3 8.5 pmol/L (9-25 pmol/L) TSH 6.34 mU/L. Anticorpos antiperoxidase (Anti-TPO) 165 UI/L (< 11 UI/mL) e anticorpos antitiroglobulina (AcAnti-Tg) 76 (< 4.1 UI/mL).

- Electroencefalograma (EEG) com atividade delta rítmica intermitente frontal. No estudo neuropsicológico mostrou ligeira falta de concentração e de percepção.

- ECG, Rx Tórax, Ecocardiograma, TAC de crânio, RM de crânio y angioresonância sem alterações.

- Restantes exames complementares sem alterações.

Foi iniciado tratamento com levotiroxina 50 mcg/dia e prednisona oral a 0.5 mg/Kg/dia pela suspeita clínica de Encefalite de Hashimoto.

Os casos apresentam-se como uma encefalopatia subaguda, com curso remitente-recidivante, caracterizado por sintomas neurológicos e neuropsiquiátricos relacionados com a loca anatómica das lesões inflamatórias. Na população pediátrica, os sintomas mais comuns são epilepsia e transtornos da consciência, cefaleias e alucinações.

O diagnóstico é por exclusão de outras causas, quer sejam tóxicas, metabólicas ou infecciosas. O EEG na Encefalite de Hashimoto pode ter anomalias e os exames de imagem costumam ser normais. Analiticamente, a função tireóidea (TSH, FT4 e FT3) é normal em 30% dos casos e os restantes 70% dividem-se em hipotireoidismo subclínico (35%), hipotireoidismo clínico (20%) e hipertireoidismo (15%). No contexto do quadro clínico típico, um título elevado de anticorpos antitireóideos antiperoxidase, pode considerar-se diagnóstico.

A terapêutica com corticosteroides é o tratamento de eleição. Nos doentes com recorrência sintomática, o tratamento com corticosteroides continua sendo de eleição graças à sua eficácia. Nos doentes com má resposta aos corticosteroides, propõe-se como terapia alternativa a azatioprina, ciclofosfamida, hidroxiclороquina, metotrexato, infusão EV de imunoglobulinas e plasmaféreses. A terapêutica associada aos corticosteroides é baseada no uso

de levotiroxina para restaurar e manter o estado eutireoideo.

P066

1403 ANGIOEDEMA CAUSADO POR REAÇÃO DE HIPERSENSIBILIDADE AO RIVAROXABANO

José Abreu Fernandes, Mariana Lavrador, Mafalda Ferreira, João Porto, Manuel Teixeira Veríssimo, Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução

O angioedema consiste em edema de instalação súbita e localizado da derme, tecido subcutâneo e das mucosas que pode ameaçar a vida por obstrução da via aérea. O rivaroxabano é um anticoagulante direto oral (DOAC), sendo um inibidor reversível do fator Xa.

Descrição

Doente sexo feminino, 84 anos, recorreu ao serviço de urgência (SU) a 16 de janeiro de 2018 por edema da face, do lábio inferior e região peri-orbitária e eritema e prurido dos membros superiores e tronco com 5 dias de evolução. Associadamente astenia progressiva, ortopneia e edema dos membros inferiores. Ao exame objetivo apresentava exantema eritematoso com lesões de gratage sobreposta ao nível dos membros superiores, sem lesões sugestivas de picada de inseto. Presença de crepitações bibasais à auscultação pulmonar e refluxo hepato-jugular. Sem história de alergias alimentares ou medicamentosas conhecidas. Antecedentes pessoais asma, fibrilhação auricular, hipertensão arterial essencial e dislipidémia. Internamento recente em dezembro de 2017 por trombose da artéria ilíaca esquerda, tendo sido iniciado hipocoagulante com apixabano (5mg bid) com desenvolvimento concomitante de exantema cutâneo pruriginoso pelo que é alterado para rivaroxabano (20mg id) a 22 de dezembro. Analiticamente no SU, com anemia normocítica, sem leucocitose ou eosinofilia, aumento marcado do BNP e padrão citocolestático, sem hiperbilirrubinemia, hipoalbuminemia ou alterações da hemostase. Internada no serviço de Medicina Interna com diagnóstico de angioedema e insuficiência cardíaca descompensada. Realizou corticoterapia e terapêutica com anti-histamínicos, otimiza-se a terapêutica da insuficiência cardíaca. Alterou-se a hipocoagulada para enoxaparina.

Durante o internamento a doente apresentou melhoria das queixas com resolução dos edemas e alterações cutâneas e normalização analítica. Teve alta medicada com varfarina sem recorrência dos sintomas.

Discussão

Trata-se de um caso de uma reação de hipersensibilidade tipo 1. Tendo em conta o tempo de evolução, o envolvimento multiorgânico e a anemia sem eosinofilia, bem como a reação prévia a um fármaco da mesma classe (apixabano) o fator desencadeante mais provável foi o rivaroxabano. As reações de hipersensibilidade aos DOAC são raras, não sendo claro qual a alternativa a sugerir a estes doentes.

P067

1482 "ADENOPATIAS PARA ESTUDO", UM CASO DE HIDROSADENITE SUPURATIVA

Filipa Sousa, Sónia Santos, Ana Rodrigues, João Olivério, Mafalda Miranda, António Correia

Centro Hospitalar Tondela Viseu

Introdução

A hidrosadenite supurativa (HS) caracteriza-se por uma obstrução crónica e dolorosa dos folículos pilossebáceos. A HS pode acometer qualquer área da pele, sendo as áreas intertriginosas as mais afetadas. A apresentação clínica é variável e inclui nódulos inflamatórios recorrentes; abscessos; trajetos sinusoidais; drenagem e processos cicatriciais associados a deformação da pele. Estima-se que a HS possa afetar até 4% da população geral. Surge habitualmente entre a segunda e terceira décadas de vida, sendo duas vezes mais frequente no sexo feminino. Existe evidência crescente de que a oclusão e rotura foliculares e resposta inflamatória associada desempenham um papel central na sua fisiopatologia, assim como fatores genéticos, hormonais e comportamentais, como o tabagismo. A HS pode integrar diversas síndromes inflamatórias, estando associada a uma maior incidência de síndrome metabólica e doença inflamatória intestinal.

Caso clínico: Doente do sexo masculino de 24 anos, sem antecedentes patológicos de relevo, com consumo ativo de haxixe que recorreu ao serviço de urgência por tumefação dolorosa, localizada à face anterior do ombro esquerdo, com um mês de evolução. A ecografia revelou adenopatias de características infiltrativas a nível do ombro e axila esquerdos. Sem outros achados imagiológicos ou analíticos de relevo. Foi medicado com anti-inflamatório não esteroide e internado. Foram excluídas zoonoses e outras patologias infecciosas nomeadamente por Citomegalovírus, HIV e Vírus Epstein Barr. O estudo autoimune revelou-se negativo. Foram realizadas biópsias das lesões e drenada uma coleção abecedada adjacente à massa do ombro esquerdo. O conteúdo drenado mostrou-se amicrobiano e de características inflamatórias. O estudo histológico revelou linfadenite crónica granulomatosa. Realizou tomografia computadorizada, a qual excluiu a presença de outras adenopatias a nível cervical, torácico, abdominal e pélvico. Teve alta referenciado à consulta externa de Medicina

Interna. A ecografia às seis semanas objetivou coleções abcedadas profundas, intercomunicantes a nível da axila esquerda, pelo que foi submetido a nova drenagem e medicado com antibiótico oral. Foi referenciado às consultas de Cirurgia Plástica e Dermatologia, não tendo necessitado de intervenções terapêuticas adicionais, uma vez que foi observada evolução clínica favorável.

Discussão: Um diagnóstico da HS é clínico e a sua identificação e tratamento precoces são fundamentais para o sucesso terapêutico. O tratamento é individualizado, podendo passar por antisséticos e antibióticos tópicos; antibióticos, anti-inflamatórios e retinoides sistêmicos; antiandrogénicos; inibidores do TNF-alfa; drenagem e desbridamento cirúrgico; entre outros. A HS mal controlada pode cursar com deformidades severas da pele; linfedema; osteomielite; arterite; carcinoma espinhocelular; depressão e suicídio. Trata-se assim de uma entidade nosológica complexa que carece de uma intervenção multidisciplinar.

P068

1487 POLIARTERITE NODOSA: A IMPORTÂNCIA DO RECONHECIMENTO E TERAPÊUTICA PRECOSES

Pedro Gaspar, Filipe Bessa, Pedro Meireles, Filipa Ferreira, Catarina Tenazinha, Marina Fonseca, João Meneses, Rui M. M. Victorino, Catarina Mota

Serviço de Medicina 2, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

INTRODUÇÃO

A poliarterite nodosa é uma vasculite sistémica rara caracterizada por lesões inflamatórias necrotizantes das artérias musculares de pequeno e médio calibre. A heterogeneidade e inespecificidade das manifestações tornam o diagnóstico desafiante, ditando dificuldades acrescidas na decisão terapêutica atempada.

CASO CLÍNICO: Mulher de 53 anos, sem antecedentes de relevo, admitida por dor periumbilical, náusea, vômitos e perda ponderal de 10Kg com duas semanas de evolução. A observação, pulso umeral e radial esquerdos diminuídos, hipoperfusão do 2º dedo da mão esquerda, sem pulsos tibial posterior e pedioso esquerdos palpáveis, e dor à palpação da região periumbilical. Analiticamente VS 116mm/1ªh, ANA, ANCA, anticorpos anti-dsDNA, anti-fosfolipídicos, VIH1 e 2, VHB e VHC negativos. A TC mostrou área de hipocaptção do bordo anterior do baço, provavelmente isquémica, e hipocaptção no terço superior do rim direito sugestiva de enfarte. A angio-TC revelou enfartes esplénico e do terço superior do rim direito, oclusão da artéria cubital, de ramo da artéria femoral profunda e tronco tíbio-peroneal esquerdos. O ecocardiograma transesofágico

não mostrou fonte embólica. Biópsia muscular sem evidência de vasculite. Perante deterioração clínica, com dor abdominal excruciante, vômitos incoercíveis e perda ponderal progressiva, admitiu-se a hipótese de vasculite sistémica e iniciou pulsos de metilprednisolona e subsequentemente prednisolona 1mg/Kg/dia, com remissão do quadro. Introduzida azatioprina por recidiva do quadro durante desmame da corticoterapia, com estabilização clínica. A angiografia abdominal e dos membros inferiores realizada posteriormente revelou microaneurismas infracentimétricos dos territórios das artérias esplénica e renal esquerda, oclusão do ramo ileal terminal da artéria mesentérica superior, do segmento distal do ramo sigmoideu da artéria mesentérica inferior e segmentos de trombose no membro inferior esquerdo, sugerindo vasculite de vasos de pequeno e médio calibre. Confirmou-se o diagnóstico de poliarterite nodosa idiopática, tendo iniciado ciclofosfamida.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO: O diagnóstico de poliarterite nodosa, muitas vezes tardio, baseia-se na integração de achados clínicos, angiográficos e/ou histopatológicos. O tratamento atempado é fundamental para modificar o prognóstico de uma entidade que pode ser rapidamente fatal, implicando o reconhecimento adequado do quadro clínico e atuação terapêutica precoce.

P069

1572 UM DIAGNOSTICO DE ESCLERODERMIA A PROPOSITO DE UM DERRAME PLEURAL

João Caldas, Nuno Melo, Nuno Pereira, Sofia Pereira, Edite Pereira, Jorge Almeida

Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar Universitário de São João, E.P.E., Porto, Portugal

Introdução

O derrame pleural é uma manifestação comum da insuficiência cardíaca (IC). Contudo, pode traduzir outras doenças que podem passar despercebidas. Descreve-se um caso em que múltiplas agudizações de dispneia e de derrame pleural foram sempre assumidas como IC descompensada, sem claro desencadeante, até que após o diagnóstico de esclerodermia e início de terapêutica dirigida se alterou o ritmo de agudizações.

Caso: Mulher, 81 anos, antecedentes de hipertensão arterial, insuficiência cardíaca provavelmente hipertensiva, com fracção de ejeção preservada e dilatação grave da aurícula esquerda, fibrilhação auricular permanente, hipertensão pulmonar com compromisso ligeiro da função do ventrículo direito, alteração ventilatória restritiva ligeira e úlcera venosa crónica dos membros inferiores. Episódios recorrentes de dispneia agravada e com derrame pleural à esquerda apesar de reforço diurético frequente, atribuídos a insuficiência cardíaca. Internada por novo agravamento, altura

em que são apuradas queixas de fenómenos de Raynaud, perda de mobilidade e destreza dos membros e de disfagia e objectivadas microstomia, telangiectasias malares, hemorragias periungueais, esclerodactilia, mãos em garra e esclerose cutânea difusa. Estudadas outras etiologias para o derrame pleural. A toracocentese revelou líquido exsudativo, negativo para malignidade e causas infecciosas. A tomografia computadorizada de alta resolução evidenciou derrame pleural de grande volume à esquerda, enfisema discreto e raras adenomegalias hilares, sem evidência de tromboembolismo, consolidações ou de nódulos suspeitos. Endoscopia digestiva alta sem alterações para além de placas esbranquiçadas esofágicas, com histologia a favor de candidíase. Colonoscopia, mamografia e ecografia mamárias sem alterações. Anticorpos anti-nucleares em título $>1/1000$ e padrão mosqueado e anticorpos anti-Scl 70 positivos. Fez-se o diagnóstico de escleroderma cutânea difusa. A disfagia resolveu após terapêutica antifúngica. Após início de hidroxicloroquina e posteriormente de metotrexato, a doente melhorou da dispneia, com ganho de autonomia, apesar de manter derrame pleural, e apresentou cicatrização das úlceras cutâneas. Só passados 3 meses apresentou reagravamento da dispneia.

Conclusão: Este caso realça a importância de uma história clínica e exame físico completos, os quais levaram ao diagnóstico de escleroderma. A escleroderma pode afectar virtualmente qualquer órgão; embora raro, a nível pulmonar pode manifestar-se como derrame pleural exsudativo. Neste caso, o estudo negativo para malignidade e causas infecciosas, a recidiva frequente mesmo com diurético, bem como a evolução sintomática favorável após início de terapêutica imunomoduladora, fazem pensar no derrame como uma manifestação da escleroderma, que passou despercebida em vários episódios dada a plausibilidade das manifestações se tratarem de uma manifestação de IC descompensada.

P070

108 PIOR A EMENDA QUE O SONETO

Margarida Cerqueira, David Paiva, Ana Costa, Olinda Miranda, Jorge Cotter

Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães, Serviço de Medicina Interna

Introdução:

O lúpus induzido por fármacos é descrito como o desenvolvimento de sintomas semelhantes ao lúpus eritematoso sistémico idiopático, temporalmente relacionado à exposição a fármacos, havendo, comumente, a resolução do quadro com a suspensão do medicamento desencadeante.

Caso Clínico:

Mulher de 50 anos, com fatores de risco

cardiovasculares e diagnóstico de Mal de Pott em Janeiro de 2018. Teve alta orientada para o centro diagnóstico pneumológico onde cumpriu 2 meses de terapêutica quádrupla encontrando-se no nono mês de terapêutica com isoniazida e rifampicina quando foi observada na consulta de Medicina e contava quadro com 2 meses de evolução de toracalgia de características pleuríticas e febre persistente, com picos diários na ordem dos 39°C. Foi internada para estudo com suspeita inicial de disseminação de processo bacilífero – entretanto excluída. Manteve-se febril durante mais de 30 dias de internamento. Chamou à atenção um derrame pleural de pequeno volume sugestivo de serosite e um doseamento de anticorpo antinuclear positivo 1: 1280 homogéneo AC1. Face a esta informação, e à negatividade do restante estudo colocado em curso, foi decidida suspensão da isoniazida por suspeita de síndrome lupus like. Assintomática e apirética desde esse momento, teve alta para a consulta onde foi reavaliada tendo-se mantido há vários meses sem queixas ou intercorrências.

Discussão:

O lúpus farmacológico é uma condição descrita há mais de 60 anos. As características clínicas e laboratoriais dessa doença são similares ao LES idiopático, excepto pela resolução completa do quadro clínico com a suspensão do fármaco suspeito. A maioria dos artigos evidencia uma doença autolimitada, de leve a moderada gravidade. Mas já foi bem demonstrado que o quadro clínico pode ser grave, com manifestações eventualmente letais. Apesar de se tratar de um diagnóstico de exclusão, serve o presente caso clínico para realçar a importância da sua suspeita desde a primeira abordagem.

P071

383 SÍNDROME DE LÖFGREN

Ana Catarina Dionísio, Sónia Coelho, Pedro Carlos, Carla Gonçalves, Artur Gama, Leopoldina Vicente

Serviço de Medicina Interna - Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

Introdução

A síndrome de Löfgren descrita pela primeira vez pelo médico sueco Sven Halvar Löfgren consiste na tríade: poliartralgias/artrite, eritema nodoso e adenopatias hilares bilaterais. É uma forma aguda de sarcoidose que frequentemente se acompanha de febre e mal-estar geral. É mais comum nas mulheres e manifesta-se sobretudo na 3ª década de vida.

Caso Clínico:

Doente género feminino, 44 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência por quadro iniciado há uma semana caracterizado por artralgias intensas ao nível das articulações tibio-társicas, acompanhadas

de lesões nodulares nos membros inferiores, eritematosas e dolorosas. Três dias mais tarde terá iniciado quadro de febre com valor máximo medido de 38°C. Simultaneamente, a doente referia perda ponderal de 3Kg em apenas uma semana (5% peso habitual). Negava outros sintomas acompanhantes. Ao exame objetivo apresentava tumefação das articulações tibio-társicas com nódulos quentes, dolorosos e eritematosos com cerca de 2-3cm cada, na face anterior das pernas, sugerindo tratar-se de um eritema nodoso. Analiticamente de referir elevação da PCR sem outras alterações relevantes. Radiografia de tórax com reforço hilar bilateral.

Ficou internada para estudo etiológico sendo que foram pedidos exames complementares de diagnóstico, nomeadamente tomografia computadorizada, (TC), de tórax que relevou áreas fibrocicatriciais e múltiplas adenopatias mediastínicas, pré-traqueais, na loca de Baretty, janela aórtica-pulmonar, pré-carinais, mediastino anterior e hilares. Realizou broncofibroscopia óptica que foi normal e lavado bronco-alveolar que mostrou 62% de linfócitos e relação CD4/CD8: 5,33.

A resolução do quadro clínico foi evidente ainda durante o internamento, com necessidade de introdução de anti-inflamatórios não esteróides e corticóides para controlo sintomático, com resolução completa do quadro após 2 semanas. Após 4 meses, repetiu TC de tórax de controlo que mostrou desaparecimento de grande parte das adenopatias inicialmente identificadas.

Discussão:

As manifestações extrapulmonares da sarcoidose podem ser a primeira manifestação clínica desta entidade que se manifesta através do aparecimento de granulomas não caseosos. A Síndrome de Lofgren tem bom prognóstico, habitualmente é auto-limitada, apresentando na maioria dos casos remissão espontânea nos primeiros 2 anos.

P072

411 A VARIÁVEL TEMPO NO DIAGNÓSTICO DAS DOENÇAS AUTOIMUNES...ESPERAR COMPENSA

Gabriel Atanásio; Pedro Salvador; Maria Ana Canelas; Filipa Borges Santos

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho

A granulomatose eosinofílica com poliangite (GEPA) encontra-se dentro do grupo de vasculites sistémicas com atingimento de vasos de pequeno e médio calibre e tem uma incidência de 1 a 3 casos por milhão de habitantes por ano. Os critérios de diagnóstico datam dos anos 90, assim a presença de asma, uma contagem superior a 10% de eosinófilos no sangue periférico, mono ou polineuropatia, opacidades pulmonares

migratórias/transitórias, anomalias dos seios paranasais e uma biópsia de vaso sanguíneo com evidencia de acumulação de eosinófilos na região extravascular são algumas características da doença, sendo que 4 ou mais destes tem uma especificidade de 99.7 % e um sensibilidade de 85% para o diagnóstico. Apesar disto a suspeita de doença pode não ser imediatamente confirmada uma vez que a apresentação clínica, tal como em grande parte das outras doenças autoimunes não se manifesta totalmente num determinado momento sendo necessário aguardar e manter o estudo. Em seguida apresenta-se um caso de uma GEPA cujo diagnóstico definitivo só foi conseguido cerca de 1 ano após o contacto do doente com os cuidados de saúde.

Homem de 70 anos com antecedentes de rinite crónica e polipose nasal, apresentou-se no serviço de urgência com mialgias dos membros inferiores associadas a alteração da marcha e sensação de diminuição da sensibilidade dos pés. Referia concomitantemente pieira, com 3 meses de evolução. Não apresentava qualquer alteração no exame físico e o estudo analítico evidenciava discreta anemia normocítica e normocrómica e leucocitose à custa de eosinofilia franca com > 12000 eosinófilos/uL. A radiografia de tórax era normal. Face à estabilidade clínica foi enviado para consulta externa para prosseguir estudo de hipereosinofilia. Do estudo efetuado foram excluídas causas medulares ou neoplasias hematológicas, bem como infecciosas. Realizou eletromiografia que demonstrou polineuropatia axonal sensitivo motora. O estudo imunológico colhido na suspeita de vasculite demonstrou elevação de VS e PCR (discretas) e um título de ANCA 1/320. A biópsia de nervo não evidenciou eosinófilos e as provas funcionais respiratórias (PFR) excluam asma. Apesar da alta suspeição de GEPA o diagnóstico definitivo não pôde ser efetuado, no entanto iniciou-se ciclo de prednisolona 1mg/Kg em esquema de desmame com melhoria clínica, mas manteve necessidade de dose residual por agravamento clínico sobretudo respiratório. Foram repetidas PFR onde, desta vez, já era evidente a presença de asma ficando completos os critérios de diagnóstico. Aumentou-se novamente dose de prednisolona e iniciou azatioprina estando a aguardar reavaliação em Consulta.

Com este caso pretende-se relembrar uma das apresentações da granulomatose eosinofílica com poliangite e recapitular os seus critérios de diagnóstico. Os autores destacam ainda a importância da variável tempo no diagnóstico da doença autoimune, sendo a primeira observação do doente uma imagem do filme do futuro.

P073

421 UM CASO RARO DE ERITEMA MULTIFORME INDUZIDO POR ALOPURINOL

Cristiana Fernandes, Joana Esteves, Carolina Veiga, Sofia Barroso, Carlos Oliveira

Hospital Santa Maria Maior - Barcelos

O eritema multiforme (EM) é uma condição rara, imunologicamente mediada, considerada uma reacção de hipersensibilidade, que se manifesta por lesões cutâneas e/ou mucosas. Esta patologia pode ser induzida por inúmeros factores, como infecções (mais comum) ou por fármacos (<10% dos casos). As lesões em alvo são características desta doença, mas nem sempre estão presentes, sendo o seu espectro de apresentação muito variável. As alterações cutâneas geralmente começam por surgir nas extremidades extensoras acrais e podem progredir de forma centrípeta para outras áreas. O alopurinol, um inibidor da xantina oxidase, é o fármaco mais usado no tratamento e prevenção da hiperuricemia, sendo geralmente seguro e bem tolerado. Sintomas minor como prurido, rash e desconforto gastrointestinal podem acontecer em 10% dos doentes, mas sintomas graves são raros. Contudo, em doentes com doença renal pré-existente o alopurinol pode causar uma reacção de hipersensibilidade severa.

Homem, 72 anos, com diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e doença renal crónica estadio 2. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de exantema maculopapular com algumas lesões erosivas, púrpuras e petéquias, desde há 2 meses. Terá sido medicado com inicialmente com ácido fusídico e fluconazol tópicos, sem melhoria; posteriormente com hidrocortisona tópica, com melhoria temporária. As lesões surgiram inicialmente nos pés, com progressão centrípeta, tendo na data de ida ao SU acometimento também dos membros superiores (com atingimento plantar e palmar) e da mucosa oral. Por altura da ida ao SU, além do exantema, tinha mau estar geral, cansaço, edema e dor nos membros inferiores. Duas semanas antes do início do quadro foi medicado com alopurinol 300 mg por hiperuricemia (já teria tomado este fármaco no passado, na dose de 100 mg). Do estudo analítico apenas a destacar velocidade de sedimentação aumentada e doença renal crónica agudizada. Realizou biopsia cutânea que revelou lesões de dermatite citotóxica com características de eritema multiforme. Após excluídas outras etiologias, assumiu-se EM induzido pelo alopurinol, tendo sido iniciada corticoterapia e interrompido o alopurinol com boa resposta clínica.

As erupções cutâneas tóxicas são efeitos adversos dos fármacos difíceis de prever pela farmacologia do medicamento. O seu risco depende de vários factores: idade, sexo e da dose do fármaco. Ao contrário do alopurinol, que é rapidamente excretado no rim, o oxipurinol (principal metabolito do alopurinol)

é activamente reabsorvido na tubuladura renal, tendo uma elevada semivida. Na insuficiência renal este metabolito acumula-se, estando os seus níveis elevados associados a uma síndrome de toxicidade (geralmente sob a forma de vasculite mediada por uma reacção de hipersensibilidade). O tratamento passa pelo reconhecimento atempado da patologia e pela cessação do alopurinol. Associadamente, a corticoterapia é muitas vezes necessária, em especial na presença de doença multisistémica.

P074

1379 LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Sofia Garcês Soares, Teresa Martins Mendes, Filipa Leal, Margarida Bela, Ana Filipa Pires, Dalila Parente, Catarina Couto, Inês Ferreira, Ana João Sá, Mari Mesquita

Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

O lúpus eritematoso sistémico (LES) é uma doença inflamatória crónica, multissistémica, com curso clínico variável e de causa desconhecida. É clinicamente heterogénea e pode atingir virtualmente qualquer órgão, sendo que o envolvimento cardíaco é frequente.

Homem de 62 anos, com história de hipertensão arterial, cardiopatia hipertensiva, dislipidemia, tabagismo e alcoolismo, medicado habitualmente com olmesartan 20 mg + hidroclorotiazida 12.5 mg id e atorvastatina 20 mg id. Recorre à Urgência por dispneia e toracalgia pleurítica inferior direita com 4 dias de evolução, sem outras queixas associadas. Objetivamente: polipneico, TA 103/77 mmHg; Pulso 87 bpm, febre, auscultação cardíaca normal e crepitações inspiratórias bibasais à auscultação pulmonar. Estudo efetuado: hipoxemia e alcalemia respiratória, ECG: RS, supra ST difuso, infra PR; anemia normocítica normocrómica; linfopenia; PCR elevada; função renal e troponina normais; angiotac tórax que excluiu TEP e mostrou derrame pericárdico e derrame pleural bilateral ligeiro e EcoTT com depressão da FSVD e derrame pericárdico de volume moderado.

Admitido no Serviço de Medicina Interna para estudo de polisserosite sob terapêutica com colchicina e AINE. Do estudo etiológico realizado durante o internamento: hemoculturas estéreis, antígenúrias S. Pneumoniae e Legionella negativas; IGRA negativo; serologias HIV1 e 2, HBV e HCV negativas; função tiroideia normal, sem uremia; análise sumária e sedimento urinário sem alterações; sem microalbuminúria; ferro, capacidade fixação de ferro, transferrina e saturação de ferro diminuídos, ferritina aumentada; ácido fólico e vitamina B12 normais; haptoglobina aumentada, DHL ligeiramente aumentada, bilirrubina normal, teste antiglobulina direto positivo IgG2+; fibrinogénio aumentado, INR normal; sem trombocitopenia; sem consumo do complemento, VS aumentada,

proteinograma com pico alfa 2, IgM e IgG normais; ANAs positivos e anticorpos antifosfolipídicos positivos. Excluída neoplasia. Verificada evolução clínica e ecocardiográfica favoráveis sob terapêutica instituída, mantendo derrame pericárdico de pequeno volume. Após completar estudo, com critérios de LES de acordo com o SLICC (Systemic Lupus International Collaborating Clinics). Iniciada corticoterapia e hidroxicloroquina em consulta de Medicina Interna - Doenças Auto-imunes.

O derrame pericárdico como forma de apresentação e única manifestação clínica de LES é raro. A sua suspeição e diagnóstico são fundamentais para o tratamento e seguimento adequados. Os autores realçam a importância de uma abordagem sistematizada e exaustiva do derrame pericárdico como uma competência do internista.

P075

1542 UM CASO ATÍPICO DE CRIOGLOBULINÉMIA MISTA

Catarina Cabral, Joana Alves Vaz, Maria Manuela Soares, Isabel Madruga

Hospital de Egas Moniz - Centro Hospital de Lisboa Ocidental

INTRODUÇÃO

A crioglobulinémia mista caracteriza-se pelo depósito de complexos imunes nos pequenos e médios vasos, apresentando uma prevalência de 30% em doentes com Hepatite C. A Tríade de Meltzer – púrpura palpável, artralgia e fraqueza muscular – é a apresentação típica, associando-se à vasculite leucocitoclástica, doença renal e hipocomplementémia.

CASO CLÍNICO:

Homem de 53 anos, ex-vendedor, atualmente desempregado. Antecedentes relevantes de hepatite C diagnosticada em 2012, nunca tratada e trombocitopenia não estudada. Tinha hábitos etanólicos ligeiros e uma carga tabágica de 30 UMA. O doente iniciou um quadro de dor na face interna de ambas as coxas, evoluindo com sinais inflamatórios (eritema, edema e calor) associado a pico febril isolado (39.4°C). Foi ao médico que assumiu celulite bilateral e o medicou com clindamicina e levofloxacina, com melhoria das lesões. No entanto manteve as queixas algicas na região mencionada, pelo que iniciou paracetamol 1g de 8/8h e ibuprofeno 600mg (2-3x/dia). Pelo aparecimento de gonalgia bilateral, com progressão às articulações dos punhos e cotovelos e limitação funcional, o doente recorreu ao Serviço de Urgência. Epidemiologia: extracção dentária 3 dias antes do início do quadro, negando alterações na alimentação ou consumo de produtos de ervanárias, contacto com animais ou viagens recentes. Ao exame objectivo destacava-se dor à palpação dos punhos e joelhos, com edema do joelho direito

e telangiectasias palmares. Laboratorialmente: 77.000u/L plaquetas; AST:97U/L; ALT:116U/L; GGT:114U/L; PCR:2.2mg/dl; AchHCV:positivo. O doente foi internado para estudo etiológico, tendo-se verificado agravamento significativo após suspensão dos antipiréticos e antiinflamatórios, com poliartrite e tumefacção dolorosa dos tecidos moles. Foi observado por Reumatologista e iniciou prednisolona 10mg/dia com ligeira melhoria. O estudo analítico complementar revelou carga viral da hepatite C 51970iU/mL; genótipo 1a, fator reumatóide positivo, mas anti-CPP negativo e crioglobulinémia positiva (tipo II – mista oligoclonal e policlonal com criócito 2%). O doente teve alta com prednisolona 30 mg/d e, reobservado em consulta de Medicina Interna um mês após a alta, apresentava franca melhoria das queixas algicas. Referia contudo queixas “de novo” de parestesias nos pés sugestivas de polineuropatia. Foi referenciado a consulta de Hepatologia, para início de terapêutica da Hepatite C.

DISCUSSÃO: Aquando do diagnóstico de crioglobulinémia do tipo II, é mais frequente um quadro caracterizado por púrpura palpável, acrocianose, gangrena, artralgias e envolvimento renal, neurológico ou hepático. Apesar deste caso se ter apresentado de forma invulgar, a sua evolução não foi de todo inesperada, tendo em conta a história pregressa do doente.

P076

1630 LÚPUS INDUZIDO POR ESTATINAS

Joana Rodrigues Morais, Raquel Santos, Cristina Rosário
Hospital Pedro Hispano

A exposição continuada a determinados fármacos pode desencadear fenómenos autoimunes. Alguns doentes desenvolvem uma síndrome com características semelhantes ao lúpus eritematoso sistémico (LES), designada lúpus induzido por fármacos, mais comum em idosos caucasianos e com igual distribuição entre géneros. É difícil estimar a sua incidência dado ser dependente do fármaco e da frequência de prescrição do mesmo.

Expomos o caso de uma mulher de 77 anos, medicada por múltiplos factores de risco vascular e hipocoagulada por fibrilhação auricular, que recorre ao serviço de urgência por febre, tosse produtiva e dispneia para esforços moderados. Tinha já vários internamentos por clínica semelhante e cursos de antibioterapia, mas com rápida recidiva da sintomatologia. Apresenta-se com insuficiência respiratória hipoxémica, sem imagem de condensação parenquimatosa pulmonar, mas com derrame pleural bilateral mínimo em radiografia torácica, e com franca elevação dos parâmetros inflamatórios. Para melhor caracterização imagiológica realizou tomografia computadorizada torácica que evidenciou derrame pleural bilateral de pequeno volume e derrame pericárdico

de grande volume. Este último confirmado por ecocardiograma transtorácico, sem sinais sugestivos de fisiologia constritiva. Por este motivo foi suspensa hipocoagulação e iniciada colchicina e AINE, com subsequente melhoria, mas a manter síndrome inflamatório sistêmico exuberante (VS > 120mm/1^ah).

No internamento não foi identificado agente infeccioso etiológico, inclusive *Mycobacterium tuberculosis*, foi excluída causa neoplásica, tendo o estudo imunológico revelado ANA 1:640, com anticorpo anti-histona positivo e anti-dsDNA (Chirithidia) negativo, sem consumo de complemento. Assumiu-se o diagnóstico etiológico de polisserosite secundária a lúpus induzido por fármacos.

Revista terapêutica da doente foi identificada a estatina como fármaco causal. Dada a exuberância do derrame pericárdico foi decidido não só suspender a estatina, mas também efectuar corticoterapia sistêmica com resolução clínica e melhoria da inflamação sistêmica.

As estatinas são fármacos frequentemente prescritos, sendo crescente, apesar de incomum, o número de casos descritos de síndrome lúpus-like. Além do seu efeito anti-dislipidémico, vários estudos demonstraram as suas propriedades anti-inflamatória e imunomoduladora, pelo que se pensa poderem induzir uma resposta imune desregulada.

Habitualmente, no lúpus induzido por fármacos, a sintomatologia surge meses após início do fármaco, sendo a lesão de órgão-alvo menos comum que no LES, o que muitas vezes leva ao atraso do diagnóstico ou mesmo o não reconhecimento da síndrome.

Assim, apresentamos este caso para salientar a importância de manter um elevado índice de suspeição no diagnóstico desta entidade, que pode surgir com fármacos tão frequentemente utilizados na nossa população.

P077

546 PIODERMA GANGRENOSO: UM GRANDE MASCARADO

Nuno Leal, Telmo Borges Coelho, Sara Pipa, Fábio Murteira, Filipa Borges Santos, José Ribeiro Almeida
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução

O Pioderma Gangrenoso (PG) constitui uma dermatose neutrofílica incomum com componente imune que se apresenta comumente como uma doença inflamatória e ulcerativa da pele. É uma doença rara com uma incidência de 3 a 10 casos por milhão de indivíduos por ano. Pode afetar doentes de todas as idades mas é mais comum em mulheres dos 40 aos 60 anos. Mais de metade dos doentes

apresentam uma doença sistêmica concomitante. O seu diagnóstico assenta no reconhecimento clínico, correlação histológica e exclusão de outras doenças inflamatórias ou infecciosas da pele.

Caso Clínico:

Mulher de 90 anos com antecedentes de insuficiência cardíaca, hipertensão arterial e fibrilhação auricular. Medicada habitualmente com cilazapril, amiodarona, rivaroxabano, digoxina e lorazepam.

Admitida em 2018 por febre, lesão extensa, exsudativa e intensamente dolorosa do membro superior esquerdo, de agravamento progressivo, e com 4 dias de evolução, inicialmente revelando-se como uma pequena lesão escura e endurecida do cotovelo. Persistentemente sem outras queixas focalizadoras de órgão ou sistema. Nos últimos 5 anos apresentava cinco internamentos prévios com diagnóstico de celulite dos membros, nos quais foi submetida a múltiplos ciclos de antibioterapia, sempre sem agentes isolados em exames culturais, observando-se uma cicatriz sequelar cribiforme, extensa, no membro inferior direito.

Do estudo efetuado inicialmente a notar ausência de alterações do leucograma, PCR muito aumentada, TC do cotovelo esquerdo com achados compatíveis com celulite.

Assumida nova celulite, tendo sido submetida a antibioterapia com Ceftarolina mais Vancomicina e posteriormente com Imipenem. Pela ausência de resposta consistente, efetuado estudo com eco-doppler do membro superior esquerdo que se apresentou sem alterações, hemograma e leucograma sem alterações, HIV, HBV e HCV negativos, estudo de hipercoagulabilidade negativo, estudo autoimune que demonstrou fator reumatoide francamente aumentado, ANA e ANCA negativos, biópsia cutânea com infiltrado neutrofílico extenso, sem outros achados.

Diagnosticado PG, tendo sido instituída corticoterapia sistêmica com melhoria franca e progressiva da lesão.

Discussão:

Não existem achados patognomónicos de PG, pelo que este caso demonstra a necessidade imperiosa de efetuar uma história clínica pormenorizada e exaustiva, bem como a aplicação de julgamento crítico aquando da instituição sistemática, e em escalada, de antibioterapia empírica em doenças presumidamente infecciosas.

Apesar de, genericamente, o PG estar associado maioritariamente a doença inflamatória intestinal ou artrite inflamatória, dada a idade da doente e a ausência de outros achados sugestivos destas patologias, existe uma probabilidade acrescida de estar relacionado com neoplasias hematológicas ou sólidas.

No entanto, após esclarecimento exaustivo, não foi efetuado estudo etiológico por recusa da doente.

Neste momento encontra-se assintomática sob Prednisolona 20mg qd.

P078

552 CRIOGLOBULINEMIA TRANSITÓRIA E DOENÇA PNEUMOCÓCICA INVASIVA - UMA ASSOCIAÇÃO RARA

Isabel Cruz, Mário Bibi, Ivo Cunha, Dolores Vázquez, Raquel Basto, Joana Santos, Joana Simões

Hospital Pedro Hispano

Introdução:

A crioglobulinemia é caracterizada pela presença de imunoglobulinas circulantes que precipitam com o frio. Pode cursar com uma vasculite de pequenos e médios vasos, que envolve sobretudo a pele, o rim, as articulações e o sistema nervoso periférico. A crioglobulinemia tipo III está frequentemente associada a infeções víricas. Há raros casos descritos de crioglobulinemia transitória em infeções graves por outros agentes, nomeadamente bactérias (como o *Staphylococcus*) e protozoários (como a *Leishmania*).

Caso clínico:

Homem de 61 anos, mecânico, com antecedentes de hipertensão arterial, psoríase cutânea e nefropatia de IgA com doença renal crónica estadio 3a/A2, que recorreu ao serviço de urgência por febre, astenia e cianose das extremidades. Identificada doença invasiva pneumocócica (meningite e bacteriemia) com disfunção multiorgânica, nomeadamente lesão renal aguda em crónica com sedimento urinário normal. O ecocardiograma excluiu vegetações endocárdicas. Apresentou evolução favorável do quadro infeccioso sob antibióterapia mas desenvolveu parestesias das extremidades e lesões púrpuricas em ambos os membros inferiores, com flictenas e sinais de necrose nos dedos do pé esquerdo. O ecodoppler arterial não tinha alterações significativas. Realizada biópsia das lesões que foi compatível com processo vasculítico. O estudo imunológico revelou consumo do complemento (C4) e crioglobulinemia tipo III. As serologias para vírus das hepatites B e C foram negativas. Apresentou evolução lenta mas positiva, sem tratamento imunossupressor. Em ambulatório realizou eletromiografia que revelou polineuropatia sensitiva e axonal. Ao fim de 6 meses apresentava resolução completa das alterações cutâneas e das parestesias e o doseamento de crioglobulinas foi negativo.

Conclusões:

Os autores apresentam o primeiro caso descrito de crioglobulinemia tipo III transitória no contexto de infeção por *Streptococcus pneumoniae*, sem

evidência de endocardite. As infeções bacterianas graves com vasculite associada, seja cutânea, renal ou do sistema nervoso periférico, devem fazer-nos pensar neste diagnóstico. Neste caso, o tratamento da infeção levou à remissão completa das lesões, o que está de acordo com os casos descritos na literatura com outros agentes bacterianos. No entanto, há poucos dados sobre a apresentação, tratamento e prognóstico da crioglobulinemia mista de causa infecciosa bacteriana e devem ser realizados mais estudos nesse sentido.

P079

565 MYCOPLASMA PNEUMONIAE: A OUTRA FACE

Rui Barata, Jorge Fernandes, Matilde Fraga, Ana Catarina Rodrigues, Vera Bernardino, Ana Catarina Pereira, António Panarra

Hospital Curry Cabral

INTRODUÇÃO

O *Mycoplasma pneumoniae* é um agente etiológico frequente nas infeções do trato respiratório, incluindo faringite, traqueobronquite e pneumonia. No entanto, as suas manifestações não se restringem apenas a este sistema, estando descrita afeção de múltiplos órgãos. Dentro das manifestações extrapulmonares, as complicações neurológicas são as mais frequentes, incluindo encefalite e paralisia de nervos cranianos. Além disso, cerca de 60% dos doentes infectados produzem anticorpos contra a membrana eritrocitária, gerando uma resposta de crioaglutininas.

CASO CLÍNICO: Apresenta-se o caso de um homem de 65 anos com hipertensão arterial, dislipidemia e tabagismo ativo, seguido em consulta de doenças autoimunes por fenómeno de Raynaud de longa duração e de etiologia em estudo. Em novembro de 2017 o doente apresenta um episódio de paralisia de Bell autolimitado, tratado noutro hospital, medicado empiricamente com prednisolona e valaciclovir, bem como com fisioterapia. Na consulta após este episódio, o hemograma apresentava vários aglutinados eritrocitários, com necessidade de incubar a amostra a 37°C, e ligeiro aumento dos parâmetros de hemólise. Avaliações analíticas subsequentes confirmaram a presença de uma doença de crioaglutininas, com teste de Coombs directo positivo (específico para C3d) e pesquisa de crioaglutininas positiva. Quanto ao estudo etiológico, foram detectados no sangue do doente anticorpos anti-M. pneumoniae IgM, com IgG negativo, sendo as imunofixações sérica e urinária negativas para componente monoclonal. A avaliação numa consulta subsequente confirmou a seroconversão dos anticorpos anti-M. Pneumoniae para IgG, bem como ausência de crioaglutininas.

DISCUSSÃO: Discutem-se os diagnósticos diferenciais da doença de crioaglutininas e paralisia

de Bell, as manifestações extrapulmonares da infecção por *M. pneumoniae*, e a importância de considerar esta infecção como causa destas complicações, mesmo na ausência de sintomatologia respiratória.

P080

627 UMA VASCULITE RARA EM IDADE AVANÇADA

Joana Sousa Morais, Ana Andrade Oliveira, Inês Burmester, Olga Pires, Luís Dias, Maria João Regadas, Paulo Gouveia, Carlos Capela

Hospital de Braga

Introdução Síndrome pulmão-rim é uma entidade clínica pouco comum, que se caracteriza por um quadro de hemorragia alveolar e lesão renal aguda rapidamente progressiva. Dentro desta temos a síndrome de Goodpasture, cujas idades mais frequentes de diagnóstico são entre 20- 30 anos ou 60-70 anos, e cujo diagnóstico atempado é fundamental, para um tratamento mais eficaz e melhor prognóstico.

Caso Clínico: Mulher, 89 anos, com antecedentes de relevo de anemia em estudo. Encaminhada ao serviço de urgência pelo Médico Assistente por agravamento de anemia. Em avaliação analítica objetivada anemia hipocrômica e microcítica e lesão renal aguda não oligúrica, com acidose metabólica e hipercalcemia. Nesse contexto, é internada ao cuidado da Medicina Interna para estudo. Em D4 de internamento, doente com agravamento do estado clínico, nomeadamente dispneia, febre e oligúria. Assumido quadro de SIRS de provável foco respiratório, com necessidade de ventilação não invasiva (VNI) e antibioterapia com piperacilina-tazobactam, que cumpriu durante 7 dias. Apesar de apresentar ligeira melhoria do quadro respiratório, manteve agravamento renal evoluindo para quadro de anúria, com necessidade de técnica de substituição renal. Em D7 de internamento, inicia quadro de hemoptises, e disponibilizado estudo analítico previamente pedido, onde se constata ANCA negativos e Anticorpos anti MBG positivos. Assim, assume-se tratar de síndrome Goodpasture, e iniciou tratamento, com corticoterapia (pulso de metilprednisolona 1g durante 3 dias, seguido de prednisolona 1mg/kg), imunossupressão (ciclofosfamida) e ciclos de plasmaferese (3 ciclos). Durante restante internamento, intercorrência em D12, com perfuração de úlcera duodenal, que levou a intervenção cirúrgica consequente interrupção de tratamento imunossupressor. A o final de 5 dias, reiniciou corticoterapia, e duas semanas após, imunossupressão. Após estabilização clínica realizou broncofibroscopia, que revelou presença de hemossiderina. À data de alta, sob imunossupressão, sem necessidade de VNI, em programa regular de diálise, mas com recuperação parcial de diurese. Mantém seguimento em Consulta de Medicina Interna, doença Autoimunes.

Discussão: No caso descrito, é de salientar a idade de diagnóstico, uma vez que não corresponde aos picos de incidência da faixa etária, bem como a excelente resposta ao tratamento instituído. Apesar da biópsia renal ser essencial para confirmar o diagnóstico, neste caso não foi realizada, dada a instabilidade clínica da doente. No entanto, com a clínica e os achados laboratoriais, foi possível assumir o diagnóstico e realizar tratamento dirigido. Assim conclui-se que apesar da idade, adversidades e comorbilidades, este é um caso raro de sucesso, até à data, numa doença agressiva e com mau prognóstico.

P081

262 PANCREATITE ALITIÁSICA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Mariana Santos, Helder Santos, Daniela Rodrigues, Catarina Parente, António Cardoso, Fátima Campante
Centro Hospitalar Barreiro Montijo

A pancreatite é mais frequentemente causada por litíase vesicular e consumo excessivo de álcool, contudo, existem outras causas raras, como a hipertrigliceridemia e a pancreatite a IgG4. A doença relacionada com a imunoglobulina G4 (DR-IgG4) é uma condição sistémica imuno-mediada cuja patogénese é pouco compreendida. A importância desta patologia reside no facto de ser uma entidade recentemente e crescentemente reconhecida, que veio relacionar várias doenças de órgão-alvo que partilhavam características patológicas, serológicas e clínicas. A DR-IgG4 pode afetar praticamente qualquer órgão, mas a pancreatite é reconhecida como a manifestação mais frequente. A DR-IgG4 caracteriza-se por infiltração linfoplasmocítica maciça, com plasmócitos IgG4-positivos, causando hipertrofia tumor-like dos órgãos afetados, pelo que é diagnóstico diferencial de neoplasias. Além disso, apesar de controversa, alguns estudos apontam para uma associação entre a DR-IgG4 e o aumento do risco de neoplasia. Inversamente, a história de neoplasia está associada com o desenvolvimento de DR-IgG4. Trazemos o caso de uma mulher de 59 anos, com antecedentes de cancro da mama, asma e artrite reumatóide medicada com leflunomida, que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por dor epigástrica com irradiação posterior, náuseas e vômitos, com cerca de 3 meses de evolução, e sem relação com as refeições ou presença de alterações do trânsito intestinal. Referia ainda febre intermitente no último mês. Havia recorrido várias vezes ao SU, tendo realizado análises e ecografia abdominal que não apresentavam alterações, e cumprido tratamento sintomático com melhoria e alta. Na última vinda ao SU, apresentava provas de função hepática e pancreática normais, mas VS e PCR aumentadas. Realizou TC abdominal que revelou pancreatite alitiásica, pelo que foi internada para tratamento e estudo etiológico. Analiticamente com níveis de triglicéridos e cálcio normais,

bem como provas pancreáticas e hepáticas sem alterações. Os níveis de IgG4 estavam aumentados, e os anticorpos anti-nucleares eram negativos. Ao longo de uma semana, a paciente melhorou analítica e clinicamente, sem complicações. Foram consideradas como etiologias mais prováveis a toxicidade pela leflunomida ou uma pancreatite autoimune a IgG4. Após interrupção da terapêutica com leflunomida, a doente voltou a ter novo episódio de pancreatite aguda, pelo que se assumiu pancreatite a IgG4, estando a realizar exames complementares a fim de objetivar o possível envolvimento de outros órgãos-alvo.

P082

265 APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE DOENÇA REUMATOLÓGICA RARA – UM DESAFIO

Mariana Santos, Daniela Rodrigues, António Cardoso, Fátima Campante

Centro Hospitalar Barreiro Montijo

A doença de Still do adulto (DSA) é uma doença reumatológica auto-imune rara de causa desconhecida. Reúne características semelhantes às da artrite juvenil sistémica idiopática - febre, artrite e rash evanescente - contudo, surge em adultos que não cumprem critérios de artrite reumatóide clássica. Trazemos o caso de um homem, 66 anos, com antecedentes de LNH do manto em remissão completa há cerca de 5 anos, que cumpriu 8 dias de flucloxacilina por suposta erisipela da perna esquerda diagnosticada em ida recente ao Serviço de Urgência (SU). Regressa ao SU por agravamento do quadro, acompanhado de febre e calafrios, tendo sido excluída artrite séptica e optando-se por internar e medicar empiricamente com ceftriaxone. Analiticamente com leucocitose, aumento da PCR e hemoculturas (HC) e urocultura (UC) negativas. Por persistência do quadro, escalou-se antibioterapia para meropenem, com resolução do edema do joelho e do rash da perna, mas persistência dos picos febris e da artralgia. Por início súbito de quadro confusional, colocou-se a hipótese de meningoencefalite, tendo realizado punção lombar e associando-se empiricamente linezolid, anfotericina B, aciclovir e hidrocortisona. A análise do LCR acabaria por excluir essa hipótese diagnóstica, contudo, após a instituição da corticoterapia, os picos febris cessaram, com melhoria do estado de consciência. Após iniciar desmame da corticoterapia, houve novo agravamento dos parâmetros inflamatórios e novos picos febris. Após término da antibioterapia, realizou HC e UC que foram negativas. Por suspeita de etiologia auto-imune, iniciou azatioprina. Analiticamente com fator reumatóide fracamente positivo, mas anti-CCP e ANA negativos. O resultado do mielograma e biópsia óssea sugeria doença inflamatória/infeção crónica, sem a presença de células atípicas, e a TC toraco-abdomino-pélvica não identificou adenopatias ou imagens sugestivas

de neoplasia. Realizou PET scan, sem captações suspeitas, e ecocardiograma transtorácico, que não identificou sinais de endocardite. Perante o quadro, aumentou-se a dose de prednisolona para 40mg/dia, com resolução da febre e normalização dos parâmetros inflamatórios, assumindo-se DSA. O diagnóstico de DSA é difícil, sobretudo nos estádios iniciais, tratando-se de um diagnóstico de exclusão, sendo necessário excluir infeções, neoplasias (sobretudo hematológicas) e outras doenças reumatológicas. Os critérios de Yamaguchi são os critérios mais sensíveis e mais utilizados no diagnóstico, e incluem 4 critérios major e 4 critérios minor. Para assumir DSA devem ser cumpridos pelo menos 5 dos critérios, dois deles major.

P083

393 DOENÇA DE BUERGER – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Joana Carneiro, Mariana Magalhães, Joana Louro

Centro Hospitalar do Oeste - Unidade das Caldas da Rainha

Introdução

A doença de Buerger ou tromboangeíte obliterante (DB) é considerada uma doença não aterosclerótica, inflamatória, segmentar e oclusiva que afeta os vasos de pequeno e médio calibre. Apesar de a etiologia não estar completamente esclarecida, esta doença está fortemente relacionado com o tabagismo, sendo mais frequente em homens jovens fumadores.

Caso Clínico: Homem, 44 anos, antecedentes de tabagismo ativo (20 UMA). Enviado a consulta externa de Medicina Interna por lesões de isquemia na extremidade dos dedos da mão direita com 3 meses de evolução, associado a dor e claudicação intermitente das mãos e pés. Ao exame objectivo com lesões de isquemia nos 2º, 3º e 4º com edema, calor e rubor perilesional; pulsos arteriais sem alterações. Estudo analítico, capilaroscopia e angiografia sem alterações de relevo. Realizou tratamento com analgesia, iloprost endovenoso e cessação tabágica. Após 1 mês de tratamento: 4º e 5º dedos com placa de necrose seca e sem sinais inflamatórios; 3º dedo sem lesões. À data atual mantém seguimento em consulta externa, com resolução completa do quadro e, apesar de cumprimento irregular da cessação tabágica, sem novas recidivas.

Conclusão: A DB é uma doença pouco comum mas cuja gravidade pode levar a amputação em até 25% dos casos. Apesar de não existir até à data tratamento específico, é geralmente abordada com cessação tabágica, análogos das prostaglandinas, bosentan, camara hiperbárica ou cirurgia. Embora seja uma patologia que exige alta suspeição clínica é fundamental um diagnóstico e tratamento precoce destes doentes.

P084

1439 VASULITE PEQUENOS VASOS SECUNDÁRIA NITROFURANTOÍNA

Elsa Araújo, Bárbara Sousa, Manuel Barbosa, Raquel Costa, Marta Pereira, Vítor Costa, Joana Silva, António Ferro, Paula Brandão

Unidade Local Saúde Alto Minho - Hospital Conde Bertiandos, Medicina 2

Introdução

A Vasculite Cutânea de Pequenos Vasos (VCPV) é o tipo mais comum de vasculite e, primariamente, afeta os vasos pós-capilares cutâneos da derme. Ocorre em todas as idades e apresenta predomínio no sexo feminino. Apresenta uma incidência anual estimada entre 15 a 60 casos por milhão de habitantes. A maioria dos casos, histologicamente, é caracterizado por vasculite leucocitoclástica, no entanto, a vasculite linfocítica também é descrita.

A VCPV é frequentemente idiopática, mas também pode ser secundária a uma causa subjacente, como infeção ou fármacos e, ainda, doenças do tecido conjuntivo ou outras doenças sistémicas.

Mais de 50% dos casos são classificados como idiopáticos. Os restantes, na maioria, classificados como secundários a infeção ou fármacos.

Nas VCPV secundárias a fármacos, tipicamente, as lesões cutâneas surgem 7 a 14 dias após a exposição ao agente. Em 90% dos doentes ocorre resolução espontânea dos sintomas em semanas. No entanto, em 10% dos doentes as lesões tornam-se crónicas ou recorrentes.

Caso clínico: Homem, 84 anos, antecedentes de hipertensão, diabetes mellitus tipo 2, fibrilhação auricular e história de carcinoma da próstata e urotelial da bexiga tratados.

O doente, 8 dias após o início da toma de nitrofurantoína para tratamento de infeção do trato urinário, apresentou lesões de púrpura palpáveis em ambas as pernas, acompanhado de dor intensa. Assumido efeito adverso ao fármaco, foi medicado com metilprednisolona 60mg/dia. O doente apresentou melhoria das lesões cutâneas, tendo-lhe sido dada alta do internamento ao fim de 5 dias. Após 1 semana, o doente voltou ao serviço de urgência por agravamento das lesões cutâneas nas pernas. Desta vez apresentava lesões bolhosas, de base púrpura e lesões ulceradas, com agravamento da dor, mas sem outros sintomas. O doente foi novamente internado.

No internamento realizou-se biópsia cutânea, estudo analítico e imagiológico. Por haver suspeita de vasculite e acentuado agravamento clínico, decidiu-se iniciar prednisolona 1mg/kg/dia, previamente ao resultado do estudo efetuado.

O estudo analítico mostrou proteína-C-reativa:

7.38mg/dl e velocidade de sedimentação: 38mm. Sem alterações do hemograma, função renal e função hepática. O estudo serológico e imunológico negativo. O antígeno prostático específico negativo. A tomografia computadorizada torácica, abdominal e pélvica sem alterações. A biópsia cutânea compatível com vasculite linfocítica. Face aos resultados do estudo, foi assumido o diagnóstico de VCPV secundária à nitrofurantoína.

Após a introdução de prednisolona, o doente apresentou melhoria das lesões cutâneas com início de cicatrização.

Discussão: No caso clínico descrito, tendo em conta as características das lesões cutâneas, exposição prévia a fármaco, ausência de outros sinais ou sintomas, estudo laboratorial negativo, biópsia cutânea compatível com vasculite linfocítica e excluído o envolvimento sistémico, foi assumido o diagnóstico de VCPV secundária a fármaco.

P085

1655 ARTRITE E DIVERTICULITE AGUDA – UMA ASSOCIAÇÃO RARA.

Mylene Costa, Catarina Gonçalves, Cristina Rosário ULS Matosinhos, Hospital Pedro Hispano

A artrite é uma manifestação extraintestinal bem conhecida da doença inflamatória intestinal e de outras enteropatias (colite bacteriana, enteropatia sensível ao glúten, bypass intestinal e outros). A associação entre diverticulite aguda (DA) e artrite é uma entidade pouco reconhecida, tendo em conta a escassez de casos descritos na literatura. Apresentamos um caso de artrite induzida por DA.

Senhora de 77 anos, com história de osteoartrose (OA) generalizada. Esteve internada uma semana antes, por DA do sigmóide distal para tratamento conservador, medicada com ciprofloxacina e metronidazole, com melhoria do quadro. Cerca de uma semana após início da DA, ainda sob antibioterapia, inicia dor no cotovelo direito, de agravamento progressivo, associada a sinais inflamatórios locais e limitação dos movimentos. Sem febre ou traumatismo. Sem contexto epidemiológico relevante. Ao exame objectivo apresentava sinovite do cotovelo e OA das mãos (nódulos de Bouchard e Heberden) e punhos. Do estudo efectuado a referir elevação de parâmetros inflamatórios (VS 79mm/ 1ª hora; PCR: 147mg/dL; leucocitose: 19500/uL e neutrofilia: 12400/uL) e lesão renal aguda (LRA) (creatinina 1,4mg/dL). Realizou estudo completo que excluiu focos infecciosos urinário, respiratório e gastro-intestinal. Efectuada tomografia computadorizada do cotovelo direito que revelou 'acentuada artrose do cotovelo, com derrame moderado; sem erosões corticais ou outras alterações suspeitas de artrite séptica'. Foi tentada artrocentese sem sucesso. No 2º dia de internamento, constatada cervicalgia

com limitação da mobilidade e sinovite do punho direito e 1ª metacarpofalângica esquerda, mantendo elevação dos parâmetros inflamatórios, sem febre. Perante este quadro de artrite aditiva com envolvimento axial e periférico, assimétrico, e dado o contexto de diverticulite aguda recente, foi assumida a possibilidade de artrite reactiva. Iniciada corticoterapia (evitados anti-inflamatórios não-esteróides pelo contexto de LRA). Completou estudo imunológico e infeccioso que foi negativo. Verificada melhora franca após início de tratamento, com resolução dos sinais inflamatórios articulares e dos marcadores inflamatórios, permitindo desmame de corticóide e alta para a consulta de Medicina Interna.

A infecção na DA é causada por agentes comensais do cólon, cujo sobrecrecimento se assemelha ao verificado nas artrites enteropáticas, o que leva a supor que tenham a mesma patogénese: alterações na microflora intestinal e na permeabilidade da mucosa; sobrecrecimento bacteriano e extravasamento de antígenos bacterianos para a circulação sistémica; formação de imunocomplexos que se depositam nos tecidos. Assim, sugere-se que a artrite induzida por DA seja uma entidade a considerar em casos de artrite com DA co-existente ou recente e que a mesma deva ser incluída no grupo das artrites enteropáticas. Com este caso os autores pretendem alertar a comunidade médica para uma associação rara e pouco conhecida.

P086

1704 RAYNAUD DE LONGA DATA E SÍNDROME NEFRÓTICA: DIAGNÓSTICO TARDIO DE DOENÇA SISTÉMICA?

Juliana Chen Xu, Dolores Vazquez, Catarina Patronillo, Vera Seara, Ângela Coelho, Teresa Pinto
CHPVVC

Introdução:

O lúpus eritematoso sistémico (LES) é uma doença inflamatória crónica multissistémica que pode apresentar quadros clínicos diversos. Afeta, tipicamente, mulheres em idade reprodutiva, no entanto, existe um subgrupo, LES de início tardio, que afeta doentes com >50 anos.

LES de início tardio (12-18% dos casos) é caracterizado por um percurso mais insidioso, benigno com maior envolvimento pulmonar, serosite e positividade de fator reumatóide (FR), e menor envolvimento renal e frequência de hipocomplementemia.

Caso clínico:

Mulher caucasiana, 73 anos. Antecedentes de trombose venosa profunda, tabagismo ativo, hipertensão arterial (HTA), dislipidemia, correção cirúrgica de varizes dos membros inferiores (MIs) e cataratas.

Medicada com Sulodexida, Sinvastatina, Furosemda, Indapamida, Dosulepin, Valeriana.

Recorre ao serviço de urgência, referenciada por lesão renal aguda (LRA) e edema indolor dos MIs até aos joelhos com cerca de 1 mês de evolução.

Ao exame objetivo apresentava hipertensão (182/81mmHg), auscultação cardíaca rítmica e regular com sopro sistólico grau II/VI e edema periférico com attingimento nos MIs e periorbitário, a referir exuberante fenómeno de Raynaud a nível dos dedos das mãos e dos pés. O estudo complementar inicial revelou anemia normocítica normocromica (Hb 11g/dL), LRA (Ur 162.7 e Cr 2.37mg/dL) com hipoalbuminemia e proteinúria no sedimento urinário. Durante o internamento verificou-se progressão da LRA com Cr máxima de 3.55 mg/dL, a salientar elevação de VS (63 mm), consumo de complemento C3 e C4, Anti-ds-DNA positivo (3434 UI/mL) e proteinúria nefrótica (6495.25mg em 24 h). Restante resultado imunológico e serológico negativo. Ecografia renal apenas com quisto cortical simples 2cm no polo inferior do rim esquerdo e ecocardiograma com ligeiro derrame do pericárdio.

Face a suspeita de nefropatia por LES e por agravamento da função renal, procedeu-se à realização de biópsia renal com resultado de glomerulonefrite crescêntica compatível com nefrite lúpica tipo IV, tendo sido instituído tratamento imunossupressor.

Conclusão:

Os autores pretendem alertar para a necessidade de considerar o diagnóstico de LES/Nefrite lúpica em doentes idosos com LRA, e para a importância da diferenciação entre LES clássico e de início tardio, a fim de possibilitar a introdução de terapêutica o mais cedo possível melhorando o prognóstico.

A Nefrite lúpica não é a forma de apresentação mais frequente na idade adulta, e quando presente, raramente cursa com falência renal. No nosso caso, fica para discussão se o diagnóstico da doença sistémica foi tardio, atendendo ao facto de a doente apresentar história prévia compatível com LES não diagnosticado.

É importante lembrar que doentes idosos não apresentam sintomas típicos de LES, sendo fundamental, perante a suspeita clínica de nefrite lúpica, a realização de biópsia renal.

P087

101 AUTOIMUNE AOS 90 ANOS? O RARO TAMBÉM ACONTECE.

Inês Bargiela, Maria João Gomes, Sara Vilas-Bôas, Tiago Tomás, Ana Sofia Ventura

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

As doenças autoimunes, nomeadamente as doenças

inflamatórias intestinais, têm uma distribuição etária bimodal, entre os 15 e os 30 anos e os 60 e 80 anos. Não obstante, o raro não é impossível e o caso que apresentamos representa uma exceção à regra.

Trata-se de uma doente de 90 anos, com história pessoal de cardiopatia isquémica, hipertensão arterial e doença diverticular do cólon, que recorreu ao serviço de urgência por quadro clínico com 20 dias de evolução de dor abdominal e diarreia aquosa, sem resposta a ciprofloxacina e probióticos. Objectivamente apresentava-se febril, desidratada, com distensão abdominal; analiticamente: aumento dos parâmetros de fase aguda inflamatória e hipocaliémia. Ficou internada e iniciou metronidazol após colheita de coproculturas, exame parasitológico das fezes e pesquisa de *Clostridium difficile*, cujos resultados foram negativos. Cumpriu cinco dias de antibioterapia sem melhoria e com desenvolvimento de lesão renal aguda e hipoalbuminémia grave, pelo que se optou por curso de albumina e furosemida, sem melhoria. Realizou TC abdomino-pélvica: espessamento parietal circunferencial cólico esquerdo e distensão cólica. Optou-se pela realização de colonoscopia: cólon esquerdo com aspectos de colite a esclarecer. Resultado anatomo-patológico macroscópico: mucosa em “pedra de calçada”; microscópico: erosão da mucosa com úlceras lineares, infiltrado inflamatório crónico com plasmocitose basal e lesões de criptite e abscessos de cripta, características definidoras de doença inflamatória intestinal. Foi positiva a pesquisa imunohistoquímica de Citomegalovírus. Considerou-se o diagnóstico de colite a Citomegalovírus, sobreposto a doença inflamatória intestinal, situação clínica raramente descrita na literatura. Como complicação da colonoscopia ocorreu perfuração intestinal, tendo a doente falecido antes de iniciar terapêutica dirigida.

Este caso clínico relembra-nos que todas as hipóteses diagnósticas devem ser consideradas desde o início, independentemente do seu grau de probabilidade.

P088

207 A PROPÓSITO DE UM CASO DE VASCULITE DE CHURG-STRAUSS

Gabriela Venade, Ana Sofia Martins, Luis Costa Matos, Angela Mota, Cátia Figueiredo, Catarina Almeida, Ana Viegas, Nídia Oliveira, António Correia

Centro Hospitalar Tondela Viseu

A Vasculite de Churg–Strauss, atualmente chamada Granulomatose Eosinofílica com Poliangeíte (EGPA) é uma vasculite sistémica que afeta vasos de tamanho médio e pequeno. É uma doença rara que pertence ao grupo de vasculites associadas a Anticorpos Anti-Citoplasma de Neutrófilos (ANCA) e está associada à presença de asma e eosinofilia (no sangue e tecidos). Segundo o Colégio Americano de

Reumatologia, o diagnóstico é feito quando quatro ou mais dos seguintes critérios estão presentes: asma, eosinofilia superior a 10%, neuropatia, infiltrados pulmonares migratórios ou transitórios, anomalia dos seios paranasais e biópsia com áreas de acumulação de eosinófilos extravasculares.

Caso Clínico: Homem de 37 anos, com antecedentes de asma recorre ao Serviço de Urgência por tosse produtiva com cerca de 2 meses de evolução, dispneia ocasional em esforço, febre (com cerca de uma semana de evolução), astenia e anorexia. Sem outra sintomatologia associada. Ao exame objetivo encontrava-se subfebril, taquicárdico, sem outras alterações de relevo. Analiticamente a salientar leucocitose ($17.00 \times 10^9/L$), com eosinofilia de 20.0 % ($3.4 \times 10^9/L$), disfunção renal com creatinina (Cr) de 1.5 mg/dL, alteração das provas de função hepática (Fosfatase Alcalina 116 UI/L; GGT 167.0 UI/L; ALT (GPT) 110 UI/L; AST (GOT) 60 UI/L) e PCR de 10.82 mg/dL. Na radiografia de tórax objetivava-se infiltrado na base pulmonar direita. Ecografia abdominal e renal com rins de dimensões normais e aumento da ecogenicidade com redução da diferenciação parênquima-sinusal, sem outras alterações de relevo. Admitido em internamento para continuidade do estudo diagnóstico. Por elevada suspeita de EGPA iniciou prednisolona 80mg desde a admissão. Estudos microbiológicos bem como serologias negativos. ANCA MPO+, com restante estudo de auto-imunidade negativo. Realizou TC Tórax (já sob corticoterapia) sem alterações de relevo, bem como lavado bronco-alveolar sem sinais macroscópicos de hemorragia alveolar. Por atingimento renal com sedimento urinário ativo, proteinúria na faixa nefrótica (6.56g/24h) e lesão renal aguda realizou biópsia renal que mostrou glomerulonefrite crescêntica paucimune, com achados predominantemente agudos (no contexto de Vasculite ANCA-MPO - granulomatose eosinofílica com poliangeíte).

Após biópsia realizou 3 pulsos de 1g de metilprednisolona. Dado o atingimento renal severo iniciou ainda Ciclofosfamida, com profilaxia de cistite hemorrágica, pneumocistose e candidíase oral associadas. Doente apresentou melhoria do quadro respiratório, ficando assintomático, bem como da função renal, com Cr de 1.1 mg/dL à data de alta do internamento. Este caso realça a importância de pensar no doente como um todo e enquadrar todos os achados num mesmo cenário, pois seria mais fácil assumir um quadro de pneumonia direita com lesão renal aguda deixando assim passar uma doença mais complexa e com um tratamento específico.

P089

614 VASCULITE ANCA-MPO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Margarida Mosca, David Garcia, Bárbara Ribeiro, José João Martins, Rosário Araújo, Carlos Capela
Hospital de Braga

INTRODUÇÃO

As vasculites associadas a ANCA são caracterizadas pela sua expressão nos pequenos vasos (pequenas artérias, arteríolas e capilares). São doenças sistêmicas com manifestações variadas; sendo muitas vezes responsáveis por síndromes pulmão-rim: com hemorragia alveolar difusa e glomerulonefrite associada.

CASO CLÍNICO: Mulher de 77 anos com antecedentes de HTA, IC com FEVE preservada e Asma/DPOC com síndrome obstrutivo ligeiro. Recorreu ao SU por quadro de tosse seca com cerca de 1 mês; medicada com Cefixima por presunção de infeção respiratória. Com evolução clínica com astenia, anorexia, náuseas, dispneia para esforços e edema dos MI; culminando em perda da marcha. Medicada com escitalopram por depressão e com AINES por lombalgia/mialgia. Nova ida ao SU com pelas mesmas queixas, analiticamente com agravamento da função renal (pCr 3.4mg/dL), elevação da PCR 122.3mg/L e urina tipo II com eritrocitúria 5-15/campo, sem referência a proteinúria. Internada neste contexto, evoluiu com desenvolvimento de trombocitopenia - plaquetas de 87.000 e anemia - Hb 7.6g/dL. Manteve agravamento da função renal (pCr 5.98>7.14mg/dL). Por LRRP iniciou pulsos de metilprednisolona e ciclofosfamida. Estudo imunológico com ANCA-MPO positivos (424.8) sem consumo do complemento e VS de 60. Por azotemia severa com sobrecarga de volume teve necessidade de iniciar HD. Agravamento respiratório com episódios de dessaturação e hemoptises pelo que realizou plasmaferese, que acabou por suspender devido a trombocitopenia e agravamento das perdas hemáticas com a técnica. BFC com secreções hemáticas bilateralmente e hemosiderina nos macrófagos e TC tórax com "extensas áreas de densificação, bilaterais, nos lobos superiores e inferiores que poderão traduzir hemorragia". Evoluiu lenta mas favoravelmente, fez no total 9 pulsos de CYC, dose cumulativa de 4.5g. Mantém seguimento em consulta com remissão renal e pulmonar.

DISCUSSÃO: A distinção da Poliangeíte Microscópica e da Granulomatose com Poliangeíte pode ser um desafio clínico (sobretudo se não houver evidência de inflamação granulomatosa), contudo em termos terapêuticos a abordagem é semelhante. O tratamento deve ser iniciado imediatamente uma vez que dele depende o prognóstico. O tratamento inclui uma fase de indução com corticoterapia associada a pulsos de ciclofosfamida ev (ou

ciclofosfamida per os) ou Rituximab, seguida de uma fase de manutenção. A plasmaferese têm vindo a ser revista e não carece de riscos, contudo em casos de hemorragia alveolar ou LRRP com pCr>5.7mg/dL pode ser ponderada.

P090

890 UM CASO DE SÍNDROME DE EVANS COMO APRESENTAÇÃO DE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

Rita Martins Fernandes, Ana Isabel Rodrigues, Domingos Sousa, Catarina Jorge, Diana Reis, Sara Duarte, Sérgio Antunes Silva, José Manuel Ferreira, Mário Lázaro

Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade de Faro, Serviço de Medicina Interna 3

INTRODUÇÃO

O síndrome de Evans (SE), inicialmente descrito em 1951, caracteriza-se por desenvolvimento simultâneo ou sequencial de anemia hemolítica auto-imune (AHAI) e trombocitopenia auto-imune (TAI) e/ou neutropenia auto-imune.

Esta entidade, já em si rara pode, em alguns casos, ser uma manifestação de lúpus eritematoso sistémico (LES), maioritariamente em doentes mais jovens e do sexo feminino.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, 69 anos, autónomo, leucodérmico e reformado. Da história pessoal salientava-se apenas uma trombocitopenia não estudada no ano anterior.

Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de cerca de 8 meses de evolução de cansaço, perda de apetite e anorexia com perda de 11% do peso corporal total. Analiticamente destacava-se anemia importante de 52 g/L com reticulócitos de 0,2%, trombocitopenia com 41.000 plaquetas, desidrogenase láctica de 898 UI/L, haptoglobina <8 mg/dL e bilirrubina total de 2.9 mg/dL com predomínio da indireta. Apresentava Coombs direto positivo com positividade de C3d. Realizou ecografia abdominal sem alterações, nomeadamente esplenomegalia.

Foi assumida a hipótese de diagnóstico de AHAI, possivelmente um SE e iniciou terapêutica com pulsos de metilprednisolona e imunoglobulina humana.

Para estudo de eventual causa neoplásica realizou tomografia computadorizada axial toraco-abdomino-pélvica que não evidenciou neoformações. Foi feito mielograma e biópsia óssea com uma medula óssea normocelular para a faixa etária e sem outras alterações.

Do restante estudo etiológico realizado verificou-se consumo acentuado de complemento,

anticorpos dsDNA positivos (2 vezes acima do limite superior do normal), anticorpos antinucleares positivos com positividade de anticorpo do nucleossoma e anticoagulante lúpico positivo. Quando questionado especificamente o doente referiu rash malar no passado. Assim, tendo em conta ainda a anemia hemolítica, a trombocitopenia e o Coombs positivo, verificou-se a presença de critérios para o diagnóstico de novo de LES.

Apresentou uma resposta favorável, embora lenta, à terapêutica instituída, com eventual resolução de anemia e trombocitopenia. Foi medicado ainda com ciclo curto de dexametasona e prednisolona oral. Teve alta aos 28 dias e encaminhado a consulta de Doenças Auto-Imunes.

DISCUSSÃO

O SE é uma entidade pouco frequente, diagnosticada apenas em 0,8% dos doentes apenas com AHAÍ ou TAI e mais frequente no sexo feminino. Esta entidade pode ser, em casos raros e maioritariamente severos e multissistêmicos, a primeira manifestação clínica de LES.

Apresenta-se um caso de diagnóstico de novo de LES com apresentação clínica como SE. Trata-se de uma situação em si já bastante rara que se torna ainda mais improvável tendo em conta que se trata de um doente do sexo masculino com mais de 65 anos.

Assim, este caso é importante uma vez que relembra a importância do alto grau de suspeição clínica e de não excluir à partida qualquer diagnóstico.

P091

933 VASCULITE DE PEQUENOS VASOS: O DESAFIO ENTRE A HEMORRAGIA E A TROMBOSE.

Rita Silva, Ana Lima Silva, Inês Albuquerque, Isabel Morgado Eira, Marta Soares Carreira, Rosa Margarida Cardoso, Vítor Braz, Fernando Friões

ULSNE, CHSJ

INTRODUÇÃO

As vasculites de pequenos vasos são doenças autoimunes raras que se apresentam na 4ª ou 5ª década de vida. Clinicamente caracterizam-se por sintomatologia sistémica e manifestações específicas de órgão, com ou sem disfunção associada.

CASO CLÍNICO: Mulher, 85 anos, antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e fibrilação auricular paroxística. Recorre ao Serviço de Urgência por anorexia e perda ponderal não especificada com meses de evolução associadas a astenia, tosse produtiva, dispneia para pequenos esforços desde há uma semana. Ao exame objetivo apresentava-se pálida, apirética, hipotensa, taquicárdica, com

insuficiência respiratória hipoxémica, crepitações bibasais na auscultação pulmonar e edema até aos joelhos. Analiticamente: anemia normocítica e normocrômica, trombocitose, proteína C reativa de 91,2mg/L, disfunção renal (ureia: 107mg/dL, creatinina: 1,8md/dL). Radiografia torácica com hipotransparências bilaterais; angioTC de tórax revelou extensos focos de consolidação alveolar sugestivos de hemorragia alveolar confirmada por broncofibroscopia. Do estudo realizado salienta-se velocidade de sedimentação de 110mm/1ªh, exame sumário de urina com leucoeritrocitúria, proteinúria de 1,5g/24h, anticorpos anti-nucleares 1/320 e anti-citoplasma de neutrófilos (ANCA) MPO: 187U/mL. Assumido diagnóstico de vasculite de pequenos vasos ANCA – MPO positiva com apresentação de síndrome pulmão-rim. Transferida para unidade de cuidados intermédios, onde realizou 7 sessões de plasmaferese, 3 pulsos de metilprednisolona e posteriormente prednisolona 1mg/Kg/dia, e 2 ciclos de ciclofosfamida. Evolui com pneumonia necrotizante (isoladas *Escherichia coli* e *Klebsiella pneumoniae* multissensíveis em lavado broncoalveolar) tratada com ceftriaxona. Melhoria progressiva da função renal, mas persistência de insuficiência respiratória hipoxémica; novo angioTC de tórax documentou tromboembolismo pulmonar bilateral e melhoria das áreas de vidro despolido prévias. Ecocardiograma transtorácico com sinais de sobrecarga do ventrículo direito; ecodoppler dos membros inferiores sem evidência de trombose venosa profunda. Iniciada hipocoagulação com heparina não fracionada, sem evidência de perdas hemáticas, tendo iniciado HBPM e posteriormente varfarina. Evolução favorável com hemograma estável, sem disfunção renal ou insuficiência respiratória à data de alta.

CONCLUSÃO: Os autores apresentam este caso pela sua apresentação em idade mais avançada e pelo desafio terapêutico da gestão de uma complicação tromboembólica numa doente com hemorragia alveolar. As vasculites de pequenos vasos ANCA-MPO positivas com envolvimento renal e hemorragia alveolar associam-se a maior morbi-mortalidade sendo que o início precoce da terapêutica imunossupressora é essencial para evitar a falência de órgão.

P092

1007 MEENTERITE ESCLEROSANTE COMO SÍNDROMA PARANEOPLÁSICA VERSUS AUTO-IMUNE

Ryan Costa Silva, Joana Rodrigues dos Santos, Tânia Vassalo, Joana Rosa Martins, Daniela Alves, Sandra Carmo Pereira, Lígia Peixoto, José Luís Ducla Soares

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria

Introdução

A mesenterite esclerosante, também conhecida

como paniculite mesentérica, é uma doença inflamatória fibrótica que afecta o mesentério, cujo diagnóstico é mais comum entre a quinta e sexta década de vida, sendo habitualmente identificada incidentalmente em exames imagiológicos.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de uma mulher de 54 anos, com antecedentes de doença de Behçet, sem terapêutica imunossupressora habitual, que foi admitida por quadro de febre, dor abdominal difusa e perda ponderal com uma semana de evolução. Laboratorialmente apresentava anemia Hb 9g/dL, leucopenia 1200/ μ L com neutropenia 190/ μ L, trombocitopenia 130000/ μ L e elevação de parâmetros inflamatórios. Cumpriu antibioterapia empírica por neutropenia febril e para esclarecimento da pancitopenia, realizou mielograma que mostrou medula acentuadamente hipocelular com infiltração de tecido adiposo e em biópsia óssea dismielopoiese, hipoplasia da série branca e mielofibrose. Do estudo laboratorial complementar sem evidência fenotípica de hemoglobinúria paroxística nocturna; citogenética negativa para pesquisa de mutações associadas a síndrome mielodisplásica; autoimunidade apresentava anticorpos antinucleares 1/160 e anticoagulante lúpico positivo, negativo para anticorpos anti-dsDNA, anticardiolipina, anti-beta2-glicoproteína1 e anti-tiroideus; sem elevação de IgG4; serologias infecciosas com cicatriz imunológica a EBV, CMV, HSV, parvovírus e negativa para HIV, hepatites, adenovírus ou echovírus. Por hipótese de doença linfoproliferativa realizou tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica que evidenciou ligeira hepatoesplenomegalia e múltiplas adenopatias mesentéricas infracentimétricas, valorizáveis pelo número, com sinal do halo e pseudocápsula, em relação com paniculite mesentérica. Foi iniciada terapêutica com prednisolona 40mg/dia e tamoxifeno 10mg após biópsias excisionais de gânglios mesentéricos por laparoscopia, tendo o exame anatomo-patológico identificado linfoma folicular in situ. Apresentou melhoria clínica progressiva com a terapêutica imunossupressora instituída, encontrando-se assintomática e em vigilância. Assumiu-se mielofitose e mesenterite esclerosante em provável contexto de doença linfoproliferativa vs doença auto-imune.

Discussão: A etiopatogénese da mesenterite esclerosante permanece pouco clara, podendo um dos mecanismos inerentes ser paraneoplásico ou auto-imune, como no caso desta doente. O caso apresentado surge pela pertinência da investigação etiológica desta entidade rara.

P093

1136 ERITEMA MULTIFORME – A PROPÓSITO DE UMA INFECÇÃO COMUM

Teresa Martins Mendes, Ana Filipa Pires, Dinis Sarmento, Filipa Leal, Francisco Pombo, Diana Pereira Anjos, André Paupério, Mari Mesquita

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Mais de 90% da população mundial tem serologias positivas para o Vírus Herpes Simplex tipo 1 (HSV – 1) pela 4ª década de vida, embora a maioria sejam portadores assintomáticos. A transmissão é feita pessoa-a-pessoa através do contacto próximo com as lesões ou secreções do local da lesão, por exemplo, a saliva. A sua apresentação e gravidade são variáveis, sendo mais frequentes as lesões orais e periorais auto-limitadas, não existindo diferença estatisticamente significativa na prevalência ou recorrência nos dois sexos. Infecções por HSV -1 recorrentes são muito frequentes, em cerca de 20-40% da população.

Descreve-se o caso de uma mulher de 21 anos de idade, sem antecedentes pessoais relevantes ou medicação habitual. Recorre ao serviço de urgência (SU) por aparecimento de lesões pruriginosas em alvo na face extensora dos membros superiores com evolução para os membros inferiores e tórax posterior, associadas a lesões vesiculares e ulceradas orais e faríngeas (a condicionar odinofagia) e genitais, sem resposta a aciclovir oral. Referia vários episódios de lesões labiais vesiculares sugestivas de herpes labial, o último dos quais há 2 semanas e que ainda persistia à admissão no SU. Foi internada no Serviço de Medicina Interna para estudo etiológico. Do estudo pedido em internamento, sem alterações de relevo, nomeadamente sem alterações do estudo auto-imune e dos marcadores víricos. Assumido o diagnóstico de eritema multiforme major pelo contexto clínico (infecções recorrentes por HSV-1), características lesionais e atingimento da mucosa oro-genital. Realizou biópsia de uma das lesões que se revelou compatível com este diagnóstico. Foi instituída Prednisolona 1mg/kg/dia até melhoria do quadro, tendo alta sob valaciclovir 1000mg/dia durante 6 meses para prevenir reativação do HSV-1 e, por conseguinte, do eritema multiforme.

O Eritema multiforme é uma condição imuno-mediada, caracterizada pelo aparecimento de lesões cutâneas em alvo e que, geralmente, aparece em indivíduos entre os 20 e os 40 anos. A patogénese ainda não está bem esclarecida, podendo ser precipitada por vários fatores como fármacos, neoplasias, infeções, doenças auto-imunes, entre outras, sendo o mais comum a infeção pelo HSV por uma "hipersensibilização" virulógica.

P094

1150 SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO – UMA ENTIDADE RECENTE

Teresa Martins Mendes, Ana Filipa Pires, Dinis Sarmento, Filipa Leal, Sofia Garcês Soares, Diana Pereira Anjos, André Paupério, Mari Mesquita

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Introdução

O Síndrome Antifosfolipídico (SAF) foi descrito originalmente em doentes com Lupus eritematoso sistémico em 1952. Nos anos 90 foi, então, descrito como uma entidade individualizada, cuja etiologia ainda não está bem esclarecida. Trata-se de uma doença imunomediada que está associada a um aumento do risco de trombose vascular, aterosclerose, perda fetal e lesão neurológica. Define-se pela presença no plasma de pelo menos um tipo de auto-anticorpos (anticorpo anticoagulante lúpico, anticardiolipina e/ou antiglicoproteína beta 2) e pela ocorrência de pelo menos uma manifestação clínica (trombose vascular venosa ou arterial, morbilidade gestacional).

Caso Clínico: Descreve-se o caso de uma doente do sexo feminino, de 69 anos, com antecedentes de hipertensão arterial medicada e controlada com um IECA. Sem hábitos etílicos ou tabágicos. Recorre ao Serviço de Urgência por dor abdominal difusa, mais intensa no hipocôndrio esquerdo com 15 dias de evolução, sem fatores agravantes ou de alívio. Sem outras queixas associadas. Objectivamente, apresentava-se hemodinamicamente estável, apirética e com dor em defesa à palpação no hipocôndrio esquerdo, mas sem sinais de irritação peritoneal. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios sistémicos e da desidrogenase láctica. O estudo imagiológico revelou enfarte esplénico na vertente anterior da metade inferior do baço. Numa abordagem detalhada, em regime de internamento, a doente referia 14 gestações e 14 abortos espontâneos de fetos macroscopicamente normais no 3º trimestre de gravidez, de causa não esclarecida. Rastreios oncológicos atualizados e sem alterações. Do estudo realizado, destaca-se anticorpo antiglicoproteína beta2 IgM positivo com restante estudo sem alterações. Teve alta com o diagnóstico de enfarte esplénico em contexto de SAF provável e hipocoagulada com antagonista da vitamina K. Em consulta de reavaliação (após 12 semanas), repetiu estudo auto-imune que manteve o título de IgM positivo para o anticorpo antiglicoproteína beta 2, reunindo critérios para o diagnóstico de SAF.

Discussão: Com este caso, pretende-se enfatizar a evolução galopante do conhecimento médico e dos mecanismos auto-imunes, o que permite alterar o prognóstico e a qualidade de vida destes doentes.

P095

1496 UM CASO DE HEPATITE E TIROIDITE AUTOIMUNES

Diana Ferrão, Tiago Alpoim, Clara Machado da Silva, Pedro Rodrigues, Pedro Ribeirinho Soares, Fernando Nogueira, Catarina Pereira, José Marques, Luís Nogueira Silva, Jorge Almeida.

Centro Hospitalar e Universitário de São João

Introdução

A hepatite autoimune é uma causa invulgar de doença hepática e consiste na destruição sustentada do parênquima hepático por activação imune inapropriada. Se não tratada, progride frequentemente para cirrose, insuficiência hepática e morte. Foram descritos casos de sobreposição entre hepatite e outras doenças autoimunes, presumivelmente mediadas pelos mesmos mecanismos. O presente caso descreve uma associação entre hepatite e tiroidite autoimunes.

Caso clínico

Doente do sexo feminino, 80 anos, com antecedentes de dislipidemia e neoplasia da mama em 1980, submetida a mastectomia, radioterapia e quimioterapia, sem sinais de recidiva. Medicada com sinvastatina e nas últimas semanas com levotiroxina por história de hipotiroidismo recente. Sem história de consumo de suplementos ou chás e sem alergias conhecidas. É internada por quadro com dois meses de evolução de astenia e anorexia, sem outras queixas. Objectivamente, hemodinamicamente estável, apirética, com discreto sopro mesossistólico à auscultação, abdómen sem dor à palpação, massas ou organomegalias palpáveis e restante exame físico sem alterações. O estudo analítico mostrou discreta anemia com cinética de ferro normal, velocidade de sedimentação 56 mm/1ª hora e proteína C reactiva normal. As transaminases eram flutuantes, com AST 150-400 U/L e ALT 80-250 U/L, GGT, FA e bilirrubinas normais. A função tiroideia mostrou T4 no limite inferior do normal e TSH elevada de 10.35, com anticorpos anti-tiroglobulina e anti-peroxidase positivos. O estudo imune mostrou anticorpos antinucleares com título >1:1000, padrão homogéneo, com discreto consumo de complemento; os anticorpos anti-músculo liso, anti-mitochondriais, LKM1, LC-1 e SLA/LP foram negativos. A ecografia abdominal mostrou parênquima hepático heterogéneo, indiciando hepatopatia. A ecografia tiroideia mostrou uma glândula atrofica com ecoestrutura heterogénea, sem nódulos. Pela suspeita de tiroidite autoimune, insuficientemente suplementada, associada a hepatite autoimune, foi realizada biópsia hepática, que mostrou inflamação moderada (intra lobular e de interface) e fibrose portal com septação focal, compatíveis com o diagnóstico de hepatite autoimune. Iniciou-se prednisolona 1mg/kg/dia e

aumentou-se a suplementação com levotiroxina. Quatro semanas depois, a doente tinha melhoria importante do quadro constitucional, com ganho ponderal de 5 kg, e normalização das enzimas hepáticas e função tiroideia.

Discussão

Os casos de sobreposição de doenças autoimunes têm ganho destaque na literatura. Os mecanismos fisiopatológicos subjacentes são ainda pouco claros. Têm sido propostos fenômenos de imunidade humoral com reatividade cruzada, bem como eventual susceptibilidade genética a fenômenos de autoimunidade. No caso de hepatite autoimune, o tratamento imunossupressor é importante para impedir a progressão para cirrose hepática.

P096

2060 GRANULOMATOSE COM POLIANGEÍTE: ATINGIMENTO TRAQUEAL

Catarina Pereira, Diana Ferrão, Fernando Nogueira, José Marques, Pedro Soares, José Costa, Carlos Dias, Jorge Almeida

Centro Hospitalar de São João

INTRODUÇÃO

A granulomatose com poliangeíte é uma vasculite necrotizante de pequenos e médios vasos com envolvimento do trato respiratório superior e inferior e glomerulonefrite pauci-imune necrotizante, com atingimento traqueal como forma rara de apresentação (na maioria dos casos sem tradução histológica). Tem maior incidência em homens dos 60 aos 70 anos e mais de 80% apresenta anticorpos anticitoplasma neutrófilo (ANCA) positivos. CASO CLÍNICO: Género feminino, 33 anos, antecedentes de colecistectomia por litíase vesicular e esplenectomia por esferocitose. Clínica de 5 meses de otalgia e perda auditiva à direita, realizou TAC com oclusão da trompa de Eustáquio e quistos na nasofaringe, sem alterações histológicas, submetida a vários esquemas de antibioterapia e corticoterapia sem melhoria. Quatro meses depois, surgimento de astenia, artralguas ao nível dos joelhos, mãos e pés, úlceras orais e lesões cutâneas papulo-pustulosas face, cotovelos e vulva. Recorre ao SU do nosso hospital um mês depois, analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios e é internada para estudo com a suspeita de doença do tecido conjuntivo. Realiza TAC tórax com descrição de 2 nódulos pulmonares à direita e imagens em padrão de vidro despolido. Analiticamente, de relevante, ANCA PR3 positivo. Realiza EDA com úlceras faríngeas e lesões papulosas gástricas, histologicamente com gastrite crónica e focos de metaplasia intestinal. Realizou biópsia das lesões cutâneas com processo ulcerativo, com lesões de vasculite leucocitoclástica. Assumido o diagnóstico de vasculite ANCA positivo (Granulomatose com poliangeíte com atingimento

do trato respiratório) pelo que inicia pulsos de metilprednisolona, ciclofosfamida e prednisolona em altas doses. Ao 13º dia infeção respiratória nosocomial iniciando piperacilina/tazobactam e vancomicina e por falência respiratória (ratio pO₂/FiO₂ 170) é transferida para uma unidade de cuidados intensivos e inicia ventilação invasiva. Realizou broncofibroscopia com traqueia e carina com mucosa hemorrágica e mucosa de aspeto caseoso nos brônquios principais, com secreções purulentas e hemorrágicas. Realizou biópsias (nasofaringe, amígdala e traqueia) com exsudado fibrino-leucocitário e tecido de granulação, sem lesões de vasculite ou granulomas. Desmame ventilatório com extubação ao 20º dia de ventilação invasiva. Estabilidade clínica e hemodinâmica sustentadas com alta ao 39º dia. Cerca de 1 mês depois, recorre ao SU por dispneia e estridor com evidência de estenose da traqueia, com necessidade de colocação de prótese endotraqueal, com melhoria da sintomatologia. Assumido diagnóstico de estenose traqueal de etiologia multifactorial (traumática pós ventilação invasiva e atingimento traqueal da doença de base). DISCUSSÃO: O presente caso clínico pretende evidenciar uma possível apresentação grave e potencialmente fatal de atingimento traqueal pela Granulomatose com poliangeíte numa doente jovem.

P097

2150 SÍNDROME VASCULÍTICO HIPOCOMPLEMENTÉMICO URTICARIFORME COM ANTICORPOS ANTI-C1Q E ATIVAÇÃO DA VIA CLÁSSICA

Ana Vigário, João Oliveira, Sofia F. Ribeiro, Pedro Vita, João Araújo Correia

Centro Hospitalar e Universitário do Porto

INTRODUÇÃO A vasculite urticariforme é um subtipo de vasculite cutânea caracterizada por lesões cutâneas urticariformes com duração superior a 24h e evidência histológica de vasculite leucocitoclástica. O síndrome vasculítico hipocomplementémico urticariforme (SVHU) é uma forma sistémica grave de vasculite urticariforme, cuja incidência exata é desconhecida. Afeta duas vezes mais mulheres, e o seu pico de incidência é na 5ª década de vida. A forma hipocomplementémica está mais vezes associada a sintomas sistémicos e a doenças do tecido conjuntivo, frequentemente com atingimento cutâneo, articular, pulmonar e renal.

CASO CLÍNICO Os autores descrevem um caso de uma mulher de 44 anos, com síndrome de overlap (artrite reumatóide e conectivite indiferenciada) que iniciou quadro de lesões cutâneas urticariformes de predomínio nos membros superiores, tronco e abdómen, sem resolução após terapêutica tópica. Concomitantemente com dois episódios de iridociclite e síndrome inflamatório sistémico.

Vários internamentos por exacerbação das manifestações auto-imunes, como episódios de proteinúria subnephrotica, hematuria microscópica, e nefrite tubulo-intersticial aguda com depósitos glomerulares de imunocomplexos, hemorragia alveolar difusa subaguda e persistência de dispneia crónica para pequenos esforços, bem como agravamento das queixas osteoarticulares. Sem melhoria apesar de aumento da corticoterapia sistémica e metotrexato. Biópsia cutânea a revelar acentuado infiltrado inflamatório neutrofílico intersticial e perivascular associado a leucocitoclasia e extravasamento eritrocitário com depósitos de pigmento hemossidérico. Estudo imunológico com consumo de complemento, C1q indetectável e presença de anticorpos anti-C1q em circulação, com ativação da via clássica do complemento. Após estabelecido o diagnóstico de vasculite urticariforme hipocomplementémica, foi decidida realização de plasmaferese seguida de rituximab. Tratamento decorreu sem intercorrências, com resposta clínica e imunológica, actualmente sob rituximab on demand.

CONCLUSÃO O prognóstico bem como o tratamento da VU e do SVHU são determinados pela gravidade da doença. Devido à sua raridade, há pouca evidência que sustente os esquemas terapêuticos. A utilização de rituximab poderá ter lugar nos casos mais graves ou refratários. No caso apresentado, observou-se uma resposta clínica e imunológica favorável, sustentando a sua utilização. Pensa-se que a entidade possa não ser assim tão rara, pelo que a sua caracterização e divulgação são importantes para um maior reconhecimento e redução a taxa de subdiagnóstico.

P098

52 "É RARO, MAS ACONTECE"

Joana Braga, Ana Ventura, Clara Almeida
Centro Hospitalar Gaia-Espinho

Introdução

O Lúpus é uma doença auto-imune crónica. A realização de terapêutica imunossupressora permite o controlo da actividade da doença, contudo a ocorrência de reactivação da mesma pode ocorrer, sendo designada de "flare." As manifestações mais comuns por "flare" são: hematológicas, mucocutâneas e articulares. O seu diagnóstico é assente na clínica e achados laboratoriais.

Caso Clínico: Mulher de 55 anos, emigrante na Alemanha, com antecedentes de Lúpus eritematoso sistémico (LES) e doença renal crónica (DRC) estadio 5 neste contexto, a realizar hemodiálise (HD) desde 2015, infecção por CMV relacionada com a imunossupressão, HTA e DM2. Polimedicada e imunodeprimida com micofenolato e corticoide. Recorreu ao SU por febre, prostração com perda gradual da autonomia com 2 semanas e diarreia

com 2 dias de evolução. Objetivamente com pele e mucosas descoradas, apirética, FAV radio-cefálica esquerda sem evidência de infecção. Analiticamente com pancitopenia.

Colheu rastreio séptico e iniciou empiricamente ceftazidima+vancomicina. Durante o internamento excluída infecção por CMV, foco pulmonar ou urinário (sem diurese residual), bem como endocardite. Culturais seriados sem isolamentos. Cumpriu 9 dias de antibiótico, mas com manutenção de febre e neutropenia em agravamento.

Por suspeita de "flare" hematológico de LES colheu estudo imunológico, realizou imunoglobulina e aumentou-se dose de corticoide. Do estudo complementar: VS 100 mm, estudo imune com aumento dos títulos de ANA e anti-ds DNA.

Evolução com apirexia, resolução da neutropenia e da trombocitopenia e melhoria dos valores de hemoglobina tendo tido alta.

Discussão:

Pensa-se que os "flares" de LES em doentes com doença renal terminal sob terapêutica de substituição da função renal são raros tendo em atenção o fenómeno de "burn-out".

Contudo, existem estudos na literatura que descrevem incidência de "flares" em até 39% de doentes em HD há 5 anos.

Nos doentes com DRC sob HD o diagnóstico de "flare" é verdadeiramente um desafio pois existem múltiplos factores confundidores: desde quadros infecciosos, até às complicações da uremia, a própria HD e fármacos instituídos que podem mimetizar uma reativação de LES.

Com este caso, os autores pretendem demonstrar que apesar de não ser de ocorrência comum, esta entidade também não é rara e como tal não deve ser negligenciada, pois uma abordagem e terapêutica adequadas só podem ser implementadas com um diagnóstico correto.

P099

305 TROMBOCITOPENIA – A IMPORTÂNCIA DA HISTÓRIA CLÍNICA NO DIAGNÓSTICO.

Mariana Silva Leal, Carolina Amado, Tiago Valente, Marcelo Aveiro, Ana Rocha Oliveira, Mariana Sousa
Centro Hospitalar do Baixo Vouga

INTRODUÇÃO:

A síndrome antifosfolípídica (SAF) é uma doença autoimune que se caracteriza clinicamente por trombose arterial, venosa ou de pequenos vasos e/ou morbilidade na gravidez com evidência laboratorial de anticorpos antifosfolípídicos persistentemente positivos, muitas vezes associada a outras patologias auto-imunes do tecido conjuntivo,

nomeadamente lúpus eritematoso sistémico (LES). A morbilidade obstétrica admite-se ser secundária à insuficiência vascular placentária, podendo ocorrer abortos ou partos prematuros. A trombocitopenia é uma manifestação comum na SAF, ocorrendo mais frequentemente quando associada ao LES do que na forma SAF primária. A pertinência do caso descrito pelos autores prende-se pelo estudo de uma alteração hematológica complementado com uma história clínica importante e orientação adequada posteriormente.

Caso Clínico:

Os autores descrevem o caso de uma doente do sexo feminino, 35 anos, grávida de 7 semanas, enviada à consulta de Medicina Interna por história de cansaço com alguns anos de evolução e trombocitopenia em análises de rotina, associada a equimoses fáceis, não espontâneas, sem história de hemorragia. Dos antecedentes pessoais de doente, salientava-se história obstétrica com 2 abortos no segundo trimestre e um parto prematuro aos 7.5 meses, sem outros antecedentes de relevo. Da análise da placenta do parto, destacavam-se lesões vasculares na circulação útero-placentar que condicionam uma isquemia no parênquima placentar. Do estudo complementar realizado destaca-se trombocitopenia (66000 plaquetas), anticorpo anticardiolipina IgG e anticorpo anti glicoproteína beta 2 IgG positivos, anticorpos anti-nucleares borderline (ANA's), anticorpo anti ds-DNA positivo e do estudo de coagulação, antitrombina discretamente elevada, sem outras alterações analíticas. Dos testes genéticos, doente portadora da variante c.677C>T do gene MTHFR em homozigotia. Doente iniciou antiagregação com ácido acetilsalicílico e, posteriormente, iniciou heparina de baixo peso molecular em dose profilática alta, com contagem plaquetar normalizada e estável, sem intercorrências até à data da gravidez em curso.

Discussão:

Neste caso temos um doente com uma história obstétrica que, aliada às alterações hematológicas (trombocitopenia), é muito sugestiva de síndrome antifosfolípida. Como referido anteriormente, a trombocitopenia é mais frequentemente observada na SAF associada ao LES. Esta doente não apresentava qualquer sintomatologia que indicasse patologia auto-imune, a não ser as queixas inespecíficas, astenia, a trombocitopenia e a evidência analítica de ANA's no limite superior do normal com anticorpo ds-DNA positivo. Não podemos, no entanto, assumir o diagnóstico inequívoco de SAF primária, sendo importante considerar a possibilidade de se tratar de uma forma secundária a uma patologia auto-imune, tornando o acompanhamento desta doente essencial por uma equipa multidisciplinar.

P100

1344 ARTRITE REUMATOIDE DISFARÇADA

Bela Machado, Carolina Barros, Helena Freitas Luís, Mariana Mendes Gomes, Mariana Bilreiro, Lino Nóbrega, Luz Brazão

Serviço de Medicina Interna - Hospital Central do Funchal

A artrite reumatoide é uma doença inflamatória sistémica, crónica que envolve sobretudo as articulações. O envolvimento articular caracteriza-se por uma rigidez matinal com duração variável, tumefação e dor nas articulações, com um envolvimento simétrico e a presença de nódulos subcutâneos. Porém outros órgãos podem ser envolvidos em cerca de 40% dos doentes. Os fatores de risco conhecidos para um envolvimento sistémico e extra-articular são a presença de títulos elevados do factor reumatoide, do anticorpo contra as proteínas citrulinadas (Anti-CCP) e de hábitos tabágicos.

O caso clínico retrata um doente do género masculino, com 59 anos de idade, com antecedentes pessoais de diabetes mellitus não insulino tratado com retinopatia diabética, hipertensão arterial e hábitos alcoólicos com um episódio de pancreatite. Recorreu ao Serviço de urgência por perda ponderal não voluntária de 10Kg nos últimos três meses acompanhado por anorexia não seletiva, fadiga e gonalgia bilateral com uma semana de evolução. Ao exame objetivo apresentava tumefação das articulações interfalângicas proximais e distais do 2º e 3º dedo de ambas as mãos, não dolorosas e dor à palpação articular de ambos os joelhos. Sem outros achados. Analiticamente o doente apresentava uma anemia normocítica e normocrómica (Hb 10,8g/dL), uma leucocitose com neutrofilia e um aumento da velocidade de sedimentação (79mm) e da proteína C reactiva (177.86mg/L).

O doente ficou internado no serviço de Medicina interna para estudo etiológico da perda ponderal e por suspeita de neoplasia. As serologias víricas foram negativas. Realizou estudo do tubo digestivo com endoscopia digestiva alta e baixa que não revelaram alterações. A tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica mostrou um extenso compromisso calcificante vascular, não só da aorta como das estruturas arteriais emergentes. A ecografia da tireoide não mostrou alterações de relevo. Para despiste de uma possível doença autoimune foi pedido o estudo de autoimunidade que revelou positividade para o factor reumatoide e o anticorpo anti-CCP. O doente iniciou tratamento com metotrexato e corticoterapia. Após 6 meses de vigilância na consulta de Medicina, verificou-se uma melhoria das gonalgias, sem anemia e com normalização da velocidade de sedimentação e da proteína C reactiva.

Este caso pretende demonstrar a importância do estudo da autoimunidade e das semelhanças à

apresentação de uma doença autoimune com uma possível neoplasia. A maioria dos doentes com artrite reumatoide têm uma anemia normocítica que se correlaciona com a atividade da doença e podem apresentar queixas à admissão inespecíficas tais como a perda ponderal e a fadiga.

O controlo das manifestações sistémica da artrite reumatóide incluem o tratamento com imunossuppressores como o metotrexato. O envolvimento extra-articular é um marcador da severidade da doença e está associado a uma elevada morbilidade e mortalidade precoce.

P101

1649 DOENÇA DE CROHN – UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA NUMA IDADE ATÍPICA

Bárbara Costa, Joana Rua, Sónia Carvalho, Cristiana Pinto, António Trigo Faria, Paula Vaz Marques
CHTMAD

Introdução

A doença de Crohn, tipicamente caracterizada pelas suas manifestações intestinais e atingimento etário bimodal, é também caracterizada por uma diversidade de manifestações extraintestinais, entre elas as cutâneas. De entre estas, o eritema nodoso é uma das manifestações extraintestinais mais bem descritas que, no entanto, raramente constitui a manifestação inicial da doença.

Caso clínico

Mulher, 83 anos, autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, hipotireoidismo pós cirúrgico por bócio multinodular e anemia multifatorial, referia aparecimento de lesões cutâneas, compatíveis com eritema nodoso nos membros inferiores, associados a sintomas constitucionais com três meses de evolução. Referia também poliartralgias bilaterais de grandes articulações com características inflamatórias e diarreia esporádica com muco. Ao exame objetivo, apresentava-se emagrecida, com lesões de eritema nodoso nos membros inferiores e lesão polipoide perianal que veio a revelar-se granuloma não necrotizante após excisão cirúrgica. Analiticamente, com marcadores inflamatórios aumentados e procalcitonina negativa.

Iniciado estudo de possível doença granulomatosa para os seguintes diagnósticos diferenciais: tuberculose, sarcoidose ou doença inflamatória intestinal (DII). Apresentou estudo imunológico (incluindo ASCA e ANCA) e ECA negativos, assim como culturas negativas para *Micobacterium Tuberculosis*. A calprotectina fecal apresentava-se particularmente aumentada. Imagiologicamente, evidência de pequenos gânglios mediastínicos

inespecíficos e espessamento segmentares cólicos com densificação da gordura pericólica sugerindo colite inespecífica. A broncofibroscopia com citologia de lavado brônquico revelou linfocitose relativa com relação CD4/CD8 > 23. O estudo endoscópico baixo evidenciou ileíte terminal de provável etiologia inflamatória, muito sugestiva de Doença de Crohn, associada a colite segmentar.

Assim, assumiu-se Doença de Crohn como etiologia do quadro apresentado dado a presença de ileíte terminal, colite segmentar e doença perianal com sintomatologia compatível com atingimento extra-intestinal típico da DII. Apesar da negatividade para os ASCA, apresentava marcadores indiretos de doença inflamatória e calprotectina fecal significativamente aumentada. Iniciada corticoterapia com melhoria significativa do quadro clínico.

Conclusão

O presente caso alerta para importância de reconhecer a DII como uma doença imunológica sistémica, bem como as suas manifestações extraintestinais mesmo quando estas se sobrepõem à clínica típica, principalmente em idades mais tardias em que o diagnóstico é mais desafiante e o tratamento mais complexo.

Relembra ainda que a sarcoidose não é a única doença granulomatosa a cursar com atingimento pulmonar e que o achado de linfocitose com inversão da relação CD4/CD8 no lavado broncoalveolar não é específica desta.

P102

2164 HIPERPARATIROIDISMO PRIMÁRIO E NÓDULOS SUBCUTÂNEOS ASSOCIADOS AO USO DE ADALIMUMAB

Catarina Pereira, Ana Luísa Cunha, Edite Pereira, José Costa, Diana Ferrão, Fernando Nogueira, José Marques, José Soares, Carlos Dias, Jorge Almeida

Centro Hospitalar São João

INTRODUÇÃO

O tratamento com agentes biológicos constitui uma opção terapêutica de uso crescente. Entre eles o adalimumab, agente anti-TNF alfa, com efeitos adversos associados de diferentes gravidades, de atingimento sistémico.

CASO CLÍNICO: Género feminino, 25 anos, antecedentes de doença de Behçet (DB), seguida em consulta externa de Medicina Interna e Oftalmologia (por uveíte posterior por atingimento ocular da DB), com diversas recidivas apesar da terapêutica tópica e sistémica (corticoterapia, ciclosporina e colchicina) otimizadas. Cerca de treze anos depois do seu diagnóstico decidida instituição de terapêutica biológica com adalimumab. Cerca de 3 anos após o início da terapêutica biológica,

surgimento de queixas de artralguas nas articulações metacarpofalângicas, punhos, cotovelos, ombros, metatarsofalângicas e joelhos e aparecimento de nódulos subcutâneos dolorosos em ambas as mãos. Analiticamente sem elevação dos parâmetros inflamatórios e excluídas outras etiologias, nomeadamente infecciosa e inflamatória, decide-se suspender o agente biológico. Concomitantemente, analiticamente objetivada hipercalcemia (cálcio ionizado 3,16 mEq/L), tendo sido internada para estudo etiológico. Alargamento do estudo analítico com objetivação de elevação PTH (102,8 pg/mL) e cálcio urinário total 3,7 mEq/L (12,8 mEq/24h), com fração excrecional de cálcio/creatinina de 0,04 e restante estudo analítico nomeadamente auto-imune sem alterações. Realizou ecografia da tireoide e paratiroides com nódulo hipoecóico hipervascularizado com 9x5mm, a traduzir possível adenoma da paratiroide e cintigrafia das paratiroides e ecografia renal sem alterações, nomeadamente sem nefrolitíase. Assumido o diagnóstico de hiperparatiroidismo primário assintomático a condicionar hipercalcemia, com suspeita imagiológica de adenoma da paratiroide. Submetida a paratiroidectomia uniglandular mini-invasiva-paratiroide inferior esquerda três meses depois da objetivação da hipercalcemia, procedimento cirúrgico que decorreu sem intercorrências, tendo iniciado suplementação com carbonato de cálcio nos primeiros dias pós-operatório, e analiticamente com cálcio total: 4,4 mEq/L e PTH 7,1 pg/mL. Análise anatomo-patológica da peça excisada evidência de "hiperplasia nodular/adenoma com predomínio de células principais com infiltrado crónico multifocal no contexto de hiperparatiroidismo primário". Assim concretizado o diagnóstico de hiperparatiroidismo primário provavelmente secundário à terapêutica com adalimumab.

DISCUSSÃO: O presente caso relata um caso clínico de hiperparatiroidismo primário em provável associação com utilização de adalimumab sendo que o atingimento glândulas paratiroides se encontra descrito em menos de 5% dos doentes sob tratamento com este fármaco, assim como as artralguas (descritas também em <5%) e nódulos subcutâneos descritos na literatura em menos de 1% dos doentes.

P103

2190 DERRAME PERICÁRDICO ASSOCIADO A ESPONDILITE ANQUILOSANTE

Francisca M Pereira, João Pedro Abreu, Maria Boncoraglio, Joana Esteves, Márcia Ribeiro, Carlos Oliveira
Hospital Santa Maria Maior - Barcelos

A investigação etiológica do derrame pericárdico constitui um desafio. Pode estar associado a doenças primárias do pericárdio ou secundário a doença sistémica, infecciosa ou neoplasia.

Homem de 58 anos, com antecedentes pessoais

de HTA, DM tipo 2 com lesão orgão (retinopatia e nefropatia) e dislipidemia. Seguimento em consulta de cardiologia por derrame pericárdico. Referenciado a consulta externa de medicina por poliartralguas de predomínio axial, associadas a rigidez articular, sobretudo na região lombossagrada. Limitação funcional, com necessidade de toma de anti-inflamatórios diária. Referência a astenia com meses de evolução, sem outras queixas associadas.

Pedido estudo analítico com velocidade sedimentação 30mm, proteína C reativa negativa, péptido natriurético cerebral (BNP) negativo. Ecocardiograma transtorácico (EcoTT) com derrame pericárdico circunferencial de grande volume, com predomínio sobre as cavidades esquerdas, com função biventricular conservada. Perante os achados, pedido estudo de poliartralguas, bem como estudo etiológico de derrame pericárdico. TC toraco-abdomino-pélvico sem alterações. Estudo imunológico negativo. Função tireoideia normal. Eletroforese sérica sem pico monoclonal, imunoglobulinas séricas dentro dos valores referência, enzima conversora angiotensina (ECA) negativa. Excluída tuberculose latente. Marcadores víricos negativos. TC sacro-iliacas com total apagamento das interlinhas, a sugerir espondilite anquilosante.

Pedido HLA-B27 que se revelou positivo, tendo iniciado salazopirina. Em consulta reavaliação com agravamento marcado das queixas de astenia, associada a dispneia para pequenos esforços. EcoTT de controlo a revelar agravamento de derrame pericárdico, sem sinais de tamponamento. Efetuada pericardiocentese, com citologia negativa para células malignas, micobacteriológico negativo. Associada colchicina, com melhoria franca das queixas de astenia e dispneia. EcoTT com derrame pericárdico de pequeno volume. Assumido derrame pericárdico em contexto de espondilite anquilosante, com melhoria do mesmo após início de terapêutica dirigida à doença.

A espondilite anquilosante inclui-se num grupo de doenças designadas por espondilartropatias, e caracteriza-se por uma doença reumática crónica, de natureza inflamatória progressiva, que afecta predominantemente o esqueleto axial e sacro-ilíacas. O envolvimento cardíaco ocorre habitualmente em doentes com vários anos de evolução de doença, sendo as manifestações mais frequentes a disfunção valvular (regurgitação mitral e aórtica), alterações da condução aurículo-ventricular e disfunção ventricular esquerda. O envolvimento pericárdico não é comum, estando descritos raros casos de derrame pericárdico associado a esta entidade, motivo pelo qual os autores realçam o presente caso.

P104

643 RELATO DE UM CASO RARO - SÍNDROME DE SNEDDON

Diana Mendes Oliveira, Verónica Guiomar, Marta Soares, Ana Luísa Cunha, Neuza Soares, Nuno Melo, Mariana Pacheco, Jorge Almeida, Edite Pereira

Centro Hospitalar e Universitário de São João

Introdução

A Síndrome de SNEDDON é uma patologia rara que se define por vasculopatia trombótica não inflamatória caracterizada pela combinação de doença cerebrovascular e livedo reticular (este pode preceder em vários anos o aparecimento das alterações neurológicas). Outras manifestações clínicas incluem Fenómeno de Raynaud, patologia psiquiátrica ou complicações oftalmológicas.

Caso Clínico: Mulher, 35 anos. Sem antecedentes de relevo. Episódio de oclusão da artéria central da retina esquerda em 2014. Altura em que realizou estudo pro-trombótico e imunológico, ambos sem alterações. Na altura foi excluída patologia aterosclerótica, com ecodoppler dos grandes vasos do pescoço sem alterações e perfil lipídico normal. Ficou

hipocoagulada com varfarina. Revendo a história médica prévia, a doente já apresentava livedo reticularis desde os 20 anos, úlceras cutâneas sobretudo maleolares desde há 7 anos, com biópsia cutânea a mostrar vasculite lúoide e fenómenos de Raynaud, com capiloscopia sem alterações. Foi então assumido o diagnóstico clínico de síndrome de SNEDDON. Em 2015 apresentou episódio de neurinite vestibular, melhorada após ciclo de corticoide. Após 5 anos de follow-up encontra-se sem outras intercorrências, nomeadamente fenómenos isquémicos.

Discussão: Dada a raridade desta síndrome, não existe consenso sobre a melhor abordagem em termos de diagnóstico ou tratamento, pelo que cada relato de caso se torna único. A Síndrome de SNEDDON geralmente ocorre em mulheres jovens. A sua etiologia é idiopática em cerca de 50% dos casos, mas pode estar associada a outras

doenças autoimunes. Os principais critérios diagnósticos incluem livedo reticularis generalizado com achados histológicos típicos em biópsia cutânea e défices neurológicos focais. O tratamento inclui hipocoagulação e medidas sintomáticas, sendo ainda controverso o uso de fármacos imunomoduladores. Acarreta morbimortalidade significativa, sobretudo pela instalação de declínio cognitivo.

P105

1702 UM CASO DE VASCULITE SISTÉMICA

Ramiro Sá Lopes, Teresa Salero, Rui Osório, Catarina Mendonça, Helena Brito, José Luis Enriquez, António Veiga e Moura

Centro Hospitalar e Universitário do Algarve - Faro

Introdução

A poliarterite nodosa (PAN) é uma vasculite necrotizante sistémica que atinge artérias de médio, e ocasionalmente pequeno calibre. É uma doença rara, com prevalência de 2-33 por milhão, mais comum nos homens, com uma proporção de cerca de 2:1, e que pode surgir com envolvimento multiorgânico.

Caso Clínico: Homem de 74 anos, autónomo, com Diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e ex-fumador. Desde há cerca de 2 meses refere aparecimento de lesões nodulares, eritematosas, pruriginosas, dispersas pelo corpo mas predominantes nos membros, associado a edema escrotal doloroso, dor mal caracterizada nos membros inferiores. Apresentava ainda perda de peso superior a 10%, queixas de astenia, anorexia e febre. Um mês antes do atual internamento, recorreu ao serviço de urgência (SU) por dor gemelar direita de instalação súbita. Identificado trombo na veia safena externa direita, tendo sido hipocoagulado. Realizou tomografia axial computadorizada (TAC) torácica que revelou bronquiectasias, densificação de parênquima pulmonar e adenopatias mediastínicas. Fez biópsia de gânglio subcarinal e lavado alveolar sem achados patológicos de relevo. Dois dias antes do internamento desenvolveu diplopia, dor nos movimentos oculares e cefaleia holocraneana, tendo recorrido ao SU.

Ao exame objectivo apresentava 38.3°C de temperatura auricular e restantes parâmetros vitais estáveis. Diplopia com nistagmo vertical. Múltiplas lesões nodulares eritematosas, dispersas, com maior predomínio nos membros, de consistência duro-elástica, dolorosas à palpação, regulares e com cerca de 1cm de diâmetro, sem vesícula. Concomitantemente edema testicular bilateral, doloroso, sem sinais inflamatórios. Sem adenopatias palpáveis. Da investigação complementar, salienta-se anemia normocítica e normocrómica, leucócitos e plaquetas normais, velocidade de sedimentação de 66 mm/h, creatinina e ureia normais. AST, ALT, albumina, INR, bilirrubinas e iões normais. Fosfatase alcalina, GGT, ferritina e PCR aumentadas. Creatina quinase, proteínas totais e electroforese de proteínas normais. Sumário de urina com hematúria microscópica. Hemocultura, urocultura, serologias de agentes infecciosos e estudo imunológico negativos. ECA, beta-2-microglobulina e DHL normais. Realizou TAC craneoencefálica, sem alterações agudas, e ressonância magnética com

múltiplos focos de hipersinal na substância branca.

Na biópsia de nódulos cutâneos apresentava infiltração por células inflamatórias com necrose de artéria de médio calibre, admitindo-se o diagnóstico mais provável de PAN. Iniciada corticoterapia com prednisolona 1mg/kg/dia, com remissão completa.

Discussão: A propósito do caso e dado o mau prognóstico da doença, os autores fazem uma revisão da patologia e da importância do diagnóstico diferencial das vasculites. De salientar a raridade de PAN, neste caso em particular manifestada com atingimento neurológico e testicular.

P106

1471 ATINGIMENTO CARDÍACO NA ESCLEROSE SISTÊMICA FULMINANTE: A PROPOSITO DE UM CASO.

Ana Filipa Pires, Ana Ferreira Pacheco, Ana Areia Reis, Vítor Fagundes, Juliana Lopes, Graziela Carvalheiras, Carlos Vasconcelos, Mari Mesquita

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

INTRODUÇÃO

A escleroderma é uma doença do tecido conjuntivo multissistémica e rara, de etiologia desconhecida, caracterizada por inflamação, disfunção vascular e fibrose da pele e órgãos viscerais. A gravidade do espessamento cutâneo associa-se a pior prognóstico, com envolvimento concomitante de órgãos maior.

CASO CLÍNICO: Homem de 53 anos, fumador (30 UMAs), história de amputação parcial das falanges distais 2º e 5º dedos mão esquerda por isquemia digital 9 meses antes, é admitido por quadro com 1 ano de evolução de astenia, anorexia, disfagia, emagrecimento (cerca de 20 kg), artralhas migratórias e rigidez matinal, fenómeno raynaud com úlceras digitais. Objetivamente apresentava com espessamento cutâneo das mãos, braços e pernas [Score Rodnan 23] com limitação funcional mobilidade, esclerodactilia e hiperpigmentação cutânea. Apresentava também dispneia progressiva para médios esforços. Do estudo efetuado de realçar: ENAs positivos com anticorpos anti-Scl-70 >240 UI/mL; VS 80 mm; sem consumo de complemento; NT-proBNP 28500pg/ml; mioglobina e troponina elevados, eletrocardiograma sem alterações de relevo e ecocardiograma transtorácico a mostrar hipertrofia ventricular esquerda com depressão severa da função sistólica global do VE, por hipocontratilidade global, derrame pericárdico de pequeno volume e espessamento do pericárdio, PSAP normal. Cateterismo cardíaco a excluir doença coronária. Ressonância magnética cardíaca a revelar hipocinésia global, não sugestivo de doença infiltrativa. Tomografia toraco-abdómino-pélvica com densificações parenquimatosas fibrolineares em ambos os lobos inferiores. A espirometria revelou alteração ventilatória restritiva grave,

com DLCO diminuída. Na manometria esofágica constatada aperistalse do corpo esofágico e esfíncter esofágico inferior hipotónico. O doente reunia, assim, critérios para uma escleroderma sistémica difusa grave, traduzido pelo grave espessamento cutâneo e envolvimento pulmonar e cardíaco. Iniciou imunossupressão com ciclofosfamida 750 mg (protocolo NIH), nifedipina e óleo de onagra associada agentes modificadores prognóstico da insuficiência cardíaca.

CONCLUSÃO: O atingimento cardíaco na escleroderma sistémica está frequentemente associado a formas difusas e está associada a morte precoce. Pode apresentar largo espectro de manifestações clínicas ou subclínicas com disfunção ventricular esquerda sistólica/diastólica, pericardite com ou sem derrame pericárdico, alterações da condução, disfunção autonómica ou valvular, ou secundariamente a hipertensão pulmonar com cor pulmonale. A disfunção sistólica ventricular é a mais rara destas manifestações. Este caso salienta a importância da sua identificação precoce uma vez que o seu tratamento atempado pode ter impacto na qualidade de vida do doente e melhorar o seu prognóstico.

P107

1571 POLIMIALGIA REUMÁTICA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO NO DOENTE INFETADO

Tiago Petrucci, Laura Pereira, Pedro Silvério António, Inês Nogueira da Fonseca, Inês Goulart, Carlos Machado e Costa

Centro Hospitalar de Lisboa Norte

Introdução

A polimialgia reumática (PMR) é uma doença reumatológica inflamatória caracterizada por dor, edema e rigidez das articulações proximais, envolvendo as cinturas escapular e pélvica. É uma doença praticamente exclusiva do adulto, com uma incidência crescente após os 50 anos de idade e cujo diagnóstico diferencial é sempre desafiante.

Caso Clínico

Homem com 76 anos de idade, com antecedentes de hiperplasia benigna da próstata submetido a ressecção transuretral da próstata no mês anterior à admissão e hipertensão arterial essencial. Foi internado inicialmente noutro serviço, por quadro de astenia e diminuição de força dos membros inferiores com mialgias intensas, sem outras queixas, nomeadamente cefaleia. Foi diagnosticada infeção do trato urinário a E. coli produtora de beta-lactamases de espectro alargado, pelo que foi tratado com meropenem durante 7 dias, sem melhoria clínica, com persistência de picos febris bi-diários e recrudescência dos parâmetros inflamatórios (proteína C-reativa máxima de 29,8mg/dL). Por suspeita de suspeita de falência

da terapêutica antimicrobiana foi solicitada colaboração da equipa de Medicina Interna de ligação que, após avaliação do doente, optou pela transferência do doente para o Serviço de Medicina Interna para investigação adicional. Foram repetidos exames microbiológicos, que foram negativos. Foi realizada tomografia computadorizada do corpo que não documentou alterações valorizáveis e ecocardiograma transtorácico sem imagens sugestivas de vegetações valvulares. Na avaliação laboratorial, apresentava velocidade de sedimentação de 95mm/h, procalcitonina 0.4ng/ml, PSA total 1,3mcg/L e hemoglobina de 10.2 g/dL com características de anemia de doença crónica. O painel de auto-imunidade foi negativo, tal como as serologias infecciosas. Por exclusão de outras etiologias que justificassem o quadro e com base nos sintomas e achados laboratoriais, foi ponderada a hipótese de polimialgia reumática. Iniciou terapêutica com prednisolona 15mg por dia, com rápida resolução da clínica descrita. Teve alta após 5 dias de terapêutica e, 18 meses depois, permanece assintomático, com corticoide em baixa dose e sem anemia.

Discussão

A PMR é uma doença de difícil diagnóstico pela inespecificidade das queixas de apresentação e pela ausência de exames diagnósticos dirigidos. A importância deste caso reside na chamada de atenção para a necessidade de uma correta integração dos elementos clínicos e laboratoriais com vista ao correto diagnóstico final e terapêutica adequada. Neste caso, a presunção inicial de infeção urinária em doente com intervenção urológica recente, mas sem sintomatologia suspeita, foi fator de confusão para o diagnóstico. É importante ter um elevado grau de suspeição desta doença, que pode ser debilitante, mas responde de forma dramática à terapêutica com corticoides.

P108

1617 SÍNDROME DE CREST DIAGNOSTICADA AOS 80 ANOS: A HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA

Maria Teresa Boncoraglio, Joana Esteves, Ana Francisca Moura, Marcia Ribeiro, Carlos Oliveira
Hospital Santa Maria Maior, Barcelos

INTRODUÇÃO

A esclerose sistémica é uma doença multissistémica caracterizada por disfunção microvascular e proliferação de fibroblastos com progressiva fibrose de órgãos e tecidos. As manifestações clínicas são muito diversas e incluem o envolvimento cutâneo, cardiopulmonar, esofágico, gastrointestinal, renal, musculoesquelético, entre outros. O diagnóstico é suportado pelo estudo analítico imunológico característico.

Segundo os critérios de Leroy existem duas formas clínicas de esclerodermia: difusa e limitada. A forma limitada apresenta envolvimento cutâneo da face e extremidades, ritmo lento de atingimento cutâneo, calcinose e incidência tardia de manifestações viscerais.

CASO CLÍNICO

Os autores apresentam um caso de um homem de 80 anos internado no Serviço de Medicina por fibrilhação auricular com resposta ventricular lenta. Ao exame objetivo o doente apresentava amputação de quatro dedos das mãos, calcinose cutânea, espessamento cutâneo de mãos e face (Rodnan modificado de 5), microstomia e telangiectasias malares. Na colheita da história clínica referia fenómeno de Raynaud com cerca de 30 anos de evolução com úlceras digitais, sempre mais frequentes, que levaram à amputação dos dedos; referia também pirose e redução da capacidade de abertura oral. O doente teve alta com inibidores dos canais de cálcio encaminhado para a consulta de Medicina Interna. A serologia mostrou ANA 1/1280 e anticorpos anti-centrómero A e B positivos. Os exames realizados revelaram hipertensão pulmonar moderada com contributo de uma insuficiência mitral moderada, dilatação capilar marcada à capilaroscopia, ainda em curso a tomografia pulmonar para despiste de doença intersticial. Com base na apresentação e subsequente estudo foi diagnosticado com esclerose sistémica limitada na forma de síndrome de CREST. Manteve tratamento instituído com melhoria do fenómeno de Raynaud.

DISCUSSÃO

A esclerodermia limitada tem um curso menos agressivo do que a difusa mas as complicações relacionadas à doença podem ser igualmente incapacitantes não obstante mais indolentes. O caso clínico apresentado quer salientar a evolução natural da doença na ausência de tratamento. Neste caso os sintomas perpetuaram-se durante décadas com consequente amputação de vários dedos das mãos.

P109

1974 DOENÇA DE STILL DO ADULTO COMPLICADA COM MIOPERICARDITE

Luis Reis de Almeida, Manuel Monteiro, Inês Lopes, João Costa, Vera Salvado, Isabel Luiz
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central - Hospital de São José

INTRODUÇÃO

A Doença de Still do Adulto (DSA) é uma doença autoinflamatória sistémica rara, afetando sobretudo adultos jovens. As manifestações clássicas são a

febre, artralgias e o rash evanescente. A patogênese é multifactorial, mal definida, pelo que constitui um diagnóstico de exclusão, que se baseia em critérios estabelecidos – Cush, Yamaguchi e Fautrel.

CASO CLÍNICO: Homem de 26 anos, melanodérmico, com história de síndrome febril prolongado, com internamento no ano anterior e diagnóstico inconclusivo apesar de extensa investigação. Iniciou novo quadro de febre (39°C), odinofagia, mialgias, anorexia e poliartralgias simétricas, de ritmo inflamatório, com 5 dias de evolução, tendo recorrido ao SU com dor retroesternal pleurítica intensa, com alívio à anteflexão do tronco e agravada em decúbito. Descartado contexto epidemiológico e exame físico sem evidência de foco infeccioso. Analiticamente, apresentava elevação de parâmetros inflamatórios (PI) e de troponina I de alta sensibilidade (TnI-hs). Sob suspeita de miopericardite, realizou ecocardiograma transtorácico (ecoTT), sem alterações, pelo que foi medicado com AINEs. A persistência sintomática determinou realização de novos ecoTT seriados, que mostraram evolução em dois dias com hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo, função sistólica ligeiramente deprimida, hipocinésia difusa e derrame pericárdico sem compromisso hemodinâmico. Analiticamente, com PI exuberantes e TnI-hs ascendente (máxima 866 ng/L), pelo que se instituiu beta-bloqueante e IECA. Admitido em cuidados intensivos, onde permaneceu durante 7 dias, tendo cumprido antibioterapia empírica. Fez RM-Cardíaca (ao 6º dia) mostrando ainda derrame pericárdico e pleural, mas com recuperação da função sistólica, sem alterações da contractilidade segmentar, hipertrofia ventricular, inflamação ou fibrose miocárdica. Com resolução da miopericardite, suspenderam-se os AINEs, ocorrendo recrudescência da síndrome febril (40°C), com nova elevação dos PI (leucocitose 54M/uL, PCR > 500mg/L, ferritina 40M ng/mL; ferritina glicosilada < 1%; LDH 520UI), instalação de anemia (de causa inflamatória), trombocitose e disfunção hepática. Da investigação adicional, a destacar: culturas seriadas estéreis; extensa pesquisa por PCR e serologias a excluir infecções virais ou bacterianas; pesquisa de BAAR e estudo autoimune negativos. Não foram identificados focos infecciosos nos exames radiológicos, destacando-se TC tórax, abdómen e pélvica com hepatoesplanomomegalia, hipertrofia ganglionar difusa e líquido livre pélvico. Concluiu tratar-se de DSA sistémica, complicada de miopericardite, instituindo-se corticoterapia com consistente resolução clínica e analítica.

DISCUSSÃO: ADSA constitui um desafio diagnóstico, pela necessidade de exclusão de doença infecciosa, neoplásica e outras doenças inflamatórias / autoimunes. A miopericardite é uma complicação grave pela sua progressão rápida, com potencial de evolução desfavorável sem tratamento.

P110

1999 SEMPRE A SARCOIDOSE

Pedro Rodrigues, Arsénio Barbosa, Inês Albuquerque, Filipe Pinheiro, Filipa Silva, Jorge Almeida
Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução

A sarcoidose é uma doença granulomatosa rara. O atingimento pode ser multissistémico, tipicamente com envolvimento pulmonar. As manifestações extrapulmonares ocorrem em até 30% dos casos. A prevalência do acometimento renal é incerta. A hipercalcemia e hipercalcúria são as principais causas de doença renal clinicamente significativa. A nefrite intersticial granulomatosa é um padrão histopatológico de lesão renal na sarcoidose, habitualmente silencioso. Reportamos o caso de uma doente com lesão renal associada a padrão de nefrite intersticial crónica (NIC) por sarcoidose.

Caso Clínico

Mulher de 63 anos, com história médica de sarcoidose pulmonar sem confirmação histológica, 20 anos antes, sem tratamento dirigido. A doente apresentou-se, proveniente de outra unidade hospitalar, com lesão renal aguda de etiologia indeterminada para início de hemodiálise por sintomas urémicos. História de anorexia, astenia e perda ponderal com 2 meses de evolução. Consumo de ibuprofeno na semana anterior ao internamento. Ausência de rash cutâneo, eritema nodoso ou adenomegalias periféricas. Além da disfunção renal, a avaliação analítica revelou anemia e proteinúria não nefrótica. Sem eosinofilia e urina sem cilindros, leucócitos ou hematúria. Doseamento de enzima conversora de angiotensina e cálcio, sérico e urinário, normais. Ecografia renal com rins de dimensões reduzidas com aumento de ecogenicidade parenquimatosa bilateral e ligeira ectasia piélica bilateral sem obstrução. Foram excluídas causas infecciosas e a pesquisa de anticorpos antinucleares, anticitoplasma do neutrófilo e fator reumatoide foi negativa. Tinha eletroforese de proteínas com pequeno pico gama monoclonal, sem critérios de diagnóstico de mieloma múltiplo. Biópsia renal revelou infiltrado linfocítico disperso com fibrose intersticial (30%). Após exclusão de outras etiologias de NIC, foram realizados exame adicionais para diagnóstico definitivo de sarcoidose: tomografia computadorizada que revelou áreas de vidro despolido e adenopatias hilares bilaterais calcificadas; broncofibroscopia com contagem celular com predomínio linfocítico, relação CD4/CD8 de 1.04 e pesquisa de *Micobacterium tuberculosis* negativa; biópsia pulmonar percutânea reveladora de inflamação granulomatosa compatível com sarcoidose. Instituída corticoterapia na dose de 1mg/kg/dia, sem recuperação da função renal após 2 meses de

follow-up.

Discussão

Este caso mostra que o atingimento renal pela sarcoidose com padrão histopatológico de NIC pode evoluir para doença renal clínica. O tratamento consiste em corticoterapia de longa duração, que é eficaz, quando instituído precocemente.

A NIC é o padrão histopatologia de atingimento renal mais comum na sarcoidose; é habitualmente subclínico, mas pode apresentar-se sob forma de lesão renal aguda.

P111

2094 NEURO-BEHÇET - DOIS EPISÓDIOS, O MESMO TRATAMENTO

Cristina Torrão, Guiomar Pinheiro, Manuela Bertão, Fernanda Almeida, João Araújo Correia
Centro Hospitalar Universitário do Porto

INTRODUÇÃO:

A doença de Behçet é uma patologia inflamatória perivascular, multissistémica, de causa desconhecida. As manifestações mais frequentes são úlceras orais e genitais, eritema nodoso, uveíte e artrite, e menos frequentemente tromboflebite e trombose venosa profunda. O atingimento neurológico (Neuro-Behçet) é raro, mas confere elevada morbilidade, e normalmente inicia-se anos após as outras manifestações.

CASO CLÍNICO:

Apresenta-se o caso de uma mulher de 34 anos, previamente saudável, fumadora e medicada com anticoncepcional oral, que apresentou clínica inaugural de febre elevada (39.9°C) e rash papular eritematoso não pruriginoso do tronco e membros, com 4 dias de evolução. No internamento, acrescentou ao quadro clínico: úlcera aftosa oral e genital, nódulos dolorosos nos membros inferiores, cefaleias e défices neurológicos (paresia facial, paraparesia com atingimento de esfíncteres, papilite olho esquerdo).

Análiticamente apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios. O estudo microbiológico do LCR foi negativo. Realizada RM CE que apresentava hipersinal em T2 difuso/multifocal no tronco cerebral e na medula a vários níveis (C4-C5, D2-D6, D9-D10). No estudo genético, foi encontrado o HLA-B51.

Foi feito diagnóstico de Doença de Behçet com atingimento do SNC. Teve resposta clínica rápida com início de imunossupressão (pulsos de metilprednisolona 1g). Já em ambulatório, iniciou Infliximab (5mg/kg por toma). Seis meses após a alta, repetida RM CE que apresentava resolução das lesões. A terapêutica com infliximab foi interrompida ao final de 1 ano por motivo de

gravidez, sem intercorrências. O tratamento de manutenção foi garantido posteriormente com corticoterapia. Manteve manifestações ocasionais da doença sob a forma de aftas orais, úlceras genitais e eritema nodoso. Teve episódio único de trombose venosa periférica, para o qual cumpriu 3 meses de anticoagulante.

Seis anos e 9 meses após o diagnóstico, foi admitida por cefaleia incapacitante, sem queixas ou alterações neurológicas ao exame objetivo. Por apresentar punção lombar com leucocitose, iniciou empiricamente antibioterapia dirigida a meningite, contudo, o estudo microbiológico foi negativo. Realizou RM CE que mostrou atingimento do tronco cerebral pela doença de Behçet. Obteve melhoria quase imediata das queixas após pulso de corticoterapia.

À alta, reiniciou Infliximab na mesma dose. Na RM CE 8 meses depois, apresentou regressão total das lesões descritas anteriormente. No seguimento, planeia-se suspender o tratamento com infliximab após completar 1 ano.

DISCUSSÃO:

Os autores partilham um caso de Neuro-Behçet, com apresentação em dois momentos diferentes com manifestações distintas, onde o uso de Infliximab teve resultados muito favoráveis.

Sendo uma entidade infrequente, não há ainda dados suficientes que esclareçam qual a duração ideal do seu tratamento com Infliximab, sendo por isso necessário mais estudos.

P112

446 CORTICOIDES - UMA FACA DE DOIS GUMES

João Queirós, João Oliveira, Diana Simão, Márcia Pereira, Miguel Nunes, Francisca Martins, Sofia Pinheiro, Eduardo Silva

Medicina 2.3, Hospital Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar de Lisboa Central.

Corticoides – Uma faca de dois gumes.

Introdução

Os corticóides sistémicos estão preconizados para tratar a sarcoidose ocular severa bilateral ou associada a afecção sistémica. Contudo, os seus efeitos secundários podem sobrepor-se aos benefícios. Este caso realça a necessidade de ponderar precocemente o uso de terapêuticas imunossupressoras que permitam a redução dos corticóides.

Caso clínico: Em Junho de 2018 recebemos na nossa consulta uma mulher de 67 anos com história de dislipidemia e uveíte anterior do olho direito (OD) diagnosticada em 2017, por suspeita de sarcoidose em contexto de inflamação do olho

esquerdo e uveíte anterior e diminuição da acuidade visual do OD. Negava febre, astenia, mialgias ou queixas respiratórias. Perante esta hipótese diagnóstica realizou TC torácica que revelou adenopatias mediastínicas e múltiplas opacidades micronodulares bilaterais, achados compatíveis com sarcoidose com envolvimento pulmonar.

Analicamente apresentava uma enzima de conversão da angiotensina de 87 U/L (normal entre 15 e 85), serologias infecciosas e mantoux negativos, HLA-B27 negativo e anticorpos antinucleares positivos.

Realizou electrocardiograma que foi normal e broncofibroscopia com lavado bronco-alveolar que revelou infiltrado inflamatório granulomatoso e um índice CD4+103+/CD4+ de 0.17 (cut-off <0.31) e pesquisa de microorganismos e células neoplásicas negativas, achados confirmatórios de sarcoidose.

Por afecção severa do OD e envolvimento pulmonar iniciou prednisolona (PDN) 1mg/kg, com melhoria nas semanas seguintes.

Quatro semanas depois iniciou quadro de poliúria associado a glicemias de 400 mg/dL e HbA1C de 10% que se atribuiu à corticoterapia. Iniciou antidiabéticos orais, sem efeito, e posteriormente insulina. Nesta altura referia também mialgias sem alterações analíticas, sendo assumida miopatia por corticóides, e reduzida a dose destes para metade. Em Outubro foi internada durante 20 dias por trombose venosa profunda grave do membro inferior esquerdo, com afecção das veias poplítea, femoral superficial, femoral comum e ilíaca externa, tendo alta medicada com rivaroxabano após recuperação parcial. Iniciou a azatioprina 100 mg/dia reduzindo a PDN para 10mg/dia. Em finais de Novembro realizou TC da coluna dorsal e lombar por lombalgia que revelou hérnia discal L4 e fractura osteopénica em D12. Posteriormente passou a deflazacorte 6mg e em 02/2019 suspendeu a corticoterapia, com diminuição da necessidade de insulina. Nove meses após o diagnóstico está sem azatioprina.

Discussão: Esta doente apresentou uma série de complicações graves associadas à corticoterapia. No entanto, é de assinalar que a gravidade da afecção ocular e o envolvimento pulmonar justificavam o recurso aos corticóides sistémicos.

Casos como este chamam a atenção para a necessidade de uma utilização criteriosa e de uma redução rápida da dose de corticóides, para além da introdução precoce de outras opções terapêuticas imunossupressoras, quando possível.

P113

722 UM CASO DE SÍNDROME DE MORBIHAN

Maria Inês Gonçalves, Paula Perestrelo, Gonçalo Miranda, Rosa Ballesteros, Leopoldina Vicente

Centro Hospitalar Univeritário Cova da Beira

A Síndrome de Morbihan é uma doença rara que é considerada uma forma de rosácea, tendo como sinónimos linfedema rosáceo e edema facial persistente sólido. Esta síndrome afecta principalmente caucasianos adultos de ambos os sexos, com maior incidência nas mulheres. Embora de etiologia desconhecida, clinicamente caracteriza-se pelo surgimento lento de eritema e edema sólido nos dois terços superiores da face, com acentuação na região periorbital, frontal, glabellar, nasal e bucinadora.

Caso Clínico:

Mulher de 52 anos de idade, diagnosticada com trombose da veia poplítea esquerda e veias gemelares e tromboembolia da artéria pulmonar direita e esquerda e seus ramos segmentares, inicia terapêutica com novo anticoagulante oral. A doente não tinha antecedentes pessoais de relevo e a sua medicação habitual era a contracepção oral combinada (que suspendeu após o diagnóstico de TEP). O estudo das trombofilias revelou-se negativo e o ecocardiograma realizado apenas apresentou alterações do relaxamento do ventrículo esquerdo.

Ao 2º mês após a alta do internamento iniciou quadro de edema facial unilateral (à direita). Foi encaminhada para consulta de Estomatologia, tendo sido diagnosticada uma fractura da arcada zigomática com edema da face consequente. Também foi observada por Cirurgia Maxilo-Facial, tendo realizado TAC da face, que revelava apenas ligeira densificação dos planos gordurosos infero-orbitários à direita, sem colecções. Por suspeita de alergia ao lixiana (NOAC com que estava medicada) suspendeu este fármaco. Foi também encaminhada para Imunoalergologia para exclusão de outra patologia alérgica. Com a exclusão das patologias desta área, começou a ser colocada a hipótese de se tratar de uma síndrome paraneoplásica. No entanto, por manter o edema unilateral da face (com mais de 6 meses de evolução), foi primeiramente discutido o caso com Dermatologista que concordou com realização de biópsia dermatológica.

Ao exame histológico foi observada epiderme com discreta hiperqueratose ortoqueratósica, derme com discretos depósitos intersticiais de mucina (ferro coloidal) e células de tipo fibroblasto de tipo reactivo, além de leve a moderado infiltrado linfóide peri-vascular superficial e profundo, sem lesões granulomatosas ou espessamento da basal da epiderme, nem microorganismos (PAS e PAS-D). Também não apresentava depósitos de amiloide ou outras alterações.

Foi assim diagnosticada a Doença de Morbihan – a doente iniciou corticoterapia em desmame semanal e isotretinoína, com discreta melhoria do edema da face.

Discussão:

O propósito deste caso clínico passa por realçar a importância da discussão multidisciplinar entre colegas de diversas especialidades, em prol de um diagnóstico assertivo e tratamento dirigido à patologia do doente.

P114

782 CARDIOPATIA E COLITE – UM ACASO?

Vera Seara, Sónia da Costa Fernandes, Susana Marques de Sousa, Marta Rafael Marques, Cristina Marques, Teresa Pinto

CHPVVC

A miopericardite é uma doença inflamatória, com atingimento pericárdico e do músculo cardíaco, sendo uma causa de dor torácica. Associada a condições infecciosas e não infecciosas, nomeadamente doenças com envolvimento sistémico.

É relatado o caso de um doente de 20 anos, previamente assintomático, admitido por febre, sintomas respiratórios altos (rinorreia e tosse irritativa), diarreia (2 dejeções líquidas por dia, sem muco ou sangue), e toracalgia retroesternal, tipo pleurítica com uma semana de evolução. Do estudo, salienta-se alterações electrocardiográficas (elevação côncava de ST de v2-v6), elevação dos biomarcadores de necrose miocárdica e ecocardiograma sem alterações. A RM cardíaca apresenta área de edema e realce tardio intramiocárdico no segmento basal inferior, sem alterações no pericárdico.

Para completar o estudo etiológico, realizou TC abdominal com espessamento cólico parietal difuso, inespecífico, sugestivo de colite, confirmado por colonoscopia com biópsia que demonstra erosões compatíveis com colite em actividade. O estudo da imunidade e coproculturas foram negativos e calprotectina em curso. Das serologias salienta-se positividade para o adenovírus. Durante o internamento apresentou episódio de eritema pruriginoso, auto-limitado.

Teve alta do internamento hospital, com melhoria sintomática e medicado com AINE, IBP, colchicina e indicação para evicção de exercício físico. Foi referenciado para consulta externa de medicina interna para reavaliação e continuação do estudo etiológico.

A relevância deste caso clínico prende-se com a importância da valorização de pormenores na história clínica e evolução da miopericardite, de forma a ser alargado o estudo etiológico para

entidades menos comuns, como é o caso da doença intestinal.

P115

841 VASULITE ANCA | DESAFIO DIAGNÓSTICO

João Pedro Abreu, Alexandra Leitão, Maria Teresa Boncoraglio, Francisca Moura, Joana Esteves, Carla Lemos Costa, Carlos Olveira

Hospital Santa Maria Maior

INTRODUÇÃO

As Vasculites sistémicas são um grupo heterogéneo de doenças caracterizadas por inflamação das paredes vasculares. São incomuns, com incidência de cerca de 30 novos casos por milhão, por ano. Para este caso importa ressaltar o grupo de vasculites de pequenos vasos - dividem-se em duas categorias: mediadas por imuno-complexos (Ex: Doença Goodpasture) ou associadas a ANCA's; atingem virtualmente qualquer órgão ou sistema, pelo que a forma de apresentação é variável.

CASO CLÍNICO: Apresenta-se caso de homem de 61 anos, fumador de 49 UMA, antecedentes de Tuberculose Pulmonar e abuso crónico do álcool. Refere astenia com cerca de 4 meses de evolução, associando-se a perda ponderal que não quantifica. Recorre ao seu médico assistente, sendo objectivada anemia normocítica, normocrómica. Realizou EDA e EDB, que revelou Gastrite H. pylori positiva; não iniciou erradicação. Manteve astenia pelo que recorre ao SU do nosso Hospital. À admissão, objectivada anemia de 7,6 g/dL, sem défice de ferro ou vitamínico, Lesão Renal Aguda (LRA) de 2,63 mg/dL de Creatinina; sedimento urinário sem quaisquer alterações, elevação de parâmetros inflamatórios; RX Tórax com cavitações em ambos os ápices, sem imagens de consolidações. Assumida Anemia para estudo e LRA em contexto provável de hipoperfusão. É internado para estudo. Realizado TC TAP que revelou "Múltiplas bronquiectasias varicosas nos lobos superiores, no segmento lingular e no lobo médio, coexistindo densificação moderada do parênquima pulmonar peribrônquico nos lobos superiores, podendo denunciar processo inflamatório sobreposto. Espessamento intersticial peribroncovascular no segmento lateral do lobo médio, na línula e nos segmentos basais dos lobos inferiores, de predomínio periférico, com algumas áreas de densificação em vidro despolido (...)" Sem alterações a nível renal ou sistema excretor; repetiu EDA e EDB sem alterações de novo. Dado ausência de melhoria da função renal apesar de correção de hemoglobina e estabilidade hemodinâmica, alargado estudo etiológico. Do estudo – hipergammaglobulinemia, exame urina de 24h sem proteinúria, pANCA 1/640 com MPO francamente aumentado. Assumida Vasculite ANCA MPO. Iniciou pulsos de Metilprednisolona; contactada nefrologia. Realizada Biópsia Renal

que confirmou diagnóstico. Excluída TP activa ou latente, pelo que iniciou imunossupressão com Ciclofosfamida.

CONCLUSÃO: As vasculites ANCA apresentam-se de forma heterogénea, constituindo nesse contexto um desafio constante na prática clínica do quotidiano. Este caso representa um quadro atípico em que a ausência de alterações no sedimento urinário (em múltiplas colheitas), bem como de Urina de 24h, poderia afastar o diagnóstico, e, por conseguinte, atrasar o início de terapêutica dirigida. É sempre de ressaltar a importância da história clínica e a valorização da suspeição clínica.

P116

948 UMA FEBRE DE ORIGEM DESCONHECIDA

Ana Ramalho, Cláudia de Jesus, Filipa Moleiro, Helena Victorino, Maria Eduarda Comenda, Mário Barbosa, Nadine Monteiro, Sofia Marques Santos, Helena Cantante
Hospital Lusíadas Lisboa

Introdução

A doença de Still é uma doença de etiologia desconhecida, considerada rara, com aproximadamente 1 caso por cada 625 000 pessoas e uma igual distribuição entre géneros. Muitas vezes apresenta-se como Síndrome Febril Indeterminado (SFI) e sendo um diagnóstico de exclusão implica a investigação aprofundada do quadro clínico.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 46 anos, nacionalidade brasileira, sem antecedentes pessoais de relevo ou medicação habitual, recorre ao Serviço de Urgência por quadro, com 6 dias de evolução, pautado por febre (3 picos diários), de 39°C, odinofagia, mialgias generalizadas com afeção funcional e anorexia. Teria sido medicada recentemente com Penicilina por Amigdalite e iniciado Amoxicilina e Ácido clavulânico assumida infeção respiratória superior 10 dias antes, sem melhoria da sintomatologia descrita. Refere quadro semelhante 20 anos antes, para o qual se instituiu corticoterapia. Sem contexto epidemiológico ou hábitos de relevo. Ao exame objetivo verificou-se astenia, sem outros achados valorizáveis. Analiticamente com Leucocitose de $29.24 \times 10^9/L$ e neutrofilia de 93%, Proteína-c-Reativa de 20.27 mg/dL, pesquisa de Streptococcus grupo A positiva, AST 116 UI/L, ALT 223 UI/L, GGT 577 UI/L, FA 516 UI/L. Em regime de internamento procedeu-se ao estudo do SFI, do qual se destaca Anticorpos Antinucleares positivos (1/320), Velocidade de Sedimentação de 123 mm/h, Ferritina 3008 ug/L, Ferritina glicosilada 20%, serologias referentes a HIV, Hepatite B, C, CMV, EBV e Parvovírus B19 negativas, eletroforese de proteínas sem alterações e hemoculturas e urocultura negativas. Dos restantes exames complementares de diagnóstico salienta-se Tomografia computadorizada torácica, abdominal e pélvica, mielograma, Tomografia por emissão de

positrões, Ecocardiograma trans-torácico e trans-esofágico sem alterações. Durante a realização da antibióterapia iniciada em ambulatório e após a sua suspensão manteve picos febris (2 por dia), tendo iniciado Naproxeno, com manutenção dos mesmos e mialgias, assim iniciou Prednisolona 60 mg/dia. Após 3 dias sob corticoterapia verificou-se melhoria do quadro já descrito (incluindo apirexia mantida).

A doente teve alta com o diagnóstico de Doença de Still, tendo sido realizado o diagnóstico diferencial com patologias infecciosas, neoplásicas e outras doenças reumatológicas, medicada com Prednisolona 60 mg/dL. Em consulta de Reumatologia 2 semanas após a alta manteve-se assintomática, tendo iniciado desmame da corticoterapia.

Discussão: A investigação do Síndrome Febril Indeterminado pode ser demorada e exaustiva para o doente com a realização de múltiplos exames de diagnóstico. As patologias enquadram-se entre 3 principais grupos: Infeccioso, Neoplásico e Reumatológico. A doença de Still estando incluída no último, não é das hipóteses mais comumente colocadas devido à sua baixa prevalência, mas não deve cair no esquecimento já que frequentemente se verifica melhoria após instituição terapêutica.

P117

1408 UM CASO DE PIODERMA GANGRENOSO

Elsa Araújo, Bárbara Sousa, Manuel Barbosa, Tiago Mendes, Inês Grenha, Joana Fontes, João Costelha, António Ferro, Paula Brandão

Unidade Local Saúde Alto Minho - Hospital Conde Bertiandos, Medicina 2

Introdução

O Pioderma Gangrenoso (PG) é uma dermatose neutrofílica, rara e estéril, com uma incidência estimada em 3 a 10 casos por milhão de habitantes por ano. Apresenta-se como lesões cutâneas inflamatórias e ulceradas, por vezes com envolvimento extra-cutâneo.

O diagnóstico consiste no reconhecimento dos achados clínicos e histológicos e exclusão de outras alterações cutâneas inflamatórias e ulcerativas.

A razão do desenvolvimento do processo inflamatório que leva ao PG é desconhecida. Todavia, o PG em mais de 50% dos doentes está associado a doença sistémica.

Caso Clínico: Homem, 56 anos, fumador, com antecedentes de cardiopatia isquémica, doença arterial periférica e úlcera varicosa na perna esquerda após traumatismo em 2014.

Doente com ferida traumática na face externa da perna esquerda que, apesar do tratamento local e antibiótico sistémico, se manteve durante 4 meses, com posterior resolução após o acompanhamento

pela especialidade de cirurgia geral. No entanto, após 4 semanas surgiram pápulas na perna esquerda com centro necrótico e, posteriormente, evolução para úlcera, com agravamento progressivo, maior área e profundidade, e envolvimento da perna direita, pese embora o tratamento local e antibiótico sistêmico. Por fim, apresentou eritema com progressão caudo-cefálica. O doente recorreu ao Serviço de Urgência após 2 meses de clínica, tendo sido internado e realizado estudo analítico, imagiológico e biópsia cutânea, e iniciado prednisolona 1mg/kg/dia por suspeita de PG/Vasculite. Após o início de prednisolona mostrou melhoria progressiva e o desaparecimento do eritema.

Foi assumido o diagnóstico de PG pelas características sugestivas das lesões, ausência de outros sinais ou sintomas, presença de doença arterial periférica e história traumática prévia, bem como estudo laboratorial negativo e biópsia cutânea com infiltrado inflamatório crónico com neutrófilos, ausência de infeção e excelente resposta à terapêutica com prednisolona. Não foram encontradas alterações que pudessem levar à suspeita de doenças concomitantes.

Atualmente, encontra-se sob desmame prednisolona sem recidiva de doença.

Discussão: O diagnóstico de PG é difícil, mas pode ser deduzido pela história clínica, lesões e histologia. As lesões iniciais devem ser sempre diferenciadas de celulite ou foliculite ou outras doenças semelhantes. Embora o PG seja raro, na presença de pústula que se desenvolve numa ferida arroxeadada com centro necrótico deve-se suspeitar desta patologia.

Este relato de caso mostra o caminho desafiador para o diagnóstico e, ainda, a necessidade de vigilância, por motivo de associação a várias doenças sistémicas, nomeadamente autoimunes e neoplásicas.

P118

1805 TUMOR CARCINÓIDE GÁSTRICO NA SÍNDROME POLIGLANDULAR AUTOIMUNE TIPO 2

Joana Vieira, Isabel Camões, Patrícia Amoedo, Jorge Almeida

Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar Universitário de São João

A Síndrome poliglandular autoimune tipo 2 é a forma mais comum de Síndrome poliglandular autoimune. Afeta mais frequentemente mulheres adultas, com formas de apresentação clínica heterogêneas. Apresenta-se o caso clínico de uma doente que cumpre dois dos três critérios para enquadramento nesta síndrome. São eles doença de Addison autoimune e o hipotireoidismo autoimune. É conhecida a relação entre esta síndrome e

o desenvolvimento de gastrite autoimune, na qual os anticorpos anti-células parietais, ao induzirem um estado de acloridia e consequente hipergastrinemia compensatória podem contribuir para o aparecimento de tumor carcinóide gástrico.

Mulher de 73 anos, seguida na consulta de Medicina Interna, com diagnóstico de doença de Addison desde os 19 anos e hipotireoidismo diagnosticado aos 61 anos, com anticorpos anti-tiroideus positivos. A doente apresenta ainda manifestações minor como vitiligo, hipergamaglobulinemia policlonal, gastrite autoimune com anticorpos anti-células parietais positivos e anemia perniciosa com anticorpos anti-fator intrínseco positivos.

Por quadro de anorexia e perda ponderal, realizou estudo endoscópico digestivo, no qual se destacou no corpo gástrico "agrupamento de células com características de tumor neuroendócrino bem diferenciado", material que em estudo imunocitoquímico se revelou CD56+, Cromogranina e Sinaptofisina positivos, favorecendo a natureza neuroendócrina da população celular analisada.

Nos indivíduos com Síndrome poliglandular autoimune tipo 2, a sobrevida e qualidade de vida estão frequentemente reduzidas comparativamente à população geral, o que é maioritariamente atribuível à presença de doença de Addison autoimune. Estes doentes apresentam um risco acrescido de neoplasia associada a entidades como a gastrite autoimune (adenocarcinoma e carcinóide gástrico) e à doença celíaca (linfoma e carcinoma intestinal).

Realça-se este caso pela baixa prevalência de tumor carcinóide gástrico em doentes com anemia perniciosa decorrente da síndrome poliglandular autoimune.

P119

2098 ARTERITE DE CÉLULAS GIGANTES – QUANDO SUSPEITAR? A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.

Ana Carvoeiro, Alexandra Esteves, Susana Barbosa, Paula Felgueiras, Diana Guerra, Carmélia Rodrigues

Unidade Local de Saúde do Alto Minho

INTRODUÇÃO

A Arterite de Células Gigantes (ACG) é uma vasculite sistémica com envolvimento predominante de artérias de grande e médio calibre, nomeadamente dos ramos extracranianos da artéria carótida externa. Atinge doentes com mais de 50 anos e predomina no sexo feminino. As manifestações clínicas são inúmeras vezes transitórias e variáveis. As mais comumente descritas incluem as cefaleias de novo, a claudicação da mandíbula, alterações visuais e sintomas constitucionais. Entre as complicações da ACG, de referir hipovisão súbita e em casos mais graves amaurose, sendo

o diagnóstico e tratamento precoces essenciais para evitar deterioração rapidamente progressiva da acuidade visual. CASO CLÍNICO: Mulher, 84 anos, com história pregressa de patologia tiroideia, fatores de risco cardiovasculares e de glaucoma no olho direito (OD). Trazida ao serviço de urgência (SU) por discurso incoerente, desorientação, com cefaleia frontoorbitária direita e dor ocular ipsilateral associadas a hipovisão e estrabismo divergente do OD e astenia com semanas de evolução. Ao exame objetivo, a salientar febre (38°C), pupila direita pouco reactiva à luz, pulsos da artéria temporal presentes bilateralmente e simétricos, sem dor à palpação no local, sem indurações palpáveis; sem claudicação da mandíbula. Analiticamente, com anemia normocítica normocrômica, com trombocitose e proteína C reativa elevada. Estudo do líquido, com 2 leucócitos e hiperproteinorria. Admitida no internamento sob a possibilidade de encefalite vírica. Após anamnese mais detalhada, doente refere episódios anteriores de dor mandibular e desconforto à palpação do trajeto da artéria temporal à direita, depois objetivado. Da avaliação por Oftalmologia, de referir hipovisão marcada do OD sem papiledema, estrabismo divergente do OD, sem restrições oculares, sem evidência de neuropatia ótica isquêmica (NOI) anterior ou oclusão da artéria central da retina. O estudo complementar subsequente mostrou velocidade de sedimentação elevada (86mm); função tiroideia sem alterações; marcadores tumorais, estudo imunológico, pesquisa de HIV, reação VDRL e hemoculturas negativos. Atendendo ao elevado grau de suspeição clínica e analítica para ACG, a doente iniciou corticoterapia, com melhoria clínica gradual. Realizou, posteriormente, biópsia da artéria temporal direita que confirmou o diagnóstico presumido. DISCUSSÃO: A ACG é uma patologia comum, contudo, provavelmente, subdiagnosticada. Os sintomas constitucionais, as cefaleias de novo são frequentes, embora inespecíficos, não sendo mencionados espontaneamente pelos doentes. Realça-se, assim, a importância da anamnese cuidada e o reconhecimento precoce dos elementos-chave para o diagnóstico efetivo e posterior tratamento adequado desta patologia.

P120

341 LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO NO ESTUDO DE FEBRE DE ORIGEM INDETERMINADA

Ana Monteiro, Inês Ferreira, Margarida Silva, Jorge Almeida

CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução

Lúpus eritematoso sistémico (LES) é uma doença inflamatória crónica, autoimune do tecido conjuntivo, de afetação multissistémica, com

um largo espectro de manifestações clínicas. O diagnóstico é difícil, uma vez que a doença se apresenta com uma variedade de sintomas e sinais clínicos e laboratoriais, podendo afetar qualquer órgão. A apresentação clínica varia desde sintomas constitucionais, a atingimento articular, cardíaco, cutâneo, de mucosas, hematológico, gastrointestinal, neuropsiquiátrico, pulmonar, renal, oftalmológico ou vascular. O caso reportado é de um homem admitido para estudo de febre, com diagnóstico de LES, após anamnese cuidada.

Caso clínico: Homem, 67 anos. História médica prévia de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensão arterial, de longa evolução, com lesão de órgão alvo: Doença Renal Crónica (DRC) estadio terminal, assumida etiologia multifatorial, em programa regular de hemodiálise e Derrame Pericárdico pequeno volume, diagnosticado 2 anos antes do presente internamento, assumida etiologia provável urémica. Foi admitido no serviço de Medicina Interna, por febre de etiologia indeterminada para estudo. Foi excluída etiologia infecciosa ou neoplásica, incluído estudo endoscópico de tubo digestivo e Tc toraco-abdomino-pélvica. Foi colocada a hipótese de doença autoimune após anamnese cuidada. O doente apresentava sintomas constitucionais com 4 meses de evolução, febre, sem predomínio de horário, máxima de 38,3°C, astenia intensa, com limitação na vida diária e perda ponderal importante, não quantificada; úlceras orais; poliartralgias migratórias de joelhos, sem evidência de artrite, edema ou sinais inflamatórios. Ao exame objetivo foi documentada febre (38°C) e humor depressivo, sem outras alterações de relevo. Do estudo realizado, analiticamente foi documentada anemia hemolítica e Velocidade de sedimentação (VS) de 99mm/1^h. Radiologicamente, documentado derrame pleural de pequeno volume à direita, portanto polisserosite (derrame pericárdico e pleural). Do estudo imunológico, foi documentada positividade para auto-anticorpos anti-dsDNA e anti-ANA. Foi assumido o diagnóstico de LES, pelo que iniciou corticoterapia em baixa dose (Prednisolona 5mg/dia) e Hidroxicloroquina, com melhoria clínica, resolução de febre e diminuição da VS.

Discussão: A anamnese cuidada e a soma rigorosa de sintomas e sinais clínicos, levam à suspeita diagnóstica de LES, um diagnóstico difícil, por vezes com anos de evolução, como no caso reportado. No caso descrito o doente apresenta-se com sintomas constitucionais, atingimento articular, cardíaco, de mucosas, hematológico, neuropsiquiátrico, pulmonar e renal, alguns dos sintomas com anos de evolução.

P121

1517 VASCULITE ANCA E NEOPLASIAS

Nuno Vieira e Brito, Pawel Sierzputowski, Judite Salavessa, Paula Alcântara

Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte

A coexistência de vasculite e neoplasia é um síndrome paraneoplásico raro cuja patofisiologia ainda não está claramente definida sendo que a detecção da vasculite pode preceder o diagnóstico da neoplasia. A associação entre vasculite ANCA e tumores sólidos é uma rara associação cuja relevância clínica apenas recentemente se começou a estudar.

Mulher de 73 anos recorre ao SU por perda súbita da acuidade visual no OE associado a cefaleia com 24 horas de evolução e quadro com um ano de evolução de febre baixa e perda ponderal. Tinha os diagnósticos prévios de diabetes tipo 2 e hipertensão arterial; Portadora de prótese biológica em posição aórtica e anel valvular mitral e mutação do gene da protrombina. Na observação oftalmológica com alterações sugestivas do diagnóstico de NOIA arterítica. Analiticamente com anemia de Hb 10,4 g/dl (normocítica, normocrômica), VS de 103 mm, PCR 13,4 g/dl, Factor Reumatoide de 17,8 UI/mL, sem consumo de complemento e serologia para HIV, Hepatites negativas. Ecodoppler das artérias temporais, faciais, occipitais e axilares sem evidência de halo, mas com ligeiro espessamento tendo realizado biópsia da artéria temporal esquerda sem células gigantes. O estudo de auto imunidade foi negativo com exceção do C-ANCA com título anti-PR3 de 361. Realizou pulso de metilprednisolona com melhoria da acuidade visual tendo sido feito o diagnóstico de vasculite ANCA. Realizou ainda biópsia dos cornetos nasais e tomografia dos seios assim como torácica sem sinais de granulomas e sem aparente envolvimento nefrológico. Boa resposta inicial à corticoterapia com redução da VS e melhoria da acuidade visual mas com título de C-ANCA em cinética ascendente (PR3-621) e trombocitopenia induzida por metotrexato. Um mês após a alta internamento por enfarte agudo do miocárdio tendo realizado coronariografia que demonstrou doença aterosclerótica da descendente anterior com lesão moderada a grave. No internamento na cardiologia com complicação de endocardite a streptococcus oralis estando a cumprir dias de antibioterapia e dois episódios de rectorragias motivando realização de colonoscopia que mostrou lesão ulcerada no cego com 30mm, cujo exame histológico revelou adenocarcinoma pouco tendo diferenciado. Foi submetida a hemicolectomia direita com estadiamento G3pTaaL1V1pN1b. Realizou quimioterapia adjuvante e após o 2º ciclo (2/5) sem sinais de recidiva da doença e com descida do título de anticorpos para 300 e descida progressiva da corticoterapia sem recidiva dos

sintomas de vasculite.

Os autores salientam este caso devido ao diagnóstico de vasculite ANCA que se apresenta de uma forma típica nesta doente e preceder o diagnóstico de neoplasia do cólon direito tratando-se de uma forma rara de síndrome paraneoplásico. Este caso reforça a importância de procurar causas alternativas aquando do diagnóstico de doenças autoimunes que poderão esconder ou ser precipitados por outros quadros.

P122

1663 À BEIRA DA CATÁSTROFE – UM CASO DE ANEMIA HEMOLÍTICA

Joana Isabel Marques, Sara Mendonça Freitas, Ana Grilo, Sónia Pargana Passô, Fernando Martos Gonçalves

Hospital Beatriz Ângelo

A anemia hemolítica autoimune tem uma incidência anual de 1-3/100mil habitantes, mais comum nas mulheres, com pico na 4ª e 5ª décadas. Pode ser primária (idiopática) ou secundária a infeções, doenças autoimunes ou hematológicas. A investigação etiológica e a gestão terapêutica é complexa obrigando a uma flexibilidade por parte do clínico nesta abordagem desafiante.

Caso clínico

Mulher de 68 anos com história de hipertensão arterial e dislipidemia, medicada com indapamida e sinvastatina e que recorre à urgência por icterícia da pele e mucosas de aparecimento recente e cansaço. Negava sintomatologia respiratória, gastrointestinal ou genitourinária, febre, perda de peso ou outras lesões cutâneas. Negava infeções recentes, viagens, novos medicamentos ou suplementos. Do exame objetivo destaca-se que se apresentava orientada com mucosas e pele icterícia, sem outros achados de relevo. Analiticamente: anemia normocítica (hemoglobina 7,7g/dL), morfologia sangue periférico com anisocitose, sem células anómalas, haptoglobina diminuída, LDH 575mg/dL, hiperbilirrubinemia à custa da não conjugada (bilirrubina total 8,85mg/dL), o teste de Coombs direto foi positivo para IgG. Faz-se o diagnóstico de anemia hemolítica.

Em termos etiológicos identificou-se elevação da velocidade de sedimentação, anticorpos antinucleares positivos em título 1:320 padrão NUMA1 bem como anticorpos antiperoxidade e tiroglobulina positivos com função tiroideia normal. De salientar restante estudo autoimune negativo: ausência de consumo de complementos, anti-dsDNA, SSa e SSb e anti-Sm negativos; eletroforese de proteínas e imunofixação sem alterações; fórmula leucocitária dentro da normalidade. Realizou ecografia tiroideia que mostrou padrão sugestivo de tiroidite. Fez ainda TC toraco-abdomino-pélvica que excluiu presença de adenopatias ou massas/

nódulos anómalos e endoscopia e colonoscopia para exclusão de neoplasia.

Iniciou pulsos de metilprednisolona (5 dias) seguido de prednisolona 1mg/kg/dia. Não houve resposta à estratégia com descida da hemoglobina para o valor mínimo de 5,4g/dL, com necessidade transfusional. Aumentou prednisolona para 1,5mg/kg/dia e realizou imunoglobulina humana (5 dias) com evolução favorável do ponto de vista hematológico.

Ainda durante o internamento apresentou queda com fratura trimalleolar o que tornou ainda mais complexa a gestão da doente com evidência de hemólise ativa e que necessitou de cirurgia para redução. Referir ainda efeitos adversos da imunossupressão incluindo infecciosas (bacteriemia a *P. mirabilis* e candidíase esofágica) e diabetes mellitus secundária a corticoterapia.

Conclusões

Este caso de anemia hemolítica auto-imune constituiu um desafio na investigação etiológica, mas principalmente terapêutico dada a ausência de resposta à primeira linha e necessidade de modificação de estratégia face à evolução clínica. A complexidade é crescente considerando dificuldades na gestão de intercorrências e efeitos terapêuticos adversos.

P123

2069 O MÉDICO INTERNISTA E AS PUSTULAS, DOENÇA DE SNEDDON-WILKINSON

Yair Gamboa, André Goulart, Alexandra Freitas, Almerindo Rego

Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira

Introdução

A Doença de Sneddon-Wilkinson ou Dermatose Pustular Subcórnea é uma doença inflamatória da pele rara, crônica, geralmente benigna de etiologia desconhecida, caracterizada por erupções vesiculares crônicas e pústulas estéreis recorrentes, envolvendo as áreas de flexão do tronco e regiões proximais dos membros. Está associado a várias doenças sistêmicas, incluindo distúrbios das imunoglobulinas, doenças inflamatórias e distúrbios linfoproliferativos.

Descrição do caso: Doente do sexo feminino, 80 anos de idade, sob antibioterapia empírica por celulite do membro superior esquerdo, que evoluiu com agravamento das lesões cutâneas por aparente reacção adversa a terapêutica antibiótica, complicada com rash pustular generalizado, principalmente na região inguinal e inframamária bilateralmente, associado a exsudação serosa moderada.

Estudos laboratoriais: Hemoglobina 7,6g/dL,

velocidade de sedimentação eritrocitária > 140mm/h, creatinina 1,4mg/dL; Esfregaço de sangue periférico: anisocitose leve, anisocromia, policromatofilia e algumas plaquetas macrocíticas; Cinética de ferro, folato e vitamina B12 normal sem alterações; Culturas de sangue estéreis; Teste VDRL negativo; Determinação de imunoglobulinas séricas: IgE 179,20UI/mL; Beta 2-microglobulina 6,1mg/L; Eletroforese de proteínas séricas normais; Ecografia abdominal normal; Tomografia toraco-abdominal: linfadenopatia axilar bilateral, algumas com dimensões supracentimétricas; A biópsia de pele revelou dermatose subcorneal.

O paciente iniciou tratamento com acitretina 30mg por dia, evoluindo com melhoria progressiva e significativa das lesões da pele, tornando-se menos escamosa e menos sinais inflamatórios,

Discussão: O diagnóstico das doenças de pele é desafiador, uma vez que, apesar da observação direta das lesões, em muitos casos a biópsia da pele torna-se essencial para o diagnóstico final.

Neste caso específico, identificamos uma entidade incomum, e a biópsia foi fundamental para a correta orientação terapêutica.

P124

574 GRANULOMATOSE EOSINOFÍLICA COM POLIANGEÍTE – UM CASO DE APRESENTAÇÃO AGUDA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Mafalda Mourisco, Elsa Meireles, Fátima Pais, Fernando Moreira

Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, Serviço de Medicina Interna

Introdução

A Granulomatose Eosinofílica com Poliangeíte é uma vasculite necrotizante de pequenos e médios vasos com variações no fenótipo clínico de acordo com a presença do anticorpo anti-citoplasma dos neutrófilos (ANCA).

Caso Clínico:

Mulher de 67 anos, autónoma e cognitivamente íntegra, recorre ao Serviço de Urgência por quadro de dispneia para pequenos esforços, anorexia e tosse com expectoração escura com 4 dias de evolução. Negada qualquer outra sintomatologia. Antecedentes pessoais de relevo: dislipidemia; sinusite e pólipos nasais; asma sem atopia; duodenite crónica com infiltrado eosinofílico. Ao exame físico: TA 154/90 mmHg; FC 104 bpm; FR 26 cpm; apirexia. Auscultação pulmonar: murmúrio vesicular globalmente diminuído e sibilância dispersa. Gasimetricamente com insuficiência respiratória tipo 1, a saturar a 85% em ar ambiente. Do estudo analítico, a salientar leucocitose com eosinofilia de 22.7% e PCR de 64. Realizou radiografia de tórax, onde se visualizavam infiltrados

parenquimatosos, posteriormente esclarecidos por TC. Internada por infiltrados parenquimatosos e eosinofilia periférica, com valor relativo máximo de 33%. Sem envolvimento cutâneo, renal ou cardíaco. Persiste dúvida de eventual envolvimento cerebral por incidentaloma numa TC cerebral de 2018. Realizou broncofibroscopia com lavado broncoalveolar contendo 64% de eosinófilos, sem clonalidade. Estudo imune (incluindo ANCA) e vírico negativo, VS de 54, ECA normal, IgE ligeiramente aumentada, restantes imunoglobulinas normais. Iniciou-se corticoterapia sistêmica, com normalização da eosinofilia nas 24 horas seguintes, e desmame da oxigenoterapia suplementar. A doente teve alta medicada orientada para a consulta, sob Prednisolona 1 mg/Kg/dia e profilaxia da osteoporose e da infecção por *P. jirovecii*.

Discussão:

Estão, assim, presentes critérios de granulomatose eosinofílica com poliangeíte, de acordo com o American College of Rheumatology: asma de diagnóstico tardio; sinusite; eosinofilia periférica superior a 10%; infiltrados pulmonares bilaterais e eosinofilia extravascular. Três fases são reconhecidas nesta doença: asma e manifestações de atopia, como rinossinusite, que podem preceder em meses ou anos a doença infiltrativa eosinofílica com eosinofilia periférica ou gastroenterite, culminando na fase vasculítica. A apresentação clínica deste caso sugere enquadrar-se na segunda fase. O envolvimento cardíaco e pulmonar são os mais frequentes nos 60% dos doentes com ANCA negativos. Este caso clínico salienta a importância de manter o espírito crítico perante um quadro respiratório agudo, bem como de um raciocínio clínico flexível e holístico.

P125

589 DERMATOMIOSITE - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Paula Sofia Araújo, Lorena Lozano Real, Mykhailo Iaschuk, Francine Mascarenhas Moraes, José Águila de los Rios, Juan Manuel Urbano

ULSNA - Hospital de Santa Luzia de Elvas

Adermatomiosite(DM)éumadoençamultissistêmica com uma variedade de manifestações clínicas. Esta doença tem uma distribuição etária bimodal com o primeiro pico entre 5 e 15 anos e outro entre 45 e 60 anos. As estimativas de prevalência variam de 5 a 22 por 100.000 pessoas, tornando-a uma doença rara.

O seu diagnóstico precoce é difícil dada a variedade de manifestações e todos os sistemas afetados. A fraqueza muscular geralmente desenvolve-se de forma insidiosa e tem uma deterioração progressiva ao longo de vários meses. O envolvimento dos músculos orofaríngeos e do esôfago superior podem levar à disfagia, regurgitação nasal ou aspiração.

Existem várias erupções cutâneas características da DM, incluindo as pápulas de Gottron e eritema heliotropo. Elevações na creatinofosfoquinase (CK) ocorrem na maioria dos pacientes e são úteis para o diagnóstico e acompanhamento da atividade da doença. Os anticorpos anti-Mi2 são altamente específicos para dermatomiosite. Outros exames que facilitam o diagnóstico são o eletromiograma e a biópsia muscular. O tratamento de primeira linha é a corticoterapia, agentes poupadores de glicocorticóides e imunoglobulina intravenosa.

Relatamos um caso de um doente do sexo masculino, 58 anos, internado por rabdomiólise e insuficiência cardíaca aguda. Durante o internamento, o doente passou a apresentar anasarca com edema palpebral e ptose associada a eritema no tronco, membros superiores e periorbital (heliotrópio), além de lesões escamosas nos dedos (pápulas de Gottron); também iniciou queixas algícas escapulo-umeral e pélvica com fraqueza muscular, hipostesia dos membros inferiores e abolição dos reflexos osteotendinosos. Devido a esses novos achados, foram solicitados exames sorológicos incluindo doenças autoimunes, tomografia computadorizada de coluna lombar e cervical, eletromiografia e biópsia muscular. A partir dos resultados destes exames, incluindo um aumento nos níveis de CK, um anticorpo específico para miosite e uma diminuição no potencial da unidade motora, chegamos ao diagnóstico de dermatomiosite. Embora o diagnóstico e o tratamento fossem atempados o doente acabou por falecer devido a uma aspiração durante a refeição, mostrando o quão suscetíveis estes doentes são à fraqueza muscular envolvida nessa patologia.

Chegamos à conclusão de que, considerando a variedade de sintomas e os múltiplos sistemas que ela afeta, é necessário estar sensibilizado para esse diagnóstico e nunca esquecer que achados simples, como a rabdomiólise, podem esconder uma patologia muito mais específica

P126

777 DOENÇA DE STILL

Nuno Zarcos Palma, Mariana da Cruz, Margarida Cruz, Lígia Rodrigues dos Santos, Gisela Evaristo Vasconcelos, Vítor Fagundes, Mari Mesquita

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Introdução:

Doenças auto-inflamatórias são causadas por ativação do sistema imune inato e caracterizadas por episódios inflamatórios com febre, eritema e edema articular. A Doença de Still é rara, de etiologia desconhecida, sem predomínio de género, apresentando curso clínico monofásico, intermitente ou crónico.

Caso Clínico:

Descreve-se caso de um homem de 52 anos, residente em meio rural, contacto com gado ovino e caprino. Antecedentes de gastrite crónica, hemorragia subdural traumática e síndrome depressivo. Admitido por quadro de febre de predomínio vespertino, gonalgia esquerda com 1 semana de evolução, acompanhado de perda ponderal (10% em duas semanas). Sem outra clínica focalizadora de infecção. Analiticamente com aumento de parâmetros inflamatórios sistémicos. Abordado derrame articular do joelho esquerdo, com características inflamatórias. Assumida artrite séptica, iniciaria antibioterapia empírica e seria submetido a limpeza cirúrgica, com defervescência. Ao quinto dia de antibioterapia apresentou recrudescimento de febre e parâmetros inflamatórios. Atendendo ao contexto epidemiológico e serologias de borrelia IgM inconclusivo e IgG positivo, iniciada doxiciclina e rifampicina, novo período de evolução clínica e analítica favoráveis, com recrudescimento de febre e parâmetros inflamatórios ao décimo segundo dia de terapêutica.

Estudo complementar a excluir etiologia infecciosa, auto-imune e neoplásica. Mantendo febre recorrente, oligoartrite (gonalgia bilateral e omalgia direita), cefaleia, faringalgia e eritema maculopapular do tronco que cediam a AINE usado em contexto de analgesia.

Assumida doença de Still pela presença de 4 critérios major (febre, oligoartrite, eritema maculopapular, leucocitose com neutrofilia) e 2 minor (anticorpo antinuclear e factor reumatoide negativos, faringalgia) de Yamaguchi e exclusão de demais etiologias. Iniciada corticoterapia com melhoria clínica e analítica imediatas que manteve até follow-up após 1 mês.

Discussão:

Destacamos a importância da investigação exaustiva da etiologia no doente com febre antes de assumir um diagnóstico de exclusão.

P127

792 O DESAFIO DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME DE SOBREPOSIÇÃO: COLANGITE BILIAR PRIMÁRIA E HEPATITE AUTOIMUNE TIPO 1

Catarina Marques, Domingas Pereira, José Vaz
Hospital José Joaquim Fernandes - Serviço de Medicina Interna

Introdução

Caso de overlap de doenças autoimunes. Apesar desta síndrome de sobreposição ser a mais frequente devemos sempre dar atenção ao quadro clínico e termos em mente que a apresentação pode não ser simultânea, mas sequencial.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, de 47 anos de idade, sem antecedentes pessoais relevantes conhecidos que é referenciada a consulta por prurido, astenia, adinamia e artralguas. Analiticamente apresentava ligeiro aumento das enzimas hepáticas.

Na sequência da investigação de alterações das enzimas hepáticas obtivemos VS 57, AST 170, ALT 313, FA 292, GGT 274 e colesterol Total 213 e excluíram-se outras causas de alterações das enzimas hepáticas como as hepatites víricas.

Atendendo à clínica e às alterações das enzimas hepáticas suspeitou-se que se podia tratar de uma doença auto-imune hepáticas e pediram-se os auto anticorpos. De positivo obteve-se ANA 1/320, finamente granular, AC anti-musculo liso positivo sugestivo de actina F, AC anti mitocôndria M2 positivo, Imonoglobulinas IgG positivo com aumento da IgG1 e IgG3 (e IgG2 e IgG4 dentro da normalidade), IgM e IgA também dentro valores da normalidade. LKM negativo, cobre sérico normal. A nível ecográfico evidenciou-se uma discreta hepatomegalia. A biopsia hepática descrevia infiltrado inflamatório com alguns plasmócitos com lesões ligeiras e focalmente moderadas de hepatite de interface. Alterações do epitélio dos ductos (regenerativas e hiperplásicas), focos de colangite granulomatosa e proliferação ductular focal. Infiltrado inflamatório intra-acinar e necrose hepatocelular focal. Expansão fibrosa dos espaços porta com formação de septos incompletos. Foi sugestiva de cirrose biliar primária versus síndrome de overlap com hepatite autoimune.

Chegou-se então ao diagnóstico de Síndrome de Sobreposição de Colangite Biliar Primária com Hepatite Autoimune Tipo 1, com base na clínica e nos exames complementares de diagnóstico. Iniciou-se terapêutica com Acido Ursodesoxicólico, Azatioprina e corticoides. Doente com melhoria progressiva da sintomatologia e dos valores das enzimas hepáticas.

Discussão: Nas doenças hepáticas autoimunes a clínica é muitas vezes semelhante e sobreposta, por essa razão é importante o diagnóstico conciso e a investigação clínica, nomeadamente com biópsia hepática para o diagnóstico mais correto. De referir que para o diagnóstico de Hepatite Autoimune é mandatório a realização de biópsia ao contrário da Colangite Biliar Primária. De reforçar que o início do tratamento não deve ser protelado pela espera da biópsia.

DOENÇAS CARDIOVASCULARES

P128

19 ENFARTE RENAL: FA "DE NOVO" VS SAF

Sílvia Nunes, Gabriela Pereira, Sara Freitas, Ussamané Embaló, Nuna Vieira, Jorge Cotter

Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães

INTRODUÇÃO

O enfarte renal é uma causa pouco frequente de dor lombar, com incidência de 1.4%. A etiologia mais comum é a embólica, seguida da trombose, traumatismos e estados de hipercoagulabilidade. A fibrilação auricular (FA) é uma das principais causas de embolização. A síndrome anti-fosfolipídica (SAF) pode induzir um estado de hipercoagulabilidade que é diagnosticado quando o doente apresenta trombose arterial/venosa, associadamente a títulos elevados de anticorpos anti-fosfolipídicos.

CASO CLÍNICO

Mulher com 59 anos recorre ao serviço de urgência por dor lombar direita, em moedeira com irradiação à fossa ilíaca direita e 12 horas de evolução, associada a náuseas e a vômitos alimentares. Ao exame objetivo apresentava Murphy renal positivo à direita. Analiticamente eritrocitúria, sem outras alterações. Electrocardiograma documentou FA "de novo" com resposta ventricular controlada. Solicitada tomografia computadorizada abdominopélvica com enfarte renal à direita. Internada ao cuidado da Medicina Interna com enfarte renal é direita, ficou hipocoagulada com enoxaparina.

Durante o internamento realizou ecocardiograma transtorácico e transesofágico, excluindo a presença de trombos cardíacos. Doppler renal não demonstrou qualquer alteração à exceção da área de enfarte no polo superior do rim direito. Teve alta hipocoagulada com dabigatrano.

Na consulta (1 mês após o evento) foi constatado auto-imunidade positiva anticorpo de síndrome fosfolipídica (anti-cardiolipina IgM), o qual repetiu ao fim de 3 meses com aumento do título anti-cardiolipina IgM e positividade para anti-cardiolipina IgG.

Após a discussão do caso e o diagnóstico concomitante de SAF, alterada hipocoagulação para Varfarina.

DISCUSSÃO

Este caso ilustra, que o internista tem um papel fundamental no esclarecimento etiológico. E por vezes, para o mesmo caso podemos ter várias situações que justifiquem o mesmo. Em certas circunstâncias a existência de mais do que uma causa para o problema, não altera, a decisão terapêutica. No entanto, neste caso, tendo em

conta a falta de evidência do papel dos novos anticoagulantes orais no SAF, optou-se por alterar a hipocoagulação para varfarina.

P129

68 CARDIOMIOPATIA DE TAKOTSUBO NO CONTEXTO DE DOENÇA PULMONAR

Ana Filipa Cardoso, Gabriela Pereira, Margarida Rocha, Ussumane Embaló, Jorge Cotter

Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães

INTRODUÇÃO

A cardiomiopatia de Takotsubo (CT) está frequentemente associada a um stress físico ou emocional e é caracterizada por uma disfunção transitória do ventrículo esquerdo que geralmente cursa com alterações na cinética do ápex. O diagnóstico deve ser equacionado quando a distribuição das alterações da cinética segmentar não respeita o território de uma única artéria coronária. Numa fase sub-aguda, o ECG é geralmente caracterizado por alterações evolutivas típicas, nomeadamente a inversão difusa das ondas T e o prolongamento do intervalo QT.

DESCRIÇÃO: Apresentamos o caso clínico de uma mulher de 59 anos com antecedentes de tabagismo ativo (10 UMA), síndrome depressiva e doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). Foi levada ao serviço de urgência após ter sido encontrada caída, desorientada e sem memória para o sucedido. Referência a agravamento do padrão habitual de tosse e expectoração nos dias prévios. Sem outra sintomatologia acompanhante, nomeadamente toracalgia. Na admissão apresentava-se taquipneica, com utilização dos músculos acessórios da respiração, saturações periféricas de 76% com oxigenioterapia suplementar a 40% e sibilância exuberante e dispersa. Gasimetria arterial (fiO₂ 40%) com insuficiência respiratória (IR) hipercápnica grave (pH 7.1, pO₂ 57 mmHg, pCO₂ 128 mmHg, lact 1.5). Analiticamente a destacar leucocitose marcada e aumento da troponina T (1.7 ng/mL; N<0.045). ECG revelou taquicardia sinusal com supradesnívelamento de ST <1mm em V4-V5 e inversão da onda T de V3-V6. O ecocardiograma mostrou uma fração de ejeção ventricular esquerda (FEVE) ligeiramente deprimida e hipocinésia médio-distal de todas as paredes com hipercontractilidade dos segmentos basais. Foi assumida uma provável CT no contexto de DPOC agudizada com insuficiência respiratória e manteve-se sob vigilância clínica e elétrica apertadas. Iniciou ventilação não-invasiva e cumpriu antibioterapia com evolução favorável. Os biomarcadores mantiveram um perfil descendente e o ECG evoluiu com ondas T negativas em todas as derivações e prolongamento do intervalo QT. Ecocardiograma de reavaliação com melhoria da cinética segmentar e normalização da FEVE, favorecendo o diagnóstico de CT. Teve alta

com indicação de reavaliação imagiológica e eletrocardiográfica em duas semanas.

CONCLUSÃO: A CT é um diagnóstico a ser considerado nos doentes admitidos por DPOC agudizada que apresentam alterações nos marcadores cardíacos, no eletrocardiograma e/ou dor torácica. Apesar de ser geralmente considerada uma doença benigna, a mortalidade intra-hospitalar é semelhante à das síndromes coronárias agudas, pelo que o reconhecimento precoce desta entidade é fundamental pelas potenciais implicações terapêuticas e de orientação que poderão existir. Este caso pretende lembrar que a DPOC agudizada e a IR aguda, entidades frequentemente encontradas na prática clínica, são potenciais indutores de CT.

P130

231 TAKOTSUBO EM CONTEXTO DE CRISE CONVULSIVA

Miguel Alves, Raquel Gil, Rita Silva, Maria João Castro, Rita Lopes, Diana Fernandes, Margarida Coelho, Tiago Ceriz, Sergio Alves, Adelaide Esteves, Eugénia Madureira
ULS NORDESTE - Hospital de Bragança

Introdução

As consequências sistêmicas do status epileptico incluem arritmias cardíacas, hipoventilação e hipoxia. Embora o mecanismo fisiopatológico não seja profundamente conhecido, pensa-se que uma liberação excessiva das catecolaminas possa desencadear arritmias e assim produzir uma cardiomiopatia de stress. A síndrome de Takotsubo apresenta-se geralmente de forma aguda e reversível, afetando a função do ventrículo esquerdo (VE).

Caso Clínico: Homem de 57 anos, autónomo, antecedentes de AVC isquémico e epilepsia vascular. Medicado com Zonisamida 100mg; Levetiracetam 1000mg; Aspirina 150mg; Fenitoina 100mg; Sinvastatina 20mg.

Admitido no Serviço de Urgência por crise convulsiva tónico-clónica generalizada resolvida após 10mg de diazepam. Sem história de dor torácica, dispneia, febre, queixas gastrointestinais ou respiratórias. O TC Cerebral não evidenciou lesões agudas. O Eletrocardiograma mostrou infra desnivelamento ST de V2 a V5. Analiticamente com elevação de marcadores de necrose miocárdica em doseamento seriado com pico Troponina I 12,3 ng/ml. O Ecocardiograma mostrou compromisso severo da função do VE com alterações da cinética segmentar. O cateterismo excluiu doença coronária. Admitido no Serviço de Cardiologia e realizou 8 dias após admissão, RMN Cardíaca mostrando uma função sistólica global do VE conservada, tendo sido estabelecido o diagnóstico de Cardiomiopatia de Stress associado a crise convulsiva.

Discussão: A cardiomiopatia de stress ou takotsubo é uma síndrome mais frequente em mulheres, caracterizada por disfunção sistólica regional transitória do VE, imitando o enfarto do miocárdio, mas na ausência de evidência de doença arterial coronária obstrutiva ou ruptura aguda de placa. Atualmente pensa-se que está atribuído ao excesso de catecolaminas, provavelmente relacionado à hiperatividade de fatores simpáticos induzidos por stress de qualquer tipo, como doenças neurológicas.

Conclusão: A associação entre cardiomiopatia de stress e convulsões epiléticas é cada vez mais relatada e as convulsões podem ser o fator desencadeante da liberação de catecolaminas que promove a resposta cardiotóxica. A atuação precoce é imperativa, no controlo da patologia neurológica e consequentemente cardíaca.

P131

932 CARDIOMIOPATIA INDUZIDA POR TAQUICÁRDIA – UM CASO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA REVERSÍVEL.

DIANA BUENDÍA PALACIOS, CARLA LOPES, RUI VIANA, CLÁUDIA FREITAS, MARTA FREIXA, JOANA RODRIGUES, SARA ÚRIA, GLÓRIA NUNES DA SILVA

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITARIO LISBOA NORTE - HOSPITAL PULIDO VALENTE

Introdução

A cardiomiopatia induzida por arritmia é uma entidade bem conhecida, embora relativamente rara. As cardiomiopatias são doenças do músculo cardíaco, frequentemente genéticas, com um prognóstico variável de acordo com a etiologia, sendo que a induzida por arritmia pode melhorar ou reverter por completo após instituição de terapêutica.

Caso Clínico: Homem de 64 anos, sem antecedentes relevantes, recorre ao Serviço de Urgência (SU) por dificuldade em iniciar a micção e hematúria. A observação inicial salientava-se: frequência cardíaca (FC) de 167 bpm e dispneia com necessidade de oxigénio suplementar a 5L/minuto, com saturação periférica de oxigénio de 91%. O eletrocardiograma mostrava flutter auricular com condução 2:1. Após tentativa de controlo da FC com bisoprolol e digoxina, sem sucesso, iniciou amiodarona persistindo a taquidisritmia, embora com estabilidade hemodinâmica pelo que não foi considerada cardioversão eléctrica. Realizou ecocardiograma que mostrou hipocinésia difusa, má função com fração de ejeção (FE) de 15% e dilatação da veia cava inferior e angio-TC que não foi sugestiva de tromboembolismo pulmonar mas revelou pneumonia basal esquerda. Iniciou empiricamente amoxicilina/ácido clavulânico, azitromicina e oseltamivir. Verificou-se agravamento clínico até paragem cardiorrespiratória em actividade eléctrica sem pulso, com reanimação bem sucedida. É

transferido para Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) por necessidade de manter ventilação mecânica e vigilância. Durante a permanência na UCI apresentou bradi-taquifibrilhação auricular, com conversão a ritmo sinusal sob amiodarona, ficando sob amiodarona 100 mg/dia e bisoprolol 1,25 mg/dia com FC controlada. Após estabilização foi transferido para o Serviço de Medicina Interna para prosseguir estudo etiológico da insuficiência cardíaca. Realizou coronariografia, sem lesões, excluindo causa isquêmica. A evolução clínica e laboratorial, incluindo a pesquisa de vírus e autoimunidade, não consubstanciavam a hipótese de miocardite. Repetiu ecocardiograma uma semana após paragem, com melhoria da função ventricular esquerda (FE 38%). O Holter sob a terapêutica descrita mantinha ritmo sinusal com extrassístoles supraventriculares e ventriculares muito frequentes com necessidade de titulação de betabloqueante. Manteve perindopril em dose baixa e transitoriamente diurético para controlo sintomático. O ecocardiograma de controlo, 3 semanas após evento, revelou "Ventrículo esquerdo no limite da normalidade (VTDVE 74 ml/m²) sem hipertrofia parietal, FE 45%, ligeira hipocinésia difusa". Teve alta melhorado e assintomático.

Discussão: A taquimiocardiopatia é uma causa importante de disfunção ventricular, sendo fundamental a exclusão de outras etiologias para as alterações miocárdicas. É necessário não esquecer este diagnóstico quando se assiste a melhoria clínica e recuperação da função ventricular após controlo da frequência cardíaca ou o retorno a ritmo sinusal.

P132

69 CORONARY ARTERY ECTASIA AND RECURRENT MYOCARDIAL INFARCTION

Ana Catarina Trigo, João Rosinhas, Liliana Carneiro, Anabela Ferreira, Ana Sofia Correia, Domingos Magalhães, Marta Tavares-Silva

Hospital Pedro Hispano; Centro Hospitalar de S. João.

INTRODUCTION: Coronary artery ectasia (CAE) is a rare condition (incidence ranging between 0.2% and 10% on patients undergoing coronary angiograms), defined as a diffuse dilation of a coronary artery exceeding 1.5 times the adjacent normal coronary artery. Its underlying etiology is not fully understood. Atherosclerosis is responsible for 50% of cases and in the great majority of these patients ectasia coexists with coronary artery disease. About 10-20% of CAE cases are associated with inflammatory or connective tissue diseases. Iatrogenic aneurism formation after balloon angioplasty and infections are rare causes of CAE. CAE can present with angina, myocardial infarction, arrhythmia or sudden death. The main recognized mechanism is the slow coronary blood flow observed in ectasic coronaries angiograms that is thought to promote thrombus formation.

CLINICAL CASE: We present a 65-year-old man with previous myocardial infarction without ST elevation eight years before, who presented to the emergency department with typical chest pain. Initial electrocardiogram showed a biphasic T wave in leads V3 and V4, flat T wave in V5, DII and aVF and a symmetric inverted T wave in DIII. High-sensitivity troponin value was 194 ng/L at admission. An acute coronary syndrome was admitted and a coronary angiography was performed, revealing a left coronary artery with diffuse ectasia and a right dominant coronary artery also with diffuse ectasia and a thrombus on its middle and distal segments. No stent was implanted and he was treated with dual antiplatelet therapy and anticoagulation for a week. After that a new angiography showed significant reduction of thrombotic burden. We prolonged triple therapy for one more week and after that the patient was discharged with dual antiplatelet therapy. No recurrent symptoms were noticed until now. Consulting hospital records we found that the previous myocardial infarction was also due to a thrombus on the same site of the ectasic right coronary artery.

DISCUSSION: It is known that patients with CAE who suffered a myocardial infarction have higher risk of recurrence than those without CAE. There is no consensus about CAE treatment and secondary prophylaxis of ischemic events. There is some evidence that both antiplatelet and anticoagulant agents can be used. Coronary angioplasty with stent implantation can be challenging and also problematic. In this case we successfully treated our patient with two weeks of triple therapy followed by dual antiplatelet therapy.

P133

75 ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO NO JOVEM – O QUE NÃO PODE PASSAR

Marília Santos Silva; Ana Ferro, Liliana Carneiro

Hospital Pedro Hispano - Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução

A dor torácica é um motivo frequente de recurso ao serviço de urgência (SU). Com uma prevalência estimada entre 1 a 14% dos doentes com enfarte agudo do miocárdio (EAM), os MINOCA (Myocardial Infarction with NonObstructive Coronary Disease) podem apresentar múltiplas causas devendo a sua busca ser orientada pela história clínica.

Discussão de caso: Refere-se o caso de uma doente de 26 anos com antecedentes de perturbação obsessivo-compulsiva, síndrome do ovário poliquístico (sob anticoncepcional oral - ACO) e excesso ponderal. Recorreu ao SU por dor retrosternal tipo peso, muito intensa, de instalação súbita e irradiação dorsal e para o ombro esquerdo, sem fatores de agravamento ou alívio - incluindo

nitrato sublingual. Negava relação com o esforço, contexto de stress emocional ou clínica de infecção prévia. Referia 2 episódios semelhantes, mas de menor intensidade, tendo num destes sido avaliada no SU sem alterações analíticas ou no eletrocardiograma (ECG).

Dos exames iniciais, a destacar ECG em ritmo sinusal com baixa voltagem do complexo QRS, sem alterações do segmento ST-T e doseamento de troponina T positivo com perfil ascendente até T12 (9845 ng/L; N < 15,6 ng/L).

Internada para investigação. Apresentou alívio sintomático parcial sob anti-inflamatório.

Realizou ecocardiograma que mostrou função preservada, sem evidência de derrame pericárdico, alterações da cinética segmentar ou outras.

Do restante estudo: sem registo de eventos na monitorização ECG; sem dislipidemia ou diabetes; sem elevação de marcadores inflamatórios; estudo imunológico e serologias víricas e de sífilis sem alterações relevantes; PCR de Parvovírus B19.

Realizou ressonância magnética cardíaca que não confirma miocardite e revela EAM do segmento médio da parede inferoseptal, com coronariografia por tomografia computadorizada que exclui doença coronária hemodinamicamente significativa e mostra baixa deposição de cálcio.

Neste contexto, considerada mais provável uma causa embólica. Após exclusão de trombose venosa profunda dos membros inferiores e estudo imunológico alargado e de outras causas protrombóticas em que se destaca apenas alteração não persistente do anticoagulante lúpico e da antitrombina III, suspenso ACO e realizada hipocoagulação (HC) durante 6 meses. Após suspensão da HC, verificado novo EAM com coronariografia percutânea sem doença angiográfica. Assim, dada indicação para HC ad aeternum.

Conclusão: Este caso relembra-nos da necessidade de excluir aterosclerose mesmo nos doentes sem fatores de risco major, e de pensar em causas protrombóticas, especialmente nos doentes jovens que se apresentem com EAM. Relembra-nos ainda que apesar de não encontrarmos uma causa embólica esta pode estar presente, obrigando à manutenção de hipocoagulação. Em alguns casos, mesmo após estudo exaustivo, não é possível identificar a causa dos MINOCA.

P134

76 DE CORAÇÃO PARTIDO PELA SEGUNDA VEZ

Marília Santos Silva, Miguel Borges, Carolina Guedes
Hospital Pedro Hispano - Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução

A cardiomiopatia de stress, também conhecida como síndrome do coração partido, é um evento raro, representando 1,7 a 2,2% dos enfartes do miocárdio.

Descrição de caso: Relata-se o caso de uma mulher de 66 anos com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e de cardiomiopatia induzida por stress em 2012, que recorre ao serviço de urgência por dor precordial em aperto, intensa, sem irradiação ou outros sintomas associados, iniciada no contexto de uma discussão com o marido. À admissão, o eletrocardiograma apresentava elevação do segmento ST na parede anterior. Após medidas iniciais, que incluíram dinitrato de isossorbido sublingual, submetida a cateterismo emergente que não mostra doença coronária angiográfica mas revela hipertrofia ventricular esquerda moderada, com função sistólica moderadamente deprimida e alterações segmentares na área ventricular media, compatíveis com cardiomiopatia de stress. Iniciada terapêutica com bisoprolol, losartan e ansiolíticos. Foi orientada para consultas de Cardiologia e Psiquiatria.

Conclusão: Apesar de na maioria das vezes ser um distúrbio transitório, com bom prognóstico após ultrapassada a fase aguda, a cardiomiopatia de stress tem uma taxa de recorrência descrita pelos 11,4%. Assim sendo, todo o stress emocional e físico deve ser minimizado de forma a preservar a função miocárdica.

P135

519 PLATIPNEIA – ORTODEÓXIA: UMA CAUSA INESPERADA DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA

Helena Greenfield, Isabel Vilas-Boas, Raquel Basto, Carolina Paiva, Cristina Rodrigues, Nuno Moreno
ULSM - Hospital Pedro Hispano

A síndrome platipneia - ortodeoxia é caracterizada por dispneia e dessaturação arterial em ortostatismo que melhora com o decúbito dorsal. Deve-se a uma alteração anatómica e funcional que permite um shunt direito – esquerdo. O diagnóstico é feito por ecocardiograma com soro agitado que permite a identificação do shunt. O tratamento precoce permite uma rápida melhoria sintomática.

Apresentamos o caso de uma senhora de 69 anos, parcialmente dependente para as actividades da

vida diária por síndrome demencial em estudo. Apresentava agravamento recente da autonomia, tendo sido trazida ao serviço de urgência por dessaturação periférica e queda no domicílio. Ao exame físico apresentava-se desorientada no tempo e espaço, com saturações periféricas de 88% em ar ambiente e gasometricamente apresentava insuficiência respiratória tipo 1 (pO₂ 49 mmHg). Do estudo efectuado de realçar radiografia torácica sem alterações, sem evidência de infeção activa, angiotomografia computadorizada (TC) sem evidência de tromboembolismo pulmonar, mas a evidenciar aumento do calibre do tronco da artéria pulmonar, indiciando hipertensão pulmonar e ectasia da aorta ascendente. Sem evidência clínica ou analítica de IC descompensada (BNP 92 pg/mL). A TC cerebral não apresentava lesões agudas e foram excluídas causas de demência reversíveis.

Documentada dessaturação na posição sentada com melhoria com o decúbito, pelo que se colocou a hipótese de síndrome de platipneia – ortodeóxia e foi efectuado ecocardiograma transtorácico que mostrou a passagem de bolhas para o ventrículo esquerdo principalmente com a doente a 45°. Para confirmação foi feito ecocardiograma transesofágico que mostrou presença de foramen ovale patente (FOP) com shunt direito-esquerdo espontâneo a 0° e, com elevação da doente a 45°, verificava-se aumento da dimensão do FOP. A doente foi submetida a encerramento endovascular com implantação de dispositivo Amplatzer®, tendo sido possível suspender o oxigénio suplementar (saturações periféricas em ar ambiente > 94%). A doente apresentou melhoria do estado cognitivo com recuperação da autonomia e diminuição dos períodos de desorientação. Assumiu-se que a hipoxia cerebral consequente à patologia cardíaca estava a contribuir para a deterioração funcional desta doente.

A síndrome platipneia – ortodeóxia é um fenómeno raro, originalmente descrito em 1949, mas com menos de 200 casos publicados na literatura. O seu diagnóstico tem vindo aumentar, mas provavelmente ainda se trata de uma patologia subdiagnosticada. O caso que apresentamos pretende salientar que devemos ponderar este diagnóstico como potencial etiologia perante uma insuficiência respiratória sem causa aparente.

P136

2125 A HEART WITH WINGS

Cátia Oliveira, Glória Abreu, Isabel Campos, Paulo Medeiros, Carla Rodrigues, Carlos Braga, Jorge Marques
Hospital de Braga

The authors report the case of a 66 years old man with previous story of hypertension, dyslipidemia who resorted to the emergency room for dyspnea, orthopnea, generalized myalgia and blood-tinged secretions. A thoracic X-ray was performed and

opacity at the inferior lobe of the right lung was observed. He has discharged with the diagnosis of pneumonia and was medicated with azithromycin. Two days later, the patient returned to the hospital for no improvement in his symptoms. When asked he mentioned an episode of constrictive thoracic pain with irradiation to the left shoulder 4 days ago. The patient had a previously unnoted apical systolic murmur. The patient was hypotensive and showed severe signs of acute respiratory failure with desaturation, needing non-invasive ventilator support. The thoracic X-ray showed exuberant opacities in "bat wings" shape. The thoracic CT also showed bilateral densification of the pulmonary parenchyma with pleural effusion. His blood analyses presented acute renal lesion, hyponatremia and elevation of myocardial necrosis markers. His electrocardiogram revealed sinus rhythm with qs complexes at the inferior leads and descendent infra-ST in V4-V6. A transthoracic echocardiogram was performed and presented an hyperdynamic left ventricle with akinesia at the medium and basal segments of the inferior wall, hypokinesia at the medium and basal segments of the posterolateral wall as well as mitral posterior leaflet flail with moderate to severe mitral regurgitation and an highly eccentric jet. He was send to the hemodynamic laboratory and an occlusion of the medium segment of the right coronary artery was revealed. He also had disease of the left anterior descending artery (60-70% stenosis ate the medium segment) as well the first diagonal (80% stenosis). In this scenario, the patient underwent urgent cardiothoracic surgery. A mitral valvuloplasty (anchorage of P3, suture of the posteromedial commissure and semi-rigid anuloplasty ring) and a coronary artery bypass graft were performed. The echocardiogram perfomed after the surgery showed normofunctional a mitral valve as well as preserved biventricular function. His post-operative period was marked by hemodynamic instability in the first 48 hours with progressive resolution. He was discharged 12 days asymptomatic.

Mitral valve regurgitation may occur during the subacute phase of myocardial infarction due to LV dilatation, papillary muscle dysfunction or rupture of the tip of the papillary muscle or chordae tendinae. It usually presents as haemodynamic instability with pulmonary congestion and a new systolic murmur. The diagnosis should be confirmed by emergency echocardiography. Emergency surgery is required. This case represents the importance of the anamneses, clinical examination and high clinical suspicious in the pursuing of an acute cause of heart failure.

P137

2179 STROKE-HEART SYNDROME: UMA REALIDADE ESCONDIDA NAS NOSSAS ENFERMIARIAS

Rita Lencastre Monteiro, Rodrigo Leão, Cristina Lima, César Vieira, Joana Diogo, Carolina Coelho, Rita Bizarro, Ana Gonçalves, José Jacome, Conceição Loureiro
Hospital Santo António dos Capuchos - CHLC

Introdução

Após um acidente vascular cerebral (AVC) as complicações cardíacas representam a 2ª causa de morte nas primeiras semanas e estão associadas a mau prognóstico funcional. Cerca de 20% dos internamentos por AVC são complicados nos primeiros 3 dias com síndrome coronário agudo, arritmias (fibrilhação auricular em 25%) ou disfunção do ventrículo esquerdo (12% com fração de ejeção (FE) < 55% e 8% FE < 40%). A maioria dos doentes é assintomática, pelo que os meios complementares de diagnóstico têm primordial importância para a sua deteção precoce, nomeadamente as variações dos marcadores de necrose cardíaca (MNC) e péptido natriurético cerebral (BNP), o electrocardiograma (ECG) destacando-se o prolongamento do segmento QT (20-65%), a inversão das ondas T (2-8%) e alterações do segmento ST (15-25%) e o ecocardiograma (EcoTT). Assim, o Stroke-Heart Syndrome é uma entidade clínica que pretende integrar manifestações cardíacas induzidas por isquémia cerebral, considerando apenas os eventos cardíacos que ocorrem após estabelecimento dos défices neurológicos, na sua maioria transitórios mas associados a mau prognóstico. Existe forte evidência científica que correlaciona o local (córtex insular) e extensão da lesão isquémica com a gravidade da lesão e subsequente disfunção cardíaca.

Caso Clínico: Homem, 75 anos, antecedentes pessoais de dislipidemia, cardiopatia hipertensiva e AVC isquémico protuberancial direito em 2009 sem sequelas. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por dor abdominal pelo que foi observado por cirurgia para redução de hérnia inguinal. Ainda no SU inicia quadro súbito de disartria, parésia facial tipo central direita e hemiparésia no membro superior direito (MSD) com força muscular de grau 2 (NIHSS 8). Ativada a via verde AVC, realizou angioTC cerebral sem oclusão de vaso e ressonância magnética cerebral com evidência de área de restrição à difusão em topografia protuberancial paramediana esquerda, ventral sugestivos de etiologia vascular isquémica aguda. Foi submetido a trombólise com rt-PA e internado. Durante o internamento teve melhoria progressiva dos défices, mantendo disartria ligeira e hemiparésia do MSD com força grau 4 (NIHSS 5). Para o estudo etiológico realizou EcoTT que documentou ventrículo esquerdo dilatado com disfunção diastólica global e FE 55%,

doppler dos vasos do pescoço e transcraniano sem alterações. No ECG apresentava inversão da onda T de V2 a V6 de novo. O doente manteve-se assintomático e foram doseados MNC: inicialmente normais mas após 3 horas com aumento da troponina I (280mg/dL.)

Discussão: Pretendemos destacar a importância de abordar estes eventos de forma sindrômica e não separadamente, reforçando a necessidade de monitorização hemodinâmica prolongada, selecção cuidada de fármacos pelo risco de disritmia e correcção agressiva de desequilíbrios iónicos, por forma a prevenir complicações cardiovasculares potencialmente fatais

P138

248 SACUBITRIL/VALSARTAN UMA OPÇÃO NA HIPERTENSÃO REFRATÁRIA?

Marta Rafael Marques, Manuel Mendez Bailon
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde

Introdução

A Hipertensão resistente define-se como a pressão arterial (PA) que permanece acima do objetivo, apesar do uso concomitante de três anti-hipertensores de diferentes classes ou PA controlada com quatro ou mais fármacos. Em 3% dos doentes com hipertensão resistente, esta não está controlada apesar da terapêutica, denominada hipertensão refratária (HTAr).

Caso clínico: Mulher de 46 anos, diagnosticada com hipertensão arterial (HTA) há 10 anos após episódio de edema agudo de pulmão hipertensivo. Adicionalmente, diabetes mellitus, dislipidemia, obesidade mórbida, sedentarismo e infeção pelo VIH sob tratamento antirretroviral. No estudo de HTA realizou ecocardiograma (ETT) que revelou dilatação do ventrículo esquerdo (VE) e fração de ejeção (FE) 29%. Estabelecido o diagnóstico de Insuficiência Cardíaca com FE reduzida (IC-FEr), iniciou tratamento e seguimento em Unidade de Insuficiência Cardíaca. Foi, ainda, orientada para Cirurgia bariátrica, a qual foi rejeitada pela doente. Durante o follow-up, verificou-se normalização da FE com a terapêutica instituída e TC artérias coronárias sem lesões. Dada a necessidade de 6 fármacos anti-hipertensores para controlo sub-ótimo de HTA, realizou estudo etiológico de HTA secundária, sendo diagnosticado Síndrome de Apneia-Hipopneia do Sono (SAOS), iniciou tratamento com pressão positiva nas vias aéreas (CPAP). Apesar das múltiplas linhas terapêuticas, apresentou várias descompensações de IC por controlo inadequado da PA, sendo orientada para Unidade de HTA, para realização de denervação simpática renal (DSR) bilateral. Estudo pré-procedimento: ETT revelou VE dilatado, FE 40%, hipocinesia difusa e insuficiência mitral moderada; para clarificar a etiologia da cardiopatia realizou RM que confirmou os achados

prévios, sem qualquer evidência de áreas do realce tardio sugestivo de cicatriz ou fibrose, concluindo-se etiologia hipertensiva; prova de esforço foi negativa, sendo objetivada HTA sistodiastólica (PA basal 156/86mmHg, PA máxima 160/80mmHg); e MAPA revelou HTA não controlada. Dado a doente não consumir AINES, não ser fumadora, apresentar boa adesão à dieta hipossalina e à medicação hipotensora e apresentar função renal normal, foi submetida, de forma programada, a DSR bilateral por cateterismo com bons resultados. Após 3 meses, é admitida novamente por emergência hipertensiva com IC aguda. Decidido substituir Candesartan por Sacubitril/Valsartan, que se otimizou até à dose máxima com boa tolerabilidade. Atualmente a doente encontra-se estável, sem novas descompensações e AMPA PAS <130mmHg.

Discussão: São múltiplos os tratamentos farmacológicos existentes para a HTA, contudo uma decisão individualizada baseada nas características e comorbidades dos doentes, contribuem para uma melhor resposta e atingimento dos alvos terapêuticos. A classe LCZ696 (Sacubitril/Valsartan) pode ser uma abordagem terapêutica promissora em doentes com HTAr, oferecendo benefícios cardiovasculares, renais e metabólicos.

P139

309 CHOQUE CARDIOGÉNICO GRAVE – A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO E SUPORTE ADEQUADO PRECOSES

Yasmin Mamade, Manuel de Sousa, Sílvia Balhana, Carla Noronha, Francisco Pestana Araújo, José Lomelino Araújo
Hospital Beatriz Ângelo

Os casos de miopericardite têm, muitas vezes, um desfecho inesperado. A possibilidade de suporte mecânico de bomba neste tipo de miocardiopatia reversível, mudou o desfecho de casos como o apresentado. A identificação de um agente infeccioso, apesar de laboriosa e raramente conseguida, é imperativa já que pode possibilitar uma terapêutica dirigida.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 72 anos, com história de hipertensão arterial e dislipidemia. Recorreu à urgência por queixas de mal estar geral e astenia desde há 2-3 dias. Encontrava-se vigil, hipotensa, apirética, sem outras alterações no exame objetivo. Analiticamente com azotemia ligeira, aumento de parâmetros de fase aguda e elevação marcada da troponina de alta sensibilidade; electrocardiograma em ritmo sinusal, sem sinais de isquemia aguda; gasimetria revelando hipoxemia, hipocapnia e ligeira hiperlactacidemia; realizou AngioTC-torácica que revelou densificações em vidro despolido bilaterais, mínimo espessamento pericárdico, sem evidência de tromboembolismo; ecocardiograma transtorácico: alterações segmentares apicais e septais. Posterior agravamento clínico com

hipotensão sintomática não responsiva a fluídos, pelo que iniciou dopamina. Assumiu-se enfarte agudo do miocárdio sem supra-ST e realizou coronariografia que não revelou doença coronária.

Foi admitida na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) por choque cardiogénico de etiologia ainda não esclarecida. À entrada, apresentando score ainda preservado, confirmou síndrome gripal recente durante a exploração anamnésica. A avaliação ecocardiográfica logo à entrada na UCI revelou dilatação e depressão global da função sistólica biventricular graves e a existência de derrame pericárdico de pequeno volume mas com sinais de compromisso diastólico das cavidades direitas. Realizou-se pericardiocentese com saída de 15cc de líquido citrino, constatando-se melhoria transitória do perfil tensional. Manteve deterioração clínica e hemodinâmica refratárias ao aumento do suporte inotrópico, sendo proposta precocemente para ECMO-VA (Extra Corporeal Membrane Oxygenation Veno-Arterial). Após 12 dias de suporte mecânico, e perante recuperação da função bi-ventricular, foi descanulada com sucesso. Já na enfermaria por padrão de pneumonite infecciosa e serologia a Borrelia IgM positiva, realizou terapêutica com ceftriaxone, com boa resposta. Do restante estudo etiológico, a biópsia do miocárdio foi inconclusiva e a pesquisa de vírus cardiotrópicos, serologias virais, hemoculturas e exame anatomopatológico do derrame pericárdico foram negativos.

Os autores apresentam o caso pela sua apresentação atípica e rápida detioração clínica e hemodinâmica, destacando o papel da anamnese detalhada na obtenção do diagnóstico, e da identificação precoce de choque cardiogénico grave refratário como medida essencial de referência célere e atempada para suporte mecânico de bomba, possibilitando a sobrevida nestes casos.

P140

478 TUMOR AMORFO CALCIFICADO CARDÍACO - RELATO DE UMA RARIDADE

Mariana Pacheco, Diana Martins, Susana Ferreira, Jorge Almeida

Centro Hospitalar e Universitário de São João

Introdução:

O tumor amorfo calcificado cardíaco (TAC) é uma massa cardíaca não neoplásica, extremamente rara, microscopicamente com depósitos nodulares de cálcio sobre material fibrilar amorfo, células inflamatórias e elementos sanguíneos degenerados. Apesar de ser frequentemente assintomático e um achado incidental em exames de imagem cardíacos, pode cursar com sintomas relacionados com obstrução ao fluxo ou embolização sistêmica de fragmentos calcificados, podendo provocar fatalidades.

Caso Clínico:

Descrevemos o caso de um doente de 72 anos, ex-fumador, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, doença pulmonar obstrutiva crónica e síndrome de apneia obstrutiva do sono grave sob CPAP, a quem foi diagnosticado um tumor amorfo calcificado da válvula mitral que se manifestou com embolização cerebral, esplénica e EAM sem supradesnívelamento do segmento ST.

Discussão:

O tratamento de escolha é habitualmente a exérese cirúrgica da lesão que permite não só o diagnóstico anatomopatológico definitivo mas também a melhoria dos sintomas e a prevenção de fenómenos de embolização.

P141

491 EMBOLIA CUTIS MEDICAMENTOSA OU SÍNDROME DE NICOLAU

David Prescott, Isabel Montenegro Araújo, Maria João Serpa, Ana Isabel Brochado, Margarida Pimentel Nunes, Inês Branco Carvalho, Beatriz Donato, Rita Sérvio, José Luis Ferraro, Salomão Fernandes, Adriana Paixão Fernandes, José Tiago, Vasco Evangelista, An Hospital Beatriz Ângelo

O síndrome de Nicolau é uma entidade rara que cursa na sequência de uma injeção parentérica, independentemente do fármaco utilizado. Ocorre por provável penetração arterial com vasoespasm, embolia cutânea, trombose e necrose. Apresenta-se com placas livóides e dor intensa no local de injeção, com necrose consequente.

Mulher de 85 anos, caucasiana, autónoma, com doença osteoarticular degenerativa, bursite e rotura do supra-espinhoso esquerdo, apresenta-se na urgência a 27/09 por quadro progressivo de eritrocianose, parestesias, friabilidade e impotência funcional dos dedos da mão esquerda, após uma infiltração articular do ombro, com corticoterapia, no dia anterior. Ecodoppler arterial documenta fluxo arterial e permeabilidade do sistema venoso profundo mantidos. A Angio-TC exclui sinais de compressão ou trombose venosa, admitindo-se ateroembolismo e iniciando anticoagulação com enoxaparina. Por hematoma iatrogénico do membro superior esquerdo e após exclusão de lesões expansivas ou trombóticas por nova angio-TC, pára anticoagulação e inicia antiagregação. Tem alta a 15/10 mas é readmitida a 29/10 por agravamento da cianose, diminuição da temperatura dos dedos da mão esquerda, com necrose seca das falanges distais de D2 e D4. Repete avaliação por ecodoppler com permeabilidade arterial mantida, sem evidência de placas de ateroma. Assume-se Síndrome de Nicolau secundário à infiltração articular, recomeçando enoxaparina ajustada à função renal. Em internamento mantém pulsos mantidos com boa

amplitude e dureza. Mão esquerda com múltiplas lesões 'pin-points', isquémia da falange distal de todos os dedos em delimitação e isquémia cutânea na face posterior do 1/3 distal do antebraço. Tem agravamento com atingimento da falange distal do 2º e 4º dedo da mão esquerda e região ungueal do 5º dedo esquerdo. A biópsia cutânea documenta necrose total da epiderme e oclusão de vasos na derme média e profunda por trombos de fibrina e eritrócitos, compatível com o diagnóstico. Tem alta clínica a 05/11, referenciada para consulta de Cirurgia Plástica.

Este diagnóstico é clínico, feito após exclusão de outras etiologias, nomeadamente embolismo, síndromes trombóticas, vasculites e trauma. Apesar de típico nas administrações intra-musculares, foi descrito noutras vias parentéricas, como subcutânea, endovenosa e articular. Pode não se apresentar com placas livóides típicas e evoluir rapidamente para isquémia e necrose tecidual, como neste caso. As complicações são raras, embora possa evoluir para gangrena e necessidade de amputação. O tratamento é de suporte, desde tratamento tópico cutâneo, intervenção cirúrgica com excisão de tecido desvitalizado ou colocação de enxertos cutâneos. Em caso de sobreinfecção será necessária antibioterapia. Crioterapia com gelo local não deve ser feita sob o risco de agravar o vasoespasm. Terapêutica a longo prazo será com anticoagulação heparínica ou antiagregação.

P142

1958 DOENÇA DE MOYAMOYA E ANGINA

Sergio Alves, Miguel Alves, Cristiana Batouxas, Elisa Tomé, Raquel Gil, Tiago Ceriz

ULSNE, Hospital de Bragança, Medicina Interna

Introdução

A Doença de MoyaMoya é uma doença vaso-oclusiva cerebral com envolvimento particular do polígono de Willis e das artérias que o irrigam, que provocam novas redes vasculares adjacente aos vasos estenosados. Pode manifestar-se por Doença cerebrovascular

Existem vários casos já descritos de possível associação entre esta entidade e síndromes anginosos cardíacos. Estes doentes apresentam as duas patologias e após estudo coronário invasivo não é encontrada doença coronária epicárdica significativa

Caso Clínico

Homem de 52 anos, autónomo com hemiparésia direita e disartria sequelares resultantes de Hematoma cerebral prévio atribuído a Doença de MoyaMoya. Encontrava-se a aguardar Bypass craniano nesse contexto.

Recorre ao Serviço de Urgência por dor

precordial de novo, com dois dias de evolução, intermitente, desencadeado pelo esforço e melhora com o repouso. Seria o segundo episódio em duas semanas, tendo o primeiro cedido a analgesia. A admissão encontrava-se consciente, colaborante e orientado, sem défices neurológicos focais de novo, hemiparesia direita grau 4, eupneico em ar ambiente, ligeiramente hipertenso, 154/91mmHg, eucárdico, sem achados auscultatórios cardiopulmonares e restante exame objectivo normal. O electrocardiograma demonstrava ritmo sinusal, sem sinais de isquemia, sem alterações gasimétricas ou analíticas, e a radiografia torácica apresentava apenas ligeiro aumento do Índice cardiorádico, sem outras alterações. Decidiu internamento para vigilância e posterior estudo invasivo com ecocardiograma transtorácico e cateterismo cardíaco. O estudo ecográfico revelou disfunção segmentar do ventrículo esquerdo. O estudo por cateterismo não mostrou doença epicárdica significativa.

O doente evoluiu positivamente com introdução de nitratos e antagonistas dos canais de cálcio

Discussão

A etiologia da doença de MoyaMoya é ainda desconhecida, podendo ser considerada uma doença arterial sistémica. O clínico responsável pelo acompanhamento deste tipo de doentes deverá estar ciente da possibilidade de doença cardíaca isquémica a par das manifestações neurológicas. A informação ao doente sobre a possibilidade de sintomas cardíacos é importante para que o mesmo recorra ao apoio médico. Esta descrição vem reforçar a possível associação entre as duas patologias

P143

197 SÍNDROME DE DRESSLER – UM MAL NUNCA VEM SÓ

Diana Coutinho, Diogo Canudo, Sofia Calaça, Inês Santos, Francisco Rebocho, Graça Tavares, Francisco Azevedo
Hospital do Espírito Santo de Évora

INTRODUÇÃO

A síndrome pós pericardiotomia é uma doença febril sistémica secundária a uma reacção inflamatória envolvendo da pleura e pericárdio, com uma frequência que varia entre 2-30%. Mais comum em doentes submetidos a cirurgia cardíaca ou pós enfarte do miocárdio (Síndrome de Dressler), caracterizada por dor torácica pleurítica, derrame pleural e/ou pericárdico. Qual a causa? Que factores estão envolvidos? CASO CLÍNICO: Homem, 63 anos, antecedentes de HTA e status pós bypass coronário há 1 mês, internado por febre, dispneia para pequenos esforços, tosse seca e toracalgia esquerda. Ao exame objectivo: estabilidade

hemodinâmica, febre, auscultação cardíaca sem alterações, auscultação pulmonar com murmúro vesicular abolido na 1/2 inferior do hemitórax esquerdo. Analiticamente: leucocitose, neutrofilia, aumento da PCR; electroforese de proteínas e estudo de auto-imunidade sem alterações; hemoculturas negativas. ECG sem alterações. Radiografia de tórax com hipotransparência na 1/2 inferior do hemitórax esquerdo e apagamento do seio costo-frénico ipsilateral. Ecocardiograma com extenso derrame pleural esquerdo, sem derrame pericárdico ou alteração da função. TC de tórax sem massas ou gânglios aumentados. Feita toracocentese diagnóstica e terapêutica, compatível com exsudado (critérios de Light), com exame bacteriológico, pesquisa de micobactérias e células neoplásicas negativos. Iniciou terapêutica com furosemida, com melhora clínica, analítica e radiológica. O doente teve alta ao 10º dia e foi reavaliado em consulta após 1 mês, assintomático, sem recidiva. DISCUSSÃO: Não existe terapêutica preventiva conhecida para esta síndrome, sendo vários os factores de risco identificados: baixo nível pré-cirúrgico de plaquetas e hemoglobina; nível pós-cirúrgico aumentado de produtos de degradação do complemento; transfusões de concentrado eritrocitário (necessárias neste doente). A etiologia não está totalmente definida, mas envolve activação auto-imune, com anticorpos contra antigénios expostos após manipulação/ alteração do pericárdio. Habitualmente é um episódio isolado, com poucos casos de recidiva.

P144

403 ENDOCARDITE INFECIOSA DE UMA VÁLVULA ESQUECIDA

Gabriel Atanásio; Maria Ana Canelas; Joana Mascarenhas
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho

A endocardite infecciosa (EI) é uma doença rara, mais prevalente em doentes com anomalias estruturais cardíacas. A apresentação clínica é variável e tipicamente existe febre associada a um síndrome constitucional. Face à apresentação inespecífica foram criados os critérios de Duke que tornam o diagnóstico mais objetivo. Além do exame físico são necessárias hemoculturas (HC) e avaliação imagiológica das válvulas. O exame mais sensível e específico para o diagnóstico de endocardite infecciosa é o ecocardiograma transesofágico (ETE), mas uma maior dificuldade logística e técnica levam a que seja realizado apenas nos casos em que o ecocardiograma transtorácico (ETT) é negativo. A EI atinge preferencialmente as válvulas mitral e aórtica seguindo-se-lhe a válvula tricúspide. Raramente, pode haver atingimento da válvula pulmonar, melhor visualizada por ETT, devido à sua posição anterior e superior relativamente à válvula aórtica. Apresenta-se um caso clínico de um doente com diagnóstico de EI da válvula aórtica e pulmonar.

Homem de 62 anos com antecedentes de comunicação interventricular membranosa admitido por síndrome constitucional com 6 meses de evolução associado a picos febris ocasionais; TAC abdominal feito em ambulatório com lesões hepáticas milimétricas sugestivas de metástases e provável enfarte esplênico. Ao exame físico era audível sopro contínuo em todo o precórdio grau III/VI. Analiticamente com anemia normocrômica e normocítica e elevação dos marcadores de fase aguda com PCR 11,2 mg/dL e VS de 84mm/h. Radiografia de tórax e sedimento urinário sem alterações, ecografia abdominal com lesões nodulares sugestivas de hemangiomas. Colheram-se 2 sets de hemoculturas e ficou internado para vigilância e estudo etiológico. Manteve febre sustentada e ao 3º dia verificou-se crescimento microbiológico de cocos gram positivos, que viriam a ser identificados como *Granulicatella adiacens*, iniciando antibioterapia com ampicilina e Gentamicina. Foi solicitado ETE, pela alta probabilidade de EI, que viria a demonstrar vegetações na válvula aórtica associada a insuficiência aórtica e mitral graves. Foi proposto e aceite para cirurgia cardíaca que viria a realizar 4 semanas após início de antibioterapia. Efetuou substituição de válvula aórtica por prótese mecânica, plastia da válvula mitral e tricúspide e correção da comunicação interventricular. A cirurgia decorreu sem complicações tendo feito ETT de rotina onde era evidente vegetação de 6X7mm na válvula pulmonar, não descrita previamente, já com áreas de enfarte pulmonar em TAC de tórax. Manteve antibioterapia mais 3 semanas e repetiu ETT, mantendo a vegetação. Ponderado risco benefício, foi decidido manter o doente em vigilância não o submetendo a re-intervenção cirúrgica.

Os autores pretendem descrever um caso raro de endocardite da válvula pulmonar e reforçar a importância de avaliação ecocardiográfica de todas as estruturas valvulares, demonstrando o papel do ETT no diagnóstico de endocardite.

P145

547 UMA CAUSA ESQUECIDA DE DESCOMPENSAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Isabel Vilas-Boas, Helena Greenfield, Carolina Paiva, Denise Magalhães, Ana Branco, Joana Cancela
ULSM - Hospital Pedro Hispano

A insuficiência cardíaca (IC) geralmente ocorre no contexto de baixo débito cardíaco. Contudo, em casos raros, pode estar associado a um estado de alto débito, sendo a construção de uma fístula arterio-venosa (FAV) uma das potenciais etiologias de IC de alto débito. Geralmente existe história de doença cardíaca prévia.

Apresenta-se o caso de um homem de 70 anos, com história de doença renal crónica (DRC) estadio 5 e

cardiopatia isquémica com compromisso moderado da função sistólica, que construiu FAV no membro superior esquerdo para início de terapêutica de substituição da função renal (TSFR) a curto prazo. Um mês depois recorreu ao serviço de urgência por sinais e sintomas de IC descompensada com duas semanas de evolução. Ao exame objetivo apresentava-se polipneico, normotenso, normocárdico, com estase pulmonar e edema dos membros inferiores até ao joelho. Do estudo efetuado salienta-se agravamento da função renal, BNP elevado (2945 pg/mL) e ausência de subida de parâmetros inflamatórios ou de marcadores de necrose miocárdica.

Assumiu-se diagnóstico de IC descompensada e DRC agudizada em contexto de síndrome cardio-renal tipo 1. O doente foi internado para estudo e otimização terapêutica. Das possíveis etiologias a contribuir para a descompensação, excluiu-se infeção ou isquemia aguda, taquidisritmias, anemia ou alterações metabólicas. Para além disto, o doente negava incumprimento terapêutico, alteração recente da medicação ou consumo de nefro- ou cardiotoxícos. A FAV apresentava-se funcionante, com bom frémio e sopro e desenvolvimento para a veia cefálica.

Portanto, concluiu-se tratar-se de uma IC de alto débito no contexto da construção da FAV. O doente respondeu bem à terapêutica instituída, com resolução dos sinais de sobrecarga de volume e descida sustentada do valor de BNP, tendo tido alta após 12 dias de internamento com aumento da dose de diurético em ambulatório.

A patologia cardio-vascular está presente na maioria dos doentes com DRC, sendo a principal causa de mortalidade nestes doentes. A FAV é a opção preferencial num doente a iniciar TSFR, contudo, é importante relembrar os seus efeitos hemodinâmicos com diminuição aguda da resistência vascular periférica e consequente aumento do débito cardíaco. Este aumento tipicamente não tem significado clínico, mas, por vezes pode despoletar IC, sendo atualmente discutível como primeiro acesso em doentes idosos e com insuficiência cardíaca prévia. Apresentamos este caso para relembrar a construção de FAV como causa muitas vezes esquecida de IC.

P146

829 KLEBSIELLA: DA URINA À VÁLVULA

Lourenço Cruz, Diogo Antão, Torcato Moreira Marques, Valentina Tosatto, Marcos Mesquita, Cristiano Cruz, Paula Nascimento, Zsófia Vesza, André Almeida, Rita Barata Moura, António Guerreiro

Unidade Funcional Medicina 4 - Hospital Santa Marta - Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, Portugal

Introdução

Todos os doentes com próteses valvulares cardíacas

têm alto risco de desenvolver endocardite infecciosa, incluindo os submetidos a implantação por via percutânea (TAVI). Nestes casos, a incidência é de 0,5% no primeiro ano e a mortalidade intrahospitalar para esta entidade é de cerca 50%.

Descrição

Apresentamos o caso de uma mulher de 86 anos submetida a TAVI por estenose aórtica, 3 semanas após a qual é internada por pielonefrite com bacteriemia e isolamento de *Klebsiella pneumoniae* multissensível, cumprindo antibioterapia dirigida com erradicação do microorganismo. Desde então, nos 6 meses seguintes é internada mais 4 vezes (total de 5) por recorrência de bacteriemia ao mesmo agente (no segundo internamento, com perfil produtor de ESBL), cumprindo antibioterapia dirigida em cada um, documentando-se de todas as vezes erradicação da bactéria. Realizado estudo na tentativa de identificar possível foco infeccioso, realizando TC toracoabdominopélvica, colonoscopia esquerda e PET, todos inconclusivos. No 4º internamento repete-se estudo com colonoscopia total sem alterações relevantes. Finalmente, foi realizado ecocardiograma transesofágico onde se identificou abscesso periprotésico, cujas dimensões vieram aumentaram em reavaliação posterior. Prolongada por isso a antibioterapia para 8 semanas. Três semanas após término da mesma, novo quadro febril com isolamento da mesma bactéria, sendo reinternada pela 5ª vez. Nesse internamento foi avaliada para eventual tratamento cirúrgico ou extracção percutânea da prótese, que se concluiu comportar um risco de morbi-mortalidade proibitivo. Após resolução do quadro, optou-se por instituir antibioterapia de longa duração.

A bactéria *Klebsiella pneumoniae* é um agente patogénico maioritariamente nosocomial frequentemente associado a infecções das vias urinárias e aéreas. Nesta doente, causou uma endocardite infecciosa recorrente por abscesso perivalvular nos 6 meses que sucederam a TAVI, com provável porta de entrada inicial por via urinária.

P147

983 PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR) EM DOENTE JOVEM

Tiago Ceriz, Raquel Gil, Andrés Carrascal, Ana Luísa Pinto
ULSNE - Hospital de Bragança

Introdução

A paragem cardiorrespiratória compreende uma perda súbita de fluxo sanguíneo em órgãos nobres causando alteração do estado hemodinâmico e da consciência, levando à morte. A causa mais comum de paragem cardiorrespiratória é a doença arterial coronária. No entanto, alterações

iónicas, hemorragias abundantes, insuficiência cardíaca e exercício extremo também podem estar na sua causa. Em doentes jovens, como neste caso, há outras causas que devemos relembrar: Tromboembolismo, Síndrome de Brugada, Síndrome de QT longo, Displasia arritmogénica ventricular direita e Taquicardia Ventricular Catecolaminérgica Polimórfica Autossómica Dominante.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 18 anos, sem antecedentes pessoais, foi trazido ao Serviço de Urgência pelo INEM por PCR durante treino no ginásio. À chegada do INEM, o doente tinha iniciado o quadro há cerca de 10 minutos, com assistência no local de medidas de suporte básico de vida. Foi detetada taquicardia ventricular e procedeu-se à reversão da mesma. No local, o doente foi entubado. À chegada do Hospital, apresentava hiperlactacidemia. O ECG tinha bloqueio incompleto de ramo direito. O doente foi transferido para continuação de cuidados pós-PCR. Foi-lhe diagnosticado encefalopatia anóxica: dirigia o olhar, mas não cumpria ordens. Também verificou-se disautonomia em contexto de Pós-PCR. No 6º dia pós-PCR apresentou surtos de HTA, taquicardia, diaforese, ou seja, instabilidade autonómica paroxística. O doente confidenciou que, no dia do episódio da PCR, terá iniciado suplemento proteico. Realizou RMN cerebral que mostrou pequenos focos isquémicos dispersos e na RMN cardíaca apresentava ventrículo direito trabeculado, variante do normal. Detetou-se, em heterozigotia, as variantes Ile57Thr e Ile1448Leu nos genes KCNE2 e SCN5A, respetivamente. O doente teve uma boa recuperação dos défices neurológicos, por isso, foi referenciado e enviado para o Centro de Reabilitação do Norte.

Discussão: A variante Ile57Thr, detetada em heterozigotia no gene KCNE2, encontra-se descrita na literatura em doentes com síndrome de QT longo e também em indivíduos assintomáticos. Adicionalmente, estudos funcionais sugerem que esta variante compromete a função proteica, por ganho de função. Variantes patogénicas no gene KCNE2 causam fibrilação auricular familiar 4 e síndrome de QT longo 6, ambas com hereditariedade autossómica dominante. A variante Ile1448Leu, detetada em heterozigotia no gene SCN5A, encontra-se descrita na literatura em doentes com síndrome de Brugada. Variantes deste gene causam diversas patologias cardíacas, incluindo síndrome de Brugada 1 e síndrome de QT longo 3, ambas com hereditariedade autossómica dominante. Desta forma, será importante rastrear os membros diretos da família. Neste caso, também será importante a investigação, em novos estudos, da influência de suplementos alimentares orientados para o treino em ginásio na saúde e na função cardíaca em pessoas saudáveis ou com patologia cardíaca de base.

P148

1524 TROMBOSE VENOSA PROFUNDA EM IDADE JOVEM: UM CASO INCOMUM

Inês Oliveira, Filipa Leal, Luís Nogueira, Mari Mesquita, Paula Pinto

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

INTRODUÇÃO

O Síndrome do Desfiladeiro Torácico (SDT) surge por compressão do feixe neuro-vascular no seu trajeto desde o tórax até ao membro superior (MS), ocorrendo em mais de 90% dos casos compressão nervosa. O SDT venoso (SDTv) e arterial são raros, correspondendo a 7% e 3% dos casos, respetivamente.

Apresenta-se um caso de SDTv com trombose venosa profunda (TVP) do MS associada, no contexto de variante anatómica, numa jovem sem fatores de risco: quadro clínico pouco frequente, que condiciona elevada morbilidade se não identificado e tratado precocemente.

CASO CLÍNICO

Jovem de 19 anos de idade, sexo feminino, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo, sem medicação, hábitos tabágicos, consumo de drogas ou prática regular de atividade física.

Clínica de edema e rubor do MS direito com dias de evolução, precedida por toracalgia inferior direita de características pleuríticas. Negados episódios prévios semelhantes, dor, febre, trauma, erupção cutânea, prurido, parestesias ou alteração da força muscular.

Ao exame físico, normotensa, apirética, pulsos radiais presentes, sinais inflamatórios do MS. Manobras de compressão costo-clavicular negativas. Sem sinais de circulação venosa colateral.

D-dímeros 840mg/dL. Eco-doppler a revelar TVP da veia subclávia (VS) direita. Veias distais e jugular direita permeáveis. TC tórax evidenciando tromboembolismo pulmonar e confirmando TVP sub-oclusiva da VS, destacando-se a presença de osteófito clavicular a comprimir a VS e reduzido espaço costo-clavicular interósseo. Alterações anatómicas semelhantes à esquerda, sem trombose. Realizada fibrinólise intra-trombo, sem recanalização.

Alta sob hipocoagulação com NOAC. Em consulta, excluído síndrome anti-fosfolípido e trombofilia. Repetido eco-doppler que, além da compressão venosa bilateral, revelou compressão da artéria subclávia esquerda. A aguardar intervenção por cirurgia vascular.

DISCUSSÃO

O SDT vascular é infrequente na prática clínica, sendo particularmente raro existir compressão

venosa e arterial simultânea, como no caso apresentado.

A ocorrência de TVP do MS em contexto de SDTv por variantes anatómicas, sem relação com exercício repetitivo, é incomum, bem como a presença de osteofitose clavicular em idade jovem, habitualmente associada a patologia degenerativa. De realçar a bilateralidade desta anomalia, apesar de a trombose ter ocorrido exclusivamente à direita, sem episódios anteriores semelhantes, com compressão arterial apenas esquerda. Excluídos fatores que favorecem TVP em idade jovem, como tabagismo, anticoncepcional e trombofilias.

O sinal de urschel, clássico do SDTv, não foi encontrado, sugerindo compressão não significativa ou curto tempo de evolução, sem desenvolvimento de circulação colateral.

A abordagem desta condição é desafiante, havendo elevado risco de síndrome pós-trombótico e de repetição de eventos, condicionando morbilidade significativa e evidenciando a necessidade de diagnóstico precoce e intervenção atempada.

P149

1554 QUANDO O TROMBOEMBOLISMO PULMONAR E O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL COEXISTEM

Rita Homem, Mafalda Sá Pereira, Ricardo Meireles Mateus, Anilda Barros, Maria Garcia, Vanda Spencer, Tiago Judas, Francisca Delerue

Hospital Garcia de Orta

A embolia paradoxal (EP) ocorre quando um êmbolo localizado na circulação venosa se desloca para a circulação sistémica através de um shunt intratorácico, cardíaco ou pulmonar, direito-esquerdo. Este evento está frequentemente associado a tromboembolismo pulmonar que aumenta a pressão nas cavidades cardíacas direitas, favorecendo o deslocamento do trombo. A apresentação inicial mais frequente da EP consiste num evento cerebrovascular isquémico agudo. O diagnóstico clínico requer a presença de embolia venosa, de defeito intracardíaco ou fistula pulmonar e evidência de embolia arterial.

Apresentamos o caso de uma doente do sexo feminino de 46 anos com antecedentes de cirurgia ortopédica recente e a realizar contraceção oral. Recorre ao Serviço de Urgência por quadro de alteração da linguagem de início súbito. No exame objetivo para além da afasia de expressão estava normotensa, taquicárdica, polipneica e com baixas saturações periféricas. A tomografia computadorizada (TC) craneo encefálica (CE) não mostrava alterações sugestivas de lesões vasculares isquémicas ou hemorrágicas agudas. A gasimetria arterial mostrou hipoxemia grave com hipocapnia e realizou angio TC torax com aspetos compatíveis com tromboembolismo pulmonar (TEP)

bilateral extenso. Por deterioração respiratória rápida com hipoxemia refratária e ecocardiograma transtorácico com sobrecarga nas cavidades direitas optou-se por iniciar trombólise com melhoria do quadro respiratório, sem intercorrências, mantendo o mesmo estado neurológico. Fez ressonância magnética CE que identificou isquemia subaguda no território da artéria cerebral média esquerda, sem transformação hemorrágica. Por suspeita de EP fez ecocardiograma transesofágico que identificou foramen oval patente que foi posteriormente encerrado.

Apesar de no AVC agudo estar contra-indicada anticoagulação terapêutica não existem guidelines para casos com AVC e TEP simultâneos, no entanto o risco-benefício deste caso favorece a anticoagulação. Neste caso pelo AVC não haveria indicação para realização de trombólise por déficit menor e dada a gravidade do quadro de embolia pulmonar optou-se pela sua realização, com sucesso.

P150

1811 TROMBECTOMIA MECÂNICA NO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR DE RISCO ALTA E RISCO INTERMÉDIO-ALTO. UMA OPÇÃO VÁLIDA!

Mário Monteiro, Maria José Loureiro, Filipa Ferreira, Otília Simões

Hospital Garcia de Orta E.P.E

O tromboembolismo pulmonar (TEP) é a terceira causa de morte cardiovascular depois do enfarte agudo do miocárdio e do acidente vascular cerebral e é considerado a principal causa de morte prevenível em doentes hospitalizados. As opções de tratamento têm evoluído nos últimos anos, com diferentes graus de "invasividade" e eficácia. Uma abordagem multidisciplinar para diagnóstico, estratificação de risco e instituição terapêutica precoce é necessária para determinar qual a melhor opção. Dentro destas opções a reperfusão mecânica por técnicas percutâneas tem vindo a ser cada vez mais utilizada como terapêutica válida principalmente na presença de contra-indicação formal para trombólise, como terapêutica de recurso quando a trombólise é ineficaz ou na ausência de disponibilidade para tromboendarterectomia cirúrgica.

Os autores descrevem 2 casos de tromboembolismo pulmonar:

- Sexo masculino, 52 anos com antecedentes de adenocarcinoma pulmonar com metastização óssea submetido a artrodese e laminectomia há 1 mês. Admitido por quadro de lipotimia e dispneia súbita. Angio-TC tórax revelou TEP massivo bilateral, ecocardiograma com disfunção ventricular direita e análises com elevação de troponina e Nt-proBNP. Posteriormente desenvolve quadro de choque

obstrutivo com necessidade de suporte inotrópico. Por apresentar contra-indicação relativa para fibrinólise sistémica foi submetido a trombectomia percutânea com resolução do quadro de choque. 3 meses após o procedimento realizou cintigrafia de ventilação-perfusão (V/Q) onde manteve evidência de TEP periférico, embora com extensão reduzida.

- Sexo masculino, 66 anos. Com internamento recente na Cirurgia Cardiorádica onde foi submetido a cirurgia cardíaca. Admitido por quadro sincopal, tendo realizado Angio-TC tórax que revelou TEP com trombo em sela na bifurcação da artéria pulmonar com extensão a todos os ramos segmentares bilateralmente. Considerou-se TEP de risco intermédio-alto tendo em conta sinais ecocardiográficos de disfunção ventricular direito e níveis aumentados de troponina e Nt-proBNP. Ao longo do internamento manteve estabilidade hemodinâmica sempre com necessidade de oxigenoterapia suplementar e em classe funcional NYHA III/IV. Reavaliação por angioTC ao 10º dia mantendo elevada carga trombótica pelo que se propôs para trombectomia mecânica. Após o procedimento com melhoria clínica permitindo a descontinuação de O2 suplementar. Cintigrafia de V/Q 6 meses após trombectomia revelou apenas defeitos subsegmentares da perfusão.

Conclusão: Em casos complexos de TEP, principalmente nos grupos de risco intermédio-alto e alto risco os dilemas terapêuticos são frequentemente encontrados. Estes dois casos são exemplos da aplicação e resultados da técnica percutânea, podendo mesmo ser considerada uma alternativa terapêutica de primeira linha em casos seleccionados.

P151

2109 QUANDO O TROMBOEMBOLISMO PULMONAR NÃO SE APRESENTA COM DISPNEIA

Andreia Brito, Jorge Nepomuceno, Fátima Pimenta
Centro Hospitalar Médio Tejo

O Tromboembolismo Pulmonar Agudo (TEP) corresponde a uma obstrução repentina da artéria pulmonar ou dos seus ramos por material trombótico. É uma patologia frequente com mortalidade elevada e cuja apresentação clínica é variável.

Homem de 73 anos, com antecedentes de Hipertensão Arterial Essencial, Diabetes Mellitus tipo II, Acidente Vascular Cerebral isquémico e internamento recente por oclusão intestinal complicada com Pneumonia Nosocomial. Foi admitido no serviço de urgência por dor abdominal tipo cólica no flanco direito e febre quantificada em 38°C. Ao exame objetivo constatou-se apirexia, eupneico em ar ambiente, auscultação com murmúrio vesicular rude e discretos fervores

bibasais, abdómen com dor à palpação no flanco direito. Dos exames complementares salienta-se leucocitose e proteína-c reactiva 12mg/dL, lactato desidrogenase 366IU/L. Realizou tomografia computadorizada abdominal e pélvica que excluiu causa suscetível de terapêutica cirúrgica.

Ficou em observação, apresentando evolução para quadro de dispneia e dessaturação periférica com necessidade de oxigenoterapia. Realizou rastreio séptico e iniciou antibioterapia empírica com piperacilina-tazobactam. Face ao internamento recente fez tomografia computadorizada torácica para esclarecimento de eventual pneumonia nosocomial, não objectivável na radiografia de tórax, que revelou "defeitos de preenchimento na artéria pulmonar direita e ramos compatíveis com trombos. Opacidades consolidadas predominantes nos lobos inferiores". Com os dados supracitados admitiu-se como diagnóstico de tromboembolismo pulmonar com enfartes pulmonares sobreinfectados.

Durante o internamento cumpriu antibioterapia e anticoagulação terapêutica, com melhoria do quadro.

Este caso clínico demonstra a dificuldade em diagnosticar um tromboembolismo pulmonar devido aos sintomas inespecíficos e reitera a importância da colocação desta hipótese diagnóstica.

P152

696 CHOQUE MULTIFATORIAL COM PERICARDITE URÉMICA

Bárbara Soeiro, Fani Ribeiro, Juliana Sá, Sara Castelo Branco, Teresa Medeiros, Daniela Carvalho, Sofia Correia
ULSM - Hospital Pedro Hispano

Introdução

A pericardite associada à doença renal crónica em estadio terminal divide-se em 2 entidades: a pericardite urémica e a pericardite associada à diálise. A primeira instala-se antes do início da hemodiálise ou nas primeiras 8 semanas de tratamento e a segunda em doentes dialisados há pelo menos 8 semanas. A sua incidência e a progressão para pericardite constritiva diminuíram drasticamente nas últimas décadas com o advento da hemodiálise.

Caso Clínico: Relatamos o caso de uma mulher de 78 anos, caucasiana, com antecedentes de doença renal crónica (DRC) estadio G4A2 da KDIGO, de etiologia hipertensiva, diabética e isquémica (aterosclerose das artérias renais). Desconhecida patologia cardíaca prévia. Apresenta-se com quadro com 1 mês de evolução de astenia, anorexia e náuseas e com 1 semana de evolução de oligúria, edema dos membros inferiores e dispneia para médios esforços. Objetiva-se agravamento da função renal para estadio 5, com acidose metabólica, hipercalemia e anemia agravada. Foi

excluída obstrução renal. O ECG mostrava uma fibrilhação auricular, de tempo indeterminado, com resposta ventricular rápida, sem alterações do segmento ST-T. Fez transfusão de 1 unidade de glóbulos rubros, controlo de frequência cardíaca e iniciou hemodiálise intermitente, completando 2 sessões por fístula arterio-venosa. Evoluiu com choque, com hipotensão refractária a fluidoterapia, bradicardia sinusal (50/min), má perfusão periférica com hiperlactacidemia (3mmol/L), turgescência venosa jugular, acidemia grave (pH 6,8), hipercalemia (6,1mEq/L) e alteração do estado de consciência. Foi iniciado suporte aminérgico (com noradrenalina, e dobutamina transitoriamente) e técnica dialítica contínua. Realizou ecocardiograma transtorácico que revelou derrame pericárdico de pequeno volume, espessamento pericárdico e "septal bounce" com dilatação da veia cava inferior, compatível com pericardite efusivo-constritiva.

Após 3 dias de diálise contínua e 3 dias de diálise convencional com resolução de todas as disfunções e ecocardiograma a mostrar resolução do derrame pericárdico e "septal bounce" menos evidente. Fez estudo para tromboembolismo pulmonar, vasculite, lúpus eritematoso sistémico, síndrome de sjögren, mieloma múltiplo, amiloidose e hipotireoidismo que foi negativo. Assumido o diagnóstico de pericardite urémica com grau de constrição a contribuir para o choque.

Discussão: A fisiopatologia da pericardite urémica é desconhecida e os doentes habitualmente não apresentam os sintomas e sinais típicos da pericardite infecciosa como dor torácica e alterações electrocardiográficas. A evolução com cardiopatia constritiva é rara na atualidade com o advento de hemodiálise eficaz. Este caso pretende demonstrar uma evolução com choque e disfunção multiorgânica em contexto de insuficiência renal terminal, com diálise convencional ineficaz inicialmente e contributo da pericardite efusivo-constritiva com insuficiência cardíaca direita.

P153

752 UM CASO INESPERADO DE SÍNCOPE

Daniela Barroso, Márcia Cravo, Fabienne Gonçalves, João Araújo Correia

Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução

A síncope é uma perda repentina, breve e transitória da consciência por hipoperfusão cerebral de origem reflexa, cardíaca ou por hipotensão ortostática. Trata-se de um diagnóstico comum no serviço de urgência muitas vezes pouco valorizado em mulheres jovens.

Caso clínico

Mulher de 31 anos, sem antecedentes significativos.

Sem clínica de relevo até janeiro de 2018, altura em que apresenta um episódio de síncope em ortostatismo, sem esforço significativo prévio, com recuperação da consciência após alguns segundos, sem pródromos associados. Nega outra sintomatologia. Recorre ao serviço de urgência em maio por um segundo episódio de síncope, em esforço de características semelhantes ao primeiro. Ao exame objetivo, bom estado geral, hemodinamicamente estável, sem dessaturação periférica ou hipotensão ortostática. Sem alterações à auscultação cardiopulmonar ou presença de sinais congestivos periféricos. Sem estigmas de doença hepática. Sem alterações ao exame neurológico. Gasimetricamente com alcalose respiratória com hipocapnia. Analiticamente com poliglobolia e hiperbillurrubinemia à custa da direta. ECG com sinais de sobrecarga direita Radiografia do tórax com proeminência das artérias pulmonares e do bordo direito do coração. Pela suspeita de tromboembolismo pulmonar realiza angioTAC que descarta a sua presença. O ecocardiograma transtorácico confirma, por sua vez, a presença de hipertensão pulmonar (HTP) grave, com compromisso significativo da função sistólica do ventrículo direito. Estudo etiológico a revelar perfis tiroideu e renal normais, serologias HIV e vírus hepatotrópicos negativas e estudo imunológico normal; ecografia abdominal a excluir hipertensão portal; cintigrafia pulmonar ventilação-perfusão sem alterações. Pró-BNP elevado. Finalmente foi realizado cateterismo cardíaco que permitiu o diagnóstico de hipertensão pulmonar pré-capilar, com prova de vasorreatividade negativa. Marcha de diagnóstico da HTP com exames complementares de diagnóstico a excluir causa relacionada com doença cardíaca esquerda, pulmonar e doença tromboembólica crónica. Assumida hipertensão pulmonar do grupo I idiopática de risco intermédio de mortalidade pelo que foi iniciada terapêutica dupla com taladafil e macitentan, com boa tolerância e noção de melhoria clínica.

Discussão

A clínica associada à hipertensão pulmonar é frustrante e pouco específica pelo que deve haver um forte índice de suspeição e a síncope de esforço é um dos sintomas de apresentação. Assim, é de extrema importância a correta caracterização sintomatológica associada à observação de potenciais alterações no ECG.

P154

826 FIBROELASTOMA PAPILAR DA TRICÚSPIDE: UMA CAUSA INVULGAR DE EMBOLIA PULMONAR

João Patrocínio, Bernardo Neves, Anabela Raimundo, Daniel Ferreira, Vanessa Sousa, Alexandra Bayão-Horta
Hospital da Luz Lisboa

Introdução

Os fibroelastomas papilares são tumores cardíacos primários pouco frequentes, estimando-se uma prevalência de 1-7,9% de todos os tumores cardíacos. Surgem maioritariamente nas válvulas cardíacas, mais frequentemente na aórtica e mitral, sendo as manifestações clínicas mais comuns o AVC e o AIT.

Caso clínico

Apresentamos o caso de uma mulher de 85 anos que recorreu ao hospital por quadro de 2 dias de evolução de dispneia de origem súbita com início após manobra de Valsalva, sem outras queixas. Tinha como antecedentes doença renal crónica e uma massa na válvula tricúspide sugestiva de fibroelastoma papilar, documentada incidentalmente em ecocardiograma realizado 4 anos antes. Nessa altura foi-lhe proposta cirurgia cardíaca e anticoagulação tendo a doente recusado ambos.

No exame objetivo apenas se destacava taquipneia. Realizou cintigrafia ventilação/perfusão pulmonar que mostrava defeitos de perfusão bilaterais compatíveis com embolia pulmonar, pelo que se iniciou terapêutica com heparina de baixo peso molecular. Durante o internamento foi realizado ecoDoppler dos membros inferiores que não evidenciava sinais de trombose venosa profunda. O ecocardiograma transtorácico não mostrava a massa na válvula tricúspide, tornando o fibroelastoma papilar a causa mais provável de embolia.

Discussão

O fibroelastoma papilar é um tumor cardíaco raro e que raramente se localiza na válvula tricúspide. As características ecocardiográficas permitem muitas vezes assumir um diagnóstico presuntivo, sendo, no entanto, necessária ressecção cirúrgica para estabelecer o diagnóstico definitivo e prevenir possíveis consequências futuras.

A embolia pulmonar é, portanto, uma complicação rara mas possível deste tumor.

P155

1086 CAROTIDINIA

Pedro Manata, Maria João Pinto, Raquel Almeida, João Matos Costa

Hospital Distrital de Santarém

INTRODUÇÃO

A carotidinia ou síndrome de Fay, caracteriza-se por dor laterocervical, continua ou intermitente, na região da artéria carótida. Pode estar relacionada com diversos processos vasculares e não vasculares. A carotidinia idiopática é mediada por uma resposta imunitária, que produz alterações na parede arterial. Estas alterações estruturais estão limitadas à adventícia, preservando o lúmen

arterial, sem criar alterações hemodinâmicas.

CASO CLÍNICO: Mulher de 45 anos de idade, com história de eclampsia, foi enviada à consulta de Medicina Interna, por sensação de corpo estranho na região cervical direita, com 1 semana de evolução. Apresentava uma massa pulsátil direita, sem frêmito, mas dolorosa. Realizou TAC cervical que mostrou placa de aterosclerose calcificada na bifurcação carotídea e espessamento da carótida interna direita com halo hipodenso em seu redor, traduzindo espessamento parietal unilateral. Para exclusão do diagnóstico de disseção e melhor caracterização vascular desta alteração, realizou Angio-TAC de corpo e Pescoço, que não mostrou qualquer alteração de permeabilidade ou defeitos de preenchimento dos vários trajetos arteriais. Iniciou terapêutica com naproxeno com boa evolução. O estudo analítico mostrou elevação da VS e da PCR, com melhoria subsequente; a nível imunológico foi detetada a presença de anticardiolipina e anti-B2-GPI IgM em títulos elevados, confirmados em segundo e terceiro doseamentos. Foi adicionado AAS e hidroxyclorequina ao esquema terapêutico, mantendo naproxeno. Foi repetido o angio-TAC mostrando melhoria do espessamento da carótida primitiva direita. Posteriormente teve recorrência minor relacionada com falha na adesão à terapêutica.

DISCUSSÃO: A carotidinia responde bem a AINES ou corticoides, tem habitualmente um curso benigno com resolução espontânea em semanas, com um período livre de sintomas, mas com eventual recorrência. Implica diagnóstico diferencial com patologia vascular, em especial dissecções e vasculites. Tem sido raramente descrita associada à presença de anticorpos antifosfolípido; neste caso não preenche critérios de Síndrome Anti-fosfolípido, mas a doente mantém-se em seguimento.

P156

1839 ESTENOSE VALVULAR AÓRTICA – UMA CAUSA RARA DE ANEMIA FERROPÊNICA

Pedro Ribeirinho Soares, Margarida Mesquita, Tânia Proença, Carla Andrade, Diana Ferrão, Catarina Pereira, José Marques, Fernando Nogueira, Jorge Almeida.

Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal

Introdução

A estenose aórtica é a valvulopatia mais comum em doentes idosos, constituindo uma causa importante de morbimortalidade neste grupo etário. A presença de angiodisplasias constitui um processo degenerativo relacionado com a idade e uma importante causa de hemorragia gastrointestinal. O síndrome de Heyde constitui uma entidade de reconhecimento crescente: a presença de estenose aórtica promove, por um lado, o surgimento de

lesões angiodisplásicas devido à vasodilatação e angiogénese induzida pela hipóxia; por outro, a degeneração de múltiplos de Fator de Von Willebrand provocada pelo shear stress sob a válvula estenosada induz uma forma de doença de Von Willebrand adquirida (tipo 2A).

Caso Clínico

Homem de 72 anos com história médica conhecida de síndrome metabólica, síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) grave e estenose aórtica moderada documentada há 1 ano. É admitido para estudo de anemia ferropénica com vários meses de evolução, com necessidade de suporte transfusional. Estando suplementado com ferro oral. Referia astenia associada a dispneia para os pequenos esforços; desconhecia perdas hemáticas. Ao exame objetivo apresentava mucosas descoradas; sopro sistólico no foco aórtico de intensidade III/VI com irradiação pré-cordial, sem outras alterações de relevo. Analiticamente documentada anemia ferropénica (Hb 9.5 g/dL, SatTransf 3%, Fe 22 ug/dL, Ferritina 21.8 ng/mL). Realizou endoscopia digestiva alta que demonstrou a presença de angiectasias gástricas, congestivas, submetidas a terapêutica com argon plasma; na colonoscopia documentados divertículos do cólon sigmóide, sem evidência de hemorragia recente. Repetiu ecocardiograma transtorácico que demonstrou estenose aórtica severa (área de 0.8 cm² e gradiente médio de 44 mmHg) e função biventricular conservada. Após tratamento endoscópico, estabilização clínica e do hematócrito, teve alta orientado para consulta de cirurgia cardiotorácica para correção cirúrgica de estenose valvular aórtica.

Discussão

O diagnóstico de síndrome de Heyde implica a exclusão de outras patologias, nomeadamente neoplasias do tubo digestivo, doença ulcerosa péptica, doença celíaca e/ou deficiência nutricional (como o défice de vitamina B12 e ácido fólico). O risco de hemorragia digestiva em doentes com estenose aórtica é cem vezes superior ao dos doentes sem esta valvulopatia. A presença de angiodisplasias num doente com estenose aórtica deve lembrar a possibilidade de diagnóstico de síndrome de Heyde, sendo que o reconhecimento atempado desta patologia permitirá reduzir a morbimortalidade associada.

P157

8 WELLENS' SYNDROME: TO TAKE A NOTE

Ana Catarina Trigo, Liliana Carneiro, João Nuno Oliveira, Carolina Guedes

Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Wellens' syndrome (WS), also known as T-wave syndrome, refers to a specific T-wave abnormalities in the anterior chest leads that reflects a critical

obstruction in the proximal left anterior descending (LAD) coronary artery. It is estimated that this syndrome concerns about 10-15% of all acute coronary syndromes (ACS). WS diagnostic criteria are a history of angina; minimal or no elevation of cardiac enzymes; minimal or no ST-segment elevation (<1 mm); no pathological precordial Q waves; biphasic T waves in leads V2 and V3 (WS type 1) or deep, symmetrical and inverted T waves in leads V2 and V3, and sometimes also in V1, V4, V5, and V6 (WS type 2). The mechanism behind these electrocardiographic patterns is still unknown, but it is postulated that changes are due to the reperfusion of the ischemic myocardium due to alleviation of spasm of proximal LAD artery. Those electrocardiographic findings could be the only indication of an imminent anterior infarction, even in asymptomatic patients without prior history of chest pain. Without proper therapeutic approach, people with WS can rapidly progress to an anterior myocardial wall infarction (estimated incidence of 75%).

We present a case of a 52-year-old man who presented at emergency service with recurrent episodes of angina for the last two weeks. Physical examination was unremarkable. Electrocardiographic study showed a WS type 1 pattern. High-sensitivity troponin study revealed low values of 59, 76 and 119 ng/L respectively at admission, 3 hours and 6 hours after admission (reference value $< 34,2$ ng/L). A WS was admitted. A charge dose of dual antiplatelet therapy was administered and an early coronary angiography was performed, revealing a critical proximal left anterior descending coronary artery occlusion of 90%. A drug-eluting stent was implanted. There was no recurrence of symptoms, the electrocardiographic findings solved and the patient was discharged two days later under dual antiplatelet therapy.

P158

83 QUANDO “O APERTO” SE MANTÉM NA PERICARDITE CONSTRICTIVA.

Joana Almeida Calvão, Mónica Dinis Mesquita, Fernando Salvador, Paula Vaz Marques

Serviço de Medicina Interna do Hospital de Vila Real - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução

A pericardite constrictiva (PC) resulta da perda de elasticidade do pericárdio. É uma entidade crónica que pode decorrer de qualquer insulto, sendo a sua etiologia frequentemente indeterminada.

Caso Clínico: Mulher de 75 anos com antecedentes pessoais de hipertensão arterial essencial, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, adenocarcinoma do endométrio submetida a intervenção cirúrgica, bradi e radioterapia, sem recidiva. Internamento em 2015 no Serviço de

Medicina Interna por dispneia para pequenos esforços e dor torácica concomitante. Realizado ecocardiograma transtorácico (ecoTT) com evidência de insuficiência tricúspide severa, dilatação severa das câmaras direitas, função sistólica do ventrículo esquerdo (FSVE) conservada e depressão sistólica ventricular direita; angio-TC com exuberantes calcificações do pericárdio, sem tromboembolismo pulmonar. Suspeita de PC, pelo que realizou coronariografia (CC) direita que não confirmou tal entidade. Simultaneamente, despistadas patologias autoimunes, infecciosas, neoplasia ativa ou trauma prévio. Teve alta melhorada e posterior seguimento em Consulta Externa, com progressivo agravamento da dispneia que era, contudo, atenuada com ajustes terapêuticos. Solicitado novo ecoTT com fisiologia sugestiva de pericardite constrictiva e FSVE preservada. Em reunião multidisciplinar propôs-se manter seguimento e ponderar referenciação para cirurgia cardíaca se agravamento clínico. Vários internamentos subsequentes por Insuficiência Cardíaca (IC) descompensada por progressão da doença, repetiu CC direita com equalização das pressões telediastólicas do ventrículo esquerdo e direito, exuberante calcificação pericárdica consistente com pericardite constrictiva. Proposta para pericardiectomia e submetida a pericardiectomia antefrénica bilateral a 04/2018. Manteve dispneia em repouso e classe funcional III-IV da NYHA e iniciou ciclo de levosimendan com boa resposta clínica. Posteriormente novo internamento por IC descompensada com necessidade de novo ciclo de levosimendan. Foi proposta perfusão do fármaco segundo o protocolo Lion-Heart, com significativa melhoria clínica. Concomitantemente no ecoTT mantinha fisiologia constrictiva e com agravamento neurológico por demência vascular, pelo que se suspendeu o protocolo e iniciou seguimento em Cuidados Paliativos.

Discussão: A sintomatologia associada à PC é progressiva e permanente se não for cirurgicamente abordada. Sabe-se que quando mais precocemente esta é realizada, maior é a probabilidade de melhoria. O protocolo Lion-Heart demonstrou que a administração de levosimendan a cada 2 semanas durante 12 semanas em doentes com IC avançada em doentes com FSVE diminuída, melhorou a classe funcional e o risco de hospitalização. Neste caso, ainda que a FSVE fosse preservada, houve melhoria clínica, sem novos internamentos. Contudo, a manutenção das alterações ecocardiografias e o desenvolvimento da demência vascular motivaram a sua suspensão por futilidade terapêutica.

P159

500 SÍNDROME DE KOUNIS – UMA APRESENTAÇÃO RARA

Liliana Pedro, Dina Bento, Jorge Mimoso, Ilídio Jesus
Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Introdução

A síndrome de Kounis (SK) é uma síndrome de hipersensibilidade coronária na sequência de uma reação anafilática, levando a vasospasmo das artérias coronárias. Podem ocorrer 3 variantes desta síndrome: angina vasospástica alérgica (tipo I), enfarte agudo do miocárdio alérgico (tipo II) e trombose de stent por oclusão por infiltrado eosinofílico e mastocitário (tipo III). Podem ocorrer manifestações tipicamente alérgicas, como por exemplo, rash ou sibilos. Existem 175 casos confirmados (2017), sendo mais comum em homens (74,3%), entre a quinta e sétima décadas de vida. O tipo mais comum é o tipo I (72,6%), sendo a causa mais frequente a alergia a fármacos (27,4%), seguindo-se de picadas de insectos (23,4%). Geralmente, o prognóstico é favorável e as complicações graves são raras.

Caso clínico: Homem, de 52 anos, com hábitos tabágicos. Sem antecedentes relevantes, sem medicação habitual, sem alergias conhecidas. Antecedentes familiares de irmão com acidente vascular cerebral antes dos 50 anos. Após uma picada de abelha na região periorbitária esquerda, iniciou de seguida dor retroesternal, persistente, com irradiação aos membros superiores. Sem manifestações alérgicas típicas. Primeiro eletrocardiograma com bradicardia sinusal alternando com ritmo juncional com elevação do segmento ST em DII, DIII, aVF compatível com o diagnóstico de enfarte agudo do miocárdio com elevação do segmento ST inferior. Realizou cateterismo cardíaco que revelou doença coronária de 1 vaso, com lesão suboclusiva no segmento médio da artéria coronária direita tendo sido realizada angioplastia primária com stent fármaco revestido. O ecocardiograma transtorácico evidenciou fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 68% e com alterações da motilidade segmentar no segmento basal do septo interventricular e parede inferior. Evolução clínica no internamento em Killip-Kimball I, sem intercorrências. Sem necessidade anti-histamínicos no internamento. Teve alta medicado com dupla anti-agregação, estatina, IECA e beta-bloqueante.

Discussão: Estamos perante um caso raro de síndrome de Kounis tipo II (22,3% dos casos descritos de SK). Este tipo é causado pela libertação de mediadores inflamatórios que induzem vasospasmo coronário juntamente com erosão ou rotura de placa aterosclerótica. O SK tipo II deve ser tratado de acordo com as orientações para a abordagem de uma síndrome

coronária aguda, podendo também ser necessário administrar corticoides e anti-histamínicos. A correta identificação desta síndrome é de vital importância pois a abordagem terapêutica poderá ser diferente. O SK tipo I pode ser tratado apenas com corticoides e anti-histamínicos; e os beta-bloqueantes podem agravar o vasospasmo em qualquer dos tipos. Salienta-se a relevância da realização de uma história clínica completa que inclua a história de alergias medicamentosas e não medicamentosas.

P160

2165 NOVIDADES?! SO NO HIPER(TENSÃO)

Vasco Neves, Pedro Ventura, Rodrigo Alves, Ana Moreira, Adriano Cardoso, Joao Correia

ULS Guarda, Hospital Sousa Martins, Medicina Interna

É comum, hodiernamente, vermos doente com medicação do foro anti-hipertensos, desde idades jovens. A hipertensão~são essencial é de longe, a causa mais comum deste problema. Isto leva a uma fácil catalogação e medicação destes mesmos doentes, descorando o, essencial despiste de causas secundárias. 5 a 15% dos casos de hipertensão essencial devem-se na verdade, a hiperaldoteronomismos primários.

Homem, 42 anos de idade, comerciante, que recorre ao SU, enviado após avaliação pelo Medico de Medicina no trabalho, com informação em papel de constatação de perfil tensional com Tensão arterial de 225/142mmHg. Antecedentes pessoais conhecidos de excesso de peso, IMC de 29%, dislipidemia mista e hipertensão (diagnosticada há cerca de 10 anos, sem estudo conhecido). Acompanhado pelo Medico de Família que medicou com Perindopril 10mg id e Amlodipina 10mg id, contudo desde há uma semana sem medicação por falta de receita para os mesmos. À admissão, sem quaisquer queixas subjectivas; objectivamente a destacar fácies pletórico e diminuição bilateral do murmúrio vesicular; Pressão arterial de 252/150mmHg, sobreponível nos quatro membros, com frequência cardíaca de 75bpm sem demais alterações. Do perfil analítico solicitado na urgência, destacamos natremia ligeiramente elevada, associada a hipocalcemia severa. Do exame urinário apenas com proteinúria ligeira. Gasimetricamente com alcalose metabólica compensada. Medicado com Labetalol 20mg em bolus, sem resposta tensional, com necessidade de 2 bolus subsequentes de 40mg; Pressão arterial de 179/92mmHg.

No internamento, solicitados perfil mais vasto para estudo etiológico, do que se pode destacar, racio aldosterona/actividade da renina plasmática muito elevado, colesterol total elevado com HDL dentro dos valores normais, aldosterona serica e na urina de 24horas muito elevada; perfil catecolaminergico normal. Ecografia renal e supra-renal sem

alterações, o que motivou solicitação de Tomografia abomino-pelvica que revelou nódulo com cerca de 3cm da supra-renal direita acompanhada de ligeira calcificação da aorta abdominal. Perante achados, conclui-se pelo diagnóstico de hiperaldosteronismo primário atribuível a adenoma produtor de aldosterona. Para controlo de controlo tensional medicado com espironolactona 100mg id, amlodipina 10mg id e atorvastatina 20mg id. Posteriormente encaminhado para Consulta de Endocrinologia, com posterior articulação com especialidade cirúrgica para excisão do mesmo.

Os autores decidem pela exposição do caso supra, para enfatizar a necessidade da exatidão clínica etiológica, que estes doentes, quer pela idade, quer pelas alterações que revelam em primeira instancia, requerem.

P161

24 QUANDO A CLÍNICA É ENGANADORA

Rita Gameiro, Vanda Jorge, Fernando Martos Gonçalves, José Lomelino Araújo
Hospital Beatriz Ângelo

INTRODUÇÃO

O tamponamento cardíaco é uma emergência médica que necessita de um diagnóstico e tratamento precoce, idiopático em 14% dos doentes.

CASO CLÍNICO: Homem de 56 anos, com anemia crónica e tabagismo crónico não ativo, que recorre à urgência por quadro com 6 meses de evolução de dispneia paroxística noturna, tosse, sudorese noturna. Duas semanas antes ortopneia, dispneia em repouso e dor abdominal. Vinda à urgência e assumida infecção respiratória baixa. Por agravamento clínico, retornou ao hospital. Na admissão, polipneico, normotenso, taquicárdico, fervores crepitantes na base esquerda e abdómen doloroso no epigastro e hipocôndrio direito. Análises com aumento dos parâmetros inflamatórios e padrão de citocolestase. Internado por insuficiência cardíaca descompensada. ECG com bloqueio de ramo esquerdo, já conhecido. Por agravamento de dispneia, com D-dímeros aumentados, troponina I normal e hipocápnia, realizou angioTC torácico que mostrou volumoso derrame pericárdico e derrame pleural esquerdo. Evolução desfavorável com necessidade de pericardiocentese urgente. Melhoria clínica paulatina, necessitando de toracocentese, com ecocardiograma com alterações segmentares e fracção de ejeção deprimida. Do estudo realizado: líquido pericárdico e pleural compatível com citologia negativa para células neoplásicas; exames culturais negativos; biópsia pleural sem alteração; análises com estudo auto-imune e serologias negativas; TC de corpo sem alterações; biópsia de gordura abdominal negativa para amiloidose. Admitido tamponamento cardíaco

em contexto de perimiocardite idiopática, iniciando terapêutica anti-inflamatória e otimizando-se terapêutica para insuficiência cardíaca. Mantém-se clinicamente estável em ambulatório, sem recidiva, com melhoria da fracção de ejeção.

DISCUSSÃO: Dado a clínica muitas vezes subtil, os autores reforçam a necessidade de um alto grau de suspeição de miopericardite, de modo a evitar complicações potencialmente fatais.

P162

294 FORAMEN OVAL PATENTE EM DOENTE DE 69 ANOS

Marina Vitorino, Filipa Nunes, Whine Mota Pedro, Mariana Costa, Beatriz Porteiro, Alexys Reis Borges, Marinela Major, João Machado
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Introdução

O AVC isquémico de causa embólica requer investigação sistematizada antes de ser designado criptogénico. Em doentes jovens que se apresentam com AVC sem causa aparente é mandatória a consideração de FOP. No entanto, a maioria dos estudos relativos à investigação de FOP não inclui doentes com idade superior a 60 anos. Aliás, dada a prevalência de FOP na população em geral, é provável que, em muitos casos, a FOP diagnosticada seja incidental, particularmente nos doentes mais idosos. A embolia paradoxal é o mecanismo do AVC que faz evocar FOP.

Caso Clínico:

Doente, sexo masculino, de 69 anos com HTA e DM sob insulino-terapia, seguido no IPR com os diagnósticos de LES e AR, sob 20 mg de prednisolona. Foi admitido por hematoquémia, com Hb 6,6g/dL, pelo que realizou colonoscopia que demonstrou diverticulose cólica. No internamento desenvolveu quadro súbito de parésia facial esquerda tipo central e hemiparésia esquerda de predomínio braquial, precedido e acompanhado de febre, tosse e dispneia com hipoxémia. A TC-CE sem contraste não demonstrou alterações agudas e a RM-CE revelou múltiplas lesões isquémicas em ambos os hemisférios cerebrais e hemisfério cerebeloso direito. A punção lombar foi negativa. Adicionalmente fez angio-TC-tórax com aspectos compatíveis com trombo endoluminal no ramo interno da artéria interlobar inferior direita. As hemoculturas e o ecocardiograma transtorácico foram negativos. A ecografia-doppler dos vasos do pescoço não mostrou alterações carotídeas ou vertebrais significativas. Perante a presença de AVC isquémico e embolia pulmonar procedeu-se a ETE com soro agitado que mostrou passagem precoce de microbolhas de AD para AE através de foramen ovale; sem evidência de imagens sugestivas de vegetações. O doente, a par de antibioterapia de largo espectro, iniciou tratamento com

anticoagulação assistindo-se a melhoria clínica, sendo referenciado à data da alta para consulta multidisciplinar com Cardiologia e Neurologia.

Discussão:

No caso apresentado, apesar da idade do doente e da presença de factores de risco cardiovasculares, perante a evidência de tromboembolismo paradoxal, o diagnóstico de FOP foi evocado e confirmado com ETE com soro agitado. Os estudos recentes sobre a melhor abordagem terapêutica de FOP excluem doentes com idade superior a 60 anos; o nosso doente foi tratado com êxito com anticoagulação e foi referenciado para posterior avaliação sobre o benefício de eventual correcção cirúrgica.

P163

332 PERICARDITE PURULENTA A ACTINOMYCES

Maria Castro, Sara Borges, Pedro Carvalho, Márcia Souto, José Monteiro, Fernando Gonçalves, José Guimarães, Miguel Móz, Filipa Cordeiro, José Moreira

Unidade Local de Saúde do Nordeste, Centro Hospitalar de Trás-os-montes e Alto Douro

Introdução

A pericardite purulenta (PP) é atualmente uma complicação rara e define-se como uma infecção localizada no espaço pericárdico que produz um líquido purulento. A suspeita desta entidade é indicação para pericardiocentese emergente, tendo o líquido pericárdico características bioquímicas de exsudado, devendo ser sujeito a exame microscópico direto e cultural. O tratamento consiste na drenagem do líquido pericárdico e antibioterapia sistémica.

Caso clínico

Doente de 42 anos com antecedentes de Síndrome de Eisenmenger por comunicação interventricular não intervencionada. Enviado ao Serviço de Urgência por agravamento do padrão habitual de dispneia, astenia, diminuição do débito urinário e febre com cerca de uma semana de evolução. Encontrava-se desidratado e com denteição em mau estado. Apresentava hipocratismo digital, estava taquicárdico e saturava a 80% em ar ambiente. Na auscultação cardíaca S1 normal e S2 aumentado com sopro de ejeção II/VI. Analiticamente salientava-se elevação de transaminases e dos parâmetros inflamatórios. Realizada TAC torácica que mostrou derrame pericárdico de grande volume. O ECG mostrava taquicardia auricular e alternância do eixo elétrico. Efetuado ecocardiograma transtorácico (ECO-TT) que confirmou derrame pericárdico de grande volume com swinging heart. Decidido prosseguir imediatamente para pericardiocentese evacuadora, com drenagem de líquido pericárdico de aspeto purulento com características de exsudado. Após discussão com a cirurgia cardíaca,

foi protelada a realização de janela pericárdica pelo alto risco cirúrgico deste doente com Síndrome de Eisenmenger. Iniciada antibioterapia empírica e posteriormente realizada antibioterapia dirigida com benzilpenicilina endovenosa, após o isolamento de *Actinomyces* no líquido pericárdico.

Verificou-se uma evolução inicial favorável, sem evidência de outro foco infeccioso, com parâmetros analíticos em decrescendo e evolução em apirexia. Após 15 dias de internamento evoluiu com agravamento da insuficiência cardíaca. Repetido ECO TT que revelou derrame pericárdico organizado, com septal bounce, padrão restritivo de enchimento do ventrículo esquerdo e variação do fluxo transmitral significativa – sugestivo de pericardite constrictiva. Contactada novamente a Cirurgia Cardíaca para a realização de pericardiectomia, tendo sido recusado pelo alto risco cirúrgico, vindo a falecer posteriormente.

Conclusões

Este caso clínico demonstra uma causa rara de tamponamento cardíaco, num doente com S. De Eisenmenger e risco cirúrgico muito elevado que condicionou a abordagem terapêutica. O tratamento da PP inclui a drenagem completa do líquido pericárdico, sendo que a pericardiocentese é muitas vezes insuficiente e havendo frequentemente necessidade de drenagem cirúrgica. Tal como ocorreu no presente caso, a evolução para pericardite constrictiva é frequente nesta entidade, sobretudo quando não existe uma remoção efectiva e cirúrgica do líquido purulento.

P164

417 UM CORAÇÃO SENIL

Margarida Pimentel Nunes, Inês Branco Carvalho, David Prescott, Ana Isabel Brochado, Isabel Montenegro Araújo, Salomão Fernandes, Adriana Paixão Fernandes, Beatriz Donato, Rita Sérgio, José Luís Ferraro, Andreia Sofia Carlos, Raquel Almeida, António Marti

Hospital Beatriz Ângelo

Apresentamos o caso de um homem de 75 anos, com cardiopatia de função sistólica diminuída e sem doença coronária, diabetes tipo 2, hipoacúsia grave e doença renal crónica (DRC) conhecidas. Foi trazido ao nosso hospital após ativação da equipa de emergência médica por dispneia, apresentando taquicardia de complexos estreitos (180bpm), sem resposta a adenosina e necessidade de cardioversão elétrica, convertendo a bradifibrilhação auricular. Analiticamente a destacar DRC agudizada, troponina negativa e ligeira citocolestase de novo. No internamento, realizou ecocardiograma que revelou ventrículo esquerdo não dilatado com hipertrofia das paredes, aspeto mosqueado/infiltrativo do septo e padrão restritivo. A ressonância magnética cardíaca revelou T1 nativo aumentado globalmente (>1100ms), altamente

sugestivo de amiloidose. Fez-se biópsia do recto, que foi negativa na coloração Vermelho do Congo. O estudo de mieloma (proteinograma, cadeias leves no sangue e urina e mielograma) foi negativo, e a cintigrafia óssea revelou apenas captação cardíaca. O doseamento de proteína amiloide A no soro era normal (3.8mg/dL). O estudo de autoimunidade alargado revelou apenas um anticorpo antinuclear 1:320 fino granular. Apesar das alterações hepáticas, havia a forte possibilidade destas decorrerem da hipoperfusão pós-taquicardia, pelo que se optou por não realizar pesquisa de amiloide por biópsia hepática. Procedeu-se então à biópsia do endomiocárdico, o único órgão seguramente afectado, que identificou material hialino corável com Vermelho do Congo e birrefringência verde em microscopia, característico de substância amiloide, concomitante a hipertrofia dos cardiomiócitos, fibrose e fibroelastose intersticial. O estudo imunocitoquímico foi fortemente positivo para ATTR, fracamente positivo para amiloide AA e negativo para cadeias leves kappa e lambda e beta-2-microglobulina. Perante amiloide ATTR, fez-se estudo genético para pesquisa de mutação pVal30Met no gene TTR, que foi negativa. Estabeleceu-se então diagnóstico de amiloidose senil, com envolvimento predominantemente cardíaco, sendo encaminhado ao hospital terciário, para realização de terapêutica dirigida, os estabilizadores de tetrâmeros de amiloide.

O envolvimento cardíaco isolado na amiloidose é comum na amiloidose ATTR e AL, e menos frequentes nas restantes. A amiloidose ATTR é a única que dispõe de terapia dirigida à amiloidose; nas restantes, resolver a causa é o único tratamento disponível.

P165

480 PRÉ-ECLÂMPsia NO PÓS PARTO

Ana Isabel Brochado, David Prescott, Margarida Pimentel Nunes, Inês Branco Carvalho, Isabel Montenegro Araújo, Beatriz Donato, Rita Sérvio, José Luis Ferraro, Salomão Fernandes, Adriana Paixão Fernandes, Cláudia Meireles, António Martins Baptista, José Lo

Hospital Beatriz Ângelo - Serviço de Medicina Interna

A pré-eclâmpsia é caracterizada por hipertensão arterial (HTA) de novo e proteinúria, ou HTA associada a disfunção de órgão significativa, na última metade da gravidez. Apenas 5% desses casos são em puérperas nas 48 horas após o parto podendo ocorrer excepcionalmente até às 6 semanas. Existem factores de risco (FR) predisponentes para o seu desenvolvimento entre os quais a idade materna avançada, história pregressa e/ou familiar e síndrome de anticorpos antifosfolipídicos (SAAF).

Apresentamos um caso de pré-eclâmpsia tardia no pós parto, cujo diagnóstico precoce é fundamental, dada a possibilidade de progressão para eclâmpsia ou distúrbios mais graves, num curto período de

tempo.

Puérpera, 40 anos, caucasiana, com diagnóstico de SAAF, recorre ao serviço de urgência (SU) por dor torácica pleurítica, associada a cansaço para pequenos-médios esforços, dispneia e edema dos membros inferiores, de início nas 24 horas prévias, imediatamente após alta de internamento por parto por cesariana de gravidez de termo, sem intercorrências.

À observação, hipertensa, bradicárdica, eupneica em repouso e SpO2 de 95% em ar ambiente; à auscultação pulmonar, murmúrio vesicular diminuído nas bases e edema dos membros inferiores até ao joelho.

Dos meios complementares de diagnóstico realizados, eletrocardiograma em bradicardia sinusal, radiografia do tórax com evidência de sobrecarga e gasimetria arterial em ar ambiente com hipocápnia e hipoxémia. Iniciou O2 suplementar a 2L/min e fez reavaliação com discreto agravamento. Na avaliação analítica, D-dímeros positivos e NT-proBNP elevado, exame sumário de urina sem alterações. Realizou ecocardiograma transtorácico com sobrecarga das cavidades direitas e PSAP de 56 mmHg; Angio-TC torácica, sem evidência de tromboembolismo pulmonar (TEP) central, não sendo possível excluir pequenos defeitos periféricos na repleção arterial. Foi admitido diagnóstico de TEP periférico e ficou internada na unidade de cuidados intermédios sob terapêutica anticoagulante. Ao 2º dia de internamento realizou cintigrafia pulmonar de ventilação/perfusão e reavaliação ecocardiográfica, ambos sem quaisquer alterações, excluindo TEP. A doente foi transferida para a enfermaria com remissão gradual de toracalgia, controlo de perfil tensional, redução progressiva do oxigénio até à sua suspensão.

Face a HTA de novo associada a insuficiência cardíaca aguda, admitiu-se como diagnóstico pré-eclâmpsia tardia. Como FR subjacentes, a doente tinha idade avançada e história de SAAF, sendo que este último em conjunto com o status pós-cesariana poderia também ser considerado como FR para TEP, daí a importância do diagnóstico diferencial nos casos atípicos.

Da avaliação laboratorial realizada, não existiam alterações tipicamente encontradas na pré-eclâmpsia, o que pode ter influenciado a sua não valorização como hipótese diagnóstica à admissão. A doente teve alta, com manutenção da anticoagulação face ao diagnóstico prévio de SAAF, passando a ser seguida em consulta.

P166

1062 DOENÇA ATEROSCLERÓTICA E TROMBOEMBOLIA – CASO CLÍNICO

Duarte Calado, Teresa Mesquita, Nuno Ferreira, Ana Santos, Luís Campos

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental - Hospital de São Francisco Xavier - Serviço de Medicina IV - Unidade de AVC

INTRODUÇÃO

A doença aterosclerótica afecta potencialmente as artérias coronárias, cerebrais, aorta e periféricas. Na sua patogénese está envolvida a lesão endotelial com disrupção do equilíbrio entre vários componentes. A progressão desta doença pode ocorrer de forma aguda, em que existe formação de um trombo e oclusão do lúmen arterial, dando origem a síndromes coronárias e cerebrovasculares neste contexto. Estes condicionam internamentos de maior duração e com um elevado número de complicações, nomeadamente tromboembólicas.

CASO CLÍNICO: Homem, 65 anos, com antecedentes de HTA, dislipidemia, obesidade, DM tipo II com várias complicações vasculares, em que se destaca doença arterial periférica com amputação transtibial bilateral e cardiopatia isquémica com insuficiência cardíaca e internamento recente por SCA submetido a angioplastia com colocação de stents coronários. Internado por quadro ictal de disartria e hemiparesia atáxica esquerda, tendo sido diagnosticado um AVC isquémico do hemisfério direito, tendo sido submetido a terapêutica fibrinolítica e internado na UAVC. A reavaliação por TC-CE evidenciou presença de lesão hemorrágica no hemisfério esquerdo, associada a agravamento neurológico, tendo-se protelado instituição de anti-agregação, apesar de intervenção coronária recente. A D12 iniciou um quadro súbito de dispneia, toracalgia e tosse com hipotensão e dessaturação periférica, por tromboembolismo maciço bilateral, confirmado por angio-TC. Dada contra-indicação para trombólise, e na presença de critérios de gravidade, realizou tromboembolectomia com remoção do material trombótico. Após período de instabilidade, com internamento em UCI, foi posteriormente readmitido na unidade de AVC, tendo alta para o domicílio a D44 de internamento, com melhoria dos défices neurológicos iniciais, sem agravamento da lesão hemorrágica, mantendo actualmente programa de reabilitação em ambulatório. Durante o internamento e no seguimento posterior não foram identificados outros factores protrombóticos, para além dos factores de risco vascular referidos.

CONCLUSÃO: A patologia cardiovascular é a principal causa de morbimortalidade no mundo ocidental, verificando-se elevada prevalência de eventos vasculares no internamento hospitalar. O caso apresentado, com envolvimento vascular grave, ilustra a dificuldade de decisão quanto

à instituição e gestão de terapêutica nestes doentes, bem como a importância de gestão multidisciplinar de forma a alcançar o melhor resultado clínico. A aposta inicial deve sempre assentar na prevenção da progressão dos factores de risco cardiovasculares, com modificações do estilo de vida no que diz respeito principalmente a hábitos nocivos, realização de exercício físico regular e uma alimentação adequada, bem como acompanhamento médico regular.

P167

1209 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR CRÓNICO UMA CAUSA A PENSAR NA HIPERTENSÃO PULMONAR

Joana Sousa Morais, Isabel Andrade Oliveira, Inês Burmester, Olga Pires, Maria João Regadas, Paulo Gouveia, Carlos Capela

Hospital de Braga

Introdução

A Hipertensão Pulmonar (HTP) está a tornar-se um problema cada vez mais comum nos dias de hoje. Uma das suas etiologias /subgrupos é o tromboembolismo pulmonar, estimando-se que 0,5% evolua para cronicidade mesmo sob hipocoagulação. O diagnóstico precoce poderá ter impacto no tratamento e qualidade de vida destes doentes.

Caso clínico: Primeiro caso, mulher, 48 anos, saudável. Com vinda ao serviço de urgência por dispneia, astenia e toracalgia direita, tendo sido levanta a hipótese de tromboembolismo pulmonar, cujo Angio TAC Pulmonar não foi esclarecedor mas também não permite excluir tromboembolismo pulmonar. Foi proposto internamento para continuação de estudo, mas doente recusou, tendo tido alta contra parecer médico, medicada com apixabano e com orientação para consulta de Medicina Interna. Em consulta doente com melhoria das queixas e do estudo realizado de salientar, analiticamente sem alterações (estudo imunológico, serologias, fator V de Leiden e estudo de trombofilia) e Angio TAC Pulmonar com evidência de tromboembolismo pulmonar bilateral. Assim, manteve hipocoagulação completou estudo com ecocardiograma, que foi realizado 4 meses após exame de imagem, demonstrou doença pulmonar veno oclusiva, com um valor > a 40mmHg. Pela suspeita de se tratar de um tromboembolismo pulmonar cónico, doente foi encaminhada para consulta especializada de HTP e aguarda neste momento orientação. O segundo caso é referente a um homem de 75 anos, com antecedentes de hipertensão, adenoma prostático, doença pulmonar não estratificada e tromboembolismo pulmonar há 9 anos, hipocoagulado e seguido em consulta de Medicina Interna desde então. Em consulta foi pedido controlo imagiológico (Angio TAC Pulmonar) onde se evidenciou a persistência de um trombo mural ao

longo dos anos e concomitantemente agravamento de PSAP (95mmHg) a nível ecocardiográfico e clínica de dispneia e astenia a médios esforços, sugerindo tratar-se de HTP por tromboembolismo crónico. O doente foi encaminhado para consulta de Hipertensão Pulmonar, tendo iniciado tratamento médico e sido orientado para endartectomia, que aguarda.

Discussão: A hipertensão pulmonar é cada vez mais um problema nos dias de hoje. Na maioria dos casos é secundária a doenças como a insuficiência cardíaca e doença pulmonar crónica, sendo o controlo destas patologias essencial. No entanto, e tal como demonstram estes dois casos a HTP pode também ser causada por eventos embólicos, com evoluções diferentes, que persistem mesmo com a hipocoagulação, sendo fundamental a sua identificação e tratamento para melhorar a qualidade de vida e prognóstico dos doentes.

P168

1680 UMA CAUSA REVERSÍVEL DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Liliana Ribeiro Santos*1, Joana Rigueira*2, Ana Furão Rodrigues1, Ana Paula Vilas1

1.Serviço de Medicina 2B – Hospital de Santa Maria / Centro Hospitalar e Universitario Lisboa Norte 2. Serviço de Cardiologia – Hospital de Santa Mar

INTRODUÇÃO

A hemocromatose resulta de uma absorção anormal de ferro intestinal com a consequente sobrecarga sistémica. Classifica-se em hereditária com transmissão autossómica recessiva ou secundária quando associada a administração excessiva de ferro, por exemplo em contexto de transfusões sanguíneas (hemossiderose). Pode ser assintomática ou cursar com lesão tecidual e disfunção multiorgânica, conduzindo frequentemente a cirrose hepática, diabetes mellitus, hipogonadismo hipogonadotrófico, artropatia, hiperpigmentação cutânea e doença cardíaca. Esta última, denominada hemocromatose cardíaca ou cardiomiopatia primária de sobrecarga de ferro, é potencialmente fatal. O diagnóstico precoce, baseado no estudo do metabolismo do ferro, na genotipagem e ressonância magnética (RM) hepática/cardíaca com ponderação em T2*, aliado à instituição atempada de medidas terapêuticas adequadas, são fatores decisivos para o prognóstico da doença.

CASO CLÍNICO: Mulher de 46 anos, referenciada à Consulta de Medicina Interna após internamento no Serviço de Cardiologia por insuficiência cardíaca (IC) aguda, com cardiopatia dilatada com fração de ejeção reduzida (FEVE=24%), perfil B (edema agudo do pulmão). Sem antecedentes patológicos prévios. Da revisão de órgãos e sistemas apuraram-se poliartralgias e exantema facial com meses

de evolução. A avaliação analítica inicial revelou eritrócitos $4,18 \times 10^{12}/L$, hemoglobina 13,8gr/dl, hematócrito 37,8%, volume globular médio 90,4fL, AST 45 U/L, ALT 65,7UI/L, fosfatase alcalina U/L, sat. transferrina 46%, Ferritina 271,6 ng/mL, Ferro 116,5 ug/dL, CTFF 136,0 μg/dL e NTproBNP de 813pg/mL, Troponina <0,02ng/mL, CK 81 U/L. O ECG evidenciou BCRE intermitente. A coronariografia não mostrou lesões. A ecografia abdominal evidenciou hepatomegalia heterogénea sugestiva de doença hepática crónica (DHC). Foram excluídas outras causas de DHC. Efetuou RM hepática que documentou sobrecarga de ferro e o fibroscan foi compatível com fibrose ligeira. Enquanto aguardava o estudo genético, iniciou terapêutica modificadora de prognóstico para a IC e flebotomias semanais, com melhoria da sobrecarga de ferro. O resultado genético revelou homozigotia para o HFE (gene da hemocromatose). Concluiu-se ser uma hemocromatose hereditária homozigótica associada ao HFE. Aguarda a realização de RM cardíaca.

COMCLUSÃO: Este caso evidencia a importância de considerar o diagnóstico de hemocromatose cardíaca na investigação etiológica da IC quando os níveis séricos de ferro estão elevados. Para o seu diagnóstico, a RM e a análise genética têm vindo a substituir a biopsia hepática. Para o seu tratamento estão indicados uma monitorização apertada dos níveis férricos e flebotomias, para além de terapêutica dirigida para a IC. Neste caso houve uma melhoria significativa da função cardíaca com o último ecocardiograma a documentar uma FEVE de 48%.

P169

1865 PERICARDITE CONSTRICTIVA: UMA CAUSA INCOMUM DE ENTEROPATIA PERDEDORA DE PROTEÍNAS

Duarte André Ferreira, Mauro Fernandes, Margarida Temtem, Tatiana Henriques, Susana Gomes, Maria Luz Brazão

Hospital Central do Funchal

INTRODUÇÃO

A enteropatia perdedora de proteínas é caracterizada por uma perda proteica excessiva a nível do trato digestivo, podendo conduzir a hipoalbuminémia, edemas, anasarca, bem como a uma predisposição aumentada a infeções. A pericardite constrictiva representa uma etiologia incomum desta patologia.

CASO CLÍNICO

Homem de 54 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, asma, erisipelas de repetição e tuberculose pulmonar e intestinal aos 18 anos. História familiar de doença inflamatória intestinal.

Recorreu ao SU, em julho de 2013, no contexto de uma erisipela, tendo ficado internado. Destacava-

se ao exame objetivo: edemas generalizados. Analiticamente: hipoalbuminemia grave de 18.5 g/dL, com função hepática normal, déficit funcional de ferro, hiperparatireoidismo secundário a déficit de vitamina D, déficit de IgA e IgG. Sem proteinúria na urina 24h. Estudo das fezes: gordura negativa, aumento da alfa-1 antitripsina.

Realizou Endoscopia Digestiva Alta (EDA) que revelou linfangiectasias em D2. Fez Vídeo-cápsula Entérica que sugeriu enteropatia congestiva.

Realizou Tomografia Computorizada (TC) tóraco-abdominal que revelou pericárdio espessado com calcificações grosseiras, compatível com pericardite constritiva. No entanto, este diagnóstico não se veio a verificar nos dois ecocardiogramas transtorácicos (ET) realizados posteriormente.

No ano e meio seguinte foi internado 6 vezes, 4 por novos episódios de erisipela e outras 2 por agravamento dos edemas, com necessidade de reposição de albumina.

Realizou novo ET, com achados sugestivos de pericardite constritiva. Foi realizada coronariografia diagnóstica e estudo hemodinâmico que confirmou a constrição, tendo-se procedido à pericardiectomia.

Após a pericardiectomia, e passados três anos e meio, o doente não voltou a apresentar hipoalbuminemia, edemas ou erisipelas.

DISCUSSÃO

Antes de serem ponderadas enteropatias perdedoras de proteínas, devem ser excluídas malnutrição, causas hepáticas ou síndrome nefrótica, como etiologias da hipoalbuminemia.

Após esta exclusão, os valores de alfa1-antitripsina nas fezes são um bom indicador das perdas por via gastrointestinal. Quando esta se encontra aumentada, a realização de EDA, TC tóraco-abdominal e ecocardiograma são mandatórios, no sentido de se excluir etiologia digestiva, obstrução linfática ou etiologia cardíaca, respetivamente.

É de salientar que estes exames podem, ainda assim, representar falsos negativos e não nos direcionar para o diagnóstico correto, pelo que o senso clínico deve prevalecer.

A pericardite constritiva conduz a uma enteropatia perdedora de proteínas, na medida em que condiciona um aumento da pressão venosa que, por sua vez, afeta a normal drenagem linfática intestinal, conduzindo à perda proteica. A hipoalbuminemia resultante dessas perdas provoca uma diminuição da pressão oncótica do plasma, originando os edemas. As perdas significativas de imunoglobulinas e linfócitos predispueram o doente a erisipelas de repetição.

P170

1914 HIPERTENSÃO PULMONAR – ACERCA DE UM CASO CLÍNICO

Francisco Pulido Adragão, Natacha Silveira, Carla Leitão, Helena Rita, Luísa Arez

Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade Hospitalar de Portimão

INTRODUÇÃO:

Os sintomas e sinais de hipertensão pulmonar (HTP) podem ser difíceis de reconhecer, uma vez que são inespecíficos, sendo uma doença com diagnóstico tardio perante clínica grave e irreversível.

CASO CLÍNICO:

Mulher caucasiana de 67 anos, autónoma nas atividades de vida diária, ex-fumadora, com antecedentes pessoais conhecidos de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia, medicada com Metformina e Linagliptina, Azilsartan e Pentoxifilina. Por quadro de dispneia e cansaço progressivo para médios e pequenos esforços, com 2 semanas de evolução, foi encaminhada ao serviço de urgência, pelo seu Cardiologista particular, após realização de ecocardiograma transtorácico no qual se destacava dilatação das cavidades direitas do coração, movimento paradoxal do seio intraventricular, e dilatação importante da artéria pulmonar acompanhada de hipertensão pulmonar.

Perante as alterações detetadas, foi internada com o diagnóstico de HTP para estudo diferencial. No internamento realizou investigação de acordo com os 5 grupos de classificação da Organização Mundial de Saúde:

- 1º grupo – HTP idiopática – sem história familiar, sem história de consumos, serologias negativas, sem alterações do tecido conjuntivo;
- 2º grupo – HTP por doença cardíaca esquerda – detetada comunicação interauricular; sem insuficiência mitral, estenose aórtica, ou insuficiência do ventrículo esquerdo;
- 3º grupo – HTP por doença pulmonar – sem distúrbios de doença pulmonar crónica ou intersticial;
- 4º grupo – HTP por tromboembolismo crónico – com tromboembolismo pulmonar periférico detetado em cintigrafia de ventilação/perfusão;
- 5º grupo – HTP por mecanismos multifatoriais pouco esclarecidos – sem alterações detetadas em estudo inicial.

No decorrer do estudo e por ausência de melhoria clínica da doente, foi contactada uma unidade diferenciada em HTP, tendo a doente sido transferida para orientação clínica e terapêutica após diagnóstico de HTP por tromboembolismo pulmonar periférico, em doente com comunicação

interauricular.

DISCUSSÃO:

O processo subjacente da hipertensão pulmonar varia de doente para doente e, com frequência, múltiplos fatores são responsáveis pela clínica. A avaliação diagnóstica é complexa dada as múltiplas patologias que originam HTP, sendo essencial um diagnóstico final, visto o tratamento ser direcionado à causa.

Trata-se de uma doença progressiva, mortal se não tratada, com o seu prognóstico a variar de acordo com a etiologia subjacente - o 1º grupo (HTP idiopática) apresenta pior prognóstico comparativo, com e sem tratamento.

No caso específico desta doente, embora iniciada terapêutica direcionada, evoluiu desfavoravelmente com agravamento progressivo da insuficiência respiratória. Acabou por realizar lobectomia, mas sem reposta clínica adequada e com agravamento progressivo, faleceu, sem diagnóstico etiológico definitivo, após episódio de hemorragia pulmonar massiva.

P171

1044 CARCINOMA DE CÉLULAS RENAIIS – UM DIAGNÓSTICO DE APERTAR O CORAÇÃO

Ana Duarte Coimbra, Ana Luísa Nunes, Jandira Lima, Rui Santos, Armando Carvalho

Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra Clínica Universitária de Medicina Interna, FMUC

Introdução

A amiloidose por carcinoma de células renais (CCR) apresenta-se habitualmente como amiloidose AA em até 5% dos doentes e reflete a deposição de fibrilas da proteína de fase aguda amilóide A. A amiloidose secundária a CCR por cadeias leves de imunoglobulinas foi relatada pela primeira vez em 2018 no Canadá. Descrevemos o primeiro caso reportado em Portugal de envolvimento cardíaco isolado por amiloidose associada a um CCR. Caso clínico: Mulher de 79 anos admitida no Serviço de Urgência por dispneia a esforços mínimos, ortopneia, dispneia paroxística noturna e edema dos membros inferiores com evolução de 3 semanas. Era portadora de ecocardiograma com hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo, boa função sistólica biventricular e derrame pericárdico ligeiro. Antecedentes pessoais de carcinoma de células renais nefrectomizado 5 anos antes, uma massa supra-renal direita em crescimento há 2 anos que recusou biopsar, hipertensão arterial sob losartan e furosemida 40mg, depressão medicada com sertralina e alprazolam e fibrilhação auricular (FA) paroxística de novo sob carvedilol 6,25mg. A admissão, quadro congestivo exuberante, volumoso derrame pleural bilateral e NT-pro-

BNP 2210 pg/ml. É internada com diagnóstico de Insuficiência Cardíaca descompensada perfil B. Por FA com pausas prolongadas no ECG é implantado pacemaker. Estudo etiológico com proteinograma a mostrar pico gama de monoclonalidade duvidosa, imunoglobulinas IgG 19.20 g/L e cadeias leves lambda 12.15 g/L. Imunofixação com cadeias pesadas IgG e leves Kappa e eletroforese com imunofixação urinárias com proteinúria mista sem picos de monoclonalidade. Fez biópsia de gordura abdominal onde não se observaram depósitos congófilos de substância amilóide. Não realizada ressonância magnética cardíaca por pacemaker colocado há poucos dias. Durante o internamento manteve-se confinada ao leito por lombalgia intensa, e por se encontrarem colapsos vertebrais na radiografia da coluna faz tomografia onde são visíveis múltiplas lesões ósseas e fraturas. Apresentou rápida deterioração clínica com hipotensão de difícil compensação por clínica congestiva com dispneia. Repete biópsia de gordura abdominal com tioflavina e faz PET-FDG que observa massa hipermetabólica supra-renal direita compatível com lesão neoplásica maligna de alto grau e extensa metastização ganglionar, peritoneal, retroperitoneal, pulmonar, óssea, muscular e cutânea. Faleceu ao 22º dia de internamento. Posteriormente, o resultado da segunda biópsia de tecido adiposo veio a confirmar a deposição focal de substância amilóide. Discussão: A insuficiência cardíaca por amiloidose é uma entidade rara que requer alto grau de suspeição para o diagnóstico e são escassos os casos que se conhecem de associação a CCR. As opções terapêuticas são limitadas pela dificuldade de confirmação diagnóstica e pela elevada morbilidade. Tanto o CCR como a amiloidose cardíaca sintomática estão associados a mortalidade elevada e curta sobrevida.

P172

1673 NEM SEMPRE É 'ESSENCIAL' - A PROPÓSITO DE UMA EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA

Filipa Leal, Margarida Bela, Ana Silva Rocha, Ana Filipa Pires, Dinis Sarmento, Luís Nogueira, Miguel Maia, João Vasconcelos, João Almeida Pinto, Mari Mesquita

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

INTRODUÇÃO

Causas de hipertensão arterial (HTA) secundária têm uma prevalência de 5-15%, sendo a HTA renovascular uma das mais comuns (1-10%). A displasia fibromuscular é uma causa rara de HTA renovascular, presente em 10% dos casos. Assim, é um diagnóstico a considerar, em especial em doentes jovens do sexo feminino, sem outros fatores de risco cardiovascular (FRCV).

CASO CLÍNICO: Mulher, 53 anos com antecedentes de trombocitemia JAK2 positivo e litíase biliar, sem FRCV conhecidos. Sem medicação habitual

ou alergias conhecidas. Recorreu à urgência (SU) por cefaleia de agravamento gradual com 2 dias de evolução, associada a HTA (220/130mmHg). Não referia dor torácica nem apresentava clínica de insuficiência cardíaca (péptido natriurético normal). O eletrocardiograma não tinha alterações de isquemia aguda, nem critérios de hipertrofia do ventrículo esquerdo e não houve subida dos marcadores de necrose miocárdica. A tomografia computadorizada (TC) cerebral não apresentava alterações agudas nem crônicas. Do estudo analítico no SU de destacar lesão renal aguda.

Do estudo realizado no internamento destaca-se, ausência de dislipidemia e diabetes, função tiroideia normal e ausência de proteinúria. Após controlo tensional, obteve-se resolução da lesão renal e da cefaleia. O estudo imunológico foi negativo. O ecocardiograma excluiu hipertrofia ventricular esquerda e outras alterações.

A ecografia-doppler e a angioressonância das artérias renais revelaram uma estenose significativa no terço médio da artéria renal esquerda, com 10 mm de extensão. Acresce um hiperaldosteronismo hiperreninémico. Discutido caso com o Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, admite-se diagnóstico de HTA renovascular. A paciente é submetida a angiografia por subtração digital, que confirma o diagnóstico de displasia fibromuscular (DFM). Por se encontrar numa angiosuite híbrida realiza no imediato angioplastia percutânea por balão, que decorre sem intercorrências. Dado o diagnóstico de DFM, foram excluídas alterações vasculares nos vasos carotídeos extracranianos e vertebrais por meio de RM.

A resposta imediata ao tratamento foi positiva: controlo tensional adequado sob ramipril 2,5mg e amlodipina 10mg. Um ano após o procedimento, a doente encontra-se assintomática, sem evidência de re-estenose, com perfil tensional controlado sob losartan 50mg.

CONCLUSÃO: Na presença de paciente do sexo feminino, caucasiana, na ausência de FRCV e de evidência de doença aterosclerótica noutros territórios, associando o padrão imagiológico (estenose do terço médio da artéria renal, sem atingimento do óstio), admite-se estenose da artéria renal em contexto de displasia fibromuscular focal da média. A identificação precoce desta entidade permite o tratamento endovascular com resolução do quadro numa grande maioria dos doentes.

P173

37 AMILOIDOSE CARDÍACA – QUANDO A RMN FAZ O DIAGNÓSTICO (TARDIO)

Cristina Martins, Diana Gonçalves, Pedro Ribeiro, Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Hospital Geral

Introdução

A amiloidose é uma doença sistémica causada pela deposição extracelular de fibrilhas insolúveis de proteínas de baixo peso molecular, que adquirem uma conformação de β -pleated sheets, sendo as mais comuns as cadeias leves (amiloidose AL), a proteína amiloide tipo A sérica (amiloidose AA) e a transtirretina (ATTR) (amiloidose senil e hereditária).

Caso Clínico: Doente de 81 anos, do sexo masculino, recorre ao serviço de urgência (SU) por dispneia, dificuldade respiratória, ortopneia e tosse com expectoração mucosa, com vários dias de evolução e agravamento marcado no dia de vinda ao SU. Apirético, taquipneico (30 rpm), com tiragem supraclavicular e intercostal, TA de 185/98 mmHg e saturação de O₂ de 89% em ar ambiente. Auscultação com ferveres bilaterais apico-caudais, gasimetria com insuficiência respiratória global e NT-ProBNP de 117 000. Assumido diagnóstico de edema agudo do pulmão, iniciou terapêutica com VNI, dinitrato e diuréticos, com internamento posterior para estudo e terapêutica. Ecocardiograma transtorácico revelou um aumento concêntrico, moderado a grave da espessura das paredes do ventrículo esquerdo (VE), com disfunção diastólica grau 3 (padrão restritivo), muito sugestivo de cardiopatia infiltrativa. ECG em ritmo sinusal e baixa voltagem (apesar da hipertrofia do VE). Foi colocada a hipótese diagnóstica mais provável de amiloidose cardíaca. Clínica e analiticamente, doente sem qualquer outra alteração, incluindo na electroforese de proteínas séricas e urinárias. A biópsia da gordura abdominal foi inconclusiva. Realizou então RM cardíaca com gadolínio, que evidenciou, para além de hipertrofia concêntrica grave do VE, atraso de perfusão infero e lateroapical, com impossibilidade de anulação total do miocárdio, com tempos crescentes de inversão-recuperação e esboço de realce anelar subendocárdico, compatíveis com o diagnóstico de amiloidose cardíaca. Atendendo à inconclusividade da biópsia da gordura abdominal, foi ponderada realização de biópsia endomiocárdica (com suspeita major de amiloidose senil), mas o doente faleceu, entretanto, em consequência de novo edema agudo do pulmão.

Discussão: A amiloidose cardíaca é causada pela deposição de amiloide no tecido cardíaco, sendo a forma de miocardiopatia restritiva mais frequente no mundo ocidental. O diagnóstico é habitualmente tardio, dada a clínica inespecífica,

frequentemente confundida com outras patologias. A insuficiência cardíaca surge em cerca de 60% dos doentes. A RM cardíaca tem utilidade diagnóstica, pois permite reconhecer, de forma não invasiva, com sensibilidade de 80% e especificidade de 94%, o envolvimento cardíaco pela amiloidose, traduzido pela presença de realce tardio, mais frequentemente subendocárdico e difuso em toda a circunferência ventricular.

P174

564 SÍNDROME DE DRESSLER: CORAÇÃO MAGOADO, VESTIDO APERTADO

Nuno Leal, Telmo Borges Coelho, Fábio Murteira, Filipa Borges Santos, José Ribeiro Almeida

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução:

A Pericardite Aguda caracteriza-se por uma inflamação do pericárdio com produção de exsudado inflamatório fibroso, podendo apresentar várias etiologias. Entre as menos comuns encontram-se a Pericardite Epistenocárdica e a Síndrome de Dressler, com uma incidência inferior a 5%. Estas diferem no tempo desde uma Síndrome Coronária Aguda (Sca) até ao aparecimento de clínica de pericardite aguda, sendo a primeira mais precoce e a segunda mais tardia.

Caso Clínico:

Mulher de 79 anos com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, doença renal crónica, insuficiência cardíaca, dislipidemia, hiperuricemia e obesidade. Medicada habitualmente com insulina, bisoprolol, candesartan, furosemida, ácido acetilsalicílico, rosuvastatina e quetiapina.

Admitida por dor retrosternal com irradiação dorsal com cerca de duas semanas de evolução e agravamento progressivo, sem relação com o esforço, intensificada com a inspiração profunda e com o ortostatismo, aliviada na posição sentada com flexão anterior do tronco. Sem outra clínica associada. Apresentava internamento cerca de 4 meses antes por Pneumonia Adquirida na Comunidade complicada de Sca tipo 2. Objetivamente com estabilidade hemodinâmica, febre, sons cardíacos hipofonéticos à auscultação, leucocitose franca, aumento da PCR, Troponina T e Mioglobina 2 vezes aumentadas mas sem curva sugestiva de Sca, ECG com SST milimétricos difusos e ecocardiograma sumário com derrame pericárdico de pequeno volume. Assumida Pericardite Aguda de provável causa infecciosa.

Durante o internamento excluídas etiologias imunológicas, endócrinas e infecciosas. Efetuou terapêutica com anti-inflamatório com melhoria lenta das queixas. Realizou ecocardiograma que demonstrou fração de ejeção de 54%, hipocinésia da parede lateral média e distal, do segmento

anterolateral médio e do apex, não observadas na ecografia realizada no internamento prévio.

Submetida a angiografia coronária que mostrou artéria circunflexa com estenose de 80% no segmento proximal e de 95% no segmento distal. Realizou angioplastia com colocação de dois stents revestidos.

À data de alta apresentava-se assintomática, tendo sido duplamente antiagregada.

Discussão:

A distinção entre Sca tipo 1 e Sca tipo 2 nem sempre é óbvia. No entanto, os fatores de risco para DCV deverão ser ponderados cautelosamente para criteriosa individualização da abordagem ao doente. A falha no diagnóstico poderá acarretar consequências graves como a morte ou, neste caso, uma complicação rara que, avaliada sistematicamente permitiu um diagnóstico correto que condicionou uma atitude modificadora de prognóstico.

P175

1210 ACROMEGALIA COM ATINGIMENTO CARDÍACO

Marta Soares Carreira, Maria João Lume, Inês Albuquerque, Joana Pereira, Ana Isabel Ferreira, Sofia Tavares, Joana Pimenta,

Centro Hospitalar de São João

INTRODUÇÃO:

A acromegalia é uma doença pouco comum, causada pela produção excessiva de hormona do crescimento e que pode afectar diversos órgãos. O atingimento cardíaco da acromegalia é variado e inclui hipertensão arterial, cardiomiopatia com ou sem disfunção do ventrículo esquerdo (VE) e arritmias.

CASO CLÍNICO:

Descrevemos o caso de um doente do sexo masculino, de 79 anos, hipertenso bem controlado sob lisinopril 5mg id, com diabetes mellitus tipo 2 sob antidiabéticos orais, fibrilação auricular hipocoagulada com rivaroxabano 20mg id, sob bisoprolol 1,25mg id, história prévia de acromegalia sem seguimento nem tratamento dirigido e com adenocarcinoma do cólon pT3N0M0, enviado à consulta de medicina interna por disfunção do ventrículo esquerdo de novo. Apresentava clínica de insuficiência cardíaca (IC) com cerca de um ano de evolução e ao exame objectivo era patente macrognatia, macroglossia e aumento do tamanho das mãos. Realizou ecocardiograma transtorácico que mostrou dilatação severa das câmaras cardíacas, aumento do índice de massa do VE (223g/m²), fracção de ejeção (FE) do VE reduzida

(26% método de Simpson), insuficiência mitral moderada, sem alterações da contractilidade; sugestivo de atingimento cardíaco de acromegalia. O cateterismo cardíaco não tinha doença coronária. Sem margem para titulação de fármacos modificadores de prognóstico de IC. Pedido estudo endocrinológico que confirmou o diagnóstico de acromegalia (IGF-1: 477ng/mL). Restante estudo hipofisário normal. Realizou ressonância magnética cerebral que mostrava volumoso macroadenoma hipofisário, sem possibilidade de ressecção cirúrgica, optando-se por iniciar tratamento mensal com sandostatina. Por agravamento da função renal, suspenso IECA. Repetido ecocardiograma cerca de 1 ano depois, objectivando-se melhoria da FE, com disfunção apenas moderada do VE. Sem internamentos por IC durante o período de seguimento.

DISCUSSÃO:

A acromegalia é uma causa rara de disfunção do VE, directamente relacionada com os níveis de hormona do crescimento. Este caso ilustra a necessidade de reconhecer e tratar esta patologia, permitindo melhoria da função do VE apesar da limitação na titulação de terapêutica modificadora de prognóstico.

P176

1683 UMA COMPLICAÇÃO RARA DA TROMBÓLISE

João Pinto Machado, Sofia Martins, Ricardo Lavajo, Nuno Monteiro, Marta Mós, Pedro Ribeiro, António Correia
Centro Hospitalar Tondela Viseu

Introdução:

A trombolise endovenosa com alteplase, no Acidente Vascular Cerebral Isquémico com menos de 4,5h de evolução, provou benefício no prognóstico funcional dos doentes.

Apesar das contraindicações estarem já bem delineadas, por vezes ocorrem complicações decorrentes do procedimento, sendo a mais comum a transformação hemorrágica.

Caso clínico:

Deu entrada na sala de emergência um homem de 84 anos de idade, previamente autónomo. Antecedentes conhecidos de hipertensão arterial.

História de ter sido encontrado sem capacidade de verbalização e com défice de força no hemicorpo direito pelas 9h. Havia sido visto no seu estado habitual pelas 7h.

Ao exame, encontrava-se com tensão arterial 125/65mmHg; frequência cardíaca de 70 bpm e boa saturação em ar ambiente. Auscultação cardíaca rítmica. Apresentava afasia global, parésia facial central direita, e hemiparésia direita com força

grau 3 no membro superior e grau 4 no membro inferior. NIHSS 17.

Fez tomografia computadorizada (TC) crânio sem lesão hemorrágica ou isquémica aguda. Angio-TC sem oclusão de grande vaso. Iniciou trombolise com alteplase 63mg (6mg de bólus). Tempo de ativação VVAVC-agulha 25 minutos. Procedimento sem intercorrências, com NIHSS pós-procedimento de 8.

Na Unidade de AVC, pelas 17h30, iniciou quadro de hipotensão e taquicardia sinusal, com dor e distensão abdominal. Realizou estudo analítico que revelou queda de Hb de 17 para 12g/dL. Realizou ecografia abdominal que mostrou "moderada quantidade de líquido intrabdominal localizado sobretudo no espaço de morrison e goteira perietocólica direita". Fez reversão de fibrinólise com plasma fresco congelado e transfusão de concentrado eritrocitário.

Realizou Angio-TC abdominal: "após a administração do produto de contraste observa-se apenas captação do baço ao nível do tecido esplénico peri-hilar, o restante parênquima é uma larga área hipodensa e heterogénea. Aliás, a prática totalidade da área esplénica está ocupada por sangue. Embora não se demonstre sangramento ativo, deverá traduzir seguramente um volumoso hematoma"

Após observação pela equipa de cirurgia, e uma vez que não se identificou foco hemorrágico, optou-se por tratamento conservador.

Conclusão:

Apresenta-se este caso com o objetivo de alertar para outras complicações do tratamento trombolítico, que por vezes podem passar despercebidos aos clínicos. Apesar das suas complicações, o tratamento com alteplase continua a ser uma arma importante no combate a morbilidade causada pelo Acidente Vascular Cerebral Isquémico.

P177

174 GLOMERULONEFRITE MEMBRANO-PROLIFERATIVA SECUNDÁRIA EM ENDOCARDITE INFECCIOSA

Claudemira Pinto, Filipa Silva, Arsénio Barbosa, Inês Marques, Jorge Almeida

Centro Hospitalar Universitário de São João, Serviço de Medicina Interna

A Endocardite Infeciosa (EI) é uma forma grave de valvulopatia associada a alta mortalidade. A relação com doença renal está bem estabelecida, podendo cursar de êmbolos sépticos, bem como de glomerulonefrite proliferativa focal, segmentar ou difusa. A lesão renal aguda (LRA) é a apresentação clínica mais comum, habitualmente como síndrome nefrítico. Metade dos doentes apresentam redução de C3, 20% redução de C4, os anticorpos ANCA

(geralmente MPO) pode ser positivo em até um terço dos pacientes, bem como o FR e os anticorpos anti-GBM.

Apresenta-se um homem de 59 anos, que foi transferido de outro hospitalar por agravamento progressivo da função renal (creatinina basal 1,4 mg/dL para 7.7 mg/dL), acidemia metabólica e anúria, para início de hemodiálise. Tinha recorrido ao SU desse hospital por astenia, dor abdominal em cólica e diarreia (4-6 dejeções por dia, de cor castanha, sem sangue ou muco) com 20 dias de evolução, sem febre, náuseas ou vômitos. Ao exame objetivo apresentava-se prostrado, taquipneico, com hálito urémico, apirético, hipotenso (TA 97/57 mmHg, FC 82 bpm, Sat 92% em ar ambiente), auscultação cardíaca rítmica, sem sopros e com dor difusa à palpação abdominal. Como antecedentes tinha DM tipo 2 insulinotratado com lesões de órgãos alvo macro e microvasculares (doença arterial periférica, neuropatia, nefropatia e retinopatia), dislipidemia e era portador de pacemaker por BAV completo. Analiticamente tinha Hb 8,2 g/dL, sem leucocitose, com trombocitopenia ($34000 \times 10^9/L$), ureia 259 mg/dL e Creatinina 7,7 mg/dL. Ecografia renal com hepatomegalia com infiltração esteatósica, pequeno derrame pleural e rins com diminuição da diferenciação parênquima central. Realizou 1 pool de plaquetas para colocação de CVC femoral para início de hemodiálise. Do estudo realizado: pesquisa de toxina Shiga foi negativa; esfregaço com 1-2 esquizócitos por campo; electroforese das proteínas apresentou um pico beta e gama, com discreta elevação das cadeias lambda e kappa livres com razão normal, com consumo de complemento (C3 12,7; C4 10) e ANCA PR3 positivo (68U/ml). Realizou ETT que descreveu múltiplas e volumosas massas sugestivas de vegetações ao longo de todo o seu percurso do electrocateter nas câmaras direitas. Teve isolamento de *Enterococcus faecalis* e *Corynebacterium striatum* em hemoculturas, tendo iniciado antibioterapia dirigida com vancomicina e gentamicina. Realizou biopsia renal que revelou um padrão de glomerulosclerose nodular, compatível com nefropatia diabética e padrão de glomerulonefrite membrano-proliferativa. Foram removidas as sondas pacemaker e trocado o CVC de hemodiálise.

Realça-se este caso pela forma pouco comum de apresentação de EI como insuficiência renal rapidamente progressiva com início de HD. Adicionalmente discutem-se as dúvidas diagnósticas induzidas pela trombocitopenia e presença de esquizócitos, bem como a positividade dos autoanticorpos e consumo de complemento, que podem surgir no contexto desta doença.

P178

213 CARDIOMIOPATIA DE TAKOTSUBO: QUANDO O CORAÇÃO NÃO AGUENTA

Inês Santos, Sandra Lucas, Gonçalo Santos, Francisco Rebocho, Diana Coutinho, Sofia Calaça, Diogo Canudo
Hospital Espírito Santo de Évora

Doente de 51 anos, com antecedentes de Diabetes mellitus tipo 2 e síndrome depressivo, que recorre ao serviço de urgência por quadro de dor retroesternal tipo aperto com irradiação dorsal, associado a cansaço de agravamento progressivo com um dia de evolução. Refere início das queixas após discussão intensa com familiares.

Ao exame objectivo com auscultação cardíaca arritmica, taquicardia.

Realizou exames complementares de diagnóstico, nomeadamente electrocardiograma que revelou: fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida, supra ST V2-V3.

Analiticamente com subida da troponina de 0.796 ng/mL e NT-pro-BNP 3400 pg/mL.

Realizou ecocardiograma que revelou disfunção sistólica moderada por acinesia médio-apical da parede anterior, septo e ápex.

Por suspeita de síndrome coronário agudo foi medicada com Aspirina + Ticagrelor + Propranolol + nitroglicerina e foi encaminhada para a sala de hemodinâmica, realizou cateterismo que excluiu lesão coronária.

Foi admitida Cardiomiopatia de Takotsubo.

Após estabilização clínica teve alta com Ramipril e manteve seguimento em consulta. Reavaliação ecocardiográfica sem alterações, com boa função sistólica global, sem alterações segmentares.

Discussão:

A Cardiomiopatia de Takotsubo é uma síndrome de etiologia desconhecida mas pensa-se estar associada a eventos de stress emocional em que existe libertação de catecolaminas e consequentemente toxicidade miocárdica.

Como critérios de diagnóstico é necessário a presença de alterações segmentares, ausência de lesões coronárias e/ou alterações do segmento ST / inversão da onda T que estavam presentes nesta doente.

Geralmente as alterações segmentares revertem sendo uma síndrome transitória, no entanto existe risco de recorrência.

P179**449 SÍNDROME DE OSLER-WEBER-RENDU – UM CASO CLÍNICO**

Mariana Fidalgo, Sara Pipa, Tiago Gregório
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho

INTRODUÇÃO

A síndrome de Osler-Weber-Rendu [OWR] é uma perturbação vascular autossómica dominante cujas manifestações clínicas mais comuns são epistáxis (>90% doentes), anemia ferripriva e hemorragia gastrointestinal, acompanhadas de telangiectasias mucocutâneas características – tipicamente nos lábios, língua, mucosa oral e pontas dos dedos. Os doentes apresentam ainda, habitualmente, defeitos vasculares de diferentes tipos numa variedade de órgãos.

CASO CLÍNICO

Mulher de 57 anos, caucasiana, observada em Consulta de Medicina Interna por anemia ferripriva em contexto de epistáxis recorrentes, sem outras perdas hemáticas objectiváveis. Ao exame físico apresentava palidez cutânea e das mucosas e telangiectasias na língua (imagem 1), mucosa oral e na ponta dos dedos de ambas as mãos (imagem 2). Segundo a doente, a mãe apresentaria lesões similares na língua.

Analiticamente com anemia ferripriva (Hb 7.6g/dL, microcítica e hipocrômica, ferritina diminuída).

Endoscopia digestiva alta com sete angiodisplasias gástricas com <5mm; colonoscopia sem alterações.

TC toraco-abdominal com malformação arteriovenosa no lobo inferior do pulmão direito (imagem 3) e inúmeras áreas hepáticas milimétricas hipervasculares sugestivas de shunts vasculares (imagem 4).

RMN cerebral sem evidência de malformações vasculares.

DISCUSSÃO

Perante um quadro de epistáxis recorrentes e anemia ferripriva, particularmente se acompanhado de telangiectasias, deve levantar-se a suspeita de síndrome de ORW e prosseguir estudo para exclusão de malformações vasculares viscerais. Mas mais comuns são as malformações arteriovenosas, que ocorrem sobretudo na circulação pulmonar (>50% doentes), hepática (>33% doentes) e cerebral (>10% doentes). O diagnóstico pode ser confirmado através de critérios clínicos ou, em casos selecionados, através de testes genéticos.

De acordo com o consenso de Curaçao, a doente apresenta 3 critérios diagnósticos: epistáxis espontâneas e recorrentes, múltiplas telangiectasias mucocutâneas em locais característicos e

envolvimento visceral, com evidência de MAVs pulmonares, hepáticas e angiectasias gástricas. Assim, o diagnóstico de síndrome de Osler-Weber-Rendu é definitivo, não carecendo de confirmação genética.

P180**968 COMO CURAR A HIPERTENSÃO – UM CASO CLÍNICO DE HIPERALDOSTERONISMO PRIMÁRIO**

Mariana Fidalgo, Dulce Pinheiro
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho

INTRODUÇÃO

O hiperaldosteronismo primário é uma causa subdiagnosticada de hipertensão arterial [HTA], responsável por 5-13% dos casos. Classicamente cursa com HTA e hipocalemia, embora esta seja um achado inconsistente (apenas 9-37% doentes). O diagnóstico é clínico e analítico, com eventual recurso a exames de imagem para determinação do subtipo e exclusão de lesão neoplásica.

CASO CLÍNICO

Homem de 38 anos, caucasiano, enviado a Consulta de Medicina Interna por HTA grave conhecida há 3 anos. Medicado com 4 fármacos de diferentes categorias em dose otimizada. Antecedentes: fatores de risco vascular - excesso de peso, tabagismo com cessação recente, SAOS, alcoolismo passado e esteatohepatite.

Exame físico na 1ª consulta: IMC=29.4kg/m² e tensão arterial [TA] 141/95mmHg. Sem outras alterações.

Exames complementares para exclusão de causas secundárias de HTA:

- MAPA: valores médios de TA acima da normalidade durante toda a monitorização; média nas 24h, período diurno e noturno, respetivamente: 150/93mmHg, 161/99mmHg e 141/68mmHg.

- Estudo analítico: hipocalemia (3.12mmol/L, embora sob furosemida), diminuição da concentração de renina ativa (1.4pg/mL) e atividade da renina plasmática (PRA=0.1ng/mL/h), elevação da aldosterona (PAC=81.3ng/dL) - ratio PAC/PRA>20.

- TC abdominal: vertente anterior da suprarrenal direita - formação nodular ovóide com 3cm de maior eixo, de contorno regular e densidade heterogênea.

- Cintigrafia das suprarrenais com iodocolesterol: foco de captação anómala e significativamente aumentada na projeção da suprarrenal direita, sem se visualizar a contralateral - possível adenoma da suprarrenal direita.

Doente avaliado por Cirurgia Geral, com proposta de adrenalectomia laparoscópica que decorreu sem intercorrências. Anatomia patológica: nódulo bem delimitado, não capsulado, com hiperplasia nodular com predomínio da camada glomerulosa e extensa metaplasia adiposa.

Follow-up:

- estudo analítico 6 meses após cirurgia: normalização da atividade da renina plasmática 1.2ng/mL/h e concentração de aldosterona 3.1ng/dL; ratio PAC/PRA=2.58.
- 2 anos após a cirurgia suspendeu anti-hipertensores e repetiu MAPA: Valores médios da TA nas 24h, período diurno e noturno, respetivamente: 128/83mmHg, 130/84mmHg e 126/80mmHg.

DISCUSSÃO

As causas principais de hiperaldosteronismo primário são o hiperaldosteronismo bilateral idiopático (60-70%) e os adenomas unilaterais produtores de aldosterona (30-40%). Formas menos comuns incluem, dentre outras, a hiperplasia unilateral, com hiperplasia nodular da zona glomerulosa.

Uma pequena percentagem de doentes com hiperaldosteronismo primário submetidos a tratamento cirúrgico fica curada da sua hipertensão. A probabilidade de resolução completa é mais elevada quanto mais jovem for o doente e quanto menor a duração da HTA. Com este caso pretende-se sublinhar a importância do diagnóstico precoce e da intervenção atempada, minimizando o risco de lesão de órgão-alvo e maximizando a probabilidade de cura.

P181

1076 UM TEP QUE VIROU TIP (TEMPESTADE DE IATROGENIAS PERIGOSAS)

Filipa Cardoso, Rui Caetano Garcês, Estefânia Turpim, Teresa Souto Moura, Paula Fonseca

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Introdução

Se há realidade temida por qualquer médico é "a iatrogenia". Formamo-nos com o objetivo de melhorar o estado dos doentes e não de lhes provocar dano maior. Contudo, sabemos que praticamente nenhum ato médico é isento de complicações, restando-nos o esforço de as tentar minimizar e de, quando surgem, analisar, reflectir e aprender. Os autores apresentam uma sucessão de complicações no decorrer do tratamento de romboembolismo pulmonar (TEP) maciço.

Caso clínico: Mulher, 80 anos; antecedentes: hipertensão arterial, cardiopatia hipertensiva e síndrome vertiginosa; medicação: olmesartan, furosemida, espironolactona, propranolol, betahistina.

Admitida por TEP bilateral extenso. Na urgência apresentava polipneia, cianose, hipoxemia (pO₂ 59mmHg ar ambiente), ECG:fibrilhação auricular, com resposta rápida, ecocardiograma com boa função do ventrículo direito, embora dilatado e com abaulamento do septo interventricular. Não apresentava hipotensão pelo que não fez terapêutica de reperfusão, iniciando enoxaparina 1mg/Kg 2id. Após uma primeira semana de boa evolução clínica, constata-se choque hemorrágico, sendo transferida para Unidade de Cuidados Intensivos, tendo efectuado terapêutica transfusional (4UCE + 6PFC) suporte aminérgico e ventilação invasiva. Imagiologicamente com volumoso hematoma da bainha dos rectos, que se estendia posteriormente à pélvis, condicionando desvio da bexiga para a direita. Angiografia com hemorragia ponto de partida na artéria epigástrica inferior esquerda que foi embolizada com sucesso.

Recuperada a estabilidade, é readmitida na enfermaria onde retoma a anticoagulação, agora com Varfarina, apresentando INR's em margem terapêutica. Diagnosticada cistite a Enterobacter cloacae, iniciando cefuroxima. Nos dias seguintes quadro súbito de citocolestase hepática que melhora com a mudança de antibiotico. Por desenvolver hematúria franca, repete a TAC abdominal que mostra o hematoma pélvico praticamente colapsando a bexiga, com o balão de algália semi-exteriorizado. É decidida intervenção cirúrgica na qual é identificada rotura vesical extra peritoneal com necessidade de cistorrafia.

Discussão: O choque hemorrágico com ponto de partida na artéria epigástrica inferior foi provavelmente consequência de punção accidental deste vaso aquando da administração da enoxaparina, exponenciado pela própria anticoagulação. Esta iatrogenia foi responsável pela formação do hematoma pélvico que, comprimindo a bexiga, potenciou a sua rotura no momento da algaliação. Por último, a cistite nosocomial – em si mesma uma complicação do internamento – levou à administração de um antibiótico causador de hepatotoxicidade.

A sucessão de iatrogenias num curto espaço de tempo e algumas delas de gravidade considerável, faz-nos estar mais atentos e conscientes dos potenciais riscos de tratamentos e procedimentos, aparentemente tão simples e quotidianos na nossa especialidade, como a administração de HBPM, algaliação ou prescrição de uma cefalosporina.

P182

1335 EFEITO DOMINÓ

Paulo Medeiros, Ana Sá, Vanessa Palha, Teresa Pimentel, Narciso Oliveira, Carlos Capela

Hospital de Braga

INTRODUÇÃO

A elevação aguda das transaminases (>1000 U/L) ocorre aquando de lesão hepatocelular extensa. Uma lesão desta magnitude é essencialmente de etiologia vírica, tóxica ou isquémica. A etiologia isquémica pode decorrer de hipotensão/hipoperfusão hepática ou de insuficiência cardíaca aguda por congestão passiva.

CASO CLÍNICO

Homem de 89 anos. Antecedentes de HTA, dislipidemia, cardiopatia isquémica (EAM 15 anos antes) e etilismo moderado. Incumprimento terapêutico no último ano.

Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por dispneia para pequenos esforços e palpitações com 3 dias de evolução. Dispneia de início súbito e incapacitante para tarefas diárias. Apresentou 3 episódios de vômito alimentar. Sem alteração recente dos hábitos etílicos. Negava toracalgia, tonturas, tosse, expetoração, alterações do trânsito intestinal ou disúria.

Ao exame físico, consciente, colaborante e orientado. Escleróticas ictericas. PA 122/86 mmHg; FC 140 bpm; SpO2 91% e T 36.0°C. Auscultação cardíaca arritmica, sem sopros. Auscultação pulmonar com crepitações nas bases. Abdómen mole e depressível, moderadamente doloroso à palpação profunda dos quadrantes direitos. Edema pré-tibial bilateral.

Gasimetria arterial: acidose metabólica compensada e hiperlactacidemia (7.74 mmol/L). ECG: fibrilhação auricular com frequência ventricular de 140/min. Analiticamente: bilirrubina total de 3.11 mg/dL (34% conjugada), AST 1400U/L, ALT 1281 U/L, elevação marginal (não sustentada) dos marcadores de necrose miocárdica, PBNP 7990 pg/mL, INR 2.32. Lipase e amilase normais. Serologias de VHC e VHB negativas. Ecocardiograma: compromisso severo da função sistólica do ventrículo esquerdo (FEVE 20%) e dilatação do ventrículo direito (VD). Angio TC toraco-abdominal: derrame pleural bilateral de pequeno volume, "falhas de preenchimento vascular nos segmentos basais dos lobos inferiores, sugestivas de tromboembolismo pulmonar bilateral (TEP)".

Admitido na enfermaria por TEP e Hepatite Aguda. Evolução favorável com boa resposta à terapêutica instituída, com normalização analítica. Alta com ajuste terapêutico e orientação para consulta de Cardiologia.

DISCUSSÃO

Trata-se de um caso de Hepatite Aguda de etiologia possivelmente multifatorial: por um lado, a insuficiência cardíaca direita aguda causada pelo TEP promoveu a congestão vascular hepática; por outro, o baixo débito associado à disfunção sistólica do ventrículo esquerdo poderá ter contribuído com algum grau de hipoperfusão arterial hepática.

Considerando o TEP como evento inicial, é intuitivo pensar na transmissão sequencial de pressão às regiões a montante, primeiro ao ventrículo direito (que dilata e se torna insuficiente) e depois ao leito vascular hepático. O prognóstico do doente está na dependência do remodeling ventricular, bem como da resposta às terapêuticas modificadoras de prognóstico da insuficiência cardíaca, não esquecendo as alterações do estilo de vida e necessidade de cumprimento terapêutico.

P183

1519 MEDICINA FEITA DE FRAGMENTOS - ENFARTE DO MIOCÁRDIO TIPO 2 DE CAUSA EMBÓLICA

Emanuel Costa, Carla Rodrigues, Daniela Dantas Rodrigues, Joana Sotto Mayor, Pedro Cerdeira, Sofia Esperança, Carlos Capela

Hospital de Braga

Introdução

A definição de enfarte do miocárdio tipo 2 (EM2) é insatisfatória porque não define exatamente a patologia, mas sim o que ela não é. Se em determinadas situações clínicas é possível definir condições que levam ao desequilíbrio entre a necessidade e a disponibilidade de oxigénio para os miócitos, outras há em que tal mecanismo não pode ser racionalmente corroborado sem exclusão de doença coronária.

Caso clínico: Homem de 55 anos, com antecedentes de consumo de drogas de abuso até há 4 anos e episódio de dispneia e palpitações dois meses antes com diagnóstico de fibrilhação auricular (FA) de novo que foi quimicamente revertida.

Da anamnese à admissão apurou-se a existência de dor epigástrica ocasional, em moedeira, mais intensa em decúbito, com irradiação para o tórax anterior com um mês de evolução, mas com agravamento e persistência nas 12 horas anteriores. O exame objetivo não revelou alterações à exceção de pulso arritmico e edema dos membros inferiores. Analiticamente, foi constatada citólise hepática importante com valores de aminotransferases (na ordem das 2500 U/L), desidrogenase do lactato de 2850 U/L, aumento do tempo de protrombina e o valor de troponina I era de 0,03ng/mL. O eletrocardiograma (ECG) apresentou fibrilhação auricular com resposta ventricular controlada. A Tomografia Axial Computorizada (TAC) abdominal que não acrescentou nova informação.

Foi admitido em internamento para estudo etiológico de hepatite. Ao segundo dia de internamento, o exame objetivo foi positivo para sopro cardíaco posicional, no estudo analítico seriado foi constatado perfil descendente rápido dos marcadores de citólise hepática (valores na ordem das 500 U/L) e valores de troponina I oscilantes entre 0.05-0.16ng/mL sugerindo hipótese isquémica como origem da

hepatite em estudo, bem como origem anginosa da dor referida. Foi realizado novo ECG que mostrou ritmo sinusal, inversão da onda T em DII, DIII, aVF, V5 e V6 e elevação do seguimento ST em V3 e V4. O ecocardiograma transtorácico revelou cardiomiopatia dilatada com disfunção biventricular (fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 21%), acinesia do ápex e segmentos distais adjacentes e trombos apicais, o maior de 5x2 centímetros. O cateterismo cardíaco foi negativo para doença arterial coronária tendo-se definido (EM2) de causa embólica. Durante o internamento, apresentou registo alternante do ritmo cardíaco entre FA e sinusal com episódios de taquicardia ventricular monomórfica não sustentada. Por agravamento da função renal, realizou AngioTAC com achados compatíveis com embolização renal, esplénica e hepática. Foi iniciada terapêutica anticoagulante e mantém seguimento em consulta.

Discussão: O caso clínico relatado demonstra a complexidade entre a distinção entre enfarte do miocárdio tipo 1 e EM2 no caso particular daqueles com elevação do segmento ST, assim como demonstra a afetação sistémica da embolização causada pela existência de trombo intraventricular na cardiomiopatia dilatada.

P184

1567 FENOCÓPIA DO SÍNDROME DE BRUGADA TIPO 1 EM PERICARDITE AGUDA

Cristina Marques; Joana Esteves; Alexandra Leitão; Carina Costa e Silva; José Miguel Ferreira; Márcia Ribeiro; Ana Ogando; Carlos Oliveira

Hospital Santa Maria Maior, Barcelos

Introdução

O Síndrome de Brugada, foi pela primeira vez descrito em 1992. Caracteriza-se por um supradesnivelamento do segmento ST de tipo côncavo nas derivações precordiais direitas (V1-V2-V3) e associa-se a um aumento do risco de morte súbita por arritmia ventricular, com importante história familiar. Ao longo dos anos, vários estudos já demonstraram que as alterações eletrocardiográficas deste síndrome podem ser induzidas por diversos fatores, como drogas, febre, infeções - tal como descreveremos neste caso clínico.

Caso clínico: Mulher de 64 anos, autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial controlada com um fármaco (ARA-II) e obesidade grau I. Sem história de morte súbita familiar. Recorreu ao SU por dor torácica em aperto com irradiação dorsal, sem aumento da mesma com o decúbito dorsal e com cerca de 8h de evolução, associado a febre (Temperatura auricular de 39.0°C), sem clínica respiratória associada. Do estudo eletrocardiográfico apresentava depressão do segmento PR em DI e DII, elevação do segmento ST

com elevação do ponto J superior a 2mm seguido de onda T negativa em V1, V2 e V3. Radiografia torácica normal. Do estudo analítico, a destacar neutrofilia relativa, elevação da proteína C reativa e da velocidade de sedimentação; marcadores de necrose miocárdica e serologias víricas negativos. Realizado ecocardiograma transtorácico que revelou hipertrofia moderada do segmento basal do septo interventricular (15mm), insuficiência mitral e tricúspide de grau ligeiro, boa função biventricular e ausência de derrame pericárdico. Assumido diagnóstico de Pericardite com padrão de Brugada e decidido internamento para controlo térmico, tendo iniciado tratamento com colchicina 0.5mg 12/12h e acetilsalicilato de lisina 1000mg 8/8h durante 3 meses e 14 dias respectivamente. Durante o internamento a doente apresentou-se hemodinamicamente estável com apirexia sustentada nas 72h anteriores a alta. Realizado eletrocardiograma de controlo após a mesma, com reversão das alterações anteriormente apresentadas. Orientada para Consulta de Cardiologia para seguimento.

Discussão: Este caso clínico pretende demonstrar que algumas condições clínicas, como a febre e a pericardite aguda podem mimetizar o Síndrome de Brugada, aumentando consequentemente o risco de arritmia ventricular potencialmente fatal. Os autores enfatizam que as alterações apresentadas muitas vezes são dinâmicas, podendo até incluir normalização da mesma (quer de forma transitória ou permanente) e é sempre importante excluir outras causas de Brugada não induzida, sobretudo pelo risco familiar adjacente a este síndrome.

P185

1638 CARDIOTOXICIDADE TARDIA SECUNDÁRIA A ANTRACICLINAS – UMA CAUSA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA A NÃO ESQUECER.

Mylene Costa, Catarina Gonçalves, Raquel Santos, Sofia Correia

ULS Matosinhos, Hospital Pedro Hispano

INTRODUÇÃO

A combinação de ciclofosfamida, doxorubicina (DOX), vincristina, prednisolona (CHOP) com o anticorpo monoclonal rituximab (R-CHOP) é considerado o tratamento standard do linfoma não-Hodgkin (LNH) de alto grau, com elevadas taxas de cura. A DOX é uma antraciclina com toxicidade directa sobre o miocárdio, através de dano oxidativo mediado por radicais livres e indução de apoptose celular. O risco cumulativo aos 5 anos de eventos cardíacos significativos e de insuficiência cardíaca (IC) tem taxas descritas de 19% e 10%, respectivamente. Sabe-se que a idade (> 60 anos) é um factor de risco para o desenvolvimento de eventos cardíacos após o tratamento com DOX, nos doentes com LNH. Por outro lado, a combinação

de DOX e radioterapia (RT) está associada a maior risco de cardiotoxicidade tardia do que quando utilizados isoladamente.

CASO CLÍNICO: Doente com história de LNH do centro folicular de células B com transformação para LNH de alto grau (Síndrome de Richter), treze anos antes do actual quadro. Nesse contexto, fez seis ciclos de R-CHOP seguidos de RT, com remissão completa. Recorre ao serviço de urgência por dispneia para pequenos esforços, associada a tosse mucosa e febre, com 15 dias de evolução. Apresentava francos sinais de sobrecarga hídrica. Do estudo efectuado verificada elevação de marcadores inflamatórios e consolidação pulmonar nodular no lobo inferior esquerdo. Internado com o diagnóstico de IC descompensada por pneumonia adquirida na comunidade, pelo que iniciou tratamento com amoxicilina/clavulanato e azitromicina, com resolução do síndrome inflamatório (sem isolamento de agente no rastreio microbiológico). Pela clínica de IC inaugural, em doente sem factores de risco vascular, realizou ecocardiograma transtorácico que mostrou ventrículo esquerdo (VE) dilatado, com compromisso grave e global da função sistólica (fracção de ejeção (FE) 27%); dilatação das cavidades direitas com função sistólica ventricular direita no limite inferior da normalidade; Insuficiência mitral funcional; Insuficiência tricúspide severa. O doente não apresentava alterações "de novo" no electrocardiograma, nem elevação de marcadores de necrose miocárdica. Efectuado cateterismo cardíaco que excluiu doença coronária. A RMN cardíaca revelou VE e VD não dilatados com compromisso severo global da FE, sem áreas de edema miocárdico, fibrose ou necrose. Achados compatíveis com miocardiopatia não isquémica, provável cardiotoxicidade tardia a antraciclina. Foi optimizado tratamento médico com furosemida, bloqueador beta, espirolactona e sacubitril/valsartan.

CONCLUSÃO: Dado o potencial curativo dos regimes que incluem antraciclina no tratamento dos doentes com LNH, a cardiotoxicidade tardia destes fármacos tem sido uma preocupação crescente na prática clínica. No entanto, este efeito lateral cardíaco tem sido escassamente documentado na literatura. Assim, os autores pretendem alertar a comunidade médica para esta etiologia subdiagnosticada de IC.

P186

1966 DOR TORÁCICA – UM SINTOMA PARA TANTAS POSSIBILIDADES

Sofia Pinelas, Neuza Soares, Joana Pimenta, Jorge Almeida

Centro Hospitalar e Universitário de São João

A pericardite é uma entidade que passa muitas vezes despercebida, e nem todos os doentes têm indicação para um estudo etiológico exaustivo.

Contudo, naqueles cuja existência de critérios de gravidade motiva internamento, deve ser feita uma abordagem sistemática tendo em consideração todas as hipóteses, incluindo os factores de risco inerentes ao próprio doente.

Homem de 26 anos, com antecedentes de hipotireoidismo subclínico e Linfoma de Hodgkin diagnosticado há 6 anos e tratado com quimioterapia e radioterapia. Apresenta um quadro de dor torácica com cerca de um mês de evolução e agravamento na última semana (agora mais marcada com a inspiração profunda e em decúbito dorsal), motivo pelo qual recorreu ao serviço de urgência. Analiticamente sem alterações de relevo. Realizou TAC toraco-abdominal que revelou derrame pericárdico circunferencial com espessamento e hipercaptação dos folhetos pericárdicos a traduzir pericardite. Teve alta medicado com anti-inflamatórios não esteróides, que fez durante uma semana, sem apresentar melhoria; iniciou febre, motivo pelo qual voltou ao serviço de urgência. No eletrocardiograma verificou-se supradesnivelamento do segmento ST em D1 e D2 e nas análises apresentava aumento dos marcadores inflamatórios, sem aumento dos marcadores de necrose miocárdica. Foi assumida pericardite aguda para a qual foi instituída colchicina e ibuprofeno, com melhoria clínica, analítica e ecocardiográfica. Todo o estudo realizado no internamento foi negativo, incluindo o despiste de progressão da doença hematológica, e não foram isolados quaisquer agentes infecciosos. Assumiu-se como mais provável tratar-se de uma pericardite pós-radioterapia. Durante o follow-up o doente apresentou boa evolução, tendo sido feito o desmame lento do anti-inflamatório enquanto manteve a colchicina durante 3 meses. Em ecocardiograma de reavaliação já não era identificável imagem de derrame pericárdico.

P187

2139 RELAÇÃO ENTRE LESÕES DE ÓRGÃO ALVO EM HIPERTENSÃO ARTERIAL DE LONGA EVOLUÇÃO

Eduardo Carvajal, Paula Araujo, Lorena Lozano, Mikhailo Ishakuk, José del Aguila, Juan Urbano.

Hospital Santa Lúzia de Elvas

Objetivo

Correlacionar variáveis da hipertrofia ventricular esquerda medida pelo índice de massa ventricular esquerda no ecocardiograma e a função renal medida pelos níveis da creatinina (lesões de órgão alvo hipertensivas) em doentes seguidos na consulta de hipertensão.

Antecedentes

A hipertensão arterial de longo prazo causa afetação micro e macro-vascular, principalmente

nos rins, coração, cérebro e aparelho visual e vasos sanguíneos, conhecidas como lesões de órgão alvo. A sua severidade pode aumentar com o tempo de hipertensão não controlada. Alias, cada uma de estas lesões é entendida como um fator de risco preditor independente em doentes com risco cardiovascular já aumentado.

A HVE é o achado que caracteriza melhor a afetação cardíaca crónica produzida por HTA. A melhor forma de ser medida é com RM, porém é um método complementar muito custoso e de difícil acesso, pelo que continua a ser utilizado o índice de massa ventricular esquerda calculado no ecocardiograma transtorácico modo M (padrão de normalidade em mulheres <95 e <115 em homens).

Por outro lado o cálculo da função renal é uma maneira rápida e de fácil acesso de determinar o grau de nefropatia hipertensiva, mais comumente entendida como a elevação da creatinina no soro. (>1.3mg/dl).

Materiais e métodos

Num estudo observacional, retrospectivo foram recolhidos 263 processos clínicos de doentes hipertensos de 2016 e 2017, sendo incluídos e analisados 166. Foi usado o programa SPSS edição 24.

Excluíram-se do estudo um total de 94 doentes por não ter hipertensão arterial comprovada medida por MAPA ou sem acesso aos exames complementares no processo clínico.

Resultados:

De um total de 74 mulheres e 93 homens, o valor do índice de massa ventricular esquerda esteve por cima da normalidade na maior parte dos homens (84) e em todas as 74 mulheres para um total de doentes de 158 (95.1%). Não foi sugestivo de HVE em 9 homens.

Enquanto ao dano renal, 14 homens e 5 mulheres tiveram uma creatinina sérica superior a 1.3mg, correspondentes a um total de 19 doentes (11.44%). O resto (144 doentes) mantiveram os níveis da função renal menores ou iguais a 1.3 de creatinina.

Quatro mulheres mostraram alteração conjunta da função renal e HVE, correspondente ao 5.4%, enquanto que coincidiram 6 homens com a afetação renal e cardíaca (6,45% da amostra masculina), 2 homens só tiveram afetação renal (2.15%) e 78 homens só mostraram valores sugestivos de HVE sem elevação dos azotados.

A média do índice da massa ventricular esquerda em homens foi 193.95 e em mulheres 171.01, alias, a média da creatinina em homens foi 1.04 e em mulheres 0.87.

Conclusões:

Evidencia-se uma importante correlação entre HTA não controlada e as lesões de órgão alvo. Perante estes resultados é importante pesquisar na consulta pela afetação independentemente dos diferentes órgãos envolvidos, o que vai ajudar na determinação do tempo de evolução da hipertensão arterial, a severidade e os melhores tratamentos de escolha.

P188

708 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR, AINDA UMA COMPLICAÇÃO DO PÓS-OPERATÓRIO?!

Carolina Midões, Leonor Soares, Carla Maravilha, Umbelina Caixas, Helena Amorim

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, EPE - Hospital de São José, Medicina 1.4

Introdução

O tromboembolismo venoso (TEV) - trombose venosa profunda (TVP) e embolia pulmonar (TEP) - é a maior causa de morte evitável no doente internado. Na ausência de profilaxia, as taxas de morte por TEP rondam 5-10%. O risco de TEV está aumentado no doente cirúrgico e no peri-operatório, dependente de factores relacionados com o doente, procedimento e duração do internamento. É mais elevado nas 6 semanas de pós-operatório, mantendo-se elevado por 12 meses. A avaliação do risco está indicada em todos os doentes propostos para cirurgia, existindo escalas de avaliação, como a Escala de Caprini. Face às cirurgias ortopédicas major, as guidelines são claras na recomendação de profilaxia, a questão coloca-se nas restantes, nomeadamente nas fracturas distais do membro inferior (MI). Segundo a norma da DGS, nestas, a decisão deve ser baseada no risco inerente ao procedimento e factores de risco do doente.

Caso Clínico: Homem, 53 anos, autónomo, fumador de 30UMA, obesidade grau I e veias varicosas. Submetido a osteossíntese por fractura-luxação da tibia e do perónio, pós-acidente de viação. Administrada enoxaparina pré-operatória. Alta após 24h, com indicação para marcha com canadianas, sem carga e sem profilaxia de TEV. No 5º dia de pós-operatório, realizou viagem de avião com 3h de duração. Inicia nesse dia quadro de toracalgia tipo pleurítica, dispneia e hemoptises. À admissão no serviço de urgência: febril (37.9°C), hipoxémico em ar ambiente (AA) - SpO2 89% e pO2 59mmHg em gasimetria arterial. Analiticamente: leucocitose com neutrofilia (12400L/10000N), PCR 110mg/dL e DDímeros 1500UI/L. Realizada angio-tomografia torácica, que documentou: TEP da bifurcação e ramos segmentares da artéria lobar superior direita, do ramo lobar inferior direito com extensão aos ramos segmentares e condensação pulmonar à direita. Com o diagnóstico de TEP provocado em contexto de imobilização prolongada e viagem de avião; e pneumonia da base direita foi instituída oxigenoterapia, antibioterapia (Ceftriaxone e

Azitromicina), corticoterapia e enoxaparina terapêutica. Durante o internamento, realizado ecocardiograma transtorácico - sem disfunção do ventrículo direito e ecodoppler dos MIs que excluiu TVP. Ao 20º dia, teve alta, com pO₂ 83.2 mmHg em AA e anticoagulado com anticoagulante oral.

Discussão: Este caso pretende ilustrar a presença de TEP grave pós-operatório num doente submetido a osteossíntese distal do MI, não sujeito a profilaxia pós-operatória. Segundo a Escala de Caprini, o doente teria score de 5 - alto risco de TEV e indicação para profilaxia. Analisando os factores de risco, a imobilização prolongada, e a presença de um evento provocado (viagem de avião), este teria sido um bom candidato à profilaxia pós-operatória. Sabendo que a literatura actual não é consensual, serve este caso para relembrar a importância da avaliação do risco de TEV em todos os doentes internados e alertar para a necessidade de uma abordagem multidisciplinar dos doentes cirúrgicos.

P189

1307 BURNED HEART

Filipa Guimarães, Sofia Monteiro, Mário Bibi, Raquel Calisto, Liliana Carneiro

ULSM - Hospital Pedro Hispano

O golpe de calor é uma situação clínica grave que requer abordagem imediata. É caracterizada pela incapacidade do organismo de promover um arrefecimento eficaz quando exposto a temperaturas elevadas. Pode cursar com síncope ou estados convulsivos. A subida térmica abrupta (em 10-15 minutos) até temperaturas de aproximadamente 39°C pode induzir lesões cerebrais permanentes ou até ser fatal. No contexto do golpe de calor, há descrição de alguns casos de enfarte agudo do miocárdio associados a artérias coronárias normais.

Masculino, 33 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, com prática regular de desporto de alta intensidade admitido no serviço de urgência por síncope sem pródromos, ocorrida durante o exercício desportivo de alta intensidade (corrida de maratona). Sem episódios prévios semelhantes.

À admissão apresenta-se ligeiramente taquicárdico (FC 106 bpm), TA 131/65 mmHg, com temperatura auricular de 38°C, sem outras alterações de relevo ao exame objetivo. Sem dor torácica, equivalentes anginosos à admissão ou outros sintomas acompanhantes. Dos exames complementares realizados destaca-se: ECG com taquicardia sinusal (106bpm), infradesnívelamento do segmento ST nas derivações V3-V5; Analiticamente com lesão renal aguda (Creatinina de 2,1 g/dL); rabdomiólise (Mioglobina 2095ng/mL) e troponina I de alta intensidade com perfil crescente com máximo às 6 horas de 3965ng/mL. Restante estudo analítico sem alterações, nomeadamente sem hiperlactacidemia, leucocitose, elevação da PCR e ionograma normal.

Foram implementadas medidas de arrefecimento corporal, antipiréticos e fluidoterapia.

Pela suspeita de enfarte agudo do miocárdio, que poderia inclusivamente justificar per si a síncope, iniciou dupla anti-agregação e realizou cateterismo cardíaco que excluiu doença coronária. Foi internado e manteve monitorização com telemetria, sem eventos arritmicos documentados; Realizado ecocardiograma sem alterações de relevo. À data da alta, o doente estava assintomático, com normalização de todas as alterações analíticas e o ECG apresentava inversão da onda T V4-V6, sem alteração do segmento ST.

Assumido golpe de calor com síncope, rabdomiólise, lesão renal aguda e lesão miocárdica consequente.

No golpe de calor é frequente haver alterações eletrocardiográficas inespecíficas que são justificáveis pela elevação da temperatura em si, o que não é expectável é que se associe a subida franca de marcadores de necrose do miocárdio. Pretendemos com este caso relembrar que efetivamente o golpe de calor se pode associar a múltiplas lesões, nomeadamente rabdomiólise e lesão renal aguda consequente, bem como a lesão direta do miocárdio que pode ser causa de enfarte agudo do miocárdio em doentes jovens.

A morte súbita em contexto de exercício físico extremo pode decorrer de vários processos fisiopatológicos que, em regra, culminam em necrose do miocárdio ou disritmia maligna. O golpe de calor é um desses fenómenos, para a qual o internista deve estar sensibilizado.

P190

1614 A VIAGEM DO STREPTOCOCCUS GALLOLYTICUS...

Rui Correia, Ana Catarina Carvalho, José Pedro Fonseca, Marlene Delgado, Celeste Nascimento, António Correia
Centro Hospitalar de Tondela-Viseu

Introdução:

A endocardite infecciosa é uma inflamação do endocárdio, particularmente das válvulas cardíacas. O diagnóstico é baseado nos Critérios de Duke modificados e dado a sua elevada morbimortalidade o diagnóstico precoce é fundamental. Entre os múltiplos agentes infecciosos encontra-se o *Streptococcus gallolyticus*, sendo que os pólipos do cólon e a neoplasia colorretal são condições predisponentes para a endocardite a esta bactéria.

Caso clínico:

Homem de 80 anos com hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, obesidade, hiperuricemia e história de colectomia segmentar por neoplasia benigna do colon (sic) há 33 anos. Quadro com 2 meses de lombalgia com irradiação para os membros inferiores, presente em repouso

e parestesias nos membros inferiores. Ao exame físico: febre, sopro cardíaco, dor à digitopressão da coluna lombar com sinal de Laségne. Dos exames realizados no SU, constatou-se elevação dos marcadores de inflamação e anemia normocítica e normocrômica. O doente era portador de TC coluna lombar que mostrava lesões líticas ao nível de L3 e L4 com componente de tecidos moles, sugestivo de espondilodiscite ou lesões secundárias. Admitido em internamento para esclarecimento do quadro clínico. Do estudo analítico salienta-se: VS de 56 mm, electroforese das proteínas séricas normal, cinética do ferro com padrão inflamatório e serologias da Brucella e HIV negativas. Hemoculturas demonstram bacteriemia a *Streptococcus gallolyticus*, o que implicou o despiste de espondilodiscite, endocardite e de existência de lesões do cólon mediante a realização de: RM coluna lombar (alteração do sinal envolvendo os corpos e unidade intersomática L4-L5 com aspetos destrutivos das plataformas somáticas e envolvimento pré e para-vertebral com extensão aos músculos psoas, compatível com espondilodiscite), PET (alterações morfológicas sugestivas de espondilodiscite lombar em moderada actividade), Ecocardiograma transtorácico (válvula aórtica tricúspide com regurgitação moderada e vegetação aderente à face ventricular de uma das sigmóides), Ecocardiograma transesofágico (válvula aórtica com vegetação inserida na cúspide direita e destruição da cúspide esquerda, condicionando regurgitação aórtica severa), Colonoscopia (pólipos do colon que foram excisados e lesão plana no polo cecal submetida a mucosectomia, cujas histologias foram compatíveis adenoma tubuloviloso com displasia de alto grau). Concluem-se os diagnósticos de Bacteriemia a *S. gallolyticus*, Espondilodiscite lombar, Endocardite da válvula aórtica com insuficiência severa, Pólipos do cólon com displasia de alto grau. Cumpriu 6 semanas de antibioterapia com ceftriaxone (de acordo com TSA), com evolução clínica e analítica favoráveis inclusive hemoculturas de controlo negativas, tendo a Cardiologia encaminhado para cirurgia cardíaca.

Conclusão:

Salienta-se este caso pela importância da elevada suspeição no diagnóstico de endocardite num doente sem aparentemente factores predisponentes.

P191

1631 MIXOMA AURICULAR: UMA FONTE CARDIOEMBÓLICA

Rui Correia, João Santos, Ricardo Lavajo, Inês Almeida, Marlene Delgado, António Correia
Centro Hospitalar de Tondela-Viseu

Introdução:

O mixoma é um dos tumores primários mais comuns

do coração. Podem ser esporádicos, ocorrendo predominantemente em mulheres de meia-idade, ou familiares, que se manifestam em idades mais precoces. Mais frequentes na aurícula esquerda, causando tanto estenose como insuficiência mitral. São uma fonte de êmbolos, pelo que se manifestam, habitualmente por doença tromboembólica que pode acometer vários órgãos.

Caso clínico:

Mulher de 37 anos com antecedentes de Hipotireoidismo e AVC isquémico da circulação posterior de etiologia não esclarecida (apesar de estudo complementar exaustivo) aos 22 anos. Quadro súbito de hemihipostesia esquerda, acompanhada por queixas visuais de visão turva bilateralmente. O exame físico confirmou a hemihipostesia algica à esquerda, prova de braços estendidos com queda e pronação do membro superior esquerdo e prova de Mingazzini com discreta queda do membro inferior esquerdo. A TC CE realizada no SU não evidenciou lesões vasculares agudas ou neoformações. Admitida em internamento com a hipótese de AVC isquémico, contudo a TC CE de controlo confirmou a presença de lesão isquémica recente tálamo-capsular direita, sem sinais de transformação hemorrágica (e a mesma foi ainda posteriormente confirmada na RM CE). Sendo assim, prosseguiu-se com o estudo etiológico do evento cerebral que compreendeu: Análises com perfil lipídico, ácido úrico, homocisteína, autoimunidade e trombofilias sem alterações dignas de registo (mas ainda pendentes o estudo das mutações do MTHFR, Factor V de Leiden e Protrombinemia G20210); Ecodoppler dos vasos cervicais foi normal e o Ecocardiograma transtorácico revelou massa ecodensa na aurícula esquerda com alguma mobilidade aderente ao septo interauricular. Para melhor caracterização desta massa cardíaca, realizou ecocardiograma transesofágico que confirmou massa ovalada, homogénea, vascularizada, aderente à porção média do septo interauricular, com 23x17x15 mm, sem condicionar prolapso da válvula mitral ou obstrução do enchimento ventricular esquerdo - compatível com Mixoma Auricular. Inicialmente instituída terapêutica com antiagregante plaquetário, substituída por hipocoagulação terapêutica dada a suspeita de embolização cardiogénica, com fonte no mixoma auricular. Neste contexto, foi contactada a Cardiologia, para orientação e encaminhamento para a Cirurgia Cardiorádica, tendo a doente sido aceite para tratamento cirúrgico.

Conclusão:

Este caso salienta-se pelo facto de o Mixoma Auricular ser uma causa rara de AVC, constituindo apenas 0.5% da etiologia dos eventos cerebrovasculares. E ainda pela importância de estabelecer um diagnóstico etiológico no AVC, particularmente nos jovens, que pode condicionar a sobrevivência ou a qualidade de vida destes doentes.

P192

1708 QUANDO A TROMBÓLISE ESTÁ CONTRAINDICADA NO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR DE ALTO RISCO

Isabel Freitas, Tatiana Salazar, Patricia Rocha, Sara Pereira, Ana Luísa Cruz, Augusto Duarte

CHMA- Famalicão

Introdução

O tromboembolismo pulmonar (TEP) é a forma de apresentação mais grave de tromboembolismo venoso, associando-se a elevada taxa de morbimortalidade. A sua forma de apresentação é variável e inespecífica, tornando o seu diagnóstico um verdadeiro desafio. A intervenção rápida e o restabelecimento do fluxo pulmonar diminuem a mortalidade.

Caso Clínico: Homem de 82 anos admitido por wake-up stroke, clinicamente com défices neurológicos compatíveis com território da artéria cerebral média direita, de provável etiologia cardioembólica. Evidência de oclusão de grande vaso (M1) e com critérios de perfusão, pelo que é submetido a trombectomia, com melhoria clínica, persistindo défices neurológicos residuais ligeiros. Ao 15º dia de internamento evoluiu com instabilidade hemodinâmica e choque. Pela suspeita de TEP, realizou angiografia por tomografia computadorizada, que confirmou TEP agudo bilateral. O Ecocardiograma transtorácico revelou disfunção sistólica severa do ventrículo direito de novo, assumindo-se TEP de alto risco. Dada a contra-indicação absoluta para trombolise, foi submetido a embolectomia percutânea pulmonar, com melhoria de perfusão bilateral e descida da pressão arterial pulmonar de 81 mmHg para 55mmHg. Constatada recuperação hemodinâmica, suspendeu o suporte vasopressor, sem complicações imediatas do procedimento.

Discussão: Este caso pretende realçar a importância do TEP no diagnóstico diferencial do choque, bem como a necessidade de reconhecer as intervenções percutâneas como opção terapêutica válida à embolectomia cirúrgica, apesar de nem sempre estarem disponíveis, em pacientes com TEP de alto risco e com contra-indicação formal para trombolise.

P193

43 SÍNDROME DE ORTNER – QUANDO ALGO NÃO SOA BEM

Tiago Seco, Hélio Martins, Gonçalo Castelo Branco, Jorge Cotter

Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães

Introdução

Síndrome de Ortner resulta de uma compressão do nervo recorrente laríngeo secundária a causas cardiovasculares benignas e manifesta-se com

disfonia por parésia de corda vocal.

Caso Clínico: Apresenta-se o caso de um doente de 87 anos, autónomo e cognitivamente íntegro, com antecedentes conhecidos de aneurisma da aorta ascendente, cardiomiopatia dilatada com depressão da fração de ejeção do ventrículo esquerdo e portador de CDI, que se apresentou no SU com clínica de infeção respiratória sem resposta a ciclo de antibioterapia de primeira linha em ambulatório. Durante o internamento com queixas de disfonia com agravamento progressivo. Atendendo a esta queixa observado por ORL com identificação de parésia da corda vocal esquerda. Para esclarecimento do caso pedida TC cervicotorácica que identificou para além da assimetria das cordas vocais e da dilatação aneurismática da aorta ascendente, identificou ainda um aneurisma sacular da vertente lateral esquerda do arco aórtico, com cerca de 56 mm de diâmetro transversal. Assumiu-se assim o diagnóstico de Síndrome de Ortner.

Discussão: As causas mais frequentes de parésia de cordas vocais são neoplasias e iatrogenia. Pelo contrário a Síndrome de Ortner ou Síndrome cardiovocal é provocada por patologias benignas. É portanto importante uma abordagem diagnóstica sistemática e estruturada, ainda mais em doentes com patologia cardiovascular conhecida ou suspeitada, sob o risco de ficarem por diagnosticar causas potencialmente tratáveis de um sintoma limitante para o dia-a-dia dos doentes. A resolução dos sintomas depende da correcção da compressão nervosa, e da duração da compressão.

P194

268 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DE NOVO E AMILOIDOSE SENIL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Arsénio Barbosa, Miguel Relvas, Catarina Ferreira, António Vieira-Lopes, Jorge Almeida

Centro Hospitalar São João

Introdução

A amiloidose é uma doença sistémica que se caracteriza pela acumulação de proteínas nos tecidos e classifica-se de acordo com a proteína depositada. Dado o envolvimento multissistémico, as suas manifestações clínicas são muito variadas: atingimento renal, cardíaco, gastrointestinal, cutâneo, musculoesquelético, hematológico, neurológico ou pulmonar.

Caso clínico: Apresenta-se o caso clínico de um homem de 78 anos, com história relevante de neoplasia intraductal mucinosa pancreática operada 2 meses prévios à admissão, que recorre ao serviço de urgência por quadro com 1 mês de evolução de dispneia para esforços progressivamente menores até pequenos-esforços, ortopneia,

dispneia paroxística noturna, noção de aumento do perímetro abdominal e edema progressivo dos membros inferiores. À admissão, apresentava-se hemodinamicamente estável, auscultação cardíaca rítmica, sem sopros, auscultação pulmonar com sons respiratórios simétricos, crepitações presentes na metade inferior de ambos os hemitóraxes, pulso venoso jugular a 45° e refluxo hepatojugular positivos e edema dos membros inferiores até à raiz da coxa. Dos exames realizados ainda em contexto de urgência, documentada insuficiência respiratória hipoxêmica, sem alterações no hemoleucograma ou proteína C reativa, com ligeira citocolestase, função renal e ionograma sem alterações de relevo, BNP de 2250 pg/mL, electrocardiograma (ECG) em ritmo sinusal, frequência cardíaca de 86 batimentos por minutos, sem alterações do segmento ST-T, radiografia de tórax com índice cardiotorácico aumentado, sinais de congestão vascular e seios costofrênicos livres e ecografia abdominal com ascite de pequeno-médio volume, fígado de dimensões normais com proeminência das veias supra-hepáticas, sem dilatações da vesícula ou vias biliares. Assim, foi assumida insuficiência cardíaca (IC) de novo e foi internado para compensação e estudo.

No internamento, foi intensificada terapêutica diurética. Para estudo de IC de novo, foi realizado ecocardiograma transtorácico que revelou dilatação severa biauricular, ventrículos de dimensões normais mas com hipertrofia concêntrica severa sugestiva de aspeto infiltrativo e disfunção severa biauricular. Pela suspeita de amiloidose, foi realizada biópsia da gordura abdominal que foi negativa para substância amilóide e posteriormente biópsia endomiocárdica positiva com a coloração de vermelho do Congo. Para exclusão de doença hereditária, foi colhido estudo genético que foi positivo para transtirretina wild-type, tendo sido feito o diagnóstico de amiloidose senil com atingimento cardíaco. A titulação da terapêutica modificadora de prognóstico da IC foi condicionada pelo perfil tensional. Após compensação clínica, o doente teve alta para consulta de Medicina Interna, tendo falecido 6 meses após o diagnóstico por IC descompensada por intercorrência infecciosa.

Discussão: Este caso pretende mostrar o diagnóstico e curso de amiloidose senil com atingimento cardíaco grave.

P195

391 UM CASO DE ENDOCARDITE DA TRICÚSPIDE

Filipa Lucas, Tatiana Oliveira, Ana Teresa Boquinhas
Hospital de Cascais

A endocardite infecciosa (EI) tem alta morbimortalidade e é mais frequente no lado esquerdo do coração. A endocardite direita corresponde a 5-10% do número total de casos e envolve

predominantemente a válvula tricúspide. Os critérios de Duke modificados devem ser usados no diagnóstico, mas parecem ter menos sensibilidade e especificidade do que na endocardite esquerda. O microrganismo isolado mais comum é o *Staphylococcus aureus* (50-80%). O prognóstico é favorável, no entanto, há aumento da mortalidade por insuficiência pulmonar ou por síndrome de dificuldade respiratória aguda (SDRA). A "síndrome tricúspide" caracterizada por eventos pulmonares, anemia e hematuria microscópica é praticamente patognomónica de endocardite infecciosa da tricúspide (EIVT).

Este caso clínico relata um exemplo raro de endocardite da válvula tricúspide nativa.

Apresentamos um homem caucasiano de 72 anos, com história médica de insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes mellitus tipo 2 não insulino-tratada e sem hábitos tóxicos. Esteve internado de 25/09 a 12/12/2018 por queixas de cansaço compatível com classe II NYHA e mal-estar inespecífico precordial não relacionado com esforços e febre. Do estudo complementar realizado, destaque para, ecocardiograma trans-torácico (ETT) a revelar "imagem móvel, aparentemente apenas ao folheto septal da válvula tricúspide, com cerca de 11x6 mm de dimensão, sugestiva de vegetação; jacto ligeiro de insuficiência tricúspide; gradiente (VD/AD) de 30mmHg" e parâmetros inflamatórios em rampa ascendente (PCR máxima de 16 mg/dL), radiografia de tórax com pequena hipotransparência parahilar esquerda. Assumiu-se Endocardite de válvula tricúspide nativa no contexto de sépsis com ponto de partida respiratório (a pneumonia nosocomial com insuficiência respiratória tipo 1). Teve isolamento em hemoculturas de *Staphylococcus aureus*, cumprindo 14 dias de piperacilina-tazobactam e após resultado definitivo de hemoculturas, fez flucloxacilina durante 6 semanas. Como intercorrência, a referir vários episódios de descompensação respiratória, com tromboembolismo pulmonar subsegmentar, assumindo-se embolização séptica. Por melhoria clínica e analítica teve alta para consulta externa.

Repetiu ETT pós-alta, a qual revelou imagem de vegetação na válvula tricúspide, sendo pedida PET corporal para exclusão de atividade in situ e sistémica, que aguarda.

A EIVT corresponde a 2.5-3.1% de todos os casos de EI e raramente é diagnosticada em doentes sem história de drogas endovenosas.

Em suma, a EIVT é um evento cardíaco incomum e em particular, em doentes com história de drogas endovenosas, mimetizando o tromboembolismo pulmonar, a pneumonite de hipersensibilidade ou os síndromes coronários agudos. O ETT tem o mesmo valor diagnóstico que o trans-esofágico. Além disso e segundo Shi-Min Yuang, parece existir uma maior alteração da funcionalidade valvular

versus estrutural o que compromete o tratamento médico-cirúrgico.

P196

490 INFLUENZA A - A PROPÓSITO DE UMA COMPLICAÇÃO RARA

Angela Ghiletschi, Graça Martins, Maria Helena Pacheco, Lurdes Venâncio, Maria Conceição Loureiro

CHULC - Hospital Santo António dos Capuchos, Serviço Medicina 2.4

A pericardite aguda é uma patologia com evolução geralmente benigna e autolimitada podendo, contudo, progredir de forma adversa, com tamponamento cardíaco, pericardite recorrente ou pericardite constritiva. Na maioria dos casos, desconhece-se a sua causa mas, dentro das etiologias conhecidas, a viral é preponderante, perfazendo cerca de 10%. Os vírus respiratórios são banais nas estações frias, sendo bem tolerados e autolimitados, mas com potencial para complicações em populações idosas com várias comorbilidades. As mais comuns prendem-se com o sistema respiratório, nomeadamente com a sobre-infecção bacteriana, sendo raras as complicações cardíacas primárias, como a pericardite (0.96 a 7% dos casos).

Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino de 65 anos, com antecedentes de Hipertensão Arterial, Obesidade e Diabetes Mellitus tipo II. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro com cinco dias de evolução de dor retro-esternal, anorexia, vômitos pós-prandiais, cefaleias holocranianas, tosse mucoprodutiva, sensação febril, polidipsia e poliúria. Ao exame objetivo apresentava-se pálido, diaforético, com sons cardíacos hipofonéticos, murmúrio vesicular rude e sinais de estase bibasal. TT 38.5°C, FC 105bpm, glicémia capilar de 525mg/dL e cetonemia. Sem outras alterações. Dos exames complementares de diagnóstico realizados destacavam-se leucocitose com neutrofilia, trombocitose, hiponatremia, hipercaliemia, PCR 284mg/L, CK 71U/L, hemoculturas negativas e urina II com cetonúria marcada. Na radiografia de tórax observava-se cardiomegalia, retilinização do bordo direito do coração e apagamento dos seios costo-frénicos. O ECG apresentava apenas critérios de baixa voltagem. Na AngioTC observou-se “[...] Volumoso derrame pericárdico, com 30 mm de espessura máxima [...] Admite-se repercussão destes achados na contractilidade cardíaca, admitindo-se ventrículo direito de dimensões reduzidas” com concomitante derrame pleural. O ecocardiograma referia “Moderado derrame pericárdico (~14 mm em diástole) circunferencial [...]”. Assumiu-se como patologia aguda e, da pesquisa etiológica efetuada, apenas se detetou infeção pelo vírus Influenza A (H3N2), tendo sido excluída neoplasia, patologia auto-imune e outras infeções virais ou bacterianas. Iniciou tratamento com oseltamivir,

colchicina, ibuprofeno e insulina. Foram realizados ecocardiogramas seriados para controlo, que demonstraram a diminuição progressiva do derrame pericárdico. O doente encontrava-se assintomático a partir do D6 de internamento.

Com este caso pretende-se sensibilizar para uma complicação menos frequente do vírus Influenza A, que levou a internamento prolongado com potencial para uma evolução desfavorável em doente imunocomprometido. Pretende-se relembrar a clínica e a gestão da Pericardite Aguda, em termos de tratamento farmacológico e evolução, tanto em contexto de internamento como posterior seguimento em ambulatório.

P197

603 A MESMA PATOLOGIA, APRESENTAÇÕES DIFERENTES.

Catarina Pires, Afonso Rodrigues, Ana Galrinho, Luísa Branco, Patrícia Cachado, Teresa Garcia, António Sousa Guerreiro

Unidade Funcional de Medicina 4 - Hospital de Santa Marta - Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introdução

O tromboembolismo pulmonar (TEP) continua a ser uma patologia muito frequente, tanto em doentes ambulatórios como em doentes pós-operatórios ou com internamentos prolongados. A variedade de apresentações clínicas desta patologia torna este um diagnóstico desafiante tanto no serviço de urgência (SU) como no quotidiano da enfermaria. Sendo o angioTC o exame por excelência para o diagnóstico do TEP, o ecocardiograma transtorácico é um bom auxiliar diagnóstico principalmente na primeira abordagem do doente, à cabeceira, quando esta hipótese é colocada.

Caso clínico: O primeiro caso refere-se ao de uma doente de 80 anos, com clínica arrastada de dispneia (4 meses) e agravamento nas 24 horas prévias à ida ao SU. Apresentava um D-dímero elevado (2465,0 μg/L) pelo que se admitiu o diagnóstico de TEP. Não realizou angioTC. Na enfermaria, dada o agravamento do ponto de vista respiratório e perfil hipotensivo, realizou ecocardiograma transtorácico à cabeceira onde se evidenciou massa auricular direita, que se admitiu como trombo, sendo a doente submetida a trombólise com resolução do quadro clínico. No segundo caso descreve-se um doente de 80 anos, com internamento por rotura de aneurisma da aorta abdominal submetido a cirurgia de reparação endovascular (EVAR – Endovascular Aneurysm Repair). Após resolução deste quadro, enquanto aguardava alta na enfermaria sob heparina de baixo peso molecular em dose profilática e já deambulando, apresentou quadro súbito de dispneia com evolução em choque obstrutivo. Ecocardiograma à cabeceira mostrou sinais indiretos de TEP pelo que realizou trombólise

com boa evolução.

Discussão: Estes dois casos ilustram bem a multiplicidade de apresentações clínicas do TEP. No primeiro caso, a clínica arrastada de dispnéia sugeria TEP crônico, objetivando-se no internamento mais um episódio de TEP com um trombo na aurícula direita. No segundo caso, descreve-se o TEP na sua apresentação clínica mais grave, após cirurgia vascular major. Em ambos os casos o ecocardiograma à cabeceira teve um papel essencial no diagnóstico e na decisão de avançar para a terapêutica trombolítica em tempo útil e com maior segurança. O diagnóstico e tratamento atempados do TEP são essenciais, sendo cada vez mais necessária a formação dos profissionais de saúde para esta patologia que tenham experiência no seu diagnóstico e no seu tratamento.

P198

1711 A PROPÓSITO DE UM CASO DE ENDOCARDITE

Maria Lima Costa, Giovana Ennis, António Grilo Novais, Mónica Teixeira, Sara Macedo, Tânia Batista, Jorge Correia, António Correia

Centro Hospitalar Tondela Viseu

A suspeita de endocardite infecciosa deve ser levantada em doentes com febre e/ou fatores de risco cardíacos relevantes. O atraso no diagnóstico e tratamento pode estar associado a complicações, incluindo regurgitação valvular, insuficiência cardíaca, eventos embólicos e sépsis.

Homem, 23 anos, portador de prótese valvular aórtica mecânica desde 2013, por cardiopatia congénita e medicado com varfarina, nesse contexto. Sem outros antecedentes relevantes ou outra medicação habitual. Recorre ao serviço de urgência por quadro de febre (39°C) e prostração com 4 dias de evolução. A destacar tratamento dentário, 2 meses antes do início do quadro, sem profilaxia antibiótica.

À admissão febril, normotenso, prostrado, sem défices neurológicos focais ou sinais meníngeos. Do estudo complementar realizado analiticamente com leucocitose e neutrofilia e aumento de PCR e PCT. Sem alterações imagiológicas na radiografia de tórax. Colheu hemoculturas e urocultura e iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone. Foi admitido em internamento por síndrome febril para estudo.

Pela suspeita de endocardite realizou ecocardiograma transesofágico a relatar “disfunção de válvula aórtica de grau moderado a severo associado a “leak” perivalvular. Válvula mitral com aparente massa móvel aderente, mas de difícil valorização.”

Por isolamento de *Streptococcus oralis* nas hemoculturas da admissão iniciou antibioterapia

dirigida com penicilina e gentamicina em D5 de internamento.

Manteve-se hemodinamicamente estável e com apirexia sustentada.

Em D14 iniciou quadro de cefaleia intensa seguida de parestesias do hemicorpo direito. Realizou TC CE a relatar “hematoma parenquimatoso cortico-subcortical parietal esquerdo com cerca de 4 mm de diâmetro máximo e halo de edema perilesional.”. Por ter mantido hipocoagulação durante internamento e apresentar, INR de 2,63 foi medicado com vitamina K e admitido, para vigilância, na unidade de AVC. Por agravamento neurológico com depressão do estado de consciência e vômito em jacto repetiu controlo imagiológico, nesse mesmo dia, a revelar “aumento do volume da lesão hemorrágica, cerca de 6,7 cm, acompanhando-se de redução da amplitude dos sulcos hemisféricos esquerdos e deformação do sistema ventricular supra-tentorial, com herniação subfalcial com desvio de cerca de 7mm das estruturas medianas para direita”.

Nesse contexto foi abordado por Neurocirurgia, com drenagem do hematoma, e admitido na Unidade Cuidados Intensivos Polivalente, onde se encontra de momento.

Com este caso pretende-se alertar para a importância do diagnóstico e tratamento precoces desta patologia bem como do impacto e gravidade das suas múltiplas complicações.

P199

147 UM ETIOLOGIA DIFERENTE DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA

Carolina Barros, Carolina Morna, Mariana Gomes, Bela Machado, Helena Luís, Mariana Bilreiro, Mónica Caldeira, Teresa Faria, Luz Brazão

Hospital Central do Funchal

INTRODUÇÃO

A hemocromatose (HMC) corresponde a uma alteração do metabolismo do ferro (FE) que se caracteriza pela sobrecarga de FE com potencial fibrose e falência orgânica. A expressão da doença é variável e é modificada por diversos factores em especial o consumo de álcool e ingestão alimentar. A grande maioria desenvolve os primeiros sintomas entre os 40 e 60 anos. O comprometimento cardíaco constitui a manifestação inicial em cerca de 15% dos pacientes sintomáticos.

CASO CLÍNICO: Homem de 53 anos caucasiano de naturalidade portuguesa com antecedentes pessoais de hábitos etílicos e tabágicos em abstinência após traumatismo crânio encefálico em 2009 com tetraparésia espástica de predomínio braquial esquerdo sequelar. Faz parte da sua medicação habitual ácido acetilsalicílico, Baclofeno, Diazepam, Ácido fólico, Cianocobalamina,

Piridoxina e Tiamina. Trazido ao serviço de urgência por quadro súbito de dispneia associada a edemas periféricos generalizados com vários dias de evolução. Ao exame físico apresentava-se vígil e orientado, hemodinamicamente estável, apirético, polipneico com SpO₂ 87% em ar ambiente. A auscultação pulmonar apresentava ferveores subcrepitanes nos dois terços inferiores de ambos hemitóraxes e encontrava-se em anasarca. Analiticamente a destacar porção N-terminal do péptido natriurético tipo B (proBNP) elevado assim como poliglobulia com biomarcadores cardíacos negativos. Electrocardiograma sem alterações do segmento ST e radiografia de tórax compatível com derrama pleural bilateral. Foi internado no serviço de Medicina Interna com o diagnóstico de Insuficiência Cardíaca Congestiva aguda (ICC) com boa resposta à terapêutica diurética endovenosa. Do estudo efectuado durante o internamento destaca-se a ausência de alterações na pigmentação cutânea, analiticamente manutenção de poliglobulia e aumento das reservas corporais de FE com necessidade de realização de flebotomias assim como hemoglobina glicada alterada juntamente com glicémias em jejum compatíveis com diagnóstico de Diabetes Mellitus. Realizada tomografia computadorizada toráco-abdomino-pélvica que revelou hepatomegalia assim como ecocardiograma transtorácico com boa função sisto-diastólica do ventrículo esquerdo e hipertrofia concêntrica do mesmo mas sem deposições de FE. Devido a recusa do doente, não foi realizado medulograma, contudo dada a forte suspeita clínica de hemocromatose (HMC) foi pedido estudo genético que foi compatível com mutação relacionada com o gene HFE em heterozigotia H63D, fazendo-se assim o diagnóstico de HMC primária.

DISCUSSÃO: Este caso ilustra a necessidade de um diagnóstico diferencial para a ICC com uma visão holística do doente. É necessário um alto índice de suspeição clínica para um diagnóstico precoce de HMC. A instituição do tratamento antes da ocorrência de lesão orgânica permanente pode reverter a toxicidade do ferro com uma evolução favorável.

P200

184 COMPLICAÇÕES DE ENDOCARDITE – UM EXEMPLO VIVO

Ângela Almeida, Margarida Cerqueira, Cristina Cunha, Emília Lopes, Jorge Cotter

Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães

Introdução

A endocardite assume-se como uma entidade com elevada morbi-mortalidade. Certas condições predis põem a situações clínicas de maior gravidade e risco de complicações, nomeadamente a presença de material cardíaco protésico. Segundo o estado

da arte, até 25% dos doentes têm embolização na altura do diagnóstico, sendo que o cérebro e o baço são os órgãos mais frequentemente afetados quando a infeção é das válvulas esquerdas. A espondilodiscite ocorre em até 15% dos casos de endocardite e a sua manifestação inicial é, geralmente, lombalgia. Além das complicações já referidas, a lesão renal aguda também pode ocorrer em 5 a 30% dos casos, com etiologia quer imune quer isquémica quer tóxica (antibioterapia, contrastes administrados, etc.). Importa, portanto, o diagnóstico (e tratamento) atempado da infeção e das suas possíveis complicações agudas, de modo a melhor gerir a situação clínica de forma holística.

Caso clínico: Masculino, 80 anos, com antecedentes de estenose aórtica severa com substituição por prótese biológica, FA hipocoagulada com apixabano, HTA e dislipidemia. Admitido na enfermaria de Medicina Interna por febre, eritrocitúria e LRA AKI1, medicado empiricamente com cotrimoxazole. Por deterioração do estado de consciência e surgimento de sopro aórtico sistólico III/VI, realizou ecocardiograma transtorácico e TC-CE urgentes, a documentar vegetação na dependência da prótese aórtica e enfarte agudo do território da artéria cerebral posterior direita. Nessa altura, hemocultura colhida à admissão com isolamento de *Enterococcus faecalis* multissensível, pelo que suspendeu cotrimoxazole e iniciou antibioterapia dirigida com ampicilina e ceftriaxone. Estando hipocoagulado com HBPM, desenvolveu dor abdominal e dor gemelar esquerda, tendo realizado TC abdominopélvico e doppler venoso do membro inferior esquerdo, a documentar enfarte esplénico e TVP gemelar esquerda, respetivamente. Por lombalgia, realizou TC da coluna lombar e, posteriormente, RMN que afirmaram o diagnóstico de espondilodiscite em L5. Atendendo às complicações embólicas e à espondilodiscite, optou-se por prolongar antibioterapia até às 8 semanas, após as quais realizou ecocardiograma de reavaliação, sem evidência de endocardite. Repetiu também hemoculturas, já estéreis. Realizou plano de reabilitação com lombostato. Teve alta após cumprimento do esquema terapêutico previsto, com melhoria progressiva significativa do estado de consciência e do grau de autonomia, ficando orientado para consulta de Cardiologia, Fisiatria e Ortopedia.

Discussão: Coloca-se este caso a discussão pela importância do reconhecimento rápido e perspicaz de sinais de alarme e fatores de risco que devem direcionar a investigação, como é o caso da presença de febre em doente de idade avançada com prótese valvular, com agravamento renal e neurológico e, posteriormente, queixas álgicas lombares e gemelares, cruciais na orientação deste caso clínico.

P201

694 CORAÇÃO PARTIDO

Vasco Neves, Pedro Ventura, Rodrigo Alves, Ana Moreira, Ivan Antunes, Hugo Almeida, João Correia

ULS Guarda, Hospital Sousa Martins, Medicina Interna

Cardiomiopatia de takotsubo é um síndrome caracterizado por disfunção ventricular esquerda, com acinesia apical, mimetizando um Síndrome coronário agudo.

Mulher, 48 anos de idade, com antecedentes de HTA, anemia crónica, depressão reactiva e dislipémia com 5 anos de evolução. Sem medicação crónica. Recorre ao SU com queixas de "pressão torácica" com 4 horas de evolução. O início dos sintomas terá surgido, aquando do falecimento do pai, por doença prolongada, presenciada pela própria. Precordialgia, sem factores de alívio ou agravamento, sem irradiação para o maxilar inferior, membros ou cintura escapular. Colocada a hipótese de síndrome coronário agudo, síndrome de takotsubo, angina de Prinzmetal e ansiedade. Objectivamente normotensa, normocardica e apirética, sem alterações ao demais exame objectivo; ECG com inversão da onda T de V-4 a V-5, analiticamente, Troponina I de 1150, acompanhada com discreto aumento de CK e CK-MB, sem outras alterações. Ecocardiograma transtorácico com acinesia apical.

Repetidos às 3 horas marcadores de necrose miocárdicos, que apresentaram discreta melhoria (932), mantendo alterações similares ECG. Enviou-se doente para coronariografia, não tendo apresentado qualquer alteração excepto por pequena ponte intramiocárdica da artéria coronária esquerda; já sem qualquer acinesia apical.

Portanto, doente com cardiomiopatia de takotsubo.

Os autores optam por apresentar um caso relativo a cardiomiopatia de takotsubo tendo em conta a sua raridade; alertando assim para a sua pesquisa activa.

P202

770 DESFECHO INFELIZ NUMA ENDOCARDITE INFECCIOSA POR BACTÉRIA GRAM NEGATIVA NÃO-HACEK

Carla Marques Pires, Sandra I. Correia, Isabel M. Eira, Renata Carvalho, Cindy Tribuna, Cristina Ângela, Carlos Capela

Hospital de Braga

INTRODUÇÃO

A endocardite infecciosa (EI) associa-se a uma elevada taxa de mortalidade e pode ser provocada por vários microrganismos, a destacar o *Staphylococcus* spp. e *Streptococcus* spp. As bactérias Gram negativas são responsáveis por

uma minoria dos casos e geralmente incluem-se no grupo HACEK.

Porém, os autores apresentam um caso raro de EI por bactéria Gram negativa não HACEK, de forma a realçar as dificuldades no diagnóstico e na abordagem terapêutica.

CASO CLÍNICO:

Homem de 71 anos com doença renal crónica estadio 3b e cistectomia com derivação de Bricker como antecedentes de relevo.

Internado 28 dias em Urologia por agudização da doença renal associada a hidronefrose bilateral, motivo pelo qual realizou nefrostomia percutânea bilateral.

Durante o internamento por febre com provável foco urinário foi iniciado empiricamente ceftriaxone e colhido rastreio sético, no qual se isolou na urocultura *Enterobacter cloacae* multissensível, com hemoculturas negativas.

Por falência terapêutica e importante disfunção multiorgânica, escalou-se antibioterapia para Piperacilina -Tazobactam e transferiu-se o doente para a Unidade de Cuidados Intermédios. Por persistência quadro séptico associado à deteção de sopro Grau III/VI mais evidente no ápex cardíaco foram realizados ecocardiograma transtorácico e transesofágico que evidenciaram «massa lobulada com cerca de 18mm por 14mm na face auricular do folheto mitral». Foram solicitadas 3 colheitas de hemoculturas que isolaram *Enterobacter cloacae* produtor de beta lactamases AMPC, mas sensível a carbapenemas e aminoglicosídeos. Portanto, por EI da válvula nativa mitral doente iniciou Gentamicina com Meropenem ajustados à função renal. Nos 14 dias iniciais, resposta favorável e estabilidade hemodinâmica. Após essa data, novo agravamento caracterizado por febre persistente, congestão pulmonar e sistémica e anemia com necessidade de suporte transfusional. Repetidas as hemoculturas e urocultura que foram negativas e o ecocardiograma transtorácico que demonstrou «massa móvel de 27x12mm no folheto anterior mitral associado a insuficiência mitral severa». Por esse motivo, transferiu-se para o serviço de Cirurgia Cardíaca para realização de substituição da válvula mitral por prótese biológica, com preservação do folheto posterior. No 2º dia pós-operatório o doente desenvolveu isquemia aguda do membro inferior direito por embolia séptica da vegetação e realizou tromboembolectomia. Infelizmente, faleceu no dia seguinte.

CONCLUSÃO:

O *Enterobacter cloacae* é uma bactéria Gram negativa não-HACEK e uma etiologia extremamente severa e rara de EI. Atualmente, face ao número limitado de casos, a abordagem terapêutica é pouco consensual, na escolha de antibioterapia e

no timing cirúrgico adequado.

No caso em questão o doente apresentou má evolução clínica apesar de antibioterapia dirigida e abordagem cirúrgica aquando a descompensação, realçando a importância de estudos adicionais para melhoria da abordagem terapêutica.

P203

778 DERRAME PERICÁRDICO, UM DIAGNÓSTICO A NÃO ESQUECER

Carla Marques Pires, Paulo Medeiros, Cátia Oliveira, Isabel Campos, Rui Flores, Guilherme Mané, Alberto Salgado, Nuno Antunes, Jorge Marques

Hospital de Braga

INTRODUÇÃO:

O derrame pericárdico pode ter múltiplas etiologias, sendo que os estudos demonstram que nos países desenvolvidos até 50% são idiopáticos e 5-15% são associados a doenças inflamatórias ou imunes. O seu impacto clínico depende da rapidez de instalação, do volume e da etiologia.

CASO CLÍNICO:

Homem de 58 anos com múltiplos fatores de risco cardiovascular e episódio de Enfarte agudo do miocárdio (EAM) em 2005 submetido a tratamento conservador como antecedentes de relevo.

No dia 31 de Março de 2018 foi internado no Serviço de Cardiologia por EAM sem supradesnívelamento do segmento ST com doença do tronco comum e de 3 vasos na coronariografia. Por esse motivo foi orientado para cirurgia de revascularização do miocárdio (CABG) que realizou a 9 de Abril sem intercorrências precoces, tendo alta ao 7º dia pós-operatório.

No dia 13 de Junho recorreu ao serviço de urgência por dispneia para esforços progressivamente menores e ortopneia associada a desconforto retrosternal em moedeira que agravava com a inspiração profunda. Encontrava-se taquicárdico mas normotenso, com apagamento dos sons cardíacos na auscultação, sem pulso paradoxal. Analiticamente sem leucocitose, sem elevação significativa dos parâmetros inflamatório ou dos marcadores de necrose miocárdica. O eletrocardiograma de admissão não apresentava alterações de novo, contudo o ecocardiograma transtorácico evidenciou derrame pericárdico de grande volume com compressão das cavidades direitas. Por esse motivo realizou pericardiocentese que removeu 1500 ml de líquido pericárdico, caracterizado como exsudado segundo os critérios de Light. No estudo etiológico não houve isolamentos no exame microbiológico nem na pesquisa de micobactérias no líquido pericárdico. Ficou com dreno pericárdico até o dia 16 de Junho com uma drenagem total de 2300ml. Como complemento

terapêutico foram realizados anti-inflamatórios não esteroides.

À data de alta, 19 de Junho, doente encontrava-se assintomático, sem alterações analíticas de relevo, com uma fina lâmina de derrame pericárdico no ecocardiograma de controlo. No follow-up de 6 meses e 1 ano o doente encontrava-se assintomático sem recorrência de derrame pericárdico na avaliação ecocardiográfica.

DISCUSSÃO:

O síndrome pós lesão cardíaca consiste numa patologia inflamatória do pericárdio que ocorre após EAM, pericardiotomia ou trauma e para os quais se presume uma patogénese auto-imune induzida pela lesão inicial.

Esta etiologia deve ser diferenciada dos derrames pericardíacos pós-cirúrgicos hemorrágicos/transudativos, habitualmente auto-limitados e deve ser considerada nos doentes com derrame pericardíaco e queixas pleuríticas, febre ou compromisso hemodinâmico nas semanas ou meses após cirurgia cardíaca, uma vez que a sua apresentação pode ser mais tardia.

P204

978 TROMBECTOMIA ASPIRATIVA NO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR DE ALTO RISCO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO DE SUCESSO

Mafalda Miranda Baleiras, Diogo Morgado Conceição, Sérgio Brito, Hugo Moreira, Maria José Loureiro, Filipa Ferreira, Rita Calé, Luís Campos

Unidade de Cuidados Intermédios Médicos, Serviço de Medicina Interna, Hospital São Francisco Xavier - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa

Introdução

O tromboembolismo pulmonar (TEP) é a terceira doença cardiovascular mais frequente e a principal causa de morbimortalidade prevenível a nível hospitalar. A taxa de mortalidade na fase aguda é elevada (7-11%). A disfunção do ventrículo direito (VD) e a instabilidade hemodinâmica são importantes preditores de mau prognóstico. A principal causa de morte é o choque cardiogénico. O TEP de alto risco, definido pela presença de choque ou hipotensão arterial sustentada, requer tratamento emergente e específico. As técnicas convencionais são a trombólise sistémica (TS) e, em alternativa, a embolectomia cirúrgica. As técnicas percutâneas (TP) têm-se revelado promissoras por terem elevada taxa de sucesso com um menor risco de complicações associadas.

Caso clínico: Mulher, 74 anos, com história de hipertensão arterial. Trazida ao serviço de urgência por lipotímia. Apurou-se cirurgia abdominal major nas 2 semanas prévias, altura em que iniciou

astenia e dispneia de agravamento progressivo. Ao exame físico, apresentava hipotensão, taquicardia e polipneia. O electrocardiograma revelou taquicardia sinusal. Analiticamente, apresentava elevação de NTproBNP, D-dímeros e troponina. A gasimetria arterial em ar ambiente revelou hipocapnia, hipoxemia e hiperlactacidemia. Perante a suspeita de TEP, realizou angiografia por tomografia computadorizada torácica que confirmou TEP bilateral com extensão lobar e segmentar, com sobrecarga das cavidades ventriculares direitas. A cirurgia major recente constituía uma contraindicação absoluta para TS. Iniciou heparina não fraccionada e foi internada na unidade de cuidados intermédios. Na manhã seguinte, foi submetida a trombectomia aspirativa, com sucesso. Verificou-se melhoria hemodinâmica e gasimétrica progressivas, com alta ao 7º dia de internamento.

Discussão: A abordagem preferencial no TEP de alto risco é a TS. Contudo, a literatura associa-lhe um risco de hemorragia major entre 13% a 21%. Já o risco de morte associado a embolectomia cirúrgica chega a 50%, sobretudo se não for cumprido o timing cirúrgico. É por estes motivos que as TP por cateter, na qual a trombectomia aspirativa se inclui, têm ganho notoriedade. Estas técnicas, com uma acção local e mais inócua, promovem a redução da resistência vascular e, por conseguinte, da pós-carga do VD, melhorando o débito cardíaco com menor risco de complicações. A incidência de complicações major, como o tamponamento cardíaco, é de 2,4%. Os doentes que apresentem contraindicações à TS, ou nos quais esta está associada a elevado risco hemorrágico, são potenciais candidatos às TP. Os resultados são mais satisfatórios se a apresentação sintomática for inferior a 14 dias. Porém, a evidência disponível sobre a eficácia no tratamento percutâneo ainda não está suficientemente estabilizada. De momento, decorrem ainda ensaios clínicos aleatorizados que comparam as TP com a TS, mas cujos resultados provisórios sugerem as TP como alternativas válidas e com menor risco hemorrágico.

P205

991 SÍNDROME CORONÁRIO OU AÓRTICO AGUDO?

Rita Silva, Pedro Gonçalves Teixeira, Adelaide Dias, Alberto Rodrigues
ULSNE, CHVNGE

INTRODUÇÃO

A dissecção aguda da aorta é uma emergência vascular que se caracteriza pelo rápido desenvolvimento de um falso lúmen na aorta, com implicações catastróficas. Quando uma dissecção da aorta (DA) tipo A de Stanford se estende até às artérias coronárias, pode ocorrer oclusão completa do vaso resultando em enfarte agudo do miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST

(EAMSST) – entidade rara embora habitualmente fatal.

CASO CLÍNICO: Sexo masculino de 55 anos, sem antecedentes patológicos conhecidos ou medicação habitual, com síncope no domicílio, sem pródromo. Assistido no local, objetivada escala de coma de Glasgow de 3, tensão arterial: 150/80mmHg, taquicardia (114 bpm), eletrocardiograma a revelar taquicardia sinusal e elevação do segmento ST em avR e derivações anterolaterais. Realizada entubação orotraqueal. Durante o transporte para o hospital teve paragem cardiorrespiratória tendo sido iniciado suporte avançado de vida com compressor mecânico externo. Na sala de emergência verificada alternância entre ritmo desfibrilável (taquicardia ventricular) e não desfibrilável (atividade elétrica sem pulso). Recuperação transitória de pulso; efetuado ecocardiograma transtorácico subcostal que revelou ausência de derrame pericárdico e disfunção grave do ventrículo esquerdo. Admitido de imediato na sala de hemodinâmica onde foi iniciado suporte mecânico usando oxigenação por membrana extracorporeal venoarterial (ECMO-VA). Angiografia coronária: sem evidência de lesões; aortografia revelou dissecção aórtica tipo A de Stanford com extensão até ao óstio da artéria coronária esquerda e insuficiência aórtica moderada a severa. Realizado angioTC toracoabdominal e pélvico: dissecção com origem na raiz da aorta torácica e extensão distal até à ilíaca esquerda com sinais de hipoperfusão esplâncnica. TC cerebral com extenso edema cerebral difuso e hipodensidade difusa de predomínio hemisférico direito a traduzir provável oclusão carotídea. Admitido em unidade de cuidados intensivos. Evolução com disfunção múltipla de órgãos nomeadamente encefalopatia anóxica grave, com progressão para morte cerebral.

CONCLUSÃO: A DA continua a ser um desafio diagnóstico tendo em conta o seu vasto leque de manifestações clínicas. A síncope pode ser a forma de apresentação em cerca de 15% dos doentes com dissecções tipo A. São várias as complicações decorrentes desta patologia nomeadamente insuficiência aórtica aguda grave, síndrome coronário agudo por oclusão dos óstios coronários, síndromes de má perfusão proximais ou distais e tamponamento cardíaco.

P206

1128 COR PULMONALE COMO MANIFESTAÇÃO DE INFEÇÃO POR VIH

Francisco Pombo, Marina Mendes, Pedro Lopes, Mari Mesquita

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Introdução

A cor pulmonale é uma complicação rara da infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH), com uma prevalência de 0,5% nos indivíduos infetados.

Descrevemos um caso de cor pulmonale grave como forma de apresentação inicial de infecção pelo VIH.

Caso Clínico: Mulher, 43 anos de idade, sem antecedentes patológicos de relevo, recorre ao serviço de urgência por dispneia para pequenos esforços, em agravamento progressivo, nos últimos 4 meses. Objetivada insuficiência respiratória hipoxémica grave. Realizado ecocardiograma transtorácico que demonstrava dilatação das cavidades direitas, depressão severa da função sistólica do ventrículo direito e elevada pressão sistólica na artéria pulmonar (74mmHg) a evidenciar hipertensão pulmonar grave bem como discreto derrame pericárdico circunferencial e imagem compatível com hepatopatia congestiva em TAC. Internada no serviço de Medicina Interna para investigação.

Do estudo efetuado inicial destaca-se: elevada velocidade de sedimentação 85mm e gamopatia policlonal. As serologias víricas para vírus da hepatite B e C foram negativas, mas o teste ELISA de 4ª geração para VIH 1 foi positivo, o qual foi confirmado posteriormente com Western Blot. Apresentava contagem de linfócitos T CD4+ 288 células/ μ L e RT-PCR com 556000 cópias/mL. Prosseguiu estudo com angioTC torácico que não objetivou tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo ou crónico, tendo efetuado cintigrafia de ventilação-perfusão que revelou defeito de perfusão, não concordante com a ventilação, no segmento posterior do lobo inferior do pulmão esquerdo, em provável relação com TEP crónico. Instituída terapêutica diurética para compensação de insuficiência cardíaca, com franca melhoria sintomática, tendo tido alta hipocoagulada com varfarina e orientada para as consultas especializadas de Medicina Interna (insuficiência cardíaca e VIH).

Após a alta a doente teve outros dois internamentos hospitalares: um por agudização da insuficiência cardíaca e outro por osteomielite do esterno (após traumatismo), complicada de choque séptico e disfunção multiorgânica, tendo vindo a falecer 2 meses após o diagnóstico de VIH.

Discussão: O TEP crónico e cor pulmonale são complicações raras e graves da infecção pelo VIH, estando associadas a pior prognóstico. Neste caso, em particular, destaca-se o facto destas complicações cardiovasculares terem sido a sua manifestação inicial.

P207

1347 QUANDO UM DERRAME PLEURAL NÃO É "APENAS" UM DERRAME PLEURAL

António Trigo, Sofia Furtado, Marta Torre, Rita Prayce, José Ribeiro

CHULC - Hospital de São José

Introdução

Após a cirurgia de revascularização cardíaca, a maioria dos doentes apresenta um derrame pleural (DP) esquerdo de pequenas dimensões, sendo que em 10% dos casos é de grande dimensão e manifesta-se com dispneia. O DP precoce de grande volume apresenta predomínio eosinofílico e é gerido com toracocentese terapêutica(1). No caso apresentado o DP veio a revelar-se um empiema a *Staphylococcus aureus* metilino-sensível (SAMS), em contiguidade com mediastinite anterior, traduzindo uma complicação grave e inicialmente não detectada.

Caso clínico: Homem de 66 anos com história de cardiopatia isquémica e hipertensiva com insuficiência cardíaca (IC), que recorreu ao serviço de urgência no 10º dia (D10) pós-operatório de cirurgia de revascularização miocárdica, por intolerância para médios esforços, ortopneia, dor torácica pleurítica e tosse irritativa em decúbito. Analiticamente sem elevação de parâmetros inflamatórios e com radiograma de tórax (RxT) com hipotransparência na metade inferior do hemitórax esquerdo, identificada como volumoso DP em tomografia computadorizada. Foi admitido por suspeita de IC descompensada com DP. Em D13 pós-op é submetido a drenagem de 1.5L de líquido pleural hemático e turvo pela cirurgia cardíaca (CC) (produtos não enviados para estudo). Dois dias depois, inicia quadro de dispneia e dessaturação, com reformação do DP em RxT, sendo submetido a toracocentese de urgência com saída de 2L de líquido hemático velho e turvo compatível com empiema (pH 6.9, 18.126/ μ L polimorfonucleares, glicose 17mg/dL, LDH 541U/L, proteínas 51,7 g/L), obtendo-se estabilização respiratória. Iniciou vancomicina empírica, posteriormente descalado para flucloxacilina após isolamento no líquido pleural de SAMS. Apesar das medidas e observação seriada por cirurgia torácica, o doente evoluiu desfavoravelmente com hipotensão refractária a volume com necessidade de suporte vasopressor, interpretado como choque séptico com ponto de partida em empiema. Ao D18 pós-op evidencia-se deiscência da esternotomia, com saída de conteúdo purulento. TC descreve lesão ocupando espaço com densidade líquida, envolvendo o esterno em topografia retro-esternal, ao longo de toda a sua extensão, medindo 9.5x5cm de diâmetro ântero-posterior e transversal, em relação com mediastinite (figura 1). Foi intervencionado de urgência pela CC, vindo o doente a falecer por complicações cirúrgicas.

Discussão: Este caso ilustra que é necessária uma abordagem individualista na marcha diagnóstica e abordagem terapêutica do DP, sobretudo em doentes submetidos a procedimentos invasivos e com contacto hospitalar. No caso de DP pós-cirurgia de revascularização, a realização precoce de toracocentese diagnóstica e reavaliação célere por CC poderão ter impacto significativo no curso clínico, permitindo a identificação de complicações graves e rápida abordagem dirigida, nomeadamente no contexto de choque séptico com necessidade de abordagem cirúrgica para controlo de foco.

P208

1910 SÍNDROME CORONÁRIO AGUDO NO IDOSO, MANIFESTAÇÕES ATÍPICAS

Joana Alves Vaz, Catarina Cabral, Maria Manuela Soares, Isabel Madruga

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental - Hospital Egas Moniz

INTRODUÇÃO

Nos idosos a apresentação atípica do síndrome coronário agudo (SCA) dificulta a abordagem desta patologia. A isquémia silenciosa é frequente nos indivíduos desta faixa etária, mesmo em casos de enfarte com supradesnivelamento do segmento ST. A coexistência de diabetes mellitus tem sido apontada como fator predisponente para esta situação, sem manifestação da existência de precordialgia ou outro equivalente anginoso.

CASO CLÍNICO

Mulher de 83 anos, viúva, autónoma com antecedentes de hipertensão arterial essencial, gastrite crónica e tabagismo inactivo (cessação há 20 anos). Seguida em consulta de Cardiologia privada por "sopro cardíaco" (sic). Recorre ao Serviço de Urgência por quadro com três semanas de evolução de dispneia, tosse com expectoração e febre, tendo sido medicada com levofloxacina. Referia ainda ortopneia e edema vespertino dos membros inferiores com cerca de dois meses de evolução. Foi internada verificando-se agravamento clínico, com dispneia para médios e posteriormente pequenos esforços. Negava precordialgia e ao exame objectivo não apresentava alterações de relevo, nomeadamente arritmia ou sinais de estase pulmonar. Da avaliação realizada salienta-se: elevação de troponina T (2340ng/L) e ECG com infradesnivelamento do segmento ST de V1 a V6 e inversão da onda T nas mesmas derivações. Assumido o diagnóstico de provável enfarte miocárdico subendocárdico foi administrado de imediato ticagrelor e enoxaparina em dose terapêutica. A coronariografia documentou "tronco comum sem lesões angiograficamente significativas, descendente anterior com placas não obstrutivas e coronária direita com lesão focal de 70% no segmento distal." Foi realizada angioplastia com implantação de stent revestido farmacologicamente

e a doente teve alta com indicação para manter antiagregação dupla. Verificou-se melhoria do estado funcional, com resolução do quadro de dispneia prévio ao internamento.

DISCUSSÃO: Quando existe diminuição do fluxo coronário, a primeira alteração ocorre no relaxamento miocárdico, com consequente infradesnivelamento do segmento ST. Existem varias patologias associadas ao aparecimento de isquémia silenciosa: diabetes melitus, idade avançada, alterações nociceptivas, depressão e demência. Assim, nestes doentes a clínica (tanto os sintomas como os sinais "de novo") devem ser valorizados e os doentes devem ser tratados com estratégia de revascularização, de acordo com os fatores de maior risco vascular e estado funcional prévio.

DOENÇAS DIGESTIVAS E PANCREÁTICAS

P209

1868 COLITE A CMV - UM DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR

Ana Luísa Esteves, Ana Rita Barradas, Sérgio Pereira, Ana Pãozinho, Isabel Madruga

Hospital Egas Moniz (Centro Hospitalar Lisboa Ocidental), Lisboa, Portugal

Introdução

O espectro clínico da infeção causada pelo citomegalovírus (CMV) é diverso e depende principalmente do hospedeiro. As infecções por CMV em pacientes imunocomprometidos podem causar doença grave e morbimortalidade importante. Nos doentes imunocompetentes a doença tipicamente tem evolução benigna e por vezes assintomática. Em doentes idosos e com múltiplas comorbilidades, atendendo ao possível prognóstico reservado da colite a CMV, torna-se essencial a sua identificação atempada.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 88 anos, dependente nas atividades da vida diária (AVD's), com antecedentes relevantes de hipotireoidismo primário, sob reposição com levotiroxina. História de internamento prévio por diarreia crónica com cerca de 6 dejeções líquidas por dia, sem sangue, muco ou pus, negando febre. Diagnosticada colite infecciosa sem identificação de agente, medicada com trimetropim/sulfametoxazol durante 5 dias, com coproculturas e pesquisa de Clostridium difficile negativas. Retornou ao Serviço de Urgência duas semanas depois por quadro semelhante. Sem alterações ao exame objetivo, destacava-se analiticamente aumento da PCR (5,6mg/dL) e função tiroideia sem alterações. Foi internada num serviço de Medicina Interna e realizou nova pesquisa de Clostridium que foi negativa. Efetuou estudo

colonoscópico, mostrando mucosa difusamente edemaciada, com erosões e ulceração profunda, não poupando o reto. Biópsia compatível com colite em atividade intensa com ulceração associada a CMV. Excluíram-se causas de imunodeficiência. Iniciou terapêutica de indução com valganciclovir endovenoso 5mg/kg durante uma semana com resolução do quadro. A doente teve alta com valganciclovir oral 900mg de 12/12h durante 14 dias, apresentando evolução clínica favorável.

Conclusão: Este caso clínico ilustra a importância de considerar a hipótese de colite por CMV no diagnóstico diferencial do doente imunocompetente com diarreia crônica.

DOENÇAS DIGESTIVAS E PANCREÁTICAS

P210

1972 NEM TUDO O QUE É MASSA É NEOPLASIA

Patrícia Rocha; Isabel Freitas; Paulo Bandeira; Augusto Duarte.

Centro Hospitalar Médio Ave. Serviço de Medicina Interna.

Introdução

Na população idosa é comum algumas patologias agudas cursarem com clínica inespecífica, o que dificulta as hipóteses de diagnóstico iniciais e posterior orientação. A apendicite aguda é uma delas. Frequentemente, estes doentes não apresentam a clínica e alterações típicas ao exame objetivo, têm uma tendência mais rápida à perfuração apendicular e, por vezes, o diagnóstico inicial colocado é uma neoplasia.

Caso clínico: Mulher de 84 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia e hipertensão arterial essencial, que recorre ao serviço de urgência por tosse seca e dispneia para pequenos esforços com um dia de evolução. Associadamente referia anorexia e dor abdominal constante, difusa, desde a semana anterior à admissão. Portadora de Tomografia computadorizada abdomino-pélvica realizada em ambulatório que mostrava uma massa abdominal posterior à transição ileocecal, de 7 x 5,9 x 6,3 cm, correspondente a processo neoplasia primário com eventual ponto de partida na última ansa ileal, apêndice ou ovário. À admissão apresentava-se apirética, com saturação periférica de oxigénio de 80% em ar ambiente, auscultação pulmonar sem ruídos adventícios e abdómen indolor a palpação, sem massas palpáveis, sem defesa. Estudo analítico com subida de parâmetros inflamatórios, com leucocitose de $16.68 \times 10^3/\text{ul}$, neutrofilia de 86% e proteína C reativa de 14.42mg/dl. Gasimetria com insuficiência respiratória tipo 1. Teleradiografia torácica sem consolidações. Ficou

internada no serviço de Medicina para tratamento de traqueobronquite aguda com insuficiência respiratória tipo 1 e estudo de massa abdominal. Cumpriu ciclo de antibioterapia com amoxicilina-ácido clavulânico, com boa evolução. Aquando da realização da biópsia da massa abdominal, constatada redução franca das suas dimensões, com 4,4 x 4,2 x 2,7 cm de maiores diâmetros, assumindo características de provável apendicite complicada, provavelmente abcedada, em resolução. Observada por colega de cirurgia, tendo tido alta medicada com clindamicina, orientada para consulta de cirurgia.

Discussão: Este caso visa alertar para a inespecificidade da clínica em extremos da idade, assim como para a variabilidade dos resultados dos meios complementares de diagnóstico a nível da imagiologia, dependentes do observador. Com o envelhecimento da população e o aumento da idade dos doentes observados pela Medicina Interna, é necessário aumentar o índice de suspeição diagnóstica, uma vez que muitas das patologias comuns têm uma apresentação atípica.

DOENÇAS DIGESTIVAS E PANCREÁTICAS

P211

2116 ASCITE EOSINOFÍLICA – UMA APRESENTAÇÃO RARA DE GASTROENTERITE EOSINOFÍLICA

Filipa Santos Pinho, Inês Manuel Gonçalves, Sara Costa, Camila Carvalho de Oliveira, Laura Costa, Ana Luísa Antunes, Luísa Pinto, Francisco Gonçalves, Carlos Capela
Hospital de Braga

Introdução

A gastroenterite eosinofílica (GE) é uma síndrome caracterizada pela infiltração eosinofílica da parede intestinal, com possível envolvimento de qualquer uma das suas camadas e qualquer segmento do trato gastrointestinal. Eosinofilia periférica pode ou não estar presente. A ascite eosinofílica é uma apresentação rara da GE e está geralmente associada à sua forma serosa. O seu diagnóstico passa pela exclusão de outras causas, como infeção parasitária, malignidade ou alergia. A maioria dos casos é idiopática e geralmente acompanha-se por condições atópicas. Pode ocorrer em idade pediátrica ou adulta, existindo descritos um número limitado de casos precipitados pela gravidez ou parto. **Caso Clínico:** Puérpara, 26 anos de idade, previamente saudável, parto eutócito 7 semanas antes. Recorre ao serviço de urgência por epigastria, enfartamento pós-prandial associado a regurgitação e distensão abdominal, com 3 semanas de evolução. Negava sintomas respiratórios, rash, alergias ou medicação de início recente. Ao exame objetivo apresentava-

se hemodinamicamente estável e apirética. Sem alterações cutâneas. Abdómen ligeiramente distendido, com maciez variável e difusamente doloroso. Sem sinais clínicos de hepatopatia crónica. Analiticamente destacou-se neutrofilia periférica com 8.400/uL neutrófilos (44%). Não apresentava alterações ao ionograma, estudo da coagulação, perfil de tiróide ou hepático. Excluiu-se infecção por VIH ou parasitária. Na ecografia abdominal, o fígado era normodimensionado e apresentava parênquima com normal ecogenecidade, observando-se ascite de médio volume. A paracentese diagnóstica mostrou líquido ascítico com 10.500 células, 85% de eosinófilos, microbiológico e micobacteriológico negativos. A endoscopia digestiva alta mostrou eritema e edema marcados do bulbo duodenal e segunda porção do duodeno. As biópsias gástrica e duodenal evidenciaram infiltrado inflamatório polimorfo com predomínio de eosinófilos envolvendo a mucosa e a muscular mucosa. A biópsia de medula óssea mostrou hematopoiese normal, 20% de eosinófilos e citogenética normal. Diagnóstico final: gastroenterite eosinofílica. Foi iniciada corticoterapia sistémica, tendo-se observado resposta clínica e analítica favoráveis. Discussão: A ascite eosinofílica é uma apresentação incomum da GE. A mortalidade associada é muito baixa, mas a morbilidade é significativa por malnutrição, dor abdominal, dismotilidade gástrica, disfagia, náusea, vómito ou obstrução. Este diagnóstico deve ser tido em consideração quando se aborda um doente com ascite na ausência de doença hepática.

DOENÇAS DIGESTIVAS E PANCREÁTICAS

P212

1421 DOENÇA DE CHRON, UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Isabel Pinheiro

Consulta Medicina 1, Hospital Santa Maria, CHLN, EPE

A Doença de Chron é uma doença inflamatória, crónica, idiopática que pode afectar qualquer segmento do tubo digestivo, podendo evoluir com períodos de actividade e remissão. O quadro clínico inclui dor abdominal e diarreia com muco e sangue, por vezes complicada de fístulas, obstrução e malnutrição. Podem ocorrer diversas manifestações extra-intestinais nomeadamente genito-urinárias, musculo-esqueléticas, dermatológicas, oculares e estados de hipercoagulabilidade.

Apresentamos o caso de um homem, 69 anos, contabilista reformado, casado, com diagnósticos prévios de amigdalectomia há 20 anos; colecistectomia laparoscópica; tabagismo suspenso; enfisema pulmonar; hipertrofia benigna prostática, com estenose do meato ureteral seguido na Urologia; trombose antiga da artéria mesentérica

recanalizada (de etiologia não esclarecida). recentemente internado por pielonefrite a *Enterococcus faecalis*, balanite a *Candida albicans* e trombose da hemorróida externa. Apurou-se quadro de diarreia de cerca 4 dejeções dia desde há 1 ano, por vezes com muco mas sem sangue ou pús e que o doente desvalorizava.

Ao exame objectivo apresentava-se pálido, anictérico, emagrecido, abdómen e difusamente doloroso à palpação mas sem dor à descompressão, sem outras alterações, nomeadamente sem adenopatias.

Analiticamente: Hb 12.6g/dL, B2-microglobulina normal, imunofixação sérica e urinária normal, serologia para citomegalovírus, hepatite B e C e HIV1 negativas, Anticorpos anti- gliadina e anti-endomísio negativos, IGRA negativo. A pesquisa de toxina do *Clostridium difficile*, a coprocultura e a pesquisa de ovos quistos e parasitas foram negativas. PSA 3ng/mL.

A colonoscopia permitiu observar 5cm de ileon, com 2 úlceras lineares profundas e uma mucosa irregular sem o padrão vilositário habitual. As biópsias foram inconclusivas, mostraram distorção arquitectural, infiltrado misto e a pesquisa de citomegalovírus e amilóide foram negativas.

O estudo com cápsula endoscópica mostrou jejuno com úlceras profundas, uma das quais ocupava 2/3 da circunferência e condicionava estenose; área de desnudamento da mucosa e zonas vegetantes, aspectos sugestivos de doença ulcerosa activa do intestino delgado.

A entero-ressonância foi compatível com doença de Crohn extensa de todo o ileon, com intestino curto, em fase activa, ulcerada, não estenótica, com fístula entero-entérica actualmente não activa. Presença de gânglios da raiz do mesentério, reactivos.

Realizou também endoscopia digestiva, TAC abdominal e CPRM que evidenciou veia cava inferior de fino calibre; aspectos de trombose da veia mesentérica superior com presença de circulação venosa colateral no mesentério, repermeabilizada.

O doente foi medicado com prednisolona com franca melhoria clínica e encontra-se em vigilância.

Admite-se que a trombose da veia mesentérica superior tenha ocorrido no contexto hipercoagulabilidade associada à doença de Chron.

DOENÇAS DIGESTIVAS E PANCREÁTICAS

P213

1723 ESOFAGITE MEDICAMENTOSA GRAVE - QUANDO A ADIÇÃO A OPIÓIDES QUASE QUE MATA!

Magda Sofia Ventura, Mariana Santos, Miriam Cimbron, Paula Macedo, Clara Paiva

Hospital do Divino Espírito Santo

A esofagite secundária a fármacos é um problema conhecido, cuja incidência é de cerca de 3.9 em 100,000 doentes/ano. Sabe-se que estas alterações podem ser induzidas tanto por via sistémica como por lesão direta à mucosa. Alguns fármacos que induzem alterações diretas à mucosa incluem antibióticos (p.e. tetraciclina), AINEs, cloreto de potássio e bifosfonatos. As manifestações mais comuns são dor epigástrica, odinofagia e disfagia; menos comumente, podem ocorrer hematemeses, dor abdominal ou emagrecimento.

Trata-se de um homem de 69 anos de idade, ex-fumador e com antecedentes de gastrojejunostomia em Y de Roux há mais de 20 anos por úlcera de etiologia desconhecida, sem toma de medicação habitual segundo o mesmo. Recorreu ao SU por quadro com 3 semanas de evolução e agravamento progressivo de edema dos membros inferiores, ortopneia, astenia e cansaço fácil. Sem febre, anorexia, perda ponderal, perdas hemáticas visíveis, palpitações, síncope, dor torácica ou abdominal. Ao exame objetivo, identificou-se fibrilação auricular (FA) com resposta ventricular rápida e anasarca, sem dor à palpação abdominal. Analiticamente, salientava-se anemia ferropénica grave (Hb 4,4g/dL, ferro sérico 6ug/dL, ferritina 5.1ng/mL, saturação de transferrina 7%), NT pro-BNP > 20000; em gasometria arterial, com acidose metabólica compensada com hiperlactacidemia de 4. Após confirmação de melenas por enema de limpeza, realizou endoscopia digestiva alta que revelou mucosa esbranquiçada ao longo de todo o esófago e subestenose no esófago cervical com laceração da mucosa após passagem, a sugerir refluxo gastroesofágico crónico/outra etiologia. Foi internado num Serviço de Medicina Interna por insuficiência cardíaca descompensada inaugural por anemia grave e FA de duração indeterminada. Durante o internamento, apurou-se com familiar que o doente tomava cronicamente entre 4-6 comprimidos/dia de Melhoral® (AAS+codeína) e Dolviran® (AAS+codeína+caféina) porque "com esta medicação sentia-se sempre bem" sic, pelo que se assumiu hemorragia em contexto de esofagite crónica por salicilatos, em doente com adição de longa duração a opióide. Teve alta melhorado para a Consulta de Medicina Interna sob terapêutica otimizada para a insuficiência cardíaca, inibidor da bomba de prótons e indicação para evicção da

toma de Melhoral® e Dolviran®. Iniciou, 1 mês depois, anticoagulação, após melhoria endoscópica e da anemia.

Salienta-se o caso pela gravidade da apresentação clínica e pela importância de se colher a anamnese de forma pormenorizada, que pode carecer de confirmação por parte de familiares. No caso em questão, o doente não reconhecia a adição aos fármacos como um problema. A endoscopia digestiva alta, apesar de revelar frequentemente alterações inflamatórias inespecíficas, é o exame mais sensível na identificação da esofagite associada a fármacos e a identificação do fármaco causal é fundamental, uma vez que um dos aspetos mais importantes no tratamento destes casos é a sua evicção.

DOENÇAS DIGESTIVAS E PANCREÁTICAS

P214

1911 UMA CAUSA RARA DE OCLUSÃO INTESTINAL

Maria Margarida Pereira, Ana Vera Cruz, Petra Pego, Margarida Cabrita

Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.

Introdução

Bezoares são agregados de material não digerido que se acumula no estômago e nas porções mais estreitas de intestino delgado; são classificados de acordo com a sua composição em tricobezoares (cabelo), fitobezoares (matéria vegetal), lactobezoares (fórmulas lácteas concentradas) e farmacobezoares (fármacos). A oclusão intestinal por bezoares é uma entidade rara mas que deve ser considerada em doentes com factores de risco como dentição deficiente ou próteses dentárias desadaptadas que condicionem ineficácia na mastigação, cirurgia gástrica por alteração da anatomia e fisiologia do estômago e outras condições clínicas que afectem o seu motilidade, nomeadamente a diabetes mellitus, hipotireoidismo ou doenças do tecido conjuntivo. Tradicionalmente são removidos cirurgicamente, mas nalguns casos é possível a remoção do bezoar por via endoscópica.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 84 anos, autónomo, com antecedentes de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2 não insulino tratado, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por vómitos incoercíveis com um dia de evolução. À observação apresentava abdómen doloroso, sem sinais de irritação peritoneal; foi entubado com sonda nasogástrica (SNG) com drenagem de conteúdo biliar em grande quantidade. Analiticamente destacava-se aumento dos parâmetros infecciosos; a radiografia de abdómen mostrava distensão gástrica exuberante e a tomografia computadorizada (TC) de

abdómen mostrava distensão gástrica, duodenal e do jejuno proximal com ligeiro espessamento parietal da ansa jejunal. Ficou internado com a suspeita de colite infecciosa, tendo cumprido durante o internamento antibioterapia empírica com ceftriaxone, metronidazol e piperacilina-tazobactam. Por manutenção do quadro clínico com SNG em permanente drenagem, foi observado por Cirurgia Geral e realizou enterografia por TC com administração de manitol onde se objectivou presença de bezoares que foram removidos durante o exame, com melhoria progressiva nos dias subseqüentes e total resolução do quadro.

Discussão: Apresenta-se um caso raro de oclusão por bezoares. Neste caso os factores de risco identificados foram a denteição deficiente e antecedentes de diabetes mellitus que condiciona esvaziamento gástrico anormal por gastroparesia diabética. Apesar da modalidade de tratamento mais comum ser cirúrgica neste caso foi possível a resolução do caso apenas com tratamento conservador. Salienta-se que o índice de suspeição é essencial para o adequado diagnóstico e tratamento desta entidade.

DOENÇAS DIGESTIVAS E PANCREÁTICAS

P215

1349 PANCREATITE AGUDA NA DOENÇA DE CROHN

Joana Couto, Luís Pontes dos Santos, Alexandra Esteves, Raquel López, Diana Guerra

Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde do Alto Minho

A Doença de Crohn (DC) é causada pela resposta auto-imune inadequada mediada por células T a bactérias intestinais com lesão da mucosa. A azatioprina (AZ) atua como modulador imunológico e é eficaz no tratamento e prevenção de exacerbações de DC. Apesar da sua elevada eficácia, complicações associadas à sua utilização podem ocorrer, incluindo pancreatite aguda (PA) – complicação rara com incidência de apenas 2% nos doentes com doença inflamatória intestinal sob AZ. Apresenta-se caso de PA em doente com DC, duas semanas após introdução de AZ – pancreatite induzida por azatioprina.

Mulher, 24 anos. Antecedentes de DC ileal com envolvimento perineal (fístula) – diagnóstico com 1 ano de evolução. A 16/01 iniciou terapêutica com AZ (75 mg), aumentando a dose para 150 mg a 23/01. Recorreu ao SU 12 dias após início de tratamento por queixas com 5 dias de evolução de dor abdominal epigástrica com irradiação para os flancos ("em barra"), náuseas e vômitos alimentares (2-3 episódios/diários). Ao exame objetivo, febril (T^{aur}: 38.9°C) e com dor à palpação epigástrica

e flanco direito. Analiticamente, constatada leucocitose (10480), PCR elevada (8,95 mg/dl), hiponatremia (131 mmol/L) e elevação de enzimas pancreáticas (Amilase/Lipase: 222/295 UI/L). Realizou ecografia abdominal que mostrou região cefalo-pancreática globosa e heterogénea, com alterações inflamatórias da gordura peripancreática, mas sem alterações vesiculares ou das vias biliares. Foi internada por PA induzida por AZ (que foi suspensa) e iniciou fluidoterapia e correção de alterações hidro-electrolíticas. Apesar de medidas, manteve dor abdominal epigástrica e febre pelo que para exclusão de complicações realizou TC abdominal às 48h que relevou alterações sobreponíveis às relatadas em ecografia. Manteve-se atitudes e ao 4º dia de internamento encontrava-se apirética e com boa evolução na tolerância de dieta oral. Verificou-se perfil descendente de parâmetros inflamatórios e normalização de enzimas pancreáticas. O estudo microbiológico (hemoculturas e bacteriológico e parasitológico de fezes) foi negativo. Dado contra-indicação para terapêutica com AZ, atualmente sob adalimumab.

No grupo de doentes com DC a incidência de PA é mais elevada do que na população geral (4.3x mais comum), devendo ser consideradas as possibilidades de etiologia comum de PA, manifestação extraintestinal de DC ou reação adversa a terapêutica imunomoduladora. Neste caso, presente relação temporal/causal, dado o início de terapêutica com AZ 2 semanas antes do quadro. Foram excluídas causa litiasica e outras causas de PA alitiasica, como álcool, hipertrigliceridemia, infeção ou hipercalcemia. A resolução do quadro após suspensão do fármaco comprova relação causal. A PA induzida por AZ não tem relação dose-dependente. Destaca-se a importância do reconhecimento desta potencial complicação em doentes sob tratamento com AZ e a necessidade exclusão de outras possíveis causas de PA que exijam tratamento dirigido.

DOENÇAS DIGESTIVAS E PANCREÁTICAS

P216

861 QUANDO O PRINCIPAL SUSPEITO NÃO É O CULPADO...

Sofia Marques Santos, Eduarda Comenda, Nadine Monteiro, Ana Ramalho, Cláudia Jesus, Filipa Moleiro, Helena Vitorino, Mário Barbosa, Helena Cantante

Hospital Lusíadas Lisboa

Introdução

A diarreia crónica, definida como diminuição da consistência das fezes e aumento da sua frequência com duração superior a 4 semanas, pode afetar cerca de 4 a 5% da população ocidental. A sua investigação pode ser morosa, devido às inúmeras

causas que podem estar subjacentes, devendo sempre ser obrigatório o despiste de causas farmacológicas.

Caso clínico: Os autores descrevem o caso de um homem de 69 anos, melanodérmico, com história pessoal conhecida de hipertensão arterial essencial e diabetes mellitus tipo 2 (diagnóstico recente, bom controlo glicémico). Encontrava-se medicado em ambulatório com ácido acetilsalicílico, metformina + sitagliptina, olmesartan e lercanidipina. Recorre ao hospital por diarreia sem sangue, muco ou pús, com um mês de evolução (3 episódios/dia) e foi internado por creatinina de 5,4mg/dL e ureia de 109mg/dL. Já tinha colhido coproculturas (negativas) e realizada colonoscopia (sem alterações). No internamento foi suspensa a sua medicação, com total resolução do quadro e recuperação da função renal. Foi admitida diarreia secundária à metformina (tinha iniciado a mesma 2 meses antes), suspensa esta medicação e iniciada linagliptina. Reavaliado 12 dias após a alta, com creatinina de 1,4mg/dL e perfil tensional elevado, pelo que se reintroduziu olmesartan (em dose menor). Dez dias depois, reinicia quadro de diarreia líquida com 6 dejeções diárias. Analiticamente com creatinina de 4,4mg/dL, ureia 74mg/dL e pH 7,03 (com bicarbonato de 6mmol/L). Transferido para a unidade de cuidados intensivos, onde iniciou técnica dialítica contínua (que cumpriu durante 5 dias). Entre os vários exames realizados destaca-se a endoscopia digestiva alta, cuja biópsia duodenal revelou alterações inflamatórias crónicas, compatíveis com duodenite crónica inespecífica, com aumento da linfocitose intraepitelial. Feito estudo serológico da doença celíaca, que foi negativo. Reintroduziu-se medicação prévia à exceção do olmesartan, admitindo-se o diagnóstico de enteropatia secundária ao olmesartan. Não foi feita restrição de glúten e após 20 meses de seguimento, não houve qualquer recidiva do quadro.

Conclusão: A enteropatia associada ao olmesartan está associada a diarreia em abundante quantidade e alterações anátomo-patológicas semelhantes à doença celíaca. A incidência desta reação adversa não está completamente determinada, embora seja considerada rara. Os autores pretendem alertar para este efeito do fármaco, possibilitando um rápido reconhecimento desta patologia e atuação atempada.

DOENÇAS DIGESTIVAS E PANCREÁTICAS

P217

1021 DOENÇA CELÍACA NO IDOSO: QUANDO A SEROLOGIA NÃO CONTA A HISTÓRIA COMPLETA

Sara Fernandes, Catarina Morais, Inês Manique, Raquel Pinto, João Lopes, Matilde Fraga, Mariana Martins, Claudina Cruz, Jorge Fernandes, André Goulart, Mário Ferraz, Mariana Popovici, Paolo Iacomini, Eunice Patarata, Ana Rodrigues, Claudia Mihon, Catarina

Hospital Curry Cabral - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Introdução

A doença celíaca caracteriza-se por uma enteropatia causada por uma resposta imunológica inapropriada ao glúten, sendo considerada, durante muito tempo, uma doença da infância e do adulto jovem. A sua incidência tem aumentado no idoso (cerca de 19-34% dos novos casos diagnosticados ocorrem em indivíduos com mais de 60 anos), o que pode ser explicado pela melhor acuidade no reconhecimento da doença.

Caso clínico: Mulher, 78 anos, com história pessoal de diabetes tipo 2 sem complicações, hipertensão arterial essencial e hipotireoidismo medicado. Quadro com 3 meses de evolução de diarreia (sem sangue, muco ou pus), sem outros sintomas gastrointestinais, associado a perda ponderal não quantificada, astenia e alterações da memória. Objetivamente sem alterações a destacar. Analiticamente com anemia macrocítica (Hb 8.1 g/dL), reticulócitos 2.23%, bilirrubina total 1.3 mg/dL, haptoglobina baixa (0.07) e vitamina B12 <125 pg/mL. Durante o internamento, realizou reposição de vitamina B12, com rápida resposta hematológica com subida de hemoglobina, resposta leucocitária adequada e normalização dos parâmetros de hemólise. Apesar de auto-imunidade negativa, colocou-se hipótese de doença celíaca, pelo que realizou endoscopia digestiva alta, sendo que a biópsia duodenal revelou linfocitose intraepitelial sugestiva de doença celíaca (Marsh 1). Iniciou dieta sem glúten com resolução da diarreia, normalização de vitamina B12 sem necessidade de terapêutica de reposição e recuperação do estado geral.

Conclusão: A propósito deste caso, os autores alertam para importância da biópsia intestinal nos doentes com elevado grau de suspeição de doença celíaca, apesar de serologias negativas, uma vez que, segundo estudos recentes, a presença de elevados títulos de anticorpos ocorre em menos de metade dos casos na população adulta. O reconhecimento desta entidade tem importância, não só na resolução de sintomatologia, como também na correção dos défices nutricionais.

DOENÇAS DIGESTIVAS E PANCREÁTICAS

P218

1863 SEROSITES: UMA MANIFESTAÇÃO EXTRAINTestinal DA DOENÇA DE CROHN

Sofia Perdigão, Ana Morais Alves, Cristiana Sousa, Marta Laíz, Ricardo Veloso, Paula Vaz Marques, Xavier Saldarriaga

Serviço de Medicina Interna do CHTMAD- Hospital de Chaves

Introdução

A doença de Crohn (DC) é uma patologia inflamatória crónica caracterizada por inflamação transmural do tubo gastrointestinal, 50% na forma de ileocolite. Apresenta uma panóplia de sintomas que vão desde manifestações intestinais a extraintestinais, estas mais raras. As serosites, em particular a pericardite, são uma manifestação incomum, e quando presente por vezes pode estar associado ao tratamento com mesalazina. Caso clínico: Homem de 22 anos, autónomo, sem antecedentes de relevo, sem medicação crónica. Antecedentes familiares de patologia autoimune. Em Setembro de 2017 inicia um quadro clínico de dejeções diarreicas e dor na fossa ilíaca esquerda, autolimitado, sem recorrência das queixas. Realiza neste contexto a primeira colonoscopia que descreve colite infecciosa. Em Fevereiro de 2018 apresenta múltiplas idas ao serviço de urgência por dor no hemitórax esquerdo que cedia espontaneamente após 2/3 dias, medicado com analgesia e antibioterapia sucessiva. Em Maio de 2018 recorre ao SU por dor pleurítica no hemitórax esquerdo e febre com 15 dias de evolução. No SU realiza uma tomografia axial computadorizada (TAC) tórax que constata "derrame pleural bilateral, simétrico e provável derrame pericárdico", confirmado posteriormente por ecocardiograma, pelo que é internado. Analiticamente no internamento apresentava discreta leucocitose, proteína C reactiva e velocidade de sedimentação aumentada, hipoalbuminémia, pico alfa1 e alfa2 em imuno-electroforese de proteínas séricas. Do estudo autoimune destacar fator reumatoide positivo e anticorpo xANCA positivo, cumpriu assim, antibioterapia e tratamento dirigido à pericardite. Reinicia em julho episódios de dejeções diarreicas, é internado e cumpre nova antibioterapia e corticoterapia. Em consulta gastroenterologia posterior inicia terapêutica com mesalazina que suspende após 1 mês por mialgias. Em outubro de 2018 apresenta RMN cardíaca que conclui recidiva de pericardite pelo que é novamente internado. O ecocardiograma e TAC torácica confirmaram derrame pericárdico e pequeno derrame pleural à esquerda, pelo que cumpriu novamente tratamento dirigido. Repete após alta colonoscopia em novembro de 2018 que concluiu "Íleo: erosões

aftoides cobertas de exsudato... intercaladas com mucosa normal. Cólon: erosões aftoides... intercalado por mucosa normal... reto encontra-se poupado". É assim feito o diagnóstico definitivo de DC pelo que reiniciou mesalazina e infusão de infliximab. Discussão: As serosites, nomeadamente a pericardite, constitui uma manifestação extraintestinal rara da DC. O caso apresentado relata serosites na forma de pericardite e derrame pleural como manifestação inaugural de uma DC. Conclusão: Este caso pretende demonstrar que os diagnósticos por vezes não são lineares e evidentes à priori, salientando a importância de ter presente todas as manifestações das doenças inflamatórias intestinais, mesmo as mais raras.

DOENÇAS DIGESTIVAS E PANCREÁTICAS

P219

1924 À PROCURA DO FOCO PRIMÁRIO: A PROPOSITO DE UM CASO DE APENDICITE CRONICA

João Roque, Yolanda de Sá Pereira, Nuno Vieira Brito, Jorge Silva Ferreira, Maria João Gomes, Vítor Ramalhinho
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte - Hospital Santa Maria - Serviço de Medicina I

INTRODUÇÃO

Apendicite crónica corresponde a 1% de todos os casos de apendicite e tem uma apresentação clínica atípica, sendo o seu diagnóstico habitualmente tardio e já na presença de complicações. CASO CLÍNICO: Homem de 60 anos, recentemente libertado de estabelecimento prisional, sem diagnósticos prévios conhecidos ou medicação crónica, e com hábitos tabágicos e etílicos no passado, que recorreu ao Serviço de Urgência por queixas de astenia e perda ponderal (15kg em 4 meses), associadas a quadro de obstipação com 2 semanas de evolução. Negava queixas de dor abdominal. À observação apresentava-se emagrecido, hemodinamicamente estável, apirético, com hepatomegalia, e empastamento nos quadrantes abdominais direitos. Avaliação laboratorial: Hb 8,5g/L, VS 62mm, INR 1,33, Fosfatase alcalina 168U/L, GamaGT 68U/L, Albumina 2,9g/dL, Proteína C Reactiva 22,3mg/dL, Procalcitonina 0,67ng/mL, sem outras alterações. As serologias de VIH, VHB e VHC eram negativas. Foi realizada TC Toraco-Abdomino-Pélvica que identificou 2 coleções abcedadas a nível hepático (17cm e 3,5cm de maior diâmetro respectivamente) e múltiplos trajectos fistulosos com ponto de partida na região do cego, sem espessamento da parede intestinal. Procedeu-se à aspiração das lesões por via percutânea ecoguiada e foi iniciada antibioterapia empírica com Meropenem e Metronidazol. Foram isolados *Escherichia coli* multissensível e Meticillin-

resistant *Staphylococcus aureus*, instituindo-se também terapêutica com Vancomicina. A colonoscopia não identificou alterações da mucosa intestinal. As hemoculturas, coproculturas, pesquisa de ovos, quistos e parasitas nas fezes, o teste IGRA, e os doseamentos de ANCA, AMA e Alfafetoproteína foram negativos. A Calprotectina fecal estava elevada (2064ug/g, referência <200). Ao 30º dia de antibioterapia verificava-se melhoria clínica e resposta analítica favorável. Foi repetida avaliação imagiológica comparativa por TC que mostrou lesões hepáticas de aspecto residual, sem evidência de fístulas. Nesta fase foi feita avaliação imagiológica comparativa, tendo sido identificadas no exame inicial fístulas de ponto de partida no apêndice vermicular, o que permitiu estabelecer o diagnóstico de Apendicite Crônica. **DISCUSSÃO:** Este caso demonstra como o diagnóstico de Apendicite Crônica pode ser complexo, alertando para a necessidade de incluir esta entidade no diagnóstico diferencial de queixas abdominais inespecíficas, de forma a evitar as complicações que lhe estão frequentemente associadas.

DOENÇAS DIGESTIVAS E PANCREÁTICAS

P220

1056 PANICULITE PANCREÁTICA

Luis Vicente, Micael Mendes, Ana Baptista; Mário Lázaro
Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Introdução

O eritema nodoso, a forma mais comum de paniculite, caracteriza-se pela presença de nódulos eritematosos, dolorosos, na face anterior da perna, coxa e antebraço. A maioria dos casos é idiopático, os restantes associam-se a doença infecciosa, inflamatória, autoimune, uso de antibióticos e, nas mulheres, anticoncepcionais orais. Em raros casos é possível estabelecer-se relação com doença pancreática.

Descrição

Os autores descrevem o caso de mulher de 72 anos com antecedentes de cardiopatia valvular e pancreatite litiásica em 2018. Sem história de síndrome consumptivo, uso recente de antibióticos ou anticoncepcionais orais.

Bem até fevereiro de 2019, altura em que desenvolve quadro autolimitado de vômitos pós prandiais, associado a desconforto epigástrico, mas sem alterações do transito intestinal. Um dia após, surgem lesões nodulares eritematosas, dolorosas, não pruriginosas, localizadas inicialmente na face tibial dos membros inferiores, tendo progredido aos membros superiores nos dias seguintes. Nega febre, prurido, outras alterações cutâneas, mialgias

ou artralgias. Restante exame objetivo sem alterações de relevo. Da avaliação analítica realizada em serviço de urgência destaca-se aumento das enzimas pancreáticas (lípase 520 U/L e amilase 563 U/L), realizou ecografia abdominal que revela presença de lamas biliares. Internada no serviço de gastroenterologia com as hipóteses diagnósticas de pancreatite litiásica e eritema nodoso. Realizado estudo de causa infecciosa e doença autoimune: sem leucocitose, velocidade de sedimentação normal para a idade, antiestreptolisina O (ASTO), enzima conversora da angiotensina (ECA) e fator reumatoide, que se revelou negativo. Os nódulos apresentaram resolução gradual, a acompanhar a normalização dos valores analíticos de amilase e lípase. Ao fim de uma semana resolução subtotal das lesões cutâneas.

Discussão

A pancreatite é uma etiologia rara para o eritema nodoso, e só poderá ser considerado perante o estudo e exclusão de outras causas mais comuns, tal como no caso desta doente.

Assim, a paniculite pancreática, designa uma rara forma de eritema nodoso associado a doença pancreática, descrita em menos de 3% dos casos de pancreatite, podendo ser a primeira manifestação

DOENÇAS DIGESTIVAS E PANCREÁTICAS

P221

2144 ENTEROPATIA ASSOCIADA AO OLMESARTAN - A RARIDADE NO QUOTIDIANO

Filipa Abelha Pereira, Manuela Vidigal Bertão, João Araújo Correia

Centro Hospitalar do Porto, Hospital Geral de Santo António

A enteropatia associada ao olmesartan foi descrita pela primeira vez em 2012 por Rubio-Tapia et al com subsequente inclusão pela "US Food and Drug Administration" de enteropatia grave "sprue-like" como reacção adversa ao fármaco. O diagnóstico baseia-se na suspeita clínica e na demonstração histológica de atrofia das vilosidades intestinais em doente com serologias de doença celíaca negativas. Clinicamente, apresenta-se como um quadro de diarreia grave crónica e com atingimento debilitante do estado geral. As biopsias duodenais mostram aumento das células T CD8+ e sobreexpressão pelas células epiteliais de interleucina-15, biomarcadores semelhantes aos encontrados em doentes com doença celíaca após exposição ao glúten. Está descrita regressão da atrofia das vilosidades duodenais e diminuição dos níveis dos biomarcadores inflamatórios após suspensão do olmesartan.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 73 anos, hipertensa sob terapêutica dupla com amlodipina e olmesartan desde há vários anos. Iniciada, em 2016, clínica de diarreia crônica intermitente associada a dor abdominal difusa ocasional, diminuição do apetite e perda de peso involuntária até aos 8 kg. Os episódios foram autolimitados com algumas semanas de duração e atingimento do estado funcional. Em 2017, teve dois internamentos em enfermaria por acidose metabólica e um internamento em unidade de cuidados intensivos por acidose metabólica grave com pH à admissão de 7,0 e doseamento de bicarbonato sérico de 1,4mmol/L. Da extensa investigação realizada, foram excluídas causa infecciosa, oncológica, inflamatória de de mal-absorção. Após dezoito meses suspende olmesartan por suspeita clínica de enteropatia associada ao fármaco, tendo-se verificado resolução do quadro, sem recorrência até à data. Assumida enteropatia associada ao olmesartan apesar da ausência de confirmação histológica dado o extenso estudo prévio e a resolução clínica após suspensão do fármaco.

A enteropatia associada ao olmesartan é rara e habitualmente leva a um estudo diagnóstico exaustivo. A descontinuação do fármaco leva a uma melhoria clínica franca e à regressão das alterações histopatológicas associadas. Torna-se assim relevante o alerta à comunidade médica por forma a evitar diagnósticos tardios e complicações graves bem como meios complementares de diagnóstico desnecessários.

DOENÇAS DIGESTIVAS E PANCREÁTICAS

P222

1442 DA DIARREIA CRÔNICA AO DIAGNÓSTICO DE INSUFICIÊNCIA PANCREÁTICA ...

Renato Medas, Daniela Oliveira, Pedro Rodrigues, José Carlos Martins, Jorge Almeida

Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar Universitário de São João

A diarreia crônica é uma manifestação comum com elevado impacto na qualidade de vida, estimando-se que afete aproximadamente 5% da população geral. A lista de causas é extensa, pelo que o estudo etiológico constitui um desafio e carece de uma avaliação sistemática.

Reportamos o caso de uma doente de 51 anos, com diabetes mellitus com 25 anos de evolução, com lesão de órgão-alvo: retinopatia e nefropatia em hemodiálise, iniciada 4 meses antes. A doente foi internada na enfermaria de Medicina Interna por diarreia com repercussão no estado geral e hipotensão sintomática. Apresentava diarreia com 6 meses de evolução, não relacionada com

as refeições, associada a náusea e dor abdominal nos quadrantes inferiores, que aliviava com as refeições. Macroscopicamente as fezes tinham aspeto pastoso, sem cheiro característico, sem muco ou sangue. Sem história de tenesmo, urgência ou incontinência fecal. Sem febre. Contexto epidemiológico irrelevante. Sem antecedentes de doença ou cirurgia gastrointestinal. O estudo microbiológico de causas infecciosas e a pesquisa de leucócitos nas fezes foram negativos. Foi calculado o gap osmótico que era compatível com diarreia do tipo osmótico, o que obrigou a excluir a intolerância à lactose e consumo abusivo de laxantes. Perante análise qualitativa de gordura nas fezes positiva, hipoalbuminemia (em doente anúrica) e défice de vitamina D, foi considerado o diagnóstico de síndrome de malabsorção. Realizado estudo endoscópico que não foi esclarecedor e que excluiu doença celíaca. No contexto de amilase e lipase indeseáveis e tomografia axial computadorizada documentando uma involução lipomatosa de todo o parênquima pancreático, associada a calcificações grosseiras assumiu-se provável síndrome de malabsorção secundária a insuficiência pancreática exócrina. Desta forma, efetuou-se prova terapêutica com reposição enzimática, com resposta clínica favorável.

Não foi possível esclarecer a etiologia da atrofia pancreática/patologia pancreática crônica, dado a evolução prolongada do quadro, em provável relação com início de diabetes mellitus, sem estudo dirigido na altura.

Destacamos este caso, porque a patologia pancreática crônica com insuficiência pancreática exócrina constitui assim uma condição sub-diagnosticada cujo tratamento consiste na reposição enzimática e no tratamento da etiologia de base. Além disso, salienta-se a necessidade de equacionar, apesar de pouco frequente, a insuficiência pancreática no diagnóstico diferencial de causas de diarreia crônica.

DOENÇAS DIGESTIVAS E PANCREÁTICAS

P223

1291 UMA ETIOLOGIA RARA DE EDEMA

Alexandra Esteves, Ana Carvoeiro, Pedro Pinto, Paula Felgueiras, Diana Guerra, Carmélia Rodrigues

Unidade Local de Saúde do Alto Minho

INTRODUÇÃO

A enteropatia perdedora de proteínas (EPP) é um entidade rara, de etiologia e mecanismos patológicos variados, sendo definida perda excessiva de proteínas pelo tracto gastrointestinal resultando em hipoproteïnemia, edema e anasarca nos casos mais severos.

CASO CLÍNICO: Homem, 66 anos. Doente com seguimento em consulta há vários anos por doença celíaca, habitualmente com sintomas controlados dieta. Cerca de 6 meses antes da admissão com recrudescimento da diarreia refratária à terapêutica instituída, com perda ponderal de 15Kg associada. Recorre ao serviço de urgência (SU) por edema dos membros inferiores, aumento do perímetro abdominal e noção de diminuição do débito urinário com cerca de 2 semanas de evolução. Ao exame físico, aspecto emagrecido, pálido, com edemas simétricos e exuberantes dos membros inferiores e da parede abdominal, com auscultação pulmonar sugestiva de estase. O estudo complementar confirmou a presença de anemia macrocítica (Hb 9.8 g/dL; VGM: 99fL), défice de ferro, vitamina B12 e ácido fólico, hipoproteinemia e hipoalbuminemia (albumina 2.3 g/dL) com hipocalcemia, hipocalcemia e hipomagnesemia associadas. Excluídas alterações no hemograma de outras linhas celulares, da função renal ou hepática. Admitido no internamento tendo estudo anatomopatológico das biópsias da mucosa ileal e duodenal obtidas por endoscopia alta e baixa compatíveis com o diagnóstico prévio de doença celíaca e sem evidência de histiócitos espumosos sugestivos de Doença de Whipple ou de granulomas. Excluída intercorrência infecciosa pela ausência de contexto epidemiológico bem como estudo bacteriológico, parasitológico, micobacteriológico, reação de Widal e pesquisa de Clostridium negativos. O estudo de etiologia neoplásica foi de particular relevo quer pela história de doença celíaca, quer pela descrição no TC abdominal de uma zona de espessamento parietal irregular a nível do cólon ascendente, com adenopatias mediastínicas e abdominais e lesões de esclerose a nível lombar, tendo sido necessária a realização de PET que excluiu a presença de lesões com hipermetabolismo. Durante o internamento, melhoria progressiva sob dieta obstipante sem glúten e suplementação dos défices descritos previamente. Alta com posterior seguimento em consulta, com resolução da diarreia, correção dos distúrbios hidroelectrolíticos e melhoria da anemia. A data com recuperação ponderal de cerca de 10Kg.

DISCUSSÃO: Os autores consideram este caso clínico de particular interesse. Apesar da EPP ser uma entidade clínica reconhecida com critérios de diagnóstico próprios, esta deve ser considerada como uma manifestação severa de uma doença de base. Deve ser considerada no diagnóstico diferencial de edema e hipoproteiniemia, após terem sido excluídas as etiologias mais comuns.

DOENÇAS DIGESTIVAS E PANCREÁTICAS

P224

1398 PANICULITE MESENTÉRICA – UM FOCO FEBRIL DE EXCLUSÃO

Carolina Coelho, Rita Bizarro, Joana Diogo, Bernardo Ferreira, José Jácome, Ana Gonçalves, Conceição Loureiro
Centro Hospitalar Lisboa Central

INTRODUÇÃO

A paniculite mesentérica é uma doença rara (prevalência <1%) benigna e crónica, caracterizada por inflamação fibrosante, do tecido adiposo do mesentério do intestino delgado e do cólon. É mais comum em caucasianos e no género masculino, com um rácio de 2-3:1. O pico de incidência é 60-70 anos e está associada a várias intercorrências abdominais, nomeadamente cirurgia, neoplasias, doenças autoimunes, infeções, entre outras. Tem uma clínica inespecífica. A maioria é assintomática, mas pode ocorrer dor abdominal, febre, náusea, vómitos, diarreia ou perda de peso. A etiologia é desconhecida. O diagnóstico é geralmente feito por tomografia computadorizada.

CASO CLINICO

Mulher de 75 anos, caucasiana, que recorreu ao SU por queixas de cansaço, astenia com 3 dias de evolução. Após avaliação foi internada por gripe H3N2. De antecedentes, a destacar: arterite reumatoide (sob hidroxiquina e metotrexato); gamopatia de significado indeterminado; oclusão intestinal submetida a enterectomia segmentar; histerectomia e anexectomia. Fez terapêutica com Oseltamivir e antibioterapia empírica, por possível sobreinfecção bacteriana, sugerida pelo aumento dos parâmetros inflamatórios e febre em doente imunodeprimida. Teve boa evolução clínica e analítica, mantendo febre (TT 38-39.5°C). Realizou janela terapêutica, repetiu culturas e escalou-se antibioterapia. Cumpriu novo curso de terapêutica empírica, mas com persistência da febre. Findo este, por manutenção de pirexia, realizou nova janela, e permaneceu para investigação de febre sem foco. O ecocardiograma transesofágico, não mostrou alterações e a TC tóraco-abdómino-pélvica, descreveu uma densificação difusa do mesentério, sem líquido ascítico, e sem outras alterações de relevo. Admitiu-se o diagnóstico de paniculite mesentérica. Iniciou corticoterapia, com resultante defervescência, que manteve. A data da alta estava clinicamente bem, apirética e sem alterações analíticas de relevo.

DISCUSSÃO:

A paniculite mesentérica é uma entidade rara, pouco reconhecida e pouco estudada na literatura médica. É uma patologia que se apresenta com

uma clínica inespecífica com sintomas muitas vezes sobreponíveis a outras patologias recorrentes. O diagnóstico definitivo é efetuado por biópsia do mesentério afetado, no entanto, o doente raramente é submetido a este procedimento. O quadro clínico, as alterações imagiológicas da tomografia computadorizada e a resposta à terapêutica instituída de forma empírica permitem determinar o diagnóstico, que é, essencialmente, de exclusão. A terapêutica baseia-se na utilização de anti-inflamatórios e/ou imunossuppressores. A ressecção cirúrgica é recomendada apenas para casos de doença avançada, com fibrose extensa, que comprometa a função dos órgãos circundantes. O prognóstico é favorável e as recorrências são raras.

Este caso pretende alertar para a existência desta entidade clínica, que apesar de rara está presente, e quando tratada tem uma evolução benigna.

DOENÇAS DIGESTIVAS E PANCREÁTICAS

P225

971 OCTREÓTIDO: A SUA UTILIZAÇÃO NO TRATAMENTO DA DIARREIA DISAUTONOMICA

Filipa Guimarães, António Furtado, J. Vasco Barreto, Nídia Pereira

ULSM - Hospital Pedro Hispano

A amiloidose é uma doença sistémica que resulta da deposição de fibrilas insolúveis de conformação alterada, sendo as formas AL e AA as mais comuns. É comum que seja feita associação de alterações analíticas com esta doença, nomeadamente anemia, mas não tão frequente associar disfunções autonómicas, nomeadamente hipotensão e distúrbios gastrointestinais.

Apresentamos o caso de um homem de 60 anos com quadro de amiloidose subtipo AA com atingimento multissistémico, que em julho de 2017 foi admitido no serviço de urgência por diarreia e febre. Realizada colonoscopia e biópsias, cuja histologia revelou presença de substância amilóide. Foram pesquisadas causas infecciosas, tendo sido identificadas inclusões de CMV na biópsia cólica, bem como virémia e PCR positiva. Nesta presunção, iniciou terapêutica com ganciclovir. Objetivado declínio da virémia, bem como negatificação da PCR sérica para CMV.

No entanto, o doente manteve mais de 10 dejeções líquidas diárias, sem sangue e sem muco. Foram excluídas outras causas infecciosas para além do CMV já em tratamento, sendo expectável uma resposta clínica favorável caso fosse este o mecanismo causal principal. Presumimos eventual contributo da sua doença sistémica: deposição de

substância amilóide a nível cólico, com atingimento da capacidade de absorção e com disautonomia, explicando assim a persistência das dejeções diarreicas.

Neste contexto, dada a progressão e degradação do estado geral do doente, com caquexia progressiva, decidido iniciar trial de octreótido (descrito na literatura como opção off-label). Foi iniciado octreótido 100mg a cada 8 horas. Nas primeiras 24 horas, observada redução de aproximadamente 50% do número de dejeções para 4-6 por dia; nas primeiras 48 horas o doente deixou de ter dejeções noturnas. Manteve 4-5 dejeções diárias apesar de aumento adicional da dose de octreótido.

Pretendemos com este caso ressaltar a importância de uma integração e interpretação global de todos os problemas de cada doente. Perante resposta pobre ao tratamento da colite por CMV, pesquisámos outras hipóteses que pudessem simultaneamente contribuir para o quadro.

O uso de octreótido para tratamento da diarreia associada a disautonomia descrito em alguns casos. No nosso doente, permitiu a redução significativa do nº de dejeções, contribuindo para uma recuperação do status nutricional e um ganho substancial da qualidade de vida.

DOENÇAS DIGESTIVAS E PANCREÁTICAS

P226

1101 NÓDULO DO PÂNCREAS – QUANDO A DÚVIDA PERSISTE.

Diogo Bernardo Moura, Joana Castro, Paula Macedo

Serviço de Medicina Interna do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

O nódulo do pâncreas é uma entidade nosológica com incidência crescente graças à progressiva generalização de métodos de imagem cada vez mais sofisticados. No entanto, carecem consensos e normas de orientação quanto à abordagem a seguir. O médico assistente tem, assim, a difícil decisão de progredir no estudo ou manter o doente sob vigilância – pesando sempre o risco de se tratar de uma lesão maligna em fase inicial.

Caso 1: Homem de 62 anos, com diagnóstico prévio de úlcera péptica perfurada com necessidade de gastrectomia parcial Bilroth II, seguido em consulta de Medicina Interna para controlo de fatores de risco cardiovasculares, apresentou quadro caracterizado por dor abdominal, diarreia e perda de peso com cerca de quatro meses de evolução. Foi realizada tomografia computadorizada (TC) abdominal que identificou um nódulo de 14 mm no istmo pancreático. Do estudo de secreção neuroendócrina destacava-se um aumento do valor

sérico de cromogranina A. Não foi possível visualizar a lesão por ecoendoscopia, o mesmo sucedendo por colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM). Em estudo por tomografia por emissão de positrões-tomografia computadorizada (PET-TC) com 68Ga-DOTANOC não foram identificadas lesões hipercaptantes; a fluoroscopia por PET-TC com 18F-fluorodesoxiglicose também não revelou um aumento de atividade a nível pancreático ou outras lesões. As imagens do estudo por TC abdominal foram reanalisadas pelo radiologista, que confirmou a presença da lesão.

Caso 2: Homem de 37 anos, seguido em consulta de Medicina Interna desde há quatro anos por episódios recorrentes de lipotímia caracterizados por sudorese profusa, palidez e sensação de desfalecimento, com glicemia e tensão arterial normais. Foi excluída etiologia cardíaca, neurológica, pulmonar e endócrina. No estudo de secreção neuroendócrina verificou-se um aumento do valor sérico de ácido 5-hidroxil-indolacético. Em estudo por TC abdominal foi identificado um nódulo de 4 mm no istmo pancreático, que não foi visualizado por CPRM. O estudo por PET-TC com 68Ga-DOTANOC não identificou lesões hipercaptantes.

Ambos os casos foram apresentados e discutidos em reunião multidisciplinar.

Os tumores do pâncreas apresentam sintomatologia comum a patologia de outros órgãos e sistemas, o que dificulta a correlação etiológica inequívoca entre o quadro clínico e o nódulo do pâncreas identificado por TC abdominal. Os diferentes exames complementares de diagnóstico auxiliam a caracterização da lesão. No entanto, perante a dúvida persistente relativamente à natureza da lesão, e conhecendo o prognóstico sombrio do adenocarcinoma pancreático, importa estabelecer critérios consistentes com as indicações para o recurso a meios diagnósticos mais invasivos, nomeadamente, cirúrgicos.

DOENÇAS DIGESTIVAS E PANCREÁTICAS

P227

1283 MEGACÓLON TÓXICO POR INFEÇÃO DE CLOSTRIDIUM DIFFICILE - A PRÓPOSITO DE UM CASO CLÍNICO

Cláudia Lemos, Sofia Dinis Ferreira, Ana Carlota Vida, Carolina Morna, José Alves, Ema Freitas, Maria da Luz Brazão

Hospital Central do Funchal

Introdução

O megacólon tóxico constitui uma complicação grave da colite por *Clostridium difficile*. A sua

incidência é custosa de determinar e depende da causa subjacente, ocorrendo em 0,4 a 3% dos doentes. A infeção por *Clostridium difficile* é a principal causa de diarreia hospitalar, com aumento recente da sua incidência e morbidade.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, de 87 anos, caucasiana, parcialmente dependente nas suas atividades de vida diária, com antecedentes de hipertensão, insuficiência cardíaca, dislipidemia e osteoartrose, polimedicada para as suas comorbilidades.

Encontrava-se em alta clínica do internamento prévio, por descompensação de insuficiência cardíaca devido a infeção respiratória, que decorreu sem intercorrências. Porém teve necessidade de reinternamento em contexto de abdómen agudo, com aumento do volume abdominal e vômitos. Ao exame objetivo encontrava-se febril, taquicárdica, e com distensão abdominal. O restante exame objetivo não tinha alterações de relevo. Análiticamente, com leucocitose e subida dos parâmetros inflamatórios.

A TC Abdominal de urgência mostrava importante distensão gasosa do cólon esquerdo, mais exuberante na sigmóide com um diâmetro de 8cm, espessamento parietal circunferencial difuso, do recto e da sigmóide, de baixa densidade, com espessura máxima de 13 mm, não eram visíveis lesões orgânicas obstrutivas, os aspetos eram sugestivos de proctocolite de etiologia não específica (infecciosa) com provável colite tóxica (megacólon tóxico).

A investigação diagnóstica revelou ser secundário a infeção por *Clostridium difficile*. Instituiu-se terapêutica antibiótica com vancomicina per os, que cumpriu durante catorze dias, sem intercorrências. Por franca melhoria clínica e analítica teve alta.

Discussão: O megacólon tóxico é uma complicação pouco frequente, mas potencialmente fatal da colite, caracterizada pela dilatação cólica, não obstrutiva, associada a toxicidade sistémica. É habitualmente reconhecido como uma complicação da doença inflamatória intestinal, especialmente da colite ulcerosa, embora possa associar-se à colite infecciosa de qualquer etiologia, bem como à colite isquémica, vôlvo, diverticulite e obstrução por neoplasia cólica. Fisiopatologicamente, relaciona-se com alterações inflamatórias que atingem a muscularis propria da parede do cólon, com lesão neuronal subsequente, que resulta em alteração da motilidade e dilatação intestinal. Os factores de risco para o seu desenvolvimento incluem, imunossupressão, neoplasia concomitante, doença pulmonar obstrutiva crónica grave, transplante de órgão, procedimentos cardiotorácicos, diabetes mellitus e insuficiência renal.

O caso pretende alertar para a apresentação atípica de uma entidade, virtualmente, letal com taxa de mortalidade significativa que varia entre 38% a

80%. O seu reconhecimento precoce e tratamento agressivo podem melhorar o prognóstico.

DOENÇAS DIGESTIVAS E PANCREÁTICAS

P228

1923 PELA BOCA MORRE O PEIXE: A SONDA NASOGÁSTRICA COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA

Rita Amorim Costa, Raul Neto, Isabel Taveira, Pedro Salvador, Paula Castelões

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho

Sexo feminino, 42 anos, com antecedentes de hipertensão não complicada e hábitos etílicos não quantificados, admitida na unidade de cuidados Intensivos (UCIP) na sequência de choque séptico com ponto de partida em pneumonia a gripe A complicada de doença pneumocócica invasiva (bacteriemia). Progrediu com disfunção multiorgânica, nomeadamente cardiovascular, respiratória, renal e hematológica com necessidade de ventilação mecânica invasiva à admissão.

O internamento na UCIP foi complicado por múltiplas intercorrências, a destacar lesão renal aguda oligúrica com acidemia metabólica e com necessidade de técnica de substituição renal contínua; posteriormente falência hepática iatrogénica a anticoagulação regional com citrato. A doente apresentou melhoria progressiva com resolução das disfunções referidas, suspensão de técnica dialítica, embora com falência respiratória persistente a impedir desmame ventilatório.

Após os eventos descritos a doente manteve-se apenas com dispositivo de compressão mecânica para profilaxia tromboembólica e sob inibidor da bomba de prótons (IBP). No dia 24 de internamento, identificada hemorragia digestiva alta com choque hemorrágico, pelo que foi submetida a estudo endoscópico com identificação de úlcera longitudinal no corpo proximal da grande curvatura com coágulo aderente (forrest IIB), sem outras alterações da mucosa do fundo e antro gástrico. Foi retirada sonda de alimentação entérica, realizada perfusão de IBP e alterada estratégia (temporariamente) para nutrição parentérica.

Não obstante o elevado risco de úlcera no contexto descrito, e de acordo com as características da úlcera, foi assumida etiologia traumática por sonda de alimentação. A doente evoluiu favoravelmente com estabilidade hemodinâmica e sem novos episódios de hemorragia digestiva no internamento.

A utilização de sonda nasogástrica para alimentação entérica é um procedimento considerado rotineiro e seguro pela maioria dos profissionais de saúde. No entanto, nenhum procedimento é totalmente

desprovido de risco, são exemplos, a errada inserção da sonda com perfuração brônquica, hemorragia nasofaríngea traumática, pneumonia de aspiração, entre outros.

A etiologia traumática pode ser um diagnóstico difícil, em particular em situações clínicas como a descrita em que se identificam múltiplos factores de risco para doença ulcerosa.

Este caso pretende alertar para uma potencial complicação, que ainda que rara, quando presente, se afigura grave e ameaçadora de vida.

DOENÇAS DIGESTIVAS E PANCREÁTICAS

P229

35 IMPORTÂNCIA DAS MANIFESTAÇÕES EXTRA-INTESTINAIS NO DIAGNÓSTICO PRECOZE DE POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR

Bruno Besteiro, Cláudia Costa, Arsénio Barbosa, Ana Ferreira, Isabel Garrido, Filipa Gomes, Jorge Almeida

Centro Hospitalar Universitário de São João

INTRODUÇÃO:

O Síndrome de Gardner é uma variante da Polipose adenomatosa familiar (PAF), com uma prevalência de 3/100.000 habitantes, causada por uma mutação autossómica dominante no gene APC, sendo 20 a 30% dos casos de novo.

Apresenta uma variedade de lesões extra-intestinais benignas ou malignas que podem ser identificadas antes das manifestações intestinais, sendo a sua associação a este síndrome essencial para um diagnóstico precoce com potencial impacto na sobrevida.

CASO CLINICO:

Sexo masculino, 21 anos, com suspeita de neurofibromatose na infância por documentação de neurofibroma paravertebral, fibroma da nuca e cistos epidermóides, sem nunca ter apresentado critérios diagnósticos da doença.

Admitido em Medicina Interna por quadro constitucional com cerca de um mês de evolução.

Por dispneia realizou AngioTAC do tórax que excluiu TEP e lesões parenquimatosas mas revelou múltiplos nódulos hepáticos (suspeitos de etiologia neoplásica) e um nódulo na supra-renal direita.

Analiticamente com anemia ferropénica, leucocitose e LDH 2802 U/L; HIV, HBV E HCV negativos. Sem outras alterações de relevo.

A endoscopia alta revelou mucosa do fundo, corpo e antro, de aspeto nodular, com múltiplas lesões

de aspeto polipóide e duodeno com mucosa de aspeto micronodular. A colonoscopia documentou aspeto nodular do íleon terminal, polipose cólica exuberante (>100) e lesão vegetante do cólon descendente.

Realizou biópsia hepática que revelou adenocarcinoma de provável origem gastro-intestinal. Nas biópsias do tubo digestivo foram identificados pólipos de glândulas fúndicas (pólipos gástricos) e a biópsia da lesão vegetante do cólon revelou adenoma com displasia de baixo grau tendo-se admitido biópsia periférica de lesão maligna, atendendo à histologia hepática e características macroscópicas da lesão.

O estudo funcional do nódulo da supra-renal foi compatível com adenoma.

A associação entre adenomas cólon, pólipos das glândulas fúndicas gástricas, nódulo da supra-renal, cistos epidermóides e fibromas, levantou a suspeita de Síndrome de Gardner, tendo sido feita sequenciação do gene APC e acompanhamento de familiares de 1º grau.

Em reunião de grupo oncológico foi decidido colectomia e quimioterapia, com intuito paliativo.

DISCUSSÃO:

O Síndrome de Gardner caracteriza-se pela constelação de achados intestinais da PAF juntamente com manifestações extra-intestinais, nas quais se incluem lesões cutâneas apresentadas por este doente na infância e o adenoma da supra-renal, entre outras.

Atendendo à evolução maligna dos adenomas em 100% dos doentes não tratados, frequentemente antes dos 30 anos, a identificação precoce das manifestações extra-intestinais, com consequente estudo endoscópico para confirmar envolvimento gastrointestinal, é essencial para um prognóstico mais favorável.

DOENÇAS DIGESTIVAS E PANCREÁTICAS

P230

846 UMA PANCREATITE HIPERTRIGLICERIDÉMICA "ESCONDIDA"

Jéssica Chaves, Carolina Morna, Alexandra Malheiro, Augusto Barros, Maria da Luz Brazão

Hospital Central do Funchal

Introdução

A hipertrigliceridémia (HTG) grave, pode resultar em pancreatite potencialmente fatal e é caracterizada por níveis plasmáticos de triglicéridos (TGs) >11,3 mmol/L. A presença de HTG grave e pancreatite aguda, na ausência de outras causas, é conhecida

por pancreatite hipertrigliceridémica (PH). Níveis de TGs superiores a 5 mmol/L podem causar níveis de amilase falsamente normais, bem como um curso mais insidioso da doença levando a valores de amilase normais aquando da avaliação médica. As opções terapêuticas para a PH incluem infusão de insulina e plasmaferese. Não existem, contudo estudos clínicos que comparem infusão de insulina versus plasmaferese no outcome clínico.

Caso Clínico: Apresenta-se um doente, 49 anos com antecedentes pessoais de dislipidémia e hábitos alcoólicos, medicado habitualmente com sinvastatina 20 mg, que recorreu ao Serviço de Urgência Hospitalar por epigastralgias, náuseas, anorexia e astenia com 2 meses de evolução. Referia ainda cerca de 3 a 4 episódios diários de vómitos alimentares e uma perda ponderal de 14 Kg nos últimos 3 a 4 meses. No exame físico à entrada apresentava-se hidratado, hemodinamicamente estável e apirético. Abdómen mole e depressível, difusamente doloroso à palpação profunda, com hepatomegália palpável 4 cm abaixo da grelha costal, sem sinais de reação peritoneal. No estudo analítico apresentava plaquetas 213.000 µL, glicose 75 mg/dL, TGs >14000 mg/dL, GOT 424 U/L, GGT 2359 U/L, LDH 401 U/L, bilirrubina total 1,96 mg/dL, bilirrubina indirecta 1,48 mg/dL, amilase 8 U/L, proteína c reativa 0,26 mg/L. Atendendo à apresentação clínica decidiu-se internamento no Serviço de Medicina Interna para estudo de eventual neoplasia oculta e tratamento de HTG. Durante o internamento foi realizada tomografia computadorizada (TC) toraco-abdomino-pélvica que revelou indefinição de contornos entre a cabeça do pâncreas e a segunda porção do duodeno e endoscopia digestiva alta que revelou mucosa duodenal congestionada. Fez controlo lipídico e da HTG que foi tratada com hidratação e jejum. O doente foi proposto para realização de plasmaferese, não realizada por ausência imagiológica de pancreatite aguda. O estudo para neoplasia oculta foi negativo. Durante o internamento apresentou melhoria clínica com correspondente regressão do valor de TGs e enzimologia hepática. O doente teve alta medicado com fenofibrato 267 mg e atorvastatina 20 mg, com indicação para evicção alcoólica e realização de Ressonância Magnética (RM) abdominal e colangio-RM de controlo e referenciado para consulta de Medicina Interna – Dislipidemia. A RM abdominal evidenciou pancreatite aguda em resolução. Na consulta de dislipidemia apresentou perfil lipídico controlado com TGs dentro dos valores normais.

Discussão: Pretende-se, com este caso, alertar para a dificuldade em obter um diagnóstico acertado e consequente abordagem terapêutica perante casos de PH com amilase falsamente normal.

DOENÇAS DIGESTIVAS E PANCREÁTICAS

P231

275 GELATINA NO PERITONEU?

Carla Falcão, Rita Grácio, Pedro Neves Tavares, Catarina Duarte Santos, Diana Fernandes, Alcina Ponte
CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA

INTRODUÇÃO

O pseudomixoma peritoneal é uma entidade clínica pouco comum, com uma incidência estimada 1-2 casos por milhão por ano. Caracteriza-se pela formação de coleções gelatinosas intra-abdominais difusas com implantes mucinosos na cavidade peritoneal e omento. É considerado geralmente uma neoplasia benigna, diagnosticada acidentalmente em laparotomias exploradoras, mas assume-se como "borderline" pelo potencial de proliferação e evolução indolente para malignidade, desenvolvendo-se distensão abdominal maciça e condicionando um prognóstico reservado. Na literatura, a maior parte dos casos são descritos com origem em neoplasias do apêndice, porém qualquer neoplasia mucinosa gastrointestinal pode se apresentar da mesma forma e foram relatados casos associados a neoplasias do ovário, colorretal, estômago, pâncreas, vesícula biliar, bexiga, pulmão e mama.

CASO CLÍNICO: Homem, 61 anos, antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertrofia benigna da próstata e gastrite crônica, recorreu ao SU por aumento progressivo do perímetro abdominal e perda ponderal de 5 kg com 6 meses de evolução. Objetivamente, apresentava escleróticas anictéricas, abdômen distendido, dor ligeira difusa à palpação, predomínio de maciez à percussão, sem estigmas de hepatopatia alcoólica ou edemas periféricos. Foi internado no serviço de Medicina para estudo. Realizou Angio-TC abdominopélvica: "(...) dismorfia hepática, com hipertrofia do lobo caudado e esquerdo, sem lesões focais. O contorno hepático apresenta-se irregular com entalhes, o mesmo acontecendo em relação ao baço, em relação provável com o derrame peritoneal abundante existente, que apresenta sinais de organização e folhetos espessados. (...) Espessamento do grande omentum. Sem adenomegalias lomboaórticas ou pélvicas", sem alterações descritas a nível das vias biliares, pâncreas ou parênquima esplênico. A análise anatomopatológica da biópsia do omento descrevia: "abundante muco, algum material hemático e fibrinóide, alguns polimorfonucleares, células isoladas, tipo macrófago, e células mesoteliais de características reativas. Retalhos soltos de epitélio mucoso, constituído por camada celular única e sem evidente atipia nuclear, por vezes, ligeira hiper Cromaticidade e pseudoestratificação nucleares, sem perda da polaridade nuclear, nem

mitoses. Os aspetos descritos são compatíveis com pseudomixoma peritoneal". Não foram encontradas lesões na endoscopia e colonoscopia. O doente foi orientado para uma equipa de cirurgia diferenciada em tumores peritoneais e submetido a cirurgia de remoção tumoral com melhoria clínica.

DISCUSSÃO: pretende-se, com este caso, não só dar a conhecer esta entidade pouco comum, mas também alertar para o fato de, apesar de ser considerada uma patologia aparentemente benigna, diagnosticada mais frequentemente como um achado incidental, apresenta um risco considerável de malignidade, recomendando-se uma vigilância apertada nos casos diagnosticados numa fase mais precoce.

DOENÇAS DIGESTIVAS E PANCREÁTICAS

P232

767 PLASMAFERESE NO TRATAMENTO DA HIPERTRIGLICERIDEMIA

Sofia Gomes Brazão, António Aragão, Manuel Teixeira Verissimo, Armando Carvalho

Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e Clínica Universitária de Medicina Interna, FMUC

INTRODUÇÃO

A dislipidemia é um fator de risco que contribui para o aparecimento de várias patologias, sendo muitas vezes secundária ao estilo de vida. A hipertrigliceridemia grave (HTG) (triglicérides (TG) > 1000 mg/dL) é a terceira causa de pancreatite aguda e, por vezes, uma dieta restrita associada à administração de agentes hipolipemiantes não são suficientes na sua prevenção.

CASO CLÍNICO: Homem de 37 anos recorreu ao Serviço de urgência por dor abdominal epigástrica, enfartamento precoce e anorexia com perda de 10Kg em 2 meses. Tratava-se de um homem obeso, sedentário, com consumo excessivo de álcool (102g/dia) e dieta hipercalórica, com antecedente de gastrite crônica, hipertensão arterial e dislipidemia não medicada. A admissão encontrava-se apirético, hemodinamicamente estável, com escleróticas ictéricas e dor intensa à palpação epigástrica, sem defesa. Analiticamente apresentava Colesterol Total: 906 mg/dL, LDL: 29 mg/dL, HDL: 72 mg/dL, Triglicéridos: 5272 mg/dL (212 mg/dL em 2007), Bilirrubina total: 3.1 mg/dL, AST: 647 U/L, ALT: 205 U/L, GGT: 1809 U/L, Fosfatase alcalina: 84 U/L, Amilase: 51 U/L, Lipase: 712 U/L, PCR: 6,97 mg/dL. Estudo lipídico: Apolipoproteína A1: 77 (110 - 205), Apolipoproteína B100: 153 mg/dL (55 - 140), Relação Apo B100/Apo A1: 1.99 mg/dL (0.35 - 1.00), ApoE: 59.5 (2.3-6.3) mg/dL. Ecografia abdominal: Fígado com dimensões aumentadas

com esteatose hepática, sem outras alterações. Por pancreatite por hipertrigliceridemia grave, realizou plasmaferese com melhoria franca dos valores analíticos e sem necessidade de nova sessão. Teve alta medicado com fenofibrato e estatina. Três meses depois, na consulta de seguimento, o doente tinha reduzido o peso, melhorado os seus hábitos alimentares, iniciado a prática regular de exercício físico e apresentava normalização do perfil lipídico.

CONCLUSÃO A plasmaferese é um processo de filtração que atua como adjuvante terapêutico. Esta técnica remove até 15% do plasma que é substituído por uma solução colóide, levando à redução dos triglicéridos e prevenindo o aparecimento de futuras pancreatites. Os autores relatam um caso em que a plasmaferese precoce pode ser benéfica e até "life-saving" em doentes com pancreatite aguda por hipertrigliceridemia grave

DOENÇAS DIGESTIVAS E PANCREÁTICAS

P233

1003 PNEUMATOSE INTESTINAL- DESCRIÇÃO DE UM CASO RARO E FATAL

Ema Neto, Maria Ana Canelas, José Diogo Silva, Beatriz Samões, Tiago Costa, Paula Ferreira

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução

A pneumatose intestinal (PI) define-se como a presença de gás na parede intestinal, e constitui um achado imagiológico raro, com uma incidência global estimada de 0,03% no adulto. A sua patogénese não está devidamente esclarecida, mas parece relacionar-se com fenómenos mecânicos, bioquímicos e bacterianos. Na maioria dos casos é benigno, assintomático e resolve espontaneamente, mas pode associar-se a condições e complicações potencialmente fatais.

Caso Clínico: Homem, 87 anos, totalmente dependente, alimentado por gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) desde 2015, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, insuficiência cardíaca, hiperplasia prostática benigna e síndrome demencial. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por tosse, hipertermia e dispneia de agravamento progressivo com 12 horas de evolução assim como distensão abdominal. Ao exame objetivo: temperatura timpânica de 37,9°C, saturação periférica de 88% em ar ambiente, taquipneia e broncoespasmo bilateral na auscultação pulmonar. O abdómen encontrava-se distendido, timpanizado, difusamente doloroso à palpação associando-se a defesa mas sem sinais de irritação peritoneal. Ao toque rectal com identificada massa estenosante no recto baixo. Foi colocada sonda rectal com saída

de quantidade abundante de fezes líquidas e ar, com alívio parcial das queixas. Analiticamente: Hemoglobina de 11,9 g/dL, Linfopenia de 770/ μ L, Trombocitopenia de 115.000/ μ L e elevação da proteína C reativa 5,93 mg/dL. Considerados os achados, foi solicitada Tomografia Computorizada Abdominal e pélvica que revelou acentuada aeroportia, pneumatose intestinal ao nível da fossa ilíaca direita e distensão gasosa intestinal envolvendo todo o delgado e cólon ascendente com compressão das estruturas adjacentes, relacionado com prováveis fenómenos isquémicos embora sem evidência de obstrução mesentérica. Considerando a idade, grau de dependência e comorbilidades, foi decidido privilegiar medidas de conforto, mantendo sonda rectal com enemas regulares para reduzir distensão cólica e promover alívio sintomático. O doente acabou por falecer às 24 horas.

Discussão: A pneumatose intestinal (PI) é um fenómeno raro, geralmente benigno e assintomático que muitas vezes passa despercebido ao clínico. Apesar de reverter espontaneamente na maioria dos casos, aproximadamente 3% associam-se a complicações graves e potencialmente fatais que requerem tratamento cirúrgico urgente.

DOENÇAS DIGESTIVAS E PANCREÁTICAS

P234

2071 UM CASO COMPLEXO DE DESNUTRIÇÃO GRAVE - O PAPEL CENTRAL DA MEDICINA INTERNA

Tatiana Oliveira, Filipa Lucas, Gustavo de Carvalho, Ana Teresa Boquinhas

Hospital de Cascais - Dr. José de Almeida

Introdução

A Medicina Interna é a especialidade médica que trata o doente complexo, tendo o seu papel na prevenção, diagnóstico, terapêutica e prognóstico das doenças. Com a evolução da medicina em cada uma das suas vertentes, cresce o risco de que o seu foco seja mais no tratamento da doença do que propriamente no tratamento do doente. Neste sentido, a Medicina Interna tem desempenhado um papel cada vez mais importante, dada a sua visão holística e integradora que permite tratar o doente como um ser único e dinâmico.

Caso Clínico

Doente do sexo feminino, 50 anos. Antecedentes de epilepsia, status pós-AVC isquémico da ACM direita. Em março de 2017 foi submetida a proctocolectomia total com anastomose íleo-anal e ileostomia de protecção por adenocarcinoma do recto (T2N0M0) com extensa polipose cólica. Em outubro de 2018, por apresentar fístula enterocutânea, foi submetida

a laparotomia com enterectomia e necessidade de remoção da bolsa ileal e ileostomia terminal, complicada com abscesso pélvico, com necessidade de drenagem cirúrgica, e fístula vesico-pélvica, com necessidade de dreno rectal para drenagem de urina e de algália prolongada. A doente recorreu ao Serviço de Urgência por astenia e anorexia. À admissão encontrava-se emagrecida e desidratada, a pesar 36kg, IMC 13.7 kg/m². Apresentava hipercaliemia 6.9 mmol/L, hiponatremia 113 mmol/L, hipocloremia 77 mmol/L, hipoalbuminemia 1.7 g/dL, creatinina 2.82 mg/dL. Foi internada com o diagnóstico de desnutrição proteico-calórica grave com etiologia em síndrome do intestino curto com eventual componente de anorexia nervosa, condicionando lesão renal aguda pré-renal. Dado o elevado risco de vida a curto prazo, iniciou hidratação endovenosa e nutrição parentérica que cumpriu durante 24 dias e foi realizado um plano alimentar adequado às suas necessidades. Por deiscência da ferida cirúrgica abdominal atribuída à desnutrição grave, iniciou terapia de pressão negativa, obtendo franca melhoria. Realizou fisioterapia para recuperação motora e necessitou de acompanhamento psicológico. À data da alta, a doente encontrava-se melhor, tendo-se verificado ganho ponderal (42 kg, IMC 15,9 kg/m²), correcção dos distúrbios hidroelectrolíticos e da função renal. A doente foi para casa com terapia de vácuo de ambulatório PICO, e ficou com referenciada às consultas de Medicina Interna e de Cirurgia. Ficou também a aguardar cirurgia de reconstrução vesical e cirurgia de encerramento da ileostomia.

Discussão

O presente caso demonstra a importância da intervenção do internista nesta situação complexa de desnutrição grave. O internista teve um papel central no tratamento dos distúrbios que a doente apresentava à chegada ao serviço de urgência, e ainda no apoio a médio e a longo prazo atendendo às necessidades da doente. O caso estudado comprova a relevância que a Medicina Interna tem como especialidade integradora e gestora do doente agudo hospitalizado, levando a redução da morbimortalidade e taxa de reinternamento.

DOENÇAS DIGESTIVAS E PANCREÁTICAS

P235

946 DIARREIA INFLAMATÓRIA E INTESTINO SEM ALTERAÇÕES

Ana Ramalho, Nadine Monteiro, Cláudia de Jesus, Filipa Moleiro, Helena Victorino, Maria Eduarda Comenda, Mário Barbosa, Sofia Marques Santos, Helena Cantante
Hospital Lusíadas Lisboa

Introdução: A diarreia crónica é uma entidade multifactorial, dificultando muitas vezes o seu

diagnóstico. Dentro das diarreias inflamatórias a colite microscópica é muitas vezes esquecida,

apresentando uma incidência entre 2.0 e 10.8 em 100,000 por ano. De entre as colites microscópicas a colite colagenosa(CC) é mais prevalente nas mulheres que a linfocítica.

Caso Clínico: Mulher de 50 anos, caucasiana, história de carcinoma ductal invasivo da mama (estadio IIA), hiperaldosteronismo primário, sob tamoxifeno, esomeprazol, ácido acetilsalicílico, paroxetina e neбиволol. Recorre ao Serviço de Urgência por diarreia com 6 meses de evolução - > 6 dejeções/dia sem sangue, muco ou pús, acompanhada de dor abdominal difusa tipo cólica. Sem outra sintomatologia ou contexto epidemiológico relevante. O quadro supramencionado condicionou 4 internamentos, destacando-se destes o isolamento de *Campilobacter* spp em coprocultura, tendo feito antibiótoterapia dirigida com melhoria transitória dos sintomas. No decorrer da investigação prévia à atual admissão destacava-se: hipocalcémia com hiperparatiroidismo secundário, prova de jejum de 48h com manutenção da diarreia, Calprotectina fecal elevada (1110mg/Kg), colonoscopia, endoscopia digestiva alta (com biópsias) e vídeo-capsula endoscópica, sem alterações, tomografia computadorizada e ressonância magnética abdominal e pélvica sem alterações, pesquisa de anticorpos anti gliadina (Imunoglobulina A), anti transglutaminase tecidual (Imunoglobulina A), Anticorpos antinucleares e Anticorpos anti citoplasma de neutrófilos (ANCA) negativos. Feitas ainda provas terapêuticas com enzimas pancreáticas, anti-espasmódicos e modificações dietéticas, sem resposta. À admissão encontrava-se emagrecida e com desconforto generalizado à palpação abdominal. Analiticamente destacava-se: Creatinina 1.72 mg/dL, AST 47 UI/L, ALT 92 UI/L, GGT 185 UI/L, Proteína-C-Reativa 3.15mg/dL, Velocidade de Sedimentação 64 mm/h e Albumina 2.8 mg/dL.

No internamento repetiu coprocultura com isolamento de *Aeromonas hydrophila*, tendo realizado terapêutica dirigida com Ciprofloxacina. Repetiu também colonoscopia com biópsias no ileon, cego, cólon transverso e sigmóide, com aspetos morfológicos compatíveis com CC. Iniciou Budesonido oral 9mg/dia, durante 4 semanas, com melhoria do quadro. Suspendeu fármacos que poderiam estar relacionados com o desenvolvimento da patologia (esomeprazol, ácido acetilsalicílico, paroxetina e neбиволol). Manteve seguimento em consulta, sem recorrência da diarreia.

Conclusão: A CC é uma causa importante de diarreia crónica aquosa, não sanguinolenta, que não deve ser esquecida. Este caso demonstra a dificuldade no diagnóstico duma entidade em que os exames endoscópicos podem não manifestar alterações macroscópicas e em que os exames complementares analíticos e imagiológicos são

frequentemente normais. É essencial estarmos alerta para esta patologia, sendo necessária a realização de biópsias em tecido intestinal aparentemente normal.

DOENÇAS DIGESTIVAS E PANCREÁTICAS

P236

425 SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL – DIAGNÓSTICO INESPERADO NO ESTUDO DE DOR ABDOMINAL

Isabel Borges, Madalena Meneses, Clara Paiva
Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE.

A Síndrome Compartimental Abdominal (SCA) decorre da hipertensão abdominal persistente, acima dos 20mmHg. Cursa com disfunção multiorgânica (DMO) e o diagnóstico presuntivo é complexo, pois é frequente a clínica sobrepor-se à evolução desfavorável da doença inicial. A obstrução intestinal por retenção da cápsula endoscópica (CE), definida por impactação superior a 15 dias, é fator de risco conhecido (1.4%). Descreve-se o caso de um homem de 52 anos, seguido em consulta pós-internamento por dor abdominal e anemia em estudo, associado a anorexia e perda de peso involuntária. Do estudo realizado, em conjunto com a Gastrenterologia, foi excluída causa infecciosa. Realizou TC abdómino-pélvico (TC-AP), após administração de contraste oral, com achados sugestivos de processo inflamatório nas ansas do delgado; endoscopia digestiva alta sem evidência de achados relevantes; colonoscopia com introdução do colonoscópio até aos 20 cm da margem anal sem progressão por dor/má preparação, sem evidência de alterações da mucosa, mas com aparente fixação da sigmoideia. Por colonoscopia inconclusiva, realizou CE que revelou múltiplas úlceras no jejuno. Não foram transmitidas imagens do cólon pela CE, pelo que o doente foi referenciado, ao 10º dia após o procedimento, ao Serviço de Urgência. Mantinha clínica de anorexia e dor abdominal, mas sem agravamento do padrão. Analiticamente com marcadores de inflamação persistentemente elevados. Realizou radiografia (RX) do abdómen, sem evidência de CE. Ao 34º dia após ingestão da CE, foi observado em consulta e admitido, diretamente no internamento, por perda ponderal acentuada (IMC 18.3 > 14.7 kg/m²), dor não controlada e ausência de via oral por vômitos. Do estudo analítico, a destacar hemoglobina 9.6g/dl, plaquetas 719.000uL, velocidade de sedimentação 65mm/h, albumina 1.5g/dl e calprotectina fecal elevada. Iniciou corticoterapia oral, assumindo-se Doença Inflamatória Intestinal (DII). Ao 3º dia de internamento, o doente iniciou quadro súbito de dor abdominal intensa e insuficiência respiratória. Objetivamente com ventre em tábua e sinais de choque séptico. RX de abdómen com evidência de

pneumoperitонеu e TC-AP com achados a favor de perfuração de víscera oca e SCA, subsequente a CE no íleo. Foi submetido a laparotomia exploradora, enterectomia segmentar e ileostomia terminal. Contudo, o doente faleceu 7 horas após a intervenção cirúrgica. A biópsia intestinal revelou área extensa de necrose com envolvimento da muscular própria e peritonite fibrinopurulenta.

A retenção da CE está descrita em 35.3% na DII e cursa com sintomas em menos de 2% dos casos. Nestes doentes e na presença de dor abdominal, deverá ser excluída obstrução intestinal. Na vigência de DMO súbita, a SCA é um diagnóstico plausível, cuja mortalidade ronda os 40-100%. O presente caso visa enaltecer a importância do seguimento próximo dos doentes submetidos a CE, sobretudo quando há doença intestinal suspeita ou estabelecida e se desconhece a sua eliminação.

DOENÇAS DIGESTIVAS E PANCREÁTICAS

P237

1393 DISFAGIA POR LESÃO ESOFÁGICA INDUZIDA POR DOXICICLINA

José Abreu Fernandes, Inês Vieira, Mafalda Ferreira, João Porto, Manuel Teixeira Veríssimo, Armando Carvalho
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução

Lesão esofágica induzida por fármacos é descrita como lesão direta do epitélio esofágico com causa ligada a certas classes de fármacos. Caracteriza-se por sensação de corpo estranho, com ulceração, constrição esofágica ou esofagite, geralmente sem história prévia de doença esofágica ou fatores de risco. Os principais sintomas são disfagia, dor torácica, odinofagia e pirose. A resolução do quadro acontece espontaneamente 72 horas após suspensão do fármaco suspeito.

A lesão esofágica induzida por doxiciclina é responsável por 27% dos casos de lesão esofágica induzida por fármacos, sendo uma das principais causas. Acredita-se que as tetraciclinas apresentam teor ácido quando em contacto com a saliva, podendo exercer uma ação erosiva no epitélio esofágico. Os fatores de risco mais importantes são a administração da medicação em decúbito dorsal sem ingestão concomitante de água e presença de hérnia do hiato esofágico.

Descrição

Doente sexo feminino, 87 anos, institucionalizada, parcialmente dependente para as atividades da vida diária (Avaliação do Estado Funcional - Escala de Katz: 2). Antecedentes de hipertensão arterial essencial, insuficiência cardíaca e síndrome demencial. Admitida no Serviço de Medicina

Interna por pneumonia associada aos cuidados de saúde e insuficiência respiratória tipo 1, tendo sido medicada empiricamente com Levofloxacina IV 750mg qd. Apesar da melhoria da insuficiência respiratória, a doente manteve-se febril até ao 6º dia de internamento, o que motivou a alteração de antibioterapia para Doxiciclina PO 100mg bid e Sulfametoxazol/Trimetoprim IV 480mg bid.

Dois dias depois, a doente iniciou disfagia esofágica para sólidos e líquidos, de instalação súbita, com necessidade de colocação de sonda nasogástrica para hidratação e alimentação.

Após introdução do novo ciclo de antibioterapia, a doente manteve-se apirética e sem insuficiência respiratória e normalização dos marcadores laboratoriais de fase aguda. Os antibióticos foram suspensos após ciclo de 8 dias de tratamento e, 24h depois observou-se melhoria da tolerância à alimentação por via oral, tendo-se retirado a sonda nasogástrica. Verificou-se resolução completa da disfagia 48 horas depois.

Discussão

Apresenta-se um caso de disfagia esofágica súbita com resolução espontânea após interrupção de um fármaco potencialmente indutor de lesão esofágica, a Doxiciclina. A idade da doente, o facto de se encontrar institucionalizada e permanecer grande parte do tempo em decúbito são fatores de risco para lesão esofágica induzida por fármacos. O seu perfil de instalação e carácter auto-limitado após suspensão do fármaco suspeito é concordante com a descrição existente na literatura, apesar de não ter realizado estudo endoscópico.

Os autores sublinham a importância de se conhecer os possíveis efeitos laterais dos fármacos e suas administrações, especialmente em populações vulneráveis.

DOENÇAS DIGESTIVAS E PANCREÁTICAS

P238

465 ESOFAGITE EOSINOFÍLICA NO ADULTO – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Lúcia Moreira Gil, António Eliseu, Rita Silvério, Filipa Silva, Teresa Furtado, Diana Pedreira, Paula Lopes, Manuela Fera, Ermelinda Pedroso

Centro Hospitalar de Setúbal - Serviço de Oncologia Médica e Serviço de Medicina Interna

A esofagite eosinofílica (EoE) é uma doença caracterizada por infiltração eosinofílica isolada na mucosa esofágica que foi inicialmente diagnosticada em crianças com raros casos nos adultos. No entanto, recentemente verificou-se um aumento nos adultos com uma prevalência na Europa de 32,5 doentes por 100 000 habitantes. A patogénese

é mal compreendida, mas há evidências crescentes de que é uma doença imunomediada desencadeada por alimentos e alérgenos inalantes. O diagnóstico é difícil e muitas vezes tardio devido ao baixo grau de suspeição.

Apresenta-se o caso de um homem de 82 anos, ex fumador, com antecedentes de cardiopatia isquémica, insuficiência cardíaca, hérnia do hiato, gota e que cumpria terapêutica habitual com carvedilol, ácido acetilsalicílico, ramipril, atorvastatina e esomeprazol. Estava no seu estado de saúde habitual até há cerca de um ano, quando iniciou quadro de evicção alimentar apesar de manutenção do apetite, por sensação de aperto e ardor ao deglutir associado a perda ponderal e sem outra sintomatologia. Efetuou endoscopia e colonoscopia pedidas pelo médico de família que não apresentaram alterações. Por agravamento da disfagia com intolerância alimentar e perda ponderal de 20 Kg em 1 ano é internado na enfermaria de medicina para investigação. Ao exame objetivo destaca-se doente vígil, emagrecido, sem adenopatias palpáveis, orofaringe sem alterações, apirético, normotenso e normocárdico. Para estudo etiológico efetuou análises sem alterações, TC do tórax que revelou espessamento parietal do terço superior e inferior do esófago e endoscopia digestiva alta (EDA) sem alterações mas em que se efetuaram biópsias do 1/3 inferior e 1/3 superior do esófago dadas alterações descritas na TC. Durante o internamento manteve disfagia e intolerância a alimentação oral, pelo que pediu-se a colaboração da otorrinolaringologia tendo realizado nasolaringofibroscopia que estava normal. Realizou ainda radiografia da coluna cervical que excluiu doença de Forestier e estudo baritado do trânsito esofágico, também normal. Obtivemos o resultado anatomo-patológico das biópsias esofágica compatível com esofagite eosinofílica, tendo iniciado corticoterapia sistémica com tolerância a alimentação oral. Foi encaminhado para consulta de Hospital de dia de Medicina Interna para posterior referência a consulta de imunoalergologia.

Este caso clínico evidencia a dificuldade no diagnóstico da esofagite eosinofílica pelo baixo grau de suspeição sobretudo em adultos/idosos e pela necessidade de realização de biópsia demonstrando infiltração eosinofílica anormal da mucosa esofágica com ≥ 15 eosinófilos por campo de grande ampliação em pelo menos 1 biópsia. O tratamento passa por evicção de alimentos potencialmente alérgicos e corticosteroides sistémicos ou tópicos.

DOENÇAS DIGESTIVAS E PANCREÁTICAS

P239

523 UMA CAUSA INFREQUENTE DE DIARREIA CRÓNICA

Nuno Reis Carreira, Catarina de Sousa Gonçalves, Marisa Teixeira Silva, Rui Victorino

SERVIÇO DE MEDICINA 2, SECTOR B, HOSPITAL DE SANTA MARIA, CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE, LISBOA, PORTUGAL

INTRODUÇÃO

Define-se como diarreia crónica (DC) à presença de 3-4 dejeções/dia durante pelo menos 4 semanas. Da vasta lista de etiologias, inclui-se uma etiologia rara e insidiosa, a Colite Microscópica, uma causa de diarreia crónica aquosa, representando 8-16% desses casos, com uma incidência anual de 1-25/100000 casos, sendo mais frequente em indivíduos de meia idade e em mulheres. Normalmente associado a fármacos, pode estar associado a doenças auto-imunes, como doença celíaca, psoríase, tiroidite auto-imune e diabetes mellitus tipo 1.

CASO CLÍNICO

Sexo masculino, 65 anos, autónomo. Admitido por quadro de DC desde há 10 meses, de predomínio nocturno e de carácter intermitente, cólicas e ocasionais rectorragias, com perda ponderal >10% do peso corporal, sem febre e sem contexto epidemiológico relevante. Antecedentes relevantes de doença renal crónica em hemodiálise, doença hemorroidária grau II e status pós colecistectomia laparoscópica por litíase. Efectuou nesse período colonoscopia com evidência de polipose do transversal, descendente e recto, compatível com adenoma tubular; diverticulose sigmoideia. No serviço de urgência apresentava-se desidratado, apirético, com abdómen difusamente doloroso, sem reacção peritoneal. Avaliação laboratorial: anemia normocítica, normocrómica, hiponatremia, hipocaliémia e gGT: 91U/L. A investigação em internamento excluiu doença infecciosa, síndrome de mal-absorção, endocrinopatia, paraproteinemia, doença celíaca e síndrome de Zollinger-Ellison. Metabolismo do ferro de doença crónica, com elevação da velocidade de sedimentação e calprotectina fecal elevada. Endoscopia digestiva alta sem lesões. Biópsias com gastrite crónica. 1ª colonoscopia sem lesões da mucosa, com patologia hemorroidária. Por persistência da diarreia, foi efectuada rectosigmoidoscopia que revelava normalidade da mucosa do cólon. Biópsias: presença de banda colagénica subepitelial na sigmóide e recto, compatíveis com colite colangénica. Iniciada messalazina e budesonido, com melhoria do quadro.

DISCUSSÃO

A colite colangénica representa a forma mais grave de colite microscópica. Destaca-se o facto do estudo etiológico inicial não ter estabelecido um diagnóstico e a presença de mucosa cólica macroscopicamente normal, habitual nestes casos, o que torna difícil a realização de biópsias dirigidas, método que permite fazer o diagnóstico definitivo.

DOENÇAS DIGESTIVAS E PANCREÁTICAS

P240

609 TROPEÇANDO NO INESPERADO

Rita Valente, Joana Costa Simões, Tiago Pacheco, Margarida Sá Pereira, Luís Borges

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central - Hospital S.José - Medicina 1.4

Introdução

A fístula aorto-entérica é uma causa relativamente rara, mas potencialmente fatal, de hemorragia digestiva. O seu diagnóstico exige uma elevada suspeição clínica, podendo os achados imagiológicos ser subtis e inespecíficos.

Caso clínico: Homem, 61 anos, leucodérmico, autónomo. Antecedentes de doença arterial periférica - amputação de membro inferior esquerdo (nível da coxa) e bypass aortobifemoral 9 anos antes - e evicção tabágica desde intervenção cirúrgica (60 UMA). Apresenta-se com 4 semanas de mal-estar inespecífico, sensação intermitente de "vazio" abdominal (sem factores desencadeantes), anorexia e tenesmo rectal, descrevendo nos últimos 3 dias sensação febril - não quantificada, sem predomínio horário -, dejeções com características de melenas, diminuição de tolerância ao esforço e lombalgia - de intensidade ligeira, incomparável, auto-limitada. Laboratorialmente: anemia normocítica/normocrómica (Hb 6.6g/dL), elevação de parâmetros inflamatórios (leucocitose neutrofílica 25.990*10⁹/L / 89.9%; proteína C reactiva 132 mg/L), sedimento urinário "inocente". Transfundido com 2 unidades de concentrado eritrocitário (boa rentabilidade), permanece clínica e hemodinamicamente estável. Ainda em contexto de urgência, realiza angioTC toraco-abdomino-pélvica, que exclui hemorragia activa, observando-se bypass aortobifemoral ocluído à esquerda.

No internamento, apesar de assintomático, regista-se recorrência de febre (38,5°C) e agravamento de marcadores inflamatórios. Revistas imagens de angioTC, constata-se densificação dos planos de gordura envoltivos a bypass e pequeno pneumotocelo adjacente à bifurcação (sem extravasamento de contraste), sugerindo processo inflamatório/infeccioso associado - iniciada

antibioterapia empírica de largo espectro (após exames culturais); solicitado parecer de Cirurgia Vascular. Colocada hipótese de fístula aorto-entérica, procede-se a endoscopia digestiva alta urgente que revela migração de prótese vascular, confirmando diagnóstico. É submetido a intervenção cirúrgica multidisciplinar (bypass axilo-femoral direito, duodenoplastia, Billroth II,agrafagem duodenal), verificando-se evolução global favorável e alta hospitalar.

Discussão: A fístula aorto-entérica secundária a migração de prótese vascular representa complicação tardia de cirurgia da aorta abdominal. Não obstante tratar-se de entidade pouco frequente, associa-se a elevada mortalidade. Deve ser equacionada em indivíduos com esse antecedente cirúrgico (ainda que remoto) e manifestações de hemorragia digestiva (inclusivamente oculta). O processo de investigação exige celeridade (angioTC e endoscopia alta - exames de eleição).

DOENÇAS DIGESTIVAS E PANCREÁTICAS

P241

673 OCLUSÃO INTESTINAL E MASSA PANCREÁTICA, UM NOVO FENÓTIPO DE DIABETES MODY-12

Nuno Reis Carreira, Catarina de Sousa Gonçalves, Marisa Teixeira Silva, Rui Victorino

SERVIÇO DE MEDICINA 2, SECTOR B, HOSPITAL DE SANTA MARIA, CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE, LISBOA, PORTUGAL

INTRODUÇÃO

A diabetes MODY - Maturity-Onset Diabetes of the Young – constitui um grupo genética e clinicamente heterogéneo de doenças caracterizadas por diabetes mellitus não cetogénica, com início normalmente <25 anos, com uma prevalência de 1-5% de todos os casos de diabetes. Constitui primariamente um defeito na função da célula beta pancreática, decorrente de mutações em determinados genes, até ao momento conhecidos 13 genes. Associam-se diversos fenótipos concomitantes, como a agenésia pancreática, disfunção pancreática exócrina, renal, génito-urinária e a oncogénese. O gene ABCC 8, associado ao subtipo MODY-12, é conhecido pela sua associação à diabetes neonatal.

CASO CLÍNICO

Mulher de 72 anos admitida por oclusão intestinal, anorexia, vômitos aquosos, astenia e perda ponderal >20% desde há 4 meses. Antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 2 desde há 15 anos, sem síndrome metabólico, sem complicações associadas; pancreatite crónica desde há 40 anos, com referência a estudo imagiológico com desenvolvimento pancreático anormal; episódios

frequentes de diarreia alternada com suboclusão intestinal. 4 meses antes internada por abdómen agudo e icterícia obstrutiva – estudo revelara massa heterogénea e calcificada na cabeça do pâncreas com extensão ao duodeno, admitida neoplasia pancreática irrissecável. Submetida a dupla derivação bilio-digestiva e colecistectomia. O estudo anatomopatológico das peças operatórias e biópsias efectuadas foi negativa para neoplasia. Sem antecedentes familiares relevantes. À admissão: emagrecida, pálida e desidratada. Abdómen: ruídos hidro-aéreos normoactivos, doloroso à palpação dos quadrantes direitos. Laboratorialmente com anemia microcítica, hipocrómica, hiponatremia e hipocaliémia. Radiografia de abdómen sem níveis hidro-aéreos. Ecografia e tomografia abdominal: atipia na porção cefálica pancreática, distensão gástrica e das ansas do delgado mais proximais, com ponto de transição no flanco esquerdo; presença de ascite. Por ausência de indicação cirúrgica, foi instituída terapêutica médica e colocada sonda nasojejunal, sem resolução da obstrução. Verificou-se aumento do líquido intraperitoneal e surgimento de implantes peritoneais. Biópsia percutânea da massa compatível com adenocarcinoma. Iniciada quimioterapia paliativa, com evolução desfavorável e óbito ao 40º dia de internamento. O estudo genético que havia sido solicitado revelaria a presença de variante c-8G>T no gene ABCC8 – Diabetes Mody tipo 12.

DISCUSSÃO

Este trabalho ilustra um caso de diabetes MODY-12 confirmado por estudo genético, com um fenótipo que não se encontra descrito na literatura: massa pancreática não neoplásica que surge num pâncreas previamente anormal, com evolução para neoplasia, com as complicações decorrentes da mesma. Impõe-se uma reflexão se uma duodenopancreatectomia na altura do diagnóstico inicial da massa pancreática poderia ter sido anterior à evolução para processo neoplásico e o desfecho poderia ter sido diferente.

DOENÇAS DIGESTIVAS E PANCREÁTICAS

P242

133 BACTERIEMIAS ASSINTOMÁTICAS EM DOENTE COM PNEUMATOSE INTESTINAL E POLICITEMIA VERA

José Costa Carvalho, Joana Couto, Ana Afonso, Carlos Ribeiro, Diana Guerra, Carmélia Rodrigues

Medicina Interna, ULSAM - Viana do Castelo, Portugal

Introdução:

A Policitemia Vera (PV) é um distúrbio mieloproliferativo com uma incidência de cerca de 2,5 casos por 100.000 pessoas. Muitas

vezes o primeiro achado é um hemograma com hemoglobina elevada e os sintomas surgem secundariamente à hiperviscosidade sanguínea. Na literatura não estão descritos casos de Pneumatose Intestinal (PI) associados a PV e uma vez que a etiopatogênese da PI é, ainda, mal compreendida torna-se importante uma reflexão sobre esta associação. O caso apresentado releva-se ainda por bacteriemias recorrentes por diferentes bactérias.

Caso clínico:

Mulher de 75 anos, dependente de terceiros, com história de tuberculose pulmonar 5 anos antes, tratada. Trazida ao serviço de urgência por queixas de tosse com expectoração e dispneia. Constatada insuficiência respiratória hipoxémica secundária a infecção das vias aéreas superiores tendo ficado internada sob antibioterapia com amoxicilina e ácido clavulânico. De salientar, no estudo analítico, elevação das três linhagens de células do sangue periférico e elevação marcada da proteína C reativa (PCR).

Já no internamento, verificado isolamento de *Staphylococcus hominis* resistente à metilicina em 2 hemoculturas da admissão. Apesar de boa evolução clínica mas com manutenção de leucocitose e trombocitose, alterada antibioterapia para Vancomicina. Despistada endocardite infecciosa por ecocardiograma transtorácico. Verificada normalização da PCR mas com manutenção da elevação das contagens das 3 linhas celulares sanguíneas. Pela suspeita de PV feita pesquisa de mutação JAK2 que veio positiva, assumindo-se o diagnóstico.

Aos 10 dias de antibioterapia, repetidas 2 hemoculturas que vieram positivas para *Staphylococcus capitis* sensível à metilicina, apesar de a doente se encontrar assintomática. Optou-se por prolongar antibioterapia e solicitou-se tomografia computadorizada de tórax e abdómen que descreveu escassas bolhas de pneumoperitônio e alterações sugestivas de pneumatose intestinal, sem outras alterações. Por ser um achado e a doente estar assintomática manteve antibioterapia e vigilância apenas.

Repetiu hemoculturas com crescimento de *Klebsiella pneumoniae* ESBL+ e *Pseudomonas aeruginosa*. Apesar de estar apirética e sem elevação de parâmetros inflamatórios iniciou terapêutica com Imipenem durante 14 dias, mantendo-se sempre assintomática. Pelo estado de dependência prévio e pelo facto de estar assintomática, optou-se por não submeter a doente a mais exames e teve alta para seguimento em ambulatório.

Discussão:

A associação entre PV e PI não está descrita ainda na literatura. Uma etiologia conhecida de PI é a isquemia intestinal e uma vez que a PV pode aumentar a probabilidade de eventos trombóticos,

poderia ser este o mecanismo desencadeador.

Salienta-se também a PI como diagnóstico diferencial na presença de bacteriemias, levantando a necessidade de discussão sobre a importância e qual a antibioterapia a instituir perante o achado de PI e bacteriemia assintomáticas.

DOENÇAS DIGESTIVAS E PANCREÁTICAS

P243

379 GASTRITE ENFISEMATOSA – UMA ENTIDADE RARA E LETAL

Margarida R. Fonseca, Ivone Valadão, Anne Moura, Mariana Constante, Daniel Gomes, João Lopes Delgado, Isabel Madruga

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental - Medicina I

INTRODUÇÃO A Gastrite enfisematosa é uma infecção rara e da parede gástrica causada por microorganismos produtores de gás. Tem uma mortalidade de cerca de 60%. Os autores apresentam o caso de Gastrite enfisematosa associado a neoplasia gástrica.

CASO CLÍNICO Mulher de 95 anos, com história médica de Demência e Hipertensão arterial. Transportada ao Serviço de Urgência por quadro de dor abdominal, náusea e vômito com alguns dias de evolução. Do exame objetivo destaca-se, estabilidade hemodinâmica e dor a palpação abdominal profunda, sem defesa ou reação peritoneal e sem massas palpáveis. A avaliação analítica revelou Hb 11.8g/dL, leucocitose 16500/mcL com neutrofilia 85%, Plaquetas 206000/mcL, lipase e enzimatologia hepática dentro da normalidade, PCR 8.7mg/dL, Creatinina 0,63mg/dL, Ureia 62mg/dL. A radiografia abdominal mostrou distensão gástrica e presença de ar na parede gástrica pelo que realizou TAC abdominal para esclarecimento – “marcada distensão gástrica contendo conteúdo gasoso e líquido, presença de ar ao longo de toda a espessura parietal envolvendo o cárdia, fundo e corpo gástrico”. Colocada a hipótese de Gastrite enfisematosa tendo sido internada em Unidade de Cuidados Intermédios Médicos sob antibioterapia com Meropenem. Durante o internamento repetiu TAC que mostrou melhoria do quadro de enfisema da parede gástrica, tendo sido tentada alimentação entérica, sem sucesso por estase, tendo iniciado alimentação parentérica total. Realizou Endoscopia digestiva alta para colocação de sonda naso-jejunal tendo sido biopsada área gástrica aparentemente infiltrada. A anatomia patológica foi compatível com Adenocarcinoma de células pouco coesas. Equacionadas diversas soluções para alimentação da doente, sem sucesso por manter estase gástrica e ileus. Como intercorrência destaca-se Pancreatite aguda alitiásica que se associou à alimentação parentérica total. Verificou-se deterioração

progressiva do estado geral tendo vindo a falecer após cerca de dois meses de internamento.

DISCUSSÃO A disrupção da parede do estômago pela ingestão de substâncias corrosivas, uso de anti-inflamatórios não esteróides, cirurgia abdominal ou enfarte gástrico são os fatores predisponentes mais frequentes. No caso apresentado acredita-se que o fator predisponente para a lesão da parede gástrica tenha sido a neoplasia gástrica.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P244

1462 SÍNDROME POLIGLANDULAR AUTOIMUNE TIPO 2 – UM CASO CLÍNICO

João Fonseca, Ana Carlota Caetano, Filipe Vilão, Lelita Santos, Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução

As síndromes poliglandulares autoimunes são patologias raras, com evolução e manifestações clínicas muito diversas. Dentro destas, uma entidade importante é a síndrome poliglandular autoimune tipo 2 (SPA-2), cujo diagnóstico se estabelece pela associação de doença de Addison autoimune com diabetes mellitus e/ou doença tiroideia autoimune.

Caso Clínico: Doente do género masculino de 27 anos, referenciado para a consulta externa de Medicina Interna por quadro clínico com semanas de evolução caracterizado por astenia, náuseas e vômitos, hiperpigmentação cutânea, hipotensão arterial, hiponatrémia (125 mmol/L) e hipercaliémia (5.4 mmol/L). Foi internado para estudo complementar, com hipótese diagnóstica inicial de doença de Addison.

Do estudo complementar destacou-se a presença de insuficiência primária suprarrenal (cortisol sérico: 0.7 µg/dL; ACTH: 1806 pg/mL) associada a tiroidite autoimune (TSH 180 U/mL; T4 livre 0.4 ng/dL; Ac Anti-Tiroglobulina 14 U/mL; Ac Anti-TPO 1918 U/mL). Realizou TC abdominal a demonstrar hipoplasia bilateral suprarrenal e ecografia tiroideia compatível com padrão de tiroidite.

Do restante estudo, apesar de apresentar auto-anticorpos negativos para as glândulas suprarrenais, destacou-se a presença de positividade específica para o anticorpo Anti-21 Hidroxilase (3.6 U/mL). A presença destes últimos, estabeleceu o diagnóstico definitivo de SPA-2. Apresentava concomitantemente hipogonadismo primário (Testosterona Total: 229µU/mL; LH 0.9 FSH 1.5), hiperparatiroidismo (PTH 103 pg/mL) e estado de pré-diabetes (HbA1C: 6.4%, Insulina: 46µUI/mL, Péptido C: 7.1ng/mL).

O doente iniciou corticoterapia com hidrocortisona, fludrocortisona e levotiroxina, tendo-se verificado melhoria clínica e analítica significativas.

Discussão: Este caso demonstra a relevância do diagnóstico precoce neste tipo de patologias. A gravidade potencial destas doenças, assim como a mortalidade associada ao atraso no diagnóstico podem ser fulcrais no prognóstico do doente. O tratamento destas doenças é passível de ser rapidamente instituído, com eficácia comprovada a curto prazo. Desta forma, um diagnóstico precoce, leva a um início atempado do tratamento, com respectiva melhoria na qualidade de vida e sobrevida dos doentes.

Para além disso, este caso ilustra particularmente bem a importância da investigação clínica complementar, devido às diferentes patologias associadas ao diagnóstico principal, que não estão habitualmente presentes.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P245

1507 GESTÃO MULTIDISCIPLINAR DE DOENTE COM IATROGENIA A ANTI-TIROIDEUS

Ana Filipa Pires, Ana Ferreira Pacheco, Ana Areia Reis, Filipa Leal, Teresa Martins Mendes, Zélia Lopes, Mari Mesquita

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

A agranulocitose é uma condição rara com uma incidência de 1-5 casos por 1 000 000 habitantes, cerca de 70% associam-se ao uso de medicação.

O tratamento do hipertireoidismo constitui em 0,2 a 0,3% dos casos causa de agranulocitose.

Apresentamos o caso clínico de uma mulher, 53 anos, com perda ponderal de 8kg num mês, astenia, ansiedade e papitações, a motivar diagnóstico de Hipertireoidismo e terapêutica com metibazol 5 mg 2 x dia. Teve melhoria inicial da sintomatologia. Após um mês iniciou odinofagia persistente e tosse não produtiva, diagnosticada infeção respiratória e medicada com cefixima 400 mg id e azitromicina 500 mg id. Por persistência sintomas e aparecimento de adenopatias inguinais recorre ao nosso SU. No exame objetivo: orofaringe com pilares amigdalinos ruborizados e placas brancas dispersas destacáveis e gânglio inguinal palpável, doloroso a palpação, 4cm, móvel, sem rubor. Analiticamente Hg 11.8 g/dL, leucócitos 1200/uL, neutrófilos 0, plaquetas 344 000cel/uL; bilirrubina 2.00 mg/dl, sem citólise, PCR 254mg/L. Esfregaço de sangue periférico: série leucocitária presença de séries com características linfoplasmocitárias/plasmócitos; sedimento urinário normal. Ecografia de tecidos moles: densificação do

tecido adiposo subcutâneo, com gânglios inguinais reativos infracentrímetricos. Radiografia torácica sem alterações. Admitida no Serviço de Medicina por: neutropenia grave; traqueobronquite com falência a antibióterapia; candidíase mucocutânea. Durante internamento suspenso metibazol, fez Meropenem 1g tid, fluconazole 200 mg ev e G-CSF. Ao terceiro dia neutrófilos 20 000, descida da PCR 120 mg/L, TSH <0.01, T3 3.54, Anti-TPO normal, TRAb e anti-tiroglobulina positivas. TC corpo: fígado globoso, textura homogênea sem lesões focais. Esplenomegalia homogênea (13.5 cm de diâmetro longitudinal). Do restante estudo efetuado no internamento salienta-se: HC e UC estéreis, serologias HIV, HBV e HCV negativas, VitB12, ácido fólico, IgA e IgG normais, cadeias leves no soro elevadas, sem excreção de cadeias leves na urina e imunoelctroforese de proteínas normal. A data de alta assintomática, Hg 10,8 g/dl, leucócitos 15 400, plaquetas 380 000, PCR 11,1 g/dl, T3 livre 5.38 T4 3.04 TSH < 0.01.

Diagnosticada Iatrogenia medicamentosa, a causa mais comum de agranulocitose, resolvida com suspensão de anti-tiroideus e administração de fatores de crescimento; Doença de Graves, com contraindicação absoluta à realização de anti-tiroideus, tendo iniciado propranolol 10 mg bid, prednisolona 40 mg id e colestiramina 4g bid. Proposta para realização de tireoidectomia, substituída por tratamento com Iodo-131 por hipertiroidismo persistente. Evoluiu com hipotiroidismo primário iatrogénico com resposta favorável a levotiroxina 75 mcg id.

Os autores apresentam o caso clínico pela importância que a iatrogenia tem nos nossos doentes e cujo diagnóstico atempado e tratamento adequado, neste caso multidisciplinar, assume implicações favoráveis no prognóstico.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P246

124 HIPOPARATIROIDISMO IATROGÉNICO: UM DESAFIO NA ABORDAGEM DA HIPOCALCÉMIA

Catarina Jorge, Domingos Sousa, Sérgio Silva, Ana Verónica Varela, Tatjana Mihailovic, Armindo Figueiredo, Mário Lázaro,

Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade Faro

Introdução

O hipoparatiroidismo é causado por um défice na secreção da paratormona (PTH) que condiciona hipocalcémia e hiperfosfatémia. A apresentação clínica é variável, correlacionando-se com o tempo de evolução e a forma de instalação da hipocalcémia.

Caso clínico: Homem de 67 anos, com antecedentes de carcinoma espinocelular da laringe e esófago há 10 anos, submetido a laringectomia e quimiorradioterapia, sendo portador de traqueostomia e PEG. Recorreu ao SU por depressão do estado de consciência e crise tónico-clónica inaugural, apresentando-se à admissão em coma, hipotermia, bradipneico, hipotenso e bradicárdico e edema generalizado, incluindo face e região pré-tibial. Analiticamente, hipocalcémia, TSH elevada e T4 e PTH imensuráveis. Admitindo-se o diagnóstico de coma mixedematoso e hipoparatiroidismo iatrogénico à radioterapia, iniciou levotiroxina, gluconato de cálcio e vitamina D. O doente teve uma evolução clínica e analítica favorável, com normalização dos valores de TSH e T4, contudo manteve-se dependente da suplementação de cálcio IV, não sendo possível alterar a via de administração para gastrointestinal (GI). Sendo um doente com PEG, a administração por comprimido de cálcio conduzia a vários episódios de obstrução do dispositivo, não existindo solução, recorrendo a hipocalcémia quando se realizava a alteração para via GI. Introduziu-se as injeções de PTH recombinante (PTHr), com progressivos ajustes de dose do cálcio por via GI, conseguindo-se suspender a administração intravenosa. O doente teve alta com recuperação completa do grau de autonomia prévio. Durante o follow up, apresentou melhoria clínica progressiva, mialgias e artralrias as principais queixas limitantes. Após estabilização dos valores de cálcio sérico foram necessários frequentes ajustes terapêutico e correções iónicas o que permitiu redução progressiva de injeções PTHr e controlo sintomático.

Discussão: Reporta-se o presente caso clínico pela sua gravidade, complexidade na abordagem da hipocalcémia refratária ao tratamento convencional em doente alimentado por PEG e pela experiência e desafio no uso crónico de PTHr.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P247

606 DOENÇA DE ADDISON: UM CASO DE "LIVRO"

Ana Margarida Mosca, David Garcia, Bárbara Ribeiro, José João Martins, Rosário Araújo, Carlos Capela

Hospital de Braga

INTRODUÇÃO

A insuficiência suprarrenal (SR) primária/Doença de Addison é uma patologia incomum que resulta da disfunção ou ausência do córtex da SR. Esta entidade é caracterizada pelo défice crónico de cortisol e consequente elevação da ACTH e da Hormona Estimuladora de Melanócitos. Verifica-se ainda défice de mineralocorticóides com

hiponatremia secundária.

CASO CLÍNICO: Homem, 43 anos de idade, antecedentes de HTA essencial com diagnóstico aos 34 anos, bem controlada. Medicado com bisoprolol. Internado 2 meses antes por hiponatremia associada a iatrogenia; razão pela qual suspendeu ARA2. Desde então, quadro de astenia, anorexia e perda ponderal de aproximadamente 7kg. Orientado ao SU por hiponatremia (125 mmol/L) e hiperferritinemia (1017ng/mL) em análise de rotina. Ao exame físico apresentava hiperpigmentação cutânea (mais nas cicatrizes/pregas e gengivas) e lesões de tonalidade acastanhada, planas de novo. Perfil tensional baixo. Negava hipersudorese, adenopatias/tumefações; queixas articulares, xerostomia/xerolftalmia, perdas hemáticas. Sem contactos de risco ou viagens recentes. Analiticamente: Na⁺ de 125mmol/L e TSAT ~37%. Sem elevação dos marcadores inflamatórios. Serologias víricas negativas. TC-crânio sem alterações sugestivas de patologia tumoral, vascular, infecciosa ou inflamatória. Ecografia abdominal sem alterações. Internado para estudo etiológico e tratamento. Do estudo analítico: TSH normal. Cortisol sérico 4.10ug/dL (N 4.3-22.4), ACTH 1140pg/mL. Repetiu cinética do ferro sem sobrecarga. Realizou TC-TAP para exclusão de patologia secundária sem alterações. Assumido o diagnóstico de Insuficiência SR primária, iniciou terapêutica com hidrocortisona + fludrocortisona + NaCl0.9% com melhoria sintomática e normalização de ionograma. O doente teve alta com orientação para Consulta de Medicina Interna.

DISCUSSÃO: A esperança média de vida da doença de Addison é comparável à população geral, desde que devidamente tratada. Contudo, é uma emergência endocrinológica e pode ser fatal se não diagnosticada atempadamente, culminando em choque refractário à fluidoterapia e aos vasopressores. Este caso ilustra a importância de suspeição do diagnóstico num doente jovem com hiponatremia sustentada sem causa aparente.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P248

645 A CULPA NEM SEMPRE É DA DIETA...A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.

Maria João Tavares, Mariana Formigo, Filipa Gonçalves, Magda Fernandes, Jorge Cotter
Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães

Mulher de 49 anos de idade, caucasiana, referenciada à Consulta Externa de Medicina Interna por astenia, tremor distal incapacitante, com seis meses de evolução. Referiu ainda, que em controlo analítico de rotina, apresentava glicemias baixas em jejum. Referiu também perda ponderal voluntária, de cerca

de 7% do peso corporal, em 6 meses (no entanto referia dieta variada e fraccionada com evicção de alimentos altamente calóricos). Negou náuseas ou vômitos. Não apresentava outras queixas dignas de destaque. Sem antecedentes pessoais de relevo. Sem medicação habitual.

Na primeira avaliação, encontrava-se hemodinamicamente estável, apirética, glicemia ocasional de 86mg/dL e peso corporal de 58Kg (IMC 24). Fornecido glucómetro para avaliação de glicemias em ambulatório. Em segunda avaliação, manteve peso corporal. Analiticamente apresentava glicemia em jejum de 42mg/dL, HbA1c de 4,2%, função tiroideia normal, sem défices vitamínicos. A avaliação de glicemias de ambulatório, demonstrava persistentemente hipoglicemias em jejum (valor mínimo de 31mg/dL).

Decidido internamento para estudo e vigilância clínica. Do estudo realizado em internamento, destacava-se, doseamento de insulina e peptídeo C compatíveis com hiperinsulinismo; a tomografia computadorizada abdominal revelava "na região da cauda do pâncreas .. lesão com 20mm de maior diâmetro". Realizou tomografia com emissão de positrões Ga-DOTA-NOC, que não demonstrou evidência de qualquer foco de captação anómala". Perante a suspeita clínica elevada de tumor neuroendócrino, foi discutido caso clínico com Cirurgia Geral, tendo-se decidido realizar pancreatocomia caudal laparoscópica. O resultado histológico da peça cirúrgica, foi compatível com processo neoplásico neuroendócrino bem diferenciado, com características de tumor neuroendócrino de grau 2 do pâncreas (NET G2), consistente com tumor funcionante produtor de insulina/insulinoma."

A doente foi referenciada para o IPO, onde mantém seguimento, com boa evolução clínica e sem evidência de recidiva da lesão/metastização.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P249

1437 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: UM PUZZLE POR VEZES COMPLEXO

Sara Freitas, Joana Marques, Ana Grilo, Fernando Martos Gonçalves, José Lomelino Araújo
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução

A amiloidose é uma doença sistémica, caracterizada por deposição de fibrilhas de substância amiloide no tecido extracelular de vários órgãos e sistemas, fazendo com que esta entidade possa estar associada a múltiplas apresentações clínicas. No caso da amiloidose-AL, a substância

amilóide é formada por cadeias leves monoclonais, estando frequentemente associada a discrasias de células-B. Os órgãos mais afetados na amiloidose-AL são o coração, fígado e rim e por vezes manifesta-se também por sintomas inespecíficos tais como astenia, perda ponderal ou síncope.

Caso Clínico

Mulher de 68 anos, sem antecedentes patológicos relevantes, admitida no serviço de urgência por astenia, cansaço para médios e pequenos esforços de agravamento progressivo durante os 3 meses anteriores. À admissão apresentava sudorese profusa, estava hipotensa (PA 89/52mmHg), FC 55bpm, eupneica em ar ambiente, à auscultação sons cardíacos rítmicos, sem sopros, discretos ferveores crepitantes na base pulmonar direita, sem edema periférico. O ECG mostrava ritmo juncional, baixa voltagem do complexo QRS nas derivações anteriores e ondas Q patológicas de V1 a V4. Analiticamente salientava-se NT-pro BNP 7676pg/mL e troponina 0,34 ug/L, sem outras alterações relevantes. O ecocardiograma revelou hipertrofia ventricular esquerda concêntrica, com espessamento da parede posterior e do septo e pressão de enchimento elevado do ventrículo esquerdo (E/E' 25.08) e fração de ejeção preservada. Assumiu-se cardiomiopatia infiltrativa, tendo ficado internada para tratamento e estudo etiológico. Da investigação destacava-se pico monoclonal de cadeias leves lambda/cadeias leves livres lambda, doseamento sérico elevado de cadeias leves lambda (403mg/dL), ratio kappa/lambda 0,02 e doseamento de cadeias leves lambda 24,6mg/dL na urina de 24h. O mielograma revelou 24% de plasmócitos, contudo a biópsia óssea foi inconclusiva. A biópsia de gordura abdominal, bem como do estômago, duodeno e reto foram negativas. A cintigrafia TC99mHMDP revelou múltiplas lesões líticas na grelha costal. Durante o internamento por bradicardia sintomática e hipotensão foi colocado pacemaker. A doente teve alta referenciada à consulta de Hematologia, contudo por novo agravamento foi, entretanto, internada na enfermaria de cardiologia onde foi realizada biópsia endomiocárdica que revelou fibrilhas amilóides com a coloração "Vermelho do Congo". No entanto, apesar da terapêutica dirigida a doente acabou por falecer durante o internamento por insuficiência cardíaca refratária a tratamento.

Discussão

A amiloidose cardíaca é uma doença rara, que constitui um desafio clínico, mas também terapêutico. Para além da clínica, os exames complementares, nomeadamente o ecocardiograma, desempenham um papel fundamental na marcha diagnóstica. É fundamental para o médico possuir um elevado nível de suspeição de modo a diagnosticar precocemente esta patologia e por sua vez iniciar terapêutica dirigida de modo a travar a sua evolução.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P250

1656 QUANDO A AGITAÇÃO E O RISCO CARDIOVASCULAR TÊM A MESMA CAUSA

Diana Carvalho, Ana Rafaela Araújo, Daniela Meireles, Ana Raquel Ferreira

Centro Hospitalar Baixo Vouga

A sintomatologia da síndrome de Cushing (SdC) está relacionada com a exposição a níveis elevados de corticoides, estando a gravidade relacionada com a intensidade e duração do hipercortisolismo. Existe um amplo espectro de manifestações não patognomónicas, sendo algumas delas comuns na população em geral, como intolerância à glicose, obesidade e hipertensão arterial (HTA). Alterações do comportamento são frequentes nestes doentes, podendo estar presentes em mais de metade.

Os autores apresentam o caso de um doente do género masculino, de 57 anos, com antecedentes de doença bipolar, admitido no Serviço de Urgência por quadro de alteração do comportamento, apresentando alternância entre períodos de agitação e prostração. Havia reiniciado terapêutica com lítio alguns meses antes por alterações do humor. Observado por Psiquiatria sendo admitida intoxicação por lítio, em doente com hipernatrémia concomitante. Contudo manteve o mesmo quadro apesar da normalização dos níveis de lítio, pelo que foi pedida tomografia computadorizada cranioencefálica (CE) que levantou a suspeita de lesão hipofisária. Foi internado para estudo, sendo efetuada revisão de sintomas e sinais: referia recusa alimentar e fraqueza muscular, apesar de aumento ponderal, com diagnóstico recente de HTA e Diabetes mellitus (DM). Ao exame objetivo, salienta-se obesidade do tronco e pescoço, face em lua cheia e hemianópsia bitemporal. Equacionada hipótese de estado de hipercortisolismo, confirmado no estudo analítico (elevação significativa dos níveis de cortisol sérico e urinário e de ACTH sérico). Tinha, também, níveis reduzidos de TSH e hormonas tiroideias, sem outras alterações da base hipofisária. A ressonância magnética CE confirmou tratar-se de um macroadenoma hipofisário invasivo, com envolvimento das estruturas adjacentes. Foi submetido a remoção transesfenoidal, com normalização dos níveis de cortisol urinário e sérico em estudo pós-cirúrgico.

Neste doente as alterações do comportamento foram a manifestação cardinal, inicialmente atribuídas à doença psiquiátrica de base e iatrogenia medicamentosa. Aliado a fatores de risco cardiovascular (HTA, DM e obesidade), fez-nos suspeitar de hipercortisolismo que se confirmou. A SdC está associada a um aumento significativo do risco cardiovascular, como aconteceu neste caso.

A HTA, DM e obesidade podem melhorar após o tratamento, mas frequentemente não normalizam. Tal sugere que continuam a ter um risco aumentado, mesmo após controlo da doença, beneficiando, por isso, de terapêutica dirigida e intensivas. Reforçamos a necessidade de integração de sinais e sintomas na gestão do diagnóstico diferencial de síndrome confusional.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P251

1736 UM DIAGNÓSTICO RARO EM AMBULATÓRIO

Luís Vieira Lemos, José Costa, Gonçalo Rocha, Jorge Almeida

Centro Hospitalar e Universitário de São João

As doenças do metabolismo são raras e exigem uma delicada investigação diagnóstica. Neste trabalho, os autores descrevem um caso raro de doença hepática cuja apresentação inicial se restringiu a alterações analíticas inespecíficas.

Doente do sexo masculino, 42 anos de idade, com antecedente de consumo de bebidas alcoólicas com padrão "binge drinking" (60-100g) duas vezes por semana, sem qualquer medicação habitual, referenciado à consulta externa de Medicina Interna por alterações inespecíficas do perfil hepático, com elevação ligeira da GGT (102) e da TGP (73), ferritina 967, transferrina 243 e ecografia abdominal sem alterações. Ao exame objetivo apresentava hepatomegalia ligeira, indolor à palpação e um índice de massa corporal de 27Kg/m². Do estudo analítico realizado, as serologias víricas para HIV 1 e 2, HCV e HBV foram negativas. O doseamento de α -1-antitripsina foi normal e o estudo imunológico efetuado rejeitou a hipótese de hepatite auto-imune. Pelos níveis elevados de ferritina e saturação de transferrina 61%, foi pedida ceruloplasmina (4 mg/dL) e o doseamento do cobre urinário na urina de 24h (79ug/24h). Foi efetuada biópsia hepática que mostrou fragmento com fibrose portal, esteatose macrovesicular moderada, deposição de ferro e acumulação muito escassa e focal de cobre, cuja conclusão referia hepatopatia crónica com septação fibrosa do parênquima e quadro morfológico de tipo ASH/NASH, com siderose hepatocitária. De um fragmento da biópsia hepática foi efetuado estudo de captação molecular do cobre no valor de 206 mcg/g de fígado, pelo que foi pedido estudo genético.

O doente foi posteriormente orientado para a consulta de Gastroenterologia e Genética Médica, tendo sido identificada heterozigotia composta para as mutações do gene ATP7B. De acordo, com o score de Leipzig, o doente pontuava 4, pelo que se

confirmou assim o diagnóstico de Doença de Wilson. Atualmente mantém seguimento na consulta da Gastroenterologia, medicado com trientina 500mg, com parâmetros hepáticos estabilizados. Este caso demonstra o percurso diagnóstico de uma entidade rara, realizado em regime de ambulatório, cuja apresentação clínica pode configurar um quadro de lesão hepática praticamente irreversível quando diagnosticada tardiamente. De realçar que no presente caso a análise anatomo-patológica não foi totalmente concordante com a suspeição diagnóstica, apenas confirmada após a realização dos testes de captação molecular do cobre e dos testes genéticos.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P252

1876 UMA CAUSA RARA DE ICTERÍCIA

Catarina Teles Neto, Sónia Almeida, Marta Valentim, Ana Gameiro, Margarida Cabrita

Hospital Distrital de Santarém

Introdução

A Doença de Graves tem etiologia auto-imune e é responsável por 60-80% dos casos de hipertiroidismo.

O fígado é o principal responsável pelo metabolismo tiroideu e a disfunção hepática associada ao hipertiroidismo não está completamente esclarecida. A manifestação hepática mais comum da doença tiroideia é uma elevação modesta das transaminases sendo a icterícia colestática uma manifestação rara.

Caso clínico

Mulher de 54 anos com história de Doença de Graves, fibrilhação auricular e acidente vascular cerebral isquémico, trazida ao serviço de urgência por icterícia, diarreia, anorexia e perda ponderal com três semanas de evolução.

À observação normotensa, taquicárdica, polipneica com SpO₂ 95% e apirética; apresentava exoftalmia bilateral, escleróticas e pele ictéricas e bócio palpável; sem ingurgitamento jugular ou refluxo hepato-jugular.

Analiticamente anemia normocítica normocrómica (hemoglobina 9.4g/dL), hiperbilirrubinémia conjugada - bilirrubina total 18,9mg/dL e bilirrubina directa 14.3mg/dL - sem citólise hepática e com padrão colestático (fosfatase alcalina 211U/L e gama-GT 211U/L); INR 2.04 sob varfarina, péptido natriurético B elevado - 821pg/mL e TSH 0.0μU/mL e FT4 4.81ng/dL.

A doente foi internada por tirotoxicose e icterícia

não esclarecida. Iniciou propiltiouracil, propranolol e corticoterapia.

O screening viral e auto-imune hepático foram negativos. A ferritina, o cobre sérico, a ceruloplasmina e a haptoglobina estavam normais.

O ecocardiograma não tinha alterações relevantes. A colangiopancreatografia por ressonância magnética mostrou fígado globoso e heterogéneo, sem dilatação das vias biliares; proeminência do calibre das veias supra-hepáticas provavelmente associado a componente de sobrecarga cardíaca. A biópsia hepática mostrou sinais de esteatose.

Com a progressiva normalização da função tiroideia houve melhoria clínica e regressão da hiperbilirrubinémia.

Discussão

A fibrilhação auricular e a insuficiência cardíaca de alto débito são manifestações clínicas conhecidas da tirotoxicose. A icterícia neste caso poderia ter um componente cardíaco, contudo, a hepatopatia congestiva caracteriza-se geralmente por hiperbilirrubinémia não conjugada e moderada, à excepção dos casos de hepatite isquémica para a qual a nossa doente não preenche critérios.

Foram excluídas outras causas de lesão hepática como auto-ímmunes, infecciosas, neoplásicas ou tóxicas através de parâmetros laboratoriais, imagiológicos e histológicos. Tendo em conta a franca melhoria clínica e analítica aquando da normalização da função tiroideia é possível assumir que estamos perante um caso raro de icterícia colestatística severa de causa tiroideia.

A icterícia causada por hipertireoidismo per se é muito rara e o excesso de tiroxina parece ser responsável por lesão directa aos hepatócitos. Perante um doente com uma icterícia de causa desconhecida há que excluir tirotoxicose como causa primária.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P253

44 DIABETES INSÍPIDA E LÍTIO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Cristina Martins, João Pina Cabral, Pedro Ribeiro, Jorge Fortuna, Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Hospital Geral

Introdução

A diabetes insípida (DI) caracteriza-se pela incapacidade dos rins em concentrar a urina, resultando na produção diária de mais de 3L de urina diluída (osmolalidade inferior a 300 mOsm/

kg). Pode resultar de uma deficiência absoluta ou relativa da hormona antidiurética (HAD) ao nível do hipotálamo e hipófise posterior (DI central), ou de uma resistência à sua acção nos ductos colectores renais (DI nefrogénica).

Caso clínico: Doente de 66 anos, do sexo feminino, com antecedentes de esquizofrenia e demência associada, dependente nas actividades de vida diária, sob terapêutica prolongada com memantina, olanzapina, haloperidol decanoato e carbonato de lítio, internada no Serviço de Medicina Interna por pneumonia. À admissão no Serviço de Urgência foi constatada presença de hipernatrémia (157 mmol/L), interpretada como secundária a desidratação, com início de correcção com água livre, através de sonda nasogástrica. Durante os primeiros dias de internamento, e já após adequada hidratação e evidente correcção da volémia, manteve a hipernatrémia (de cerca de 155 mmol/L) com débito urinário diário de cerca de 4L. A osmolaridade sérica era elevada (345 mOsm/Kg), à custa da hipernatrémia, e a osmolaridade urinária era baixa (219 mOsm/Kg). Assumido, neste contexto, diagnóstico de DI, realizou-se prova terapêutica com desmopressina: determinação inicial de osmolaridade urinária, com administração posterior de 2µg de desmopressina intramuscular, com avaliação e registo da osmolaridade urinária e do débito urinário aos 30, 60, 90 e 120 minutos. Verificada manutenção do débito urinário elevado e de uma osmolaridade urinária baixa (variação inferior a 50%), ao longo de todo o tempo após administração da desmopressina, compatíveis com uma DI de origem nefrogénica. Foi assumida como causa mais provável a toma de lítio, apesar dos níveis séricos normais (0,2mg), pelo que a medicação foi suspensa, iniciando-se indometacina, 50 mg, de 12/12h, associada a reforço da hidratação. Houve melhoria da natrémia (à data de alta: 137 mmol/L) e do débito urinário.

Discussão: A DI nefrogénica (DIN) ocorre devido a uma resistência do rim à acção fisiológica da HAD, que resulta numa poliúria hipotónica. O carbonato de lítio é uma das causas mais comuns de DIN, ocorrendo em quase 20% das pessoas medicadas com este fármaco, que reduz a sensibilidade dos túbulos renais à HAD, por redução da quantidade de receptores V2 e de aquaporinas dos mesmos. Diuréticos como o amilorido e anti-inflamatórios não esteróides, em particular a indometacina, têm sido usados para tratamento da DIN induzida pelo lítio, com boa resposta.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P254

249 SÍNDROME DE CONN – NO ESTUDO DE HIPERTENSÃO SECUNDÁRIA

Isabel Borges, Catarina Moniz, Madalena Meneses, Clara Paiva, Rui César

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE.

A síndrome de Conn (SC) consiste na secreção autónoma de aldosterona pela glândula suprarrenal (SR), produzida por um adenoma funcionante. É causa de Hipertensão Arterial (HTA) em 8% da população geral, representando 20% dos casos de HTA resistente.

Descreve-se o caso de uma mulher de 61 anos, com Diabetes tipo 2 não insulino-tratada, referenciada ao hospital para estudo de HTA resistente, com 5 anos de evolução, já medicada com quatro fármacos anti-hipertensores (nebivolol 5mg, id, rilmenidina 1mg, id, irbesartan/hidroclorotiazida 300/12.5mg, id). Mãe falecida na 6ª década de vida em programa de diálise, de etiologia não esclarecida e sem história familiar de HTA. Clinicamente, a doente referia cansaço fácil para pequenas distâncias e perfil tensional alto. Da avaliação em consulta objetivou-se HTA grau 2, coincidente com o perfil tensional do domicílio. Foi intensificada a terapêutica anti-hipertensiva (anti-HTA) em curso e introduzida clonidina 0.15mg até 3 vezes/dia e nifedipina até à dose de 60mg, id. Do estudo, foi excluída patologia do parênquima renal, mediante ecografia renal e tomografia computadorizada (TC) do abdómen superior e excluída causa cardiovascular (CV), após realização de eletrocardiografia e ecocardiografia transtorácica. Quanto a causas endocrinológicas, a salientar achados analíticos sugestivos de SC, com elevação de aldosterona sérica, 29.3 (3-16ng/dl), renina plasmática diminuída, 1.37 (4.4-46.1mUI/mL), atividade de renina plasmática diminuída, 0.11 (0.5-1.7ng/ml/h), rácio aldosterona-renina elevado (RAR), 21.4 (<3.7), embora sem hipocaliemia. Dado a interferência dos fármacos anti-HTA em curso no doseamento da aldosterona plasmática, a doente foi internada para reajuste terapêutico. Foi suspensa toda a terapêutica anti-HTA e iniciada doxazosina 4mg, id e verapamilo 120mg de libertação prolongada, bid. Findo quatro semanas após o reajuste terapêutico, a doente foi internada para realização das provas confirmatórias de sobrecarga e de infusão salina. Ambas as provas foram confirmatórias do diagnóstico: na prova de sobrecarga salina a aldosterona na urina de 24h foi de 20 (> 12ug/24h) e na prova da infusão salina, a aldosterona plasmática foi de 20,8 (> 10ng/dl). Atendendo a elevada suspeita de SC, a doente foi reavaliada por TC dirigida às suprarrenais, a qual identificou uma pequena imagem nodular ao nível do istmo da glândula SR esquerda de 11,5x11mm.

Realizou adrenalectomia via laparoscópica, compatível com adenoma da SR. Após, a doente apresentou melhoria significativa do perfil tensional sob terapêutica com rilmenidina 1mg, id, nifedipina 60mg, id e losartan 50mg, id.

Na SC, a hipocaliemia está presente em 9 a 37% dos doentes. O RAR é um dado sensível no seu rastreio. A HTA está presente em 25% da população portuguesa, principal fator de risco CV modificável na morte por todas as DCV, pelo que urge o seu correto diagnóstico, exclusão de causas secundárias e seu tratamento, com vista à redução da morbimortalidade.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P255

267 DOENÇA DE GRAVES – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Arsénio Barbosa, Joana Magalhães, Isabel Camões, Jorge Almeida

Centro Hospitalar São João

Introdução

As manifestações clínicas de hipertiroidismo são independentes da sua etiologia, sendo que a doença de Graves é a causa mais frequente. Caracteriza-se, sobretudo, por oftalmopatia e dermopatia, e o seu diagnóstico é feito pela presença de anticorpos anti-receptor da hormona estimulante da tiroide (TRAb).

Caso clínico: Apresenta-se o caso clínico de uma mulher de 60 anos, com história relevante de hipertensão arterial com hipertrofia ventricular esquerda, microalbuminúria e doença cerebrovascular caracterizada por múltiplos enfartes lacunares antigos. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de anorexia, emagrecimento involuntário (20% do peso corporal), dor abdominal epigástrica, vômitos, dejeções diarreicas e insónias com 1 mês de evolução. À admissão, apresentava-se ansiosa, com tremor em repouso, verborreica, normotensa e normocárdica, febril (38°C), ausência de sons respiratórios à direita, cuja radiografia de tórax revelou derrame pleural, palpação abdominal indolor e edema bilateral dos membros inferiores, tendo sido internada para estudo de quadro constitucional e derrame pleural. Do estudo inicial, documentada anemia normocrômica normocítica, sem défices vitamínicos ou ferropenia, sem elevação dos parâmetros inflamatórios com VS baixa, painel hepático sem alterações e BNP de 800 pg/mL com ecocardiograma com função conservada. Para estudo do derrame pleural, foi realizada toracocentese diagnóstica que revelou um transudado pelos critérios de Light, com bacteriológico e citologia para células

malignas negativas. No internamento, foi-se mantendo com perfil tensional tendencialmente hipertensivo, taquicárdica, febre diária (38°C) sem perfil circadiano e 4-6 dejeções diarreicas aquosas, sem sangue, muco ou pús. Do estudo das fezes, ausência de eosinófilos, bacteriológico e parasitológico negativos e colonoscopia normal. Do estudo da função tiroideia, documentado hipertiroidismo com TSH 0,001 UI/mL e T4 3,36 pg/mL com ecografia da tiróide de dimensões normais, estrutura heterogénea e de aspeto pseudonodular sugestivo de tiroidite e TRAbs positivos (21,6 U/L) e anticorpos anti-tireoglobulina e anti-peroxidase negativos. Iniciou metimazol e bloqueador-beta com normalização do perfil tensional, resolução da taquicardia, febre, derrame pleural, diarreia e do quadro de irritabilidade fácil. Foi excluída causa paraneoplásica em TAC cervico-toraco-abdomino-pélvico.

Teve alta para consulta de Medicina Interna e Endocrinologia com o diagnóstico de Doença de Graves.

Discussão: Este caso pretende salientar o desafio diagnóstico e colocação de vários diagnósticos diferenciais numa doente com Doença de Graves que não apresentava as suas manifestações clínicas clássicas como a oftalmopatia e dermopatia.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P256

498 HIPERCALCEMIA COMO CAUSA DE QUADRO CONFUSIONAL NO IDOSO

Bárbara Soeiro, Joana Lima Ferreira, Ana Veloso
ULSM - Hospital Pedro Hispano

Introdução

O delirium e os quadros confusionais são dos distúrbios mentais mais comumente identificados nos idosos. Caracterizam-se por alterações da cognição, atenção e nível de consciência. São factores de risco a existência de doença cerebrovascular, demência, depressão e antecedentes de alcoolismo. Os factores precipitantes mais comuns são mais as infecções, a hipoxemia e a hipercapnia, a hiperglicemia e a hipoglicemia, os distúrbios hidroelectrolíticos, o uso de opióides ou hipnóticos, a abstinência alcoólica ou de outras drogas, a hospitalização prolongada e a privação de sono.

Caso Clínico: Apresentamos o caso de uma mulher de 84 anos, com antecedentes de hipertensão, dislipidemia, hiperuricemia assintomática. Descrita como previamente totalmente autónoma. Apresenta dois meses de evolução de alterações de comportamento caracterizadas por períodos

de agressividade alternados com prostração, desorientação temporo-espacial, alterações da memória, astenia, agravamento da obstipação crónica e vômitos esporádicos. Do estudo efectuado de realçar um cálcio ionizado de 2,08 mmol/L, cálcio total de 16,3mg/dL, paratormona (PTH) 1470pg/mL, lesão renal aguda (Cr 1,8mg/dL) e hipercalcúria. Sem doseamentos prévios de cálcio ou outras alterações analíticas de relevo. Por ausência de resposta à fluidoterapia e furosemda, decidiu-se efetuar dose única de ácido zoledrónico, com normalização da calcemia, regressão sintomática e recuperação da autonomia. Do estudo etiológico, a ecografia cervical identificou um nódulo com 21mm de diâmetro em relação com a vertente posterior e inferior do lobo direito da tiróide. Efetuada biópsia aspirativa do nódulo suspeito de paratiróide. O doseamento da PTH no aspirado e a cintigrafia tiroideia com sestamibi, que mostrou um foco de hiper captação, sugeriram a presença de paratiróide hiperfuncionante. A doente foi submetida a paratireoidectomia inferior direita e hemitireoidectomia direita e a histologia confirmou adenoma da paratiróide. Atualmente mantém seguimento na Consulta de Endocrinologia e permanece assintomática.

Discussão: Trata-se de um caso de hiperparatireoidismo primário sintomático com manifestações primordialmente neurológicas, o que não é habitual, mas possivelmente subvalorizado. Deste modo, este caso pretende demonstrar a importância da pesquisa de distúrbios iónicos nos quadros confusionais nos doentes idosos.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P257

1009 HEPATOPATIA GLICOGENICA, UMA CAUSA SUBDIAGNOSTICADA DE HEPATITE RECIDIVANTE

Mariana Popovici, Paolo Iacomini, Mario Ferraz, Matilde Fraga, Jorge Fernandes, Ines Manique, Eunice Patarata, Claudia Mihn, Catarina Pereira, Antonio Panara
Hospital Curry Cabral, Medicina 7.2; Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introdução

A hepatopatia glicogénica (HG) é uma doença rara devida a deposição excessiva de glicogenio nos hepatócitos; cursa com hepatomegalia e transaminases elevadas em doentes com DM tipo 1 mal controlada. Pacientes com HG podem ter níveis elevados de lactato plasmático, com ou sem a presença de um episódio de cetoacidose diabética (CAD). A HG é considerada uma condição benigna e reversível com bom prognóstico. Os depósitos de colagénio observados na biópsia hepática definem o diagnóstico definitivo.

Caso clínico: Mulher de 44 anos, com história DM tipo 1 insulino tratada com mau controlo metabólico (HbA1c 13,4%). Recorre ao SU por dor abdominal, vômitos e cansaço com 4 dias de evolução. A referir internamento 6 meses antes por hepatite, na altura atribuído a consumo de AINE's. Objectivamente no SU: GSC 15, taquipneica (FR 32 cpm), TA: 134/90 mmHg; FC: 107 bpm, Sat.O2: 100% em AA. Glicemia 500 mg/dL e cetonemia 6 mg/dL. Mucosas descoradas e desidratadas. Abdomen sem alterações. Dos exames complementares realizados: acidose metabólica grave (ph 7,11, pCO2 10, pO2 143, HCO3 8, lactato 4,0); análises: Hb: 13,4 g/dL, leucócitos 17 000/uL; glicose 548 mg/dL; AST: 478 UI/L; ALT: 1002 UI/L; GGT: 901 UI/L; bilirrubina total normal. Ecografia abdominal: hepatomegalia. Após estabilização clínica foi internada. No internamento excluídas causas infecciosas de hepatopatia (virais e bacterianas, incluindo tuberculose), causa auto imune, deficiência de alfa-1-antitripsina, doença celíaca. A TC abdominal confirmou os achados ecográficos. Realizou estudos endoscópicos, RMN abdominal que não mostraram alterações. Perante a manutenção de citólise hepática sem causa identificada, fez biópsia hepática compatível com hepatopatia glicogénica. Com controlo glicémico apertado, as transaminases normalizaram. A doente teve alta para Consulta de Medicina. Três meses após alta mantinha enzimas hepáticas normais.

Discussão: A HG é uma patologia infra-diagnóstica, associada a diabetes tipo 1 com mau controlo glicémico. Ocorre por sobrecarga de glicogénio nos hepatócitos. Cursa com transaminases anormais, dor abdominal e hepatomegalia. Tem um bom prognóstico desde que o controlo glicémico adequado seja alcançado. É importante o diagnóstico diferencial com outras entidades, já que implica medidas terapêuticas e prognóstico diferentes. Sendo o diagnóstico definitivo feito por biópsia hepática, em muitos casos a prova terapêutica (melhoria com controlo glicémico) pode ser suficiente.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P258

1764 GINECOMASTIA BILATERAL COMO APRESENTAÇÃO DE DOENÇA DE GRAVES

Margarida Paixão Ferreira, Joana Lima, Vera Cesário, José Vaz

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo – Hospital José Joaquim Fernandes

Introdução

A doença de Graves é a forma mais comum de hipertireoidismo, sendo as suas manifestações

diversas, dependendo da idade do doente e do tempo de evolução. A perda de peso, a fadiga ou as palpitações são os sintomas mais comuns. A ginecomastia, embora reconhecida como manifestação de tireotoxicose, é rara como primeira e principal manifestação.

Caso Clínico: Doente do sexo masculino, 45 anos, sem antecedentes pessoais de relevo e sem medicação habitual, com hábitos alcoólicos ocasionais (<10g/semana), referenciado a consulta de Medicina por ginecomastia unilateral dolorosa. Apuraram-se ainda os seguintes dados: perda ponderal 5% no último ano, bem como queixas de palpitações e relato de diplopia, sobretudo em situações de cansaço. Negou disfunção erétil e diminuição da libido. Negou consumo de fármacos ou de drogas ilícitas. Ao exame objectivo destacava-se apenas ginecomastia assimétrica, diplopia horizontal no extremo esquerdo do olhar, sem outras alterações ao exame neurológico. Sem estigmas de doença hepática. Sem bócio visível e sem alterações à palpação da tiróide. Em termos de exames complementares: ecografia mamária com ginecomastia unilateral direita, mas posterior mamografia a relatar ginecomastia bilateral sem alterações estruturais. Analiticamente, hemograma, função renal e bioquímica hepática sem alterações, TSH diminuída (0,00uU/mL), T4 livre aumentada (3,82ng/dL) e T3 total aumentada (4,0ng/mL), prolactina normal, beta-estradiol elevado e testosterona no limite superior do normal. Assumido o diagnóstico de hipertireoidismo, pelo que iniciou terapêutica com Tiamazol. Foi solicitado restante estudo complementar: TRAbs positivos (5,26U/L) e ecografia tiroideia a relatar assimetria da glândula, com aumento do lobo direito, estrutura heterogénea, sem nódulos e sem hipervascularização, que confirmaram o diagnóstico de doença de Graves; RMN-CE com espessamento dos músculos rectos inferiores e interno à direita e do recto inferior à esquerda, com discreta proptose do globo ocular direito, justificativa da sintomatologia de diplopia. Sob terapêutica com Tiamazol, verificou-se uma normalização dos valores da função tiroideia, e consequentemente uma regressão gradual da ginecomastia.

Discussão: A patogénese da ginecomastia no hipertireoidismo mantém-se pouco esclarecida, mas parece estar relacionada com uma alteração no ratio de hormonas sexuais com aumento relativo dos estrogénios, devido principalmente ao aumento de globulina transportadora de hormonas sexuais (que tem maior afinidade para a testosterona, causando este desequilíbrio), mas também ao aumento da aromatização periférica de androgénios, aumento da secreção de estrogénios ou aumento da LH. Este caso destaca uma apresentação de hipertireoidismo pouco comum na prática clínica, lembrando a necessidade de descartar alteração da função tiroideia perante uma ginecomastia, principalmente sem causa facilmente identificável.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P259

1771 PARAGANGLIOMA CERVICAL – UM TUMOR RARO A CONSIDERAR

Bárbara Sousa, Elsa Araújo, Joana Silva, Manuel Barbosa, Marta Pereira, Vítor Costa, Raquel Costa, António Ferro, Paula Brandão

Unidade Local de Saúde do Alto Minho - Hospital Conde de Bertiandos

Introdução:

Paraganglioma é um tumor neuroendócrino raro, podendo ter várias localizações no sistema nervoso simpático e parassimpático e que se manifesta, na maioria dos casos, na terceira e quarta décadas de vida.

A maioria dos paragangliomas cervicais não são associados a secreção de catecolaminas e as suas manifestações clínicas variam dependendo da localização/disseminação tumoral.

Caso clínico:

Homem de 46 anos, previamente saudável, recorre ao médico assistente por aparecimento de uma tumefação na região cervical esquerda, dolorosa e otalgia esquerda com cerca de dois meses de evolução, negando outra sintomatologia.

Foi evidenciado por ecografia e, posteriormente, por TC Cervical/Pescoço a presença de uma massa cervical esquerda com 54x37x26mm, acentuadamente hipercaptante, que se localiza adjacente à bifurcação carotídea. O aspeto descrito poderia traduzir um paraganglioma ou em alternativa uma massa adenopática, merecendo melhor caracterização por biopsia. Sem outras adenomegalias cervicais.

Foram solicitados estudos complementares, nomeadamente estudo infeccioso, imunológico, TC abdominal e pélvica e doseamento de ácido vanilmandélico que seriam normais.

Tendo em conta a hipótese levantada, torna-se fundamental a diferenciação de tumor secretor ou não-secretor, sendo pedido o doseamento de catecolaminas e metanefrinas séricas e urinárias que seria negativo.

Solicitada biopsia guiada por ecografia da lesão que confirma se tratar de um tumor neuroendócrino (ainda que amostra insuficiente para alargar estudo imunohistoquímico).

Doente encaminhado para a Consulta de Cabeça e Pescoço. À reavaliação imagiológica do tumor, verificado aumento de dimensões para cerca de 6cm. Submetido a radioembolização da artéria principal do tumor e posteriormente exérese da

massa, aparentemente com ponto de partida no nervo vago. A histologia da peça cirúrgica confirmaria o diagnóstico de paraganglioma.

Discussão:

Este caso ilustra uma apresentação comum de um tumor raro, benigno na maioria dos casos, mas que pode ter complicações locais (envolvimento de estruturas neurovasculares importantes), disseminação tumoral (nomeadamente metastização para outros locais, adquirindo nesse caso um comportamento maligno e pior prognóstico), quer pela possibilidade de ter um potencial secretor hormonal.

De forma a evitar uma possível crise de catecolaminas (uma emergência médica bem conhecida), é essencial, nos doentes com suspeita de paraganglioma, a diferenciação dos tumores secretores através do doseamento séricos e urinário destas hormonas antes da manipulação tumoral.

No caso apresentado, apesar do evidente crescimento tumoral (tumefação com dois meses de evolução e aumento das dimensões até à data da cirurgia), a correta abordagem permitiu o tratamento com intuito curativo.

Portanto, reconhecer esta entidade torna-se fundamental para um bom prognóstico e sucesso terapêutico.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P260

899 HIPOGLICÉMIA HIPERINSULINÉMICA APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA

Mafalda Ferreira, Mariana Lavrador, Helder Esperto, Lélita Santos, Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução

A hipoglicémia hiperinsulinémica pós-prandial é uma complicação metabólica rara da cirurgia bariátrica, sobretudo do bypass gástrico em Y-de-Roux. Os sintomas autonómicos e neuroglicopénicos aparecem tipicamente 1 a 3 horas após refeição rica em hidratos de carbono, seis meses a vários anos após a cirurgia. São considerados mecanismos potenciais: aumento da secreção de GLP-1, aumento da sensibilidade da célula beta, diminuição da insulino-resistência, hipersecreção de insulina e secreção anormal das hormonas de contra-regulação. O diagnóstico baseia-se na história clínica, testes de provocação e exclusão de outras causas, como insulinoma. O tratamento consiste no ajuste dietético, podendo ainda ser necessárias medidas farmacológicas. A reconstrução cirúrgica ou pancreatectomia podem ser necessárias se as

outras medidas forem ineficazes.

Caso clínico

Homem de 34 anos, com história de obesidade mórbida (IMC=46,88 Kg/m²), HTA e diabetes tipo 2 não insulino-tratada, foi submetido a bypass gástrico e medicado com metformina, indapamida, amlodipina/valsartan e polivitamínico. Iniciou seguimento em consulta de Nutrição Clínica dois anos após a cirurgia. Referia sintomas sugestivos de hipoglicemia cerca de 1 hora após as refeições, com início 6 meses após a cirurgia. Fornecido glucómetro que permitiu objectivar hipoglicemias na ordem dos 40-50 mg/dL. Recusou internamento para prova de jejum de 72 horas. Realizou TC abdominal que não demonstrou lesão suspeita de insulinoma. Do estudo analítico destaca-se HbA1c 5,7%, PTGO: 128mg/dL (1h), 64mg/dL (2h); doseamento de insulina 173UI/mL (valor de referência <30) e peptídeo C 3.3 (1 – 7,6). Recomendada dieta pobre em açúcares de absorção rápida e medicado com acarbose 50 tid mantendo-se sem hipoglicemias. Posteriormente começa a tomar de forma irregular até suspensão completa com reaparecimento de hipoglicemias pós-prandiais. Como forma de corrigir as hipoglicemias passa a ingerir frequentemente açúcar e doces com progressivo aumento de peso (Peso mínimo: 101,4Kg; actual: 122,2Kg).

Discussão:

Existem poucos casos de hipoglicemia hiperinsulinémica pós-prandial descritos na literatura. Estima-se que ocorra em menos de 0,5% dos doentes submetidos a cirurgia bariátrica. No entanto, com o aumento da prevalência da obesidade e do tratamento cirúrgico, o número de doentes irá aumentar, podendo inclusivamente afectar doentes não diabéticos. Estes doentes têm sido tratados de forma variada não existindo ainda consensos ou recomendações.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P261

1670 HIPOCALCEMIA E HIPOMAGNESEMIA INDUZIDA POR INIBIDOR DA BOMBA DE PROTÕES: UMA CAUSA RARA

Andreia Diegues, Rita Silva, Filipa Rodrigues, Tiago Ceriz, Ana Lopes Gonçalves, Elisa Tomé, Eugénia Madureira
Unidade Local de Saúde do Nordeste

Introdução

Os inibidores da bomba de protões (IBPs) são um grupo largamente usado na prática clínica

e associado a complicações iónicas graves ainda pouco relatadas. A hipomagnesemia e hipocalcemia devidas aos IBPs, explicam-se quer pela inibição dos canais TRPM, quer pela alteração do pH intestinal com redução da absorção intestinal. No entanto, estes mecanismos não estão completamente estabelecidos. Os valores da concentração do cálcio (Ca²⁺) podem ser alterados por vários fatores, nomeadamente pela paratormona (PTH), vitamina D, fosfato e Ca²⁺. O magnésio (Mg²⁺) é necessário na secreção de PTH e na resposta periférica à PTH. Portanto, a hipomagnesemia indiretamente associa-se ao nível de Ca²⁺ junto com homeostase de Ca²⁺, PTH e vitamina D.

Caso clínico: Mulher, 78 anos, com síndrome metabólica, insuficiência cardíaca (IC) multifatorial medicada com antibiabéticos orais, antihipertensor, diurético, ácido acetilsalicílico e omeprazol. Recorre ao serviço de urgência por quadro de tremor generalizado com 2 semanas de evolução, alguns dias após a alta de internamento por IC descompensada e intensificação de terapêutica diurética. Ao exame objetivo hemodinamicamente estável, mioclonia da pálpebra esquerda, edemas palpebrais e sinal de Trousseau positivo. Analiticamente a destacar hipocalcemia (6.1mg/dl), hipomagnesemia (0.71mg/dl), PTH inapropriadamente baixa (7.5pg/mL) e albumina 3.4g/dl. ECG com prolongamento do QT. Na admissão realizou Ca²⁺ e Mg²⁺ endovenoso com melhoria da sintomatologia. Durante o internamento suspenso omeprazol com normalização dos valores de ambos os eletrólitos em controlos seriados. Assumidos défices iónicos na dependência do IBPs e potenciada pelo diurético. Alta com troca de omeprazol por ranitidina. Em consulta de controlo, assintomática e com valores de Ca²⁺ e Mg²⁺ normais, mesmo sem suplementação e normalização da PTH que se apresentava ainda no limiar inferior na alta.

Discussão: A hipomagnesemia e hipocalcemia causada pelos IBPs associada a clínica neuromuscular é normalizada com a suspensão do IBPs. Importante destacar também que este efeito dos IBPs aparece principalmente se associado ao uso do diurético que intensifica a perda de Mg²⁺. A presença de sintomatologia associada a hipocalcemia e hipomagnesemia com o uso de IBPs e diuréticos é rara, mas pode ser grave, como realçado neste caso. Assim a monitorização do Mg²⁺ e Ca²⁺ nos doentes sob IBPs é crucial, especialmente na nossa população cada vez mais envelhecida.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P262

153 TOMOGRAFIA COMPUTORIZADA 4D: A NOVA DIMENSÃO DO HIPERPARATIROIDISMO PRIMÁRIO

Antonio Costa Carneiro, Madalena Silva, Isa Silva, Ines Nabais, Filipa Taborda, Luis Pereira, Carlos Bello, Magda Faria, Ana Boquinhãs

Hospital de Cascais, Hospital Egas Moniz

Apresenta-se caso de uma doente do sexo feminino, com artralguas ao nível dos punhos, metacarpofalângicas e joelhos, com algumas semanas de evolução. O estudo autoimune foi negativo, contudo, foi evidenciada uma hipercalcémia moderada (12 mg/dL) com elevação da paratormona (PTH 183.5 pg/mL), défice de calcidiol (9.5 ng/mL) e calciúria normal (0.26 g/24 horas, ref. 0.1-0.3). A radiologia convencional demonstrou condrocalcinose dos punhos e joelhos. Foi admitido diagnóstico de hiperparatiroidismo primário com artropatia por deposição de cristais de pirofosfato de cálcio e a doente iniciou bifosfonato e prednisolona, em dose intermédia 0.5 mg/kg/dia, com excelente resposta. Foi excluída neoplasia oculta, por tomografia computadorizada (TC) de corpo. A doente realizou ecografia do pescoço e cintigrafia nuclear, sem evidência de adenomas paratiroideus ou hiperplasia paratiroideia. Assim, foi submetida a TC 4D do pescoço, que identificou uma lesão ovalada com 25 x 13 x 8 mm adjacente ao contorno externo dos terços médio e inferior da tiróide, hipodensa na aquisição sem contraste, hipercaptante na fase arterial, com washout precoce, na fase tardia. A doente submetida a excisão do nódulo identificado, cujo estudo histológico foi compatível com um adenoma paratiroideu; assistiu-se a normalização da calcémia e nível de PTH.

A TC 4D tem adquirido um papel cada vez mais importante na localização pré-cirúrgica de lesões paratiroideias, sobretudo em doentes com estudo imagiológico inconclusivo, especialmente naqueles com lesões pequenas, ectópicas ou doença multiglandular. Este método diagnóstico permite uma abordagem cirúrgica mais dirigida (pela informação anatómica precisa) e, assim, menos invasiva. Apesar de se tratar de um exame de 2ª linha, estudos recentes têm demonstrado que a sua sensibilidade e especificidade são superiores à da ecografia e cintigrafia nuclear. A 4ª dimensão corresponde à informação de perfusão que é fornecida pelas múltiplas fases de contraste (sem contraste, arterial e tardia). O estudo em várias fases é essencial uma vez que apenas 19% dos adenomas são detectados na fase arterial e até 23% dos adenomas só são detectados na fase sem contraste. Os adenomas paratiroideus apresentam-se hipodensos na fase sem contraste,

hipercaptantes na fase arterial, com washout rápido na fase tardia.

Este caso clínico pretende demonstrar as vantagens da TC 4D, em termos de sensibilidade para identificar adenomas paratiroideus ocultos (por ecografia e cintigrafia), e precisão na descrição anatómica, permitindo uma abordagem cirúrgica dirigida e minimamente invasiva.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P263

338 ACIDOSE LÁTICA ASSOCIADA A METFORMINA, UM DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR NA PRESENÇA DE ACIDEMIA LÁTICA E METFORMINA

Ana Monteiro, Inês Ferreira, Vanessa Chaves, Tatiana Vieira, José Pereira

CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA/INTENSIVA

Introdução

A metformina é o fármaco de primeira linha no tratamento da Diabetes Mellitus (DM) tipo 2. Diminui a insulinoresistência, a produção hepática de glicose e a absorção intestinal da mesma. Não é metabolizada no plasma, pelo que o volume de distribuição é alto, tornando-a um fármaco efetivo. Tem excreção predominantemente renal, com vida média prolongada em caso de insuficiência renal. A acidose láctica associada à metformina (MALA) é uma complicação rara, grave, com elevada mortalidade. A clínica de MALA é inespecífica variando desde quadro de choque, alteração de estado de consciência e disfunção renal a náuseas, vômitos ou dor abdominal, o que implica um elevado grau de suspeita diagnóstica. Para diagnóstico têm de estar presentes todos os critérios: uso de metformina, elevação do lactato sérico e gap aniónico, acidemia grave, diminuição de bicarbonato e insuficiência renal. O tratamento consiste na remoção extracorporeal do fármaco, por técnica de substituição da função renal (TSFR), suporte orgânico e em casos de acidemia grave (pH<7,1), bicarbonato sódico.

Caso clínico: Mulher de 67 anos, história médica de DM2 com 20 anos de evolução. Atingimento microvascular e macrovascular com retinopatia, nefropatia (creatinina basal de 1,3mg/dL) e cardiopatia isquémica. Medicada com insulina e antidiabético oral (metformina 1000mg). Foi admitida por quadro de 6 dias de evolução de náuseas, vômitos e diminuição do débito urinário, interpretado posteriormente como provável gastroenterite vírica. Não apresentava alterações ao exame objetivo, além de se apresentar francamente desidratada. Do estudo complementar

realizado, de realçar acidemia láctica (pH 7,04; pCO₂ 13mmHg; HCO₃⁻ 3mmol/L; Lactato 13mmol/L) e disfunção renal (ureia de 248mg/dL; creatinina 5,41mg/dL); a ecografia renovesical e abdominal realizada excluiu foco obstrutivo ou patologia intra-abdominal. Perante este quadro foi considerada a hipótese de MALA, pelo que iniciou bicarbonato sódico 8,4% e TSFR. Teve necessidade transitória de suporte aminérgico, pelo que foi admitida em unidade de cuidados intensivos sob técnica de Hemofiltração veno-venosa continua durante 2 dias, com recuperação da diurese espontânea, normalização de lactato sérico e da função renal.

Discussão: Apesar de ser um fármaco seguro, a metformina, fármaco de primeira linha no tratamento de DM2, pode causar efeitos laterais graves, nomeadamente MALA. Para o seu diagnóstico a suspeita clínica é fundamental, uma vez que a instituição precoce de tratamento, melhora significativamente o prognóstico. Contudo, para a sua prevenção é essencial uma cuidadosa educação do doente perante situações de risco de hipovolemia e consequente lesão renal aguda, como no caso reportado.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P264

503 DIABETES "GALOPANTE" NUMA DOENTE IDOSA

Diogo Morgado Conceição, Regina Costa, Nélon Pedro, Lélita Santos, Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Serviço de Medicina Interna

INTRODUÇÃO

A diabetes mellitus é uma das doenças mais prevalentes na nossa população e das mais comuns na prática clínica da Medicina Interna. Apresentamos um caso de diabetes com apresentação atípica, que motivou uma investigação complementar alargada, cujos resultados se revelaram cruciais no prognóstico e orientação clínica.

CASO CLÍNICO

Uma mulher de 75 anos recorre ao Serviço de Urgência por sensação de falta de força generalizada, tremores e mal-estar inespecífico, que motivou queda no domicílio, com traumatismo da anca direita. Referia anorexia com três semanas de evolução, com perda ponderal de 54 para 45 kg, associada a dor epigástrica de agravamento pós-prandial e obstipação. Como antecedentes, destacava-se: diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada 4 meses antes, com HbA1c inicial de 7,7%, que se elevava para 15% três meses após o diagnóstico apesar de terapêutica com metformina 500 mg 2id;

hipertensão arterial, controlada com antagonista dos recetores da angiotensina-II e bloqueador dos canais de cálcio. Na admissão, encontrava-se em cetoacidose, com acidemia metabólica não láctica (pH 7,29, HCO₃⁻ 14,8 mM).

Face à história atípica de evolução e aos sintomas abdominais e constitucionais, realizou ecografia abdominal e tomografia computadorizada, que revelou, em contiguidade com a cabeça do pâncreas e arco duodenal, uma lesão acentuadamente hipervascular de limites imprecisos, medindo 27 x 18 mm no plano axial, suspeita de corresponder a tumor neuro-endócrino, pelo que foi solicitada biópsia guiada por ecoendoscopia; não se identificaram lesões à distância.

A doente apresentou deterioração clínica rápida (no período de três semanas), com intolerância alimentar total, icterícia obstrutiva e dor abdominal intratável, com limitação funcional marcada. Avaliada por CPRM, que evidenciou dilatação da via biliar principal, ectasia das vias biliares intra-hepáticas e do canal Wirsung, carcinomatose peritoneal e derrame pleural bilateral. O estudo anatomo-patológico da biópsia revelou adenocarcinoma do pâncreas, com células negativas para imunomarcadores neuro-endócrinos. A doente foi transferida para uma Unidade de Cuidados Paliativos dois meses após a admissão hospitalar inicial, onde veio a falecer.

DISCUSSÃO

O diagnóstico de novo de diabetes mellitus no adulto, sobretudo com uma evolução atípica ou com outra sintomatologia concomitante, deve levar à suspeição de diabetes secundária a outras patologias. Uma história e exame clínicos cuidadosos permitirão orientar a marcha diagnóstica destes doentes. A identificação de factores etiológicos infecciosos, autoimunes, neoplásicos, ou farmacológicos podem revelar-se cruciais na orientação terapêutica e no prognóstico da doença.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P265

509 QUANDO A TEMPESTADE MATA

Miguel Alves, José Mariz, Elsa Gonçalves, Isabel Seixas, Isabel Agonia, Adolfo Silva, Jorge Teixeira

SERVIÇO DE URGÊNCIAS - HOSPITAL DE BRAGA

Introdução

A tempestade tireoideia, também conhecida como crise tireotóxica, é uma patologia grave resultante de uma exacerbação súbita e potencialmente fatal do hipertiroidismo, trata-se de um estado hipermetabólico agudo, com disfunção multiorgânica, induzido pela liberação excessiva das

hormonas tiroideias em circulação. O diagnóstico é principalmente clínico, sendo a febre, taquicardia, agitação, delírio e coma as manifestações mais importantes. Embora sendo um distúrbio raro, quando suscitado, o tratamento deva ser instituído de imediato.

Caso clínico: Homem de 73 anos, parcialmente dependente, cognitivamente bem, com Antecedentes Patológicos de Colite Ulcerosa, Parkinson, HTA e dislipidemia, medicado com Pravastatina, Perindopril + Indapamida, Pramipexol, Pantoprazol, Levodopa + Benserazida, Lercanidipina, Messalazina. Trazido ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de dispneia, toracalgia e prostração com 1 dia de evolução. Apresentava-se vigil, pouco colaborante, Caquexia evidente, pálido, desidratado, polipneico, TA 135/78mmHg, FC 130bpm, Dx 130mg/dL, T^a 38°C. Exame Neurológico com olhos espontaneamente abertos, dirigindo o olhar, não falava (tenta falar), cumpria ordens simples com dificuldade. Pupilas isocóricas e reactivas. Sem alterações da oculomotricidade. Sem assimetria facial no esgar à dor. Mobilizava os 4 membros, sem assimetrias. Ligeira rigidez da nuca. Analiticamente com Hemoglobina 7g/dL, marcadores inflamatórios aumentados, função renal normal, ionograma normal, transaminases normais, elevação dos MNM, coagulação normal. ECG com FA de novo com resposta rápida. Por suspeita de Infecção do Sistema Nervoso Central realizou TC cerebral sem lesões hemorrágicas agudas, nem seguras lesões isquêmicas recentes com envolvimento cortical. Realizada PL com LCR: Leucócitos 4/ul; Eritócitos 1u/l, Proteínas 0,29 g/L; Glicose 114 mg/dl. Realizou uma unidade de Globos Rubros. Realizou B-Bloqueador e Digoxina para controlo de frequência. Posteriormente realizou TC TAP revelando extensa consolidação parenquimatosa no pulmão esquerdo, a língua e grande parte do lobo inferior com broncograma aéreo, com processo pneumónico. Acrescentou-se estudo função tiroídea revelando TSH <0,005 e T4 > 8. Realizou colheita de expectoração, Hemoculturas e iniciou empiricamente Piperacilina-Tazobactam. Fez impregnação com propiltiuracilo e admitido Unidade de Cuidados Intermediários com o diagnóstico provável de tempestade tiroídea com disfunção multiorgânica e Pneumonia da comunidade. Ao segundo dia de internamento, o doente teve deterioração do estado de consciência e agravamento do quadro clínico, acabando por falecer.

Discussão: A tempestade tiroídea é uma emergência endócrina, associada a uma taxa de mortalidade elevada. Na maioria dos casos surge associado a um evento precipitante, secundário na sua maioria a um processo infeccioso. O seu rápido diagnóstico e consequente tratamento é fulcral para uma evolução favorável do quadro.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P266

658 A PROPÓSITO DE LOUCURA E HORMONAS

Mariana Formigo, Margarida Rocha, Sara Freitas; Rosa Maria Ferreira, Jorge Cotter

Hospital Senhora da Oliveira Guimarães

O hipotireoidismo é uma doença resultante da quantidade insuficiente de hormonas circulantes da tiroide. No hipotireoidismo severo podem verificar-se quadros de ansiedade severa e agitação, manifestados por alucinações, comportamento paranóide e até demência, quadro este conhecido por 'loucura mixedematosa'.

Mulher de 54 anos, transferida do serviço de urgência de Piquiatria para Medicina Interna por alteração do comportamento e da memória com 2 semanas de evolução com desadequação nas atividades de vida diárias. Realizou tomografia computadorizada cerebral sem alterações de relevo, estudo analítico com documentação de hipotireoidismo severo [T4L 0.36 (valores de referência (VR): 0.76 - 1.46) e TSH 105 (VR: 0.358 - 3.74)]. Doseamento de álcool, drogas e HIV negativos.

À observação no SU, hemodinamicamente estável, sem alterações ao exame objetivo incluindo o exame neurológico. Medicada com levotiroxina 100 ug/dia e orientada para consulta de reavaliação em 1 mês.

Na consulta de reavaliação ao 1º mês, apresentava-se com período de agitação psicomotora e referia alucinações auditivas, mas em menor número de episódios. Apresentava doseamento hormonal T4L 1.16 e TSH 6.2. Pedida ecografia tiroídea, autoimunidade e consulta de Psiquiatria. Posteriormente, ao longo da sua monitorização em consulta apresentou-se assintomática, com função tiroídea normalizada (T4L 0.84; TSH 3.4), elevação de anticorpo antitireoperoxidase e ecografia tiroídea a firmar o diagnóstico de Tireoidite autoimune.

Dada a severidade do caso, no hipotireoidismo severo foi fundamental o diagnóstico precoce e a implementação de tratamento. Na maioria dos casos, os sintomas e sinais físicos e psiquiátricos melhoram com o tratamento de substituição hormonal.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P267

2194 UM CASO DE HIPOGLICÉMIA - QUANDO A CAUSA ESTÁ NA MALA

Inês Costa Santos, Carolina Palma, Joana Patrício, Ricardo Pereira, Hugo Casimiro, Beatriz Navarro, Mário Parreira, Ermelinda Pedroso

Hospital de São Bernardo - CHS

INTRODUÇÃO

As admissões hospitalares por hipoglicémia têm aumentado nos últimos anos, ocorrendo maioritariamente em doente diabéticos. Contudo, esta também pode surgir em não diabéticos. As principais causas de hipoglicémia neste contexto são insulínoma, nesidioblastose, neoplasia extrapancreática, fármacos não-antidiabéticos, como haloperidol e lítio, e hipoglicémia factícia.

CASO CLÍNICO: Doente do género feminino, 40 anos, previamente saudável, responsável por lar de idosos. Trazida ao serviço de urgência por quadro com 3 dias de evolução caracterizado por mal estar geral, astenia e episódios de tremores, tonturas e hipersudorese após curtos períodos de jejum, com melhoria da sintomatologia após ingestão de alimentos. Num desses episódios, terá avaliado a glicémia capilar, apresentando 48mg/dL.

Negava medicação crónica ou toma recente de qualquer fármaco, droga ou produto de ervanária. Ao exame objetivo, encontrava-se hemodinamicamente estável, sem défices neurológicos focais e com glicémia capilar de 148mg/dL (após glicose hipertónica), sem outras alterações relevantes. Perante o quadro, foi internada para vigilância e estudo etiológico.

Durante o internamento, foram documentadas as hipoglicémias, com predomínio dos sintomas de ativação adrenérgica, e melhoria clínica parcial após reforço calórico e aporte parentérico dextrosado. Colocou-se a hipótese diagnóstica de hipoglicémia hiperinsulinémica secundária a insulínoma ou nesidioblastose do adulto.

Para corroborar esta hipótese diagnóstica, realizou prova de jejum, verificando-se a tríade de Whipple, definida por sintomas de hipoglicémia, glicémia ≤ 40 mg/dL e alívio da sintomatologia após administração de glucose. A TC abdómino-pélvica não revelou alterações pancreáticas. Os resultados da primeira prova foram inconclusivos. Foi repetida a prova, tendo os resultados revelado uma glicémia de 35mg/dL e níveis séricos praticamente indetetáveis de pró-insulina (0,2 pmol/L), péptido C ($<0,1$ ng/L), insulina (0,4 mU/L) e hidroxibutirato (0,03 mmol/L). Com base nestes resultados, suspeitou-se de hipoglicémia factícia.

Nesse mesmo dia, foram encontrados acidentalmente pela equipa de enfermagem análogos da insulina junto da mala da doente, que acabou por abandonar o internamento contra parecer médico. Posteriormente, aceitou ser referenciada a consulta de Psiquiatria, onde se apurou perturbação depressiva com hipoglicémia factícia associada, tendo a doente iniciado terapêutica farmacológica e mantido seguimento em consulta.

DISCUSSÃO: Apesar de incomum em indivíduos não diabéticos, o diagnóstico diferencial de hipoglicémia é de extrema importância, dada a gravidade das possíveis patologias subjacentes. Perante uma jovem com bom estado geral e com a tríade de Whipple, o insulínoma é o diagnóstico mais provável. O presente caso clínico pretende alertar para a importância de excluir outras causas, particularmente hipoglicémia factícia, situação que pode colocar em risco a vida do doente.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P268

1681 EMERGÊNCIAS ENDÓCRINAS NA URGÊNCIA DE MEDICINA INTERNA – UM CASO CLÍNICO

Sara Viana, Daniela Salazar, Maria João Ferreira, Vanessa Guerreiro, Ana Rita Parente, Ana Santos, Andreia Teixeira, Ruben Raimundo, Adriano Mendes, Miguel Lessa Silva, Joana Cochicho, Armando Nodarse, Sandra Belo, Ana Oliveira, Paula Freitas, Davide Carv

Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do CHUSJ; Serviço de Medicina Interna do HDJMG-ULSNA

INTRODUÇÃO

A urgência de Medicina Interna é multifacetada e requer atenção ao detalhe em todas as vertentes, desde a anamnese, avaliação clínica do doente e de toda informação disponível por quaisquer meios. A interligação entre a história pessoal e a evolução clínica está na base do diagnóstico clínico, como se pode verificar neste caso.

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO: Doente de sexo feminino, 46 anos, autónoma, trazida ao serviço de urgência pelo marido, por alteração do estado de consciência, com cerca de 12 horas de evolução. Na anamnese, de difícil colheita, ambos negaram quaisquer antecedentes pessoais, alergias ou ingestão tóxica medicamentosa. A admissão, da abordagem ABCDE, destacava-se, polipneia, dessaturação (SpO₂ 87%), hipotensão (TA 77/33mmHg), FC 103bpm, ausência de alterações auscultatórias, glicémia 100mg/dL, sonolência, discurso confuso, abrindo os olhos a chamada (ECG 13), febril (TT 40,2°C), abdómen ligeiramente doloroso de forma difusa, além de

edema da face (incluindo periorbitário) e edemas periféricos dos membros. Após medidas de suporte, apresentou apenas ligeira melhoria do estado de consciência, persistindo sonolência e hipotensão (TA 78/57mmHg), reavaliando-se presença de sinal de Murphy renal bilateralmente. Presumiu-se o diagnóstico de sépsis grave, tendo os resultados analíticos e imagiológicos corroborado o foco de pielonefrite aguda não obstrutiva, associado a lesão renal aguda, realçando-se doseamento de Na 135mmol/L (borderline). Após consulta detalhada do processo informático, identificou-se a crucial informação de antecedente de síndrome de Sheehan, e após insistência, a doente refere suspensão da toma de corticoterapia e levotiroxina desde há 2 anos. Desta forma, a persistência de instabilidade hemodinâmica, aliada ao fácies característico e posterior confirmação analítica do estudo hormonal, era claramente enquadrada num contexto de coma mixedematoso e insuficiência suprarrenal secundária descompensada, consequentes de incumprimento terapêutico e precipitada por quadro infeccioso agudo. Instituiu-se de imediato suplementação com hidrocortisona e levotiroxina endovenosas, além da antibióterapia e restantes medidas de suporte, sob monitorização em cuidados intensivos, e em 2 horas a recuperação clínica foi significativa. Após titulação de terapêutica em internamento a doente teve alta com melhoria franca (analítica, clínica e fenotípica, incluindo do fácies).

DISCUSSÃO: O coma mixedematoso, uma emergência endócrina, é uma entidade que carece de abordagem imediata dada a elevada taxa de mortalidade caso permaneça sem tratamento, pelo que atualmente raramente é encontrada, dado o diagnóstico e tratamento precoce. A integração de um quadro agudo neste contexto foi um fator confundidor e a consulta do sistema informático imprescindível para o esclarecimento e abordagem precoce do quadro, uma vez que a doente claramente desvalorizou a doença e tratamento, que uma vez rapidamente instituído, reverteu o quadro.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P269

2057 OFTALMOPATIA DE GRAVES E A MULTIDISCIPLINARIDADE DA TERAPÊUTICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Maria Bairos Menezes, Maria Piteira, Margarida Massas, Leila Barrocas, Ana Pedrosa, Sara Correia, Mariana Soares, Vasco Neves, Ana Bernardo, Vera Sarmento, M. Luisa Sánchez Corraliza, Conceição Barata

Hospital do Espírito Santo de Évora

INTRODUÇÃO

A oftalmopatia de Graves (OG) associada a alterações da função tiroideia é uma patologia inflamatória autoimune que ocorre em aproximadamente 25% dos casos de Doença de Graves. Na maioria dos doentes é autolimitada, contudo condiciona alterações significativas da morfologia orbitária e função visual, com repercussão na qualidade de vida. O sistema de classificação do Grupo Europeu da Orbitopatia de Graves (EUGOGO) foi concebido para avaliar a atividade e gravidade desta patologia e guiar a abordagem terapêutica. A susceptibilidade genética, tabagismo e stress são factores predisponentes e as formas mais graves são mais frequentes no sexo masculino e em idade avançada.

CASO CLÍNICO: Homem de 62 anos, independente nas atividades de vida diária, com o diagnóstico de Doença de Graves 3 anos antes. Tem como antecedentes pessoais AVC isquémico, HTA, dislipidemia e patologia brônquica tabágica (fumador, 50UMA). É referenciado à consulta de Medicina Interna por descompensação da função tiroideia, sob terapêutica com antitiroideus. O doente afirmava disfagia, disfonia, edema palpebral, irritabilidade e insónia. Analiticamente apresentava uma TSH de 0.006mU/L, T4 livre de 4.05ng/dL e anticorpos anti-receptor da TSH positivos. A ecografia da tiroide evidenciava aumento global de toda a glândula tiroide com contornos periféricos regulares e ecoestrutura homogénea. Aumentou-se dose de metibazol que foi posteriormente suspenso por hipotiroidismo. Dois meses depois o doente apresentava agravamento oftalmológico, com dor espontânea retrobulbar e despoletada pelos movimentos, exoftalmia, edema e retração palpebral, hiperemia conjuntival, lacrimejo e diminuição da acuidade visual. A RMN encefálica e orbitária era sugestiva de orbitopatia tiroideia com consequente diminuição do espaço útil nos ápices orbitários, proptose ocular e nervos e quiasma ópticos normais. Foi referenciado de carácter urgente à consulta de Oftalmologia e após avaliação por esta especialidade foi internado para corticoterapia endovenosa. Foi recomendada a cessação tabágica, medidas locais e manteve em ambulatório pulsos de corticoides. Foi submetido a 10 sessões de radioterapia com uma dose total de 20Gy sobre os músculos orbitários com melhoria. Encaminhado à consulta de endocrinologia, sendo submetido a tireoidectomia total, com histologia de "hiperplasia difusa com aspectos de hiperfunção compatível com Doença de Graves".

DISCUSSÃO: De acordo com a EUGOGO a abordagem da OG implica a modificação dos factores de risco como a cessação tabágica e normalização da função tiroideia. Quando se trata de OG moderada a severa a terapêutica inicia-se por corticoterapia endovenosa, podendo ser necessária radioterapia ou até cirurgia de descompressão da órbita. Com este caso clínico podemos refletir a importância de uma abordagem multidisciplinar e

variedade de tratamentos instituídos, com impacto na qualidade de vida do doente.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P270

2058 HIPONATRÉMIA SEVERA COMO CAUSA DE CARDIOMIOPATIA DE TAKOTSUBO

Dinis Sarmiento, Teresa Mendes, Filipa Leal, Diana Anjos, Anabela Silva, Mari Mesquita

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Introdução

A cardiomiopatia de Takotsubo (CT) caracteriza-se por uma clínica semelhante à do enfarte agudo do miocárdio e, apesar da sua etiopatogenia não se encontrar totalmente esclarecida, está associada a estímulos físicos e emocionais vigorosos.

Caso clínico: Mulher, 75 anos, hipertensa e medicada, há vários anos, com perindopril/indapamida 8/2.5mg id. Admitida, em unidade hospitalar, por convulsões tónico-clónicas generalizadas e coma após quadro insidioso de abdominalgia e vômitos. Analiticamente, sem aumento dos marcadores inflamatórios sistémicos, função renal preservada com hiponatrémia de 112 mmol/L, aumento dos marcadores de necrose miocárdica (Troponina I máxima 16.71ng/mL); Eletrocardiograma com supradisnivelamento de ST nas derivações pré-cordiais V2-V4; ecocardiograma transtorácico (EcoTT) com acinesia apical e dos segmentos médios distais do septo intraventricular, depressão moderada da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE); cateterismo cardíaco sem evidência de estenoses coronárias. Assumido síndrome de Takotsubo em contexto de convulsões por hiponatrémia grave a tiazidas. Excluídas outras causas de hiponatrémia nomeadamente, hipotireoidismo e défice de glucocorticoides. Após correção iónica, apresentou total recuperação neurológica e cardíaca com ECG normal e ECO TT com FEVE preservada. Teve alta com bisoprolol 2.5mg id, ramipril 2.5mg id e ácido acetilsalicílico 100mg id.

Discussão: Este caso demonstra a hiponatrémia severa como um potencial fator desencadeante de CT. O conhecimento destes novos estímulos permitirá não só um diagnóstico correto, mas também o aprofundamento dos mecanismos fisiopatológicos da cardiomiopatia de Takotsubo.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P271

2072 UMA APRESENTAÇÃO SINGULAR DE UM TUMOR RARO

Inês Nabais, António Carneiro, Nuno Melo, Ana Teresa Boquinhas

Serviço de Medicina Interna, Hospital de Cascais

INTRODUÇÃO

O feocromocitoma é um tumor neuroendócrino produtor de catecolaminas raro, que pode ter origem supra-renal ou extra-adrenal, sendo uma das etiologias de hipertensão arterial secundária. Apresenta a sintomatologia clássica de cefaleias, palpitações, ansiedade e diaforese, mas o espectro de apresentação pode ser muito variável.

CASO CLÍNICO

Apresenta-se o caso de uma mulher de 68 anos de idade, caucasiana, com história médica pregressa conhecida de bócio multinodular com hipotireoidismo, insuficiência cardíaca com fracção de ejeção preservada e hipertensão arterial, que recorre ao Serviço de Urgência por queixas de aumento do volume e dor intensa na região interna do membro inferior (MI) esquerdo. Da avaliação inicial salienta-se MI esquerdo com edema franco até à raiz da coxa, mole à palpação, com extremidades frias e cianosadas, elevação de D-Dímeros de 14,04 mg/L e de NT-próBNP de 7.151 pg/mL. Realizou ecodoppler venoso do MI esquerdo que mostrava extensa trombose venosa profunda (TVP) ilio-femoro-popliteia aguda. Ficou internada para estudo etiológico.

Durante o internamento, a doente inicia quadro compatível com insuficiência cardíaca aguda congestiva em anasarca, associado a hipertensão não controlada. Realizou tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica para estudo etiológico da TVP, tendo-se documentado uma massa na glândula supra-renal esquerda. Para estudo da massa descrita realizou: avaliação analítica que mostrava Anti-Receptor de TSH (TRAb), ACTH, progesterona, testosterona livre, delta-4-androstenediona, dihidrotestosterona, dehidroepiandrosterona, aldosterona e actividade de renina dentro dos valores de referência, mas catecolaminas plasmáticas, metanefrinas na Urina de 24 horas, metanefrinas fraccionadas plasmáticas e Catecolaminas fraccionadas na urina 24 horas muito elevadas. Admitindo-se o diagnóstico de feocromocitoma realizou, ainda, tomografia por emissão de positrões (PET) que mostrava lesão muito captante da supra-renal à esquerda, presumivelmente neoplásica e cintigrafia corporal com 123I-MIBG sugestiva da presença de tumor de células derivadas da crista neural na glândula

supra-renal esquerda. Actualmente, a doente encontra-se a aguardar cirurgia.

DISCUSSÃO

Os autores apresentam este caso pela forma pouco tradicional de apresentação de um feocromocitoma, pretendendo reforçar-se a necessidade de um diagnóstico diferencial cuidadoso durante o estudo de uma massa na supra-renal. De salientar que o diagnóstico precoce de causas de hipertensão arterial secundária melhora o prognóstico a curto e a longo prazo, na medida em que aumentam a probabilidade de cura da HTA, permitindo, em última instância, diminuir o risco cardiovascular.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P272

230 TETANIA POR HIPOCALCÉMIA GRAVE - UMA EMERGÊNCIA MÉDICA

Flávia Santos, Maria João Palavras, Ana Albuquerque, Filipa Alçada, Helena Carrondo, Maria Jesus Banza
Centro Hospitalar de Leiria - Hospital de Santo André

O nível de cálcio sério pode encontrar-se moderadamente diminuído sem causar nenhum sintoma. No entanto uma concentração sérica extremamente baixa do mesmo pode causar parestesias com atingimento preferencial das extremidades, mialgias e espasmos musculares. Nos casos mais graves pode evidenciar-se por um quadro de tetania com rigidez e espasmos musculares intensos, condicionar convulsões ou arritmias cardíacas, colocando assim em risco a vida do doente.

Os autores apresentam o caso de um jovem de 24 anos, autónomo, que foi levado ao serviço de urgência por apresentar um quadro súbito de prostração, contração intensa da musculatura dos membros superiores e parestesias nas extremidades dos mesmos. Com antecedentes de tireoidectomia radical oito dias antes por doença de Graves de difícil controlo, tendo sido medicado para o domicílio com levotiroxina e cálcio.

À admissão o doente encontrava-se prostrado, com dificuldade na comunicação, sudorético, pálido e com intensa contração da musculatura dos membros superiores associada a parestesias das mãos. Apirético e hemodinamicamente estável. Com sinal de Trousseau presente. Cicatriz cirúrgica de tireoidectomia recente, sem sinais inflamatórios locais. Gasimetricamente com evidência de hipocalcémia grave - cálcio ionizado de 0.65nmol/L (1.05-1.30). ECG em ritmo sinusal, sem evidência de arritmias ou prolongamento do intervalo QT. Analiticamente com evidência de hipocalcémia grave e hipomagnesémia moderada.

Admitido quadro de hipocalcémia pós-tireoidectomia por provável acometimento de glândulas paratiróides.

Efetuada suplementação de cálcio com bólus de duas ampolas de gluconato de cálcio, conduzindo a franca melhoria clínica. Iniciada perfusão contínua de cálcio e efectuada correção de hipomagnesémia. Cerca de cinco horas após início de terapêutica com resolução completa de quadro clínico. Foi internado com necessidade de manutenção de perfusão contínua de cálcio durante treze dias com constante titulação de nível de cálcio sérico e ajuste de dosagem da perfusão. O estudo analítico evidenciou hipoparatiroidismo grave e déficit grave de vitamina D. Teve alta clínica medicado com suplementação de cálcio, vitamina D e levotiroxina e foi encaminhado para consulta de Endocrinologia.

Este caso clínico revela a necessidade de saber reconhecer precocemente os sinais e sintomas apresentados por um doente com distúrbios hidroelectrolíticos, uma vez que os mesmos são muitas vezes fatais.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P273

612 ALTERAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA: UMA CAUSA INCOMUM

Margarida Cabral, Ana Ponciano, Fernando Mota Tavares, José Leite, Célio Fernandes

Serviço de Medicina 2 - Hospital Santo André (Centro Hospitalar de Leiria)

As alterações agudas do estado de consciência constituem um motivo de admissão comum no serviço de urgência (SU). Ainda assim, permanecem um desafio diagnóstico pela multiplicidade de condições subjacentes possíveis. Os clínicos devem estar, sobretudo, alerta para as causas mais comumente observadas, contudo sem esquecer as etiologias mais raras.

Os autores apresentam o caso de um homem de 60 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 insulino-tratado, fibrilhação atrial hipocoagulada e hipotiroidismo secundário a amiodarona, trazido ao SU por quadro agudo de prostração, associado a história de vômito de conteúdo escuro. À admissão apresentava-se comatoso (Escala de Coma de Glasgow [GCS]=3), hipotérmico, hipotensivo e com glicemia capilar elevada. A gasimetria de sangue arterial mostrava acidose metabólica grave, hipoxemia e normocapnia, com ligeira melhoria após entubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva (VMI), e ainda hiperlactacidémia.

O estudo analítico inicial revelou leucocitose com

neutrofilia, anemia macrocítica, insuficiência renal aguda, hipercaliêmia, sem outras alterações a destacar, nomeadamente ionograma, estudo de coagulação ou citocolestase. Do restante estudo complementar destaca-se: radiografia de tórax normal, eletrocardiograma com bradicardia sinusal e baixa voltagem, tomografia computadorizada (TC) de crânio sem lesões encefálicas agudas, endoscopia digestiva alta com conteúdo de estase gástrica e suspeita de conteúdo hemático digerido, TC toraco-abdomino-pélvica com ligeiro derrame pleural à esquerda, sem evidência de isquemia intestinal ou outra patologia intestinal, e Ecocardiograma com derrame pericárdico sem compromisso hemodinâmico. Foi realizada entubação com sonda nasogástrica, administradas duas unidades de concentrado eritrocitário, e o doente foi transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos.

Clinicamente o doente manteve-se comatoso, hipotenso, com necessidade de suporte aminérgico, e anúrico, com score APACHE II=46. Os resultados do estudo hormonológico revelaram hipotireoidismo clínico, com elevação marcada da TSH e ligeira diminuição da T3 livre. Neste contexto, e tendo sido excluídas outras causas de depressão do estado de consciência, admitiu-se possível coma mixedematoso, e foi iniciada terapêutica com levotiroxina endovenosa e corticoterapia. Apesar disso, o doente manteve falência multiorgânica refratária a todas as medidas instituídas, e acabou por falecer.

Concluindo, este caso retrata uma causa incomum de alteração do estado de consciência, para a qual devemos estar atentos, sobretudo na presença de contexto agudo, como hemorragia digestiva. A sua abordagem terapêutica deve contemplar a terapia dirigida, associada a medidas de suporte. Alguns dos principais preditores de mortalidade, como hipotensão e bradicardia, necessidade de VMI, hipotermia refratária, baixo score GCS e elevado score APACHE II, estavam presentes neste caso.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P274

1038 QUANDO OS FATORES DE RISCO SE CONJUGAM PARA UM MAU DESFECHO NA GRAVIDEZ

Ana L. Santos, Inês Felizardo, Marta Brito, Filipa Lourenço, Augusta Borges, Maria José Alves

Centro Hospitalar de Lisboa Central, Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Departamento de Medicina Obstétrica

Introdução

As doenças hipertensivas da gravidez constituem uma das causas mais importantes de mortalidade materna e perinatal em todo o mundo. Estima-se

que a prevalência da pré-eclâmpsia (PE), a nível global, seja de 2 a 8% de todas as gravidezes. Uma grande variedade de fatores de risco claramente identificados está associada a aumento do risco de PE, de que se destacam: gestação múltipla, nuliparidade, idade >35 anos, técnicas de reprodução assistida, hipertensão crónica ou gestacional e IMC pré-gravidez >30, entre outros.

Caso clínico: Mulher de 43 anos, leucodérmica, professora, com gravidez gemelar bicoriónica e biamniótica resultante de técnica de procriação medicamente assistida (PMA-FIV) com doação de ovócitos. Apresentava história de obesidade (IMC 45) e hipertensão crónica mal controlada. Medicada com alfa-metildopa, nifedipina, AAS 150mg e multivitamínico. Às 27 semanas de gestação recorreu ao serviço de urgência (SU) por cefaleia intensa, sem escotomas, epigastralgia ou vômitos. À admissão encontrava-se com valores de pressão arterial a variar entre 180/99mmHg e 144/89mmHg. A ecografia obstétrica mostrava fetos com boa vitalidade e líquido amniótico normal. Foi internada, cumpriu protocolo para maturação pulmonar fetal (dexametasona), neuroproteção fetal e prevenção de convulsões (sulfato de magnésio) e controlo tensional (labetalol em perfusão). A evolução clínica foi desfavorável, com difícil controlo tensional, tendo-se verificado desaceleração do crescimento dos fetos com restrição do crescimento fetal mais grave no segundo feto (feto 1 P25 e feto 2 P2). Ratio sFlt-1/PlGF 356pg/mL, a favor de pré-eclâmpsia. Às 31 semanas de gestação, por sofrimento fetal agudo e agravamento materno com quadro de anasarca, oligúria e agravamento da função renal, foi necessário interromper a gravidez com realização de cesariana; nascimento de recém-nascido do sexo masculino com 1410g e do sexo feminino com 960g com necessidade de ventilação mecânica invasiva de um dos fetos. Após o parto a evolução foi favorável com adequado controlo tensional, sob perfusão de labetalol. Teve alta medicada com enalapril 20mg e furosemida 40mg durante 5 dias. Perfil tensional controlado em consulta de follow-up.

Conclusão: Este caso teve um final feliz apesar da gravidade e precocidade da PE, não tendo ocorrido complicações de maior relevância, nomeadamente edema agudo do pulmão, hemorragia subaracnoideia ou enfarte hepático. A cefaleia constituiu-se como sintoma dominante a qual não pode ser desvalorizada por poder preceder lesões cerebrais graves. Os médicos internistas devem estabelecer a ponte com a Obstetrícia no tratamento destas situações potencialmente fatais. O SU geral é, muitas vezes, o ponto de chegada desta mulheres.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P275

1951 DERRAME PERICÁRDICO MACIÇO COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE HIPOTIROIDISMO

João Freitas, Francisco Cunha, Ernestina Mota, Patrícia Howell Monteiro, Lourdes Alvoeiro

Centro hospitalar Universitário Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria

Introdução

O hipotiroidismo é uma doença endócrina comum com envolvimento multiorgânico, incluindo do sistema cardiovascular. O derrame pericárdico (DP) é uma das manifestações cardíacas comuns, mas fruto de uma instalação insidiosa o DP maciço é raro, principalmente como manifestação inicial da doença. Relata-se um caso raro de DP maciço com evolução para tamponamento cardíaco (TC) como forma de apresentação de hipotiroidismo.

Caso clínico: Homem de 78 anos, antecedentes de fibrilhação auricular paroxística, sob terapêutica com amiodarona, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, doença renal crónica estágio 3 e anemia de etiologia não especificada. Recorre ao serviço de urgência por quadro de dispneia, ortopneia e toracalgia anterior com irradiação a ambos os ombros. Semilogicamente a destacar ingurgitamento jugular, marcada hipofonese dos tons cardíacos e ferveores crepitantes bibasais na auscultação pulmonar. Radiografia torácica com importante aumento do índice cardio-torácico. Electrocardiograma com complexos de baixa voltagem. Ecocardiograma transtorácico (EET) com derrame pericárdico moderado/grave predominantemente posterior (~2cm), sem compromisso hemodinâmico. Estudo etiológico do DP a revelar: hipotiroidismo grave (TSH 49,7 uU/mL e FT4. 0,46ng/dL, anticorpos antitiroideos negativos); estudo da autoimunidade negativo (c-ANCA, p-ANCA, Factor Reumatoide, Anti-DS-DNA, Ac. Antinucleares). Tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica a demonstrar volumoso derrame pericárdico circunferencial com espessura máxima posterior de 32 mm, derrame pleural direito e ausência de adenomegalias ou lesões suspeitas. Endoscopia digestiva alta com gastrite antral e colonoscopia total sem alterações significativas excepto pequena angiodisplasia do cólon transversal. Agravamento sintomático da ortopneia e toracalgia, com repetição de EET, que mostrou DP grave com 28mm anterior e 38mm posterior por via sub-xifoideia, com colapso da aurícula direita e swinging heart. Realizada pericardiocentese evacuadora com saída de 480mL de líquido citrino, tendo drenado no total 1690 mL, com características de exsudado, adenosina desaminase normal, exames microbiológicos negativos, citologia negativa

para células neoplásicas. Admitido o diagnóstico de DP maciço/TC no contexto de hipotiroidismo grave não medicado, provavelmente secundário a terapêutica com amiodarona. Sob terapêutica de suplementação com levotiroxina normalização da função tiroideia e ausência recidiva do DP (14 meses de follow-up).

Conclusão: O DP maciço/TC no hipotiroidismo encontra-se geralmente associado a estados de mixedema. Como manifestação isolada do hipotiroidismo constitui uma forma rara de apresentação da doença, com poucos casos descritos, a grande maioria em crianças e em países com difícil acesso aos cuidados de saúde. Com este caso pretendemos alertar os clínicos para esta forma grave e pouco frequente de apresentação de hipotiroidismo.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P276

2037 DEMÊNCIA RAPIDAMENTE PROGRESSIVA COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE HIPERPARATIROIDISMO PRIMÁRIO

Marília Santos Silva, Paulo Carvalho Ferreira, Cristina Rodrigues

Hospital Pedro Hispano - Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução

A ocorrência de sintomas neuropsiquiátricos de instalação rápida e progressiva requer investigação expedita no sentido de excluir causas reversíveis de demência, com progressão potencialmente fatal.

Descrição do caso: Apresenta-se o caso de uma doente de 80 anos, encaminhada ao Serviço de Urgência (SU) por prostração e confusão de agravamento progressivo, com evolução para dependência total de terceiros ao longo do mês anterior, com recusa alimentar. No início do quadro com episódio de alteração da linguagem a justificar avaliação médica - assumidos os sintomas no contexto de insuficiência respiratória por progressão de doença pulmonar crónica restritiva e síndrome da apneia obstrutiva do sono já conhecidos, após exclusão de lesão do sistema nervoso central de novo (com lesões lacunares sequelares, incluindo lesão talâmica esquerda). Iniciou oxigenoterapia de longa duração nessa altura, sem outras alterações terapêuticas recentes ou uso de produtos de hermanária.

Na admissão no SU objetivada hipercalcémia severa, tendo iniciado fluidoterapia e diuréticos. Considerando a hipótese de hipercalcémia maligna realizou tomografia computadorizada

toracoabdominopélvica que revela a presença de massa pancreática. Decidida terapêutica com ácido zolendrónico, tendo apresentado resolução da hipercalcémia com resposta clínica completa ao longo dos dias seguintes.

Do restante estudo realizado a destacar: elevação da hormona paratiroideia com défice de vitamina D; excluída hipercalcémia hipocalciúrica familiar; ecografia cervical com bócio multinodular, sem outras alterações; cintigrafia das paratíroides sem captações anómalas.

Discutido o caso em conjunto com Endocrinologia considerando-se a massa pancreática como provável incidentaloma benigno, em doente com hiperparatiroidismo primário.

Foi submetida a paratiroidectomia de todas menos uma das glândulas paratíroides, com identificação de adenomas em duas das mesmas. Desde então com hipocalcémia controlada com suplementação de cálcio, sem recorrência de sintomas ao final de um ano.

Discussão: Este caso lembra-nos da possibilidade de apresentação do hiperparatiroidismo sob a forma de demência rapidamente progressiva pelos efeitos da hipercalcémia no sistema nervoso central. Se por vezes a existência de sintomas neuropsiquiátricos inespecíficos pode constituir dúvida quanto à indicação para cirurgia de doentes com hiperparatiroidismo primário ligeiro, na presença hipercalcémia severa, ainda para mais com sintomas associados, a cirurgia é mandatória.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P277

2070 CONFUSÃO E LENTIFICAÇÃO COMO MANIFESTAÇÃO DE DM2 INAUGURAL

Autores: Joaquim Felisberto, Joana Ferreira, Daniel Botelho, Fátima Campante.

Centro Hospitalar de Barreiro e Montijo

Introdução

Confusão mental e alterações no estado de consciência podem ser causas de recurso aos serviços de urgência. Dentre as possíveis razões para estas alterações, encontram-se as alterações vasculares agudas do sistema nervoso central, as síndromes demenciais (em especial Doença de Alzheimer e Demência Vascular) e as causas metabólicas.

Caso clínico:

Apresenta-se o caso de uma mulher de 69 anos, autónoma nas atividades de vida diária e que não fazia uso de medicação habitual que deu entrada

no Serviço de Urgência por um quadro com 24 horas de duração caracterizado por lentificação e confusão mental, com discurso arrastado e confuso. Foi submetida a exames complementares que revelaram: Análises – Hb 13.2 g/dL, Ht 40.3%, Leucócitos 7.8 x10⁹/L, Neutrófilos 87.4%, Plaquetas 363 x10⁹/L, Glicemia 212 mg/dL, Ureia 34 mg/dL, Creatinina 0.34 mg/dL, Na⁺ 135 mmol/L, K⁺ 4.1 mmol/L, Cl⁻ 99 mmol/L, AST 44 UI/L, ALT 43 UI/L, PCR 1.91 mg/dL, Anti-HIV negativo, Vitamina B12 283 pg/mL, Ácido Fólico 2.8 ng/mL, TSH 1.77 mcUI/mL, T4 Livre 0.84 ng/dL; Radiografia do tórax sem alterações agudas; Tomografia computadorizada cranioencefálica sem alterações agudas. No mesmo dia, foi transferida para o Serviço de Medicina Interna com o diagnóstico provisório de suspeita de AVC em fase isodensa. Foi submetida a uma segunda tomografia que também não revelou alterações agudas. As avaliações seriadas da glicémia mostraram-se sempre elevadas. Quando indagada, a doente negou os sintomas clássicos de diabetes (perda de peso, poliúria, polidipsia e polifagia) e história prévia. As análises realizadas no internamento revelaram uma HbA1c de 6.9%. Foi iniciada terapêutica com metformina com posterior resolução do quadro de desorientação e confusão. Por resolução completa das alterações neurológicas e ausência de outras alterações após instituição da terapêutica com metformina, assumiu-se alteração neurológica transitória de causa metabólica, relacionada à hiperglicemia decorrente de um diabetes mellitus até então não diagnosticado. A doente recebeu alta assintomática e ficou referenciada à consulta.

Discussão:

Este caso traz um exemplo de causa metabólica de alteração neurológica. Por vezes, no Serviço de Urgência, a suspeita inicial recai sobre causas centrais para estas alterações e se não estivermos atentos, pode-se deixar passar outras possíveis causas. No caso em questão, a hiperglicemia poderia ser negligenciada se não se tivesse cuidado em perceber que se estava diante de um caso de diabetes de novo. O facto de os sintomas terem desaparecido por completo após a abordagem inicial e a ausência de sinais neurológicos focais sugere a possibilidade de causa metabólica para o distúrbio neurológico. A diabetes, por ser uma doença frequente e com apresentação clínica nem sempre clássica, deve ser considerada quando se encontra hiperglicemia de forma isolada.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P278

1593 CETOACIDOSE DIABÉTICA EUGLICÉMICA: UM PRIMEIRO CASO, UM NOVO DESAFIO

Teresa Silva, Sérgio Pina, Hugo Costa, Adriana Quitério, Luís Vicente, Ana Baptista

Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Hospital de Faro.

Introdução

Cetoacidose diabética (CAD) é uma das complicações agudas potencialmente fatais da Diabetes Mellitus (DM) e frequentemente associada a DM tipo 1. Novos fármacos para a DM tipo 2, como os inibidores do sodium-glucose cotransporter 2 (iSGLT2), têm vindo a ser relacionados com casos de CAD euglicémica (CADE), especialmente em doentes com diabetes auto-imune, ainda que não reconhecido previamente. A CADe é uma entidade até aqui rara, e revela-se um novo desafio, sendo que a normoglicémia poderá induzir a atraso diagnóstico e dificuldades na terapêutica.

Caso Clínico: Sexo masculino, 53 anos, antecedentes de hipertensão arterial, esteatose hepática e DM tipo 2 desde há 3 anos sem complicações conhecidas. Medicado com metformina e vildagliptina, e que há 3 dias havia recorrido ao seu médico assistente por queixas de poliúria, polidipsia e disglícemia desde há um mês, tendo sido medicado com canagliflozina; recusou insulino-terapia. Recorre ao SU por mal-estar inespecífico e hiperglicémia sustida, apresentando-se à avaliação inicial com glicémia de 249 mg/dL e cetonemia de 6.9 mmol/L, gasometricamente com acidemia metabólica e anion gap aumentado, sem hiperlactacidemia. Ao exame objectivo não apresentava alterações e as análises realizadas em SU foram irrelevantes. Iniciou fluidoterapia endovenosa com dextrose e insulina em perfusão, sendo monitorizada glicémia e cetonémia cada hora, com pronta resolução da hiperglicémia e da cetoacidose apenas 36 horas depois.

Discussão: Os autores reportam o primeiro caso identificado no seu hospital com o diagnóstico de CADe secundária aos iSGLT2. Tal como documentado na literatura, a associação parece ser maior com o uso de canagliflozina comparativamente aos outros fármacos da classe, tendo sido este apenas muito recentemente comercializado em Portugal. Todos os doentes reportados apresentavam insulino-carência, tal como neste exemplo. Glicosúria causada por estes fármacos leva a diminuição da glicémia e da secreção de insulina pelas células β . Estudos demonstram a possibilidade das células β pancreáticas exibirem receptores SGLT2 levando a acção de hormonas contra-reguladores

resultando em neoglicogénese, glicogenólise e cetogénese, elucidando a razão porque se verifica aumento de cetonas nestes doentes. Assim sendo, CAD hiperglicémia ou euglicémia dependerá do equilíbrio destes mecanismos, sendo que a euglicémia poderá ser um desafio terapêutico dado o maior risco de hipoglicémia e eventual semi-vida do fármaco. Sabemos também que existe uma maior prevalência em doentes com anticorpos positivos e maior descontrolo metabólico. O doente em causa revelava queixas expoliativas e apresentava uma HbA1c 12.6%, no entanto, a detecção de anticorpo anti descarboxilase ácido glutâmico (GAD) foi negativo. Os doentes deverão ser instruídos quanto ao uso destes fármacos em situações que potencialmente desencadearão esta condição, e deve ser ponderada suspensão destes fármacos após um episódio de CAD euglicémica.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P279

1898 QUEM NASCE CROOKE(D)...

Miguel Martins, António Mesquita, Mariana Silva, Catarina Patrício

Centro Hospitalar de Lisboa Central

Introdução

O caso relatado demonstra a importância de não assumir que todos os casos de hipertensão arterial (HTA) são essenciais. O estudo de causas secundárias, particularmente em doentes jovens, é indispensável e evita complicações irreversíveis.

Caso clínico: Homem de 36 anos, com HTA diagnosticada há 2 anos. Recorreu ao serviço de urgência do nosso hospital por quadro de dispneia progressiva para pequenos esforços, ortopneia, dispneia paroxística noturna, bendopneia, sudorese profusa e dor inespecífica na base do hemitórax direito. Referia ter deixado de fazer medicação anti hipertensora há 8 meses por ineficácia da terapêutica. O doente, obeso, sudorético, apresentava uma tensão arterial sistólica de 201 e diastólica de 152 mmHg, com uma frequência cardíaca de 135 batimentos por minuto, apirético, sem sopros ou extra-tons audíveis à auscultação cardíaca e auscultação pulmonar sem ruídos adventícios, nomeadamente ferveores. Do estudo efetuado em contexto de urgência, destaca-se enfarte agudo do miocárdio sem supradesnívelamento do segmento ST, lesão renal, com creatinina de 3.90 mg/dl e sem registos anteriores para comparação. A gasometria era compatível com alcalose metabólica, associada a hipocaliémia (2.7 mmol/L). O ecocardiograma mostrou alterações que motivaram um pedido de painel genético para exclusão de doenças infiltrativas, como a doença de Fabry. A fundoscopia mostrou edema papilar bilateral, com exsudados

bilaterais. O quadro sugeria um episódio de Hipertensão Maligna e o doente ficou internado para tratamento e estudo etiológico de provável HTA secundária.

Em contexto de internamento, foi realizada a restante história clínica. A história da doença foi preponderante para guiar a marcha diagnóstica: desde há 4 anos, ganho ponderal significativo de 25%, apesar da instituição de medidas dietéticas e de exercício físico; há 2 anos, diagnóstico de HTA, que mantinha valores muito elevados apesar de cumprir a medicação; há 1 ano, diagnóstico de insulinoresistência e esteatose hepática; durante o ano atual, equimoses frequentes para traumatismos minor e onicomicose. Do EO, destaque para pletora facial, a obesidade central e o pescoço de búfalo. A hipótese de HTA renovascular, a principal causa de HTA secundária, foi excluída após realização de ecodoppler das artérias renais. Foram colocadas como hipóteses mais prováveis causas endocrinológicas, nomeadamente, hiperaldosteronismo primário, feocromocitoma e síndrome de Cushing. O restante estudo efetuado levou-nos ao diagnóstico de síndrome de Cushing ACTH-dependente, provocado por um raro e muito agressivo adenoma corticotrófico da hipófise, o adenoma de células de Croke.

Conclusão: A lesão excisada por cirurgia transfenoidal e HTA tem está controlada, com a diminuição progressiva de medicação. Contudo, as taxas de recidiva deste tumor são altíssimas. Para além, as lesões renais e oftalmológicas deste doente serão difíceis de reverter.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P280

1110 MIOPATIA AGUDA GRAVE PELA ASSOCIAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS E ESTATINA

Mário Bibi, Isabel Cruz, Filipa Guimarães, Ana Ferro, Joana Sofia Santos, Paulo Coelho, Pedro Andrade, Inês Chora, Raquel Calisto

Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução

O *Mycobacterium chelonae* é uma espécie de micobactéria não tuberculosa, de crescimento rápido e cuja expressão clínica mais frequente é a de atingimento cutâneo limitado, especialmente quando ocorre em doentes imunocompetentes. O tratamento deverá privilegiar a utilização simultânea de 2 classes de antibiótico, normalmente quinolonas e macrólidos. O risco de rabdomiólise associado a estatinas é conhecido mas sabe-se que é aumentado por fármacos que interfiram no seu metabolismo, como macrólidos e quinolonas.

Caso Clínico

Mulher de 67 anos, com dislipidemia, medicada desde há 1 ano com sinvastatina. Desde o início de 2018, apresentou lesão nodular cutânea eritematosa no dorso da mão esquerda e lesões nodulares subcutâneas no punho e antebraço ipsilaterais. Realizada biópsia, em maio, que revelou micobacteriose cutânea por *Mycobacterium chelonae*, sem envolvimento sistémico, em doente imunocompetente. Iniciou ciprofloxacina e claritromicina em junho. Uma semana depois, iniciou quadro de diminuição generalizada da força muscular, de predomínio proximal, associada a mialgias, náuseas e dejeções aquosas. Recorreu ao SU, sendo constatada tetraparésia grau 4, edema duro das pernas e mãos e dor à palpação de massas musculares, sem alterações cutâneas de novo. Apresentava lesão renal aguda, rabdomiólise (CK 17830 U/L) e citólise hepática (TGO/TGP 1003/556 U/L), sem alterações ecográficas hepáticas nem síndrome inflamatório sistémico. Iniciou fluidoterapia, suspenderam-se os antibióticos e a estatina. Do estudo efetuado: biópsia muscular com achados inespecíficos, sem evidência de infiltrados inflamatórios ou lesões vasculíticas; eletromiografia (EMG) sugestiva de lesão miopática; estudo imune alargado com perfil de miosites, positivo para anti-TIF-1 α 947;. A doente não apresentava critérios de diagnóstico para miosite inflamatória. Dada a associação de anti-TIF-1 α 947; com neoplasia, realizou TC cervico-toraco-abdomino-pélvica, sem qualquer alteração de relevo. Verificada evolução lenta, com normalização analítica ao final de 4 semanas, associada a melhoria significativa da tetraparésia. Seis meses após a alta, já com reintrodução de estatina, não apresentava novos episódios de mialgias e objetivamente com normalização da força muscular e dos achados da EMG. Interpretou-se quadro como dependente da associação antibiótica e estatina. Em dezembro, iniciou terapêutica com moxifloxacina e doxiciclina, com suspensão da estatina; aos 2 meses deste esquema, mantinha-se sem intercorrências apesar de ainda não se ter verificado cura da micobacteriose cutânea.

Conclusão

A ocorrência de rabdomiólise associada a combinações de claritromicina e estatina ou de ciprofloxacina e estatina estão anedoticamente descritas na literatura, nomeadamente pelas interações com o citocromo p450-3A4. Reforça-se a necessidade de precaução e monitorização apertada quando utilizadas associações farmacológicas semelhantes, mesmo em doentes sob estatina desde há longa data.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P281

1186 DISFAGIA – UMA APRESENTAÇÃO RARA DE AMILOIDOSE

Maria Seabra Rato (1), Cláudia Amorim Costa (2), Luís Flores (2), Roberto Pestana Silva (3), Isabel Camões (2), Jorge Almeida (2)

Serviço de Reumatologia (1), Serviço de Medicina Interna (2), Serviço de Anatomia Patológica (3) do Centro Hospitalar Universitário de São João;

Introdução

A amiloidose corresponde à deposição anormal extracelular de fibrilas amilóides insolúveis. A forma secundária (AA) associa-se a doenças inflamatórias crônicas, infeções e neoplasias, podendo afetar qualquer órgão ou sistema. O envolvimento gastrointestinal é frequentemente assintomático. No entanto, a amiloidose é uma causa a considerar no diagnóstico diferencial de disfagia.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 71 anos, internada para estudo de disfagia para líquidos e sólidos, regurgitação alimentar, perda ponderal, fadiga e mal-estar geral com 6 meses de evolução. Apresentava diabetes mellitus tipo 2 de longa duração, doença renal crónica estadio 5 (interpretada em contexto de nefropatia diabética) em hemodiálise há 8 anos e hipotireoidismo após tiroidectomia total por bócio multinodular. Múltiplos internamentos prévios por pneumonia. Do estudo analítico salienta-se elevação de proteína C reativa (valores persistentemente elevados oscilando entre 100-200mg/dL), HbA1c e função tiroideia dentro de valores normais com medicação. Realizou endoscopia digestiva alta (EDA) que foi inconclusiva por marcada estase alimentar. O trânsito esófago-gastro-duodenal revelou estase do produto de contraste no esófago, com passagem filiforme para o estômago e distensão do lúmen esofágico com presença de contrações do tipo terciário, indicando dismotilidade. Repetiu EDA que não evidenciou alterações da mucosa esofágica, com transição esófago-gástrica regular; mucosa da incisura e antro do estômago edemaciadas, de aspeto nodular/infiltrativo. Foi realizada biópsia gástrica cujo exame anatomopatológico mostrou gastrite crónica ligeira e hiperplasia foveolar; a marcação pela técnica de vermelho do Congo mostrou material amorfo birrifringente à luz polarizada compatível com substância amilóide; no estudo imunohistoquímico observada expressão de proteína amilóide sérica A. Completou estudo analítico com doseamento de amiloide sérica A de 12.1mg/L (N 0.0-6.4) e 2 microglobulina 20600g/L (1090-2530), eletroforese de proteínas sem pico monoclonal, imunofixação de proteínas séricas sem alterações. Ecocardiograma evidenciou miocárdio

de aspeto infiltrativo (BNP 662.1pg/mL, troponina 198.5ng/L). TAC toraco-abdomino-pélvica para avaliação de infiltração de outros órgãos. Assumido o diagnóstico de amiloidose AA do tubo digestivo e cardíaca. Na investigação etiológica da amiloidose não foi documentada doença reumatológica, doença inflamatória intestinal, evidência de infeção crónica ou neoplasia. A doente faleceu dias depois por pneumonia de aspiração.

Discussão: Este caso ilustra uma das etiologias raras de distúrbios motores do esófago. A amiloidose é uma doença de depósito progressiva que pode mimetizar outras condições clínicas o que torna o seu diagnóstico difícil. O envolvimento esofágico na amiloidose está principalmente associado à forma primária, existindo poucos casos descritos na literatura associados à amiloidose secundária.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P282

1370 HIPOPITUITARISMO EM DOENTE COM CO-INFEÇÃO PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (VIH) TIPO 1 E HEPATITE C (VHC) CRÓNICA.

Mariana Certal, Rita Gamboa Cunha, Adelaide Moutinho, Sandra Tavares, Fernando Guimarães, Paula Vaz Marques
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro - Unidade de Chaves

Introdução

Várias alterações do sistema endócrino-metabólico têm sido relacionadas com a infeção pelo VIH1. No entanto, existem poucos estudos que demonstrem uma associação entre VIH e hipopituitarismo permitindo avaliar se esta ligação poderá ser consequência de infeções oportunistas ou neoplasias ou das complicações metabólicas da terapêutica anti-retroviral (TAR). Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um homem de 45 anos, utilizador de drogas endovenosas em tratamento de substituição com metadona, com infeção VIH 1 conhecida desde 2005, mas com início de TAR em 2010, com Emtricitabina/Tenofovir e Efavirenz, com contagem de células CD4+ de 71 células/mm3 e carga vírica do VIH1 1.600.000 cóp./mL, Hepatite C crónica com carga vírica 3.490.000 UI/mL, Linfoma Não Hodgkin tipo MALT diagnosticado em 2010, possível toxoplasmose cerebral tratada com Pirimetamina e Sulfadiazina e hipotireoidismo com 1 ano de diagnóstico, em tratamento com Levotiroxina.

Recorreu à consulta com queixas de ginecomastia e dor mamária bilateral, mais à direita, sem escorrência, com 4 anos de evolução associada a diminuição da libido e disfunção erétil. Referiu também maior rarefação pilosa, aumento de peso

e polidipsia. Ao exame objetivo, encontrava-se normotenso, auscultação cardíaca e pulmonar sem alterações, tiróide não palpável, com ginecomastia bilateral. Do estudo analítico realizado, destacava-se testosterona 1.95 com FSH e LH normais, níveis de prolactina normais, IGF-1 e GH ligeiramente diminuídos, cortisol, ACTH e teste de tetracosactídeo normais. A osmolalidade plasmática foi de 367 mOsmol/kg e a osmolalidade urinária de 274 mOsmol/kg. Realizou ecografia mamária, da tiróide e testicular que não mostraram alterações de relevo. A presença de testosterona baixa com FSH e LH inapropriadamente normais levantou hipótese de hipogonadismo hipogonadotrófico e diabetes insípida central. Realizou prova terapêutica com desmopressina 0.06 que foi positiva e prova de privação de água que confirmou diabetes insípida. A prova de hipoglicemia insulínica mostrou presença de reservas de glicocorticóide normais. A ressonância magnética hipofisária demonstrou a hipófise confinada a sela turca sem imagem sugestiva de adenoma. O hipersinal espontâneo habitual da neuro-hipófise não se detetava na sela turca nem em posição ectópica. Foi iniciada terapêutica com testosterona e desmopressina resultando numa melhoria clínica. Discussão: Os autores realçam a diversidade de estudos necessários para o estabelecimento do diagnóstico de hipopituitarismo e diabetes insípida central, mostrando um caso clínico de associação entre a infeção VIH e hipopituitarismo que poderá ter uma natureza multifactorial. Se, por um lado, a terapêutica anti-retroviral pode ter consequências no sistema endócrino-metabólico, as infeções oportunistas associadas ao VIH, nomeadamente a toxoplasmose cerebral, poderão igualmente ser responsáveis pelo desenvolvimento do hipopituitarismo.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P283

1598 SÍNDROME DE MARINE-LENHART: UM CASO INCOMUM DE HIPERTIROIDISMO

Catarina Bastos, Áurea Lima, Helena Maia, Anabela Giestas

Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

Introdução

A Doença de Graves, o adenoma tóxico e o bócio tóxico multinodular, também conhecidos como Doença de Plummer, são causas frequentes de hipertiroidismo. Não obstante, a presença simultânea de Doença de Graves e da Doença de Plummer, designada por Síndrome de Marine-Lenhart, é rara. Atualmente, a definição desta Síndrome é controversa, sendo que alguns autores contestam a sua existência.

Caso Clínico: Jovem-adulto, género feminino, 20 anos de idade, previamente saudável, sem antecedentes médicos e/ou cirúrgicos de relevo e sem toma de medicação habitual, foi encaminhada ao Hospital de Dia após recusar internamento, na sequência de episódio de Urgência no contexto de uma hepatite tóxica ao metamizol (prescrito no contexto de entorse tibiotársica). Na anamnese apresentava perda ponderal involuntária de cerca de 7Kg nos últimos 7 meses, astenia, aumento da irritabilidade e palpitações. Ao exame objetivo é de relevar a presença de pele e conjuntivas ictéricas e taquicardia de 115bpm. Do estudo realizado, o eletrocardiograma confirmou a frequência cardíaca, a ritmo sinusal, e, analiticamente, apresentava os seguintes resultados de relevo: bilirrubina total 7.89mg/dL, transaminases superiores a 30 vezes o normal, gama-glutamil transferase e fosfatase alcalina elevadas, hormona estimulante da tiroide (TSH) de 0µUI/mL e tiroxina livre (T4L) de 27pmol/L. O estudo etiológico de doença hepática foi negativo e do estudo imunológico destaca-se apenas a positividade para os anticorpos anti-recetor TSH (TRAB). A ecografia tiroideia revelou uma alteração difusa da ecoestrutura da tiroide, compatível com tiroidite/tireotoxicose, e a cintigrafia constatou uma glândula tiroideia com hiperfunção difusa e a presença de nódulo quente no lobo direito. Perante o apresentado, foi estabelecido o diagnóstico de Síndrome de Marine-Lenhart e instituída terapêutica com corticóide, propranolol e metibazol. A doente foi encaminhada para a Consulta Externa de Endocrinologia onde mantém, até à data, seguimento. Atualmente, apresenta bom controlo endócrino, já sem necessidade de corticoterapia, mas sem possibilidade para redução de antitiroideu.

Discussão: Apesar da controvérsia existente na definição da Síndrome de Marine-Lenhart, é sabido que a presença de nódulos hiperfuncionantes em indivíduos com doença de Graves é rara (1,0 -2,7%). Todavia, e porque esta Síndrome está associada a maior risco de recidiva, com consequentes implicações terapêuticas, mais precisamente pela eventual necessidade de recurso a doses mais altas de tionamidas, ao tratamento cirúrgico ou ao iodo radioativo, a presença de nódulos tiroideus ativos deve ser investigada em todos os doentes com tiroidite autoimune.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P284

1622 PSICOSE DE GRAVES

David Ferreira, Ana Clara Dinis, Joana Alfaiate, João Paulo Caixinha, Fátima Pimenta

Centro Hospitalar Médio Tejo - Serviço de Medicina Interna

Introdução

Doentes com tireotoxicose podem cursar com alterações psiquiátricas como depressão, mania ou psicose aguda. A psicose tem sido relatada em até 1% dos pacientes com tireotoxicose.

Caso Clínico: Relatamos caso clínico de homem de 50 anos, previamente saudável, trazido ao Serviço de Urgência por ideias delirantes de cariz persecutório, alucinações auditivas, insónia nas 3 semanas anteriores, olhar perplexo e humor eutímico. Objetivamente apresentava discreta exoftalmia e tremor essencialmente dos mãos. Analiticamente sem alterações identificadas e pesquisa de drogas negativo. Procedeu-se à realização de tomografia computadorizada crânio-encefálica sem alterações evidentes. Atendendo aos achados no exame objetivo, foi pedido a função tiroideia que revelou TSH < 0.005 uUI/mL; T4 livre 1.4 ng/dL. Diagnosticada a tireotoxicose, iniciou-se metimazol. O acompanhamento ambulatorial acusou remissão das anormalidades em concomitância com o tratamento da tireotoxicose, sem a necessidade de novas doses de antipsicóticos. Posteriormente foi confirmado o diagnóstico de Doença de Graves [Anticorpos Anticorpo tiroglobulina 365 UI/mL; Anticorpo Anti-tireoperoxidase 1655 UI/mL; TRABS +]

Discussão: As características que sugeriam doença orgânica como causa dos sintomas psiquiátricos deste caso incluíam idade tardia do início das queixas, ausência de história pessoal ou familiar de psicopatias, início recente de manifestações psicóticas e sinais de tireotoxicose. A tireotoxicose frequentemente associa-se a irritabilidade, insônia, ansiedade, fadiga e alteração da concentração e da memória, sintomas estes que podem ser episódicos ou evoluir para mania, depressão ou delirium. As reações psicóticas à tireotoxicose são atualmente pouco comuns e, quando presentes, associam-se à tireotoxicose não tratada.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P285

1862 CHOQUE CARDIOGÉNICO E HIPOTIROIDISMO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Laura Machado, Carlos Silva, João Pereira, Diana Ferreira, Arsénio Santos, Armando Carvalho
CHUC

É conhecida a relação entre hormonas da tiróide, coração e sistema cardiovascular. A função tiroideia influencia as estruturas cardíacas, especialmente o sistema condutor, mas também é responsável por funções hemodinâmicas, com efeitos indiretos através do sistema autonómico, renina-angiotensina-aldosterona, reatividade vascular e função renal.

Caso Clínico: Mulher de 73 anos com delirium hiperativo, confusão e agitação psicomotora, com evolução aguda. Sofria de doença cardíaca isquémica (angioplastia da artéria coronária descendente anterior, 2016), insuficiência mitral moderada, depressão ligeira da função ventricular esquerda (FEVE 45%), perturbação depressiva, com história de surtos psicóticos na juventude (sem diagnóstico psiquiátrico definido) e tireoidectomia por bócio multinodular (2017). Medicada cronicamente com bisoprolol, enalapril, sinvastatina+ezetimiba, clopidogrel, levotiroxina 175µg e clomipramina, mas com provável mau cumprimento da terapêutica nas últimas semanas. Foi admitida no Serviço de Urgência apresentando-se inquieta, sinais de ansiedade e inatenção, desorientada no tempo e espaço, humor eutímico, polipneica, TA 96/58 mmHg, FC 92bpm, T36°C, auscultação cardíaca rítmica, sopro sistólico mitral grau II/VI, auscultação pulmonar com crepitações bibasais, edemas periféricos. Tinha insuficiência respiratória tipo 1 e lesão renal aguda AKIN 2; derrame pleural direito (Rx tórax) e sequelas de pequenos enfartes e leucoencefalopatia isquémica microangiopática crónica (TAC crânio-encefálica). Internada no Serviço de Medicina Interna desenvolveu choque cardiogénico com agravamento da dispneia, congestão pulmonar, insuficiência respiratória parcial grave, hipotensão, má perfusão periférica, anúria, derrame pleural direito extenso e ecocardiograma com disfunção ventricular esquerda e insuficiência mitral graves e veia cava inferior dilatada. Salientam-se resultados de TSH 110 uUI/mL (0,4-4,0), T4 livre 0.6 ng/dL (0,8-1,6) e T3 livre <1,5 pg/dL (1,8-4,2). Iniciou terapêutica com levotiroxina, 25µg oral, com ajustes progressivos, para além do suporte aminérgico (noradrenalina e dobutamina), terapêutica diurética e oxigenoterapia. Verificou-se melhoria clínica progressiva com estabilidade hemodinâmica e eléctrica, boa diurese, sem

sinais de dificuldade respiratória e normalização dos doseamentos hormonais. Do ponto de vista cognitivo houve melhoria do quadro de delirium hiperativo, mantendo alteração de conteúdo do pensamento, alucinações auditivas e delirium persecutório, pelo que ao 44º dia de internamento, foi transferida para o Serviço de Psiquiatria.

Conclusões: O hipotireoidismo grave associado ao abandono terapêutico numa doente com patologia psiquiátrica não compensada manifestou-se, no caso apresentado, como disfunção cardíaca grave, capaz de conduzir a choque cardiogénico. A reposição de hormona da tiróide, associada à terapêutica de suporte, foi essencial para melhorar a função cardíaca e restaurar a estabilidade hemodinâmica.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P286

93 HIPERTENSÃO DESCONTROLADA

Rita Santos, Cláudia Janeiro, João Teixeira; Pedro Mesquita; Rosário Eça; Luís Vale

Medicina 2.1; Hospital Santo António dos Capuchos; Centro hospitalar Universitário de Lisboa central

O hiperaldosteronismo primário é uma causa subdiagnosticada de hipertensão arterial. O quadro de apresentação clássico consiste em hipertensão e hipocaliemia.

Os autores apresentam o caso de um homem de 59 anos de idade, com história pregressa de hipertensão arterial de difícil controlo, internado no contexto de alterações hidroeletrólíticas graves de etiologia a esclarecer. Perante o quadro de hipertensão lábil e hipocaliemia, foram pedidos doseamentos de aldosterona - persistentemente elevados. Complementou o estudo com exame de imagem - TC abdominopélvica - que evidenciou nódulo da supra-renal, impondo-se diagnóstico diferencial para esclarecimento da autonomicidade do nódulo. Neste sentido, foi realizada cintigrafia das supra-renais com iodo-colesterol, que confirmou captação de contraste. Foi medicado com diurético poupador de potássio e referenciado para consulta de Cirurgia Geral. Após suprarrenalectomia direita, confirmou-se o diagnóstico histológico de adenoma do córtex da glândula supra-renal com corpos de espironolactona.

Perante um quadro de adenoma do córtex da supra-renal, associado a hiperaldosteronismo primário, admite-se como hipótese diagnóstica Síndrome de Conn.

O reconhecimento deste síndrome permite o início de terapêutica dirigida e correção cirúrgica, restabelecendo a qualidade de vida e o controlo do

risco vascular a um homem jovem.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P287

401 A PROPÓSITO DE HIPERALDOSTERONISMO PRIMÁRIO – DOIS CASOS DIFERENTES, O MESMO DIAGNÓSTICO

Joana Castro, Diogo Bernardo Moura, Paula Macedo
Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada - Serviço de Medicina Interna

O Hiperaldosteronismo primário (HAP) caracteriza-se por uma secreção inapropriada de aldosterona, autónoma dos mecanismos reguladores. A sua verdadeira prevalência é desconhecida, estimando-se que afete entre 5-10% dos pacientes com Hipertensão arterial (HTA) secundária, sendo uma patologia frequentemente subdiagnosticada. Atendendo que a sua apresentação clínica é variável, os autores apresentam dois casos muito distintos que reforçam a importância de um elevado índice de suspeição.

O primeiro caso refere-se a uma mulher de 56 anos de idade, com antecedentes de HTA diagnosticada aos 30 anos, referenciada à consulta de Medicina Interna por HTA resistente com hipocaliemia grave associada, de etiologia não esclarecida. Estudo complementar a confirmar suspeita diagnóstica de HAP, com tomografia computadorizada (TC) e cintigrafia a definir etiologia em adenoma funcionante da supra-renal esquerda.

O segundo caso trata-se de uma mulher de 60 anos de idade, referenciada à consulta por HTA com lesão renal secundária. Neste contexto, foi integrado no estudo inicial ecografia renal que levantou suspeita de adenoma da supra-renal direita, confirmado posteriormente por TC. Restante estudo analítico a favor de diagnóstico de HAP, com concentração de aldosterona plasmática (PAC) >15 ng/dl, concentração de renina plasmática normal mas com razão PAC/atividade da renina >20. Diagnóstico confirmado com teste de infusão salina, com cintigrafia a confirmar unilateralidade.

Ambas as doentes foram propostas a terapêutica cirúrgica, de momento a aguardar respetivo procedimento.

Este diagnóstico assume particular importância não só pela sua prevalência e elevada morbimortalidade cardiovascular associada, mas também pelo potencial curativo do seu tratamento.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P288

635 UM CASO DE DIARREIA E EMAGRECIMENTO

Marisa Rosete, Margarida Gaudêncio, Sara Joana Faria, Rui Ferreira, Susana Magalhães, Fernando Ferraz e Sousa, Amélia Pereira

Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E

Doente do sexo feminino, de 47 anos de idade, referenciada para a consulta de Medicina Interna por quadro de diarreia crónica associada a perda ponderal de 18kg num ano. A doente era seguida na consulta de Gastrenterologia pelo mesmo quadro, na Nefrologia por proteinúria de etiologia desconhecida, na Cardiologia por fibrilhação auricular paroxística e bradicardia e Dermatologia por lesões poroqueratose-like. Como antecedentes pessoais apresentava síndrome depressivo. Estava medicada com Furosemida 40 mg e Lorazepam 2.5mg. Nos antecedentes familiares, destacava-se suicídio paterno após ser confrontado com um diagnóstico de doença que os familiares desconheciam. Ao exame objectivo, salientava-se peso de 52,9kg, altura 150cm, IMC 23.6 kg/m², bradicardia de 50bpm; exame neurológico sem alterações. O estudo laboratorial relevou hipoalbuminémia de 3.0 g/dL e proteinúria de 1,7g/24horas. A doente já fora previamente submetida a endoscopia digestiva alta, colonoscopia e biopsias rectais que não evidenciavam alterações relevantes. Foi ainda submetida a enterografia por tomografia axial computadorizada que também não mostrou alterações. Na consulta de Medicina Interna a doente foi referenciada para consulta de Nutrição e contactou-se Nefrologista para realização de uma biopsia renal que revelou, envolvimento por amiloidose não do tipo A. Pediu-se então a pesquisa da Transtirretina que veio positiva, sendo o estudo genético positivo para a mutação c.148G>A (p.Val30Met) exão 2. Após feito o diagnóstico de Polineuropatia Amiloidótica Familiar (PAF) a doente foi encaminhado para a Unidade Clínica de Paramiloidose no Porto onde mantém acompanhamento clínico.

Conclusão: A PAF, polineuropatia sensitivo-motora degenerativa, progressiva e autonómica, é uma doença rara, sendo contudo, mais frequente em alguns países como é o caso de Portugal em que a mutação Val30Met pode ocorrer em 1 em cada 1000 pessoas, nas zonas de maior incidência. Trata-se de uma doença autossómica dominante com penetrância variável e que atinge preferencialmente adultos jovens. Também o envolvimento multi-orgânico de intensidade variável e nem sempre simultâneo, pode dificultar o diagnóstico, particularmente quando não há evidência entre outros casos nos familiares. A sua

abordagem é geralmente multidisciplinar tendo neste caso em particular, a Medicina Interna um papel fundamental para se chegar ao diagnóstico final.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P289

862 UM CASO INESPERADO DE HIPOCALCÉMIA E MIA GRAVE

Carolina Capucho Pereira, Diana Pessoa, Fátima Rocha Alves, Irene Verdasca, Susana Ramos Jesus, Ana Leitão, Cândida Fonseca, Luís Campos

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

Introdução

A hipocalcémia (cálcio total <8.5mg/mL) é comum nos doentes internados, podendo ser assintomática ou potencialmente fatal. Apresentamos um caso raro hipocalcémia associada a pseudohipoparatiroidismo, que se caracteriza por resistência dos órgãos alvo à hormona paratiroideia (PTH). O subtipo 1A ocorre em 70% dos casos, é uma doença autossómica dominante por mutação no gene GNAS1, também chamado de Osteodistrofia de Albright (ODA), cujo fenótipo se caracteriza por baixa estatura, cara redonda, obesidade, 4º osso metacárpico curto e calcificações dos tecidos moles.

Caso clínico: Sexo feminino, 54 anos, melanodérmica, com história de epilepsia controlada com carbamazepina há 17 anos, asma, alopecia, obesidade e cataratas bilaterais operadas aos 47 e 52 anos. Pai e irmã com "tremores" sic, sem outras informações.

Recorreu ao Serviço de Urgência por crise convulsiva e asma agudizada em contexto de traqueobronquite pneumocócica, pelo que ficou internada iniciando antibioterapia dirigida. Na admissão apresentava ainda movimentos coreicos generalizados axiais e apendiculares sobretudo na face e músculos cervicais. Analiticamente tinha hipocalcémia grave 3.9mg/dL sem tradução electrocardiográfica, sem sinais de Chvostek e Trousseau. Gasimetria com pH normal. Tomografia computadorizada craniana revelou extensas áreas de calcificação bilaterais e simétricas intra-axiais, estriato-palido-denteadas, talâmicas e subcorticais frontais. Admitiu-se hipocalcémia grave crónica associada a calcificações cerebrais e movimentos coreicos involuntários. Apresentava padrão de hiperparatiroidismo secundário – PTH elevada 112pg/L, hiperfosfatémia 6.6mg/dL, défice de vitamina D <20nmol/L, função renal preservada. Ecografia e cintigrafia das paratiróides sem alterações. Iniciou reposição de cálcio endovenoso e oral em altas doses. Apesar de resposta clínica com regressão dos movimentos involuntários, manteve hipocalcémia 6.5-7.0mg/dL

refratária à terapêutica instituída. Excluídas outras causas de hiperparatiroidismo secundário, admitiu-se resistência à PTH – pseudohipoparatiroidismo. Realizou estudo genético que revelou alterações de metilação no gene GNAS1 compatíveis com ODA. A doente mantém seguimento com vigilância regular de calcémia e foi encaminhada para consulta de Genética.

Discussão: O cálcio intervém em vários mecanismos fisiológicos, pelo que é essencial o controlo homeostático da calcémia dentro de uma faixa estreita. Investigar a causa de desregulação do seu metabolismo é de máxima importância pelo que se deve ter em conta causas raras como a que se apresenta. Salienta-se este caso com hipocalcémia grave crónica, apenas diagnosticada em idade adulta em contexto de intercorrência infecciosa, mas já com apresentação típica de alopecia, cataratas precoces e calcificações cerebrais extensas.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P290

1917 QUANDO UM ACHADO COMUM ESCONDE UM DIAGNÓSTICO RARO

Matilde Fraga, Jorge Fernandes, Rui Barata, Mário Ferraz, Paolo Iacomini, Mariana Popovici, Ana Raquel Pinto, Ana Catarina Rodrigues, Catarina Pereira, António Panarra
Medicina 7.2, Hospital Curry Cabral, Centro Hospitalar de Lisboa Central

Introdução

A hiponatremia é o desequilíbrio iónico mais comum na população em geral e em doentes hospitalizados obrigando a uma anamnese, exame objetivo e meios complementares de diagnóstico rigorosos para correta determinação da etiologia. O hipopituitarismo é relativamente raro (incidência de 4.2/100.000/ano e prevalência 45.4/100.000) e é frequentemente sub-diagnosticado, principalmente nos idosos, pelo quadro clínico inespecífico tendencialmente atribuído ao envelhecimento, comorbidades e polimedicação. O presente caso retrata o diagnóstico de hipopituitarismo que se apresentou com hiponatremia grave. Caso clínico: Mulher, 86 anos, previamente autónoma, com hipertensão arterial essencial e dislipidemia medicadas e controladas. Com internamento recente por astenia, adinamia e queda não presenciada que se atribuiu a hiponatremia grave (nadir 112mmol/L) em contexto provável de terapêutica com diuréticos tiazídicos tendo tido alta com natremia 123mmol/L. Foi transportada ao Serviço de Urgência (SU) umas horas depois por mal estar inespecífico, cefaleia holocraniana e episódio de vômito isolado pós-prandial. No SU com períodos de desorientação, documentando-se natremia de 121mmol/L, sendo reinternada

para estudo. Por se encontrar sintomática, iniciou fluidoterapia hipertónica para reposição lenta da natremia, sem sucesso. Foi então iniciada marcha diagnóstica para procurar causa alternativa, já que a hiponatremia associada a tiazídicos corrige no máximo 15 dias após a sua suspensão. Perante hiponatremia hipotónica (sem hiperglicémia, hiperlipidémia, hiperproteinémia ou acumulação de outros osmóis exógenos), com função renal preservada e sem toma actual de tiazídicos, avaliou-se a osmolalidade urinária como medida de resposta reguladora da perda de electrólitos. Uma vez que a osmolaridade urinária e o sódio urinário eram elevados para o esperado, suspeitou-se de Síndrome de Secreção Inapropriada de Hormona Anti Diurética (SIADH). Na avaliação etiológica, e para excluir causa endócrina, foram pedidos doseamentos hormonais, que mostraram valores abaixo do normal de TSH, ACTH, LH, FSH, IGF1, FT3, FT4 e cortisol, com prolactina normal. Assumido hipopituitarismo, a doente iniciou hidrocortisona e levotiroxina com remissão dos sintomas e normalização da natremia. Foi referenciada a consulta de Endocrinologia e aguarda ressonância magnética hipofisária. **Discussão:** O caso ilustra a importância de uma marcha diagnóstica adequada, sem descurar as causas raras, mesmo na abordagem das situações mais comuns, uma vez que a correta identificação da etiologia pode fazer a diferença na abordagem terapêutica, que é bastante eficaz, e deste modo frenar os sintomas que neste caso já tinham repercussão na autonomia da doente. Para além disso, não devemos esquecer-nos que a hiponatremia pode ser a única manifestação de hipopituitarismo e que este acarreta uma maior taxa de mortalidade.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P291

685 QUANDO A HISTÓRIA CLÍNICA NOS ENGANA.

Joana Lopes, Rui Flores, Maurício Peixoto, Guilherme Alpedrinha, Sofia Caridade
Hospital de Braga

INTRODUÇÃO

As lesões líticas ósseas são uma entidade morfológica enquadrável numa multiplicidade de diagnósticos diferenciais. Quando sintomáticas podem estar associadas a dor e fraturas patológicas. São habitualmente detetadas em exames imagiológicos de forma incidental e podem levar a elevações do cálcio e fosfatase alcalina. Em determinados contextos clínicos sugestivos, são atribuíveis a metastização de neoplasias primárias sólidas mas podem também surgir no contexto de neoplasias hematológicas e doenças do metabolismo ósseo.

CASO CLÍNICO

Doente de 68 anos, sexo masculino, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes tipo 2, esofagite de refluxo e coxartrose é referenciado para a consulta de Medicina Interna por deteção, em tomografia computadorizada (TC) da coluna lombar, de algumas lesões de natureza lítica e condensante indicativa de expansão óssea ao nível do sacro, osso ilíaco direito e L3. O doente referiu um quadro de disfagia para sólidos e líquidos com 6 meses de evolução, associada a disfonia, frequente odinofagia e regurgitação de expetoração esbranquiçada, negando noção de perda de peso recente e outras queixas sistêmicas ou álgicas. Ao exame objetivo não apresentava alterações de relevo. Neste contexto foi internado para estudo de etiologia da disfagia mista e das lesões ósseas previamente descritas. Foi realizado estudo analítico que se revelou normal exceptuando um valor de fosfatase alcalina de 172 U/L. Para melhor esclarecimento do quadro o doente realizou endoscopia digestiva alta, que não revelou alterações, e TC toracoabdominopelvica, que mostrou "alteração morfoestrutural do ilíaco direito e do sacro, muito provavelmente em relação com Doença de Paget". No decorrer do internamento, o doente foi avaliado por Otorrinolaringologia que referiu presença de rinorreia mucopurulenta posterior mas não detetou lesões laríngeas. O doente cumpriu 8 dias de Claritromicina com evolução clínica favorável e resolução do quadro.

DISCUSSÃO

A Doença de Paget é uma patologia geralmente assintomática caracterizada pelo aumento do turnover ósseo, em que coexistem áreas de maior crescimento ósseo intercaladas de lesões líticas. Quando há manifestações clínicas, geralmente cingem-se a artrite, dor e fraturas. O seu diagnóstico é habitualmente incidental em exames de imagem e é frequente a elevação da fosfatase alcalina em estudo analítico. Apresentamos o caso de um doente com história clínica sugestiva de uma possível neoplasia esofágica e lesões ósseas que poderiam ser associadas a metástases secundárias, diagnóstico diferencial comum de lesões ósseas líticas. Perante ausência de alterações sugestivas endoscópicas e imagiológicas e resolução da disfagia mista, o diagnóstico final revelou-se benigno em oposição à direção em que a história clínica apontava.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P292

1746 CRISE ADDISONIANA COMO RESULTADO DE UMA INFECÇÃO VIRAL

Pedro Gomes Santos, Mihail Molgidea, Carolina Soares Oliveira, Pedro Martins dos Santos, Júlio Lemos Teixeira, José Moreno, Bárbara Oliveira, João Oliva Alves, Rafael Dinis

Centro Hospitalar e Universitário do Algarve

Introdução

A insuficiência suprarrenal primária ou doença de Addison é uma patologia rara causada por destruição autoimune da glândula suprarrenal, com insuficiência crónica de cortisol. Contrariamente à insuficiência suprarrenal secundária a doença de Addison caracteriza-se por uma elevação sérica de ACTH, responsável pela hiperpigmentação cutânea presente em alguns doentes. O tratamento baseia-se em terapêutica de substituição com corticoides ou mineralocorticoide.

Caso clínico

Homem de 39 anos, caucasiano, residente no estrangeiro, encontrava-se em Portugal de férias. Antecedentes de Doença de Addison desde 2010, medicado com hidrocortisona 17,5mg/dia e fludrocortisona 0,075mg/dia, com cumprimento terapêutico. Deu entrada no serviço de urgência por um quadro de alteração do estado de consciência e hipoglicemia (62mg/dL), corrigidos após 2 unidades de soro glicosado hipertónico. Após melhoria do estado de consciência o doente refere um quadro de febre, tosse, mialgias e mal-estar geral com uma semana de evolução. Ao exame físico encontrava-se desidratado, com hipertermia (39,8°C) e instabilidade hemodinâmica (TA 98/62 mmHg e FC 115 bpm). Sem alterações valorizáveis na tomografia crânio-encefálica, radiografia de tórax e eletrocardiograma. Analiticamente apenas de salientar uma hiponatremia (119 mmol/L) e lesão renal aguda (Cr 1,7 mg/dL e Ur 43 mg/dL). Assumiu-se o diagnóstico de Crise Addisoniana no contexto de infeção viral. Por hipotensão refratária ao tratamento com fluidoterapia e hidrocortisona o doente foi admitido na unidade de cuidados intensivos para suporte aminérgico e terapêutica de suplementação de mineralocorticoides.

Discussão

A crise Addisoniana é uma emergência causada por uma insuficiência de cortisol, podendo ocorrer no decurso do tratamento da doença ou como manifestação primária. Esta pode ser desencadeada por diversas situações, nomeadamente stress (infeção, trauma, hipertiroidismo, jejum prolongado) ou descontinuação da terapêutica. Pacientes com doença de Addison devem ser educados sobre a

sua doença, nomeadamente aconselhando o uso de uma pulseira com informação médica resumida. É essencial também fornecer ao doente um esquema de ajuste da corticoterapia em situações de doença, acidentes, previamente a pequenas cirurgias ou de exercício físico extenuante. Apresentamos assim o caso de uma situação emergente com perigo de vida para o doente que poderia ter sido evitada caso fossem prestados ensinamentos prévios sobre o ajuste terapêutico.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P293

1794 UMA NEOPLASIA RARA

Luís Vieira Lemos, José Costa, Gonçalo Rocha, Jorge Almeida

Centro Hospitalar e Universitário de São João

O feocromocitoma é uma neoplasia rara cuja tríade sintomática clássica consiste em cefaleias esporádicas, hipersudorese e taquicardia. Contudo, grande parte dos doentes não se apresentam com esta tríade. Os autores apresentam o caso de uma doente do sexo feminino, de 62 anos de idade, com diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial, previamente medicada com lisinopril + hidroclorotiazida 20+12,5mg e lercanidipina 10mg, encaminhada do médico de família para a consulta externa de medicina interna por hipersudorese e difícil controlo tensional. A doente referia episódios frequentes de sudorese, sem fator desencadeante ou relação com o ciclo circadiano e perda de peso de cerca de 10Kg no último ano. Negava outras queixas, nomeadamente cefaleias, dor torácica ou palpitações, perda de apetite, rash ou prurido. O estudo analítico efetuado mostrou elevação do ácido vanilmandélico na urina de 24h (17.2 mg/24h), norepinefrina 1218 ug/24h e normetanefrina 3965 ug/24h. Fez TC abdominal que revelou nódulo sólido com 27x22x38mm na dependência da glândula suprarrenal direita, a traduzir provável feocromocitoma. Realizou cintigrafia com MIBG-I-123, não sendo evidente captação do fármaco pelo nódulo suprarrenal, nem qualquer outra imagem que seja compatível com lesão com expressão aumentada de transportadores noradrenérgicos. Por se encontrar sintomática, iniciou terapêutica com fenoxibenzamina 10mg de 12/12h, com franca diminuição da hipersudorese e melhoria do controlo tensional. Foi submetida a adrenalectomia unilateral que decorreu sem intercorrências, tendo suspenso no pós-operatório a medicação anti-hipertensora. A anatomia patológica da lesão foi compatível com feocromocitoma, sem envolvimento neoplásico nas margens de exérese. A doente mantém-se assintomática desde a cirurgia, sem palpitações ou hipersudorese e, de momento, sem necessidade

de reintrodução de qualquer terapêutica anti-hipertensora. Analiticamente sem elevação do doseamento das catecolaminas urinárias.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P294

1931 PSICOSE AGUDA E O ELETRÓLITO ESQUECIDO

Diana Pinho Santos, Márcia Cravo, Rute Alves, Miguel Bento Ricardo

Centro Hospitalar e Universitário do Porto, EPE

INTRODUÇÃO

As alterações agudas cognitivo-comportamentais são desafiantes em termos de abordagem etiológica, sendo perentório descartar causas orgânicas antes de se assumir patologia neuropsiquiátrica pura. A investigação deve ser por princípio exaustiva e sistematizada, não descartando etapas.

CASO CLÍNICO: Mulher, 69 anos, autónoma, com linfoma não-Hodgkin BCL6+ com 3 anos de evolução sem tratamento dirigido e sem evidência de evolução. Quadro com 2 meses de evolução e agravamento galopante de astenia progressiva, síndrome confusional hipoactivo acompanhado de alucinações visuais, não reconhecendo inclusivamente os familiares, culminando na dependência funcional total e associando progressivamente náuseas, vômitos alimentares e prostração grave. Observada múltiplas vezes em diferentes serviços de urgência hospitalares, sem alterações tomográficas encefálicas, sem documentação de síndrome de resposta inflamatória sistémica ou citopenias. Foi assumido síndrome depressivo de presunção e introduzida sertralina sem qualquer melhoria.

Por persistência do quadro recorre novamente ao serviço de urgência. Adiciona ainda ao já descrito, sinais francos de desidratação, fibrilhação auricular de temporalidade indeterminada com síndrome bradicardia-taquicardia com necessidade de implantação de pacemaker externo. Analiticamente hipercalcemia grave (cálcio ionizado máximo 2,41mmol/L), lesão renal aguda AKIN 2, hipofosfatemia, hipercalcúria, hormona paratiroideia muito elevada e hipovitaminose D não extrema com função tiroideia dentro dos parâmetros de normalidade. Exames imagiológicos e cintigrafia: formação nodular hipercaptante na topografia da metade superior do lobo direito da tiróide. Sem litíase do sistema excretor urinário, e osteoporose grave difusa em estudo densitométrico.

Assim, quadro multiorgânico com manifestações neuropsiquiátricas graves, gastrointestinais e renais assim como disfunção de ritmo cardíaco,

alterações estas filiadas em hipercalcemia extrema na dependência de hiperparatireoidismo primário (confirmação em histologia de peça cirúrgica em 2º tempo de hiperplasia de glândula paratiroideia). Melhoria sustentada e progressiva das múltiplas disfunções com fluidoterapia, bifosfonato parentérico (pamidronato) e diurético de ansa pela disfunção renal associada a calcemia, tendo inclusive retomado ritmo cardíaco próprio após 48h.

DISCUSSÃO: Apesar de a psicose como manifestação primária da hipercalcemia ser das menos comuns, a hipercalcemia em si é uma causa orgânica de síndrome confusional, potencialmente grave mas reversível, bem estabelecida na literatura. Os distúrbios do cálcio, sendo facilmente confirmados à cabeceira do doente com recurso a gasimetria arterial, não podem ser decapitados da abordagem sistematizada primária.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P295

2193 UMA DESGRAÇA NUNCA VEM SÓ

Diogo Canudo, Joao Barros, Diana Coutinho, Sofia Calaça,
Hospital do Espírito Santo de Evora

Introdução

A doença de Graves é uma doença autoimune que cursa com um aumento da produção de hormonas tiroideias pela ligação de auto-anticorpos aos receptores da Hormona Estimulante da Tiróide (TSH), resultando na ativação dos mesmos com consequente hipertireoidismo. A doença tiroideia autoimune está frequentemente associada a Diabetes Mellitus tipo I.

CASO CLÍNICO: Mulher, 29 anos, de origem chinesa, com antecedentes de patologia tiroideia não especificada cuja medicação abandonou, recorreu ao serviço de urgência por quadro com 2 semanas de evolução de perda de peso, astenia, náuseas, palpitações e xerostomia. À observação destacava-se taquicardia (146 batimentos por minuto), sudorese e exoftalmia. Analiticamente com glicémia 218 mg/dL e TSH imensurável. Medicada com propranolol e anti-tiroideos de síntese. Durante o internamento com glicémias elevadas, corpos cetónicos positivos na urina e acidose metabólica, compatível com cetoacidose diabética.

Realizou estudo autoimune: anticorpos anti-peroxidase positivo; GAD-65 positivo.

Iniciou terapêutica com insulina glargina de base e glulisina às refeições, tiamazol e propranolol

Discussão: Enquanto a cetoacidose diabética é

um trigger importante para a descompensação tiroideia, o desenvolvimento simultâneo dos dois é raro, tornando assim importante o alerta para a associação entre estas duas patologias de modo a permitir uma rápida atuação e até antecipação de futuras descompensações.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P296

114 ENCEFALOPATIA URÉMICA OU ALGO MAIS...?

Tânia Batista, João Mendes, Tiago Barra, Paula Manuel, António Correia

Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Introdução

A encefalopatia diz respeito, de uma forma geral, a afeções do sistema nervoso central. Pode surgir na presença de uma infeção, de algumas intoxicações ou ser complicação de uma doença neurológica. É fundamental o conhecimento da etiologia para a realização do tratamento mais adequado.

Caso clínico:

Mulher, 74 anos. Antecedentes de doença renal crónica estágio 5 sob programa regular de hemodiálise por fístula arteriovenosa e hipertensão arterial. Medicada com hipotensores. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por quadro de desorientação, agitação psicomotora e vômitos, de instalação súbita. A admissão era de salientar presença de febre (temperatura 39°C), hipertensão arterial e alternância entre períodos de agitação e de prostração. O estudo complementar realizado no SU não apresentou alterações de relevo, incluindo punção lombar que excluiu infeção do sistema nervoso central. Internada para esclarecimento etiológico do quadro clínico sob antibiótica empírica após colheita de hemoculturas e urocultura, que foram negativas. Na primeira avaliação, no 2.º dia de internamento, encontrava-se prostrada e pouco reativa, estando em apirexia. Repetiu TC-CE sem lesões endocranianas agudas. Realizou também RMN-CE e EEG sem alterações a justificar o quadro clínico. Foi observada por Neurologia que foi da opinião de que a alteração da vigília seria de causa metabólica pelo que a Nefrologia programou sessões de diálise diárias (admitindo como possível etiologia do quadro encefalopatia urémica em doente dialisado crónico) com resolução clínica completa apenas após 7 dias de intensificação do tratamento dialítico.

Discussão:

A presença de encefalopatia urémica em doentes dialisados cronicamente com valores de urémia relativamente baixos tem sido observada com

alguma frequência na prática clínica. Em geral, a encefalopatia apresenta-se como um complexo de sintomas que progride de uma leve obnubilação sensitiva até ao delírio e coma. A fisiopatologia da encefalopatia urémica é incerta mas sabe-se no entanto que se trata de um processo complexo e multifatorial, que inclui distúrbios hormonais, stress oxidativo, acumulação de metabolitos e desequilíbrio entre os neurotransmissores excitatórios e inibitórios.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P297

196 O FALSO VALOR DA HBA1C

Diana Coutinho, Diogo Canudo, Sofia Calaça, Inês Santos, Susana Carvalho, Francisco Rebocho, Graça Tavares, Francisco Azevedo

Hospital do Espírito Santo de Évora

INTRODUÇÃO

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crónica que, quando não controlada, conduz a complicações micro e macrovasculares. A hemoglobina glicosilada (HbA1c) é parte indispensável na avaliação e controlo metabólico, reflectindo a glicémica média dos três meses anteriores. No entanto, o seu valor é afectado por vários factores, pelo que é importante um registo diário dos valores de glicemia. CASO CLÍNICO: Mulher, 80 anos, com DM tipo 2 diagnosticada há 10 anos, sem complicações micro ou macrovasculares conhecidas, medicada com metformina, gliclazida e vildagliptina. Tem ainda hipertensão arterial e síndrome depressiva. Foi observada em Consulta de Diabetologia, com queixas inespecíficas, como palpitações, tremor e sudorese, que ocasionalmente resolviam após ingestão de açúcar. Com HbA1c 6,9%, surgiu a suspeita de que a doente apresentava episódios de hipoglicemia. No entanto, tinha registos de glicémia em jejum de 150-250 mg/dL e pré-prandiais de 250-350 mg/dL. Apesar de não existir documentação de hipoglicemias, optou-se por suspender a sulfonilureia e reavaliar a doente. Na consulta seguinte, sem sintomas autonómicos, com registos de glicémia capilar 200-300 mg/dL, sem hipoglicemias documentadas e com HbA1c 6.1%. Neste momento, face a ausência de sintomatologia e a valor de HbA1c preditor de glicemia média inferior à sugerida pelos registos da doente, foi colocada a hipótese de que o valor desta análise estivesse falseado. Com a realização de electroforese de hemoglobinas, identificou-se a presença de HbS (36.9%). DISCUSSÃO: O valor da HbA1c pode ser afectado por uma variedade de factores - genéticos, hematológicos e associados a doenças crónicas - que não podem ser esquecidos aquando da discrepância entre os valores de

glicémia registados e o valor de HbA1c.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P298

256 MANIFESTAÇÕES ATÍPICAS DE DEFICIÊNCIA DE VITAMINA B12

Filipa Silva, Ana Piteira, Patrícia Domingues, Joana Ferreira, Diana Pedreira, Pedro Carreira, Paula Lopes, Manuela Fera

Serviço de Medicina Interna. Centro Hospitalar de Setúbal, EPE.

Introdução

A vitamina B12 encontra-se nos alimentos de origem animal. A carência ocorre mais de 3 anos após cessação da ingestão ou absorção, motivo pelo qual constitui uma raridade. São múltiplas as causas da deficiência da vitamina, pelo que é importante o seu estudo etiológico. Com a apresentação de dois casos clínicos pretende-se alertar para os achados clínicos que podem ocorrer na deficiência de vitamina B12, bem como reforçar as alterações hematológicas e não hematológicas menos típicas, mas que podem ajudar no diagnóstico.

Caso Clínico

O primeiro caso descreve uma mulher de 41 anos, que recorre ao serviço de urgência por colúria, escleróticas ictéricas, dor abdominal, sudorese nocturna, anorexia, vômitos e perda ponderal de 10 quilogramas. Ao exame objectivo salienta-se astenia e adinamia. Analiticamente com anemia macrocítica (hemoglobina de 4,44 g/dL, VGM de 105 fL), com défice de vitamina B12, aumento da lactato desidrogenase, hiperbilirrubinémia à custa da indirecta e um esfregaço de sangue periférico com esquizócitos e muitas células em gota, achados sugestivos de anemia hemolítica secundária à deficiência de vitamina B12.

O segundo caso apresenta a uma mulher de 91 anos admitida no serviço de urgência por náuseas e vômitos com uma semana de evolução. Analiticamente salienta-se anemia macrocítica (hemoglobina de 6,7 g/dL, VGM 126 fL). Do estudo etiológico da anemia destaca-se anemia hipoproliferativa, esfregaço de sangue periférico com macrocitose com neutrófilos hipersegmentados e défice de vitamina B12, com ac. anti factor intrínseco negativo.

Nos dois casos, foi iniciada terapêutica endovenosa com vitamina B12 ainda em internamento e após alta clínica as doentes foram seguidas em consulta de medicina. No primeiro caso, ao fim de 3 meses ocorreu resolução da macrocitose e correcção do défice vitamínico, embora com manutenção de hemoglobina de 10,8 g/dL, que apenas ficou

corrigida ao fim de 6 meses. No segundo caso, ao fim de três meses foi observada normalização do hemograma e correção do déficit vitamínico.

Do estudo etiológico admitiu-se como causa mais provável da deficiência de vitamina B12, nas duas doentes, a deficiência dietética.

Discussão

Muitas vezes o diagnóstico de déficit de vitamina B12 é acidental, porém, apesar de ser raro, o déficit vitamínico pode ser grave e ter achados clínicos que podem confundir o diagnóstico.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P299

464 PSEUDOHIPONATREMIA: UM CASO DE LÍPIDOS

Cátia Santos, Joana Raquel Monteiro, João Santos, Célio Fernandes

Centro Hospitalar de Leiria - Hospital de Santo André - Medicina Interna II

Perante um doente com hiponatremia a primeira medida deverá ser a exclusão de uma pseudohiponatremia. Assim, poderá existir uma pseudohiponatremia com osmolaridade sérica elevada, o caso mais frequente, as hiperglicemias; ou a pseudohiponatremia com osmolaridade sérica normal, descrita nas hiperproteinemias e dislipidemias severas.

Os autores relatam o caso clínico de uma mulher de 29 anos, caucasiana, com história de diabetes e litíase biliar, que recorreu ao serviço de urgência com queixas de dor abdominal e obstipação com 3 dias de evolução. A ecografia abdominal revelou hepatomegalia e esteatose hepática. A radiografia abdominal mostrou distensão intestinal sem níveis hidro-aéreos. Analiticamente objetivou-se hiponatremia de 114mmol/l, sem outras alterações significativas. Após controlo algico a doente foi internada na enfermaria de medicina para continuidade de cuidados e estudo etiológico da hiponatremia. Contudo, a doente apresentou agravamento clínico com recorrência e exacerbação da dor abdominal. A reavaliação analítica mostrou elevação acentuada dos parâmetros inflamatórios e da amilase 130 U/l e Lipase 261U/l; sódio sérico 111mmol/l, e com glicose, proteínas totais e osmolaridade plasmática normais. Foram realizadas hemoculturas e iniciada antibioterapia empírica. A tomografia computadorizada (TC) abdominal revelou sinais de pancreatite aguda bem como litíase biliar, confirmando-se o diagnóstico de pancreatite litíásica. Posteriormente, os resultados do perfil lipídico revelaram colesterol total 1282mg/dl, HDL 40mg/dl e triglicéridos 6221mg/d, tendo sido

reconhecida a dupla etiologia da pancreatite e o principal contributo óbvio da hipertrigliceridemia. Quando aprofundamos os dados clínicos, os xantomas cutâneos percebidos no exame físico, que não foram valorizados inicialmente, sugeriam alteração do metabolismo dos lípidos. Perante o quadro geral, a natureza da hiponatremia tornou-se evidente, sendo o diagnóstico final a pseudohiponatremia. A pancreatite evoluiu sem complicações e sem disfunção orgânica e a doente teve alta após 3 semanas para follow up em consulta de medicina.

A apresentação deste caso pretende alertar para a necessidade de uma abordagem sistemática no estudo das hiponatremias, sabendo que se trata de uma entidade clínica com múltiplas etiologias e nem sempre de possível esclarecimento. Contudo, não devemos esquecer as 'falsas' hiponatremias, porque a sua presença pode conduzir a uma abordagem terapêutica incorreta.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P300

885 ACIDOSE LÁTICA ASSOCIADA À METFORMINA, COM LESÃO RENAL AGUDA POR HIPOTENSÃO IATROGÉNICA

Maria Beatriz Santos, Magda Garça, Pedro Cota, Paulo Ávila, Adriana Santos

Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira - Serviço de Medicina Interna

TÍTULO: Acidose láctica associada à Metformina, com lesão renal aguda por hipotensão iatrogénica

INTRODUÇÃO

A Metformina atua por diminuição da resistência à insulina, da neoglicogénese hepática e por aumento da captação de glicose periférica. A acidose láctica associada à Metformina ocorre por sobredosagem ou disfunção renal. Sendo considerada uma entidade rara, cursa com uma elevada taxa de mortalidade. Os autores apresentam um caso de acidose láctica associada à prescrição de um fármaco com introdução recente no mercado, o Sacubitril/Valsartan.

CASO CLÍNICO

Doente de 76 anos, português, autónomo, enviado ao Serviço de Urgência (SU), por quadro de dispneia, cansaço fácil e sensação de agonia que não caracterizava de outra forma, com 3 dias de evolução, associado a um vómito alimentar no dia anterior. Da história pregressa é de salientar: diabetes mellitus tipo 2, medicado com Metformina 1000 mg 2id, Canagliflozina 100 mg id e Insulina Lantus 29 U/dia, e insuficiência cardíaca, com a introdução na medicação crónica

de Sacubitril/Valsartan 24/26 mg 2id, nos três dias que antecederam a vinda ao SU. Objetivamente, encontrava-se pálido, sudorético, muito queixoso, com perfil tensional hipotensivo e palpação superficial dolorosa no epigastro. Analiticamente apresentava disfunção renal (ureia 291 mg/dL e creatinina 3.48 mg/dL) e gasimetricamente acidemia metabólica (pH 7.29, HCO₃⁻ 11.1 mmol/L e lactato 2.98 mmol/L). Admitiu-se então, acidose láctica associada à metformina, em doente com lesão renal aguda, provavelmente associada à hipotensão iatrogénica. No internamento, após a suspensão da Metformina e do Sacubitril/Valsartan assistiu-se à melhoria clínica e do perfil tensional, com a normalização dos parâmetros gasimétricos e da função renal. Dada a estabilidade clínica, teve alta ao sétimo dia do internamento, orientado para a consulta externa, onde mantém seguimento.

DISCUSSÃO

O Sacubitril/Valsartan, cuja aprovação pela EMA ocorreu em 2015, está indicado em doentes adultos para o tratamento da insuficiência cardíaca crónica sintomática, com fração de ejeção reduzida. No estudo PARADIGM-HF, a hipotensão foi notificada em 17.6% e o compromisso renal em 10.1% dos doentes tratados com Sacubitril/Valsartan. A hipotensão é uma das reações adversas mais frequentes, especialmente em doentes > 65 anos de idade, com doença renal e com PAS < 112 mmHg. A utilização do Sacubitril/Valsartan pode estar ainda associada a

agravamento da função renal, sendo o seu risco agravado por desidratação e uso concomitante de AINEs. A sua coadministração com Metformina reduziu a C_{max} e a AUC da Metformina em 23%, mas a sua relevância clínica é desconhecida.

Por tudo o que foi dito, no início da terapêutica do Sacubitril/Valsartan é recomendado a monitorização da pressão arterial por rotina e se se verificar hipotensão, deve-se reduzir a dose ou descontinuar a mesma.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P301

915 SÍNDROME DE HOFFMANN – MIOPATIA ASSOCIADA AO HIPOTIROIDISMO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Gorgulho, Inês Vicente, Ana Paula Antunes, Ana Maria Grilo, Guiomar Peres, Ana Teresa Boquinhas
Hospital de Cascais Dr José de Almeida

Introdução:

A síndrome de Hoffmann é uma forma incomum de miopatia associada ao hipotiroidismo nos adultos. Esta caracteriza-se por fraqueza, rigidez e pseudo-

hipertrofia musculares.

Caso clínico:

Descrevemos o caso clínico de um homem de 56 anos de idade, com queixas com cinco meses de evolução, de aumento ponderal não quantificado, pseudo-hipertrofia muscular, mialgias generalizadas de agravamento progressivo e fraqueza muscular com limitação na marcha. Ao exame objectivo apresentava mioedema e pseudohipertrofia muscular sobretudo na região gemelar, edema peri-orbitário, rarefação pilosa e hiperqueratose.

Analiticamente com rabdomiólise com Creatinase 13 283 UI/L e lesão renal aguda. Por apresentar Hormona Estimuladora da Tiróide (TSH) 124 mUI/L e Tiroxina livre (FT4) 2 pmol/L, com anticorpos anti-tiroglobulina e anti-peroxidase microssomal positivos, estabeleceu-se o diagnóstico de hipotiroidismo por Tiroidite de Hashimoto. Neste contexto interpretou-se a miopatia como Síndrome de Hoffmann. Iniciou hidratação vigorosa e levotiroxina com melhoria clínica e analítica, TSH a normalizar após 2 semanas de terapêutica.

Discussão:

A abordagem clínica deste caso relembra que o hipotiroidismo deve ser incluído no diagnóstico diferencial das miopatias, tratando-se de uma causa reversível e facilmente tratável.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P302

2148 SÍNDROME MALIGNO DOS NEUROLÉPTICOS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Pedro Pinto, Miguel Reis Costa, Rosana Maia, Duarte Silva, Emília Guerreiro, Carmélia Rodrigues, Diana Guerra
Unidade Local de Saúde do Alto Minho - Hospital de Santa Luzia - Viana do Castelo

Introdução

O Síndrome maligno dos neurolépticos (SMN) é uma situação neurológica caracterizada por alteração do estado de consciência, rigidez, febre e disautonomia. A mortalidade ronda 10-20% e a incidência é de até 3% em doentes sob terapêutica com fármacos neurolépticos.

Caso clínico: Mulher de 80 anos, antecedentes de psicose afetiva, medicada habitualmente com haloperidol, risperidona e fluoxetina.

Trazida ao SU por apatia e tremor generalizado. Objetivada crise convulsiva. Apresentava-se vígil, com sinais de mordedura de língua, sem défices neurológicos focais, apirética. Do estudo efetuado destaca-se hiponatremia e hipocalémia. TC CE sem

evidência de hemorragia ou lesão ocupante de espaço. Iniciou correção de distúrbios eletrolíticos mas por persistência de crises convulsivas e aparecimento de febre, fez punção lombar que não apresentava alterações. É admitida em Unidade de Cuidados Intensivos, realizado EEG com "padrão encefálico difuso grave com aspetos sugestivos de efeito farmacológico (...) sem atividade epileptiforme". Notada rigidez muscular generalizada de predomínio crural, estase gástrica e elevação das enzimas de citólise muscular com creatinina cinase (CK) 1001 U/L. Colocada hipótese de SMN. Iniciada bromocriptina, com evolução favorável. Corrigidas alterações restabelecendo-se o equilíbrio hidroeletrólítico. Sob ventilação mecânica invasiva, extubada sem intercorrências. Readmitida em enfermaria a cumprir ordens simples. Manteve evicção de neurolépticos, terapêutica com bromocriptina e levetiracetam e iniciou plano de reabilitação motora com progressiva recuperação de autonomia.

Discussão: O diagnóstico de SMN centra-se na apresentação clínica e em estudo analítico compatível, após exclusão de causas secundárias. Corroboram-no a terapêutica com neurolépticos, alteração do estado mental, hipertermia, rigidez, disautonomia, CK elevada e alterações hidroeletrólíticas. O tratamento consiste em medidas de suporte, suspensão de neurolépticos e a correção dos distúrbios hidroeletrólíticos. Fármacos como bromocriptina, dantroleno e amantadina, apesar de não terem efeitos comprovados em ensaios clínicos são, com base em experiência clínica, utilizados.

Os autores consideram este caso clínico relevante, atendendo à necessidade de um elevado índice de suspeição para a identificação de SMN potenciando a rápida eliminação do agente causal e início de tratamento.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P303

742 SÍNDROME POLIGLANDULAR AUTOIMUNE TIPO 2 - CRISE ADRENAL

Nuno Zarcos Palma, Mariana da Cruz, Margarida Cruz, Ligia Santos, Vitor Fagundes, Mari Mesquista

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Introdução

A insuficiência suprarrenal primária tem uma prevalência de 2/10000, cerca de 50% por destruição autoimune das glândulas suprarrenais. Apesar de existirem manifestações características que indiciam o diagnóstico, a sintomatologia é vasta e inespecífica. Por vezes apresenta-se como emergência médica, tornado o rápido diagnóstico

imperioso para início terapêutico.

Caso clínico

Mulher de 41 anos, com antecedentes de patologia osteoarticular. Apresenta-se com astenia e adinamia de instalação progressiva, com episódios de hipotensão sintomática, com 6 meses de evolução. Acresce alteração da coloração cutânea após período de exposição solar que perdurou. Admitida no serviço de urgência por calafrios, náuseas, dor abdominal e mialgias generalizadas, febre (38°C) e hipotensão (67/54mmHg) refratária a fluidoterapia. Objetivamente apresenta-se prostrada, com shivering, hiperpigmentação cutânea generalizada, exuberante nas pregas cutâneas, peri bucal, lesões pigmentadas na gengiva, sem alterações na auscultação cardiopulmonar ou exame abdominal.

Perante o quadro foi assumida a possibilidade de crise adrenal e administrada hidrocortisona 100mg mantendo fluidoterapia, apresentando melhoria clínica significativa. Colheu doseamento de ACHT e prova de estimulação com Synacthen que demonstram: cortisol <0.5mcg/dL, cortisol 60 min após 250mcg ACTH 1.26mcg/dL, ACTH 1250 pg/mL. Tomografia computadorizada a revelar glândulas supra-renais de dimensões reduzidas. Anticorpo anti-21-hidroxilase positivo (1/ 320), renina 59,2pg/mL (deitada) e aldosterona <7pg/mL.

Assim, foi confirmada insuficiência suprarrenal primária (Doença de Addison) por adrenalite autoimune.

Posteriormente diagnosticado também tiroidite autoimune crónica eutiroideia (anticorpo tiroperoxidase 119,5UI/mL), e risco de diabetes mellitus tipo 1 (anticorpo GAD65 704 U/mL), constituindo assim um Síndrome Poliglandular Autoimune tipo 2 (SPA 2).

Alta medicada com dexametasona e fludrocortisona. Sob esquema terapêutico ajustado para situações de stress e cartão de doente portadora de Doença de Addison com descrição de terapêutica indicada em caso de emergência. Na consulta de follow-up com resolução da sintomatologia.

Discussão e Conclusão

Os autores concluem a necessidade de ponderar crise adrenal como diagnóstico diferencial do doente com hipotensão. A atenção a sinais de alerta apresentados na fase inicial são determinantes no tratamento de fase aguda de uma crise adrenal. Apesar de por vezes desvalorizados pelo doente, os sintomas e sinais devem ser avaliados e integrados, situação facilitada na abordagem holística do Médico Internista. A educação do doente alusiva à sua patologia é crucial na prevenção de complicações futuras. Quando perante uma Doença de Addison será importante testar demais funções glandulares para avaliar associação de patologia glandular.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P304

1518 DIABETES MELLITUS E SÍNDROME METABÓLICA: ONDE ESTÁ O ERRO?

Diana Ferrão, Luís Nogueira Silva, Clara Machado da Silva, Pedro Rodrigues, Pedro Ribeirinho Soares, Catarina Pereira, Fernando Nogueira, José Marques, Jorge Almeida.

Centro Hospitalar e Universitário de São João

Introdução

A crescente incidência de sedentarismo e maus cuidados alimentares tem levado ao aumento exponencial de diagnósticos de diabetes mellitus. Contudo, a pandemia da síndrome metabólica pode esconder muitos casos de diabetes primária, com mecanismos destrutivos dos ilhéus pancreáticos ou da própria insulina, levando a estratégias terapêuticas erradamente conservadoras e a hiperglicemias galopantes, por vezes com consequências desastrosas.

Caso Clínico

Doente do sexo feminino, 64 anos, com obesidade, dislipidemia, hipertensão arterial de difícil controlo (com lesão de órgão mediada pela hipertensão) e síndrome da apneia obstrutiva do sono. Tinha diagnóstico recente de diabetes mellitus, com progressão rápida e mau controlo metabólico (HbA1C 8 » 10%) sob antidiabéticos orais. Nos últimos dois meses, quadro de astenia e mialgias, com diarreia aquosa ocasional e perda de 2kg. Sem outras queixas abdominais, cardiovasculares, respiratórias, urinárias, neurológicas, cutâneas ou articulares. Ao exame físico tinha alguma diminuição da força proximal, sem estrias vinosas ou acantose nigricante e sem outras alterações. Analiticamente, tinha transaminases aumentadas (2-5x o limite superior do normal), com um ratio de 1:1, sem alterações nas enzimas de colestase ou bilirrubinas, com anticorpos antinucleares com título 1:320. A ecografia abdominal mostrou hepatomegalia com parênquima heterogéneo. Foi realizada biópsia hepática que mostrou padrão compatível com esteatose. Por suspeita de eventual síndrome de Cushing na base da uma síndrome metabólica com diabetes de rápida progressão, foram doseadas a ACTH e o cortisol, que foram normais. Por persistirem as glicemias descontroladas em internamento, com dieta controlada e doses progressivamente maiores de medicação, foi pedido o estudo de diabetes autoimune: o peptídeo C foi normal e os anticorpos anti-insulina positivos de 3.4 U/mL (cutoff <0.4). Foi diagnosticada diabetes autoimune latente do adulto (LADA) e a doente foi enviada para a consulta de Endocrinologia.

Discussão

A diabetes autoimune latente do adulto é um diagnóstico recente que surgiu da evidência de que em populações com alta prevalência de diabetes tipo 1 muitos doentes com diagnóstico de diabetes tipo 2 possuíam na realidade autoanticorpos circulantes. Estes doentes estão a meio do espectro entre a diabetes tipo 1 e tipo 2 – têm um componente destrutivo primário da produção de insulina mas que não é marcado o suficiente para condicionar diabetes na infância ou adolescência. O reconhecimento destes doentes é cada vez mais importante em termos de abordagem terapêutica.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P305

1561 UM CASO ATÍPICO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NO IDOSO

Vilma Laís Grilo, Magno Dinis Sousa, Ana Glória Fonseca, Francisca Delerue

Hospital Garcia de Orta

Introdução:

A hipertensão arterial é uma patologia muito prevalente, particularmente relevante nos escalões etários mais avançados, contribuindo para um elevado risco cardiovascular, com importante morbi-mortalidade associada. Cerca de 5-10% da população de adultos hipertensos apresenta uma causa secundária subjacente para a hipertensão arterial. O hiperaldosteronismo primário, embora pouco frequente, constitui uma causa clinicamente relevante e subdiagnosticada de hipertensão arterial secundária.

Caso clínico:

Mulher de 85 anos, com antecedentes de fibrilhação auricular, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial de longa evolução com lesão de órgão alvo (hipertrofia ventricular esquerda) e de difícil controlo, estando medicada com dois diuréticos de diferentes classes, um bloqueador dos canais de cálcio, um inibidor da enzima de conversão da aldosterona e um beta-bloqueante. Admitida por quadro de mialgias, anorexia e obstipação. À observação encontrava-se hipertensa, tensão arterial 171/102 mmHg, frequência cardíaca controlada, sem outros achados de relevo. Analiticamente com hipocaliémia grave de 1.8 mmol/L, refractária à suplementação de potássio mesmo após suspensão de terapêutica diurética, e alcalose metabólica. O doseamento inicial de aldosterona sérica era 57.9 ng/dL. Restantes estudo endocrinológico realizado sob espirolactona, atendendo à gravidade e refractariedade da hipocaliémia, destacando-se renina activa 2 pg/mL, aldosterona sérica

15.06 ng/dL, adrenocorticotrofina 12.8 pg/mL, cortisol sérico 16 ug/dL e urinário 92.6 ug/24h. Estudo imagiológico por ressonância magnética abdominal identificou imagem nodular única na glândula supra-renal esquerda, compatível com aldosteronoma. Foi avaliada conjuntamente com Endocrinologia, titulada espironolactona e terapêutica anti-hipertensora, obtendo-se controlo tensional e correcção da caliémia. Dada a favorável resposta clínica à terapêutica, idade e comorbilidades, manteve-se estratégia de abordagem conservadora, sem recurso a cirurgia.

Discussão:

Dada a sua baixa prevalência, é necessário elevado grau de suspeição para a identificação de uma etiologia secundária num indivíduo idoso com hipertensão de longa evolução. A hipertensão resistente ou o agravamento do controlo tensional em indivíduos previamente estáveis constituem factores que levantam a hipótese de uma etiologia secundária. Embora o hiperaldosteronismo primário seja uma condição rara, ainda menos frequente nos indivíduos com idade superior a 65 anos, a tríade de hipertensão arterial resistente, hipocaliémia grave e alcalose metabólica levantam a suspeita clínica. De entre as etiologias do hiperaldosteronismo, os adenomas produtores de aldosterona constituem a principal entidade.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P306

1712 CETOACIDOSE DIABÉTICA EUGLICÉMICA IATROGÉNICA A INIBIDOR SLGT-2 – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Mário Monteiro, Cármen Ferreira, Daniela Brito, Alexandra Dias, Fernanda Coutinho, Fátima Pimenta

CHMT - CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO, E. P. E

A cetoacidose diabética (CD) é a complicação aguda mais grave da Diabetes Mellitus (DM), sendo potencialmente fatal. Os inibidores do co-transportador de sódio e glicose 2 (SLGT-2) são novos antidiabéticos orais cada vez mais usados na prática clínica não só pelo seu efeito hipoglicemiante mas também pelos benefícios cardiovasculares e renais associados. Existem relatos de que estes agentes estão potencialmente relacionados com casos de cetoacidose diabética euglicémica, que são quadros raros e difíceis de reconhecer na ausência de hiperglicemia evidente, representando um verdadeiro desafio diagnóstico.

Caso clínico: Homem de 60 anos, admitido no serviço de urgência por quadro de astenia, náuseas e cefaleia holocraneana com 3 dias de evolução e de agravamento progressivo. Como antecedentes relevantes a referir DM tipo 2 sob metformina

1000mg 2id e recentemente com a introdução de canaglifozina, inibidor SLGT2. Dos exames realizados à admissão a destacar na gasimetria arterial uma acidemia metabólica grave (HCO_3^- 9.6 mmol/l), cetonemia elevada 8.0 e cetonúria positiva com uma glicemia capilar de 157 mg/dl. O diagnóstico de cetoacidose diabética euglicémica foi feito, tendo iniciado terapêutica com insulina endovenosa e hidratação. Após controlo metabólico e resolução da cetoacidose, o doente teve alta sem qualquer sintomatologia ao 6º dia de internamento referenciado a consulta de Medicina Interna – diabetologia para seguimento.

Conclusão: Os autores pretendem com este caso alertar para a possibilidade do diagnóstico de cetoacidose diabética num doente com valores de glicémia normais, sendo importante a sua suspeição clínica, principalmente quando na presença de terapêutica com inibidores SLGT-2.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

P307

1821 EPIGASTRALGIAS ASSOCIADAS A NÁUSEAS E VÓMITOS, DEVEMOS PENSAR EM HIPERTIROIDISMO?

Rita João Soares, Nuno Miguel Monteiro, Joana Silva Marques, Giovana Ennis, Andreia Camacho Correia

Centro Hospital de Tondela-Viseu (CHTV), Serviço de Medicina Interna

Introdução

A doença de Graves é responsável por cerca de 60-80% dos casos de hipertireoidismo primário. Trata-se de uma doença autoimune, provocada por anticorpos anti-recetor TSH que estimulam a glândula tiroide, no aumento de produção e libertação de hormona tiroideia. A sua prevalência é 10 vezes superior nas mulheres e a sua incidência é mais evidente entre os 20 e 50 anos de idade. Os sintomas mais frequentes consistem em nervosismo, irritabilidade fácil, intolerância ao calor, persudorese, palpitações, astenia, perda ponderal e trânsito intestinal hiperativo. Exoftalmia e mixedema pré-tibial são sinais extratiroideus associados ao processo autoimune, que também podem estar presentes

Caso clínico:

Mulher de 60 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, sem toma de medicação habitual, proveniente da Suíça Recorreu ao serviço de urgência por quadro de epigastralgias, astenia e perda ponderal com 20 dias de evolução, com agravamento progressivo sendo que a partir do 3º dia de doença iniciou vómitos e diarreia, sem resposta a antieméticos ou analgesia. Da história

epidemiológica, apenas a destacar o fato de estar a viver numa quinta há 3 semanas. Realizou ecografia abdominal, TC-TAP e EDA sem alterações de relevo. Analiticamente com discreta leucopenia, aumento das transaminases, coagulopatia com INR de 1.6, coproculturas e parasitológico de fezes negativos. Foi internada no Serviço de Medicina Interna onde realizou restante estudo etiológico que revelou hipertiroidismo severo com TSH frenada (< 0.008 mUI/L) e T4 livre de 7.7ng/dL , anticorpos anti-peroxidase-tiroideia, anti-tiroglobulina e anti-recetor TSH (Trabs) positivos. Foi evidenciada em ecografia da tiroide, glândula de dimensões aumentadas. Iniciou metibazol com boa tolerância e melhoria do estado geral e dos sintomas gastrointestinais e com repercussão analítica favorável, redução da T4 livre em 50%.

Discussão:

A Doença de Graves pode estar associada a sintomas gastrointestinais, sendo que a perda ponderal se deve ao hipermetabolismo inerente à doença, ao aumento da motilidade intestinal e à malabsorção de nutrientes associada à diarreia. Alterações nas provas de função hepática, particularmente o aumento sérico da fosfatase alcalina, podem estar presentes. Outros sintomas incluídos são os vômitos e raramente dor abdominal, que foi particularmente relevante na história desta doente, alertando para a inclusão do dismetabolismo tiroideu no diagnóstico diferencial deste sintoma comum.

P003

1510 DISFUNÇÃO VENTRICULAR ESQUERDA NA DREPANOCITOSE

Inês Nogueira da Fonseca, Inês Goulart, Diana Palacios, Laura Pereira, Tiago Petrucci, Ana Teresa Pina, Cristina Alcântara, Carlos Moreira

Serviço de Medicina 1 - Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

Introdução

A drepanocitose é uma doença com envolvimento multiorgânico, com importante repercussão no risco vascular dos doentes. À medida que a esperança média de vida dos doentes com drepanocitose aumenta, também as suas complicações se tornam mais prevalentes. Nesta doença, está extensivamente estudada a hipertensão pulmonar e as suas repercussões nas cavidades direitas, por oposição à avaliação do coração esquerdo. Os autores trazem um estudo da função cardíaca esquerda nestes doentes.

Métodos: Trata-se de um estudo prospectivo de doentes recrutados para a Consulta de Hipertensão do Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa-Norte, com diagnóstico de drepanocitose. Foram realizados colheita de história clínica, exame objectivo, avaliação laboratorial sumária e ecocardiograma. De acordo com o valor de pressão

arterial, os doentes foram divididos em hipertensos e não-hipertensos e, depois, ambos comparados com um grupo de controlo com ajuste à idade, sexo e factores de risco cardiovascular. Os modelos estatísticos utilizados foram t-student e ANOVA, para $p < 0.01$.

Resultados: o estudo incluiu 42 doentes com drepanocitose, 24 deles com hipertensão e 18 sem hipertensão, confrontados com 21 doentes do grupo de controlo, com ajuste à idade, sexo e factores de risco cardiovascular. O IMC, perfil lipídico e função renal não apresentavam diferenças estatisticamente significativas.

Os valores de massa do ventrículo esquerdo (VE) foram os seguintes: no grupo de controlo (C) $95.6 \pm 18.2\text{g/m}^2$; drepanocitose sem hipertensão (D): $110.3 \pm 21.2\text{g/m}^2$, drepanocitose com hipertensão (D+H): $132.4 \pm 19.6\text{g/m}^2$, $p < 0.001$. A fracção de ejeção do VE não apresentou diferença estatisticamente significativa.

Conclusão: Nos doentes com hipertensão, é espectável a presença de hipertrofia ventricular esquerda; contudo, importa lembrar que este marcador ecocardiográfico pode anteceder o diagnóstico de hipertensão. Assim, pode equacionar-se que o doente com drepanocitose apresenta risco vascular aumentado e que a doença pode representar um importante factor de risco vascular independente, o que pode vir a alterar a intensidade do esforço terapêutico. São necessários mais estudos para a melhor caracterização deste efeito.

P008

1965 ESTUDO DE ADENOPATIAS EM DOENÇAS HEMATOLÓGICAS – PAPEL DA MEDICINA INTERNA

Dina Rochate, Marta Segurado, Svitlana Hhihoryan, Maria José Grade, Helena Rita, Luísa Arez

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE, UNIDADE DE PORTIMÃO - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução

A presença de atividade hematopoiética em locais fora da medula óssea, como o baço ou o fígado, pode ocorrer em doenças hematológicas malignas e não malignas. As adenopatias podem ser o primeiro sinal de apresentação de doenças linfoproliferativas (DLP), juntamente com esplenomegalia. Algumas síndromes podem ser caracterizadas por linfocitose e ausência de adenopatias (ou de pequenas dimensões e/ou pouco acessíveis ao exame histológico), sendo por isso de extrema importância a avaliação e investigação etiológica quando estas surgem inicialmente ou como achado imagiológico. Objetivo: Caracterizar a população de doentes com adenopatia como primeiro sinal, com diagnóstico hematológico, internada

ao cuidado da Medicina Interna (MI). Métodos: Estudo coorte retrospectivo de 24 pacientes com diagnóstico de gânglios linfáticos aumentados (localizados ou generalizados) – códigos R59.0, R59.1 e R59.9 – segundo a codificação de Grupos de Diagnóstico Homogêneos, internados pela MI entre 01-01-2015 e 30-06-2018, num hospital periférico. Resultados: A média de idades era de 58 anos (18-90), sendo 11 do sexo masculino e 13 do sexo feminino. Como antecedentes pessoais, 25% dos casos apresentou hipertensão arterial, 20,8% neoplasia documentada e 12,5% gastrite crónica. No momento do diagnóstico, 15 casos caracterizavam-se pela presença de adenopatias palpáveis e a esplenomegalia estava presente em 9 casos. A astenia e dor abdominal foram os sintomas associados mais frequentes. Na apresentação, a localização mais frequente das adenopatias foi axilar (6) e inguinal (5). Três casos apresentavam adenopatias múltiplas. Onze apresentavam anemia no momento do diagnóstico. Como primeiro exame complementar de diagnóstico realizado, a tomografia computadorizada foi o mais frequente (66,7%), seguido da biópsia excisional da adenopatia (45,8%). Apenas um caso realizou citometria de fluxo e 4 casos não quiseram prosseguir na investigação diagnóstica. Nove casos não foram hematológicos, obtendo o diagnóstico de linfadenites. Em 4 casos a histologia revelou Linfoma de Hodgkin, em 3 Linfoma folicular, em 3 Linfoma do manto e 1 caso de Leucemia Linfocítica Crónica. Parâmetros como hemoglobina, LDH, leucocitose e presença de esplenomegalia foram avaliados como possíveis preditores independentes. Conclusão: Apesar do pequeno número de doentes, os resultados obtidos concluem que a adenopatia associada ao diagnóstico hematológico é frequente. O espectro clínico das DLP varia desde adenopatias assintomáticas até sintomas constitucionais e, pela sua inespecificidade, a apresentação clínica é um desafio. Neste estudo os autores salientam a importância do papel da MI na primeira abordagem, diagnóstico e orientação de DLP em doentes com adenopatias, destacando o valor da complementaridade entre MI e especialidades como a Cirurgia Geral, num hospital periférico que não tem internamento de hematologia clínica.

P308

1772 ADENOPATIAS E ERITRODERMIA – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Márcia Pereira, Nélia Cunha, Miguel Martins, Diana Simão, Madalena Lobão, António Mesquita, João Oliveira, Rita Ribeiro, Sofia Pinheiro

Hospital de Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Introdução

Os linfomas de células T periféricos (LCTP) são um grupo heterogéneo de neoplasias hematológicas, mais frequentes no sexo masculino e na septuagésima

década de vida. Caracterizam-se por linfadenopatia generalizada, sendo a pele e trato gastrointestinal os locais extraganglionares mais frequentemente envolvidos. O caso apresentado é paradigmático do desafio diagnóstico e do desfecho dramático muitas vezes inerente a esta entidade. Caso Clínico: Homem, 65 anos, com história conhecida de polimialgia reumática há 1 ano, medicado com corticoterapia, e dermatose urticariforme autolimitada há 6 meses, seguido em dermatologia. É internado em Serviço de Medicina Interna por sintomas constitucionais e reaparecimento de lesões cutâneas. Ao exame objetivo, apurava-se eritrodermia generalizada maculopapular, indolor e não pruriginosa, adenopatias cervicais bilaterais e febre 39°C. Analiticamente destacava-se Hb 9,4 x 10g/L, macrocitose, leucocitose 18,87 x 10⁹/L, neutrofilia 18,87 x 10⁹/L, eosinofilia 1,67 x 10⁹/L, lactato desidrogenase 501 IU/L, velocidade de hemossedimentação 61 mm/h, consumo de complemento, hipergamaglobulinemia policlonal e anticorpos antinucleares 1/320, com restante estudo de autoimunidade negativo; estudo infeccioso negativo para vírus da imunodeficiência humana, hepatite B e C, sífilis e tuberculose. Realizou tomografia computadorizada do pescoço e toraco-abdomino-pélvica que mostraram múltiplas adenopatias com conglomerado adenopático de maiores dimensões a nível hilar direito (40x27 mm) e espessamento das partes moles da nasofaringe e orofaringe. Realizou biópsia excisional de gânglio cervical, biópsia do cavum, biópsia óssea e várias biópsias cutâneas cujos resultados histológicos, incluindo imunohistoquímica, foram sistematicamente compatíveis com alterações benignas reativas. Após um mês de internamento e um total de sete biópsias, a histologia de uma adenopatia supraclavicular revelou o diagnóstico de LCTP, Sem Outra Especificação (SOE). Durante esse espaço de tempo o doente apresentou agravamento franco do estado geral tendo acabado por falecer há data do diagnóstico, sem que tivesse sido possível instituição de terapêutica. Conclusão: Os LCTP, SOE são o subtipo mais frequente de LCTP no ocidente. Os sintomas são muitas vezes inespecíficos e relacionados com disfunção imunológica global, com fenómenos que mimetizam doenças infecciosas e autoimunes. O diagnóstico é portanto difícil e baseia-se na análise histológica meticulosa de biópsia excisional de gânglio linfático. O prognóstico é mau, com mortalidade elevada em meses na ausência de instituição de quimioterapia, dependendo de um diagnóstico correto numa fase precoce da doença. No caso específico desde doente, a corticoterapia pode ter sido um fator de acréscimo à dificuldade diagnóstica.

P309

1837 AGRANULOCITOSE COMO EFEITO LATERAL DE TIAMAZOL

Daniela Dantas Rodrigues, Joana Sotto Mayor, Raquel Fontes, Emanuel Costa, Sofia Esperança, Carlos Capela
Hospital de Braga

Os fármacos anti-tiroideos são de uso comum, porém efeitos adversos graves podem surgir.

Mulher de 79 anos, com antecedentes de doença renal crónica em programa de hemodiálise e bócio multinodular mergulhante, submetida a terapêutica com iodo radioactivo e medicada com tiamazol. Enviada ao SU por apresentar febre com 12 dias de evolução, sem clínica focalizadora. Apresentava trombose da FAV pelo que estava hipocoagulada com enoxaparina desde há 4 dias e candidíase oral, medicada com fluconazol. Ao exame objectivo encontrava-se pálida e com aspecto debilitado, com lesões de candidíase oral. Apresentava múltiplas adenopatias nas cadeias ganglionares submandibulares, supraclaviculares, cervicais e inguinais. A tiróide era palpável e bordo esplénico palpava-se cerca de 2cm abaixo da grade costal. Analiticamente apresentava neutropenia grave (300 leucócitos/uL com 5% de neutrófilos), anemia (Hb 7.8g/dL) e elevação da PCR. Foi internada no serviço de Medicina Interna para estudo etiológico de neutropenia febril. Iniciou terapêutica com vancomicina e meropenem, que cumpriu por 7 e 14 dias, respectivamente. Realizou TC toracoabdominopélvico que revelou esplenomegalia e bócio mergulhante, com compressão da traqueia. O ecocardiograma transtorácico era normal. As hemoculturas foram negativas e o exame microbiológico de urina revelou presença de *Escherichia Coli* multissensível.

Dada a possível relação do quadro com toma de tiamazol, suspendeu terapêutica ao 2º dia de internamento. Para exclusão de doença hematológica primária foi realizado esfregaço de sangue periférico que mostrou a presença de 5% de blastos. O mielograma mostrou hipocelularidade e a biópsia óssea hipoplasia granulocítica e eritroide e displasia megacariocítica. A imunofenotipagem revelou linha neutrofílica quase ausente, com aumento das formas jovens da linha eritroide e anomalia na maturação e diminuição dos percursoros B. A análise de cariótipo e FISH não revelaram anomalias citogenéticas. Efectuada pesquisa de anticorpos anti-neutrófilo, no entanto tal estudo foi impossibilitado pela escassez de neutrófilos no sangue periférico.

Dada a hipoplasia granulocítica, com PCR negativa, iniciou prednisolona 1 mg/kg, observando-se aumento gradual da contagem de leucócitos e neutrófilos.

A doente teve alta orientada para consulta

externa de Hemato-oncologia e Medicina Interna. Analiticamente apresentava PCR negativa, Hb 10.0g/dL, 2800 leucócitos com 1000 neutrófilos e 217000 plaquetas. Uma vez excluída doença hematológica primária e apresentando a doente normalização do hemograma com a suspensão do tiamazol, teve alta de ambas as consultas 6 meses após o quadro clínico inicial, considerando-se ter sido este fármaco o responsável pelo quadro clínico.

A agranulocitose é um efeito adverso raro mas grave da terapêutica com anti-tiroideos. É crucial o diagnóstico precoce, passando o tratamento pela suspensão do fármaco em questão e a instituição de antibioterapia de largo espectro

P310

2141 SÍNDROME SHWACHMAN-BODIAN-DIAMOND - ANEMIA APLÁSICA EM JOVEM

Rita Pereira, Diogo Guimarães da Fonseca, Filipa Duarte Ribeiro, Catarina Pereira, Vítor Paixão Dias
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução

A anemia aplásica (AA) caracteriza-se pela diminuição do número de células hematopoiéticas, condicionando hipoplasia/aplasia da medula óssea e, que se traduz pela redução da contagem das células sanguíneas em circulação. Apesar de rara, esta patologia encontra-se mais frequentemente descrita em jovens com pancitopenia. As principais causas são adquiridas (fármacos, radiação, toxinas, infeções víricas, hemoglobínia paroxística nocturna), contudo mais raramente também se encontra associada a mutações genéticas hereditárias. As manifestações clínicas resultam directamente da linha celular afectada, sendo a hemorragia o sinal mais comum.

Caso Clínico: Sexo feminino, 23 anos, sem antecedentes ou hábitos de revelo, apenas sob contraceptivo oral. Admitida no serviço de urgência por tonturas, astenia e episódios de epistaxis com 1 mês de evolução, associados a aumento de susceptibilidade a equimoses nos meses prévios. Sem outras perdas sanguíneas objectiváveis. Ao exame físico destacam-se hematomas nos membros inferiores em diferentes estados de evolução. Analiticamente com pancitopenia: Hb 8,6g/dL; leucopenia 3.000/uL com neutropenia 910/uL; Trombocitopenia 38.000/uL.

Internada no serviço de Medicina Interna para investigação etiológica. Do estudo realizado: imunologia, química e serologias sem alterações de relevo. Submetida a biópsia da medula óssea que revelou medula globalmente hipoplásica (celularidade ~ 20%) com áreas de celularidade normal. Encaminhada para consulta de Hematologia para manter vigilância e prosseguir estudo de causas genéticas, no qual se identificou a presença

de uma variante patogénica em heterozigotia no gene SBDS.

Conclusão: O Síndrome de Shwachman-Bodian-Diamond encontra-se associado a uma mutação homozigota ou heterozigota composta do gene SBDS em 90% dos casos, o que poderá ser conclusivo para um diagnóstico de etiologia genética como predisposição para AA. Neste caso em específico, diferenciar etiologia genética de adquirida condiciona a abordagem terapêutica, uma vez que se privilegiam medidas de suporte, versus medidas de imunossupressão como em etiologias adquiridas.

P311

669 ASPLENIA CONGENITA ISOLADA - UM CASO RARO

Sofia Dinis Ferreira, Cláudia Lemos, André Mendonça Vieira, Mónica Caldeira, Homem Costa, Maria da Luz Brazão, Fernando Aveiro

Hospital Dr. Nélcio Mendonça - Serviço de Medicina Interna/Hemato-Oncologia

A Asplenia, ou ausência de baço, pode ocorrer em vários contextos. Geralmente, está associada a esplenectomia ou a doenças funcionais. A Asplenia Congénita é uma patologia rara que normalmente ocorre no contexto de malformações específicas. Por sua vez, a Asplenia Congénita Isolada (ACI) é extremamente rara, com menos de 100 casos descritos na literatura. A maioria dos casos apresenta-se nos primeiros anos de vida, geralmente por infeções sistémicas/sépsis, causadas por bactérias encapsuladas, que são as mais virulentas neste grupo de pacientes. Poucos são os casos diagnosticados em idade adulta.

Este caso clínico diz respeito ao diagnóstico de ACI numa paciente adulta assintomática.

DJNLT, sexo feminino, 36 anos, referenciada à consulta por leucocitose e trombocitose persistentes. Como antecedentes pessoais apresentava história de alergias. Negava esplenectomia. O exame objectivo não evidenciava alterações. Analiticamente, apresentava leucocitose, trombocitose, anisopoiquilocitose moderada e alguns eritrócitos com corpos de Howell-Jolly. Após o rastreio negativo das hemoglobinopatias, realizou TAC Abdomino-pélvico que não identificou baço, e RM Abdominal que confirmou a ausência de baço, bem como de baços enfartados, esplenose ou alterações da rotação dos órgãos. Completou-se o estudo com mielograma, que era normal e ecocardiograma transtorácico que excluiu cardiopatias congénitas.

Efetivamente, a asplenia congénita está mais associada a outras anormalidades, sendo a mais comum o síndrome de Ivemark, caracterizado por heterotaxia visceral, com duplicação dos órgãos do lado direito e ausência dos do lado esquerdo.

Já a ACI é extremamente rara. Um recente estudo francês estima que a prevalência desta patologia é de 0,51/milhão de nascimentos. Cerca de metade dos casos descritos tem um padrão familiar, com uma herança heterogénea, sendo a maioria dos casos de origem autossómica dominante. Contrariamente às outras causas de asplenia, o diagnóstico de ACI torna-se um desafio devido à ausência de outras anormalidades. A apresentação clínica é heterogénea. Estes indivíduos têm um aumento da susceptibilidade a infeções invasivas, com alta taxa de mortalidade, apesar do tratamento. Podem-se apresentar com sintomas ligeiros inespecíficos, contudo podem apresentar um rápido declínio clínico, com choque séptico e coagulação intravascular disseminada. O diagnóstico pode ser confirmado pela identificação de corpos de Howell-Jolly na membrana eritrocitária no esfregaço de sangue e pela ausência de baço nos exames de imagem. Estes doentes podem beneficiar de algumas atitudes terapêuticas específicas como esquema de vacinação próprio e o tratamento empírico imediato de episódios febris.

P312

680 SÍNDROME HEMOLÍTICA URÉMICA ATÍPICA EM IDADE ADULTA: DA CLÍNICA EMERGENTE AO DIAGNÓSTICO MOLECULAR

Diana Dias, Catarina Bastos, Helena Lobo
Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

A Síndrome Hemolítica Urémica (SHU) é uma patologia rara no adulto frequentemente acompanhada de quadro gastrointestinal (GI) prodromico e que cursa com anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e lesão renal aguda. Vulgarmente encontra-se associada a infeção por *Escherichia coli* produtora de verotoxina, embora possa ser de etiologia genética, autoimune, neoplásica, status pós-transplante ou surgir na gravidez.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 35 anos, sem antecedentes patológicos ou medicação crónica que recorreu ao serviço de urgência por lipotimia após dejeção diarreica única. Referia náuseas e vômitos com 12 dias de evolução, aparecimento de equimoses, cataménio abundante, astenia progressiva e noção de redução da diurese. Objetivamente apresentava-se pálida, febril (38°C), hipertensa (TA 170/100 mmHg) e em oligoanúria. Dos exames complementares de diagnóstico destacavam-se: anemia hemolítica não autoimune (Hb 4.6 g/dL, hiperbilirrubinemia indireta de 1.67 mg/dL, DHL 2859 U/L, haptoglobina < 8 mg/dL, coombs negativa), trombocitopenia (59000/uL) e lesão renal aguda (creatinina 10.5 mg/dL); Urina tipo II com proteínas >400 mg/dL eritrócitos >300/uL e TC toraco-abdomino-pélvico sem alterações de relevo. Iniciou suporte transfusional, fluidoterapia e corticoterapia sistémica. Estabelecido o diagnóstico

provável de SHU a doente foi transferida para a Nefrologia onde iniciou hemodiálise, plasmaférese e antibioterapia empírica com ciprofloxacina. Do estudo etiológico destacou-se o consumo de complemento e a deteção de uma variante missense patogénica homozigótica em C3. O restante estudo imunológico e microbiológico foi negativo. Atendendo à etiologia genética assumiu-se SHU atípica ainda que uma infeção por E.coli possa ter funcionado como trigger ad initium (ocorre em 25-30% dos casos) embora não tenha sido possível a pesquisa de E. coli enteropatogénica por resolução da clínica GI sob ciprofloxacina. A doente iniciou eculizumab e evoluiu com melhoria clínica progressiva ainda que dependente de técnica de substituição da função renal.

Este é um caso de SHUa raro pela idade de apresentação, pela ausência de história familiar e pela mutação de C3 não ser a causa genética mais prevalente de SHUa associado a alterações do complemento. A sua apresentação visa reforçar a importância do início de tratamento precoce e a necessidade de um follow up apertado. A SHUa no adulto tem mau prognóstico, sendo que mais de 50% dos doentes progridem para DRC end-stage, o que acontece em 60-80% dos casos com mutação em C3. Nestes, a taxa de recorrência é de 50%. O eculizumab é um inibidor do complemento que tem sido utilizado em doentes com SHUa em ensaios clínicos, demonstrando acelerar a normalização hematológica e da função renal, protegendo-a a longo prazo.

P313

1359 UMA COMPLICAÇÃO TROMBÓTICA PÓS CIRÚRGICA

Fabiana Pimentel, Lisete Nunes, Ivone Barracha, Rosa Amorim

Centro Hospitalar do Oeste - Unidade de Torres Vedras

Introdução

A trombocitémia essencial (TE) é um distúrbio mieloproliferativo incomum, com uma incidência de 1 a 2/100000 habitantes. Segundo a OMS o seu diagnóstico implica uma contagem de plaquetas $\geq 450 \times 10^9/L$, sinais de proliferação da linhagem megacariocítica na avaliação morfológica medular e presença das mutações JAK2, CARL ou MPL. Esta definição obriga a exclusão de critérios diagnósticos de outro tipo de neoplasia mieloide ou de trombocitose reactiva. Está associada a complicações microvasculares tromboembólicas e/ou a discrasias hemorrágicas e apresenta risco de progressão fibrótica, em cerca de 4 a 11% dos casos, e leucémica, em 2,1 a 5,3%. A terapêutica medicamentosa tem como indicação prevenir as complicações, sem papel modificador da história natural da doença.

Caso Clínico: Doente do sexo masculino, de 72

anos de idade, internado no serviço de Cirurgia por hernioplastia inguinal com prótese programada, complicada por hemorragia da ferida operatória. Antecedentes pessoais de Acidente Isquémico Transitório em 2009, sob terapêutica com Clopidogrel 75mg/dia. Pedido o apoio da Medicina Interna por episódio auto-limitado e presenciado de disartria. Ao exame objectivo salienta-se Glasgow coma scale de 15, sem alterações da linguagem, sem queda na prova dos braços estendidos ou Mingazzini, sem dismetria, sem alterações da sensibilidade álgica ou défices de pares craneanos, pontuando NIHSS 0. Auscultação cardíaca e pulmonar sem alterações. Abdómen mole, depressível e indolor, sem hepatoesplenomegália palpável. Penso da ferida cirúrgica limpo e seco. TC-CE sem sinais de isquémia ou hemorragia. Analiticamente salienta-se plaquetas 1069000/uL, com Hb 13.9g/dl e leucócitos 4500/uL. Estudo da cinética do ferro e doseamentos vitamínicos de B12 e B9 dentro dos valores de referência. Após revisão dos antecedentes do doente apurou-se presença de trombocitose em análises datadas de 2009. Ecografia abdominal sem hepatoesplenomegália. O mielograma revelou aumento da série megacariocítica e a biópsia óssea achados de hiperplasia megacariocítica com elementos multinucleados formando agregados, sem fibrose do estroma, achados compatíveis com neoplasia mieloproliferativa - trombocitémia essencial. Rastreio genético com identificação da mutação V617F no gene JAK2. Tratando-se de um doente de elevado risco, iniciou terapêutica com hidroxiureia e antiagregação com ácido acetilsalicílico e teve alta encaminhado para consultas de Hematologia e Medicina Interna.

Conclusão: O prognóstico da TE depende do risco trombótico, hemorrágico e da progressão clonal para mielofibrose ou leucemia aguda que apresenta, pelo que o diagnóstico e seguimento destes doentes é de suma importância. Os autores realçam este caso pelas complicações trombóticas e hemorrágicas que ocorreram, num doente com TE não diagnosticado.

P314

1506 GAMAPATIA MONOCLONAL DE APRESENTAÇÃO INVULGAR

Diana Ferrão, Tiago Alpoim, Filipa Rosa, Luís Nogueira Silva, Clara Machado da Silva, Pedro Rodrigues, Pedro Ribeiro Soares, Catarina Pereira, Fernando Nogueira, José Marques, Jorge Almeida.

Centro Hospitalar e Universitário de São João

Introdução

A gamapatia monoclonal de significado renal é uma entidade recentemente reconhecida e frequentemente subdiagnosticada. A lesão renal mediada pelos anticorpos circulantes – e pelas respostas imunes que estes produzem – ocorre de

várias formas diferentes. É importante compreender a fisiopatologia da disfunção renal para diagnosticar e tratar correctamente estes doentes.

Caso Clínico

Doente do sexo feminino, 77 anos, sem antecedentes de relevo. Recorre ao serviço de urgência por quadro com dois meses de astenia e hipertensão arterial de novo, de difícil controlo, sob quatro antihipertensores (azilsartan, enalapril, clorotalidona e lercanidipina). A astenia foi agravando e nas últimas duas semanas começou a notar náuseas e vômitos, anorexia, diminuição progressiva do débito urinário e edemas dos membros inferiores. Negou consumo de chás ou suplementos, outros fármacos. Sem outras queixas urinárias, cardíacas, respiratórias, articulares ou cutâneas. Na admissão, estava ligeiramente desidratada, com PA 195/96mmHg. Analiticamente, tinha disfunção renal de novo, com creatinina 2.23mg/dL e ureia 105mg/dL e foi internada com lesão renal rapidamente progressiva para estudo. Foi objectivada proteinúria nefrótica e a função renal manteve-se em agravamento, com creatinina máxima de 4.6mg/dL. Após informação preliminar da presença de crescentes na biópsia renal, decidiu-se iniciar empiricamente pulsos de corticóide e ciclofosfamida. Houve uma melhoria subsequente sustentada da creatinina e pressão arterial. O estudo imune não mostrou alterações de relevo. Foram pedidas crioglobulinas na expectativa de um eventual processo autoimune mediado pelo frio. A electroforese mostrou um pequeno pico monoclonal na faixa gama e a imunofixação confirmou a presença de uma gamapatia monoclonal completa IgG/lambda. A radiografia do esqueleto não revelou lesões ósseas, o cálcio sérico manteve-se normal e o ratio lambda/kappa era 0.72. A doente recusou realização de biópsia medular para exclusão definitiva de mieloma múltiplo. Foi feito o diagnóstico presuntivo de gamapatia monoclonal de significado renal. Alguns dias depois, a pesquisa de crioglobulinas foi fortemente positiva. O resultado definitivo da biópsia renal confirmou uma glomerulonefrite membrano-proliferativa no contexto crioglobulinémico. A doente teve alta com orientação para consulta de Hematologia e mantém actualmente função renal estável com creatinina de 1.3-1.6mg/dL.

Discussão

A disfunção renal é frequente na evolução das gamopatias monoclonais. Os anticorpos circulantes podem depositar-se no glomérulo ou nos túbulos, gerando fenómenos variáveis de glomerulonefrite. Em situações raras, os anticorpos possuem propriedades de crioglobulina e com temperaturas baixas depositam-se no rim, gerando uma resposta inflamatória que destrói progressivamente o nefrónio.

P315

1530 ANEMIA HEMOLÍTICA INDUZIDA POR CITOMEGALOVÍRUS NUM ADULTO IMUNOCOMPETENTE

Diana Ferrão, Luís Nogueira Silva, Clara Machado da Silva, Diogo Sousa, Maria Bandeira, Pedro Rodrigues, Pedro Ribeirinho Soares, Jorge Almeida.

Centro Hospitalar e Universitário de São João

Introdução

O citomegalovírus (CMV) é responsável por importante morbimortalidade em doentes imunodeprimidos. No hospedeiro imunocompetente, a infecção por CMV é tradicionalmente assintomática ou surge na forma de um quadro respiratório superior que resolve espontaneamente. Contudo, várias complicações graves têm sido associadas a infecções por CMV em adultos imunocompetentes.

Caso Clínico

Doente do sexo feminino, 55 anos, com hipertensão arterial, sem outros antecedentes de relevo. Recorre ao serviço de urgência por quadro com duas semanas de evolução de astenia e colúria. Ao exame físico, estava hemodinamicamente estável, com mucosas pálidas, sem outras alterações. Analiticamente, tinha anemia com Hb 5.8 g/dL, com raros esquizócitos, hiperbilirrubinemia de 2.68 mg/dL à custa da fracção indirecta e LDH francamente aumentada. O teste da antiglobulina directa era normal. A doente foi internada por anemia hemolítica de causa indeterminada. Foram pesquisadas as principais causas de anemia hemolítica. A doente vivia num ambiente urbano, sem animais, sem história de consumo de favas, suplementos, chás ou contacto com substâncias oxidantes ou metais pesados. O estudo das variantes da hemoglobina foi normal, o esfregaço de sangue periférico não mostrou alterações morfológicas ou inclusões nos eritrócitos e as enzimopatias foram excluídas, bem como a hemoglobinúria paroxística nocturna. A biópsia medular mostrou hiperplasia eritróide e inversão do ratio CD4/CD8, sugestiva de infecção vírica. As serologias para HIV, hepatites, parvovírus B19 e Epstein-Barr foram negativas. O IgM anti-CMV foi positivo com IgG também positivo, sugestivos de infecção aguda em fase de seroconversão. Foi diagnosticada anemia hemolítica induzida por CMV. A maioria dos casos descritos na literatura são mediados por fenómenos imunes de reactividade cruzada, pelo que foi feito estudo imunológico. A prova da antiglobulina directa foi novamente negativa, com anticorpos antinucleares e crioaglutinas com título baixo. Nos dias seguintes, a doente teve uma melhoria espontânea do quadro constitucional, da hemoglobina e dos parâmetros de hemólise. Atendendo à recuperação espontânea, foi decidido não iniciar tratamento antivírico ou imunossupressor. A doente teve alta e dois meses depois tem parâmetros hemolíticos

negativos e normalização da hemoglobina.

Discussão

A anemia hemolítica induzida por CMV é uma condição rara, com poucos casos descritos na literatura. Assume-se que possa existir um mecanismo imune subjacente à destruição eritrocitária, por reactividade cruzada com os anticorpos anti-CMV, mesmo com a prova de Coombs negativa. A necessidade de tratamento dirigido é equacionada mas não parece alterar o prognóstico destes doentes. São fundamentais a terapêutica de suporte e a exclusão de outras causas de hemólise.

P316

1762 DÉFICE DE VITAMINA B12 E ÁCIDO FÓLICO - APRESENTAÇÃO ATÍPICA

Ana Luísa Nunes, Ana Rita Elvas, Daniela Santos, Jandira Lima, Rui M. Santos, Armando Carvalho
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO

As deficiências de vitamina B12 (B12) e ácido fólico (AF) apresentam diversas etiologias, desde défices nutricionais a condições que dificultem a sua absorção. Os achados clássicos são a anemia megaloblástica, sintomas neurológicos e psiquiátricos. Discute-se de seguida um caso deficiência de B12 e AF por défice carencial, cuja apresentação se revelou atípica.

CASO CLÍNICO: Mulher, de 62 anos, recorreu ao serviço de urgência por anemia normocítica grave (hemoglobina-Hb-5.6g/dL) em análises do ambulatório. Referiu dor nos membros inferiores (da região tibiotársica ao joelho), tipo moinha, de intensidade variável, alívio em repouso, com 2 meses de evolução e epigastralgiias desde há 2 anos, intermitentes, sem relação com o pós-prandial. Hábitos alimentares escassos com 6 anos de evolução (3 refeições/dia de pão, fiambre e queijo). Sem outros antecedentes de relevo. Ao exame físico destacava-se hiperpigmentação generalizada, mucosas descoradas, equimoses extensas (regiões poplíteas direita e tibial anterior esquerda) e esplenomegalia. Analiticamente com sinais de hemólise (LDH 1678U/L, bilirrubina total 3,4mg/dL, direta 1,3mg/dL) e pancitopenia (leucócitos 1,1G/L; Hb 6,3g/dL, VGM 90fL; plaquetas 72G/L). Identificou-se reticulopenia, hiperhomocisteinemia e défice de B12 e AF. Teste de Coombs negativo. O doseamento da glicose 6-fosfato desidrogenase foi normal e o estudo da hemoglobínúria paroxística foi negativo. O medulograma demonstrou depósitos de ferro diminuídos, hiperplasia eritróide e >10% de células da linhagem granulocítica com segmentação anómala. Autoimunidade e estudo serológico inconclusivo. O restante estudo imunológico, autoimune e serológico foi inconclusivo.

Considerando a hiperpigmentação solicitou-se estudo hormonal, também este normal. Dos exames de imagem realizados (radiografia torácica, ecografia abdominal e Doppler dos membros inferiores) apurou-se esplenomegalia (15cm). Fez endoscopia digestiva alta por epigastralgiias crónicas que evidenciou colonização por *Helicobacter pylori*, para a qual iniciou erradicação. Tendo em conta a marcha diagnóstica iniciou tratamento para uma anemia hemolítica não imune secundária a défices carenciais. Após suporte transfusional iniciou cianocobalamina (1mg/semana, intramuscular), AF (5mg id) e sulfato ferroso (329,7mg id), tendo sido ainda consultada pela Nutricionista, para conselhos dietéticos. Verificou-se resolução da pancitopenia, melhoria progressiva da Hb, aparecimento de reticulocitose e atenuação da hiperpigmentação.

DISCUSSÃO O caso descrito ilustra uma apresentação pouco frequente de anemia hemolítica associada a pancitopenia provocadas pela deficiência de B12 e AF (carencial). Apenas após suplementação vitamínica é que a anemia, inicialmente hipoproliferativa e hemolítica por eritropoiese ineficaz, cursou com reticulocitose. Ainda mais rara é a hiperpigmentação cutânea provocada pelo défice de B12, tendo-se verificado melhoria progressiva após correção do mesmo.

P317

1841 ANEMIA HEMOLÍTICA COMO APRESENTAÇÃO DE PRÓTESE VALVULAR CARDÍACA DISFUNCIONAL

Bárbara Sousa, Elsa Araújo, João Costelha, Joana Silva, Inês Grenha, Joana Fontes, Tiago Mendes, António Ferro, Paula Brandão

Unidade Local de Saúde do Alto Minho - Hospital Conde de Bertiandos

Introdução:

A anemia hemolítica, definida pela destruição aumentada de eritrócitos, podendo ter várias etiologias e mecanismos, é uma complicação bem conhecida em doentes portadores de próteses valvulares cardíacas.

A anemia hemolítica intravascular, tendo um mecanismo extracorpúscular de destruição eritrocitária subjacente, neste caso, etiologia mecânica (não imune), é uma complicação frequente em doentes com próteses mecânicas, ainda que geralmente, indolente ou mesmo subclínica, e menos associada a próteses biológicas.

Contudo, é importante pensar nesta patologia em doentes com próteses valvulares e anemia hemolítica inexplicável de novo, evidência de hemólise e alterações auscultatórias recentes.

Caso clínico:

Homem de 84 anos, com antecedentes de

Hipertensão arterial, Endocardite em 2016 com necessidade de substituição de válvula mitral e aórtica e colocação de prótese biológica (intervenção realizada na França), Fibrilhação Auricular hipocoagulada e Silicose pulmonar.

Recorre ao Serviço de Urgência por dispneia de agravamento progressivo, astenia e tosse com expetoração mucosa com um mês de evolução. Desde há uma semana com expetoração purulenta e febre.

Ao exame físico encontrava-se normotenso e taquicárdico, febril, palidez cutânea e mucosas descoradas, à auscultação cardíaca com sopro sistólico grau III/VI (previamente descrito grau I/VI).

Analiticamente com evidência de anemia hemolítica: Hemoglobina de 9,5g/dL, macrocitose com VGM 107,7fL, 3,7% de reticulócitos, Hiperbilirrubinemia de 2,46mg/dL, Haptoglobina indetetável, LDH 1457 UI/L (Valores de referência 125-220 UI/L). Análises prévias no médico assistente há um mês já com evidência de hemólise ligeira.

Posteriormente com agravamento de anemia e necessidade de suporte transfusional. Restante estudo negativo, nomeadamente Teste de Coombs, eletroforese e imunofixação das proteínas, VDRL e serologias víricas, sem organomegalias, sem evidência de perdas hemáticas.

Realizado Ecocardiograma Transesofágico que evidenciou um leak peri-protésico mitral importante, dirigido ao septo interauricular e atingindo o teto da aurícula, de grau moderado a severo (EROA 0,28; volume regurgitante 51mL).

Cumpriu antibioterapia com resolução do quadro infeccioso e estabilização da anemia e da hemólise. Referenciado posteriormente para Cirurgia Cardíaca.

Discussão:

A apresentação de uma disfunção protésica valvular cardíaca por anemia hemolítica, nomeadamente em doente com prótese biológica e com quadro subagudo é uma apresentação rara e descrita numa pequena percentagem de casos.

Ainda que podendo existir uma contribuição do quadro hiperkinético subjacente á infeção aguda e febre para o agravamento do quadro, o caso mostra a existência de hemólise significativa com a presença de um leak protésico importante, com restante estudo negativo.

Assim, é um diagnóstico que deverá estar presente na abordagem de um doente com hemólise sem causa aparente e suspeita de disfunção protésica.

P318

297 LAPSUS LINGUAE... UM ESTRANHO CASO DE AMILOIDOSE DA LÍNGUA

Catarina Neto do Nascimento, Sílvia Balhana, Carla Noronha, Francisco Araújo, José Lomelino Araújo
Hospital Beatriz Ângelo - Serviço de Medicina Interna

Introdução

A amiloidose é caracterizada pela deposição extracelular de amiloide em diferentes tecidos e órgãos. Dentro das formas sistémicas distinguem-se: amiloidose AL por deposição de imunoglobulinas de cadeias leves em doentes com discrasia de plasmócitos; amiloidose AA secundária a doenças inflamatórias, e amiloidose AF, forma familiar. A macroglossia surge em apenas 10% dos doentes com amiloidose AL e é rara como manifestação primária.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, de 78 anos, caucasiana, hipertensa, referenciada à consulta de Medicina Interna por úlceras e edema linguais, a condicionar macroglossia, dificuldade na mastigação e odinofagia. Sem queixas sistémicas. Objectivamente, apresentava língua anfractuosa com lesões ulceradas no bordo dorsal, dolorosas. Detetou-se a existência de um pico monoclonal na região gama, com imunofixação sugestiva de pico monoclonal IgG/k. Realizou-se biópsia lingual, que foi inconclusiva, mas foi detectada substância amiloide em biópsia gástrica, pelo que foi transferida para Consulta de Hematologia, onde foi estabelecido o diagnóstico de Mieloma Múltiplo IgG/k. Foi iniciada terapêutica com Bortezomib, Melfalan e Prednisolona com boa resposta hematológica. A revisão de lâminas não confirmou o diagnóstico de amiloidose secundária e apenas denotava fibrose. Quatro anos mais tarde, volta à nossa instituição por agravamento progressivo de úlceras da língua, com falta de mobilidade da mesma, disfagia e macroglossia. Atualmente, doente emagrecida, com língua de consistência dura e glândulas submaxilares aumentadas. Analiticamente, a destacar presença de anemia normocítica normocrômica e alterações iónicas (hiponatremia, hipocalcemia e hipomagnesiemia), atribuídas à desnutrição. A TC do pescoço mostrou agravamento da macroglossia com aparente envolvimento da valécula e processo inflamatório das glândulas salivares. Patologias como a sarcoidose, hipotireoidismo e doença IgG4 foram excluídas. Registou-se evolução rápida para obstrução aguda da via aérea com necessidade de entubação endotraqueal com recurso a broncofibroscopia, e transferência para a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Após discussão multidisciplinar, foi decidida realização de traqueostomia e gastrostomia percutânea, dado que a afeção oral era extensa e não resolúvel pela glossectomia. As biópsias locais confirmaram inequivocamente infiltração amiloide (birrefringência verde com vermelho do Congo, sob

luz polarizada).

Discussão: A amiloidose da língua e pavimento bucal pode ser precursora de doenças sistêmicas como o mieloma múltiplo, tal como ilustrado pelo caso clínico apresentado. Esta condição afeta significativamente a qualidade de vida dos doentes e requer um elevado nível de suspeição. A forma de tratamento é controversa, tendo sido propostas terapêuticas cirúrgica e farmacológica, embora as lesões possam persistir ou recorrer.

P319

1469 UM ESTRANHO CASO DE MIELODISPLASIA

Inês Grenha, Joana Fontes, Joana Serôdio, João Costelha, Elsa Araújo, Manuel Barbosa, Bárbara Sousa, Joana Silva, Lourdes Vilarinho, Paula Brandão

Serviço de Medicina Interna do Hospital Conde de Bertiandos - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

A síndrome mielodisplásica (SMD) caracteriza-se pelo atingimento de uma ou mais linhagens celulares sanguíneas e apresenta-se, habitualmente, de forma indolente e progressiva. Atinge preferencialmente homens, com uma idade média de diagnóstico de 70 anos, e as hipóteses de tratamento ainda são limitadas. A anemia refratária com excesso de blastos (AREB), em particular, tem uma semivida calculada de cerca de 10-18 meses, com possibilidade de até 50% dos casos progredirem para Leucemia Mielóide Aguda.

Homem de 68 anos, hipertenso, internado por um SCA sem supraST. Desde a admissão com anemia de novo, com 1% de blastos no sangue periférico, sem atingimento sustentado das outras linhagens celulares. Ao 2º dia de internamento inicia febre associada a aumento da PCR. Dirige-se a investigação para um eventual foco infeccioso: excluídas infeções do SNC, respiratório ou genitourinário, lesões da pele, endocardite ou bacteriemia. Cumpriu vários ciclos de antibiótica de largo espectro, sempre com picos febris sustentados e subida de parâmetros inflamatórios, com VS >100mm e com progressivo agravamento hematológico (hemoglobina mínima de 7g/dL, com 15% de blastos no sangue periférico). Com astenia e anorexia progressivas, com atingimento franco do estado geral. Por cervicalgias e redução da amplitude dos movimentos a nível da cintura escapular, realizou RMN que excluiu espondilodiscite ou envolvimento articular. O estudo virológico alargado e imunológico foram negativos, com eletroforese de proteínas normal e marcadores tumorais negativos. A TAC toracoabdominopélvica não mostrou evidência de neoformação ou foco infeccioso. Perante este quadro constitucional, com anemia agravada e elevação marcada da VS e PCR, acompanhadas de febre, realizou PET com o

intuito de excluir também uma eventual vasculite; o exame apenas mostrou captação aumentada do contraste a nível medular e esplénico. Entretanto, os resultados definitivos do mielograma confirmaram uma síndrome mielodisplásica AREB2 com cariótipo complexo, compatível com este quadro constitucional. Pela debilidade extrema em que se encontrava, com astenia para pequenos esforços e necessidade de apoio de terceiros para as AVD's, iniciou corticoterapia sistémica, com recuperação parcial da sua capacidade funcional. Já no estrangeiro houve a introdução de terapêutica dirigida com azacitidina mas, por se manter ausente do país, com perda de seguimento na nossa consulta hospitalar.

A SMD é uma entidade complexa, com manifestações muito variadas, e de difícil orientação. Um quadro de afetação sistémica, com subida de parâmetros inflamatórios inespecíficos, é uma apresentação atípica e bastante confundidora, que atrasa o diagnóstico definitivo e, conseqüentemente, o início de terapêutica dirigida. Seremos capazes de identificar esta síndrome precocemente em internamento ou no ambulatório pode impedir a deterioração do estado geral do doente e evitar complicações e um pior prognóstico.

P320

1558 AMILOIDOSE E MIELOMA MÚLTIPLO - UMA RARA ASSOCIAÇÃO

Carolina Fabião Sequeira, Marta Custódio, Madalena Sousa Silva, Tânia Strecht, Ana Paula Antunes, Anabela Salgueiro Marques

Hospital de Cascais - Dr. José de Almeida; Serviço de Medicina Interna

INTRODUÇÃO:

O Mieloma Múltiplo (MM) e a amiloidose AL são doenças proliferativas plasmocitárias integradas no grupo das gamopatias monoclonais. A coexistência é rara, apenas cerca de 1,1% a 10-15% dos doentes com mieloma múltiplo desenvolvem amiloidose AL clinicamente sintomática, sendo a situação inversa ainda mais incomum (0,4%).

Na amiloidose sistémica AL existe um "clone" plasmocitário que produz cadeias leves instáveis e morfologicamente alteradas que se podem acumular em virtualmente todos os órgãos (excepto sistema nervoso central).

CASO CLÍNICO:

Doente do sexo masculino, 31 anos de idade, mestiço, saudável até há cerca de 2 meses, altura em que inicia quadro de agravamento progressivo caracterizado por edemas acentuados e cansaço extremo para pequenos esforços, agora associado a febre, dispneia e lipotímia, pelo que recorre à Urgência. Ao exame objectivo encontrava-se com razoável estado geral, com palidez mucocutânea

acentuada, sem macroglossia, edemas generalizados mais acentuados nos membros inferiores até à raiz das coxas, taquicárdico, hipotenso, polipneico, sem organomegalias palpáveis. Dos exames laboratoriais à admissão destacava-se função renal e hepática normais, hipoalbuminemia (0,9 mg/dL), troponina e NT-proBNP discretamente elevados, e proteinúria em urina ocasional.

O ecocardiograma revelou hipertrofia ventricular esquerda marcada, concêntrica, com paredes de aspecto hiperecogénico, sugestivo de miocardiopatia infiltrativa, associando-se ligeiro compromisso da função sistólica global (FE 45-50%) com disfunção diastólica grau II e sem dilatação das cavidades direitas, tendo a ressonância cardíaca sido sugestiva de amiloidose.

A tomografia computadorizada do tórax mostrou cardiomegalia, edema pulmonar intersticial e derrame pleural bilateral, excluindo tromboembolismo pulmonar.

Do restante estudo: proteinúria em faixa nefrótica (13 gr/24 horas), gamapatia monoclonal IgA/lambdas (com cadeias lambdas séricas aumentadas) e proteinúria de Bence-Jones de cadeias lambdas.

O mielograma e a biópsia óssea foram compatíveis com mieloma múltiplo (16% de plasmócitos). A biópsia renal revelou infiltração por substância amiloide, confirmada por imunofluorescência tratar-se de cadeias lambdas.

CONCLUSÃO:

Apresenta-se este caso face à raridade da associação de mieloma múltiplo com amiloidose, sobretudo num doente tão jovem, ficando-se na dúvida qual o diagnóstico primário. Em ambas, a abordagem terapêutica exige quimioterapia e eventual transplante medular autólogo, mantendo na mesma o mau prognóstico e baixa sobrevida.

P321

25 O EXAME CERTO PARA O DOENTE CERTO NA ALTURA CERTA

Rodolfo Viríssimo Gomes, Rita Sousa Gameiro, Joana de Oliveira, Bárbara Sousa Picado, Fernando Martos Gonçalves, José Lomelino Araújo

Hospital Beatriz Ângelo

INTRODUÇÃO

O mieloma múltiplo é uma proliferação neoplásica de plasmócitos produtores de imunoglobulina monoclonal, caracterizado por lesão de órgão-alvo, que inclui hipercalcemia, disfunção renal, anemia e/ou lesões ósseas líticas. A gravidade da doença renal é um factor independente de prognóstico.

CASO CLÍNICO:

Homem, 75 anos, autónomo, sem antecedentes

relevantes, admitido por astenia, anorexia e perda ponderal nos últimos 6 meses, agravado nas últimas 3 semanas e associado a agravamento da função renal e hipercalcemia. Já havia sido feito estudo diagnóstico em ambulatório com ecografia prostática, renal, vesical e tireoideia, exames endoscópicos e TC toracoabdominopélvica, todos sem alterações.

Na observação destacava-se doente descorado e desidratado, analiticamente com hemoglobina 10,7g/dl, creatinina 5,34mg/dl, cálcio 14,3mg/dl e fósforo 6,2mg/dl, urina II sem alterações; ecografia renal e vesical sem sugestão de doença renal estrutural nem uropatia obstrutiva.

Estudo adicional com esfregaço de sangue periférico com linfoplasmócitos, alguns plasmócitos e rouleaux eritrocitários, β2-microglobulina 15,3µg/ml, ácido úrico 14,0mg/dl, PTH 7,6pg/ml e proteinograma com pico monoclonal na região gama (7,6g/dl). Por mieloma múltiplo provável, iniciou dexametasona com melhoria da sintomatologia, da função renal e da calcemia. Como intercorrência, destaca-se fractura patológica associada a lesão lítica do terço proximal do rádio com colocação de tala gessada.

Imunofixações sérica e urinária confirmaram gamapatia monoclonal IgG/lambdas (IgG 9856mg/dl) e o mielograma mostrou infiltração por 96% de plasmócitos maduros, tendo sido identificados 21% de plasmócitos no sangue periférico, compatível com o diagnóstico de leucemia a plasmócitos.

O doente foi então transferido para Serviço de Hematologia, onde iniciou terapêutica de acordo com o protocolo RVD e profilaxia com aciclovir.

DISCUSSÃO:

A leucemia a plasmócitos é uma forma rara, mas agressiva de mieloma múltiplo, caracterizada por plasmócitos circulantes >2000/µl ou >20% do total de leucócitos; tem incidência de somente 4/10 milhões/ano e sobrevida de apenas 6-11 meses.

P322

934 UMA COAGULOPATIA INCOMUM

Nuno Melo, João Caldas, João Enes Silva, Diana Mendes Oliveira, Mariana Pacheco, Sofia Pereira, Jorge Almeida
Centro Hospitalar e Universitário de São João

Introdução

A hemofilia A adquirida é uma patologia autoimune que se caracteriza pela presença de um auto anticorpo contra o factor VIII, interferindo com a sua função e predispondo a hemorragias potencialmente fatais.

Caso clínico: Mulher de 65 anos. Antecedentes de obesidade e diabetes mellitus tipo 2 com lesão de órgão alvo (nefropatia diabética) e cirrose hepática

Child – Pugh A secundária a Esteatose hepática não alcoólica. Recorre ao Serviço de urgência por cansaço fácil para pequenos esforços com duas semanas de evolução associada a aparecimento de equimoses fáceis e perceção de fezes mais escuras, negando cheiro fétido. Sem dor torácica, febre ou dispneia. Sem outras queixas gastrointestinais ou genitourinárias. Sem perdas hemáticas visíveis. Objetivamente descrita como consciente, colaborante e orientada no tempo e espaço. Sem flapping. Toque rectal sem sangue e sem outras alterações no exame físico para além de palidez mucocutânea e equimoses dispersas e hemostase difícil nas punções venosas. Analiticamente com anemia normocítica/normocrómica (Hgb: 8.9 g/dl; estudo prévio de 2 semanas antes com Hgb: 12,7 g/dl). Sem trombocitopenia. Sem agravamento da função renal ou desequilíbrios iónicos e sem citólise hepática. Estudo da coagulação com prolongamento isolado do aPTT (92 segundos); TP e fibrinogénio normais. Internada para estudo de coagulopatia. À admissão pedido doseamento de factores de coagulação e constatada actividade do factor VIII <1% e presença de inibidor em título elevado – hemofilia A adquirida. Estudo autoimune negativo (ANA, anti-tiroideus, anti-dsDNA, ANCA, anti-ENA, inibidor lúpico, anticardiolipina e factor reumatóide e prova de Coombs negativa com complemento normal. Atendendo a associação com neoplasia foi avaliada por Ginecologia que excluiu presença de neoplasia do trato ginecológico e realizado TC toracoabdominopélvico que excluiu a presença de lesões suspeitas ou adenopatias. Realizado PET a demonstrar pequeno foco hipermetabólico de etiologia incerta. Atendendo a risco hemorrágico protelado estudo endoscópico e iniciada imunossupressão com prednisolona 1 mg/kg/dia. Escassa resposta pelo que associada ciclofosfamida 50 mg/dia. Desenvolvimento de trombocitopenia (Plaquetas: 68000/mm²) mas sem perdas hemáticas visíveis, para além de equimoses dispersas e sem queda de hemoglobina ou necessidade de suporte transfusional. Boa resposta medular à suplementação de ferro. Evolução lenta mas favorável com paulatina redução do APTT tendo de alta com APTT de 62 seg. Remissão ao fim de 4 semanas a permitir desmame lento da imunossupressão.

Discussão: A hemofilia A adquirida é uma patologia rara, idiopática em cerca de 50% dos casos. A base do seu tratamento é a imunossupressão. Este caso levantou um desafio adicional pelo desenvolvimento de trombocitopenia moderada numa doente com história prévia de trombocitopenia secundária a doença hepática crónica que obrigou a uma monitorização clínica e analítica mais rigorosa.

P323

1473 HEMOFILIA A ADQUIRIDA - A PROPOSITO DE UM CASO

Ana Albuquerque, Juliana Silva, Maria Palavras, Helena Carrondo, Célio Fernandes

Serviço de Medicina 2 - Centro Hospitalar de Leiria

Introdução

A hemofilia adquirida é uma doença auto-imune rara, com incidência de 1-4 casos por 1000000/ano e resulta da presença de anticorpos que inibem a ação do factor VIII endógeno (FVIII), neutralizando assim parcialmente ou completamente a sua função coagulante. Clinicamente a forma de apresentação mais comum é a hemorragia subcutânea ou de tecidos moles (>80%), sendo a maioria dos casos são idiopáticos.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um homem de 83 anos, mRs de 3, com múltiplas vindas ao SU por ferida sangrante no membro superior esquerdo. Avaliado inicialmente pela Cirurgia e transferido para os cuidados da Medicina Interna por apresentar sangramento de difícil controlo e equimoses dispersas pelo corpo, associado a queda de hemoglobina e aumento do aPTT. Dos antecedentes a referir AVC isquémico de 5 meses antes e Fibrilhação Auricular paroxística, previamente anti coagulado tendo cumprido apenas 1 mês de terapêutica com Rivaroxabano.

Na avaliação analítica evidenciava uma Hemoglobina de 7,3 g/dl, Plaquetas $288 \times 10^3/uL$, aPTT 106.8 seg, D-dímeros 1164 ng/mL, LDH 360 U/L e VS 60 mm. Teste de Coombs direto negativo. Perante a clínica do doente e as alterações analíticas, foi colocada a hipótese de Hemofilia adquirida. Dos exames complementares realizados durante o internamento, reconhece-se a redução marcada do valor do FVIII 0.5% (N: 50-150%) e a elevação do Factor von Willebrand 369%, com presença de inibidor do FVIII e anticoagulante lúpico negativo.

Durante o internamento o doente manteve clínica, com necessidade transfusional de UCE e PFC com discreta melhoria. Transferido para os cuidados da Imunohemoterapia, tendo iniciado prednisolona e ciclofosfamida com boa resposta.

Conclusão: O diagnóstico atempado da Hemofilia A é fundamental para um controlo efetivo das manifestações hemorrágicas e diminuição da morbilidade. Os autores consideram pertinente a apresentação deste caso pela raridade e necessidade de sensibilização dos profissionais.

P324

1789 APRESENTAÇÃO BURKITT-LIKE DO LINFOMA PLASMOBLASTICO EM DOENTE VIH

Martins, Francisca; Martins, Miguel; Mesquita António; Queirós, João; Ferrão, Joana; Piteira, Teresa; Nunes, Miguel; Malheiro, Rui

Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Central - Medicina 3.2 - Hospital Santo António dos Capuchos

Introdução – Linfoma plasmoblástico (LPB) é um subtipo agressivo de linfoma não-Hodgkin que ocorre, geralmente, em indivíduos portadores do vírus da imunodeficiência humana (VIH) e afeta sobretudo tecidos da cavidade oral. O envolvimento extra-cavidade oral é raro. A relevância da discussão desde caso centra-se na apresentação atípica, com envolvimento renal e cutâneo e na importância de colheitas tecidulares de diferentes locais afetados para um diagnóstico atempando numa doente com falência de órgão.

Caso Clínico: Mulher, 39 anos com história de infeção VIH com incumprimento terapêutico recorreu 3 vezes ao Serviço de Urgência por massa mandibular esquerda com 1 mês de evolução. Posteriormente, recorreu à consulta do seu médico assistente por quadro de vômitos incoercíveis e dor abdominal. Não apresentava alterações ao exame objectivo, à exceção da massa inframandibular 4x4 cm aderente aos planos profundos. Analiticamente detetou-se uma lesão renal aguda (LRA), que motivou o seu internamento. Realizou uma ecografia renal com rins de grandes dimensões sem dilatação do aparelho excretor. Às 48 horas de internamento, desenvolveu quadro de anúria que motivou realização de tomografia computadorizada demonstrando hepatoesplenomegália homogénea, inúmeras adenopatias retroperitoniais e infiltrado renal bilateral a condicionar compressão intrínseca e extrínseca do aparelho excretor. Tornou-se imperativo a colheita tecidular das lesões, no entanto a possibilidade de infiltrado renal de etiologia neoplásica inviabilizou a realização de biópsia renal, e a LRA anúrica impediu a excisão da massa submandibular sob anestesia geral. Optou-se por efetuar quatro biópsias aspirativas da massa mandibular. Nos dias seguintes, surgiram lesões cutâneas nodulares duras e gânglios axilares bilaterais. Realizou-se uma biópsia excisional de lesão cutânea e de um gânglio. Por agravamento do estado geral, iniciou dexametasona e indução de hemodiálise. Ao sétimo dia de internamento é firmado o diagnóstico LPB através da biópsia da amostra cutânea, sendo a histologia das restantes amostras inconclusiva. A doente foi transferida para o serviço de Hematologia para iniciar quimioterapia dirigida.

Discussão: O LPB com envolvimento renal e cutâneo é uma condição rara. O diagnóstico e tratamento constituem urgências médicas uma vez é um linfoma agressivo, com mortalidade a um ano

de cerca de 80%. As suas características clínicas e histopatológicas são frequentemente ambíguas, dificultando o diagnóstico correto na ausência de uma integração exaustiva das características clínicas, morfológicas, fenotípicas e moleculares. O diagnóstico torna-se desafiante no cenário de localizações extra-orais. Foi determinante, neste caso, a colheita de amostras de diferentes locais para otimizar a probabilidade de um diagnóstico atempado em doente com progressão tumoral rápida e em falência renal.

P325

1986 TUMEFAÇÃO PEITORAL EM MULHER JOVEM – PARA ALÉM DA PATOLOGIA MAMÁRIA

Fernando Nogueira, Luís Silva, Vanessa Chaves, Diana Ferrão, José Marques, Catarina Pereira, Pedro Ribeirinho Soares, Ester Ferreira, Maria João Lima, Jorge Almeida
Centro Hospitalar Universitário de São João

INTRODUÇÃO

O linfoma anaplásico de grandes células é uma das formas mais comuns de um grupo relativamente raro de neoplasias, os linfomas periféricos de células T. É mais frequente em crianças e adultos jovens, apresentando predomínio no género masculino. O diagnóstico é baseado na clínica e confirmado por biópsia histológica da lesão. A síndrome hemofagocítica é uma condição rara, rapidamente progressiva e ameaçadora de vida, associada ao excesso de ativação imune. Neoplasias malignas, como a apresentada, são um dos possíveis desencadeadores desta síndrome.

CASO CLÍNICO: Mulher de 25 anos, com síndrome depressiva medicada com sertralina. Observada por tumefação dolorosa na mama esquerda, com 4 meses de evolução, associada a febre, astenia, anorexia e perda ponderal. Ao exame objetivo documentada febre de 39 °C e tumefação dolorosa no quadrante supere externo da mama esquerda, sem outros sinais inflamatórios, sem hepatoesplenomegalia ou adenomegalias palpáveis. Analiticamente apresentava pancitopenia (hemoglobina 9.0 g/dL, leucócitos 1250/μL, 420 neutrófilos/μL, plaquetas 71.000/μL), com elevação de transaminases (ALT 247 U/L, AST 393 U/L), DHL 1443 U/L, hiperferritinemia (4760 ng/mL), hipertrigliceridemia 322 mg/dL e discreta hipofibrinogenemia (187 mg/dL). Esfregaço de sangue periférico com alguns esquizócitos. A ecografia da mama esquerda sugeria mastite e na ecografia abdominopélvica não era evidente hepatoesplenomegalia. Para melhor caracterização realizou TC cervicotoracoabdominopélvica que revelou lesão de 8x2.8 cm sugestiva de sarcoma na vertente profunda da mama esquerda, com extensão ao músculo peitoral maior e adenopatias infracentimétricas na axila esquerda. A biópsia histológica da referida lesão revelou tratar-se de

um linfoma T anaplásico de grandes células, com expressão do gene ALK. A biópsia de medula óssea não apresentava invasão medular, contudo eram evidentes extensas imagens de hemofagocitose. A PET de corpo inteiro, apresentou avidéz na lesão em estudo e em nodularidade na glândula suprarrenal esquerda. Assim definido estadio IV-B de Ann-Harbor e iniciada quimioterapia com esquema CHOEP. Verificada evolução favorável com resolução da febre, melhoria do estado geral e recuperação das citopenias.

DISCUSSÃO: Apresenta-se o caso de uma jovem mulher com o diagnóstico de linfoma anaplásico de grandes células, ALK+, em estadio IV-B, sem invasão medular mas com sintomas B e com pancitopenia por síndrome hemofagocítica. Este tipo de neoplasias apresenta frequentemente uma evolução agressiva. A positividade do gene ALK está associada a melhor resposta à terapêutica e, conseqüentemente, a um prognóstico menos ominoso. No presente caso define-se um International Prognostic Index de 2, a permitir estimar uma sobrevida média de 68% aos 5 anos.

P326

2130 LINFOHISTIOCILOSE HEMOFAOGICITICA E LINFOMA NÃO HODGKIN: QUANDO UM AZAR NÃO VEM SÓ...

Ana Oliveira e Costa, Mónica Dinis Mesquita, Renata Violante, Vanessa Pires, Paulo Carrola, Paula Vaz Marques, Mafalda Apoim, Marisol Guerra

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

INTRODUÇÃO

O linfoma difuso de células grandes é o subtipo de linfoma não-Hodgkin mais comum sendo também dos mais agressivos com uma sobrevida avaliada em meses na ausência de tratamento. Por outro lado, a Linfocitose Hemofagocítica é uma síndrome hiperinflamatória rara resultado de uma resposta imune exagerada, desajustada e ineficaz a estímulos como a infeção ou neoplasia. Na ausência de tratamento esta conduz também a disfunção multiorgânica rapidamente progressiva.

CASO CLINICO

Mulher, 46 anos, com antecedentes pessoais irrelevantes. Recorreu ao Serviço de Urgência por sintomas constitucionais (anorexia, astenia e emagrecimento marcado) com 1 mês de evolução associados na última semana a febre vespertina. Sem contexto infeccioso epidemiológico relevante. No exame físico foram objetivadas adenopatias axilares e sopro sistólico aórtico, grau II/VI. Analiticamente pancitopenia, citocolestase e elevação dos parâmetros inflamatórios. A ecografia abdominal revelou ligeira hepatoesplenomegalia e múltiplos nódulos hepáticos de etiologia incerta. Do estudo complementar realizado a destacar microbiologias, serologias víricas (VHB, VHC, VIH,

CMV e EBV) e autoimunidade negativas; esfregaço e eletroforese de proteínas de sangue periférico sem alterações; tomografia toraco-abdomino-pélvica com pequeno derrame peritoneal, sem outras adenopatias ou massas suspeitas de neoplasia. Beta2microglobulina 5.0ug/mL (0.8-2.2) e citometria de SP com linfopenia B acentuada (<1%) e ativação aguda de linfócitos T CD8+, reforçando a hipótese de se tratar de doença linfoproliferativa. Evolui com agravamento clínico (febre persistente) e analítico (citopenia grave, citocolestase e marcadores inflamatórios em crescendo). Foi realizada exérese de gânglio axilar (dada a acessibilidade), medulograma e biópsia hepática, para melhor esclarecimento. O resultado histológico do gânglio revelou Linfoma B difuso de células grandes e a biópsia hepática e medulograma foram compatíveis com hemofagocitose. Iniciou corticoterapia sistémica 1mg/Kg/dia e, posteriormente, quimioterapia com resposta favorável. Atualmente, 4 meses após fim da quimioterapia, sem evidência de recidiva.

DISCUSSÃO

O diagnóstico de LHH no contexto de doença hemato-oncológica pode ser bastante desafiante uma vez que as manifestações características, como febre, citopenia, organomegalia e elevação dos marcadores inflamatórios são comuns às duas entidades, podendo por isso atrasar o seu diagnóstico. No presente caso associam-se 2 patologias com elevada morbimortalidade, cujo diagnóstico tardio poderia ter comprometido de forma significativa o prognóstico.

P327

1483 A PROTEINÚRIA DESMISTIFICADORA

Inês da Mata, Joana Marques, Ana Reis, Fernando Gonçalves

Hospital Beatriz Ângelo, Serviço de Medicina Interna

Os síndromes paraneoplásicas são muitas vezes a primeira manifestação de uma doença maligna. As glomerulopatias são um destes exemplos, podendo manifestar-se como síndrome nefrótica. A glomerulonefrite membranosa manifesta-se muitas vezes como síndrome nefrótica e está bem descrita como associada a tumores sólidos, principalmente gastro-intestinais e pulmonares. Nos linfomas não-hodgkin esta associação está pouco descrita.

Apresenta-se o caso de um homem de 68 anos, autónomo nas atividades de vida diárias com história de doença pulmonar obstrutiva crónica, hipertensão arterial essencial, dislipidémia, hábitos etanólicos acentuados e tabágicos e obesidade grau I. Referenciado do serviço de urgência à consulta de Medicina Interna por hematuria macroscópica e perda ponderal (12Kg em cerca de 4 meses); negou queixas urinárias, alteração do débito urinário, edema periférico ou periorbitário;

sem outros sintomas associados. Ao exame objetivo destacava-se apenas hepatomegália indolor palpável 1-2 cm abaixo do rebordo costal, ligeiro edema periférico, sem outras alterações. Analiticamente com hematóproteínúria, disfunção renal não conhecida anteriormente (creatinina 2,30 mg/dL), doseamento de proteínas das 24H com proteinúria de 5194mg/24H e eletroforese das proteínas com hipoalbuminemia. A TC de ambulatório revelava volumoso nódulo sólido com cerca de 4 cm, anterior à veia cava inferior sem plano de clivagem evidente do lobo caudado do fígado. Para melhor caracterização do nódulo realizou RM abdominal que confirma a existência de uma massa entre o lobo caudado do fígado, a cabeça do pâncreas e a veia cava inferior com cerca de 6,9x4,9x5,7cm de características inespecíficas. Fez biópsia da lesão cujo estudo anátomo-patológico foi compatível com linfoma não hodgkin de células B. Assumiu-se o diagnóstico de glomerulonefrite membranosa paraneoplásica provável, embora não tenha sido realizada biópsia tendo em conta o risco/benefício, em contexto de neoplasia linfóide. Não apresentava doença à distância, tendo sido referenciado à consulta de Hematologia e iniciado quimioterapia com R-CHOP, com normalização da função renal ao 2º ciclo e sem novas queixas de hematúria.

Com este trabalho pretendemos sublinhar a importância do reconhecimento do síndrome nefrótico como síndrome paraneoplásica levando, assim, ao diagnóstico precoce e início do tratamento com impacto no prognóstico global do doente.

P328

647 EDEMA DA LÍNGUA – UM PEDIDO DE COLABORAÇÃO PECULIAR

Filipa Lima, Paula Costa, Isabel Borges, Marisa Rocha, Carolina Viveiros, Carina Machado, Raquel Cabral, Raquel Senra, Madalena Meneses, Luís Dias

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE

Introdução

A amiloidose AL é uma doença rara, progressiva e habitualmente com mau prognóstico. Consiste na deposição de fibrilas compostas por fragmentos de cadeias leves monoclonais, em diversos órgãos e sistemas (língua, coração, trato gastrointestinal, sistema neuromuscular e pele), podendo surgir também associada a discrasias de plasmócitos.

Caso Clínico: Doente de sexo feminino, 61 anos, caucasiana, com antecedentes pessoais de colite isquémica, insuficiência venosa periférica, patologia nodular da tiroide e síndrome da apneia do sono. Internada a cargo do Serviço de Otorrinolaringologia para estudo de edema da língua, com cerca de 2 anos de evolução, mas agravamento progressivo. Associadamente, com surgimento recente de edema dos membros

inferiores, ortopneia e dispneia para pequenos esforços, razão pela qual foi pedida a colaboração da Medicina Interna. Ao exame objetivo, a salientar: turgescência venosa jugular; aumento do volume da língua e região submandibular; murmúrio vesicular diminuído no 1/3 inferior bilateralmente, com crepitações inspiratórias secas; membros inferiores com edema até à raiz da coxa; sem outros achados. Da investigação complementar, analiticamente: hipoalbuminemia (2g/dl), elevação do NT-proBNP (17114pg/ml), proteinúria sub-nefrótica (2,94g/24h), bence jones positiva para componente monoclonal lambda e aumento das cadeias livres lambda no soro e na urina. O ecocardiograma revelou hipertrofia do ventrículo esquerdo grave e assimétrica, com fração de ejeção preservada e enchimento restritivo. Atendendo à elevada suspeita clínica de Amiloidose, foi pedida a colaboração à Hematologia e foi realizada citometria de fluxo da medula óssea, que revelou apenas 3,4% de plasmócitos com características anormais, excluindo a presença de Mieloma Múltiplo e biópsia de medula óssea que revelou plasmocitose, sem outras alterações. O estudo genético realizado também não apresentou alterações. A biópsia da gordura da parede abdominal mostrou depósitos suspeitos de substância amiloide, presentes na parede de pequenos vasos e no tecido adiposo, contudo não foi possível identificar as cadeias leves monoclonais no tecido biopsado, impedindo assim o diagnóstico definitivo de amiloidose AL. A doente repetiu biópsia e foi referenciada à consulta de Hematologia, acabando por iniciar tratamento dirigido, apesar da ausência de um diagnóstico definitivo, atendendo ao agravamento rápido, após a alta.

Discussão: Este caso é muito sugestivo de uma Amiloidose AL, quer pelo fenótipo apresentado, com envolvimento cardíaco, renal e da língua, quer pela presença de componente monoclonal lambda no soro e na urina, não havendo também alterações genéticas nem outros aspetos sugestivos de outros tipos de amiloidose.

A suspeição clínica é fundamental para um diagnóstico atempado, uma vez que podem surgir contratempos que atrasam a marcha diagnóstica e o início precoce do tratamento, trazendo repercussões negativas no prognóstico da doença.

P329

1306 TUMOR NEUROENDOCRINO (GIST) COMO CAUSA DE ANEMIA FERROPÉNICA

Claudemira Pinto, Filipa Silva, Arsénio Barbosa, Inês Marques, Jorge Almeida

Centro Hospitalar Universitário de São João, Serviço de Medicina Interna

A Anemia Ferropénica (AF) surge quando as reservas de ferro não conseguem suportar a produção normal de eritrócitos. As causas mais

comuns são ingestão inadequada na dieta, má absorção (doença celíaca, gastrite por *Helicobacter pylori*), por perdas gastrointestinais ou outras. Deve ser dada especial atenção as hemorragias ocultas, tipicamente as do trato gastrointestinal como gastrite, angiodisplasias ou neoplasias. Estima-se que a prevalência nacional de AF seja de 19,9% na população adulta. É mais elevada no idoso, tendo frequentemente etiologia multifatorial e impacto significativo na qualidade de vida, declínio funcional e mortalidade.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 66 anos, seguida em consulta de Medicina Interna por AF secundária a angiectasias do cego e cólon ascendente. Repetiu EDB Maio/2017 que não revelou alterações. Como antecedentes patológicos tinha bronquiectasias, bócio multinodular, tumor folicular em 2004 tendo feito hemitiroidectomia, doença coronária e gastrite. Analiticamente em Abril/2018 teve recidiva da AF com Hb 10.9 g/dL normocítica normocrômica, sem alteração da fórmula leucocitária ou plaquetas; ferro sérico 63 g/dL; transf 236 mg/dL; sat transf 19%, sem outras alterações de relevo. Iniciou suplementação com ferro e foi pedida cápsula endoscópica. Esta revelou intestino delgado sem sangue ou muco, após piloro observa-se lesão arredondada, ulcerada, com cerca de 25 mm, compatível com lesão de origem epitelial (GIST), sem outras lesões. Foi orientada para consulta de Cirurgia Geral e pedido estadiamento. O TC toracoabdominopélvico que revelou ansas intestinais opacificadas sem evidência de inequívocas lesões intraparietais ou endoluminais. Foi observada pela Cirurgia Geral em Novembro/2018, tendo sido operada em Janeiro/2019. O resultado da anatomia patológica da peça cirúrgica revelou a presença de um tumor neuroendócrino bem diferenciado da transição jejuno ileal (pT2NxR0), com índice mitótico inferior a 2/10 campos, com Mib1/Ki67 inferior a 2%, com indicação para fazer estadiamento com PET. Mantém seguimento em consulta de Cirurgia Geral e Oncologia.

Assim, podemos concluir que estamos perante um caso de AF por lesão subepitelial (GIST). Salienta-se este caso por se tratar de uma causa rara de AF (com incidência reportada nos EUA de 0,67/100.000), sendo mais frequente no sexo masculino. Para além disso, no mesmo doente pode coexistir mais de que uma causa, devendo ser colocada essa hipótese se má resposta à terapêutica ou recidiva após tratamento da causa inicial. Estas neoplasias estão mais frequentemente localizadas no estômago e no intestino delgado proximal, mas podem ocorrer em qualquer porção do sistema digestivo. São identificados principalmente pela expressão da proteína KIT. Apesar da maioria ter um comportamento indolente, a sobrevida dos 5 anos dos com doença localizada e metastizada é de 65% e 35%, respectivamente. O risco de metástases aumenta se maior que 1 cm.

P330

1323 CERVICALGIA E PARESTESIAS

João Luís Cavaco, Frederico de Amaral Trigueiros, Joana de Paiva Simões, Ana Oliveira Pedro, João Meneses Santos, Rui Victorino

Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE

INTRODUÇÃO

O mieloma múltiplo corresponde a uma proliferação clonal de plasmócitos secretores de proteína monoclonal, com origem geralmente na medula óssea. O envolvimento secundário de outros órgãos é comum, e o diagnóstico tem base em critérios clínicos, morfológicos, imunológicos e imagiológicos, destacando-se os "myeloma-defining events": hipercalcémia, lesão renal, anemia e lesões ósseas. Contudo, a apresentação é variável, destacando-se o mieloma a cadeias leves, geralmente com quadro clínico mais grave e de evolução mais célere. Apresentamos um caso de mieloma múltiplo a cadeias leves com cervicalgia com 1 mês de evolução como manifestação inaugural.

CASO CLÍNICO: Homem de 43 anos que, em Fevereiro de 2018, inicia cervicalgia posterior e parestesias dos quatro membros. Exame objetivo sem alterações. Laboratorialmente, destaca-se Hb 14.9g/dL, leucocitos $12.270 \times 10^6/L$ (N 9.070 $\times 10^6/L$), plaquetas $244.000 \times 10^6/L$, creatinina 0.94mg/dL, Ca²⁺ 8.8mg/dL, LDH 193 U/L, sem distúrbios hidroelectrolíticos. Proteinograma com hipogamaglobulinémia. Imunofixação urinária com presença de Bence Jones Kappa. Imunofixação sérica sem componente monoclonal detectável. Mielograma com 3% de plasmocitos. Tomografia computadorizada do neuroeixo com múltiplas lesões líticas, destacando-se lesão importante de C1 e fratura de D2. Submetido a radioablação e vertebroplastia de D2, com biópsia de lesão lítica a mostrar infiltração por plasmocitos com restrição da expressão citoplasmática das cadeias leves kappa. Admitido mieloma múltiplo a cadeias leves kappa, tendo iniciado quimioterapia e radioterapia sobre C1 e D2 (após cicatrização). Mantém atualmente seguimento em consulta de ortopedia e de dor crónica.

DISCUSSÃO: O estudo etiológico de lesões líticas do neuroeixo inclui exclusão de patologia hematológica. Apresentamos um caso de mieloma múltiplo a cadeias leves kappa com lesões líticas vertebrais, com cervicalgia e parestesias associadas, sem lesão renal, sem anemia, sem hipercalcémia, com 3% plasmocitos na medula óssea, sem proteína monoclonal detectada em imunofixação sérica. O mieloma múltiplo a cadeias leves é geralmente mais agressivo e apresenta pior prognóstico. As manifestações inaugurais mais frequentes são dor óssea (sobretudo dorsal

e esternocostal) e lesão renal; parestesias são raras, ocorrendo em 5% dos casos. Sublinhamos a variabilidade de apresentação do mieloma múltiplo e a raridade da forma de apresentação ilustrada neste caso.

P331

1740 TROMBOCITOPENIA IMUNOMEDIADA ASSOCIADA A QUIMIOTERAPIA BASEADA EM PLATINO: UMA ETIOLOGIA RARA

Rosana Maia, Edgar Torre, Cláudia Moreira e Joana Savva-Bordalo

ULSAM - Hospital de Santa Luzia - Viana do Castelo

Introdução

A trombocitopenia é uma complicação frequente no cancro e pode ter várias etiologias possíveis, nomeadamente a neoplasia per se, processos inflamatórios/infeciosos ou efeitos adversos de fármacos, inclusive agentes de quimioterapia (QT). A trombocitopenia imunomediada (TI) é um distúrbio adquirido, com destruição imune plaquetária.

Caso Clínico: Mulher, 45 anos, com adenocarcinoma endometrióide do ovário, estadio IC, submetida a cirurgia de citorredução completa, sem doença residual em Agosto/2013, seguida de QT com carboplatino AUC6 e paclitaxel 175 mg/m² de 21/21 dias. Após o 3º ciclo, foi diagnosticada de trombocitopenia grau 4, sem história de cefaleias, alteração do estado de consciência, défices neurológicos focais ou febre. Objetivamente, identificou-se um pequeno hematoma na coxa esquerda, sem equimoses, petéquias/púrpura e sem alterações da mucosa. Analiticamente, sem outras citopenias e serologias víricas (HBV, HCV e HIV) negativas. Identificou-se ainda ANA positivo de padrão nuclear 1/160, sem outras alterações relevantes (anticorpos anticardiolipina, anti dsDNA, fator reumatoide, β2 glicoproteína negativos, eletroforese das proteínas sem alterações). Foi constatada a presença de megacariócitos em número aumentado em mielograma, compatível com trombocitopenia de causa extra-medular. Foi iniciada prednisolona 1 mg/Kg/dia e profilaxia de infeção para Pneumocystis Jiroveci, tendo sido suspensa a QT. Melhoria gradual da trombocitopenia, que possibilitou o desmame gradual de corticoterapia ao fim de 2 meses. Após 5 anos de seguimento, apresentava-se sem evidência de cancro, com um excelente estado geral e funcional, pelo que o seu seguimento foi transferido para os Cuidados de Saúde Primários.

Discussão: Apesar da supressão medular ser o mecanismo fisiopatológico mais comum da trombocitopenia, outros mecanismos como a destruição plaquetar associada a fármacos (neste caso, carboplatino) não devem ser esquecidos, dado o seu potencial de gravidade clínica. Torna-

se assim importante a realização de exames complementares de diagnóstico adequados e a exclusão de etiologias menos comuns na abordagem da trombocitopenia grave.

P332

1769 TRANSFORMAÇÃO DE MGUS, UM CASO DE AMILOIDOSE CARDÍACA

Pedro Carlos, Ana Dionísio, Clara Jorge, Sónia Coelho, Ana Chaves, Ana Silva, Marlene Louro, Carla Gonçalves, Artur Gama, Leopoldina Vicente

Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

INTRODUÇÃO

Amiloidose define-se por doença infiltrativa multiorgânica com deposição extracelular de amiloide, composta por subunidades de baixo peso de proteínas séricas. A incidência de miocardiopatia infiltrativa é variável entre os diferentes subtipos, sendo mais frequente na amiloidose de cadeias leves (AL), associada a pior prognóstico e progressão mais rápida.

CASO CLÍNICO

Mulher, 75 anos, antecedentes de gamapatia monoclonal de cadeias leves lambda (MGUS), diabetes mellitus tipo 2 não insulino-tratado, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e insuficiência mitral.

Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por episódio de síncope e desorientação temporo-espacial, associada a quadro de prostração, astenia e dispneia para pequenos esforços com agravamento progressivo nos últimos 2 meses. História de perda ponderal de 15kg no último ano e hipotensão sintomática há 2 meses, apesar de suspensão de antihipertensores. Negava toracalgia, tosse, febre, queixas genitourinárias ou gastrointestinais.

No SU, verificou-se hipotensão refractária a fluidoterapia, sem alterações relevantes ao exame objectivo. Analiticamente destaca-se discreta leucocitose e neutrofilia, agravamento da função renal e ProBNP 4970. Gasometria sem insuficiência respiratória, mas hipocaliémia de 2.6. Marcadores cardíacos negativos. ECG a revelar taquicardia sinusal com hipertrofia ventricular esquerda e isquémia aparente antero-lateral. AngioTC excluiu tromboembolismo pulmonar.

Ficou internada, admitindo-se choque cardiogénico, com necessidade de suporte aminérgico. Estudo inicial a revelar proteinúria nefrótica, pico monoclonal de cadeias leves livres Lambda, com ratio Kappa/Lambda elevado e ecocardiograma com função sistólica preservada e hipertrofia concêntrica severa do ventrículo esquerdo.

Por manutenção do quadro com resposta parcial à terapêutica, história e estudo complementar sugestivos, colocada hipótese de miocardiopatia

infiltrativa, secundária a amiloidose em contexto de MGUS conhecido. Realizada RM-Cardíaca, que documentou dilatação biauricular ligeira e padrão de captação de contraste muito sugestivo de amiloidose, com biópsia de gordura abdominal a confirmar diagnóstico de Amiloidose AL.

Discutido com Hematologia, iniciou terapêutica com Melfalano e Dexametasona mas com mau prognóstico face a agravamento progressivo do estado geral, tendo evoluído para óbito durante o internamento.

CONCLUSÃO

Pretende-se ressaltar a importância de um índice de suspeição elevado para o diagnóstico de amiloidose, dificultado quando apresentação inicial é mais focal, com clínica sugestiva de falência orgânica isolada. MGUS apresenta um risco anual de 1% de evolução para outras entidades, como Mieloma Múltiplo e Amiloidose. Contudo, com este caso, salienta-se igualmente importância que uma vigilância atenta e regular tem em permitir uma intervenção precoce modificadora de evolução e prognóstico, muito agravado quando já se torna evidente o quadro clínico de insuficiência cardíaca.

P333

1904 PLASMOCITOS PARANORMAIS

Cátia Teixeira, Alexandra Dias, Maria Duarte, Eva Claro, Fatima Pimenta

Centro Hospitalar Médio Tejo

A leucemia a plasmócitos é uma doença rara, mas agressiva, que pode ser primitiva ou secundária a progressão de um mieloma múltiplo prévio, sendo esta forma a mais comum. Pode-se fazer o diagnóstico pela presença de mais de 20% de plasmócitos na fórmula leucocitária ou mais de $2 \times 10^9/L$ de plasmócitos circulantes.

Apresentamos o caso de uma mulher de 78 anos, autónoma, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia e hipotireoidismo. Recorreu ao serviço de urgência por dor na região lombar, com irradiação para os membros inferiores, de varias semanas de evolução, que lhe causava incapacidade motora para a marcha, não tolerando decúbito. Referia ainda emagrecimento não quantificado e astenia com um mês de evolução. Negava queda ou traumatismo.

Ao exame objetivo, de salientar reflexos osteotendinosos diminuídos nos membros inferiores, força muscular no membro inferior esquerdo força grau 4/5 e no membro inferior direito força grau 3+/5, com pé pendente á direita. Abdómen globoso, não se palpavam organomegalias.

Realizou tomografia computadorizada da coluna lombar que revelou uma fratura somática de L5, com marcada heterogeneidade da referida vértebra,

com áreas escleróticas e erosivas, sugestivo de fratura patológica, coexistindo componente tecidual paravertebral que se estendia ao canal central e que comprimia o saco tecal

O estudo analítico revelava uma hemoglobina de 9,3 g/dL, leucocitose de $14,93 \times 10^9/L$, com 37% de neutrófilos e 25% de outras células ($3,73 \times 10^9$), plaquetas 134000, VS 120, creatinina de 1,5 mg/dL, ureia 85mg/dL, acido úrico 13,5mg/dL, proteínas 12,2 g/dL, albumina 2,4 g/dL, calcemia corrigida 3,33 mmoles. No esfregaço de sangue periférico constata-se uma população de células da linhagem linfóide de morfologia variável sugestiva de plasmócitos (25%). A eletroforese das proteínas séricas evidenciava um pico monoclonal gamma (58.3%), e a imunofixação sérica detetava-se uma gamapatia monoclonal IgG/Kappa, doseamento de IgG de 76,6 g/dL, com cadeias kappa de 78,2 g/L.

A doente foi transferida para o serviço de hematologia com a hipótese diagnóstica de leucemia a plasmócitos, onde realizou mielograma que mostrou uma celularidade aumentada com 99% de plasmócitos atípicos. Ao segundo dia de internamento nesse serviço apresentou agravamento dos défices motores e retenção urinária, sugestivo de compressão medular, confirmado por ressonância magnética, sendo submetida a radioterapia externa, com melhoria dos défices neurológicos. Posteriormente iniciou tratamento com bortezomib, melfalano e prednisolona.

A leucemia a plasmócitos é uma patologia doença com prognóstico reservado, mas extremamente rara, com incidência de 4 casos por cada 1000000 pessoas. O diagnóstico é simples, baseando-se na descoberta de plasmocitose no esfregaço sanguíneo, pelo que é importante a suspeição clínica em doentes que apresentam lesões ósseas líticas, de forma a podermos fazer o diagnóstico antecipadamente e realizar o tratamento dirigido.

P334

27 UMA CAUSA RARA DE PANCITOPÉNIA

Rodolfo Viríssimo Gomes, Rita Sousa Gameiro, Joana de Oliveira, Bárbara Sousa Picado, Fernando Martos Gonçalves, José Lomelino Araújo

Hospital Beatriz Ângelo

INTRODUÇÃO:

Os linfomas não Hodgkin (LNH) têm uma enorme variabilidade de apresentação clínica. Não só o LNH é uma causa pouco comum de pancitopénia como é rara nos doentes com LNH sendo este um factor de pior prognóstico.

CASO CLÍNICO:

Homem, 52 anos, autónomo, fumador e com bronquite asmática. Internamento ~4 meses

antes por astenia, perda ponderal e pancitopénia com estudo exaustivo inconclusivo com avaliação analítica, mielograma, biópsia óssea, ecocardiogramatranstorácico, exames endoscópicos e TC toracoabdominopélvica. Readmitido por febre, astenia e sudorese nocturna há 2 dias. Na observação, destacava-se taquicardia, febre e hepato-esplenomegália palpável. Analiticamente tinha pancitopénia, lesão renal, VS 57mm/h, LDH 1061U/L, β2-microbulina 8,68mg/l e PCR 6,63mg/dl.

A TC tóraco-abdominopélvica mostrou, de novo, nódulo do lobo superior do pulmão esquerdo, derrame pericárdico, derrame pleural bilateral, imagens nodulares hepáticas hipodensas, adenopatias hilares hepáticas e esplenomegália; broncofibroscopia sem alterações, mielograma com anemia da doença crónica, biópsia óssea com mielodisplasia e imunofenotipagem do sangue periférico com perfil policlonal IgG/Kappa. Biópsia de lesão hepática mostrou linfoma difuso de grandes células B tipo intravascular de alto grau.

Como intercorrência, quadro de desorientação e com área de edema vasogénico/lesão expansiva na TC, tendo melhorado com dexametasona; posteriormente episódio súbito de hipoestesia de predomínio distal do membro inferior esquerdo.

Transferido para a Hematologia, onde iniciou protocolo R-CHOP e metotrexato em alta dose e ainda quimioterapia intratecal. Reinternamento por neutropenia febril, reactivação de CMV e agravamento neurológico, sendo submetido a radioterapia paliativa. Novo internamento por pneumonia hipoxemiante complicada por crises convulsivas recorrentes, tendo evoluído desfavoravelmente e vindo a falecer.

DISCUSSÃO:

O linfoma de grandes células B intravascular é um subtipo raro de linfoma de grandes células B com incidência <1/1000000/ano; é caracterizado pela proliferação de células no lúmen de pequenos vasos, sem massa tumoral extravascular óbvia. O envolvimento neurológico, como neste caso, ocorre em 30-40% dos casos e é habitualmente refractário à quimioterapia sistémica.

P335

378 ANEMIA HEMOLÍTICA – QUANDO A SOMA É MAIOR QUE O TODO

Margarida R. Fonseca, Ricardo Pinto Sousa, Miguel Teles, Rita Ivo, Celina Afonso, Eduarda Carmo, Carlos Nascimento, João Lopes Delgado, Isabel Madruga
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental - Medicina I

INTRODUÇÃO A anemia hemolítica autoimune (AHA) tem por base a destruição periférica de glóbulos vermelhos por anticorpos. Cerca de 50% dos casos são secundários a doença maligna. Os

autores apresentam um caso de um doente com doença hepática crónica no qual foi diagnosticado neoplasia hematológica associada a AHA.

CASO CLÍNICO Homem, 41 anos de idade com hábitos tabágicos e etílicos marcados. Recorre ao Serviço de Urgência por quadro com alguns meses de evolução e de agravamento recente de anorexia, astenia e perda ponderal (cerca de 20kg em 12 meses) com icterícia da pele e mucosas e colúria, sem acolia ou prurido. Do exame objetivo destaca-se TA 118/72mmHg, FC 120bpm, SpO2 88% em ar ambiente, icterícia acentuada da pele e escleróticas, hepatomegalia nodular e esplenomegalia homogénea. A avaliação analítica mostrou Hb 4.5g/dL, VGM 123.5fL, L 32700/mcL, 18000neut/mcL e 12000linf/mcL, ferritina 1384mcg/mL, INR 2.4, função renal e ionograma sem alterações, AST 118U/L, ALT 31U/L, GGT 556U/L, LDH 985U/L, Bil total 25.7mg/DL com 17.9mg/dL Bil D, PCR 6.48mg/dL, serologias virais VIH, VHB, VHC e VHA negativas. O teste de Coombs direto foi positivo. Na ecografia abdominal visível hepatomegalia marcada com 220mm e esplenomegalia de 192mm de eixo longitudinal com pequena quantidade de ascite. O doente foi internado e iniciou corticoterapia sistémica e imunoglobulina endovenosa verificando-se, no entanto, agravamento clínico e laboratorial, queda de Hb até 2.9g/dL, prolongamento de INR e hiperbilirrubinemia e LDH em crescendo. A biópsia medular, mielograma e imunofenotipagem do sangue periférico foram compatíveis com Leucemia linfocítica crónica (LLC). Por degradação clínica o doente foi submetido a esplenectomia de urgência e foi transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos onde iniciou terapêutica com Rituximab. Verificou-se, no entanto, deterioração inexorável com evolução em insuficiência hepática vindo a falecer cerca de um mês depois. A peça de esplenectomia mostrou, igualmente, infiltração ganglionar e esplénica por LLC.

DISCUSSÃO A LLC é diagnosticada em até 15% dos pacientes com AHA e geralmente responde a corticoterapia ou terapêutica imunossupressora. A anemia é frequente na Doença hepática crónica (DHC) alcoólica e está frequentemente associada a hemorragia, défice de fatores hematínicos, toxicidade medular ou Síndrome Zieve. No caso apresentado a sobreposição de patologia hematológica neoplásica e DHC contribuiu para a ausência de resposta ao tratamento da AHA e para a fragilidade clínica do doente.

P336

397 PANCITOPENIA - QUANDO A CAUSA NÃO É ÓBVIA, A SURPRESA ACONTECE!!

Rita Portugal. Mariano Velez. Teresa Filomena
Centro Hospitalar Médio Tejo - Hospital de Torres Novas
Serviço de Medicina Interna

A pancitopénia é uma entidade clínico-hematológica importante que encontramos na clínica no nosso dia-a-dia. A gravidade da pancitopénia e da patologia de base determinam a terapêutica e prognóstico dos doentes. Neste caso

alude-se ao diagnóstico diferencial de algumas entidades, às particularidades encontradas e às opções terapêuticas disponíveis.

Apresenta-se caso de doente de 73 anos, masculino, Professor reformado, autónomo. Antecedentes de doença coronária isquémica e hipertensiva, obstrução carotídea, FA paroxística, hiperplasia benigna da próstata e hiperuricémia. Medicado com carvedilol, apixabano, ramipril, furosemida, nicorandilo, atorvastatina, pregabalina, dinitrato de isossorbida. Recorreu à consulta por perda ponderal (~10Kg) com um ano de evolução. Negava anorexia, epigastralgias, perdas hemáticas ou alterações do trânsito gastrointestinal. Ao exame físico destacava-se apenas diminuição das massas musculares, sem organomegalias ou adenopatias. Realizou EDA e Colonoscopia, sem alterações. A TC toraco-abdomino-pélvica mostrou esteatose hepática e ligeira dilatação do bazo. Analiticamente apresentava um padrão de pancitopénia (Hb 10g/dL, normocítica/normocrómica, leuc 3600/L, plaq 140000/L), compromisso cito-colestático, hipoalbuminémia e VS- 94 mm/hora. Os marcadores tumorais e serologias auto-imunes foram negativos. A ECA foi também negativa. Realizou mielograma, sem sinais de mielodisplasia ou infiltrados patológicos, e BO que revelou diversos granulomas epitelioides, sem necrose. A colangio-RM excluiu doença hepática infiltrativa, confirmando hepatomegalia, esplenomegalia, sem adenopatias; a BH evidenciou processo de hepatite granulomatosa, consistente com envolvimento hepático em patologia sistémica que favorecia diagnóstico de sarcoidose. Admitida a hipótese de sarcoidose com envolvimento ósseo e hepático, iniciou prednisolona com desmame progressivo até à suspensão. Associada à corticoterapia desenvolveu Diabetes Mellitus, iatrogénica. Com a suspensão da corticoterapia e terapêutica com dapaglifozina e metformina houve bom controlo metabólico. Após 3 meses ocorreu regressão completa das alterações hepáticas, bem como normalização dos parâmetros hematológicos, que ainda se mantém actualmente. O diagnóstico de sarcoidose ficaria confirmado se houvesse um valor de ECA aumentado e envolvimento pulmonar. que não foi documentado. Por outro lado o envolvimento ósseo na sarcoidose é raro (- de 5% dos casos) e

coloca este caso num patamar pedagógico muito relevante. No que se refere a granulomas de outra etiologia, não foi possível apurar pelas histologias realizadas, a existência de um fator intra-granuloma, ou outro, que estivesse na base da sua formação.

A resposta à terapêutica confirma o diagnóstico e, à data, não se verifica qualquer alteração, clínica ou laboratorial, que justifique terapêutica ou exames histológicos. Reforça-se que a evolução da sarcoidose não é linear e não se pode excluir uma recorrência do quadro.

P337

412 A CULPA É DO HELICOBACTER PYLORI

Telma Elias, Ana Clara Dinis, Carmen Ferreira, Isabel Martins, Fátima Pimenta
CHMT

A púrpura trombocitopénica imune (PTI) é uma doença autoimune adquirida caracterizada por trombocitopenia, sendo um diagnóstico de exclusão. O *Helicobacter pylori* (H. Pylori) é uma bactéria gram negativa frequentemente associada a doenças gástricas, nomeadamente neoplasia gástrica, gastrite crónica, linfoma gástrico de MALT, úlcera péptica. Nos últimos anos tem-se vindo a verificar uma associação entre o H. Pylori e a PTI. O H. Pylori pode induzir uma resposta imunológica a antígenos que têm reação cruzada com diversos antígenos glicoproteicos das plaquetas, no entanto o seu mecanismo exato ainda continua desconhecido.

Os autores apresentam o caso clínico de um homem, 63 anos de idade, enviado à consulta externa de medicina para estudo de trombocitopenia (plaquetas 43000/uL, confirmadas por contagem imediata em colheita em tubo de citrato), anticorpos antiplaquetários positivos, estudo auto-imune negativo, vírus imunodeficiência humana 1 e 2, parvovirus B19, serologias hepatite B e C negativos. Sem défice de Vitamina B12 ou ácido fólico. Sem esplenomegalia na ecografia abdominal e na tomografia computadorizada abdominal e pélvica. Realizou mielograma que não revelou alterações.

O teste da urease foi positivo para H. Pylori e procedeu-se à sua erradicação com amoxicilina 1 grama 12 em 12 horas, omeprazol 20mg 12 em 12h e claritromicina 250mg 12 em 12h durante 4 dias.

Após erradicação do H. Pylori observamos recuperação do valor das plaquetas para o dobro do valor inicial ao fim de 3 meses, o último controlo de valor de plaquetas foi de 146000/uL, ao fim de cerca de 9 meses após a erradicação do H. Pylori.

Temos observado mais casos de trombocitopenia enviados à consulta para estudo com teste da urease positivo para H.

Pylori que fizeram terapêutica de erradicação com recuperação dos valores das plaquetas.

Apesar de ainda ser uma associação pouco estudada, neste momento estamos a rastrear a presença de H. Pylori nos doentes enviados à consulta externa para estudo de trombocitopenia. A amostra de doentes e os resultados ainda são poucos, alguns doentes ainda a aguardar resultados dos testes da urease antes e após erradicação e outros doentes ainda estão sob terapêutica de erradicação. Os resultados que temos obtido após a terapêutica de erradicação do H. Pylori em doentes com trombocitopenia têm sido satisfatórios, no entanto precisamos de um número mais elevados de doentes para podermos caracterizar melhor estes resultados bem como esta associação entre H. Pylori e PTI.

P338

2115 EPISTÁXIS VOLUMOSAS E ANEMIA FERROPÉNICA – UMA SUSPEITA DE TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITÁRIA

Catarina Cabral, Joana Alves Vaz, Maria Manuela Soares, Isabel Madruga

Hospital de Egas Moniz - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

INTRODUÇÃO

A Telangiectasia Hemorrágica Hereditária (THH) é um distúrbio vascular autossómico dominante, mais comum no sexo masculino e que se manifesta frequentemente por epistáxis, hemorragia gastrointestinal e anemia ferropénica, acompanhando-se de telangiectasias mucocutâneas.

CASO CLÍNICO:

Doente do sexo masculino, de 57 anos, autónomo. Antecedentes pessoais de enfisema pulmonar centrilobular e malformação arterio-venosa no lobo superior do pulmão esquerdo, seguido em consulta de Pneumologia; anemia "crónica"; infecção por vírus da hepatite C (VHC) não tratada; etanolismo crónico; consumo de drogas endovenosas no passado. Antecedentes familiares relevantes: sobrinho com epistáxis recorrentes. O doente foi enviado à nossa consulta para estudo de anemia crónica, referindo episódios de epistáxis, mais frequentes e exuberantes nos 15 dias anteriores, associando-se a astenia de agravamento progressivo. Ao exame objectivo apresentava-se vigil, orientado e colaborante; emagrecido; com palidez muco-cutânea e ligeira icterícia. Tensão arterial: 121/76mmHg, taquicárdico (113bpm), eupneico em ar ambiente. Analiticamente: hemoglobina: 6.9g/dl; hematócrito: 24.3%; VGM: 60.8fl; HGM: 17.2pg; 6700 leucócitos; 461.000 plaquetas; ferro: 14µg/dl; ferritina: 8.7ng/ml; CTFF: 477 µg/dl; Saturação de transferrina: 3%. Sem alterações da função renal, provas hepáticas

ou alterações electrolíticas. Pela gravidade da anemia foi internado directamente no Serviço de Medicina Interna e transfundido com 2U de concentrado eritrocitário. Realizou estudo endoscópico do tubo digestivo, que evidenciou a presença de "incontáveis angiectasias no esófago, duodeno, na mucosa de hérnia do hiato e no fundo do estômago". Foi também observado em consulta de otorrinolaringologia, objectivando-se telangiectasias na nasofaringe e cavidade oral e estenose das fossas nasais. Perante este quadro, foi pedido estudo genético para THH e, após estabilização hemodinâmica e hematológica, o doente teve alta, com indicação para manter seguimento regular em consulta de Medicina Interna.

DISCUSSÃO:

O diagnóstico de THH tem por base os quatro critérios clínicos de Curação, desenvolvidos em 1999: epistáxis, telangiectasias, lesões viscerais e história familiar (parente em 1º grau). Considera-se o diagnóstico definitivo na presença de três ou mais critérios, e possível na presença de dois critérios. O caso apresentado apresenta para já dois critérios, e uma forte suspeita clínica, esperando os autores a confirmação definitiva do diagnóstico, após a conclusão do estudo genético. Existe ainda elevada probabilidade de incidência desta doença na família do paciente, pelo que é fundamental o seu rastreio, assim como a divulgação desta entidade, pouco conhecida da população e mesmo de alguns clínicos.

P339

193 PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IMUNE INDUZIDA POR NAPROXENO

Susana Escária, Ana Bernardo, Sara Correia, Margarita Urquiola, Conceição Barata

Hospital Espírito Santo Évora

Introdução

Atrombocitopénias sem causa evidente é um problema clínico comum, e a púrpura trombocitopénica imune (PTI) induzida por fármacos deve ser um diagnóstico a ter em consideração. É mediada por anticorpos que destroem as plaquetas e ocorre habitualmente cerca de duas semanas após a exposição ao novo fármaco, sendo geralmente bastante grave (< 20 000uL plaquetas).

Caso clínico: Homem, 65 anos, que recorreu ao serviço de urgência (SU) por apresentar lesões punctiformes de cor púrpura generalizadas. Sem antecedentes pessoais relevantes. Referia ter recorrido ao Centro de Saúde 6 dias onde foi medicado com naproxeno após lhe ser diagnosticada uma tendinite do calcâneo. Ao exame objetivo encontrava-se hemodinamicamente estável e destacava-se a presença de petéquias dispersas

pelo tronco e membros e algumas equimoses nos membros inferiores e superiores. Analiticamente destacava-se uma trombocitopenia de 4000 u/L (confirmada em lâmina), hemoglobina de 12,9 g/dL, INR de 1,07, sem aumento dos parâmetros inflamatórios, função renal e ionograma normais. Perante a trombocitopenia grave decidiu-se transfundir 1 pool de plaquetas, que foi suspensa por o doente ter iniciado quadro de febre após o início da transfusão. Decidiu-se então iniciar corticoterapia, e após 2 dias, na reavaliação analítica, destacava-se uma subida da trombocitopenia para 10 000 u/L mas apresentava uma anemia (hemoglobina 7,7 g/dL), tendo o doente um episódio de melenas nesse mesmo dia. Realizou endoscopia digestiva alta que evidenciou púrpura e erosão gástrica. Foi realizada transfusão de 1 unidade de concentrado eritrocitário, após teste de Coombs negativo, e na análise de controlo observou-se uma subida da hemoglobina para 8,7 g/dL e uma grande melhoria da trombocitopenia (63 000 u/L). O estudo analítico realizado em internamento não revelou alterações que pudessem justificar a trombocitopenia, tendo serologias de HBV, HCV e HIV negativas, aPTT, PT e provas hepáticas normais, função tiroidea normal, ácido fólico e vitamina B12 normais. Realizou ainda mielograma que também não mostrou alterações relevantes. O doente teve alta 8 dias após ter dado entrada no SU, medicado com corticoide oral. À data da alta apresentava valor de plaquetas normal (290 000 u/L) e hemoglobina de 9 g/dL. No seguimento em consulta e após desmame de corticoide manteve valor de plaquetas normal, assim como subida da hemoglobina para valores dentro da normalidade. Excluídas outras causas de trombocitopenia, assumiu-se então como hipótese diagnóstica uma PTI induzida por naproxeno.

Conclusão: A PTI induzida por fármacos é um diagnóstico de exclusão e em que se observa uma melhoria da trombocitopenia a partir do 2º dia após suspender o fármaco sobre o qual recai a suspeita, com resolução completa da trombocitopenia normalmente numa semana. Em casos graves deve ser realizada transfusão de plaquetas, e caso não seja possível, as imunoglobulinas e os corticoides devem ser ponderados.

P340

437 UM TIPO RARO DE HEPATITE COLESTÁTICA – SÍNDROME HEMAFAGOCÍTICA

Bruno Sousa, Rosa Alves, Francisco d'Orey, Ana Tomé, Rita Gerivaz, Tiago Judas
Hospital Garcia de Orta, Almada

O Síndrome hemafagocítico é um síndrome clínico raro e agressivo, caracterizado por ativação imunológica excessiva com envolvimento multiorgânico. O tratamento imediato é determinante para uma evolução favorável, porém

o difícil e tardio diagnóstico é um obstáculo a um prognóstico favorável.

Apresenta-se o caso de um homem, 63 anos, independente, com história de hipertensão arterial e diabetes melitus tipo 2. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de mal-estar geral, anorexia, astenia, com 5 dias de evolução, associado a um pico febril isolado. Negava outra sintomatologia ou história epidemiológica de relevo.

À observação, destacava-se icterícia da pele e mucosas e adenomegalias indolores na região inguinal bilateralmente. Do estudo analítico inicial de referir padrão de citocolestase hepática com hiperbilirrubinemia conjugada. A ecografia abdominal apresentava discreta hepatomegalia, sem alterações das vias biliares. Do estudo complementar realizado, de referir hipercolesterolémia, hipertrigliceridémia e hiperferritinémia. Foram excluídas causas infecciosas e auto-imunes. Para melhor caracterização das adenopatias inguinais, realizou tomografia computadorizada corpo que demonstrou a presença de hepato-esplenomegalia e adenopatias retroperitoneais e ileo-pélvicas.

Perante achados referidos, admitiu-se como provável um síndrome hemafagocitário secundário a doença linfoproliferativa. Realizado mielograma que confirmou a presença de hemafagocitose medular. O doseamento do CD25 solúvel foi normal. A biópsia de gânglio inguinal foi compatível com linfoma não-Hodking de células T, tendo a biópsia óssea demonstrado infiltração medular. Após o diagnóstico, iniciou corticoterapia, verificando-se boa resposta clínica e analítica. Referenciado para Hematologia, tendo iniciado esquema de quimioterapia. Actualmente, completou esquema de quimioterapia, encontrando-se a aguardar transplante autologos de células progenitoras.

O síndrome hemafagocítico é uma entidade clínica extremamente rara, que na maioria das vezes é secundária a outra entidade (infecciosa ou neoplásica), podendo ser idiopática em casos ainda mais raros. É preciso um elevado nível de suspeição que combina não só a apresentação clínica, mas também os achados analíticos que embora inespecíficos, são altamente sugestivos desta síndrome, devendo estar presentes 5 dos 8 critérios: febre, esplenomegalia, citopenias envolvendo 2 ou mais linhagens hematopoiéticas, hiperferritinémia, hipofibrinogenemia ou hipertrigliceridemia, hemafagocitose, elevação de CD25 solúvel e diminuição da citotoxicidade das células NK.

Os autores pretendem assim alertar para um síndrome raro, cujo diagnóstico etiológico foi um desafio e onde o tempo é crucial para evitar um prognóstico desfavorável.

P341

1752 LEUCEMIA DE CÉLULAS T HTLV-1: UM CASO DE SUCESSO

Telmo Coelho, Nuno Leal, Inês Leão, Sara Beça, Filipa Santos, Margarida Badior, Sofia Ramalheira
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia|Espinho

Introdução:

O vírus linfotrópico da célula humana (HTLV-1) é um retrovírus responsável por uma forma rara de leucemia de células T. A forma de apresentação mais típica envolve hêpato-esplenomegalia, adenopatias generalizadas e flower cells no esfregaço sanguíneo estando associada a um prognóstico sombrio com uma sobrevida muito curta.

Caso Clínico:

Mulher, 36 anos, raça negra, natural da Guiné residente em Portugal há 31 anos, com antecedentes de traço falciforme.

A doente recorreu ao serviço de urgência (SU) por quadro de febre, mialgias, vômitos, dor epigástrica, anorexia com 3 semanas de evolução. Referia ainda tumefações no pescoço. Sem noção de febre ou perda ponderal.

Ao exame objectivo apresentava adenomegalias cervicais bilaterais e abdómen doloroso à palpação do epigastro.

Do estudo realizado no SU de notar leucocitose 46.880u/dL, esfregaço de sangue com flower cells, aumento de transaminases, gasometria com insuficiência respiratória tipo 1 com hiperlactacidémia, serologias de hepatite B (HBV) compatível com infecção crónica e serologia de vírus HTLV-1 positiva. Ecografia abdominal com hepato-esplenomegalia; Ecografia cervical com adenomegalias cervicais com cerca de 26mm.

Por suspeita diagnóstica de Leucemia agressiva de células T a doente ficou internada no serviço de Medicina Interna com colaboração do serviço de Hematologia.

Iniciou Entecavir para a infeção por HBV tendo resultado em redução da carga viral para valores indetectáveis;

Fez estudo medular compatível com leucemia de células T. Em internamento foi iniciada terapêutica com pulsos de Metilprednisolona seguidos de tratamento com Zamivudina e Interferão-alfa, tendo inicialmente apresentado agravamento clínico e analítico com pancitopenia (secundária a supressão medular, com necessidade pontual de suporte transfusional).

Após 2 meses de terapêutica obteve-se resposta clínica e analítica tendo-se conseguido atingir remissão parcial, melhoria do perfil hepático, redução de hepato-esplenomegalia e redução de

adenopatias.

A doente foi proposta para alotransplante de medula óssea (irmão HLA compatível, incompatibilidade ABO major) tendo sido submetida a este procedimento em centro especializado.

Um mês após o transplante a doente desenvolveu quadro de vômitos persistentes. Realizou estudo em internamento tendo o estudo realizado sido compatível com doença de enxerto contra hospedeiro.

Cumpriu tratamento com Metilprednisolona posteriormente alterado para Prednisolona encontrando-se neste momento em remissão completa e seguida em consulta de Hemato-Oncologia, tendo já passado aproximadamente 12 meses desde data de diagnóstico.

Discussão:

Este caso clínico assume basilar importância na medida em que evidencia as dificuldades na abordagem terapêutica desta entidade à luz do conhecimento atual e reflete um caso de sucesso traduzida pela sobrevida com qualidade de vida que foi possível oferecer a esta doente.

P342

1946 DEPRESSÃO OU ALGO MAIS? O DESAFIO DIAGNÓSTICO NA HIPERCALCÉMIA

Sara Esteves Ferreira, Filipa Ferreira, Leonor Naia, Marta Oliveira, João Fonseca, Erica Ferreira, Rosa Jorge
Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução

A etiologia da hipercalcémia é vasta e, apesar de potencialmente fatal, as suas manifestações são frequentemente inespecíficas, podendo cursar com manifestações neuropsiquiátricas.

Caso: Doente de 53 anos, género feminino, autónoma, com antecedentes de depressão neurótica, com internamentos prévios no Serviço de Psiquiatria. Recorre ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de astenia, negligência no autocuidado e emagrecimento, associados a ideação suicida. Assim, ficou internada no Serviço de Psiquiatria; pela exuberância do quadro, foi pedida a colaboração da Medicina Interna para exclusão de causa orgânica. Do estudo efetuado, destacou-se calcémia de 18,99 mg/dL, com fosfatémia, magnesémia e albuminémia normais; lesão renal aguda (creatinina 1,48 mg/dL); elevação da fosfatase alcalina (124 U/L) e desidrogenase láctica (253 U/L); anemia macrocítica (hemoglobina 11,2 g/dL, VGM 98,0 fL); em Tomografia Computorizada (TC) crânio-encefálica, a salientar "infiltração difusa osteolítica do crânio", 'lesões com extensão intracraniana, provocando moldagem do parênquima

subjacente; (...) provavelmente lesões secundárias ou de mieloma múltiplo.” Iniciou terapêutica para controlo da calcémia e foi transferida para o Serviço de Medicina Interna. Melhoria progressiva da calcémia e do status neurológico. Realizou mamografia e ecografia mamária, ecografia tiroideia e TC toraco-abdomino-pélvica, sem alterações de relevo; também radiografia de esqueleto e cintigrafia óssea, mostrando várias lesões dispersas pelo esqueleto de natureza lítica. Elevação da γ -microglobulina (7940 ng/mL), hipogamaglobulinémia e elevação das cadeias livres lambda séricas (1720,3 mg/dL). Tanto o proteinograma eletroforético (PGE) como a imunofixação (IF) séricos não mostraram evidência de banda monoclonal; na IF urinária identificou-se banda monoclonal de cadeias leves lambda, identificada igualmente em PGE urinário - efetuou estudo da medula óssea (MO), que evidenciou população clonal correspondendo a 98% dos plasmócitos. Para exclusão de amiloidose AL fez-se biópsia da gordura, negativa para vermelho de congo. Conclui-se pelo diagnóstico de Mieloma Múltiplo (MM) de cadeias leves Lambda, com proteína de Bence Jones positiva, ISS estadio 3. Iniciou terapêutica com bortezomib, ciclofosfamida e dexametasona, tendo posteriormente tido alta com calcémia normal, orientada para Hospital de Dia e Consulta Externa de Hematologia e Medicina Interna.

Conclusão: Pretende-se com este caso evidenciar a importância da suspeita clínica no diagnóstico da hipercalcémia e da exclusão de patologia orgânica na depressão grave e refratária à terapêutica. Da mesma forma, salienta-se que a ausência de alterações no PGE e IF séricos não deve afastar a hipótese diagnóstica de MM, já que esta pode ocorrer em 8% desses casos.

P343

89 NÃO É SÓ MAIS UMA NEUTROPENIA FEBRIL – UM RARO CASO DE AGRANULOCITOSE INDUZIDA POR FÁRMACOS

Ana Luísa Campos, Carla Carneiro, Laura Castro, Jorge Cotter

Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães, Serviço de Medicina Interna

Introdução

A agranulocitose idiossincrática induzida por drogas (IDIA) ou neutropenia severa aguda caracteriza-se por contagens de neutrófilos $\leq 0.5 \times 10^9/L$. É uma desordem relativamente rara, com uma incidência anual de 2 a 15 casos por milhão. Embora o doente possa inicialmente apresentar-se assintomático, a IDIA frequentemente cursa com sépsis grave.

Descrição do caso clínico: Género feminino, 37

anos. Antecedentes pessoais de artrite psoriática, sob tratamento com metotrexato desde há 1 ano e com salazopirina recentemente acrescentada à terapêutica (~1 mês antes). Observada no Serviço de Urgência por febre e sinais inflamatórios das regiões interdigitais e face dorsal de ambos os pés. Ao exame físico: doente febril, com lesões herpéticas nasolabiais e sinais compatíveis com micose interdigital e celulite de ambos os pés. Dos exames complementares de diagnóstico no Serviço de Urgência: bicitopenia (anemia – Hb 11.1 g/dL e neutropenia absoluta – $0.0 \times 10^3/\mu L$, com agranulocitose e $0.0 \times 10^3/\mu L$ de granulócitos imaturos, contagem confirmada pelo patologista clínico que informa que não é visível qualquer forma imatura na lâmina); parâmetros inflamatórios aumentados, com PCR de 256 mg/L. Realizado aspirado medular e imunofenotipagem: amostra moderadamente hipocelular, com redução marcada da relação série mielóide/eritróide, não tendo sido observado nenhum neutrófilo nem nenhum metamielócito, com linfócitos (47.1%) e plasmócitos (7.7%) de morfologia normal; linha granulocítica ($<1\%$ da celularidade total), com características fenotípicas normais. Ficou internada sob antibioterapia de largo espectro com meropenem + vancomicina, com imediata suspensão do metotrexato e da salazopirina. Verificou-se boa evolução clínica e analítica, encontrando-se à data de alta já com $2.3 \times 10^3/\mu L$ neutrófilos, $0.2 \times 10^3/\mu L$ mielócitos e $1.5 \times 10^3/\mu L$ metamielócitos, e com quadro infeccioso resolvido.

Discussão: O grande critério de diagnóstico de IDIA, que se cumpre no caso clínico desta doente, é a completa recuperação hematológica após suspensão das drogas causadoras. Todas as drogas podem cursar com IDIA. Neste caso em particular, não podemos excluir a hipótese de estarmos perante uma reacção de mielotoxicidade tardia ao metotrexato. O uso concomitante de outras drogas é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de mielotoxicidade secundária ao metotrexato, embora não pareça afetar a severidade da doença, o que poderá explicar a mielotoxicidade abrupta nesta doente após a introdução da salazopirina. A suplementação com ácido fólico e a monitorização frequente das contagens celulares são portanto fundamentais nos doentes sob esta terapêutica.

P344

334 UMA RARA APRESENTAÇÃO DE LINFOMA

Ana Andrade Oliveira; Joana Morais; Olga Pires; Inês Burmester; Filipa Rodrigues; Rui Castro; Herlander Marques; Maria João Regadas; Paulo Gouveia; Carlos Capela

Hospital de Braga

Introdução

O quilotórax é causado pela disrupção/obstrução

do ducto torácico ou das suas tributárias resultando em perda de quilo para o espaço pleural. É uma condição rara que se divide em causas traumáticas (mais frequentes) e não traumáticas. A causa não traumática mais comum é o linfoma.

Caso clínico: Em Julho de 2018 um homem de 62 anos, nacionalidade Portuguesa e a residir na ilha do Príncipe, apresentou-se no serviço de urgência encaminhado do Hospital de São Tomé e Príncipe por derrame pleural esquerdo. Referia dispneia e cansaço para pequenos esforços, com 1 mês de evolução. Mencionava sudação profusa, dor torácica esquerda e tosse quando se baixava. Negava febre, perda de peso ou outros sintomas constitucionais. Apresentava antecedentes de hipertensão, dislipidemia e malária. Ao exame físico identificava-se ausência de murmúrio nos $\frac{3}{4}$ inferiores do hemitórax esquerdo e maciez à percussão. Realizou radiografia de tórax que confirmou a presença de um derrame pleural esquerdo e foi submetido a TAC que revelou "adenomegalias axilares esquerdas e uma massa com densidade de partes moles pré-vertebral envolvendo a aorta descendente desde o nível da carina e estendendo-se inferiormente em topografia retrocrural até ao retroperitонеu". O derrame foi drenado, tendo o líquido uma aparência leitosa, elevado conteúdo em triglicérides (1577 mg/dl), baixo em colesterol (<50mg/dl), linfocitose e ausência de células malignas. Posteriormente, foi internado para estudo. Na avaliação inicial realiza-se palpação ganglionar confirmando-se a presença de adenopatias supra e infradiafragmáticas, algumas das quais com >1cm e consistência dura. O estudo laboratorial não apresentava alterações e as serologias infecciosas eram negativas. A PET revelou "hipermetabolismo glicolítico intenso em adenopatias supra e infradiafragmáticas, que se relacionam muito provavelmente com doença linfoproliferativa metabolicamente activa". Realizou biópsia de adenopatia inguinal que confirmou, mais tarde, a presença de Linfoma Não-Hodgkin – Folicular tipo 2, FLIPI 3 (alto risco). A biópsia medular foi negativa. No internamento iniciou um ciclo curto de 3 dias de prednisolona 100mg, com melhoria significativa do derrame pleural. Foi orientado para consulta externa de hemato-oncologia onde iniciou tratamento com esquema R-CHOP. Em Setembro de 2018 foi documentada a remissão imagiológica através de PET ("Estudo tradutor de boa resposta ao tratamento em curso sem evidência de patologia linfomatosa hipermetabólica em actividade").

Discussão: Cerca de 20% dos linfomas apresentam-se com derrame pleural, que é raramente um quilotórax. Apresenta-se este caso pela singularidade da apresentação clínica e imagiológica e pelo sucesso da orientação interdisciplinar que permitiu o diagnóstico e tratamento precoces, com remissão clínica e imagiológica.

P345

642 HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA - UMA RARA COMPLICAÇÃO DE PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA

Catarina Parente, António Cardoso, Fátima Campante
Centro Hospitalar Barreiro Montijo

INTRODUÇÃO

A púrpura trombocitopénica idiopática ou imune (PTI) é uma doença auto-imune caracterizada por trombocitopénia isolada de curso relativamente benigno na infância mas adquirindo maior risco de morbi-mortalidade associada em idade adulta.

As suas manifestações correspondem frequentemente a hemorragia muco-cutânea quando os valores de plaquetas são inferiores a $20\,000 \times 10^9/L$, sendo que a ocorrência de hemorragias internas (esplâncnicas) é pouco comum.

CASO CLÍNICO

Homem, 45 anos, com antecedentes de obesidade, hipertensão, diabetes mellitus, fibrilhação auricular e história de trombocitopénia na infância não esclarecida, que recorre ao Serviço de Urgência por quadro com 2 semanas de evolução caracterizado por tosse e cansaço evoluindo para dispneia, toracalgia posterior e expectoração hemoptóica.

Do estudo etiológico realizado no Serviço de Urgência, salientava-se hemoglobina 9.8 g/dL, $12\,000 \times 10^9/L$ plaquetas, radiografia torácica com infiltrado bilateral e gasimetria arterial com hipoxémia. O doente foi transfundido com 1 pool plaquetas e propôs-se internamento, onde realizou tomografia computadorizada torácica que detectou múltiplas áreas de densidade em vidro despolido e pequenos focos de consolidação bilaterais podendo corresponder a quadro de hemorragia alveolar difusa, não sendo possível excluir coexistência de processo infeccioso atípico. Foram colhidas amostras para microbiologia (urocultura, hemoculturas e pesquisa de antígenos de Influenza A e B) - exames que posteriormente se revelaram na sua globalidade negativos - tendo o doente cumprido 7 dias de antibioterapia empírica. Iniciou concomitantemente corticoterapia sistémica com boa resposta clínica e hematológica.

O doente teve alta para consulta prosseguindo estudo etiológico com pesquisa de anticorpos anti-plaquetários que foi inconclusiva; verificou-se agravamento da contagem plaquetária com redução de corticoterapia com necessidade de titulação de dose com efeitos secundários significativos, nomeadamente descontrolo tensional e metabólico. Por esse motivo, realizou mielograma compatível com trombocitopénia auto-imune e foi encaminhado para consulta de hematologia para exploração de segunda linha terapêutica.

DISCUSSÃO

A hemorragia alveolar difusa é uma condição nosológica potencialmente fatal podendo ser devida a diversas patologias e manifestado-se com hemoptises, anemia, infiltrados pulmonares difusos e insuficiência respiratória aguda. O seu diagnóstico é apoiado em dados clínicos, laboratoriais e imagiológicos, sendo que por vezes é necessário um lavado bronco-alveolar para a sua identificação.

A apresentação de hemorragia alveolar difusa como complicação de PTI é uma associação muito rara. O presente caso clínico é ilustrativo de uma complicação rara de uma doença hematológica relativamente comum, evidenciando a dificuldade diagnóstica de um infiltrado pulmonar inespecífico, assim como a abordagem e manuseamento terapêutico de um doente com diversas comorbilidades.

P346

659 UMA CAUSA INCOMUM DE ANEMIA HEMOLÍTICA

Luís Dias, Marta Braga, Rosa Carvalho, Vânia Gomes, Céu Rodrigues, Carlos Capela
Hospital de Braga

Introdução

As anemias são distúrbios hematológicos que envolvem um défice de produção, maturação ou uma destruição aumentada de glóbulos rubros. Destas últimas, destacam-se as anemias hemolíticas, descrevendo-se de seguida um caso deste teor.

Caso Clínico

Doente do género masculino, 38 anos de idade, sem antecedentes de relevo, trabalhador em fábrica, por turnos. Apresentava astenia com um mês de evolução e de agravamento progressivo. Associadamente referia dispneia para esforços e noção de uma maior palidez tendo recorrido ao Serviço de Urgência. Apresentava aspecto físico extremamente emagrecido (IMC 17.5kg/m²) e palidez cutâneo-mucosa extrema. Analiticamente salientava-se uma anemia macrocítica de 3.7g/dL, com hemólise (elevação de bilirrubina indireta, haptoglobulina diminuída, LDH elevada e índice de reticulócitos normais), e trombocitopenia (101 000/mm³). O esfregaço do sangue periférico revelava anisocitose eritrocitária acentuada, alguns fragmentos eritrocitários/ esquisócitos e raros dacriócitos. Em tomografia axial computadorizada destacava-se hepato-esplenomegalia, sem outras alterações. Realizadas 2 unidades de glóbulos rubros e internado para estudo de anemia. Levantadas as hipóteses de hemoglobinopatia, hematopoiese ineficaz, anemia hemolítica, doença linfoproliferativa ou mesmo de síndrome paraneoplásico. Do estudo realizado de salientar

defíce severo de vitamina B12 (60 pg/mL). Do restante estudo, serologias infecciosas negativas, estudo imunológico negativo (inclusive anticorpos anti-fator intrínseco e anti-célula parietal), citometria de fluxo, eletroforese de proteínas do soro e imunocomplexos circulantes negativos. A endoscopia digestiva alta revelava gastrite crónica e a endoscopia digestiva baixa revelava válvula ileocecal ulcerada, histologicamente a última com alterações inespecíficas. Realizada videocápsula que se revelou normal. Assim, diagnosticada anemia hemolítica secundária a hematopoiese ineficaz por défice severo de vitamina B12. Instituída terapêutica com cianocobalamina intramuscular, com progressiva recuperação hematológica, e normalização dos parâmetros de hemólise.

O défice foi contextualizado nos comportamentos do doente, com personalidade depressiva, e que fazia uma alimentação nutricionalmente pobre.

Teve alta ao vigésimo dia, com hemoglobina de 10.4g/dL e contagem plaquetária de 732 000/mm³. Avaliado 2 meses depois em consulta de Medicina Interna, encontrando-se assintomático, verificado ganho ponderal de 9.5Kg (IMC 22.18 Kg/m²). Analiticamente com hemograma normal (16.8g/dL). Retomou atividade laboral e adotou hábitos alimentares variados e saudáveis.

Conclusão

O caso descrito retrata uma anemia hemolítica secundária a hematopoiese ineficaz por défice de aporte nutricional de vitamina B12. Destaca-se o mesmo pela sua raridade e exuberância, sendo ainda menos frequente na faixa etária em questão. A história clínica foi fundamental na conclusão da marcha diagnóstica.

P347

1433 PANCITOPENIA – COCKTAIL EXPLOSIVO

Alexandra Dias, Cármen Ferreira, Mário Santos, Cátia Teixeira, Eva Claro, Maria Aurora Duarte, Fátima Pimenta
Centro Hospitalar do Médio Tejo

INTRODUÇÃO

O metotrexato (MTX) é um imunomodulador, que compete com o ácido fólico, a nível do trato gastrointestinal e metabolismo intracelular.

As principais manifestações de toxicidade do MTX são a mucosite, a mielosupressão e a disfunção hepática e renal.

Os fatores predisponentes à sua toxicidade incluem: doença renal crónica (DRC), hipoalbuminemia, doentes idosos e co-administração de outros medicamentos. O metamizol como os outros anti-inflamatórios não esteroides (AINES), pode levar ao desvio da ligação do MTX com as proteínas plasmáticas, aumentando, assim, a sua forma

livre ativa. O Sulfametoxazol e Trimetoprim (SFX-TMP) diminui a excreção renal do MTX, e ambos os fármacos inibem a dihidrofolate redutase.

CASO CLÍNICO

Mulher de 76 anos, autônoma, internada no serviço de Cirurgia Geral após queda com traumatismo torácico e fracturas de 6 arcos costais direitos e empiema pleural à direita e bacteriemia com isolamento de *Staphylococcus aureus* metilina sensível (SAMS). Dentro das comorbidades mais relevantes destacam-se: Artrite reumatoide sob metotrexato; Diabetes Mellitus tipo 2 e anemia de doença crônica.

Apresentou com intercorrência pneumonia com empiema pleural à direita com isolamento de SAMS em hemoculturas e no líquido pleural. Por sépsis de ponto de partida respiratória, foi internada em unidade de cuidados intensivos, submetida a descorticação em cirurgia cardio-torácica e novamente transferida para a Cirurgia Geral para continuidade de cuidados. Cumpriu flucloxacilina durante 6 semanas.

Após estabilização clínica, reiniciou MTX na dose de 7.5 mg/semanal ao 14º dia de internamento. Medicada com metamizol de magnésio para controlo da dor. Foi também prescrito SMX-TMP de forma dirigida, por infecção urinária.

Verificou-se de novo, agravamento clínico e analítico, razão pela qual foi pedido colaboração a Medicina Interna. Ao exame clínico, a destacar palidez, febre, algumas lesões hemorrágicas cutâneas e ulceração dos lábios e da mucosa oral. Sem outras alterações. Analiticamente apresentava disfunção renal (creatinina máx. de 3,0 mg/dL) e hematológica, com leucopenia (com valor min. de 1860/L), agravamento da anemia (Hb de 7.7 g/dL) e trombocitopenia (10'000/L), com necessidade de múltiplas transfusões.

Conclui-se toxicidade do MTX com pancitopenia, cuja toxicidade foi agravada pelo Metamizol e SFX-TMP, assim como pela hipoalbuminémia e DRC agudizada. Iniciou filgastrim que realizou durante 10 dias, resultando na melhoria de contagem dos leucócitos e plaquetas, assim como das sufusões hemorrágicas.

CONCLUSÃO

A toxicidade ao MTX é frequentemente devida a erro na posologia, seja na prescrição ou na sua aplicação. No entanto, existem várias interações medicamentosas podendo levar a morbilidade significativa e, possivelmente, a mortalidade. Por isso, deve-se evitar a utilização de todos os fármacos suscetíveis de aumentar a toxicidade hematológica do MTX.

P348

1451 ASTENIA E HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE UMA AMILOIDOSE

Guiomar Pinheiro, Cristina Torrão, Cristina Gonçalves, Fernanda Almeida, João Araújo Correia

Centro Hospitalar Universitário do Porto

INTRODUÇÃO

A amiloidose de cadeias leves (AL) é 5 a 10 vezes menos frequente que o mieloma múltiplo mas representa o tipo mais comum de amiloidose sistémica, com uma incidência de 9 casos/milhão/habitante/ano. Os principais sintomas são astenia e dispneia que, pela sua baixa especificidade, atrasam frequentemente o diagnóstico. Trata-se de uma doença sistémica, com envolvimento multiorgânico, sendo o rim e o coração os mais afectados. O atingimento nervoso periférico ocorre em 20% dos casos. O tratamento assenta em quimioterapia e o prognóstico depende da extensão do envolvimento orgânico e da presença de doença cardíaca.

CASO CLÍNICO: Mulher de 60 anos, com história de hipertensão arterial, recorre à consulta de Medicina por quadro de astenia em agravamento, dispneia para médios esforços e perda ponderal de 12kg com 1 ano de evolução, que a impediam de trabalhar. Avaliada previamente em várias consultas, tendo sido levantada hipótese de síndrome depressivo. Nos últimos 2 meses, edemas dos membros inferiores, dispneia paroxística noturna, ortopneia e hipotensão ortostática. ECG em ritmo sinusal, com baixa voltagem e 2 ecocardiogramas transtorácicos (ecoTT): o primeiro (5 meses antes) com perturbação do relaxamento do ventrículo esquerdo (VE) e o último (mês anterior) com hipertrofia ventricular moderada e depressão moderada da função sistólica do VE. Do estudo, destaca-se pico monoclonal de cadeias leves lambda em imuno-electroforese sérica e urinária, elevação do Pro-BNP e proteinúria nefrótica. RMN cardíaca compatível com amiloidose cardíaca e biópsia das glândulas salivares com envolvimento por substância amilóide. Assumida Amiloidose AL com atingimento cardíaco, renal e das glândulas salivares. Alta medicada com diurético de ansa, a manter perfil tensional baixo mas autónoma, sem sinais de congestão. Orientada para consulta de Hematologia onde realizou mielograma e biópsia da medula óssea, tendo-se excluído outros diagnósticos. Entretanto, sintomas de neuropatia periférica de novo, pelo que foi medicada com pregabalina. Iniciou ciclo de Ciclofosfamida, Bortezomib e corticosteróide, no entanto, manteve agravamento progressivo da capacidade funcional. Um mês após o início do tratamento, oclusão total da aorta abdominal infrarrenal com isquemia aguda dos membros inferiores, tendo sido submetida a tromboembolotomia, não totalmente eficaz à

esquerda, a condicionar amputação transtibial. EcoTT com depressão severa da função sistólica do VE e compromisso da função sistólica do VD, com massas nas cavidades auriculares, compatíveis com trombos. Manutenção de evolução desfavorável, tendo vindo a falecer nesse internamento.

DISCUSSÃO: os autores ilustram um caso de Amiloidose com atingimento multiorgânico que, apesar de se tratar de uma doença rara, tem habitualmente prognóstico reservado, principalmente quando detectada em fase tardia. É assim, fundamental estar atento a patologia na abordagem de uma astenia ou insuficiência cardíaca inaugural.

P349

1827 METILDOPA: UMA CAUSA RARA DE ANEMIA HEMOLÍTICA

Filipa Sousa, Sónia Santos, Maria Costa, João Machado, Mafalda Miranda, Maria Constânço, Alexandra Vaz, António Correia

Centro Hospitalar Tondela Viseu

Introdução

A Anemia Hemolítica Autoimune (AHAI) caracteriza-se por hemólise eritrocitária mediada pela produção de anticorpos, apresentando uma incidência estimada de 1 caso por milhão de habitantes por ano. Os fármacos constituem uma importante causa de AHAI, encontrando-se entre os fármacos mais frequentemente implicados: beta lactâmicos; cotrimoxazol; ciprofloxacina; fludarabina; lorazepam e diclofenac. Apesar de a metildopa ter, no passado, constituído uma das causas mais frequentes de AHAI induzida por fármacos, esta é atualmente uma entidade rara, dado o declínio do uso deste fármaco. Várias semanas a meses após o início deste anti-hipertensor, dá-se a formação de autoanticorpos que reagem diretamente com antígenos presentes na membrana eritrocitária. Se a produção destes anticorpos for em suficiente escala, o que ocorre em cerca de 10% dos casos, desenvolve-se AHAI.

Caso clínico: Doente do sexo feminino de 34 anos, com antecedentes de hipertensão arterial medicada com metildopa desde há seis meses, por estar a planejar gravidez. Recorreu ao serviço de urgência por sensação de mal estar geral, astenia, tonturas, "suores frios" e vários episódios de síncope com uma semana de evolução. Referia ainda coloração "amarelada" da pele desde há três semanas. Ao exame objetivo apresentava-se hemodinamicamente estável e ictérica. Analiticamente com anemia macrocítica (hemoglobina 6,2 g/dL; volume globular médio 137,8 fL) associada a uma bilirrubina indireta e lactato desidrogenase aumentadas. O Teste de Coombs mostrou-se positivo. Foram excluídos processos infecciosos ativos, nomeadamente por

Vírus da Hepatite B e C, HIV, Citomegalovirus e Epstein Barr. Foi internada, tendo sido suspensa e medicação habitual, feita suplementação com vitamina B12 e ácido fólico e instituída corticoterapia sistémica. Foram excluídas outras causas de AHAI, a qual se assumiu ser induzida por metildopa. Foi observada melhoria progressiva da anemia, tendo tido alta com prednisolona em esquema de desmame. Três meses após a alta a doente mantém-se clinicamente bem, com resolução da anemia, sob prednisolona 2,5 mg/dia.

Discussão: Os fármacos representam uma causa incomum de AHAI. A abordagem destes doentes depende da gravidade de apresentação do quadro assim como da evidência de lesão de órgão, como por exemplo a lesão renal aguda, podendo esta passar por medidas de suporte hemodinâmico, transfusão de concentrado eritrocitário e plasmaferese. Para a maioria dos casos, a suspensão do fármaco será a única intervenção necessária, podendo o uso de corticoides ser necessário para acelerar a resolução do quadro.

P350

201 SÍNDROME DE HIPOSTESIA MENTONIANO. A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Rostro Gálvez (1), J.L. Zambrana García (2), M.J. Velasco Malagón (2), M. Torres Bernal (1), M. Rabadan López (1), F. Da Mata Alves (1)

(1) Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Badajoz (2) Servicio de Medicina Interna. Hospital de Montilla (Córdoba)

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Hipostesia Mentoniano es una patología de escasa frecuencia que consiste en una disestesia de piel y mucosas del mentón y del labio inferior, por anestesia del nervio mentoniano pudiendo representar en muchos casos la primera manifestación de una patología maligna. Nuestro objetivo es la presentación de una paciente que aqueja sensación de «acorchamiento» en zona mentoniana izquierda y que en el curso evolutivo fue diagnosticada de linfoma B difuso de células grandes.

CASO CLÍNICO: Mujer de 81 años de edad que encontrándose previamente bien acude a consulta de Medicina Interna por haber presentado hacía tres semanas episodio de cefalea opresiva junto con parestesias hemifaciales izquierdas hasta quedar localizado en región mentoniana izquierda donde mantenía anestesia. Asociado aquejaba astenia y pérdida de peso no cuantificada. No contaba traumatismo. La exploración física confirmó la hipostesia referida, no encontrando otros déficits ni motores ni sensitivos. En el resto de la exploración física fue anodina. Se le efectuó una analítica con hemograma, perfil hepatorenal, iones, hormonas tiroideas, frotis de sangre periférica, metabolismo del calcio, inmunoglobulinas y proteinograma fueron normales. Se solicitó además una

tomografia axial computadorizada (TAC) de cráneo evidenciando afectación de la sustancia blanca de probable etiología isquémica-hipertensiva crónica e infartos lacunares aislados. Se ampliaron resultados con velocidad de sedimentación globular (VSG)=28 mm/h, ferritina 1218 ng/ml, lactato deshidrogenasa (LDH)= 572 mg/dL. Transcurridas dos semanas presentó fractura patológica de húmero izquierdo y empeoramiento del estado general. En la TAC toraco-abdomino-pélvica se informó de la presencia de múltiples adenopatías patológicas en mediastino, hilios pulmonares, intrapulmonares, axilares, torácicas e inguinales, ilíacas internas y externas. En región inguinal derecha se evidenciaron algunas adenopatías verificándose por ecografía sus características patológicas. Se realizó exéresis, confirmando en la anatomía patológica la existencia de un proceso linfoproliferativo.

DISCUSIÓN: Ante toda neuralgia mentoniana es obligado realizar un estudio de neoplasia oculta, prestando especial atención a los procesos linfoproliferativos, al origen mamario y broncopulmonar. El reconocimiento de síntomas parastésicos a nivel mentoniano aunque aparentemente no alarmante por el pequeño tamaño del área afectada y por la escasa repercusión utilitaria, supone un auténtico reto diagnóstico para el clínico. En nuestras manos está incluir este síntoma en nuestras anamnesis diarias como forma de anticiparnos.

P351

377 DIARREIA E VÓMITOS COM HIPEREOSINOFILIA – CAUSA OU CONSEQUÊNCIA?

André Maia, Catarina Carvalho, Paula Marques, José Eira
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro - Hospital de São Pedro de Vila Real

Introdução

A síndrome hipereosinofílica é uma entidade rara definida por hipereosinofilia (>1500 eosinófilos/ μL) e atingimento de órgão-alvo. Pode ter causa infecciosa, autoimune, neoplásica ou idiopática. A abordagem assenta na pesquisa e correção urgentes de lesão de órgão-alvo em paralelo com estudo etiológico.

Caso clínico: Homem de 78 anos, antecedentes de neoplasia prostática, hipertensão arterial, dislipidemia, doença pulmonar obstrutiva crónica e estenose aórtica. Contacto com cão com leishmaniose e história de serviço militar na Guiné (anos 60). Observado por diarreia, vómitos e dor abdominal com duas semanas de evolução. Detetada hipereosinofilia ($9200/\mu\text{L}$), assumindo-se gastroenterite parasitária. Após duas semanas, manteve os sintomas e teve agravamento da eosinofilia. Internado para pesquisa de lesão

orgânica e estudo etiológico; iniciou albendazole pela suspeita de causa parasitária. Em termos de lesão de órgão, constatou-se colite eosinofílica, e excluiu-se atingimento cardíaco, pulmonar, e digestivo alto. Do estudo etiológico, despistou-se causa neoplásica, infecciosa e autoimune (sem alterações de relevo na biópsia medular, mielograma, marcadores tumorais, endoscopia digestiva alta e baixa, broncoscopia, tomografia computadorizada e ressonância magnética de tronco; culturas bacterianas, parasitárias, serologias e toxinas negativas). Demonstrou resposta inicial favorável ao albendazole com normalização do leucograma. Após término do ciclo, a hipereosinofilia recidivou e associou-se a polineuropatia sensitivomotora. O estudo microbiológico de controlo foi negativo (título de anticorpos para fasciola limítrofe - 1:160). Assumida síndrome hipereosinofílica idiopática e iniciada prednisona (60 mg em desmame). Mostrou excelente resposta com resolução sintomática e normalização do leucograma. Apesar de ausência de achados imagiológicos sugestivos de fasciolose, iniciou praziquantel.

Discussão: Na síndrome hipereosinofílica, a lesão de órgão é causada por infiltração eosinofílica e determina a apresentação clínica. Neste caso a apresentação foi sob a forma de colite eosinofílica e posteriormente polineuropatia. O controlo da lesão de órgão com corticoterapia é imperativo e não deve ser protelado pela investigação etiológica. Uma exceção importante prende-se com o despiste de strongyloidose – enquanto não for excluída, deve ser ponderado o uso de corticoide pelo risco de hiperinfecção. Apesar de remota, o doente tinha história de serviço militar em África, motivando pesquisa deste agente. Após excusão das principais causas, assumiu-se diagnóstico de síndrome hipereosinofílica idiopática, que foi corroborado pela marcada resposta à corticoterapia. Este caso destaca-se pela inversão do raciocínio diagnóstico: um doente que pelo contexto epidemiológico aparentava ter uma parasitose, com consequente colite e hipereosinofilia, revelou ter tido um percurso oposto – hipereosinofilia idiopática com lesão do tubo digestivo e consequente colite.

P352

1343 HEPATOMEGALIA: UMA MANIFESTAÇÃO DE AMILOIDOSE AL

Sara Brandão Lopes, João Madaleno, Adélia Simão, Armando Carvalho

Serviço de Medicina Interna; Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.; Clínica Universitária de Medicina Interna, FMUC

Introdução

A amiloidose AL é uma doença rara que resulta da deposição extracelular de fibrilhas formadas por imunoglobulinas de cadeias leves. A biópsia é fundamental para o diagnóstico, sendo a

birrefringência verde-maçã pela microscopia de luz polarizada em amostras coradas por vermelho do Congo, patognomónica desta patologia.

Caso clínico: Homem de 66 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e prostatectomia total por adenocarcinoma da próstata, previamente medicado com ramipril 10 mg id, clorotalidona 50 mg id e metformina 500 mg id que havia previamente suspenso por iniciativa própria por hipotensão arterial, observado no Serviço de Urgência por dor no hipocôndrio direito tipo moedouro, associado a fadiga, anorexia, náuseas, enfartamento pós prandial e perda ponderal de cerca de 15% do peso corporal, com 3 meses de evolução. Ao exame objetivo sem achados de relevo à exceção de dor à palpação profunda do hipocôndrio direito e hepatomegalia palpável até cerca de 4 cm abaixo do rebordo costal. Lesão renal aguda e elevação de enzimas hepáticas com padrão de colestase. A ecografia abdominal apenas confirmou hepatomegalia com textura homogênea. Atendendo aos antecedentes e a estes achados, realizou tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica, que revelou "ligeiro derrame pericárdico, fígado de dimensões aumentadas (20 cm de maior eixo) e moderado derrame peritoneal peri-hepático". O ecocardiograma transtorácico identificou hipertrofia moderada a grave das paredes a sugerir aspeto infiltrativo. Com a hipótese de amiloidose, realizou biópsia hepática transjugular cuja histologia foi compatível com amiloidose hepática do tipo AL e a imunohistoquímica foi positiva para cadeias leves Kappa (imagem). Orientado para Hematologia, iniciou ciclofosfamida e corticoide, mas houve agravamento clínico, com insuficiência cardíaca e insuficiência renal com necessidade de terapêutica de substituição renal e a evolução foi fatal.

Discussão: Apresenta-se este caso de amiloidose AL, entidade rara, que deve ser considerada em doentes com fadiga inexplicada, perda ponderal, hipotensão ortostática e hepatomegalia. A sobrevivência é habitualmente baixa, mas pior na presença destas manifestações, sendo o diagnóstico precoce fundamental para instituição de terapêutica que permita uma melhoria da qualidade de vida e sobrevivência.

P353

1592 PARA ALÉM DO DESIQUILÍBRIO

Rita Homem, Ricardo Meireles Mateus, Anilda Barros, Maria Garcia, Vanda Spencer, Francisca Delerue
Hospital Garcia de Orta

Policitemia Vera (PV) tem etiologia incerta e é um distúrbio mieloproliferativo monoclonal cuja principal característica fisiopatológica é a hiperplasia das células hematopoiéticas, levando a uma acentuada produção de eritrócitos, leucócitos e plaquetas, tornando o sangue com uma

viscosidade aumentada, dificultando a circulação. As manifestações clínicas são variadas, habitualmente cefaleia, astenia, vertigem e dispneia.

Os autores apresentam o caso clínico de um homem de 74 anos sem história familiar relevante, ex fumador e com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia e cardiopatia isquémica; internado por quadro vertiginoso. No exame objetivo a destacar hipertensão e exame neurológico com nistagmo mais evidente no olhar conjugado horizontal para a direita, sem alterações nas vias longas. Realizou tomografia e ressonância magnética cranioencefálica que não mostrou lesão estrutural do sistema nervoso central.

Nas análises efetuadas destacava-se poliglobulia com Hb 16,1 g/dl e Htc 51.9%, leucocitose sem neutrofilia, eritropoietina e folato sérico diminuídos e hiperuricemia ligeira. Plaquetas, LDH, fosfatase alcalina, cinética do ferro, vitamina B 12 e electroforese das hemoglobinas normais. A radiografia do tórax, provas de função respiratória e ecografia abdominal e renal sem alterações. A avaliação medular citomorfológica com hipercelularidade da série vermelha e branca, sugerindo neoplasia mieloproliferativa, considerando-se policitemia vera com teste positivo para mutação de JAK 2. A imunofenotipagem não evidenciou blastos em número aumentado. Instituiu-se terapêutica com ácido acetilsalicílico, hidroxiureia e flebotomias regulares.

O diagnóstico de PV é feito através de sinais e sintomas, incluindo exames laboratoriais que podem ser achados incidentais de níveis elevados de hemoglobina e hematócrito. O curso clínico é caracterizado por alto risco de complicações trombóticas, onde a doença pode vir tornar-se uma metaplasia mielóide com mielofibrose ou uma leucemia mielóide aguda. Os autores realçam a importância do diagnóstico precoce e controle adequado com medicação e transfusões para diminuir a viscosidade do sangue, de forma a prevenir complicações.

P354

1842 UMA ANEMIA NÃO VEM SÓ

Joana Caires, Ivan Antunes, Cátia Zeferino, João Barros Rodrigues, Felipe Pinto, Hugo Almeida, Sónia Canadas, Ivanna Ostapiuk, Vasco Neves, Maria Pacheco, Bárbara Saraiva, Maria João Baldo, Ildefonso Fidalgo, João Correia
Hospital Sousa Martins

Introdução

A anemia após hemorragia digestiva alta num doente com etilismo crónico é um diagnóstico comum mas, durante o estudo etiológico num doente, foi diagnosticada hemocromatose. Esta pode ser genética ou secundária a outras patologias (como a talassémia) ou subsequente ao alcoolismo crónico. A variante genética é marcada

pela clínica insidiosa sendo que, o diagnóstico, é frequentemente, feito em idade adulta. Os sintomas iniciais são inespecíficos: astenia, dor abdominal e perda ponderal. É diagnosticada por biópsia hepática e/ou testes genéticos. Analiticamente, correlaciona-se com valores séricos elevados de ferro ou ferritina. O caso clínico apresentado é incomum dado que, apresenta uma causa genética em homozigotia. Tem um prognóstico favorável se controlada com flebotomias.

Caso clínico:

55 anos, sexo masculino, raça caucasiana, com antecedentes de etilismo crônico, recorreu ao serviço de urgência por quadro de astenia marcada associado a melenas há 8 dias. Ao exame objetivo apresentava pele e mucosas descoradas, hipotensão (89/61 mmHg) e taquicardia (120 bpm). Analiticamente tinha uma anemia macrocítica e hiperocrômica (Hb 4.9 g/dl) pelo que foi transfundido com 2 unidades de concentrado de eritrócitos. A endoscopia digestiva alta revelou varizes esofágicas sangrantes que foram tratadas com escleroterapia. Foi internado para estabilização do quadro. No estudo analítico da anemia apresentava valores elevados de ferritina sérica (3001 ng/ml) com ferro, ácido fólico e cianocobalamina normais. As serologias HVB, HVC e HIV eram negativas. Na ecografia abdominal apresentava sinais de hepatopatia crônica. Foi referenciado para consulta sendo depois, submetido a biópsia hepática que revelou: Fígado de arquitetura trabecular com hepatopatia crônica de provável etiologia tóxica alcoólica e siderose hepatocelular acentuada provavelmente relacionada com alteração primária do metabolismo do ferro (hemocromatose). Os testes genéticos revelaram: homozigotia de mutação H63D no gene HFE (D/D). O doente suspendeu o consumo de álcool e iniciou tratamento da hemocromatose com flebotomias periódicas.

Cerca de 16 meses depois, o doente apresentou novo quadro de astenia e adinamia mas, sem perdas hemáticas visíveis e sem repercussão hemodinâmica. No controlo analítico apresentou anemia normocítica normocrômica (Hb 9.8 g/dl) com défice marcado de folatos (1.2 ng/mL) e cianocobalamina (120 ng/ml). Iniciou reposição dos défices com melhoria significativa.

Discussão:

Um doente alcoólico com anemia aguda após uma hemorragia digestiva alta e, que aparentemente, tem uma única causa plausível para a anemia deverá ser na mesma abordado holisticamente uma vez que, poderão existir outras patologias concomitantes como a hemocromatose.

P355

2016 AMILOIDOSE AL E COLANGITE BILIAR PRIMÁRIA, ASSOCIAÇÃO IMPROVÁVEL

Daniela Meireles, Diana Carvalho, Joel Pinto, Paulo Almeida, Telma Santos, Gisela Ferreira, Joana Neves, Ana Araújo

Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução

As amiloidoses constituem um grupo de doenças que têm em comum a deposição extra-celular patológica de fibrilas insolúveis em diversos tecidos e órgãos. Na amiloidose AL estas são constituídas por fragmentos de cadeias leves monoclonais produzidas por um pequeno clone indolente de plasmócitos. A apresentação clínica é extremamente variável, sendo o envolvimento renal e cardíaco os mais frequentes embora virtualmente qualquer órgão possa ser afectado.

Caso clínico: Homem de 72 anos, com antecedentes de hipertensão arterial (HTA), Diabetes mellitus tipo 2 não insulinotratado com bom controlo metabólico (HbA1c 5.6%), dislipidemia e doença pulmonar obstrutiva crónica. Recorreu ao Serviço de Urgência por febre (38,4°C), dispneia, tosse, disfonia e mialgias com uma semana de evolução. Negava ortopneia ou dispneia paroxística noturna. Objetivamente apresentava HTA (159/74mmHg), roncospirais dispersos na auscultação pulmonar e edema dos membros superiores e inferiores, com meses de evolução. Efetuado diagnóstico de traqueobronquite para o qual iniciou antibioterapia após rastreio séptico. Do restante estudo salienta-se lesão renal aguda (LRA) (creatinina 2,3mg/dL), anemia normocítica normocrômica, hipoalbuminemia (2,16mg/dL), hipercolesterolemia (190mg/dL), colestase (fosfatase alcalina 414mg/dL e gamaGT 843mg/dL), com relação proteínas/creatinina na urina de 13. Realizou ecografia renal sem alterações. No internamento de Medicina prosseguiu estudo: proteinúria das 24h de 14g, electroforese proteica sem picos monoclonais, imunoglobulinas e cadeias leves (CL) totais normais, com imunofixação sérica e urinária negativas. Serologias víricas negativas e função tiroideia normal. Dada a evolução com lesão renal aguda rapidamente progressiva (creatinina 3,57mg/dL) realizou biópsia renal cuja histologia foi compatível com amiloidose AL com depósitos de cadeias lambda (&). O estudo medular excluiu mieloma múltiplo. O doseamento de CL livres estava aumentado (aumento das cadeias &; e da relação &/kappa). O estudo autoimune concomitante demonstrou anticorpos antinucleares (sp100 e gp210) e antimitocondriais positivos; restante autoimunidade negativa. O doente cumpria critérios de diagnóstico de amiloidose AL e colangite biliar primária (CBP), tendo iniciado ácido ursodesoxicólico (AUD) e tratamento citostático posterior. Suspeita de envolvimento cardíaco dado a elevação de peptídeo natriurético tipo B e hipertrofia

do septo interventricular. Mantém seguimento em consulta de Medicina, Hematologia e Nefrologia, sem evidência de outro envolvimento sistêmico e com boa resposta ao tratamento diurético e AUD.

Conclusão: A amiloidose AL apesar de rara, deve ser equacionada perante o achado de proteinúria e LRA, dado que o rim é atingido em 2/3 dos casos. Os autores não encontraram descrito na literatura associação entre amiloidose AL e CBP, tornando este caso ainda mais particular. Destacamos a multidisciplinaridade necessária na abordagem deste tipo de doentes.

P356

13 UMA SÉRIE DE FENÓMENOS TROMBÓTICOS

Rita Gameiro, Vanda Jorge, Fernando Martos Gonçalves, José Lomelino Araújo
Hospital Beatriz Ângelo

INTRODUÇÃO

Os fenómenos tromboembólicos fazem parte da prática clínica diária do internista, envolvendo, muitas vezes, decisões complexas, quer na investigação, quer no tipo de hipocoagulação e sua manutenção. **CASO CLÍNICO:** Homem de 57 anos de idade, com história de hipertensão arterial essencial e tabagismo crónico não ativo. Diagnóstico, há dois meses, de trombose venosa profunda e posteriormente internamento por miocardiopatia de Takotsubo. Readmitido por tromboembolismo pulmonar (TEP) do lobo inferior esquerdo (LIE) com consolidação. Da investigação complementar, salienta-se em TAC de corpo, imagem nodular no lobo médio direito de 6 mm e anticoagulante lúpico fracamente positivo. Alta sob tinzaparina. Reinternamento um mês depois por hematoma dorsal espontâneo com 10 cm de maior diâmetro, trombocitopenia (103000/uL), prolongamento do tempo de protrombina (18,7 seg) e hipoxémia (pO₂ 51 mmHg). AngioTC torácico sem evidência de TEP ou alterações pleuroparequimatosas agudas e ecocardiograma sem sinais de sobrecarga direita. Evolução desfavorável nas primeiras 24 horas com aumento da dimensão do hematoma, tosse hemoptóica e hematuria. Analiticamente, agravamento da trombocitopenia, D-dímeros indeseáveis e hipofibrinogenémia, com critérios para coagulação intravascular disseminada (CID), sendo transferido para a unidade de cuidados intensivos. Evolução desfavorável, com hemorragia intracerebral a culminar no óbito. A autópsia identificou nódulo pulmonar de 1,5 cm no LIE, com metastização contralateral, na suprarrenal e baço. **DISCUSSÃO:** Os autores salientam a complexidade deste caso clínico, enfatizando a predisposição da CID na neoplasia, devendo-se aumentar o seu grau de suspeição.

P357

26 UM CASO DE ILUSÃO DE ÓPTICA

Rodolfo Viríssimo Gomes, Joana de Oliveira, Bárbara Sousa Picado, Fernando Martos Gonçalves, José Lomelino Araújo

Hospital Beatriz Ângelo

INTRODUÇÃO

A ecografia tem sensibilidade >90% e especificidade ~100% para aneurisma da aorta abdominal (AAA) infrarrenal, embora seja um exame com uma dose apreciável de subjectividade dependente da experiência do operador.

CASO CLÍNICO

Apresentamos o caso de um homem de 71 anos com história de hipertensão arterial e tabagismo activo, que foi orientado para consulta de Medicina Interna (MI) através do Serviço de Urgência por episódio de crise hipertensiva. No decorrer do estudo, fez ecografia renal que evidenciou AAA infrarrenal com 5,6cm de diâmetro, motivo pelo qual foi orientado para consulta de Cirurgia Vascular. Prosseguiu o estudo com angioTC que demonstrou, na realidade, uma massa retroperitoneal envolvente à aorta abdominal 93x74x71mm associada a adenopatias ilíacas esquerdas. O doente negava queixas constitucionais, febre ou outra sintomatologia. Foi feita biópsia guiada por TC que revelou linfoma folicular, grau 1-2.

Iniciou quimioterapia (QT) com o protocolo RCHOP com boa tolerância e regressão da massa tumoral. Posteriormente, inicia sintomas compatíveis com insuficiência cardíaca, tendo sido comprovada miocardiopatia dilatada e fracção de ejeção de 21% (vs 61% pré-QT) em ecocardiograma transtorácico.

Após optimização terapêutica o doente tem evoluído bem, com estabilidade do linfoma e da insuficiência cardíaca, mantendo seguimento em consultas de MI e Hematologia.

DISCUSSÃO

O linfoma folicular é um linfoma não Hodgkin caracteristicamente indolente e pouco agressivo. A opção terapêutica optada neste caso teve na cardiotoxicidade uma desvantagem importante, com desenvolvimento de miocardiopatia dilatada e redução da Fej em 40% em 6 meses.

P358

126 AGENTES VIRAIS ALTAMENTE PREVALENTES COMO CAUSA DE NEOPLASIAS - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

TORCATO MOREIRA MARQUES, DIOGO ANTÃO, LOURENÇO CRUZ, VALENTINA TOSATTO, CRISTIANO CRUZ, PAULA NASCIMENTO, ANDRÉ ALMEIDA, RITA BARATA MOURA

HOSPITAL DE SANTA MARTA, CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL

Os vírus são entidades causadoras de uma multiplicidade de doenças. Sete dos onze carcinogénos do grupo I (comprovados como carcinogénos em humanos), são agentes virais. A prevalência de infecções a estes agentes é mais elevada nos países em desenvolvimento, explicando cerca de 20% das neoplasias.

Trata-se de um caso de uma doente brasileira a residir em Portugal, com 63 anos, sem antecedentes patológicos relevantes a não ser abuso do tabaco (UMA=30). Sem medicação habitual. Não se apuravam contactos epidemiológicos de risco, apenas o facto de ser oriunda de uma zona com elevada prevalência de tuberculose.

Desenvolve em 2 meses um quadro constitucional caracterizado por emagrecimento (9kg/2meses), sudorese nocturna, sem febre, mas com tosse seca que precedeu o início deste quadro em cerca de um ano. Evoluiu nas semanas prévias ao internamento com agravamento da tosse e toracalgia posterior à esquerda e disfonia. Recorre ao serviço de urgência onde se verifica a presença de anemia normocítica normocrómica, aumento dos parâmetros inflamatórios (leuco 17820, neutro 14320, PCR 183), hipotransparência na metade inferior do hemitórax direito no raio x de tórax, com diminuição do murmúrio vesicular nessa mesma zona. Internada para estudo etiológico, do estudo analítico inicial destaca-se serologia de VIH negativa, VS aumentada 44mm/h, hemograma com anemia e anisopoiquilocitose, neutrófilos hipergranulados e monócitos vacuolados. Electroforese das proteínas com pico na região alfa 2. Hemoculturas estéreis.

TC-toracoabdominopélvica mostrou à esquerda uma lesão sólida, heterogénea, com áreas hipodensas, com cerca de 12x8 cm a condicionar oclusão do brônquio lobar esquerdo, interpretada pela Radiologia como provável lesão atípica primária do pulmão. Presença ainda de uma única adenopatia patológica na janela aortopulmonar. É realizada broncofibroscopia cujo lavado broncoalveolar era negativo para células neoplásicas, assim como o teste de amplificação de ácidos nucleicos e adenosina deaminase no líquido pleural. Por elevada suspeita de neoplasia primária do pulmão realizou ainda TC- craneo-encefálico que excluiu presença de metastização central. Pela necessidade de confirmação histológica, realizou biópsia aspirativa

transtorácica com envio de amostra para a anatomia patológica. Devido à atipia dos achados, realizou-se estudo imunohistoquímico que revelou proliferação de células linfóides predominantemente grandes, CD20+/CD10+/BCL 6+, MUM1+, com CD3 e 5 -, concluindo tratar-se de um linfoma difuso de grandes células B, subtipo germinal centre like. O estudo EBER foi positivo, indicando que a actividade tumoral era directamente relacionada com o Epstein Barr virus. Estadiado como IxB, inicia quimioterapia com esquema R-CHOP com involução da massa temporal até à data.

O actual caso exemplifica a possibilidade de vírus que commumente infectam a população, muitas vezes sem causar sintomatologia, podem levar directamente ao desenvolvimento de neoplasias.

P359

442 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA... OU TALVEZ NÃO (SÓ)

Tiago Rabadão; Leonor Naia; Mariana Teixeira; Filipa Ferreira; Margarida Eulálio; Rosa Jorge

Hospital Infante D. Pedro, Centro Hospitalar do Baixo Vouga

INTRODUÇÃO

O derrame pleural é uma complicação relativamente frequente da insuficiência cardíaca (IC), mas também manifestação de outras patologias, como as neoplasias ou as infecções. As doenças hematológicas representam uma causa menos frequente.

CASO CLÍNICO: Mulher de 81 anos, com queixas de dispneia, astenia, perda ponderal (que não quantificava) e anorexia, com 2 semanas de evolução. Antecedentes pessoais de: IC de etiologia valvular (estenose aórtica) em classe III da NYHA, submetida a substituição valvular (prótese biológica) 2 meses antes; derrame pleural bilateral com predomínio direito; fibrilhação auricular hipocoagulada; doença renal crónica; síndrome metabólica e obstipação; medicada com acenocumarol 4mg id, furosemida 40mg 3id, espironolactona 25mg id, lisinopril 2,5mg id, digoxina 0,125mg id e atorvastatina 10mg id. Ao exame objectivo: oximetria periférica (FiO2 21%): 84%, TA: 86/48mmHg, FC: 78bpm, apirética, com abolição do murmúrio vesicular nos 2/3 inferiores do hemitórax direito, auscultação cardíaca irregular e sopro holossistólico mitral, sem edemas periféricos ou adenomegalias palpáveis. Analiticamente: hemograma, função renal, ionograma e função tiroidea normais; BNP 630pg/mL; radiografia do tórax com volumoso derrame pleural direito; ecografia abdominal com hepatomegália ligeira e sem outras alterações; ecocardiograma transtorácico evidenciando FEV 55% e insuficiência mitral grave. Foi realizada toracentese - exsudado; polimorfonucleares -

9715cél/mcL e mononucleares - 7733cél/mcL; cultura negativa; Imunofenotipagem- 54% de células B clonais lambda, compatível com Linfoma B difuso de grandes células. O estudo da medula óssea, mielograma e biópsia óssea, mostrou não haver envolvimento medular e a TC toraco-abdomino-pélvica evidenciou massas linfomatosas no lobo superior direito pulmonar na dependência da pleura. Diagnosticado linfoma B difuso de grandes células com envolvimento pleural, iniciou quimioterapia (Ciclofosfamida + Vincristina) com Rituximab e foi realizada pleurodese. Teve alta ao 20º dia de internamento, mantendo seguimento em Consulta de Hematologia.

DISCUSSÃO: Este caso realça a necessidade da investigação etiológica de outras causas de derrame pleural, perante o seu agravamento apesar da terapêutica otimizada para IC. O envolvimento pleural por neoplasias hematológicas é um diagnóstico a considerar, sobretudo após exclusão de outras causas mais comuns. A toracocentese tem um papel essencial no diagnóstico.

P360

779 UMA MÁ NOTÍCIA NUNCA VEM SÓ

Vera Seara, Juliana Chen Xu, Gonçalo R. Mesquita, Sónia da Costa Fernandes Susana Marques de Sousa, Marta Marques, Cristina Marques, Teresa Pinto
CHPVVC

Os linfomas das células T são raros na Europa e representam 15% dos Linfomas Não Hodgkin (LNH).

Os autores descrevem o caso de um homem de 59 anos, autónomo e cognitivamente íntegro, com HTA e dislipidémia. Recorreu ao Serviço de Urgência por sintomatologia com uma semana de evolução, mal estar generalizado, astenia, fadiga e febre com hipersudorese (sem predomínio horário) e sem perda ponderal. Sem clínica focalizadora de infeção e sem contexto epidemiológico relevante. Ao exame objetivo inicial salientam-se adenopatias inguinais infracentimétricas. Analiticamente apresentava elevação de LDH (1298 U/L) e padrão de citocolestase hepática, sem elevação de parâmetros inflamatórios. O estudo imunológico e os marcadores víricos HIV, HCV e HBV foram negativos, assim como as serologias toxoplasmose, CMV, HSV 1 e 2 e rubéola. A serologia EBV foi positiva para infeção aguda, posteriormente confirmado com doseamento de carga viral. Aplicada apenas terapêutica de suporte, manteve-se com febre de origem indeterminada. Realizado o teste do naproxeno que se mostrou positivo, com controlo da febre.

A tomografia computadorizada revelou densificações micronodulares peribroncovasculares no ápice pulmonar direito, com extensão de 5cm, hepatoesplenomegalia e adenomegalias

inguinais e retroperitoneais, de pequeno volume. Realizou brocofibroscopia com lavado e aspirado brônquicos sem alterações de relevo e com exame micobacteriológico direto negativo.

Durante o período de internamento, desenvolveu ascite de médio volume, cujo estudo revela um gradiente <1.1, com um valor de ADA elevado e exame micobacteriológico direto negativo.

A biópsia excisional do gânglio inguinal, permitiu o diagnóstico de Linfoma Não Hodgkin de células T. Realizado medulograma, que não apresentou sinais de envolvimento medular - Estadio II B (classificação Ann Arbor). O doente ficou em acompanhamento em consulta hematologia oncológica, tendo-se optado por não iniciar tratamento dada estabilidade clínica atual e serologias EBV positivas, ainda sem seroconversão.

Após cerca de 6 semanas o exame micobacteriológico do lavado brônquico revelou a presença de Mycobacterium tuberculosis complex multissensível. O doente foi referenciado ao CDP, onde iniciou tratamento dirigido.

A infeção pelo vírus Epstein Barr (EBV) está associada à génese dos linfomas, especialmente LNH de células B, não sendo frequente a descrição da associação com linfomas células T. Por outro lado, a apresentação de linfoma com tuberculose é pouco comum. O interesse deste caso prende-se pela ocorrência em simultâneo de 3 patologias distintas no mesmo indivíduo, com a singularidade de qualquer uma delas isoladamente poder justificar o quadro clínico do doente. Este caso reitera assim a importância de uma avaliação e estudo sistematizados, essenciais na atividade diária de um internista. Adicionalmente está presente uma evolução atípica de mononucleose infecciosa, até à data sem seroconversão.

P361

994 SÍNDROME DE HORNER COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B

Filipa Gonçalves, Nina Jancar, Inês Colaço, Patrício Aguiar, José Ducla Soares

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Serviço de Medicina Interna

Introdução

a síndrome de Horner (SH) é uma síndrome neurológica rara que condiciona a tríade clínica clássica de ptose, miose e anidrose facial ipsilateral. Pode ocorrer como manifestação inicial de diversas doenças benignas ou neoplásicas, mas é extremamente rara a ocorrência de SH em associação a linfomas não Hodgkin.

Caso clínico: doente do sexo feminino, 21 anos de idade, sem antecedentes médicos relevantes, que

se apresentou com um quadro com cerca de seis meses de evolução caracterizado por mialgias e cervico-dorsalgia, que motivara diversas avaliações no Serviço de Urgência, sem que se identificassem alterações analíticas ou imagiológicas relevantes. Nos 5 dias prévios ao internamento verificara-se agravamento clínico com o aparecimento de cefaleia frontal intensa (constante e sem irradiação), obstrução nasal e dor torácica posterior à esquerda. À admissão apresentava ptose esquerda, anisocória (com miose esquerda) e massa cervical à esquerda, de consistência elástica, com cerca de 10cm de diâmetro. Na avaliação complementar inicial salientavam-se: aumento dos parâmetros inflamatórios (PCR 10.1mg/dL, leucocitose 13300/uL, VS 49mm/h), LDH 441U/L, radiografia de tórax com alargamento do mediastino e tomografia computadorizada (TC) crânio-encefálica sem alterações relevantes.

Após internamento, para estudo etiológico realizou: mielograma e biópsia óssea (sem alterações relevantes), biópsia aspirativa da massa cervical (padrão citológico e fenotípico compatível com linfoma difuso de grandes células B CD20+) e TC cérvico-tóraco-abdómino-pélvica que revelou volumosa massa mediastínica com envolvimento vascular, neuronal, esofágico e da via aérea.

Pela extensa invasão de estruturas vitais pela massa mediastínica iniciou quimioterapia urgente com R-CHOP (rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisolona), com resposta favorável.

Discussão: a ocorrência de SH associado a linfoma difuso de grandes células B é extremamente rara, havendo apenas um caso descrito na literatura consultada (PUBMED). No entanto, sendo este um dos tipos mais comuns de linfomas não Hodgkin pretende-se salientar a importância de se considerar esta hipótese diagnóstica em doente com SH de etiologia não estabelecida.

P362

1529 O ABDÓMEN QUE SANGRA

Gonçalo Mendes ,Ana Catarina Emídio ,Margarida Madeira ,Mafalda Figueira ,Daniela Brigas ,Francisca Santos ,Clara Rosa ,Eugénio Dias ,Ermelinda Pedroso
Centro Hospitalar de Setúbal - Hospital de São Bernardo

O acidente vascular cerebral é a principal causa de mortalidade e morbilidade cardiovascular em Portugal. O risco anual de AVC em doentes com FA (Fibrilhação auricular) é de 3% a 8%, conforme os fatores de risco associados. A hipocoagulação pode prevenir a maioria dos eventos isquémicos e aumentar a sobrevida destes doentes, sendo os anticoagulantes orais directos, inibidores da trombina, ou inibidores do factor Xa, uma nova arma terapêutica. No entanto, a Varfarina, antagonista da Vitamina K (aVK), apesar de associada a um elevado risco hemorrágico, de interações medicamentosas

e de requerer uma avaliação periódica da Razão Normalizada Internacional (INR), continua a ser o anticoagulante oral (ACO) melhor conhecido e mais prescrito no nosso país.

Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino, 74 anos, hipertenso, com diabetes mellitus tipo 2 não-insulino tratado, doença cerebrovascular e cardiopatia isquémica. Medicado em ambulatório com varfarina 30mg/semana, entre outros fármacos. Recorreu ao serviço de urgência por quadro com três dias de evolução caracterizado por astenia, náuseas e dor abdominal tipo cólica, localizada ao hipocôndrio direito, que surgiu após episódio de tosse. Referia ter cumprido antibiótoterapia com Amoxicilina/Ácido Clavulânico até quatro dias antes.

À observação, revelava-se normotenso (125/59mmHg), taquicárdico (103bpm), apirético e eupneico em ar ambiente, com palidez cutânea e das mucosas, abdómen mole e depressível, indolor à palpação, com presença de hematoma periumbilical e suprapúbico.

Analiticamente com anemia microcítica e hipocrômica de novo, elevação dos parâmetros inflamatórios e função renal, que lhe conferiam uma taxa de filtração glomerular estimada de 14,7mL/min/1,73m² (segundo CKD-EPI 2009), e elevação do INR: 9,7. A gasimetria de sangue arterial revelava hiperlactacidemia de 5,7mmol/L.

Realizou ecografia abdominal que não revelava alterações, nomeadamente a nível dos grandes vasos e ecografia vesical que demonstrou presença de hematomas com dimensões entre 26 e os 85mm em localização para-vesical direita, adjacente à parede abdominal. Para melhor caracterização, efectuou tomografia computadorizada abdomino-pélvica, que identificou, a nível do terço medio e inferior do recto abdominal anterior direito, 4 hematomas entre 26 e os 120mm. Na enfermaria realizou estudo da cinética do ferro que se revelou compatível com anemia ferropénica e, após terapêutica com carboximaltose férrica, normalização da função renal e INR terapêutico, iniciou terapêutica com edoxabano sem intercorrências.

Os hematomas intra-abdominais espontâneos, secundários à Varfarina e toma de Amoxicilina apesar de raros, estão descritos na literatura. O facto de ser o ACO mais consumido em Portugal e as múltiplas interações farmacológicas a que predispõe, faz com que se deva manter um elevado grau de suspeita em doentes sob aVK com dor abdominal acompanhada de anemia de novo.

P363

617 TROMBOCITOSE: UM ACHADO COMUM QUE RESULTA NUM DIAGNÓSTICO INCOMUM

Ana Margarida Mosca, David Garcia, José João Martins, Rosário Araújo, Carlos Capela

Hospital de Braga

INTRODUÇÃO

A Trombocitose Essencial (TE) é um distúrbio mieloproliferativo incomum de causa desconhecida com marcada proliferação de megacariócitos na medula óssea e consequente elevação da contagem plaquetária. A idade média de apresentação da doença ocorre entre a 6ª e 7ª décadas, e é muitas vezes diagnosticada por alterações incidentais do hemograma. Menos frequentemente pode manifestar-se com eventos trombóticos venosos (veias mesentéricas, hepáticas, veia porta, ...), fenómenos como eritromelalgia, hemorragia das mucosas ou esplenomegalia.

CASO CLÍNICO: Homem de 64 anos com antecedentes de FA, Hipertrofia Benigna da Próstata e Insuficiência Venosa Periférica. Medicado com Cloridrato de Propafenona e Finasterida. Orientado pelo médico assistente à consulta de Medicina Interna por trombocitose sustentada identificada 4 meses antes (Plaquetas de 641.000>670.00>696.000). Negava quadro constitucional, astenia, anorexia, perda ponderal. Negava adenopatias, hipersudorese nocturna ou perdas hemáticas visíveis. Sem dor abdominal ou outras manifestações de trombose intra-abdominal. Sem sinais ou sintomas de TVP. Analiticamente sem alterações das outras linhagens celulares. Esfregaço de sangue periférico com anisocitose plaquetária sem outras alterações. Excluída ferropenia. Pedido de ecografia abdominal sem alterações sugestivas de hepatoesplenomegalia. Sem líquido livre intra-abdominal. Sem clínica ou alterações analíticas sugestivas de doença inflamatória/infeciosa crónica. Para exclusão de TE, pedido sequencial das mutações no clone mielóide: Jak2, CALR, Jak2-exão 12; MPL. Mutação do JAK2 negativa. Mutação CARL positiva. Neste contexto iniciou anti-agregante plaquetário e mantém seguimento em consulta externa, atualmente com uma contagem plaquetária de 667.000.

DISCUSSÃO: A TE é uma doença indolente geralmente associada a sobrevida semelhante à da população geral (em média 15 anos após o diagnóstico). Contudo está associada a morbilidade pelos eventos trombóticos, que podem ser prevenidos com a redução adequada da contagem plaquetária (idealmente abaixo de 500.000/L) – com hidroxiureia ou anagrelide; o IFN peguilado pode induzir respostas hematológicas e atingir o clone maligno nos casos de mutação CARL. A aspirina tem papel no controlo sintomático da eritromelalgia e pode potencialmente reduzir o risco trombótico

na doença ligeira.

P364

901 SÍNDROME DE EVANS: OPÇÕES TERAPÊUTICAS EM SITUAÇÕES REFRACTÁRIAS

Jancar Nina, Gonçalves Filipa, Colaço Inês, Aguiar Patrício, Ducla Soares José Luís

Hospital de Santa Maria CHLN

Introdução

a síndrome de Evans é uma doença hematológica, caracterizada por coexistência de anemia hemolítica e trombocitopenia autoimunes, ou raramente neutropenia imune. Trata-se de uma doença rara na idade adulta, mas comum na infância. Embora na maioria dos doentes seja de etiologia idiopática, em alguns doentes é possível a identificação da causa subjacente: doenças linfoproliferativas (leucemia linfocítica crónica), doenças infecciosas (infecção por vírus da hepatite C), doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistémico) e fármacos.

Caso clínico: doente de 80 anos, do sexo masculino, com antecedentes médicos de hipertensão arterial e úlceras crónicas dos membros inferiores, que foi trazido ao Serviço de Urgência por queda da própria altura, da qual resultou traumatismo crânio-encefálico com alteração do estado de consciência. Ao exame objetivo encontrava-se prostrado e com períodos de confusão mental e agitação psico-motora, bem como apresentava sinais de discrasia hemorrágica sob a forma de hematomas dispersos e hemorragia bucal e sopro sistólico grau III/VI audível em todo o precórdio. Analiticamente salientavam-se anemia normocítica (hemoglobina 6.2g/dL) e trombocitopenia (plaquetas 1000/uL), com teste de Coombs directo e pesquisa de anticorpos irregulares positivos. Na tomografia computadorizada (TC) crânio-encefálica apresentava área de hiperdensidade espontânea localizada à vertente inferior do septum pelucidum, que se admitiu traduzir foco hemático recente. Foi colocada neste contexto a hipótese diagnóstica de Síndrome de Evans de etiologia a esclarecer, pelo que iniciou avaliação complementar, da qual constaram perfil autoimune, doseamento do complemento, pesquisa de agentes infecciosos mais frequentemente associados à síndrome e pesquisa de criaglutininas e crioglobulinas no plasma, bem como mielograma, imunofixação sérica e urinária e TC tóraco-abdómino-pélvica. Nenhum dos exames revelou alterações relevantes, pelo que foi admitido o diagnóstico de Síndrome de Evans idiopático.

O doente foi inicialmente medicado com imunoglobulina endovenosa, pulsos de metilprednisolona e concentrados plaquetários, sem resposta hematológica, pelo que iniciou terapêutica de segunda linha com vincristina e azatioprina, mantendo prednisolona na dose

de 1mg/Kg/dia, evidenciando-se recidiva das citopenias após tentativa de desmame da corticoterapia. Neste contexto instituiu-se a terapêutica com eltrombopag, com normalização progressiva do hemograma e resolução dos sinais de discrasia hemorrágica, inclusive da hemorragia intracraniana.

Discussão: o interesse da descrição deste caso não se relaciona apenas com a raridade desta doença neste grupo etário e com a necessidade de investigação etiológica exaustiva, mas essencialmente com as opções terapêuticas, que devem ser hierarquizadas de acordo com os riscos da imunossupressão neste grupo etário.

P365

2184 LINFOMAS NÃO-HODGKIN: APRESENTAÇÃO TARDIA COM SEMIOLOGIA RESPIRATÓRIA – DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL COM INFEÇÃO RESPIRATÓRIA?

Sofia Cruz, Bruno Ferreira, Andreia Ribeiro, Pedro Custódio, Ana Rita Gomes, Patrícia Ramos, Ana Oliveira, Marta Quaresma, José Barata

Hospital de Vila Franca de Xira

Os Linfomas não-Hodgkin (LNH) englobam um vasto grupo de neoplasias malignas com origem nas células T ou B (progenitoras ou maduras), ou nas células natural killer (raro), com apresentação clínica variável: os mais agressivos, como o Linfoma B de Grandes Células (LBGC) e o Linfoma de células T (LT), manifestam-se por adenopatias de crescimento rápido, sintomas B e elevados níveis de lactato desidrogenase (LDH). Astenia ou derrame pleural são sinais mais raros, e o envolvimento extra-nodal ao diagnóstico existe em 10-35% dos casos. Tradicionalmente a terapêutica consiste em imuno-quimioterapia, com eventual transplante de células hematopoiéticas na recidiva. O prognóstico, avaliado pelo índice prognóstico internacional, depende da histopatologia, sendo mais reservado no LT face ao de células B.

Os autores reportam dois casos clínicos de apresentação inicial de LNH agressivo, que motivaram o internamento.

O primeiro caso reporta-se a uma doente de 87 anos, com história pessoal de insuficiência cardíaca (IC) secundária a cardiopatia hipertensiva e isquémica, admitida por quadro de dor torácica e dispneia; internada por suspeita de infeção respiratória com extenso derrame pleural esquerdo. Analiticamente destacava-se hemoglobina (Hb) de 9.6g/dL, sem leucocitose ou neutrofilia e proteína C reativa (PCR) 22.98mg/dL. Por agravamento clínico e radiológico foi realizada toracocentese evacuadora, com drenagem de 1800cc de conteúdo hemático. Da análise do líquido pleural a realçar 19662 células (39% polimorfonucleares, 62% mononucleares), LDH 10401 UI/L e análise citológica compatível com

LBGC, tipo não germinal (CD10-, Bcl-6-, MUM1+).

O segundo caso reporta-se a uma doente de 90 anos, com história pessoal de bronquite crónica e IC; internada por astenia com diminuição franca da autonomia. Analiticamente salientava-se pancitopenia (Hb 10g/dL, leucócitos $1.9 \times 10^9/L$, plaquetas $84 \times 10^9/L$, LDH 704UI/L, PCR 0.7mg/dL, péptido natriurético tipo B de 3183pg/mL. Admitiram-se os diagnósticos de bronquite crónica agudizada e IC descompensada. Pela manutenção de picos febris diários, sem evidência de quadro infeccioso, iniciou estudo complementar imagiológico com evidência de múltiplas formações ganglionares mediastínicas, retropeitorais e axilares direitas e doença pulmonar intersticial de difícil caracterização. Foi realizada citologia por punção de gânglio axilar direito com aspetos sugestivos de doença linfoproliferativa de fenótipo T (CD3+, CD5+, CD30+, CD4+, CD20-, CD23-, PAX5-, MUM1-, CKA1/AE3-).

Em ambos os casos, apesar das terapêuticas de suporte instituídas, verificou-se rápido agravamento clínico, tendo as doentes acabado por falecer.

Pretende-se com estes casos relembrar apresentações atípicas e tardias de LNH agressivos: no primeiro caso, hemotórax; no segundo, provável infiltração pulmonar tendo em conta a evolução sem aparente infeção pulmonar e a existência de doença intersticial pulmonar, apesar de não ter sido possível comprovar citologicamente.

P366

203 LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA COMO CAUSA DE ICTERICIA INTRAHEPÁTICA

R. Rostro Gálvez, M. Rabadán López, M. Torres Bernal, F. Da Mata Alves, R. Aragón Lara, M.J Luque Calderón.

Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

INTRODUCCIÓN: Nuestro objetivo es la presentación de un paciente que aqueja dolor abdominal e ictericia franca y que en el curso evolutivo fue diagnosticado de leucemia linfocítica crónica.

CASO CLÍNICO Paciente de 82 años agricultor jubilado, sin hábitos tóxicos, diabético tipo 2 y dislipémico, sin otros antecedentes de interés. Ingresado para estudio de síndrome constitucional y dolor en hipocondrio izquierdo. Dos meses previos a su ingreso comenzó con febrícula vespertina, astenia profunda y sudores nocturnos, junto con dolor progresivo en el hipocondrio izquierdo mal definido. A la exploración física destacaba ictericia de piel y mucosas, semiología de derrame pleural izquierdo, adenopatías inguinales y axilares palpables bilaterales y hepatomegalia dolorosa de dos traveses de dedo. En la analítica se objetivaba linfocitosis en progresión desde el año 2013, hiperbilirrubinemia total elevada a expensas

de la directa y aumento de transaminasas y enzimas de colestasis. Durante su estancia el paciente fue empeorando clínica y analíticamente, evolucionando hasta situación de anasarca con deterioro progresivo de la función hepática y severa leucocitosis.

DISCUSIÓN: A la vista de todos estos datos habría que distinguir dos grandes grupos: linfocitosis clonales (síndromes linfoproliferativos de células B,T, NK) o aquellas reactivas a infecciones (infecciones bacterianas crónicas tipo brucelosis, tuberculosis o sífilis, síndromes mononucleósicos por virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, virus de inmunodeficiencia humana, virus herpes humano 6, hepatitis A, rickettsiosis). El otro gran grupo correspondería a las linfocitosis crónicas (autoinmunes, tumores sólidos, timoma, tabaquismo, inflamación crónica, sarcoidosis). Se solicitaron estudios serológicos, autoinmunes, complemento, inmunoglobulinas y proteinograma todos ellos negativos. Se realizó una tomografía axial computarizada (TAC) body estableciéndose la principal sospecha en un síndrome linfoproliferativo de estirpe B (SLPB). Se solicitó valoración por hematología, que completó el estudio con inmunofenotipaje y citogenética. Se realizó además colangio-resonancia con la que se descartó compresión de la vía biliar. Se llegó al diagnóstico final de leucemia linfocítica crónica tipo B (LLC), estadio Binet B, Rai II, (del17p y del11q) con severo derrame pleural en el contexto de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y daño hepático en probable relación con infiltración de la enfermedad. Durante su hospitalización se inició tratamiento con corticoides y posteriormente con Ciclofosfamida con el objetivo de conseguir una citorreducción rápida, encontrándose en el momento actual en tratamiento activo con Ibrutinib con mala respuesta al tratamiento. La infiltración del hígado por neoplasias malignas hematológicas es una causa poco frecuente de insuficiencia hepática. La LLC es una entidad generalmente indolente lo que convierte a nuestro caso en una presentación completamente excepcional.

P367

390 TROMBOFLEBITE SÉPTICA DA VEIA PORTA SECUNDÁRIA A APENDICITE

Márcia Mendonça Souto; João Carvas; Maria João Castro; Renata Silva; Paula Vaz Marques

Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro

A pileflebite é definida como uma tromboflebite da veia porta, ou uma das suas tributárias, secundária a um processo infeccioso intra-abdominal.

Apresentamos o caso de um homem de 40 anos sem antecedentes pessoais conhecidos, que dá entrada no SU com clínica de dor abdominal em cólica, localizada nos quadrantes inferiores, acompanhada de vômitos biliares com 2 dias de

evolução. Analiticamente com leucocitose de 17.000ul, Proteína C Reativa elevada e ecografia abdominal compatível com apendicite aguda. Realizou apendicectomia de McBurney onde se identificou apêndice íleo-cecal necrosado. Ficou internado no Serviço de Cirurgia. A dia 3 de internamento iniciou febre, distensão abdominal e subida dos parâmetros inflamatórios. Realizou tomografia computadorizada abdominal onde se constatou, veia porta de calibre aumentado, com trombo endoluminal não completamente obstrutivo, que se estende para a veia mesentérica superior, a qual se encontra ocluída nos seus ramos proximais, assim como os ramos segmentares. Iniciou hipocoagulação e antibioterapia com boa evolução clínica, ficando orientado para consulta externa.

Com este caso pretende-se alertar para uma entidade rara, que é a trombose da veia porta associada a um processo infeccioso intra-abdominal, nomeadamente apendicite aguda.

P368

1001 JUNTANDO AS PEÇAS DO PUZZLE - SÍNDROME DE POEMS

Inês Mendes, Yasmin Mamade, Maria João Baptista, Francisco Pestana Araújo, José Lomelino Araújo

Serviço de Medicina Interna, Hospital Beatriz Ângelo

INTRODUÇÃO

O síndrome de POEMS é uma doença rara e multissistémica que se deve a uma discrasia dos plasmócitos. Caracteriza-se por neuropatia periférica e gamapatia monoclonal (os 2 critérios mandatórios), havendo outros critérios maior (lesão óssea, elevação de VEGF, doença de Castleman) e menor (organomegália, endocrinopatia, alterações cutâneas, papiledema, trombocitose).

CASO CLÍNICO

Apresentamos o caso de um homem de 78 anos, com história de DM tipo 2 com neuropatia periférica e retinopatia, HTA, hiperplasia benigna da próstata e anemia não esclarecida. Recorreu ao SU por instalação súbita de diplopia e desequilíbrio para a direita. Além disso, queixas com 8 meses de evolução de diminuição progressiva de força dos membros inferiores, de forma simétrica e ascendente, edema e lesões hiperpigmentadas nas pernas, emagrecimento, astenia e agravamento de anemia já conhecida.

À observação, nistagmo horizontal, hemiataxia direita, prova de Mingazzini com queda bilateral, hipoestesia bilateral e simétrica em meia até ao tornozelo e hiperreflexia a nível dos membros inferiores. Admitiu-se AVC isquémico vertebro-basilar. Para caracterização da neuropatia realizou EMG (polineuropatia grave sensitivo-motora axonal e desmielinizante). Tinha colonoscopia

6 meses antes normal, fez EDA (normal) e TC toraco-abdomino-pélvica (que mostrou áreas de espessamento pleural sugestivos de mesotelioma mas entretanto excluído diagnóstico histológico; hemangiomas hepáticos e ginecomastia bilateral – BiRADS 2 na ecografia). Analiticamente com anemia normocítica normocrômica, com déficit de ferro e ácido fólico, HbA1c 5.4%, função renal, hepática e tiroideia normais, serologias HIV, HBV, HCV negativos, electroforese de proteínas com pico biclonal e imunofixação compatível com gamapatia biclonal IgG/Lambda e IgM/Lambda. O mielograma e biópsia de medula óssea foram compatíveis com MGUS; imunofenotipagem sem alterações. Fez ainda biópsia de gordura abdominal (normal), PET (lesão osteoclástica no osso ilíaco, única) e doseamento de VEGF (normal).

Portanto, tendo em conta a neuropatia periférica e gamapatia biclonal, bem como a lesão osteoclástica (c. major) e ainda ginecomastia, edemas e hiperpigmentação dos membros inferiores (3 c. minor), foi proposto o diagnóstico de Síndrome de POEMS e enviado à consulta de Hematologia.

DISCUSSÃO

O diagnóstico de síndrome de POEMS exige elevada suspeição clínica tendo em conta a disparidade de sinais e sintomas que o constituem. Habitualmente descrito como gamapatia monoclonal, em ¼ dos pacientes a electroforese de proteínas é normal e em alguns casos apresenta-se como gamapatia policlonal. Geralmente as lesões ósseas são escleróticas ou mistas mas em 2% dos pacientes, existem apenas lesões líticas como é o deste caso clínico.

Assim, não devemos excluir hipóteses diagnósticas pela apresentação pouco comum de sintomas. Torna-se importante valorizar todos os achados na investigação clínica, tentando juntar todas as peças num único puzzle.

P369

1767 PICO MONOCLONAL NA REGIÃO BETA, UMA FORMA MENOS COMUM DE MIELOMA MÚLTIPLO.

Francelino Ferreira, Ruben Reis, Magda Silva, Ana Paula Pona, Fátima Campante
Centro Hospitalar Barreiro Montijo

INTRODUÇÃO

O mieloma múltiplo consiste na proliferação maligna dos plasmócitos, levando a lesões de órgãos alvo. Na suspeita clínica, a eletroforese das proteínas séricas faz parte do screening inicial. Este caso clínico apresenta-se com um padrão de eletroforese menos frequente, traduzido por um pico monoclonal na região beta.

CASO CLÍNICO: Trata-se de um doente do sexo

masculino, de 65 anos, com antecedentes de diabetes tipo 2, já com retinopatia diabética como complicação crónica da diabetes. Iniciou queixas de cansaço inespecífico com cerca de dois meses de evolução, sem outra sintomatologia acompanhante. Nas análises apresentava anemia “de novo”, com 6,3 g/dL de hemoglobina, com ligeira microcitose e hipocromia, leucopenia de 2600 (1170 neutrófilos), trombocitopenia de 85.000, VS 114, estudo do ferro, vitamina B12 e ácido fólico normais, função renal normal, cálcio sérico normal e beta 2 microglobulina ligeiramente aumentada (2.8 ug/mL). A eletroforese das proteínas séricas mostrou um pico monoclonal na região beta de 2g/dL (28.4%). Do estudo subsequente, a destacar um aumento da IgA (1953 mg/dL), cadeias leves kappa 421 mg/dL e lambda 712 mg/dL, imunofixação sérica compatível com gamapatia monoclonal IgA lambda e medulograma com 40 % de plasmócitos. O raio-x da calote e esqueleto axial não mostraram lesões. Assumiu-se o diagnóstico de mieloma múltiplo, na presença de proteína monoclonal, infiltração da medula por plasmócitos e lesão de órgão traduzida pela anemia grave. O doente foi enviado para a consulta de hematologia e iniciou também suporte transfusional em hospital de dia de imunohemoterapia.

DISCUSSÃO: Os autores apresentam este caso pelo padrão de eletroforese menos comum no mieloma múltiplo, que está mais associado a doença por IgA. Esta técnica constitui uma ferramenta fundamental na marcha diagnóstica, sendo importante realçar a possibilidade de existirem diferentes padrões por trás de um mieloma múltiplo, nem todos encontrados com frequência na prática clínica. Neste doente em particular, diabético e com lesão de órgão alvo, as queixas inespecíficas, frequentemente encontradas nesta população, aliadas a uma suspeita clínica e exames adequados conduziram a um diagnóstico concreto.

P370

1929 PODE UM LNH APRESENTAR-SE COMO HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA... DUAS VEZES?

Dina Rochate, Helena Tavares Sousa, Patrícia Queirós, Inês Miguel, Juan Rachadell, Luísa Arez
CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE, UNIDADE DE PORTIMÃO - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução

O linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) é a doença maligna linfóide mais comum e 50% dos diagnósticos são feitos numa fase avançada da doença. A apresentação clínica e prognóstico dependem da localização do linfoma. O trato gastrointestinal é a localização mais frequente do linfoma extranodal, podendo ser secundariamente envolvido por linfomas ganglionares primários.

Descrição: Homem de 78 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, cardiopatia isquêmica e bypass coronário, polimedicado. Admitido no SU por quadro de hematemese de sangue vivo com instabilidade hemodinâmica após vômitos repetidos. O exame objetivo revelava palidez mucocutânea, hipotensão (75/42mmHg), taquicardia (127bpm), sudorese profusa e massa epigástrica com aproximadamente 10cm, dolorosa e fixa aos planos profundos. Toque rectal sem melenas. Analiticamente destacava-se hemoglobina (Hb) 7,6g/dl e leucocitose 12400/mm³. A endoscopia digestiva alta revelou duas lacerações largas do cárdia, uma com hemorragia ativa que cessou após escleroterapia. A tomografia computadorizada (TC) abdominal mostrou massa sólida na raiz do mesentério (142x95x59mm), comprimindo o jejuno sem o invadir, sugestiva de conglomerado adenopático e várias adenomegalias regionais. Com orientação por Medicina Interna, a TC de estadiamento não revelou outras lesões. Foram realizadas duas punções ecoguiadas da lesão da raiz do mesentério, ambas com resultado inconclusivo (população linfocitária com imunohistoquímica de características reativas). Um mês depois, recorreu novamente ao SU por quadro de melenas e agravamento da dor e astenia. Ao exame abdominal destacava-se, para além da massa epigástrica já conhecida, nova massa semelhante localizada ao flanco esquerdo. Analiticamente evidenciava anemia aguda de Hb 5,9g/dl. Repetiu TC abdominal que confirmou marcado aumento da massa epigástrica, surgimento de novos focos intra-abdominais e encarceramento de ansa jejunal pela massa do flanco esquerdo, a qual foi ressecada juntamente com enterectomia segmentar. O estudo histopatológico revelou tumor ulcerado e com múltiplas áreas necróticas, invadindo extensamente o mesentério, confirmando-se, finalmente, LDGCB de provável localização primitiva mesentérica, com imunohistoquímica CD45+, CD20+, Bcl2+ e Ki67: 70%; e 10 dos 19 gânglios isolados, positivos para linfoma. Foi enviado ao IPO-Lisboa para proposta e orientação de tratamento – Iniciou Ciclofosfamida, Doxorubicina, Vincristina e Rituximab, que está a tolerar. Conclusão: Apresentamos um caso clínico de LDGCB com apresentação invulgar por HDA por oclusão jejunal por conglomerado adenopático, cuja evolução se volta a manifestar novamente por HDA, mas por invasão intestinal. Este caso evidencia que, apesar de o doente apresentar uma semiologia inequívoca e a marcha diagnóstica ter sido irrepreensível, só a abordagem multidisciplinar entre Medicina Interna, Gastroenterologia e Cirurgia Geral permitiu chegar ao diagnóstico final.

P371

2153 UMA CAUSA RARA DE DOR ABDOMINAL NO IDOSO

Sofia Gomes Brazão, Joana Duarte, Sara Leitão, Armando Carvalho

Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e Clínica Universitária de Medicina Interna, FMUC

Introdução

O Linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) constitui 25% dos casos de Linfoma não Hodgkin. Caracteriza-se pelo rápido crescimento do tumor com infiltração de tecidos e obstrução de órgãos. Manifesta-se pelo aparecimento de massas nodulares no pescoço ou abdómen e sintomas B (febre, perda de peso, sudorese noturna). O envolvimento extra-medular ocorre em cerca de 30-40% dos doentes e o diagnóstico é definitivo através da biópsia da lesão.

Caso clínico: Mulher de 81 anos, independente, diabética insulino-tratada, apendicectomizada, recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal no hipocôndrio direito com cerca de um mês de evolução, perda ponderal de 10Kg em três meses e sudorese noturna. Ao exame objetivo estava apirética, sem adenopatias palpáveis, com abdómen doloroso à palpação dos quadrantes direitos, mas sem massas ou organomegalias. Analiticamente evidenciava leucocitose (18,9), anemia, hipercalcemia, hipercalemia, LDH: 1112U/L, F.alc: 594 U/L, Gama-GT: 806 U/L e PCR: 14,5 mg/dL. A ecografia abdominal revelou duas massas hepáticas no lobo direito, confluentes, com um total de 18cm e uma lesão esplênica com 5cm. A TC abdominal mostrou metastização hepática, esplênica e pulmonar e a endoscopia digestiva alta e a colonoscopia eram normais. A PET revelou lesão neoplásica maligna de alto grau metabólico no lobo direito do fígado, baço, peritонеu, gânglios abdominais e pulmão. A biópsia hepática mostrou envolvimento hepático por linfoma não Hodgkin B, difuso, de grandes células. Após observação por hematologista iniciou quimioterapia com mini-CHOP. Atualmente está no 6º tratamento, com resposta parcial a nível do baço.

Discussão/conclusão: Dor abdominal é uma queixa que frequentemente motiva a ida à Urgência. Como sintoma inespecífico, exige uma história clínica cuidada, que permita orientar o diagnóstico. Por ser uma manifestação atípica de LDGCB, este caso alerta-nos para a importância de valorizar sintomatologia inespecífica, que pode mascarar patologia grave.

P372

6 ANEMIA HEMOLÍTICA IATROGÉNICA

Carla Falcão, Rita Grácio, Pedro Neves Tavares, Catarina Duarte Santos, Leonel Pinto, Renato Saraiva

Centro Hospitalar de Leiria

INTRODUÇÃO

A anemia hemolítica caracteriza-se pela destruição precoce de hemácias na circulação periférica. Tem uma etiologia variada e raramente se deve a iatrogenia medicamentosa. Contudo, estão identificados mais de 130 fármacos como potenciais causadores. O mecanismo de ação pode ser através da formação de complexos imunes fármaco-hemácia, formação de autoanticorpos ou absorção do fármaco pelos glóbulos vermelhos e estimulação de produção de anticorpos IgG.

CASO CLÍNICO: Mulher de 68 anos, com antecedentes de psoríase, fibromiomas uterinos, dislipidemia e alergia a diclofenac, admitida eletivamente no serviço de ortopedia para colocação de prótese total da anca por artrose degenerativa. Efetuou profilaxia com cefazolina. Sem intercorrências registadas no bloco operatório e no internamento. Teve alta para o domicílio com indicação de hipocoagulação profilática com enoxaparina e analgesia com aceclofenac. Uma semana após a alta, recorre ao serviço de urgência por quadro de astenia e icterícia com 2 dias de evolução e 2 episódios de vômitos alimentares. Negava perdas hemorrágicas visíveis e outra sintomatologia adicional. A admissão, apresentava-se hemodinamicamente estável, febril com temperatura de 38,4°C, pele e mucosas ictéricas, sem outras alterações ao exame físico. Do estudo complementar de diagnóstico destacava-se: analítica com leucocitose, neutrofilia, anemia normocrômica normocítica com hemoglobina 5,1 g/dL, hematócrito 12%, hiperbilirrubinemia total 171.98 µmol/L, conjugada 10.89 µmol/L, não conjugada 161.19 µmol/L, haptoglobina <5.8 g/dL e proteína-C reativa 53 mg/L; urina II com nitritos positivos; teste de Coombs positivo; estudo autoimune negativo e proteinograma eletroforético normal. Optou-se por iniciar antibioterapia com ceftriaxone pela suspeita de infeção do trato urinário como eventual foco infeccioso e assumiu-se o diagnóstico de anemia hemolítica iatrogénica, tendo sido medicada com corticoterapia. Verificou-se evolução clínica e analítica favorável.

DISCUSSÃO: Embora o diagnóstico de anemia hemolítica seja evidente, a identificação da sua causa não é tão clara. Neste caso, assumimos os anti-inflamatórios não esteróides como potencial causador da anemia, pela conhecida alergia a diclofenac e exposição contínua a aceclofenac.

P373

695 ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE E ASSOCIAÇÕES POUCO FREQUENTES

Tiago Rabadão; Teresa Mota; Ana Araújo; Maria José Moreira; Rosa Jorge

Hospital Infante D. Pedro, Centro Hospitalar do Baixo Vouga

INTRODUÇÃO

Os sinais e sintomas da anemia hemolítica autoimune são inespecíficos e comuns a todos os tipos de anemia. A sua abordagem requer a investigação etiológica, nomeadamente fármacos, infecções, doenças autoimunes e neoplasias.

CASO CLÍNICO: Mulher de 83 anos, admitida por astenia e dispneia para médios esforços com 1 mês de evolução; negava anorexia, perda ponderal, febre, perdas hemáticas, alterações do trânsito gastrointestinal ou outras queixas. Antecedentes pessoais de insuficiência cardíaca em classe III da NYHA, síndrome metabólica, bronquite crónica e demência; medicada com furosemida 40mg 2id, carvedilol 6,25mg id, aminofilina 112,5mg 2id, rosuvastatina 10mg id, fenofibrato 267mg id, alopurinol 150mg id, pantoprazol 20mg id, ácido fólico 5mg id, escitalopram 10mg id e rivastigmina 4,6mg/24h. Ao exame objectivo, palidez mucocutânea e sem outras alterações. Analiticamente: hemoglobina: 6,8g/dL; VGM: 111fL; plaquetas: 547x10⁹/L; VS: 150mm/h; esfregaço de sangue com esferócitos; reticulócitos: 32,9%; LDH: 529 U/L; bilirrubina total: 3,63mg/dL (indirecta: 1,81mg/dL); haptoglobina: <10mg/dL; Teste de Antiglutinina Directo: positivo (IgG); β2-microglobulina: 5630ng/mL; restante estudo, incluindo doseamentos de ácido fólico e vitamina B12, ácido úrico, proteinograma electroforético e estudo autoimune sem alterações; serologias dos Vírus da Imunodeficiência Humana, Hepatite B e C, Epstein-Barr, Citomegalovírus e de Mycoplasma pneumoniae, negativas. Ecografia abdominal sem alterações. Diagnosticada anemia hemolítica autoimune, tendo iniciado corticoterapia 1mg/kg/dia. Ao segundo dia de internamento, diagnosticada tromboembolia pulmonar segmentar do lobo superior esquerdo, pelo que iniciou hipocoagulação. Realizou estudo da medula óssea com mielograma e biópsia óssea, sugestivo de síndrome mielodisplásico. Realizou ainda colonoscopia e endoscopia digestiva alta, sem evidência de lesões suspeitas. Teve alta ao 30º dia, mantendo seguimento em Consulta de Hematologia.

DISCUSSÃO: O caso assumiu particular interesse pela associação pouco comum da anemia hemolítica com o síndrome mielodisplásico e por evidenciar uma potencial complicação desta entidade clínica, a tromboembolia pulmonar.

P374

769 APRESENTAÇÃO INCOMUM DE LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B

Vera Seara, Marta Rafael Marques, Susana Marques de Sousa, Gonçalo R. Mesquita, Cristina Marques, Teresa Pinto

CHPVVC

O Linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) é um linfoma de alto grau, tipicamente apresentando-se com linfadenopatias de rápida progressão.

Os autores apresentam o caso de uma doente de 77 anos, com antecedentes de HTA e insuficiência cardíaca com FE preservada de etiologia hipertensiva, NYHA II e um internamento recente (há 2 meses) por infeção respiratória com derrame pleural à esquerda. Internada para estudo de hipersudorese noturna e dispneia para médios esforços, com uma semana de evolução. Analiticamente sem alterações de relevo, nomeadamente com hemograma e imunoeletroforese de proteínas séricas normais, sem elevação de parâmetros inflamatórios, com marcadores víricos negativos. Estudo imunológico negativo e imunofenotipagem não demonstrou alterações. A tomografia computadorizada revelou derrame pleural bilateral, de maior volume à esquerda e derrame pericárdio de médio volume; assim como adenopatia de pequenas dimensões, na cadeia mamária interna esquerda (1,9x1,3cm). O ecocardiograma transtorácico apresenta derrame pericárdico de pequeno volume e espessamento do pericárdio posterior. A toracocentese diagnóstica demonstrou tratar-se de um exsudado, com predomínio de células não classificadas. O exame anatomopatológico foi inconclusivo, revelando apenas a presença de células CD45+, negativo para células malignas e ADA normal. A imunofenotipagem do líquido pleural, mostra predomínio de linfócitos B, com características fenotípicas CD19+, CD20+, IgM kappa+ e bcl2+, compatível com LDGCB.

A doente mantém seguimento por Hemato-Oncologia, com estadio IE B (classificação Ann Arbor), sendo que dada a idade e estado funcional, optou-se por terapêutica com Vincristina e Dexametasona, com boa resposta. Pelo valor do IPI (índice internacional de prognóstico), apresenta uma probabilidade reduzida de resposta à terapêutica convencional, com uma taxa de sobrevivência aos 5 anos <20%.

O derrame pleural e dispneia associados podem cursar com várias patologias, algumas tão comuns como a insuficiência cardíaca. É, contudo, fundamental estar atento a sinais que levem à suspeição de outras entidades menos comuns, que devem ser investigadas. O especial interesse deste caso está ainda assente na raridade da apresentação extranodal do LDGCB, unicamente com derrame pleural, e sem presença de adenopatias significativas.

P375

1203 UM CASO DIFERENTE DE TORACALGIA

Inês Goulart, Inês Nogueira da Fonseca, Ana Teresa Pina, Tiago Petrucci, Laura Pereira, Manuel Ferreira Gomes, Paulo Cantiga Duarte, José Luís Ducla Soares

Serviço de Medicina I, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

As discrasias plasmocitárias são uma entidade caracterizada por proliferação de plasmócitos, tipicamente com componente monoclonal. Podem se apresentar por múltiplas lesões (mieloma múltiplo) ou lesão solitária (plasmocitoma).

Os autores apresentam o caso de um homem de 59 anos, destacando-se dos antecedentes cardiopatia isquémica com necessidade de angioplastia com colocação de stents em 2015, encaminhado do médico assistente ao hospital da aérea de residência por quadro de dor torácica anterior com 2 meses de evolução, sem irradiação, tipo aperto, contínua, intensidade 7/10, sem fatores de alívio ou agravamento e refratária à terapêutica analgésica. Pela hipótese de angor instável, efectuada marcha diagnóstica (com marcadores de necrose miocárdica, ECG, ecocardiograma TT e coronariografia) inconclusiva, acabado o doente por ter alta. Pela persistência da dor, recorreu a consulta de Medicina Geral e Familiar tendo sido solicitada TC tórax que evidenciou lesões líticas expansivas do esterno, de vários arcos costais e sobretudo dos últimos corpos vertebrais que atingem as lâminas, coexistindo massa de partes moles no mediastino posterior envolvendo os últimos corpos vertebrais. Admitindo-se um provável mieloma, é enviado a consulta de Medicina Interna num Hospital Central, onde, da avaliação laboratorial, se destacou elevação da VS (120mm), doença renal crónica KDIGO 2, elevação da B2-microglobulina (5,15mg/L), eletroforese de proteínas com evidência de pico gama monoclonal 2,2g/dL com presença de componente monoclonal IgG lambda, imunofixação urinária com presença de Bence Jones Lambda e proteinúria 24h de 340,5mg/24h. Realizado ainda rx do esqueleto com evidência de lesões líticas cranianas compatíveis com imagem em 'sal e pimenta', lesões líticas do esterno, arcos costais, coluna vertebral e fémures. Realizou mielograma que confirmou a hipótese de mieloma múltiplo IgG com Bence Jones Lambda ISS II e TC torácica documentando lesões líticas do esterno, arcos costais, últimas vertebrae dorsais, com plasmocitoma exofítico que ocupa o mediastino posterior. O doente teve alta a aguardar restante estudo, no entanto cerca de 15 dias depois foi reinternado por quadro de paraparésia de agravamento progressivo, mas mais acentuado após realização de biópsia percutânea de lesão osteolítica sagrada guiada por TC dois dias antes. Pela hipótese de eventual plasmocitoma com compressão medular, por lesões em D9 e D12, foi iniciada corticoterapia

de elevada intensidade e radioterapia, sendo o doente posteriormente transferido para o Serviço de Hematologia. Resultado da biópsia compatível com plasmocitoma, mantendo seguimento em Hospital de Dia de Hematologia, tendo cumprido terapêutica com Lenalidomide+Bortezomib+Dexametasona (RVD).

O caso pretende relatar um caso menos frequente e com apresentação atípica de discrasia plasmocitária, um mieloma múltiplo com concomitante diagnóstico de plasmocitoma, cujo principal sintoma presente foi apenas uma toracalgia.

P376

684 TROMBOFILIA EM POLITRAUMATIZADO COM TEP - UMA ASSOCIAÇÃO INESPERADA

Rita J. Rodrigues; Paula Gonçalves Costa; Marta Costa Gonçalves; Alcina Ponte

Hospital Santo André - Centro Hospitalar de Leiria

Introdução

A mutação G20210A do gene da protrombina é a segunda trombofilia hereditária mais comum, presente em 2% dos caucasianos, conferindo um risco de tromboembolismo venoso cerca de 2 a 4 vezes superior ao da população em geral. Por outro lado, a imobilidade, cirurgia e trauma, são, por si só, fatores de risco adquiridos para estes eventos. As fraturas ósseas podem também associar-se a embolismo gordo e ocorrem com frequência nos doentes com fraturas pélvicas ou de ossos longos. Este caso clínico apresenta-se como uma conjugação das situações descritas, interessando pelo contexto em que ocorreu o diagnóstico.

Caso clínico: Homem, 36 anos, vítima de acidente de viação, politraumatizado com várias fraturas ósseas (diafisária do úmero esquerdo, do troquiter direito, das apófises transversas de L3 e L4 à esquerda) e fratura do baco com indicação para terapêutica conservadora. Doente internado em Serviço de Ortopedia, sob imobilização prolongada após intervenção cirúrgica e sob enoxaparina em dose profilática, onde iniciou quadro febril, com dispneia súbita e insuficiência respiratória hipoxemiante. Foi realizada angiotomografia computadorizada torácica, que documentou tromboembolismo pulmonar (TEP) com defeito de repleção endovascular nos ramos lobar superior e lobar inferior da artéria pulmonar direita e respetivos ramos segmentares. Neste contexto, iniciou anticoagulação com enoxaparina em dose terapêutica, com melhoria clínica. Teve alta medicado com apixabano 5 mg b.i.d. durante 6 meses e orientado para consulta de Medicina Interna. Em regime de ambulatório, foi alargado o estudo etiológico de TEP, tendo-se documentado a presença da mutação G20210A do gene da protrombina. Pela presença de outros fatores desencadeantes e pela ausência de história familiar

de eventos trombóticos, decidiu-se pela terapêutica anticoagulante profilática apenas em situações particulares de maior risco trombótico.

Discussão: A abordagem terapêutica inicial do tromboembolismo venoso em doentes com mutação G20210A do gene da protrombina é igual à dos outros doentes, compreendendo anticoagulação por 3 a 6 meses. A decisão de manter terapêutica anticoagulante indefinidamente depende da existência de fatores de risco adquiridos para o evento inicial e tem em conta outros aspetos, como a gravidade clínica inicial, a história familiar de eventos trombóticos, tromboes recorrentes ou mais de uma alteração pró-trombótica hereditária.

P377

703 UM ESTRANHO CASO DE TROMBOCITOSE

vasco Neves, Pedro Ventura, Rodrigo Alves, Ana Moreira, Jorcélio Vicente, Joana Caires, João Correia

ULS Guarda, Hospital Sousa Martins, Medicina Interna

A trombocitose essencial pertence à classe de doenças mieloproliferativas crónicas, afetando a linhagem megacariocítica, com aumento das plaquetas. É caracterizada por uma trombocitose superior a 450 000, hiperplasia da linhagem, esplenomegalia e, clinicamente, eventos trombóticos e/ou hemorrágicos. Esta doença pode sofrer transformação para leucemia mieloide aguda com uma probabilidade de 0,6-5% na primeira década, aumentando consideravelmente nas décadas subseqüentes.

Doente, sexo masculino, 31 anos de idade, enviado a consulta de Medicina Interna para estudo etiológico de trombocitose súbita. Doente em aparente estado de saúde até 2015, altura em que deu entrada no SU com sintomas neurológicos e motores, em relação com AVC a artéria cerebral direita, com tradução imagiológica. Posteriormente enviado para consulta de neurologia, onde terá sido extensamente estudado, apresentando-se quer laboratorial, quer imagiológicamente sem alterações, portanto com AVC de causa desconhecida, medicado com Clopidogrel e Sinvastatina. Manteve seguimento com Médico de Família realizado hemogramas periódicos, no último controlo apresentou trombocitose, sem outras alterações, o que motivou envio a consulta de especialidade. Clinicamente, com cefaleias e prurido aquagénico, além de parestesias faciais à esquerda, em provável relação com AVC pregresso. Tendo em conta os achados laboratoriais, optou-se por prosseguir estudo com realização de análises mais extensas assim como medulograma e biópsia óssea. Até à data, contamos apenas com o resultado destes últimos, que revelaram neoplasia mieloproliferativa crónica com características morfológicas compatíveis com trombocitose essencial.

Os autores deste caso clínico consideram pertinente a apresentação deste caso clínico pelo distanciamento temporal entre o AVC e o diagnóstico de trombocitose essencial, deixando no ar a hipótese existir uma relação de causa-efeito, além de se tratar de um doente jovem.

P378

1170 PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO?

Carlos Pinhão Ramalheira, Ana Gonçalves, Rúdi Fernandes, Sara Almeida, Rita Dutschmann, João Machado

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Introdução

A purpura trombocitopénica trombótica (PTT) é uma microangiopatia trombótica que pode ser idiopática ou em associação com outras doenças. O diagnóstico da doença subjacente é essencial para orientar um tratamento adequado. Apesar de ser rara, a literatura descreve uma associação com o lupus eritematoso sistémico (LES). Sem um diagnóstico e tratamento atempados a PTT tem uma mortalidade elevada.

Caso Clínico: Mulher de 33 anos de idade internada por um quadro agudo de discrasia hemorrágica com uma semana de evolução caracterizado por hemorragia gengival, menorragias e múltiplas equimoses nos membros. Não se apuravam outros sinais e sintomas de novo. Não havia história de trauma, tóxicos nem fármacos. Ao exame objectivo os sinais vitais estavam normais, apresetava palidez mucosa e escleróticas subictéricas, equimoses dispersas nos quatro membros, sem eritema malar ou noutras zonas expostas ao sol, auscultação cardíaca e pulmonar normais, sem hepato-esplenomegalia, articulações normais, exame neurológico sumário normal e sem evidência de hemorragia activa. Analiticamente destacava-se anemia (hemoglobina 8,7g/dL), trombocitopénia (11000/ μ L), morfologia de sangue periférico com policromatofilia e esquizócitos, bilirrubina total 1,28mg/dL; LDH 891U/L; haptoglobina <20mg/dL, Coombs direito negativo, INR e APTT normais, creatininémia 0,6mg/dL, restante enzimologia hepática normal e proteína-C-reativa negativa. Teste imunológico de gravidez negativo. As serologias para HIV, VHB e VHC foram negativas. Diagnosticada PTT tendo iniciado metilprednisolona 1g/dia e aferese terapêutica com permuta de plasma diária, em articulação com a Nefrologia. A doente respondeu favoravelmente ao tratamento deixando de surgir novas equimoses e com normalização da contagem plaquetar ao 10º dia de tratamento. Dos restantes parâmetros analíticos pendentes destaca-se ADAMTS 13 com nível de actividade baixo (<5%), níveis elevados de anticorpo anti-ADAMTS 13 (77.68uL). O estudo microbiológico

foi negativo. Os anticorpos anticardiolipina, β-2 glicoproteína I, factor reumatóide, Anti-CCP, ANCA foram negativos. Os anticorpos anti-nucleares (1/160), ds-DNA positivo, Anti-Smith positivo, complemento ligeiramente diminuído. O ecocardiograma revelou um fina lâmina de derrame pericárdico. Estes resultados evocaram a possibilidade de associação com LES pelo que iniciou prednisolona 40mg/dia foi encaminhada para consulta de Doenças Imunomediadas.

Discussão: A PTT é evocada na presença de anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia, com ou sem envolvimento neurológico/renal e na ausência de outra causa identificável. De facto, a pentade clássica (febre, disfunção renal e neurológica, anemia hemolítica e trombocitopénia) só está presente em 5% dos casos. O estudo complementar realizado neste caso parece sugerir a possibilidade de associação com LES perante positividade de ANA, ds-DNA, AcAnti-Sm e pericardite.

P379

1647 QUANDO A ANEMIA É A PONTA DO ICEBERG

Sara Freitas, Joana Marques, Ana Grilo, Fernando Martos Gonçalves, José Lomelino Araújo

Hospital Beatriz Ângelo

Introdução

A anemia ferropénica é uma entidade extremamente frequente no doente seguido em consulta de Medicina Interna. Na mulher em idade reprodutiva, a causa mais comum são as perdas hemáticas ginecológicas. Para além destas causas, no doente jovem, a anemia ferropénica pode ser uma manifestação de uma variedade de patologias tais como a doenças inflamatórias crónicas ou doenças imunomediadas. No entanto outras etiologias devem ser sempre equacionadas.

Caso Clínico

Mulher de 36 anos, com diabetes tipo LADA. Referenciada à consulta de Medicina Interna por anemia, negava sintomas B, astenia ou quaisquer outras queixas. Ao exame objetivo sem alterações relevantes. Analiticamente salientava-se anemia microcítica/hipocrómica, com Hb 7,7g/dL, ferro sérico 8 ug/dL, ferritina 11ng/mL, transferrina 400mg/dL, capacidade total de fixação do ferro 452mcg/dL, ácido fólico e vitamina B12 em níveis normais, índice reticulocitário 2%, LDH 400 UI/L, bilirrubina total e direta e esfregaço de sangue periférico sem alterações. Iniciou tratamento com carboximaltose com resposta favorável (Hb 11g/dL cerca de 1 mês após infusão). Do estudo complementar destacava-se avaliação ginecológica e ecografia ginecológica sem alterações relevantes, imunofixação sérica, anticorpos anti-

transglutaminase, anti-gliadina e anti-endomisio negativos, realizada colonoscopia e endoscopia digestiva alta sem alterações macroscópicas e biópsias ao estômago e duodeno sem alterações. A TC toraco-abdomino-pélvica revelou múltiplas adenomegalias exuberantes mediastínicas e hilares, a maior de topografia hilar direita com cerca de 3,2cm de maior eixo, infracarinais cerca de 3cm, outras adenomegalias dispersas nas várias cadeias pré-vasculares, para-aórticas e para-traqueais e moderada esplenomegalia (15cm).

Dada a impossibilidade de biópsia em gânglio periférico, realizou broncofibroscopia com ecoendoscopia brônquica, com punção aspirativa de adenomegália na estação 7 e 4R, que se enviou para exame citomorfológico e imunofenotipagem, que foram negativas para células malignas. O lavado broncoalveolar revelou CD4/CD8<3,5 e analiticamente apresentava também enzima conversora da angiotensina em nível normal. Posteriormente surgiu nódulo na região cervical, cuja biópsia revelou agregados de células grandes, multinucleadas, com nucléolos evidentes, CD30+, CD15+ e PAX5+ (fraco), com necrose central, aspectos compatíveis com Linfoma de Hodgkin clássico, tipo esclero-nodular.

Perante os achados a doente foi referenciada à consulta de hematologia para orientação terapêutica.

Discussão

A anemia ferropénica pode estar presente associada a variadas patologias. Pode dever-se a défices carenciais, má absorção (como por exemplo na doença celíaca) ou a doença inflamatória crónica, nomeadamente doenças imunomediadas ou neoplasia, como no caso descrito. Sendo uma patologia comum e com repercussão na qualidade de vida, a investigação da anemia é extremamente importante no doente da Medicina Interna.

P380

347 HEMATOMA ESPONTÂNEO DO PSOAS – UMA COMPLICAÇÃO INESPERADA

Bela Machado, Carolina Barros, Helena Freitas Luís, Mariana Mendes Gomes, Mariana Bilreiro, Lino Nóbrega, Luz Brazão

Serviço de Medicina Interna - Hospital Central do Funchal

O hematoma do psoas é uma entidade rara que pode ocorrer de forma espontânea ou traumática. Envolve o músculo do ílio psoas e a sua etiologia permanece desconhecida na maioria das vezes. Existem fatores de risco conhecidos para um hematoma retroperitoneal espontâneo como é o caso da terapêutica anticoagulante, doentes sob terapêutica de substituição renal e idosos. A tomografia computadorizada é o exame de diagnóstico e a terapêutica pode ser conservadora no caso de hematomas de pequenas dimensões e

se estabilidade clínica ou cirúrgica.

Os autores apresentam o caso clínico de um indivíduo do sexo feminino, de 79 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, diabetes mellitus não insulino tratada e neoplasia da mama direita submetida a mastectomia. A doente recorreu ao Serviço de Urgência por cansaço para pequenos esforços, tosse, febre e edemas bímaleolares. Ao exame objetivo, apresentava-se com febre (T 38.3°C) e hemodinamicamente estável, com distensão venosa jugular e edemas bímaleolares. Analiticamente é de destacar uma elevação da proteína C reativa (120mg/L) e do NT-pro-BNP 6176pg/mL. A radiografia do tórax demonstrava um reforço intersticial bilateral. A doente ficou internada no Serviço de Medicina Interna por insuficiência cardíaca descompensada no contexto de infeção respiratória. Após sete dias de internamento com boa resposta à terapêutica diurética instituída e à antibioterapia (amoxicilina/ácido clavulânico), as análises de reavaliação mostraram uma anemia microcítica e hipocrômica de novo (Hemoglobina 5.9g/dL; Hematócrito 17.7%), sem parâmetros de hemólise. Foi pedido estudo do tubo digestivo com endoscopia digestiva alta e baixa que a doente não concluiu devido a instabilidade hemodinâmica durante o procedimento. Simultaneamente com o pedido de transfusão de 2 unidades de concentrado eritrocitário foi pedida Tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica. Este exame revelou um hematoma espontâneo do psoas bilateral mais exuberante à direita, com hemorragia para a cavidade abdominal. O caso foi discutido de imediato com a equipa de cirurgia porém a doente apresentou um desfecho fatal nesse próprio dia.

O hematoma espontâneo do Psoas é uma doença rara mas de elevada mortalidade. O facto desta doente não apresentar terapêutica anticoagulante, antecedentes de hemofilia e outros fatores de risco conhecidos e a inespecificidade de apresentação clínica dificultou o diagnóstico desta entidade. O seu rápido desfecho culminando em choque hemorrágico tal como verificado neste caso fazem desta entidade uma emergência.

P381

729 LINFOHISTIOCITOSE HEMOFAGOCÍTICA SECUNDÁRIA

Andreia Nunes, Rita Varudo, Inês Pimenta Rodrigues, João Alexandre Tavares, Carolina Oliveira, César Saura, Bianca Vaz, Isabel Fernandes, Rui Gomes

Hospital Garcia de Orta

INTRODUÇÃO

A linfocitose hemofagocítica (LHH) é uma síndrome hiperinflamatória rara, potencialmente fatal, resultante da excessiva estimulação linfocitária. Pode ser primária ou secundária a infeções, doenças autoimunes ou linfoproliferativas.

Estudos demonstraram o seu subdiagnóstico em Serviços de Medicina Intensiva (SMI) dada a sobreposição das suas manifestações com a sépsis.

CASO CLÍNICO: Homem, 22 anos, sob hormonoterapia para mudança de género e história de infeção VIH1 sem seguimento ou TARV. Recorre à urgência por febre, sudorese noturna e distensão abdominal com 3 semanas de evolução. Objetivamente: TT 38.2°C, candidíase oral, adenomegalias cervicais e inguinais bilaterais, hepatoesplenomegalia dolorosa. Analiticamente: pancitopenia (Hb 6.7 g/dL, Pla 76.000, Leuc 3.800), lesão renal aguda (Cr 1.3 mg/dL), hiponatremia (Na⁺ 129 mmol/L), PCR 32.25 mg/dL, CD4⁺ 65 cel/uL, carga viral VIH >1000000 cópias/mL e LDH 923 mg/dL. Radiograma de tórax: infiltrado reticular difuso. TC-toracoabdominopélvica: derrame pleural bilateral; adenopatias axilares, mediastínicas, lombo-aórticas, ileo-pélvicas e inguinais; hepatoesplenomegalia. Iniciou cotrimoxazol e corticoterapia por suspeita de pneumocistose, mas evoluiu para insuficiência respiratória, pelo que foi admitido no SMI, iniciou antibioterapia e ventilação invasiva. Verificou-se PCR de micobactérias atípicas positiva no sangue medular (SM) e lavado-broncoalveolar (LBA), tendo iniciado terapêutica antibacilar com melhoria progressiva. De referir VS >120, ferritina >2000 ng/mL, triglicéridos 359 mg/dL que levantaram a hipótese de LHH, mas a melhoria clínica sem terapêutica dirigida, mielograma e biópsia óssea sem sinais de hemofagocitose, sugeriam o contexto infeccioso e a sedação com propofol como causas prováveis. O restante estudo foi negativo: Ag *Cryptococcus*, Ag *Legionella*, PCR *P. jirovecii* no LBA, PCR *M. tuberculosis* em LBA e SM, PCR *Leishmania*, carga viral de CMV, *Plasmodium* e imunofenotipagem de SM. Já na enfermaria, alterou-se cotrimoxazol para dose profilática e prosseguiu desmame da corticoterapia, tendo-se verificado novo agravamento clínico e analítico após suspensão da mesma. Neste contexto, assumiu-se LHH (5 de 8 critérios) que teria sido atenuada com a corticoterapia. Iniciou dexametasona 20 mg/dia sem resposta clínica, evoluiu para falência multiorgânica e foi novamente admitido no SMI. Em contexto life-saving iniciou TARV na tentativa de controlo etiológico e protocolo HLH04 na tentativa de controlo da LHH, mas sem resposta, vindo a falecer 10 dias depois.

DISCUSSÃO: A inespecificidade dos sinais e sintomas da LHH, comuns a quadros sépticos, dificulta o seu diagnóstico e tratamento, resultando num prognóstico sombrio. Assim, é necessário ter um elevado grau de suspeição, não esquecer que a hemofagocitose não é patognomónica nem necessária para o diagnóstico e iniciar o tratamento atempadamente, mesmo que não sejam cumpridos todos os critérios diagnósticos.

P382

990 NODOSIDADE PALMAR DE CAUSA HEMATOLÓGICA - LEUKEMIA CUTIS

Ana Ponciano, Cláudio Quintaneiro, José Leite, Célio Fernandes

Serviço de Medicina 2, Centro Hospitalar de Leiria

Introdução:

Sarcoma Mielóide define-se como infiltração extramedular de percursoros granulocíticos ou monocíticos neoplásicos. Envolve frequentemente a pele e tecidos moles, periosteio e linfáticos. Apesar de raro, geralmente ocorre associado a leucemia mielóide aguda (LMA) ou crónica (LMC) e síndrome mielodisplásica (SMD).

Caso clínico:

Os autores apresentam o caso de uma doente de sexo feminino, 84 anos, com antecedentes pessoais de anemia normocrómica normocítica, diabetes mellitus, hipertensão arterial doença renal crónica (ClCreat 29 ml/min) admitida para estudo de quadro constitucional com agravamento recente de astenia, adinamia e anorexia. A observação, apresentava-se febril (T 38.6°C) e múltiplos nódulos violáceos na face palmar de ambas as mãos, com cerca de 2 cm de maior diâmetro, duros e dolorosos a palpação. Analiticamente, a realçar pancitopenia com leucócitos 0.9x10³/µL, neutropenia (0.2 x10³/µL) e linfopenia (0.6 x10³/µL), hemoglobina 8.5g/dL, plaquetas 149x10³/µL, Velocidade de sedimentação (VS) 110mm, Proteína C reativa (PCR) 116.7mg/L.

Durante o internamento ocorreu redução da inflamação local e dos marcadores inflamatórios com resolução das lesões cutâneas pelo que foi se considerou o quadro clínico em contexto de infeção viral com rebate medular grave. Nesta fase foram pedidas serologias e orientou-se a monitorização da pancitopenia em ambulatório. Readmitida 3 semanas depois por novo agravamento da pancitopenia (leucócitos 0.8x10³/µL, neutropenia (0.1x10³/µL) e linfopenia (0.5x10³/µL), hemoglobina 8.3g/dL, plaquetas 36x10³/µL). O estudo complementar revelou-se inconclusivo.

Colocada a hipótese de neoplasia com invasão medular, motivo pelo qual se realizou mielograma compatível com SMD, no entanto apenas com indicação para tratamento de suporte. A doente acabou por falecer decorrente de intercorrência infecciosa com sede em foco pulmonar.

Discussão:

O Sarcoma Mielóide é uma entidade rara e de difícil reconhecimento, podendo ocorrer envolvimento cutâneo, denominado Leukemia Cutis. Resulta da infiltração por granulócitos na derme, epiderme ou tecido celular subcutâneo, caracterizando-se por nódulos múltiplos, duros e violáceos. Pelas

suas características faz diagnóstico diferencial com eritema nodoso, dermatose neutrofílica, vasculite e exantema viral.

Nos casos de SMD, o envolvimento cutâneo pode ser o primeiro sinal de trans-formação leucêmica, ocorrendo até um ano antes. Deste modo, são necessárias múltiplas amostras medulares para detecção atempada de células leucêmicas, dificultando o diagnóstico diferencial.

A evidência clínica existente sobre a abordagem e tratamento está restrita a relatos de caso ou escassos estudos retrospectivos, dada a dificuldade de diagnóstico e elevado grau de suspeição clínica. Neste caso acrescia ao desafio diagnóstico o facto da infecção viral e o eritema nodoso serem hipóteses com plausibilidade similar ao da doença hematológica que se revelou o diagnóstico final.

P383

1028 A RESTRIÇÃO DE UM DIAGNÓSTICO, AMILOIDOSE CARDÍACA

Carla Pereira, Adriana Soares, Catarina Custódio, Mónica Sousa, João Espírito Santo, Francisco Pestana Araújo, José Lomelino Araújo
Hospital Beatriz Ângelo

A amiloidose é uma entidade rara caracterizada pela deposição extracelular de proteínas fibrilares anormais insolúveis em vários tecidos ou órgãos. A presença de envolvimento cardíaco ocorre em cerca de 90% dos casos de amiloidose AL, manifestando-se com sintomas inespecíficos de dispneia, arritmias e insuficiência cardíaca congestiva de padrão restritivo, a qual é refratária à maioria das intervenções habituais e que se associa a um pior prognóstico.

Os autores descrevem o caso clínico de uma doente do sexo feminino, 72 anos, com antecedentes relevantes de patologia hematológica não especificada com seguimento em Hematologia noutro hospital. Admitida no serviço de urgência por quadro compatível com insuficiência cardíaca (IC) congestiva (classe III de New York Heart Association) de instalação progressiva com NTproBNP 13960 pg/mL à admissão. À avaliação analítica sem anemia, hipercalemia ou lesão renal, proteinúria 188 mg/24h, teleradiografia de torax com derrame pleural bilateral e eletrocardiograma com critérios de baixa voltagem. Imunoelctroforese das proteínas séricas com um pico monoclonal IgG/Lambda (4.7%, 0,8 g/dL), e doseamento de cadeias leves urinárias lambda (6,7 mg/dL) elevado. O ecocardiograma transtorácico era compatível com cardiopatia infiltrativa apresentando disfunção diastólica de grau 3 (padrão restritivo) com ambas as aurículas dilatadas e função sistólica global preservada. Ressonância magnética cardíaca com realce tardio subendocárdico global, típico de amiloidose cardíaca. Realizou biópsia de gordura

abdominal, na qual a pesquisa de substância amiloide foi positiva, o que confirmou a hipótese de amiloidose. Durante o internamento, destaca-se a difícil gestão da terapêutica expoliadora por hiponatremia, hipotensão sintomática e manutenção analítica de NTproBNP elevado.

Realizou mielograma com biópsia óssea, com celularidade 6.4% de plasmócitos, sem alterações citogenéticas por estudo FISH. Iniciou terapêutica com bortezomib, ciclofosfamida e dexametasona. Verificou-se evolução com agravamento progressivo da IC, com necessidade de internamentos posteriores e morte cerca de 3 meses após início da sintomatologia inicial.

Com este caso, os autores pretendem salientar a importância do diagnóstico precoce na amiloidose, uma vez que o prognóstico é grave quando existe envolvimento cardíaco, com sobrevida média inferior a 6 meses não existindo, atualmente, terapêuticas capazes de, na fase avançada do atingimento cardíaco, alterar o prognóstico. A amiloidose cardíaca continua a ser uma doença rara cujo diagnóstico reside num elevado índice de suspeição, permanecendo um desafio para o clínico tanto na abordagem diagnóstica como terapêutica.

DOENÇAS HEMATOLÓGICAS

P384

1231 NEUROPATIA PERIFÉRICA, UM DESAFIO DIAGNÓSTICO DO INTERNISTA

Guiomar Pinheiro, Miguel Nogueira, Mafalda Castro, Sofia F. Ribeiro, João Araújo Correia
Centro Hospitalar Universitário do Porto

INTRODUÇÃO

A neuropatia periférica (NP) é uma entidade rara (2.4%), mais frequentemente associada a doenças metabólicas e défices nutricionais tratáveis. No entanto, este diagnóstico requer uma avaliação cuidada e eventualmente exames dirigidos a outras causas mais raras, mas cuja terapêutica poderá ser determinante no prognóstico.

CASO CLÍNICO: Mulher de 70 anos, antecedentes de tuberculose pulmonar aos 15 anos que, após ter sido observada por vários médicos, num período de cerca de 3 meses, recorre ao Serviço de Urgência por quadro de instalação súbita e rapidamente progressiva de emagrecimento, desequilíbrio na marcha, dormência, parestesias, dor incapacitante no 1/3 distal dos membros inferiores e diminuição da sensibilidade da face interna dos pés. Havia já sido medicada com anti-inflamatório, opióide e antidepressivo, sem melhoria clínica. Objectivamente, sem défices de força muscular, edema bimalleolar ligeiro; ROT globalmente vivos e simétricos, sem sinal de Trommer nem Hoffman e RCP em flexão bilateralmente. Aquilanos abolidos

e hipostesia em peuga baixa, simétrica à picada. Sem erros nas posturais nos hálux. Marcha atáxica por déficit da propriocepção e Romberg negativo. Restante exame normal. Trazia EMG e TAC da coluna vertebral, realizada no início do quadro, sem alterações. De ressaltar no estudo, anemia normocrômica e normocítica, VS e PCR aumentadas.

Assumida NP sensitiva simétrica dos MI com 3 meses de evolução, sem progressão e, com resposta parcial apenas a terapêutica da dor neuropática, iniciada 3 dias antes do SU. Orientada para consulta de Medicina para estudo. Rastreio de doenças autoimunes negativo, com anticorpos anti-MAG e anti-gangliosídeos negativos. Serologias positivas para Hepatite B crônica e restantes negativas. Excluída Tuberculose. Aumento da beta2-microglobulina, pico monoclonal IgM/kappa, com imunoparésia e crioglobulinemia tipo II. Estudo imunofenotípico por citometria de fluxo da medula óssea a revelar população linfóide B monoclonal (10% dos linfócitos B) compatível com infiltração por LNH-B linfoplasmocítico, com 0.7% de plasmócitos. Repetida EMG, compatível com polineuropatia sensitivo-motora, de predomínio sensitivo, axonal e com gradiente distal-proximal. Assumido quadro de neuropatia periférica associada a LNH-B linfoplasmocítico, tendo iniciado terapêutica com rituximab em monoterapia. Posteriormente iniciou entacavir por hepatite B. Melhoria da dor a possibilitar redução de analgesia, marcha a normalizar e diminuição de VS. Actualmente, ligeira parestesia, não incapacitante.

DISCUSSÃO: Este caso clínico ilustra o desafio do diagnóstico etiológico de uma neuropatia periférica, sendo por vezes de difícil valorização clínica e podendo evoluir para uma situação de incapacidade motora. É importante, acreditar na clínica e procurar a causa no sentido de procurar a recuperação dos défices.

P385

1641 ALÉM DOS 3 T'S: SEMINOMA DO MEDIASTINO COMO CAUSA DE SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR (SVCS)

Rita João Soares, Nuno Miguel Monteiro, Joana Silva Marques, Giovana Ennis, Maria Reis Andrade, Mónica Santos

Centro Hospital de Tondela-Viseu (CHTV), Serviço de Medicina Interna

Introdução

A obstrução da veia cava superior (VCS) pode ser causada por trombose intravascular associada a invasão neoplásica da parede venosa ou por compressão extrínseca. Mais de 80% dos casos de SVCS são causados por tumores malignos do mediastino. Outras causas a mencionar são a fibrose mediastínica, malformações arteriovenosas,

tumores mediastínicos benignos (teratoma, higroma, timoma), pericardite, doenças infecciosas (tuberculose, sífilis, histoplasmosse). Os tumores de células germinativas extragonadaais são incomuns, correspondendo apenas a 5-7% de todos os tumores germinativos. De todos os locais extragonadaais, o mediastino é o mais comum (50-70%), outros a destacar são o retroperitонеu e as cavidades intra-abdominal e intra-torácica. A incidência é maior nos homens jovens, entre os 20-35 anos. Os seminomas são responsáveis por 30-40% dos casos e os não seminomatosos por 60-70%.

Caso clínico:

Homem de 30 anos sem antecedentes prévios e sem toma de medicação habitual referenciado pelo seu médico assistente por imagem em tomografia computadorizada (CT) torácica de formação expansiva sólida de 14cm do mediastino anterior, condicionando desvio externo e colapso da veia cava superior sem a trombosar. Apresentava edema da face, tumefação cervical lateral direita e áreas varicosas cutâneas do abdómen superior com 15 dias de evolução e agravamento progressivo. No Serviço de Medicina Interna realizou estudo etiológico: hemograma sem alteração das linhagens evidente, sem coagulopatia, funções renal e hepáticas mantidas, alfa-fetoproteína positiva, eletroforese de proteínas séricas sem alterações de relevo, ecografia da tireóide e pescoço que demonstrou apenas algumas formações ganglionares supraclaviculares bilaterais. O estudo doppler dos vasos do pescoço revelou ectasia jugular externa direita e sinais sugestivos de flebite jugular esquerda. Durante a permanência no internamento ocorreu agravamento das queixas de edema da face e surgimento de circulação colateral na região de transição toracoabdominal. Foi medicado com esquema de corticóide sistémico, com resposta favorável. A D11 de internamento realizou biópsia mediastínica, sugestiva de Tumor Germinativo Seminomatoso não tendo havido necessidade de terapêutica cirúrgica descompressiva.

Discussão:

O SVCS ocorre quando há obstrução ao fluxo sanguíneo da VCS e pode provocar aparecimento de circulação colateral venosa da metade superior do corpo. É considerado uma emergência médica e o diagnóstico e tratamento da causa devem ser imediatos, sendo o seu diagnóstico clínico. Uma das complicações mais frequentemente associada ao seminoma mediastínico é o SVCS.

P386

2047 COEXISTENCIA DE MIELOMA MULTIPLO E AMILOIDOSE PRIMÁRIA

Ana Furão Rodrigues, Liliana Ribeiro dos Santos, Ana Teresa Melo, Ana Paula Vilas

Serviço de Medicina 2B – Hospital Santa Maria / Centro Hospitalar e Universitario Lisboa Norte (diretor de Serviço: Professor Doutor Rui M M Victorino)

INTRODUÇÃO

O mieloma múltiplo (MM) e a amiloidose primária (AP) são doenças proliferativas plasmocitárias. Cerca de 10 a 15% dos doentes com MM desenvolvem AP clinicamente sintomática, sendo a situação inversa muito rara (0,4%). O reconhecimento da coexistência da AP e do MM é importante pois influencia o tratamento e prognóstico.

CASO CLÍNICO: Homem de 68 anos, sem antecedentes patológicos de relevo, assintomático até 4 meses antes do internamento, altura em que iniciou cansaço a nível das cinturas escapular e pélvica de agravamento progressivo. Uns dias antes do internamento iniciou ainda náuseas e toracalgia esquerda pleurítica. A observação, sem alterações a destacar, tendo bom estado geral e exame neurológico normal. Laboratorialmente, a destacar anemia macrocítica (Hb 11,5gr/dL, VGM 98,8fL), alteração da função renal (ureia 78mg/dL, creatinina 4,5mg/dL, K 4.5mmol/L), cálcio 10.5mg/dL (8.5-10.2), fósforo 5.7mg/dL (2.5-4.5), PTH 11.5pg/mL (14-72), eletroforese de proteínas com hipogamaglobulinémia (0.5gr/dL, 9.2%) e pico em gama (0.1gr/dL), troponina T hsTNT 444U/L (<14), gasimetria normal (pH 7.47, pCO₂ 37, pO₂ 82.7, HCO₃ 27.5, Sat.O₂ 95.8%) e urina II com proteínas de 75mg/dL, sem outras alterações. A ecografia renal evidenciou discreto aumento da diferenciação corticomedular. O eletrocardiograma e ecocardiograma sumário foram normais. Admitiu-se hipoparatiroidismo 2º, provavelmente em contexto de MM. A lesão renal aguda foi interpretada em relação com o MM versus secundária a hipercalcémia (embora à admissão a hipercalcémia fosse ligeira, a PTH estava suprimida e a fosfatémia elevada, podendo os níveis de calcémia já ter sido mais elevados). Para investigação diagnóstica efetuou: proteinúria das 24 horas, de 7328mg; imunofixação sérica, com banda monoclonal lambda; imunofixação urinária com Bence-Jones lambda; mielograma, com os plasmócitos a constituírem 88% da celularidade total, com características morfológicas e imunofenotípicas de MM (CD138++/CD38++/CD19+/CD56+); Rx do esqueleto com lesões líticas da calote craniana e da grelha costal. Concluiu-se pelo diagnóstico de mieloma de cadeias leves e fez pesquisa de substância amiloide na gordura abdominal, sendo esta negativa. Efetuou biópsia renal que confirmou a presença de depósitos amorfos extracelulares corando com o vermelho

do Congo com a característica birrefringência à luz polarizada.

CONCLUSÃO: No caso apresentado, a investigação etiológica de lesão renal aguda e hipoparatiroidismo secundário culminou no diagnóstico de mieloma de cadeias leves e AP (na presença de MM, a identificação de substância amiloide é suficiente para diagnosticar AP). O mieloma de cadeias leves é uma doença rara, correspondendo a cerca de 20% dos casos de MM, e apresenta uma elevada incidência de insuficiência renal e de AP. O diagnóstico simultâneo destas duas entidades ocorre em cerca de 10% dos casos de MM e a coexistência destas 2 entidades associa-se a mau prognóstico.

P387

11 UM LINFOMA ATÍPICO

Catarina Carvalho, Rodrigo Rufino, Alexandra Albuquerque, Fátima Campante
Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Apresentamos o caso de uma doente do sexo feminino, 80 anos, com antecedentes conhecidos de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e doença renal crónica em contexto de nefropatia diabética. Foi admitida na urgência por queixas de cansaço fácil e dispneia com alguns dias de evolução, diagnosticando-se derrame pleural bilateral em provável contexto de insuficiência cardíaca, sendo internada na Medicina Interna para consolidação terapêutica.

Apesar de para insuficiência cardíaca otimizada, manteve sintomatologia com agravamento de derrame à direita, decidindo-se por toracocentese evacuadora e diagnóstica, que foi compatível com exsudado e negativa para células neoplásicas. Fez também TC torácico, onde foram identificadas múltiplas adenopatias torácicas e mediastínicas. Analiticamente manteve sempre parâmetros de reacção inflamatória elevados sem evidência de infecção, nomeadamente velocidade de sedimentação de 120 mm/1ª hora.

Perante estes achados o estudo foi complementado com: auto-imunidade que foi negativa e marcadores tumorais com elevação de beta-2-microglobulina, ecografia abdominal onde se identificou esplenomegalia, IGRA negativo e mielograma com biópsia óssea, diagnósticos de doença inflamatória crónica. Perante hipótese diagnóstica de doença linfoproliferativa e estudo inconclusivo, decidiu-se por excisão ganglionar de adenopatia submentoniana junto ao ângulo direito da mandíbula, com início posterior de corticoterapia.

A histologia revelou tratar-se de uma glândula salivar infiltrada por Linfoma não Hodgkin B do tipo linfoma MALT.

A doente encontra-se neste momento a ser

seguida em consulta de Hematologia e é um caso exemplificativo de prolongamento do internamento por exames não conclusivos. O diagnóstico foi conseguido através de biópsia excisional com resultado atípico e totalmente diferente da primeira hipótese diagnóstica.

P388

296 FAVISMO- CASO CLINICO

Mariana Costa, Beatriz Porteiro, Marina Vitorino, Filipa Nunes, Whine Pedro, Alexys Borges, Joao Machado, Marinela Major

Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca

Introdução

No metabolismo do eritrócito, a glucose-6-fosfato desidrogenase (G6PD, tem um importante papel no shut da hexose monofosfato (HMP), a qual é determinante na geração de glutatião, um constituinte crítico na prevenção da lesão oxidativa celular.

Os doentes com défice de G6PD podem desencadear uma anemia hemolítica aguda após a exposição a stress oxidativo, nomeadamente toma de certas drogas, ingestão de favas (favismo) ou infecções. A apresentação clínica da deficiência de G6PD baseia-se na gravidade e grau de deficiência da enzima.

Caso clínico: Doente com 22 anos, sexo masculino, natural e residente no Brasil, de férias em Portugal, foi admitido no Serviço de Urgência do nosso hospital por um quadro com 2 dias de evolução caracterizado por icterícia e escurecimento da urina acompanhados de mal-estar inespecífico e náuseas. Negou febre, diarreia, dor abdominal e mioartralgias.

Negou qualquer medicação prévia e ingestão de álcool. Hábitos epidemiológicos negativos.

À entrada no exame objectivo o doente apresentava-se consciente e orientado, razoável estado geral, icterícia da pele e escleras. Abdómen indolor. Da avaliação laboratorial destaca-se anemia Hb 11.8 g/dL, V.G.M. 96.3 fL, H.G.M. 33.1 pg, C.H.G.M.

34.4 d/dL, plaquetas 219.000, Bilirrubina total 23.27 mg/dL, LDH 619 U/L, transaminases normais, creatinina 1.24 mg/dL, ureia 50.1 mg/dL, PCR 2.38 mg/dL. O esfregaço de sangue periférico revelou Muito ligeira macrocitose. Muito ligeira poiquilocitose, com observação de raros esquizócitos, raros acantócitos e raras 'bite-cells'. Haptoglobina <10 mg/dL. Coombs direto negativo. Sedimento urinário Hb +2. A serologia para a uto imunidade foi negativa.

A ecografia e a TAC abdominal foram negativas. O estudo complementar para etiologia infecciosa (HIV, HCB, CMV e EBV) foi negativo.

No internamento, na revisão da anamnese, o

doente referiu ingestão, 2 dias antes dos sintomas, uma refeição com favas. Neste contexto foi realizado o doseamento da G6PD que veio 1.6UI/grHb (intervalo de referencia 4.6-13.5 UI/grHb), confirmando o diagnostico de deficiência de G6PD.

Conclusão: historicamente a literatura medica, desde os primórdios da medicina, esta repleta de referências a episódios de favismo. O caso clinico apresentado ilustra a importância de perante quadros de hemólise aguda que suscitam um diagnostico diferencial exaustivo de não negligenciar a importância da historia clinica, apurando o consumo de favas.

P389

336 O DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA NUMA IDA AO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Bela Machado, Mariana Mendes Gomes, Mariana Bilreiro, Carolina Barros, Helena Freitas Luís, Lino Nóbrega, Luz Braão

Serviço de Medicina Interna - Hospital Central do Funchal

A Leucemia linfocítica crónica (LLC) é uma doença indolente com uma história natural bastante variável. A sua incidência aumenta com a idade e a forma de apresentação varia desde um achado nas análises de rotina, ao aparecimento de adenomegalias dolorosas ou em 5 a 10% dos pacientes apresentam-se com sintomas B à admissão. O diagnóstico começa por alteração no hemograma.

Os autores apresentam um caso clínico de um indivíduo do sexo feminino, de 59 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e síndrome depressivo. Recorreu ao Serviço de Urgência por tosse não produtiva e adenomegalias submandibulares bilateralmente com 3 dias de evolução, sem outras queixas tais como perda ponderal e cansaço. Ao exame objetivo a doente apresentava-se apirética e hemodinamicamente estável, com adenomegalias submandibulares, cervicais posteriores e axilares bilateralmente e supraclavicular à direita com dimensões entre 1 a 2cm, não aderente aos planos profundos, não dolorosas e de consistência dura. Não apresentava hepato ou esplenomegalia e sem outros achados ao exame objetivo. Analiticamente apresentava uma leucocitose de $167 \times 10^3/\mu\text{L}$ com $153 \times 10^3/\mu\text{L}$ linfócitos. O esfregaço de sangue periférico confirmou a linfocitose, observando-se 86% de linfócitos atípicos e manchas de Gumprecht. Sem alterações relevantes nas restantes linhagens. Foi realizado mielograma que revelou hiperplasia da série linfóide e aspectos morfológicos compatíveis com infiltração por células de LLC. A citometria de fluxo do sangue periférico e do aspirado medular foi concordante mostrando uma população linfóide. A doente foi orientada para a consulta de hematologia para dar continuidade ao estudo e para iniciar

tratamento. As serologias virais foram negativas e o estudo citogenético mostrou uma deleção 17p, 11q e 13q negativas e uma trissomia 12 positiva. As imunoglobulinas e beta 2 microglobulina apresentavam valores dentro da normalidade. Realizou uma tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica que confirmou a presença de múltiplas adenopatias envolvendo os territórios ganglionares cervicais, supraclaviculares, axilares, hilar à direita, bem como os territórios intra-abdominais, lombo-aórticos e pélvicos.

A doente foi classificada como uma LLC de risco intermédio (Rai 1, Binet B) e iniciou tratamento com fludarabina, ciclofosfamida e rituximab durante 6 ciclos. Após o primeiro ciclo a doente apresentava-se sem leucocitose. Foi repetida a tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica revelando uma resposta completa à terapêutica.

Este caso pretende demonstrar a inespecificidade de sintomas à apresentação e a necessidade de suspeição clínica por parte de um Internista no Serviço de Urgência. O diagnóstico diferencial da LLC inclui causas infecciosas e outras neoplasias hematológicas que cursam com linfocitose. A duração do tratamento depende da resposta do doente até à obtenção de remissão completa.

P390

1016 QUANDO OS EOSINÓFILOS GANHAM VIDA

Dalila Parente, Margarida Bela, Magda Silva, Inês Ferreira, Mari Mesquita

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Introdução

A síndrome hipereosinofílica (SHE) é a associação de hipereosinofilia com dano e/ou disfunção de órgãos mediado por eosinófilos, sendo excluídas outras causas potenciais para o dano. Tem prevalência estimada de 0.36-6.3/100.000 habitantes. A contagem absoluta de eosinófilos é superior a 1500 células/mm³ em duas medidas com intervalo mínimo entre elas de quatro semanas e/ou aumento no número de eosinófilos nos tecidos. Na SHE idiopática, a causa subjacente da hipereosinofilia é desconhecida apesar de investigação etiológica completa. Os órgãos mais afetados são: pele, pulmão, trato gastrointestinal, coração e sistema nervoso. O tratamento consiste em corticoterapia e depende da etiologia, da severidade dos sintomas e da disfunção de órgão.

Caso Clínico: Mulher de 21 anos. Antecedentes de hepatomegalia esteatósica, gastrite antral, múltiplas infeções respiratórias altas e sinusite. Há cerca de 4 anos iniciou dejeções diarreicas com agravamento nos últimos 4 meses, intercalando com vômitos alimentares e dor abdominal epigástrica. Medicada com antiparasitário 2 semanas antes sem

melhoria. Acresce aumento ponderal em 4 anos. Por aumento do perímetro abdominal, realizou em ambulatório ecografia abdominal que mostrou ascite e hepatopatia esteatósica. Analiticamente apresentava leucocitose (14300) e eosinofilia (3900). No Serviço de Urgência realizou tomografia toraco-abdomino-pélvica que confirmou a presença de ascite de médio volume. Líquido ascítico com 19560 células e 91% eosinófilos. BAAR, microbiológico, micobacteriológico e citológico do líquido negativos. Por suspeita de síndrome hipereosinofílica foi internada. Analiticamente: Vitamina B12 normal, sem consumo de complemento, ANAs e ANCAs negativos, proteinograma normal, IgE total normal, anti-HIV 1/2 negativo. Bacteriológico, parasitológico, pesquisa de leucócitos, rotavírus, adenovírus e clostridium nas fezes negativos. Marcadores de doença celíaca negativos. Imunofenotipagem (IFT) sangue periférico: moderada linfocitose TCD4+ reativa. IFT medula óssea: eosinófilos com marcadores de maturidade e sem marcadores de ativação. EDA sem alterações. Biópsia óssea: hiperplasia da série mieloide, eosinofilia absoluta e relativa. Sem evidência de processo mieloproliferativo ou linfoproliferativo. Fusão génica FIP1L1-PDGFRα negativa. Iniciou corticoterapia sistémica 1mg/Kg/dia com melhoria da diarreia e vômitos, redução da hipereosinofilia e resolução da ascite. Teve alta sob Prednisolona 80 mg.

Discussão: A SHE é uma doença hematológica rara, com superprodução sustentada de eosinófilos e que pode ter um grande impacto devido ao possível atingimento orgânico. É necessário o envolvimento de vários profissionais de saúde no diagnóstico. A escolha terapêutica é orientada pela gravidade das manifestações clínicas e etiologia da eosinofilia, o que proporcionará melhores taxas de sobrevida e prognóstico.

P391

1172 "EOSINÓFILOS A MAIS... E AGORA ???"

Sara Augusta Ramos, Danay Perez, Ana Isabel Lopes, Albina Moreira, Hugo Miguel Oliveira, Adelina Pereira
Hospital Pedro Hispano - ULS Matosinhos

A eosinofilia no sangue periférico (≥500 uL eosinófilos) pode ter inúmeras causas entre elas, alérgicas, infecciosas, inflamatórias ou oncológicas, algumas de rara prevalência. As causas de hipereosinofilia devem ser identificadas precocemente de forma a avaliar a gravidade da situação, o envolvimento de órgão associado e implementar o tratamento adequado.

Mulher, 74 anos, com história de eosinofilia estável, assintomática, desde 2016, na ordem de 1000 - 1500 uL, cujo estudo etiológico não permitiu diagnóstico de causa subjacente. Encaminhada dos Cuidados de Saúde Primários ao Serviço de Urgência por hipereosinofilia de 8200 uL associada

a quadro de edemas periféricos e noção de aumento do perímetro abdominal com cerca de 2 meses de evolução. Associadamente astenia e anorexia, sem perda ponderal objectivada e percepção de cansaço para esforços moderados. Referência, ainda ao desenvolvimento lesões cutâneas pruriginosas, dispersas por várias regiões do corpo. À admissão no SU, sem evidência de febre, documentada maciez dos flancos na exploração abdominal com confirmação ecográfica de ascite. Visualizadas lesões cutâneas, pruriginosas, papulosas, escoriadas, generalizadas, envolvendo a quase totalidade do tegumento. Analiticamente com anemia normocítica normocrômica (Hb 10.6 g/dL), LRA AKIN1 (Creatinina de 1.3 mg/dL e Ureia: 45 mg/dL), ligeiro aumento da PCR (16.40 mg/L), leucocitose (15850/uL) com hipereosinofilia de 9100 uL e elevação da LDH de 430 U/L (intervalo de referência: 125 - 220 U/L). Internada para estudo, TC abdominal com presença de ascite e múltiplos gânglios linfáticos dispersos. Efectuada paracentese diagnóstica do líquido ascítico com gradiente de albumina sero-ascítico de 2.3 e ausência de células malignas. Imunofenotipagem de sangue periférico compatível com o diagnóstico de Linfoma/Leucemia de células T CD4 maduras, com componente de células grandes. Exérese de gânglio, cuja histologia era sugestiva de Linfoma T periférico com características de Linfoma T Angioimunoblástico.

Apesar do extenso diagnóstico diferencial de hipereosinofilia, algumas causas, apesar de raras, pela sua gravidade clínica devem ser exploradas de forma a permitir um tratamento precoce e melhoria do prognóstico.

P392

1420 POLICITEMIA VERA E EVENTOS TROMBÓTICOS MAJOR

José Sousa, Sara Amaral, Sara Pinheiro, Carlos Figueiredo, Teresa Ferreira, Catarina Pires, Tiago Pack, Afonso Rodrigues, Ana Patrícia Cachado, Teresa Garcia, António Sousa Guerreiro

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central - Serviço de Medicina Interna - Unidade Funcional 4

Introdução

A policitemia vera (PV) é uma doença mieloproliferativa das células hematopoiéticas, caracterizada por uma produção anormal e acentuada de eritrócitos, leucócitos e plaquetas, verificando-se que a mutação JAK2-V617F tem um papel fundamental na sua etiologia.

Descrição do caso

Homem de 73 anos, independente, com diagnóstico prévio de PV e múltiplos eventos trombóticos, já com filtro na veia cava inferior (VCI), habitualmente hipocoagulado com acenocumarol, com difícil alcance de alvo terapêutico. Observado em consulta,

com switch para DOAC, que posteriormente, suspendeu por intolerância, permanecendo 2 dias sem terapêutica. Internado por tromboembolismo venoso profundo (TVP) à direita, com extensão até à bifurcação ilíaca, realizando terapêutica com enoxaparina e seguidamente com acenocumarol, tendo tido alta com INR de 2.5. Três dias após a alta, recorre ao serviço de urgência por dor abdominal e edema do membro inferior esquerdo (MIE), apresentando INR de 1.6 e em TC angiográfica, extenso trombo venoso local e pélvico ilíaco bilateral, distal ao filtro da VCI. Foi internado para vigilância e terapêutica com enoxaparina com switch posterior para hipocoagulante cumarínico e revisão de interações medicamentosas. No espaço de 2 semanas, volta a apresentar novo evento trombótico a nível do MIE, apesar de hipocoagulante em dose terapêutica, decidindo-se por hipocoagulação com enoxaparina desde então, sem novos eventos trombóticos e com hematócrito controlado sob flebotomias.

Discussão

A PV é uma doença rara, com uma incidência de 2,3/100.000 por ano, sendo em 20% dos casos, a trombose é o sintoma de apresentação da PV. A hipocoagulação e o seu adequado controlo, tornam-se fulcrais para redução de eventos trombóticos, bem como redução de eventos hemorrágicos, respetivamente, verificando-se um desafio, tal como foi apresentado neste caso clínico. Releva-se a importância do caso clínico pela exuberância de eventos trombóticos, bem como pelo difícil ajuste da terapêutica hipocoagulante.

P393

2127 QUEM NUNCA SE SENTIU CANSADO? POLICITEMIA VERA UM DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR.

Ana Carvoeiro, Alexandra Esteves, Susana Barbosa, Paula Felgueiras, Diana Guerra, Carmélia Rodrigues

Unidade Local de Saúde do Alto Minho

INTRODUÇÃO

A Policitemia Vera (PV) é considerada a doença mieloproliferativa (DMP) crónica, adquirida, mais comum, com incidência de 2,5 por 100.000 casos de DMP. Caracteriza-se pela presença de eritrocitose associada a graus variáveis de leucocitose e de trombocitose (40% dos casos) e à evidência de esplenomegalia em 30% dos casos. A idade média ao diagnóstico varia entre os 65 e os 74 anos e a história natural caracteriza-se pelo aumento do risco tromboembólico e pela predisposição ao desenvolvimento de mielofibrose, síndrome mielodisplásica e leucemia mieloide aguda. Relativamente à apresentação clínica, esta pode cursar com o aparecimento de sintomas neurológicos, secundários a acidentes vasculares isquémicos, por vezes transitórios, e hipertensão

arterial (HTA) . CASO CLÍNICO: Mulher, 82 anos. Antecedentes pessoais de HTA. Trazida à Consulta Externa de Medicina Interna por astenia e anorexia com vários meses de evolução. Sem alterações de relevo ao exame objetivo. Do estudo analítico a salientar, HB 18g/dL, hematócrito de 57%, leucocitose de 12200, trombocitose (536000), sem alterações da cinética do ferro, da função hepática, renal, ou tiroideia normais emarcadores tumorais negativos. Realizou ecografia abdominal, que mostrou ligeira esplenomegalia homogênea, sem hepatomegalia associada. Realizado mielograma, cujos resultados foram inconclusivos para esclarecimento diagnóstico, pelo que se complementou o estudo com os dados histológicos da medula óssea, que revelaram tecido hematopoiético hiper celular para a idade, com linhagem plaquetar com megacariócitos hiperlobulados e eritropoiese e granulopoiese normais, consistentes com diagnóstico de PV. O estudo citogenético detetou a mutação V617F no gene JAK2. Doente iniciou flebotomias em regime de Hospital de Dia e foi instituída terapêutica com hidroxycarbamida 500mg/dia e ácido acetilsalicílico 150mg/dia, com melhoria clínica gradual dos sintomas. DISCUSSÃO: A PV cursa com prognóstico favorável se o diagnóstico for realizado precocemente, com instituição do tratamento de acordo com o estadio da doença e com as características de cada indivíduo. Com este caso, pretende-se realçar que a PV é, numa fase inicial, muitas vezes de evolução insidiosa, manifestando-se com aparecimento de sintomas como astenia ou anorexia, que quando presentes numa população idosa com diversas comorbilidades poderão não ser considerados. O tratamento da PV pode cursar com a realização periódica de flebotomias, sendo de realçar que em doentes com um risco aumentado de trombose devido à idade (> 65 anos), com antecedentes de eventos trombóticos, doença vascular periférica ou hipertensão, deverá ser considerada terapêutica de citorredução com hidroxureia, a qual se mantém como fármaco de eleição em doentes idosos. O interferão peguilado emergiu, mais recentemente, como terapêutica a considerar, não estando ainda claros os seus benefícios face à hidroxureia

P394

1222 ASCITE SEPTADA: QUANDO A CIRURGIA NÃO É OPÇÃO

Joana Couto¹ Tiago Mendes², Luís Pontes Santos¹, Liliana Alves Costa², Raquel López¹, Paula Brandão², Diana Guerra¹

¹Serviço de Medicina Interna 1, Unidade Local de Saúde do Alto Minho; ²Serviço de Medicina Interna 2, Unidade Local de Saúde do Alto Minho

A peritonite bacteriana espontânea é (PBE) definida como a infeção bacteriana do líquido ascítico (LA) e peritoneu na ausência de uma fonte intra-abdominal de infeção ou causa maligna. Pode

complicar com formação coleções intra-abdominais ou de septos secundários a inflamação e fibrose peritoneal, levando a intervenção cirúrgica.

Homem de 45 anos com doença hepática crónica (DHC) de etiologia alcoólica (CHILD-PUGH C, MELD 25) sob paracenteses evacuadoras (PE) regulares (2/2 semanas) por ascite refratária. Apresentou incidentalmente aspeto turvo do LA numa PE programada, cujo estudo mostrou 7357 leucócitos, 97% neutrófilos e presença de bactérias. Foi intestado por PBE e iniciou empiricamente cefotaxima. Isolado no LA *klebsiella pneumoniae* (KP) multissensível (MS), mas após 7 dias de antibiótico mantinha febre e parâmetros inflamatórios elevados. Repetiu-se paracentese diagnóstica que revelou LA com características de pus, pelo que associado metronidazole. A presença de PBE complicada motivou a realização de ecografia e TC abdominal que mostraram ascite complexa multisseptada, sem abscessos ou lesão intra-abdominal que justificasse peritonite secundária. Dado gravidade de DHC foi considerado elevado risco cirúrgico, decidindo-se multidisciplinarmente não prosseguir com estratégia de laparotomia com lavagem peritoneal convencional, optou-se por uma atitude conservadora com colocação de dreno pig tail e alargamento do espectro de antibioterapia (Imipenem) por possível infeção plurimicrobiana. A análise seriada do LA revelou melhoria lenta, manteve isolamento de KP MS e identificada de novo *candida albicans* MS, pelo que iniciou Fluconazol. Manteve drenagem de 225-300cc/dia durante 11 dias sob lavagens repetitivas com melhoria clínica e analítica paulatina, apresentando apirexia pela primeira vez ao 7º dia após colocação do dreno. Repetiu ecografia abdominal com melhoria imagiológica. Dada a evolução favorável, redução do espectro para ciprofloxacina de acordo com antibiograma de KP MS para completar tratamento. Durante o estudo sem evidência de outro foco, manteve pesquisas repetidas de micobactérias negativas, sem evidência de endocardite com hemoculturas negativas e sem alterações no ecocardiograma.

Apresenta-se este caso pelo desafio terapêutico inerente. Este caso recorda-nos o princípio elementar do tratamento antimicrobiano, o alargamento do espectro da antibioterapia de nada vale se não se verificar controlo do foco da infeção. A pressão da medicina moderna pode levar erradamente ao escalar terapêutico e a atitudes invasivas em doentes cujo risco é maior do que o benefício - como neste caso a intervenção cirúrgica. A solução passa por atitudes conservadoras e tempo para resolução de infeções complicadas, destacando-se o papel fulcral da drenagem percutânea e do prolongamento de antibioterapia dirigida. Destaca-se a capacidade internista na gestão destes fatores e na capacidade ponderação risco vs benefício doente a doente.

P395

160 PORTAL VEIN THROMBOSIS – AN UNUSUAL OR UNUSED TREATMENT?

Sofia Monteiro^{1,2}, Carsten Meyer², Michael Praktiknjo²
 1 Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal; 2 Universitätsklinikum Bonn, Bonn, Germany;

Introduction: Non-cirrhotic nontumoral portal vein thrombosis (NCPVT) is a rare disease and can cause portal hypertensive complications as well as intestinal ischemia, if not treated. Recent and chronic NCPVTs are successive stages of the same disease and although they share similar causes, the clinical presentation and management differs. In recent NCPVT the treatment goals are recanalization and prevention of intestinal infarction and portal hypertension.

We present a case of successful, interventional recanalization of PVT in a young patient.

Clinical case: Healthy 24 year old pregnant woman presents in a hospital with dull epigastric pain with circumferential irradiation and recent history of diarrhea. Blood tests showed slightly elevated lipase. After symptomatic therapy of pancreatitis, she was discharged. Thirty days later emergency c-section was performed due to partial placental abruption without surgical complications. Seven days later she developed bloody diarrhea and ascites. CT scan revealed a complete NCPVT of the main trunk and intrahepatic branches. Therapeutic anticoagulation was initiated with intravenous heparin. Ten days after starting anticoagulation, recanalization was not achieved. Clinically the patient had ongoing bloody diarrhea. Therefore, the patient was submitted to transjugular transhepatic thrombolysis and thromboaspiration (performed with AngioJet system, local alteplase 0.5mg/h and systemic heparin goal APTT 60sec) for 48 hours. Recanalization of main trunk and right branch was successful. Due to slow inflow, risk of recurrent thrombosis was high and TIPS placement was decided to increase inflow and prevent recurrent thrombosis.

Histology of sigmoid colon was compatible with ulcerative colitis and no other prothrombotic causes for PVT, rather than pregnancy and pancreatitis were so far diagnosed.

Discussion: With this clinical case the authors want to remind that in the presence of abdominal pain, PVT diagnosis must be considered. Furthermore, data on interventional transhepatic local thrombolysis is limited. However, to avoid emergency surgery for bowel ischemia it should be in clinicians' minds as an existing option. In this case, bloody diarrhea is possibly attributed to inflammatory bowel disease, however this diagnosis was made afterwards and threatening intestinal ischemia could not be ruled out. The presence of factors that have

been associated with absence of recanalization (ascites and delay in initiating anticoagulation) or suspicion of imminent bowel ischemia may lower the threshold for intervention.

Moreover, TIPS placement for keeping venous patency is not a formal indication and since outcome of chronic NCPVT is relatively good decisions should be made case by case. However, TIPS placement can allow prevention of portal hypertensive complications.

Finally, clinicians should remember that often in NCPVT multiple etiological factors coexist and complete etiological study is always required.

P396

733 ASCITE INAUGURAL COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE TROMBOCITÊMIA ESSENCIAL

Rosa Alves (1), Pedro Moreira (2), Patrícia Andrade (2), Guilherme Macedo (2)

(1) Serviço de Medicina Interna, Hospital Garcia de Orta, EPE; (2) Serviço de Gastroenterologia, Hospital São João do Porto

A síndrome Budd-Chiari (SBC) define-se por um processo fisiopatológico que resulta na interrupção/diminuição do fluxo de saída do sangue a partir do fígado. Em 80% dos casos é possível identificar o distúrbio subjacente. Os distúrbios mieloproliferativos crónicos são responsáveis por até 50% dos casos, sendo a policitemia vera mais frequente que a trombocitemia essencial (TE). Os sinais de mieloproliferação podem estar ausentes na presença de hipertensão portal (HTP) com hiperesplenismo. Outras causas são as neoplasias, infecções ou lesões hepáticas benignas, trombofilias, entre outros. Apresenta-se o caso de um homem, 28 anos, com história de trombocitose desde a adolescência de etiologia não esclarecida. Internado para estudo de ascite inaugural e síndrome constitucional com perda ponderal e astenia. Negava história de consumo de álcool e tóxicos, viagens recentes, comportamentos de risco ou história familiar de doença hepática crónica (DHC). Analiticamente apresentava trombocitose (plaquetas $612.000 \times 10^6/L$), hipoalbuminemia, citocolestase com predomínio de colestase hepática e hiperbilirrubinemia, coagulopatia e hiponatremia. O líquido ascítico apresentava gradiente sero-ascítico compatível com hipertensão portal. O estudo de DHC foi negativo para causas virais, auto-imunes e distúrbios metabólicos. Feita tentativa de realização de biópsia hepática via transjugular sem sucesso, por não progressão a nível das veias supra-hepáticas. Realizou angio-tomografia computadorizada abdominal que evidenciou hepatomegalia de características sugestivas de hepatopatia crónica com sinais de HTP e ausência de preenchimento das veias supra-hepáticas. Por suspeita de distúrbio mieloproliferativo, feita

pesquisa de mutação JAK V617F que foi positiva, mielograma e biópsia óssea compatíveis com TE. Após observação por Hematologia, iniciou terapêutica citorredutora com hidroxycarbamida. Realizou ainda biópsia hepática que demonstrou marcada necrose centrolobular hemorrágica com destruição do parênquima hepático. Perante os achados descritos, admitido o diagnóstico de insuficiência hepática (IH) subaguda secundário a SBC associado a TE. Por persistência de ascite refractária a diuréticos e sarcopenia importante, sem condições anatómicas para colocação de shunt portossistêmico intra-hepático transjugular, foi submetido a transplante hepático (TH), com resolução da ascite e da sarcopenia e excelente recuperação funcional. A TE é uma entidade mais frequente nos indivíduos com mais de 60 anos, mas até 20% dos doentes podem ter idade inferior a 40 anos, sendo rara na infância. O prognóstico a longo prazo é relativamente bom, com uma esperança média de vida semelhante à dos indivíduos saudáveis, no entanto é condicionado pelo risco de transformação em leucemia ou mielofibrose. No presente caso, o prognóstico a curto e médio prazo foi condicionado pelo desenvolvimento de IH. A referenciação precoce e atempada para um centro de TH foi crucial para o prognóstico.

P397

1843 UM AGENTE POUCO HABITUAL – PERITONITE BACTERIANA ESPONTÂNEA A LISTERIA MONOCYTOGENES

Inês Nabais, Patrícia Cipriano, António Carneiro, Nuno Melo, Ana Rafaela Alves, Ana Teresa Boquinhas
Serviço de Medicina Interna, Hospital de Cascais

INTRODUÇÃO

A peritonite bacteriana espontânea (PBE) é uma complicação comum da doença hepática avançada e associa-se a elevada morbi-mortalidade. A PBE a *Listeria monocytogenes* é uma forma rara, mas grave, de listeriose.

CASO CLÍNICO

Homem, de 83 anos, caucasiano, autónomo, com antecedentes de cirrose hepática de etiologia etanólica Child-Pugh C, internado 3 meses antes por PBE sem isolamento de agente. Admitido no serviço de Urgência por astenia, vômitos e dor abdominal com 10 dias de evolução. Encontrava-se apirético, hemodinamicamente estável, mas desorientado, com flapping e ascite. Analiticamente, de referir anemia macrocítica, elevação dos parâmetros inflamatórios, INR espontâneo de 2.5, hiperbilirrubinemia, hipoalbuminemia e função renal agravada. Admitiu-se encefalopatia portossistêmica grau 2 devido a intercorrência infecciosa. Realizada paracentese com drenagem de líquido ascítico turvo, com critérios de PBE, embora com predomínio de mononucleares (73.5%).

Iniciou antibioterapia (AB) com cefotaxime. No 4º dia, foi isolada *L. monocytogenes* no LA. Foi alterada antibioterapia para ampicilina de acordo com teste de sensibilidade. Apesar de alteração antibioterapia, verificou-se evolução desfavorável, com desenvolvimento de síndrome hepato-renal tipo 1, insuficiência hepática aguda e discrasia hemorrágica, falecendo ao 17º dia de internamento.

DISCUSSÃO

Os autores decidiram apresentar este caso pelo facto da *L. monocytogenes* ser uma causa incomum de PBE, embora se verifique uma incidência crescente e com uma mortalidade estimada em cerca de 30%. O diagnóstico atempado e o início de AB precoce são fundamentais para a melhoria do prognóstico da doença aguda e, tal como descrito na literatura, o predomínio de linfócitos (até então atribuído a tuberculose ou carcinomatose peritoneal) deve alertar para a possibilidade de estar perante um caso de *Listeria*.

P398

111 HIPERTENSÃO PORTAL NÃO-CIRRÓTICA NUM DOENTE COM VASCULITE ASSOCIADA AOS ANCA: CAUSA OU COINCIDÊNCIA?

Carolina Teles, Carlos Dias da Silva, Teresa Vaio, Rui Santos, Armando Carvalho

Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO

A causa mais comum da hipertensão portal é a cirrose hepática, mas há que ter em conta a possibilidade de hipertensão portal não-cirrótica, mais frequente nos países asiáticos, mas também descrita nos países ocidentais. Excluindo todas as causas, considera-se hipertensão portal não-cirrótica idiopática. É rara, tem manifestações histológicas hepáticas variadas e inespecíficas e pode ter múltiplas patologias associadas, incluindo doenças autoimunes, vasculites, fármacos citotóxicos, nomeadamente a azatioprina. O envolvimento hepático na vasculite associada aos ANCA é raro, sendo uma associação difícil de estabelecer.

CASO CLÍNICO: Doente do sexo feminino, 45 anos de idade, com antecedentes de vasculite sistêmica pANCA MPO+, que recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de distensão e desconforto abdominal, com cerca de 4 semanas de evolução, sem outros sinais ou sintomas associados. Analiticamente, destacou-se pancitopenia, sem elevação da enzimologia hepática. Ecografia abdominal mostrou fígado heterogéneo com contornos lobulados, ectasia da veia porta, esplenomegalia e moderado volume de derrame peritoneal livre. Foi realizada paracentese e a análise do líquido ascítico revelou ausência de células neoplásicas, exame bacteriológico negativo e gradiente de

albumina sero-ascítica de 3,3 g/dL, compatível com hipertensão portal. Serologias para vírus hepatotrópicos, bem como autoimunidade hepática, foram negativas. Pesquisa de *Schistosoma* spp nas fezes negativa. Ecocardiograma sem alterações de relevo. Na endoscopia digestiva alta, visualizavam-se varizes esofágicas grandes. Biópsia hepática mostrou parênquima hepático com fibrose portal ligeira (F1/F2), sem outras particularidades. Com base nestes achados e após exclusão de outras causas, ponderou-se o diagnóstico de hipertensão portal não-cirrótica idiopática. Trata-se de uma doente com história de alterações ecográficas hepáticas há cerca de 1 ano e vários episódios de recidiva da vasculite com envolvimento sistêmico, para os quais fez terapêutica imunossupressora, nomeadamente azatioprina.

DISCUSSÃO: Este caso ilustra a possível relação entre as vasculites associadas aos ANCA, bem como a sua terapêutica, e o desenvolvimento de hipertensão portal não-cirrótica. Assim, realça a importância da vigilância das alterações hepáticas nas vasculites, mesmo que pouco frequentes, tendo em conta o seu impacto clínico significativo. Por outro lado, dada a incompatibilidade entre os achados ecográficos e histológicos, poderá considerar-se realização de nova biópsia hepática e medição de pressões nas veias hepáticas para cálculo do gradiente de pressão venosa hepática.

P399

1333 TRANSFORMAÇÃO CAVERNOSA DA PORTA

Marinha Silva, José Miguel Ferreira, Cristina Marques, Carla Lemos Costa, Carlos Oliveira

Hospital Santa Maria Maior, Barcelos, Braga

Introdução

A transformação cavernosa da veia porta tem etiologia multifatorial e traduz-se por trombose e dilatação varicosa da veia porta, manifestando-se por hipertensão portal com consequente esplenomegalia, trombocitopenia e hemorragia digestiva alta, por presença de varizes gastroesofágicas.

Caso clínico: Mulher de 57 anos, com antecedentes de infeções do trato urinário de repetição, tromboflebite e história de alergia ao marisco. Não fumadora, sem hábitos etílicos. Sem história familiar relevante. Enviada à consulta de Medicina Interna para estudo etiológico de isquemia de ansa do intestino delgado, submetida a enterectomia segmentar e hipocoagulada durante 9 meses, posteriormente antiagregada, sem outra medicação habitual. Na consulta referiu episódios de epigastria, dor abdominal tipo cólica e alteração do trânsito gastrointestinal, com mais de 7 dejeções diarreicas por dia, por vezes com sangue, sem febre, e queixas álgicas

localizadas na anca direita com irradiação para a coxa. Ao exame objetivo apresentava bom estado geral, hemodinamicamente estável e apirética, sem ascite, sem artrite, sem mais alterações. Do estudo realizado, analiticamente, hemograma normal, velocidade de sedimentação 6 mm, função renal e tiroideia normais, sem défices vitamínicos, marcadores víricos, estudo protrombótico, genético e imunológico, incluindo SAF, negativos, ADA negativa. Fez endoscopia digestiva alta (EDA), que revelou gastropatia erosiva do antro com varizes esofágicas pequenas, ecolonoscopia, sem alterações. A ecografia abdominal com doppler revelou "veia porta de aspeto alterado, sugerindo transformação cavernomatosa", confirmada por doppler da porta, sem outras alterações. Por manter queixas repetiu EDA, que mostrou varizes esofágicas extensas, em contexto desta transformação cavernosa da veia porta, por hipertensão portal. O estudo genético complementar foi negativo. Reiniciou hipocoagulação oral, que mantém, estando em seguimento na consulta de Gastreenterologia em programa de erradicação de varizes esofágicas. Mantém-se clinicamente estável.

Discussão: A isquemia mesentérica é uma emergência vascular grave com elevada mortalidade e ocorre sobretudo em idosos, associando-se a doenças cardiovasculares. A trombose venosa mesentérica é uma forma de isquemia rara, predomina nas mulheres e tem como principais fatores de risco os contraceptivos orais, as doenças malignas, a hipertensão portal e o síndrome nefrótico. Neste caso clínico, a oclusão intestinal foi em território venoso no contexto da transformação cavernosa da veia porta, numa doente com trombose idiopática da veia porta.

P400

2013 COLANGITE BILIAR PRIMÁRIA – UM DIAGNÓSTICO RARO DURANTE A GRAVIDEZ

Inês Felizardo Lopes, Ana Santos, Maria José Alves, Augusta Borges

Maternidade Dr. Alfredo da Costa, CHULC

Introdução

A colangite biliar primária (CBP), é uma doença autoimune rara e o seu diagnóstico diferencial durante a gravidez impõe desafios.

Descrição: Os autores relatam o caso de uma mulher de 36 anos, natural do Nepal. Índice obstétrico de 0 0 0 0, sem antecedentes médicos ou cirúrgicos. Recorre ao serviço de urgência às 17 semanas de gestação por quadro caracterizado por icterícia conjuntival, colúria e prurido das mãos e dos pés. Analiticamente às 21 semanas, hiperbilirrubinémia (BilT 4.03 mg/dL), com bilirrubina conjugada (3.27 mg/dL), AST 145 mg/dL, ALT 201 mg/dL, GGT 303 mg/dL. A ecografia abdominal não mostrou alterações. Do restante estudo complementar, as

serologias virais foram negativas para hepatite A, B, C, VIH, CMV e EBV. Do estudo de autoimunidade verificou-se um ANA mosqueado (fino granular) 1:160 e AMA M2 + Positivo 3+ para 3E (BPO). Os ENA, anticorpos anti-dsDNA, anti-SLA/LP, ASMA, LKM1, anti-citosol 1, anti-gp210, e anti-sp100 foram negativos. Glicémia em jejum do 1º trimestre de 96 mg/dL, compatível com diabetes gestacional e perfil lipídico com hipercolesterolemia 375mg/dL e hipertrigliceridemia de 588 mg/dL. Doseamento inicial dos ácidos biliares totais de 91.1 µmol/L, antes de iniciar terapêutica com ácido ursodesoxicólico, com progressiva redução para 40.2 µmol/L às 27 semanas. Ecografia das 26 semanas + 5 dias a mostrar índice de líquido amniótico de 33.3(aumentado). Ficou internada para monitorização materna e fetal. Ao longo da gravidez verificou-se um agravamento do padrão de colestase. Afirmou-se assim o diagnóstico de CBP com colestase intrahepática da gravidez enxertada e diabetes gestacional do 1º trimestre com polihidrâmnios.

Discussão: O caso ilustra a complexidade do diagnóstico diferencial das doenças hepáticas com padrão de colestase na gravidez. É um caso invulgar, visto que a CBP é rara em idade fértil, não obstante haja relatos crescentes do seu diagnóstico durante a gravidez sugerindo que esta poderá funcionar como trigger para o desenvolvimento da doença.

P401

718 UMA CAUSA RARA DE DOR ABDOMINAL E FEBRE

Diana Oliveira, Catarina Correia, Flávia Cunha, Patrícia Dias, Adélia Simão, Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução

Chama-se Síndrome de Lemmel quando um divertículo duodenal comprime o ducto biliar comum na sua porção distal resultando em icterícia obstrutiva, na ausência de litíase biliar ou outra causa que conduza a hiperbilirrubinemia.

Caso Clínico: Homem de 89 anos que recorreu ao serviço de urgência por febre e calafrios com 1 dia de evolução. O doente referia ainda dor abdominal intermitente no quadrante superior direito durante o último mês que tinha agravado nos últimos três dias. Apresentava-se hemodinamicamente estável, mas febril, com escleras ictericas e tinha dor à palpação do hipocôndrio direito, com Murphy vesicular duvidoso. Os achados laboratoriais revelaram bilirrubina total de 5,1 mg/dL (fração direta: 2,9mg/dL), aspartato aminotransferase sérica: 171U/L, alanina transaminase: 243U/L, fosfatase alcalina: 236 U/L, gama-glutamyl transferase: 374U/L e proteína C reativa: 13,2 mg/dL. O hemograma não apresentava alterações. Realizou ecografia abdominal que não mostrou

coledocolitíase ou dilatação dos ductos biliares e do ducto pancreático. O doente foi admitido na enfermaria de medicina interna por suspeita de colangite aguda e iniciou antibioterapia intravenosa. Como o doente permaneceu sintomático, realizou endoscopia digestiva alta que revelou a presença de um divertículo justapapilar na segunda porção do duodeno (2ª PD). Posteriormente realizou uma tomografia computadorizada do abdómen que mostrou o divertículo duodenal na sua 2ª porção e dilatação da árvore biliar intra e extra-hepáticas, sem redução abrupta do seu calibre ou realces anormais da parede e, sem evidência de lesões pancreáticas ou litíase vesicular. Todos os estudos microbiológicos e testes serológicos pedidos foram negativos. O doente completou 7 dias de antibioterapia, com melhoria clínica e laboratorial graduais. Após a alta, fez ainda uma colangiopancreatografia por ressonância magnética que mostrou discreta dilatação dos ductos biliares intra-hepáticos e um divertículo de 2,5 cm na 2ª PD, sem coledocolitíase.

Discussão: A síndrome de Lemmel é uma causa rara e benigna de icterícia obstrutiva que deve ser considerada no diagnóstico diferencial de icterícia obstrutiva. É importante manter um alto índice de suspeita uma vez que pode mimetizar neoplasias. Estabelecer o diagnóstico correto é essencial para adequar o tratamento e follow-up necessários para prevenir complicações. Dependendo das características do doente, seus sintomas e/ou complicações, o tratamento pode ser cirúrgico, endoscópico ou conservativo.

P402

1397 HEPATITE TÓXICA POR SULFASSALAZINA EM DOENTE COM SUSPEITA DE ESPONDILITE ANQUILOSANTE

José Abreu Fernandes, Fábio Rego Salgueiro, Mariana Lavrador, João Porto, José Pereira de Moura, Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução

A hepatite tóxica mediada por fármacos é responsável por 10% dos casos de hepatite aguda e pode ser uma causa grave de iatrogenia. A sulfassalazina é um fármaco anti-inflamatório da família das sulfonamidas frequentemente usado na doença inflamatória intestinal, mas também indicado para diversas doenças autoimunes, nomeadamente espondilite anquilosante refratária à primeira fase de tratamento. As sulfonamidas associam-se a lesão hepática de início súbito acompanhada de eritema e eosinofilia, sendo o quadro de falência hepática prolongada raramente descrita.

Descrição

Doente sexo feminino, 49 anos, apresentava

poliartralgias do tipo misto com 6 anos de evolução. Na sequência do seguimento em consulta particular desde dezembro de 2017, realizou estudo analítico com HLA B27 positivo, reagentes de fase aguda e auto-imunidade normal. Estudo imagiológico sem alterações com exceção de derrame sinovial bilateral na avaliação ecográfica dos joelhos. Sem sinais de infeção ou presença de cristais na artrocentese do joelho. Pela suspeita de Espondilite anquilosante a doente foi medicada com sulfassalazina 2g, metilprednisolona 6mg id e glucosamina em fevereiro de 2018, com melhoria das queixas. Três meses depois, recorreu ao serviço de urgência com queixas de astenia marcada com semanas de evolução e icterícia ao exame objetivo. Analiticamente apresentava um padrão predominantemente hepatocelular com aumento das concentrações séricas de transaminases (trinta vezes o limite superior do normal), hiperbilirrubinémia, aumento do INR e reagentes de fase aguda normais. Ecograficamente sem alterações e serologias de vírus hepatotrópicos negativos. Sem história de consumo de chás, de produtos de ervanárias, antibioterapia ou realização de anti-inflamatórios não esteróides no último mês. A doente foi internada no serviço de Medicina Interna e toda a sua medicação suspensa. Realizou biópsia hepática ecoguiada que revelou hepatite globular de tipo aguda com necrose centrolobular. Melhoria da sintomatologia apresentando um padrão descendente de todos os marcadores de lesão hepática. Um mês depois foi avaliada em consulta de seguimento, estando assintomática e com normalização do estudo analítico.

Discussão

A sulfassalazina é uma causa rara de hepatite tóxica, mas potencialmente grave. Recomenda-se vigilância e monitorização analítica nestes doentes nas primeiras semanas de tratamento.

P403

2135 A PARTICULA AMILOIDE DO TINTO

Vasco Neves, Pedro Ventura, Rodrigo Alves, Ana Moreira, Ivan Antunes, Joao Correia

ULS Guarda, hospital Sousa Martins, Medicina Interna

A doença hepática crónica tem como principal etiologia a ingestão excessiva de álcool. Não obstante, podem coexistir outras causas, pelo que é importante adoptar uma abordagem sistematizada perante todos os casos de Hepatopatia crónica, para que causas menos comuns não sejam subdiagnosticadas.

Homem, 36 anos, caucasiano, construtor civil de profissão. Antecedentes patológicos de Hipertensão essencial, fibrilhação auricular paroxística e ingestão excessiva de álcool. Medicado com Clopidogrel 75mg id, Bisoprolol 2.5mg id, Amiodarona 200mg id, Tiaprida 100mg

2id e Oxazepam 15mg 2id. Recorreu ao serviço de urgência por sintomas constitucionais com 2 semanas de evolução e escleras ictericas desde á 2 dias. Clinicamente a destacar: idade aparente superior à real, hiperpigmentação cutânea, escleras ictericas, ligeiro tremor de intenção a nível dos membros superiores, sem outras alterações. Análises na urgência: Ligeira trombocitopenia, aumento moderado VS, citólise hepática com colestase e hiperbilirrubinémia conjugada, sem outras alterações. Realizados também Rx de tórax: normal, ECG: critérios de baixa voltagem e ecografia abdominal: Hepato-Esplenomegalia ligeiras; aumento da reflectibilidade do parênquima hepático, compatível com fenómenos de esteatose. Seguiu-se internamento hospitalar para estudo complementar, o qual incluiu análises adicionais: serologias viricas negativas; Auto-imunidade hepática: negativa; cinética do ferro: FE 2+: 280, Ferritina 980, IST: 38%; Eletroforese de proteínas e doseamento de Igs: sem alterações; doseamento Ceruloplasmina e Alfa1-Antitripsina: sem alterações; Biópsia hepática percutânea: Parênquima Hepático com preservação da arquitectura trabecular; padrão de Hepatite crónica em actividade (fibrose com rara septação, lesões inflamatórias de intensidade ligeira a moderada); Presença de corpúsculos de Mallory e depósitos de ferro; Pesquisa de substância Amilóide positiva pela coloração vermelho Congo; Ecocardiograma: Moderada Hipertrofia biventricular concêntrica, dilatação bi-Auricular ligeira a moderada; Padrão Doppler de disfunção diastólica; Estudo Genético Hemocromatose: negativo. Ange resultado de biopsia hepática foi realizada biópsia da gordura supra-púbica: pesquisa de substância Amilóide positiva. Análise Imuno-histoquímica para caracterização da proteína Fibrilar: Negativa para pesquisa de AL, AA e TTR. Estabelecidos os diagnósticos finais de Hepatite crónica alcoólica em actividade e presumível Amiloidose sistémica Hereditária com afeção Hepática e Cardíaca. Abstinência alcoólica e referenciação para consultas de transplantação Hepática e Cardíaca foram o esteio de tratamento.

Os autores destacam este caso clinico pelo facto de o mesmo destacar a importância de um estudo etiológico exaustivo em todos os casos de doença hepática crónica. A biópsia hepática foi crucial no diagnóstico de Amiloidose, doença pouco pesquisada activamente na existência outra passível de justificar as lesões de órgão.

P404

392 UM CASO FULMINANTE

Mariana Almeida, Francisco Gomes, Carina Ramalho, Carolina Trábulo, Joaquim Peixoto, Maria do Rosário Ginga, Fátima Campante

Hospital Nossa Senhora do Rosário, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo

O presente caso clínico descreve uma doente de 60 anos, auxiliar num hospital, que, após contacto com um doente infectado com tuberculose, em Abril de 2018, apresentou IGRA e prova de Mantoux positivos, razão pela qual iniciou terapêutica com isoniazida e piridoxina. Sem outra medicação habitual. Em Setembro de 2018 iniciou quadro de anorexia, náuseas, dor umbilical, colúria, acolia, cansaço e icterícia, sintomas que duraram cerca de 2 semanas, levando a doente ao SU e ficando internada. Analiticamente, a destacar um padrão colestático. Realizou ecografia abdominal, que descreveu “fígado com contornos bosselados e heterogeneidade estrutural, compatível com provável doença hepática crónica. Ascite.” Foi realizado estudo etiológico, descartando-se as etiologias viral, auto-imune ou das vias biliares. Foi excluída hepatite alcoólica.

Ao 5º dia de internamento, por agravamento analítico, com valores de bilirrubina total de 21.7 mg/dl e bilirrubina directa de 7.86 mg/dl, com AST de 2569 U/L, ALT de 1571 UI/L, FA de 234 U/L e GGT de 431 U/L, optou-se por iniciar terapêutica corticóide, admitindo-se o diagnóstico de hepatite aguda fulminante. No dia seguinte, a doente apresentou alteração do estado de consciência, não reactiva a estímulos dolorosos; suspendeu corticóide e foi admitida a hipótese de encefalopatia porto-sistémica, que, associada ao agravamento analítico, determinaram transferência para a Unidade de Transplante Hepático, onde foi transplantada ao fim de um dia sem intercorrências. Em biópsia de peça de hepatectomia total, macroscopicamente a destacar “superfície capsular irregular”; microscopicamente, “extensa necrose confluyente e infiltrado inflamatório”, confirmando-se o diagnóstico de necrose maciça hepática, em contexto de etiologia tóxica.

Actualmente, a doente encontra-se clinicamente estável e mantém seguimento em CE pós-transplante.

A hepatite aguda medicamentosa associada à isoniazida, apesar de rara, apresenta-se como uma lesão hepática potencialmente grave, podendo ser fatal em 0.05 – 0.1% dos casos. Trata-se de uma reacção idiossincrática sem uma relação clara com a dose ou duração de tratamento. Costuma surgir entre 2-3 meses após início da terapêutica, podendo surgir até um máximo de 14 meses depois. Manifesta-se através de fadiga, náusea e anorexia, com posterior surgimento de

icterícia. Analiticamente, o padrão mais comum é o hepatocelular. Histologicamente, pode apresentar desde um infiltrado mononuclear, até a necrose maciça hepática. O tratamento consiste na descontinuação do fármaco causador, podendo, em casos mais graves, determinar transplante hepático.

P405

818 HEPATITE TÓXICA POR TRAZODONA – UM FÁRMACO COMUM, UMA COMPLICAÇÃO RARA

Rita Queirós, Rafael Jesus, Ana Isabel Barreira, Alberto Marques, Andreia Matas, Sónia Carvalho, Andreia Veiga
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Hospital de Vila Real

INTRODUÇÃO:

A maioria dos antidepressivos tem o potencial de induzir hepatotoxicidade mesmo em doses terapêuticas. A lesão hepática (LH) é idiossincrática, imprevisível e independente da dose. Geralmente apresenta um padrão hepatocelular, mas também pode ser colestático ou misto. O intervalo de tempo entre a ingestão do fármaco e o aparecimento da toxicidade pode variar entre dias a meses. Não é possível prevenir a LH induzida por fármacos, mas a gravidade da reação pode ser minimizada com o reconhecimento precoce e suspensão imediata do fármaco agressor. Apesar de a hepatite tóxica por antidepressivos ser um evento raro, existem casos de insuficiência hepática fulminante secundários à trazodona com necessidade de transplante e morte.

CASO CLÍNICO:

Homem de 74 anos, com antecedentes de hipertensão arterial essencial, dislipidemia e síndrome demencial, que estava internado para vigilância após drenagem cirúrgica de hematoma subdural agudo pós-traumático.

Durante o internamento iniciou trazodona 100mg/dia por insónia e agitação noturna. Seis dias depois constatou-se elevação das transaminases (AST 151U/L e ALT 393U/L) com aumento marcado das enzimas de colestase (GGT 655U/L e fosfatase alcalina 428U/L), sem hiperbilirrubinemia ou alterações da coagulação. Não existia história de doença hepática prévia e o estudo analítico da admissão era normal. Devido à relação temporal entre a introdução da trazodona e o aparecimento de novo de citocolestase assintomática, suspendeu-se de imediato o referido fármaco.

As serologias para vírus hepatotrópicos (vírus Hepatite B, C e E, Citomegalovírus, vírus Herpes Simplex e vírus Epstein-Barr) foram negativas; autoimunidade foi negativa e os estudos de ferro e cobre foram normais. A ecografia abdominal excluiu sinais de doença hepática crónica ou obstrução biliar e demonstrou permeabilidade da

veia porta e das veias supra-hepáticas. Para avaliar a causalidade entre a LH e o fármaco, utilizou-se a escala CIOMS / RUCAM que indicou uma relação “provável” com a trazodona.

Nos 3 dias seguintes evoluiu com melhoria paulatina da citólise hepática, mas com agravamento da colestase (até máximo de GGT 760U/L e FA 529U/L). Em consulta de reavaliação duas semanas depois apresentava resolução da citólise hepática e melhoria discreta da colestase. Um mês depois apresentava enzimologia hepática normal.

DISCUSSÃO:

Os autores consideram este caso de especial interesse pela sua raridade e pretendem aumentar a consciencialização dos clínicos para a possibilidade de ocorrer hepatotoxicidade severa secundária à trazodona, mesmo com apenas alguns dias de tratamento. A maioria dos casos são clinicamente assintomáticos e as alterações das transaminases e/ou enzimas de colestase são os únicos elementos que podem levantar a suspeita de LH induzida pelo fármaco. Salienta-se a importância de monitorizar a função hepática durante o tratamento com trazodona a fim de evitar complicações fatais.

P406

924 HEPATITE E - UM DIAGNÓSTICO EXÓTICO

José Pedro Cidade, Inês Fernandes Santos, Sara Casanova, João Carlos Furtado, Francisco Silva
Hospital Egas Moniz

Introdução

As hepatites virais são entidades nosológicas frequentes no dia-a-dia do Internista. Porém, a crescente globalização e importação de novos agentes, oriundos de remotas zonas endémicas, determinam um desafio adicional ao Médico na investigação etiológica e diagnóstico diferencial, face aos agentes clássicos e tradicionais.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 43 anos, vegetariana e consumidora de produtos de ervanária, sem antecedentes médico-cirúrgicos relevantes e sem consumo de álcool, estupefacientes fumados, inalados ou injectados, admitida por icterícia, náuseas, anorexia não selectiva e dor abdominal nos quadrantes superiores, tipo moínha e sem factores de alívio com 5 dias de evolução. Sem alterações recentes do trânsito intestinal ou características das dejeções. À admissão encontrava-se vigil, eupneica, hemodinamicamente estável e com dor difusa à palpação do hipocôndrio direito, sem Murphy vesicular ou sinais de irritação peritoneal. Sem lesões de coceira ou estigmas de doença hepática crónica. Do estudo destacava-se Hb 13.7g/dL, INR 1.4, PCR 1,58 mg/dL e padrão de lesão hepatocelular (Bilirrubina T 12.5 mg/dL, Bilirrubina Conj 8.2 mg/dL; ALT 2184 U/L, FA

88U/L, GGT 41U/L). A ecografia revelou fígado normodimensionado, ecogénico mas com aumento inespecífico de ecogenecidade dos espaços portais, sem alterações bilio-pancreáticas ou esplénicas. As serologias para vírus das hepatites A, B e C foram negativas, bem como serologias para vírus da imunodeficiência humana, citomegálico e de Epstein-Barr. A marcha diagnóstica afastou introdução farmacológica recente, défices nutricionais ou doenças hereditárias de sobrecarga, bem como causas autoimunes. Não se excluindo toxicidade eventual, foi a valorização de uma estadia pregressa na Índia, 3 meses antes da admissão (no limite da data de incubação) que se revelou pivotal na realização de diagnóstico específico, confirmado pela serologia para vírus da Hepatite E.

Conclusão: O vírus da Hepatite E, endémico em regiões remotas, constitui uma etiologia rara, não sendo contudo de descurar no diagnóstico diferencial de infecções em doentes viajantes, ainda que a estadia não tenha sido recente. Pretende-se realçar a importância crescente que a integração de dados epidemiológicos na história clínica tem para o estabelecimento de diagnósticos infrequentes contudo cada vez mais actuais na realidade do Internista.

P407

1495 AFINAL NÃO É SÓ AMINOÁCIDOS...

Gabriela Pereira, Ana Cardoso, Ussumane Embaló, Margarida Rocha, Rosa Ferreira, Jorge Cotter
Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães

Atualmente começam a descobrir-se possíveis efeitos laterais de suplementos proteicos, nomeadamente pelos praticantes de desporto, mas pouco evidência científica se encontra sobre complicações ou efeitos laterais.

Mulher de 35 anos, gerente de caixa em Supermercado, assintomática, vigiada apenas na consulta de Cirurgia Geral por quisto de duplicação no antro gástrico, medicada com anticoncepcional oral (ACO) há cerca de 10 anos (sem alteração recente) e que iniciou programa de treino físico regular, 3 vezes por semana, num ginásio, há cerca de 6 meses, associando com a mesma regularidade a ingestão de suplementos proteicos (BCAAS). Negava consumos etílicos. Negava também consumo de substâncias ilícitas e toma regular de chás ou outros suplementos.

Veio ao SU por queixas de prurido generalizado e icterícia com cerca de 4 dias de evolução. Analiticamente apresenta citólise hepática com transaminases acima de 3 vezes o normal, associado a padrão colestático, com valores de ferritina e ferro aumentados e saturação de transferrina de 78%. Coagulação sem alterações.

Ficou internada para estudo com suspensão de ACO

e suplementação proteica. Inicialmente manteve as queixas iniciais, com melhoria clínica e analítica, lenta, mas progressiva. Ceruloplasmina e alfa-antitripsina negativas. Perfil de hepatite autoimune negativo.

TC abdominopélvico sem alterações.

Faz biópsia hepática compatível com colestase intra-canalicular extensa, com presença de leucócitos polimorfonucleares, eosinófilos e siderose de grau 1+ a afetar hepatócitos e células de Kupffer.

Realiza ainda colangiorressonância que exclui causa obstrutiva.

Dada progressão analítica favorável, tem alta orientada para a consulta externa.

O estudo genético de mutações do gene HFE da hemocromatose colhido ainda no internamento é negativo.

Após 4 meses do internamento e da suspensão da ingestão de suplementos, doente apresenta-se assintomática e sem alterações analíticas de relevo.

Em conclusão, apresenta-se um caso que após terem descartadas causas obstrutivas, doenças metabólicas, com autoimunidade negativa, e sem evidência de consumo de substâncias tóxicas a não ser os suplementos proteicos, pelo que muito provável terá sido essa a etiologia das alterações hepáticas numa doente assintomática até então.

P408

416 CRISE AGUDA DE PORFIRIA AGUDA INTERMITENTE - UM DIAGNÓSTICO A TER EM MENTE

Cecília Cerveira, Carlos D. Silva, Carolina Teles, José E. Mateus, Teresa Vaio, Rui Santos, Armando Carvalho
Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO:

A porfiria aguda intermitente é uma doença autossómica dominante, a mais prevalente dos 8 tipos de porfiria. Resulta da deficiência na 3ª enzima da síntese do heme, a porfobilinogénio desaminase. Afecta 1 em cada 2000 pessoas e só 10% manifestam a doença, habitualmente mulheres jovens.

CASO CLÍNICO:

Doente do género feminino, 53 anos, diagnosticada com porfiria aguda intermitente há 15 anos, assintomática há 8. Era tratada quinzenalmente com preparado de heme (hemina), encontrando-se há 5 semanas sem terapêutica. Foi admitida no serviço de urgência por dores generalizadas de predomínio abdominal, tremores, fraqueza muscular e confusão mental, com 3 dias de evolução. Negava contexto gripal, toma de medicamentos

novos ou outras substâncias. Referia obstipação e urina mais escura. Apresentava-se hipertensa (180/98mmHg), ligeiramente taquicárdica (92bpm) e sub-febril (37,4°C), sem outras alterações ao exame físico. Estava confusa e desorientada, sem défices neurológicos focais, mas incapaz para a marcha. Tinha gasimetria arterial normal, sódio de 131 mmol/L, sem elevação dos parâmetros inflamatórios ou de citólise e preservação da função renal e hepática. A tira teste de urina era normal, assim como a ecografia abdominal. Excluída qualquer infecção, patologia neuropsiquiátrica e causas comuns de dor abdominal, assumiu-se o diagnóstico de crise aguda de porfiria, iniciando terapêutica com perfusão de glicose e reforço calórico, enquanto aguardou a hemina. A dor foi tratada com opióides e analgésicos adjuvantes, de acordo com a escada analgésica da OMS. O porfobilinogénio urinário era 20xLSN, as porfirinas 2xLSN e eram normais os valores de ácido delta-aminolevulínico. Verificou-se melhoria nos dias seguintes até à administração de metamizol devido a dor irruptiva. Houve novo agravamento algico e sobretudo neurológico, com electromiograma a revelar polineuropatia sensitivo-motora axonal aguda grave, motivando novas administrações de hemina. Seguiram-se vários meses de recuperação com recurso à medicina física e reabilitação, instituição da terapêutica habitual com hemina e evicção de fármacos porfobilinogénicos.

DISCUSSÃO:

Apesar de rara, a apresentação clássica da porfiria inclui dor aguda, principalmente abdominal, muitas vezes recorrente até se obter o diagnóstico e após exclusão de outras causas. Os fármacos porfirinogénicos, entre eles o metamizol, são muitas vezes os desencadeantes de crises, devendo-se informar o doente e os profissionais de saúde. As infecções e oscilações hormonais na mulher são outros factores desencadeantes comuns. O diagnóstico inicial é clínico e confirmado posteriormente através do doseamento urinário dos metabolitos das porfirinas. Actualmente o tratamento prende-se com infusões de glicose e hemina. O transplante hepático poderá ter o seu papel em casos graves refratários à terapêutica ou devido a hemossiderose secundária às administrações repetidas de hemina.

P409

1759 HEPATITE TÓXICA: UM CASO RARO

Micael Mendes, Luis Vicente, Francisco Velasco, Cristina, Horácio Guerreiro

Centro Hospitalar Universitário do Algarve

A lesão hepática causada por tóxicos (LHT) é um raro efeito adverso de tóxicos, como fármacos, que podem levar a icterícia, falência hepática e até mesmo morte. A intoxicação por paracetamol, antibióticos e produtos de herbanário estão entre os

agentes mais comuns de LHT no mundo ocidental. A LHT é um diagnóstico de exclusão o que implica uma investigação exaustiva de outras causas para a lesão hepática. Os autores apresentam um caso clínico de um doente com lesão hepática de provável etiologia tóxica.

Doente do sexo masculino, 19 anos de idade, natural do Brasil, residente em Portugal desde há 2 meses, estudantes, com antecedentes pessoais de insónia medicado com clorpromazina desde 06/2019. Recorre ao SU no dia 17/01 por quadro de icterícia com cerca de um mês de evolução acompanhado por astenia e prurido. Referia ainda colúria e acolia. Ao exame objetivo icterícia, sem encefalopatia hepática, sem outras alterações. Analiticamente destaca-se INR 1.1; AST 71U/L; ALT 65U/L; FA 272U/L; bilirrubina total 40.2mg/dL; direta 30.4mg/dL. Realizou ainda ecografia abdominal: fígado de morfologia e dimensões no limite superior da normalidade. Não se observa evidente dilatação das vias biliares intra ou extra-hepáticas. Optado pelo internamento do doente para estudo. Doente ainda internado, mantendo icterícia marcada, colúria e anúria. Nas análises realizadas ao longo do internamento descida dos valores de bilirrubina total até 24mg/dL e direta até 19mg/dL a 08/02. Do estudo realizado no internamento, serologias negativas e estudo autoimune negativo. Realizou ainda CPRM (22/01): Ausência de dilatação das vias biliares intra ou extra-hepáticas. Vesícula biliar em vacuidade. Ausência de dilatação do ducto pancreático. Como intercorrência, refere-se queixas de tosse não produtiva. Doente iniciou ibuprofeno trazido pela mãe, sem conhecimento da equipa médica e de enfermagem, que terá mantido durante 1 semana e que coincidiu com novo aumento de bilirrubina total para 35mg/dL e direta para 27mg/dL. De momento doente a realizar apenas terapêutica de suporte, com INR estável em 1.1, bilirrubina total 34mg/dL.

Perante a ausência de outras causas para a lesão hepática, nomeadamente viral, autoimune ou infiltrativa, assumido como diagnóstico mais provável LHT secundária a toma de clorpromazina. A clorpromazina é um agente antipsicótico, anteriormente frequentemente prescrito, mas agora raramente usado. Alterações nos testes hepáticos são comuns com a toma de clorpromazina, com subida das aminotransferases habitualmente auto-limitadas e assintomáticas. A lesão hepática colestatia é também frequente, atingindo cerca de 1/500 doentes, apresentando-se habitualmente com icterícia, que se pode tornar prolongada em até 7% dos casos. Nos doentes com colestatia crónica, muitos apresentam melhora gradual, embora a cirrose biliar tenha sido reportada. O tratamento baseia-se na interrupção do agente causador da LHT e em terapêutica de suporte.

P410

1113 HEPATOCARCINOMA DISFARÇADO DE ABCESSO HEPÁTICO EM FÍGADO NÃO CIRRÓTICO

Tiago Valente, Carolina Amado, Mariana Maranhas, Marcelo Aveiro, Fani Ribeiro, Pedro Neto, Gorete Jesus
Centro Hospitalar do Baixo Vouga

INTRODUÇÃO

O Carcinoma Hepatocelular (CHC) em fígado não cirrótico tem características distintas daquele que ocorre em doentes com cirrose. A apresentação clínica é inespecífica com sintomas constitucionais como febre, mal-estar geral, astenia e anorexia e a alfa-fetoproteína (AFP) está habitualmente normal. Estas características tornam o diagnóstico desta entidade um desafio. Está descrito na literatura que os CHC podem ter uma apresentação clínica tipo-abcesso hepático pelas suas características fisiopatológicas. Apresentamos um caso clínico em que o diagnóstico diferencial entre CHC e abcesso hepático foi difícil mas bem-sucedido.

DESCRIÇÃO DO CASO

Homem, 63 anos, recorreu à urgência por náuseas e astenia com 2 semanas de evolução e febre desde o dia anterior. À admissão apresentava-se febril, hipotenso, taicárdico e taquipneico, sem outras alterações ao exame objetivo. Analiticamente com anemia, trombocitopenia, lesão renal aguda, proteína C reativa (PCR) 19.10 mg/dL, insuficiência respiratória hipoxémica, acidemia metabólica e leucocitúria. Por suspeita de urossépsis iniciou empiricamente ceftriaxone. Hemoculturas e uroculturas negativas. Por ausência de resposta escalou-se terapêutica para Piperacilina-Tazobactam (PipTazo). Realizou-se ecografia abdominal que mostrou nódulo com 44mm de maior diâmetro. Analiticamente com AFP 11.7 ng/mL, VHB, VHC e HIV negativo. A ressonância magnética (RM) evidenciou lesão com 7.8cm x 10.8cm x 11cm com áreas de hemorragia e necrose interna, sugerindo como 1ª hipótese CHC e como 2ª abcesso hepático. Fez-se biópsia da lesão guiada por tomografia computadorizada (TC) que mostrou ausência de lesão epitelial maligna com infiltrado de células inflamatórias sugestivas de processo infeccioso, pelo que se assumiu diagnóstico de Abcesso Hepático. Por ressurgimento da febre com aumento da PCR para 23.77 mg/dL e procalcitonina 7.01 mg/dL, escalou-se terapêutica para Meropenem, sem isolamento de agente etiológico em exames culturais. Repetiu RM, sobreponível à anterior. Por manutenção de elevada suspeita de CHC suspendeu-se Meropenem ao 24º dia e repetiu-se biópsia da lesão, com diagnóstico de CHC moderadamente diferenciado. O doente foi submetido a hepatectomia direita, colecistectomia, portotomia com trombectomia e portorrafia e excisão parcial do diafragma direito,

mantendo seguimento em consulta.

DISCUSSÃO

Apresentamos um caso de CHC em fígado não cirrótico sem fatores de risco relevantes com AFP baixa, tornando o diagnóstico diferencial com abscesso hepático difícil. Uma vez que os CHC podem ser lesões heterogêneas com áreas de hemorragia e necrose, as biópsias podem não ser representativas da lesão tumoral e o resultado anatomo-patológico deve ser visto de forma crítica e enquadrado no restante quadro clínico e analítico, pelo que em caso de elevada suspeita de CHC e ausência de resposta à terapêutica os exames imagiológicos devem ser discutidos e as biópsias da lesão devem ser repetidas.

P411

1328 UM CULPADO POUCO FREQUENTE DE HEPATITE TÓXICA

Ana Rita Lambelho, Luísa Gomes Silva, Leuta Araújo, José Barata

Hospital Vila Franca de Xira

Introdução

A lesão hepática induzida por drogas pode-se desenvolver após o uso de muitos fármacos por meio de vários mecanismos. Este caso clínico pretende fazer uma revisão teórica da abordagem clínica da hepatite tóxica aguda, bem como apresentar a carboximaltose férrica com um potencial agente causador.

Caso Clínico: Apresenta-se o caso de um homem de 78 anos, leucodérmico, autónomo, com história pessoal relevante de insuficiência cardíaca e anemia por défice de ferro. Foi referenciado a consulta de Imuno-hemoterapia nesse contexto. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de mal-estar geral, náuseas, epigastria e escleróticas ictericas 1 dia após tratamento com carboximaltose férrica 1g ev neste hospital. Negava alterações recentes na terapêutica crónica ou consumo de outros fármacos/drogas. À observação o apresentava-se apirético, icterico, sem alterações à auscultação cardiopulmonar e à palpação abdominal. Da avaliação analítica destacava-se elevação das transaminases hepáticas (AST 3860 UI/L, ALT 2291 UI/L, GGT 119 UI/L e FA 263 UI/L) e bilirrubina (total 2.29 mg/dl e directa 0.84 mg/dl), bem como elevação de parâmetros de cinética do ferro (Sideremia 307 mcg/dl, Ferritina 1525 ng/ml, CTFF 216 ug/dl, e Transferrina 151 mg/dl). Por suspeita de hepatite aguda, realizou tomografia computadorizada (TC) abdominopélvica que não revelou alterações agudas do fígado nem da vesícula e vias biliares. Foi internado para vigilância e continuação de cuidados. Da restante avaliação analítica efetuada, a destacar anticorpo Anti-HBs, anticorpo Anti-HCV, anticorpo Anti-VHA IgM e

VIH 1/2 negativos. Realizou ecografia abdominal sem alterações significativas. Foi assumido quadro sugestivo de hepatite tóxica secundária a carboximaltose férrica. Durante o internamento observou-se melhoria progressiva do quadro clínico, tendo alta com função hepática e cinética do ferro em curva descendente; apresentando na consulta de reavaliação normalização dos valores.

Discussão: Diagnosticar a hepatite tóxica pode ser complicado devido à elevada suspeição clínica necessária, que depende da obtenção de uma cuidadosa história clínica e da exclusão de outras possíveis causas de lesão hepática. A carboximaltose férrica pode provocar toxicidade hepática através de necrose hepatocelular aguda com lesão citotóxica, no entanto este é um efeito adverso muito raro que ocorre em menos de 2% dos casos.

P412

725 NÃO HÁ FÁRMACOS INOCENTES: LESÃO HEPÁTICA INDUZIDA POR DESLORATADINA

Dolores Vázquez, Marta Rafael Marques, Maria Duarte, Susana Marques de Sousa, Catarina Patronillo, Silvina Miguel, Teresa Pinto

Centro Hospitalar Póvoa de Varzim-Vila do Conde.

Introdução:

A lesão hepática induzida por drogas (DILI) é complicada e difícil de prever. As apresentações agudas da DILI incluem desde a alteração ligeira assintomática da função hepática à insuficiência hepática aguda, podendo evoluir para lesão hepática crónica semelhante à devida a outras causas, como hepatite autoimune, colangite biliar primária, colangite esclerosante ou doença hepática alcoólica. Em alguns doentes, a lesão crónica secundária a DILI progride para cirrose.

Fármacos com metabolismo hepático extenso têm maior probabilidade de causar DILI. As enzimas do citocromo P450 estão primariamente envolvidas no metabolismo hepático. Identificar as associações de DILI com drogas que são substratos, inibidores ou indutores do P450 é extremamente útil para orientar o processo de tomada de decisão quando existe suspeita de DILI.

Caso clínico:

Apresentamos o caso de uma mulher de 41 anos de idade com antecedentes de asma e rinite alérgica que recorreu ao SU por icterícia, colúria e prurido. O estudo analítico revelou disfunção citocolestática com hiperbilirrubinemia (AST 1304 U/L, ALT 1700 U/L, GGT 60, BT 4,2, BD 3,9 mg/dl) tendo ficado internada para estudo e controlo sintomático.

Negava febre, cansaço, sintomas constitucionais, referia sensação de enfartamento pós pandrial previa ao surgimento de icterícia. Quando questionada

acerca de introdução de novos fármacos, negou e referiu apenas tomar “o anti-histamínico”. No segundo dia de internamento perante a ausência de melhoria, após um interrogatório mais minucioso, assumiu ter alterado o anti-histamínico para desloratadina durante as últimas três semanas prévias ao surgimento da icterícia e apesar disto ter continuado a toma de dito fármaco. Foi decidida suspensão imediata da desloratadina com evidente melhoria analítica da função hepática e completa regressão dos sintomas.

Após 4 semanas, em reavaliação em consulta, a doente apresentava valores de função hepática dentro da normalidade. O restante estudo etiológico, nomeadamente análises com despiste de infeções por vírus hepatotrofos, autoimunidade, imagem com eco e colangiornn foi normal.

Conclusão:

Entre os clínicos existe um alerta importante com os fármacos que podem causar lesão renal encontrando-se sensibilizados para o facto da necessidade de realizar ajuste da dose e monitorizar a função renal, mas, ao contrário, o fígado é um órgão muitas vezes “esquecido” e também susceptível de dano por drogas.

Torna-se importante conhecer os fármacos com metabolismo hepático, sobretudo, aqueles mais susceptíveis de causar dano hepático, a fim de, nesses casos, monitorizar regularmente a função.

Existe um caso de hepatite fulminante por desloratadina descrito na literatura, a referir três casos notificados na FDA de DILI por desloratadina sendo considerada reacção adversa muito rara. Na nossa doente, a suspensão do fármaco e a troca por alternativa terapêutica com diferente via de metabolismo foi fundamental para a rápida melhoria.

P413

1431 DRUG INDUCED LIVER INJURY (DILI) DEVIDO AO USO DE ESTERÓIDES ANABOLIZANTES: UMA REALIDADE ALARMANTE!

Sofia Perdigão, Ana Morais Alves, Cristiana Sousa, Catarina Costa, Paula Vaz Marques, Olívia Cardoso
Serviço de Medicina Interna do CHTMAD- Hospital de Chaves

Introdução

A DILI (drug induced liver injury) é um fenómeno relativamente raro, existindo inúmeros fármacos com potencial de causar lesão hepática. A maioria dos casos de DILI estão associados à introdução recente de fármacos, pelo que é importante o seu reconhecimento rápido e intervenção. Caso clínico: Doente do sexo masculino de 32 anos, previamente autónomo. Sem antecedentes

personais de relevo, sem medicação habitual ou hábitos etílicos. O doente recorre ao serviço de urgência (SU) em Dezembro de 2018 encaminhado do centro de saúde por alterações analíticas (padrão de citocolestase e dislipidémia mista). O doente referiu ainda ser frequentador de ginásio e ter ingerido durante 2 meses vários suplementos hiperproteicos que tinha suspenso há cerca de um mês, altura em que desenvolveu quadro de icterícia das escleróticas, colúria e acolia. Referiu ainda prurido generalizado há 2 dias e após anamnese cuidada admite toma durante 2 meses de testosterona artificial oral, em simultâneo com os suplementos. Do exame objectivo destacar apenas a icterícia marcada da pele e escleras, restante exame objectivo sem alterações. Analiticamente no SU apresentava um padrão citocolestático, com transaminases duas vezes o limite superior da normalidade (LSN), hiperbilirrubinémia nove vezes o LSN à custa da bilirrubina directa, coagulação e restantes parâmetros sem alterações. Foi ainda realizada uma tomografia axial computadorizada (TAC) abdominal que não revelou alterações, e após exclusão de etiologia vírica, autoimune e obstrutiva biliar, o doente é internado com o diagnóstico de citocolestase de provável etiologia tóxica, sendo admitida a hipótese de DILI associada a consumo de esteróides anabolizantes. Em Dezembro de 2018 o doente é transferido para uma unidade de hepatologia, onde inicia protocolo com N-acetilcisteína e pulso de corticoide. Realiza ainda biópsia hepática que evidencia fenómenos compatíveis com hepatite em resolução. Ao longo do internamento apresentou evolução flutuante, com agravamento inicial e posterior estabilização dos parâmetros analíticos de citocolestase. Na alta mantinha queixas de prurido e icterícia, praticamente sem citocolestase e bilirrubinas a diminuir. Manteve ainda seguimento em consulta de hepatologia e reavaliação frequente em hospital de dia. Discussão: A DILI é uma patologia relativamente rara e potencialmente grave, podendo culminar na necessidade de transplante hepático, pelo que é vital o diagnóstico precoce da mesma e sinalização destes doentes. Conclusão: O uso de esteróides anabolizantes é uma realidade crescente, o caso relatado pretende evidenciar a importância de uma anamnese cuidada. As causas tóxicas devem ser sempre equacionadas, perante um padrão analítico de citocolestase.

P414

717 AS DUAS CULPADAS: DRESS & DILI – A PROPÓSITO DE UMA CASO CLÍNICO

Ana Margarida COELHO, Lília CASTELO BRANCO, Cátia Marisa Loureiro PEREIRA, Elisabete PINELO, Eugénia MADUREIRA.

Unidade Hospitalar de Bragança, Unidade Local de Saúde do Nordeste, Bragança, Portugal.

Introdução

Síndrome de DRESS - Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms é utilizada para descrever uma reação grave de hipersensibilidade a medicamentos, caracterizada por um envolvimento sistêmico e eosinofilia. Por sua vez a lesão hepática induzida por drogas (DILI) é comum e quase todas as classes de medicamentos podem causar doença.

Caso Clínico: Apresenta-se o caso de uma doente, 74 anos, com história de obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia e insuficiência venosa, medicada com telmisartan 80 + hidroclorotiazida 12.5mg/dia e sinvastatina 20mg/dia. Internada eletivamente para revisão de prótese total joelho direito infetada, com isolamento de *Staphylococcus aureus* no exsudado, iniciou antibioterapia com amoxicilina + ácido clavulânico e rifampicina. Em D12 de antibioterapia aparecimento de febre e lesões eritematosas-descamativas pruriginosas na região face, tronco e membros superiores com progressão posterior para membros inferiores; analiticamente a salientar eosinofilia ($1,59 \times 10^9/L$), trombocitose ($493 \times 10^9/L$) e discreta elevação das transaminases. Sem alterações da coagulação, função renal e do sedimento urinário. Suspendeu rifampicina e iniciou hidrocortisona e hidroxizina. Três dias depois, após franca melhoria, reintroduziu rifampicina com novo aparecimento exantema pruriginoso, pelo que foi suspensa em definitivo. Ao D62 de internamento, após 41 dias de amoxicilina + ac.clavulânico e 26 dias de doxiciclina é objetivada icterícia com colúria associada a prurido. Analiticamente a salientar colestase com hiperbilirrubinemia (Bilirrubina total 27,87 mg/dL, Bilirrubina directa 18,00 mg/dL), sem alteração da coagulação e com serologias víricas (HCV, HBV, HIV, HSV 1 e 2, EBV e CMV) negativas, e estudo imunológico (ANA e imunoglobulina) normais. TAC abdominopelvica sem evidência de dilatação ductal biliar ou massas hepáticas, sendo equacionadas hipóteses de diagnóstico de síndrome DRESS a rifampicina e síndrome DILI a amoxicilina+ac. clavulânico; realizou biópsia hepática: parênquima hepático de arquitetura lobular preservada, espaço porta com discreta fibrose e infiltrado polimorfo mononuclear (neutrófilos e eosinófilos) lesões de colestase (...)discreto infiltrado linfocítico sinusoidal, que sustenta então o diagnóstico síndrome de DRESS a rifampicina (RegiSCAR 6/7) e DILI a amoxicilina (RUCAM score 8).Ocorreu normalização bilirrubinas e transaminases ao fim de 4meses.

Discussão: Tanto o diagnóstico de síndrome de DRESS e DILI são verdadeiros desafios, pois não há testes diagnósticos específicos; não existem critérios absolutos para diagnóstico de DRESS sendo essencialmente um diagnóstico de presunção, baseado na história clínica; assim como o DILI que se baseia na exclusão de outras etiologias de lesão hepática aguda. O diagnóstico pode ser ainda mais desafiador em pacientes que tomam múltiplos medicamentos potencialmente hepatotóxicos, tal

como o caso desta doente.

P415

253 HEPATITE AUTO-IMUNE APÓS TOMA PROLONGADA DE RIFAMPICINA, UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Flávio Pereira, Joel Pinto, Daniela Meireles, Mariana da Silva Leal, Paulo Almeida, Ana Rafaela Araújo, Susana Cavadas

Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução

A Hepatite autoimune (HAI) é uma doença pouco prevalente, caracterizada por uma grande heterogeneidade de manifestações clínicas, laboratoriais e histológicas. O diagnóstico precoce da HAI é importante dado ter uma ótima resposta à imunossupressão, mas quando não tratada, resultar frequentemente em cirrose e falência hepática.

Caso Clínico: Mulher de 39 anos, obesa (IMC 30.85), com cirurgia recente a Hallux Valgus complicada por infeção local, medicada com rifampicina 600mg/dia durante 3 meses. Cerca de 2 meses após terminar o tratamento, recorreu ao Serviço de Urgência por escleróticas e pele com coloração amareladas e astenia com 5 dias de evolução. Ao exame objetivo, de salientar icterícia muco-cutânea e hepatomegália (fígado palpável cerca de 4cm abaixo do rebordo costal, indolor à palpação e com bordo regular). Analiticamente apresentava trombocitopenia (Plaquetas $138 \times 10^9/L$), coagulopatia (INR 1.3), citólise hepática (AST 1856 U/L, ALT 3374 U/L) e hiperbilirrubinemia (bilirrubina total 15.62 mg/dL, direta 11.05 mg/dL, indireta 4.57 mg/dL). A ecografia abdominal mostrou apenas aumento das dimensões do fígado, com contornos regulares e estrutura homogênea, confirmada por tomografia computadorizada abdominal. Do estudo etiológico efetuado, destaca-se Velocidade de sedimentação aumentada ($30\text{mm}/1^{\text{a}}$ hora), hipergamaglobulinemia (2660 mg/dL), Anticorpos (Ac) antinucleares e Ac anti músculo liso positivos ($>1/1280$, $1/40$ respetivamente), Ac anti mitocôndria e anti microssoma fígado-rim negativos. Após exclusão de etiologias víricas, tóxicas e metabólicas, fez biópsia hepática transjugular, que revelou espaços porta com infiltrado inflamatório predominantemente mononuclear e com plasmócitos, atividade de interface, com zonas de necrose hepatocitária, hepatócitos periportais com balonização e formação de rosetas hepatocelulares e na zona acinar 3 pontes necróticas centro-centrolobulares. Foi assumido o diagnóstico de HAI e a doente iniciou prednisolona 1mg/kg/dia, com ótima resposta clínica e analítica. Mantém-se em remissão, em seguimento na Consulta Externa, sob azatioprina 50mg/dia e redução de dose de prednisolona.

Discussão: A HAI continua a ser um desafio diagnóstico, baseando-se na clínica, na presença de autoanticorpos circulantes não específicos de órgão, associados a hipergamaglobulinemia policlonal e histologia típica ou compatível. A exclusão de outras etiologias de doença hepática crônica é fundamental e tem implicações terapêuticas, sendo a biópsia hepática é de extrema importância quando estão presentes múltiplas etiologias possíveis. A rifampicina em monoterapia está associada a hepatotoxicidade moderada, estando descrita como um potencial trigger de HAI, como no caso apresentado.

P416

1012 RELEMBRAR O VÍRUS C NA HEPATITE AGUDA

Márcia Cravo, Daniel Oliveira, Catarina Mendonça, Paulo Paiva, João Araújo Correia

Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução

A hepatite C corresponde a um processo necroinflamatório do parênquima hepático induzido por um vírus RNA com sete genótipos distintos. A hepatite C aguda, é uma etiologia pouco frequente, presente em apenas 10% dos casos a nível europeu, mas possível nos primeiros seis meses após inoculação do vírus. A sua apresentação clínica é variável, sendo sintomática em apenas metade dos casos. As drogas endovenosas, o sexo desprotegido com múltiplos parceiros e a exposição ao vírus em procedimentos médicos são as principais formas de contaminação. Apesar de a maioria dos casos evoluir para cronicidade, a cura espontânea é um cenário possível na evolução da doença.

Caso Clínico: Apresentamos o caso de uma mulher de 62 anos, caucasiana, com história clínica de colecistectomia; hepatectomia parcial por quisto hepático benigno e gastrite crónica. Apresentou-se no serviço de urgência com dispepsia, náuseas, icterícia e colúria com uma semana de evolução. Analiticamente apresentava citólise (aspartato transaminase de 1991 U/L e alanina transaminase de 2952 U/L a 37º), colestase (fosfatase alcalina 203 U/L e gama-glutamilttransferase 315 U/L a 37ºC) e hiperbilirrubinemia à custa da bilirrubina direta (9,31 mg/dL e 7,81mg/dL, respetivamente). Ecograficamente sem alterações relevantes na morfologia hepática e sem ectasia das vias biliares. Estudo etiológico a revelar anti-HCV positivo e carga viral HCV elevada (70200000 UL/ml), sem outras alterações, compatível com provável hepatite C aguda. Durante o internamento, decidida atitude expectante, sem terapêutica médica dirigida. Evolução progressivamente favorável com resolução do quadro clínico. Reavaliação ao terceiro mês após admissão, sem sintomatologia e com normalização do perfil hepático e negatificação da carga viral HCV, a validar o diagnóstico de hepatite

C aguda com cura espontânea.

Conclusão: O diagnóstico da hepatite C aguda pode ser um desafio clínico determinado pela sua natureza clínica silenciosa e pela sua diminuta prevalência. Não obstante, o seu reconhecimento é de extrema relevância pelo risco elevado de transmissão deste vírus e pela sua frequente evolução para cronicidade, cujo tratamento dirigido tem impacto na morbimortalidade.

P417

2161 CASO CLÍNICO: COLANGITE BILIAR PRIMÁRIA

Teresa Carvalho, Filipa Lage, Carlos Marques, José Vaz ULSBA - Hospital José Joaquim Fernandes

A colangite biliar primária é uma doença autoimune, mais comum em mulheres entre 35 e 70 anos de idade e está frequentemente associada a outras doenças autoimunes, como artrite reumatoide, esclerose sistémica, S. de Sjögren, S. CREST e tireoidite autoimune.

A. R. G, sexo feminino, 57 anos, leucodérmica, auxiliar de idosos, com antecedentes pessoais de litíase biliar e renal, foi internada no serviço de Medicina II para estudo etiológico de dispneia com ligeiro derrame pleural bilateral e alterações das enzimas de colestase.

Tratava-se de uma doente que recorreu ao serviço de urgência por dispneia para pequenos esforços com 3 dias de evolução, sem ortopneia ou dispneia paroxística noturna. Referia tosse sem expectoração com várias semanas de evolução, sem febre.

Já no internamento, na revisão de sistemas, referia ainda: história de náuseas sem vômitos, sialorreia, esteatorreia e provável icterícia e colúria de carácter intermitente, com 4 anos de evolução, associado a astenia e perda ponderal com posterior recuperação (consultado RSE com alterações da GGT ~150U/L e FA ~300U/L pelo menos desde 2014). Evitava alguns alimentos da alimentação nomeadamente ovo, carnes e laranjas por agravar as náuseas. Referia ainda sinais e sintomas compatíveis com síndrome de Raynaud em ambas as mãos e artralguas de ritmo inflamatório de predomínio distal. Ao exame objetivo salientam-se a presença de fervores bibasais à auscultação pulmonar, espessamento irregular da pele de ambas as mãos, sem limitação articular, o exame objetivo do abdómen era normal.

Dos exames complementares de diagnóstico realizados na admissão há a salientar: analiticamente sem alterações do hemograma, leucograma, PCR e função renal, com alteração das enzimas de colestase (AST 46U/L, ALT 58U/L, GGT 247U/L, FA 647U/L, Bilirrubina total 0.44mg/dL), e Pro-BNP 565pg/mL. Gasimetria arterial em ar ambiente: compensada com hipoxémia ligeira. TC-

torax com derrame pleural bilateral (máx. ~2cm) e aspecto em vidro despolido.

A doente permaneceu internada durante 5 dias, hemodinamicamente estável e com melhoria das queixas de dispneia. Do estudo etiológico realizado em internamento destaca-se positividade para os anticorpos antimitocondria e anticorpos antinuclear. Restantes exames complementares (autoimunidade, função tiroideia, proteinograma eletroforetico, virologias, marcadores tumorais, ecografia abdominal, TC abdomino-pélvica, ECG, ecocardiograma e espirometria).

Admitiu-se o diagnóstico final de colangite biliar primária, tendo tido alta sob dieta geral hipolipídica e Ácido ursodesoxicólico, orientada para consulta de Hepatologia/Medicina.

Com a apresentação deste caso clínico pretende-se não só alertar para o diagnóstico da colangite biliar primária, mas também reforçar a importância de realizar de forma sistemática uma anamnese completa, com revisão de sistemas, na admissão do doente em enfermaria, por forma a melhor orientar o diagnóstico e terapêutica e diminuindo o tempo de internamento.

P418

611 FEBRE SEM FOCO: UM CASO LITERALMENTE 'BICUDO'

João Enes Silva, Sofina Pinelas, Diana Oliveira, Clara Silva, Marta Patacho, Jorge Almeida
Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução

a febre sem foco ou de origem indeterminada exige uma investigação etiológica alargada face a pluralidade das etiologias possíveis. Após investigação, as doenças neoplásicas, linfoproliferativas, auto-imunes e infecciosas apresentam-se como os principais grupos etiológicos.

Caso clínico:

Mulher de 70 anos, com antecedentes de hipotireoidismo pós-tireoidectomia total, hipertensão arterial, obesidade e patologia osteoarticular degenerativa. Medicada cronicamente com levotiroxina e ramipril + Hidroclorotiazida.

Recorreu ao serviço de urgência por um quadro com cerca de 2 a 3 semanas de evolução de febre, astenia e anorexia sem perda de peso. Negava sintomas respiratórios, urinários ou gastrointestinais. Sem noção de rash ou alterações cutâneas. Contexto epidemiológico inocente: sem viagens recentes, sem história de picada de insecto, contacto com animais restrito a 1 cão vacinado, consumo apenas de água engarrafada, sem consumo de produtos não pasteurizados ou caseiros e a viver em meio urbano.

O exame físico era inocente, confirmando-se ausência de alterações da pele e faneras ou adenomegalias, auscultação cardíaca e pulmonar normais, abdómen indolor e sem sinais de irritação peritoneal. Analiticamente, apenas com leucocitose ($19.3 \times 10^9/L$), elevação da PCR (149.4mg/dL) e colestase (fosfatase alcalina 512U/L, GGT 818U/L) sem hiperbilirrubinémia ou citólise. Função renal, ionograma, plaquetas e hemoglobina normais. A ecografia abdominal e radiografia de tórax não revelaram quaisquer alterações. A doente colheu hemoculturas e foi internada para estudo. No internamento, a colestase agravou e as hemoculturas positivaram para citrobacter koseri, pelo que se iniciou antibioterapia com piperacilina-tazobactam e foi realizado TC-abdominopélvico que mostrou uma abcesso hepático do lobo esquerdo com 50x41mm e, uma imagem linear hiperdensa de 3,5cm com uma das extremidades no abcesso e a outra na parede do estômago. A doente foi submetida a cirurgia laparoscópica para drenagem do abcesso e o corpo estranho recuperado, uma espinha de peixe. Após a cirurgia, a paciente recuperou rapidamente, com resolução da febre, colestase e bacteriémia.

Discussão: se em alguns casos a febre sem foco pode resolver espontaneamente sem se chegar a uma etiologia, em alguns pacientes podemos estar perante doenças tratáveis e potencialmente graves, merecendo estes doentes a nossa atenção e avaliação sistemática. A identificação atempada do abcesso permitiu uma intervenção antes de uma potencial evolução para um quadro de choque séptico e um prognóstico mais reservado.

P419

1066 ABCESSOS HEPÁTICOS MULTIFOCOS: UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA

Ana Pacheco, Ana Filipa Pires, Ana Silva Rocha, Zea Lopes, Mari Mesquita
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Os abcessos hepáticos apresentam uma incidência anual de cerca 2,3/100 000 e são mais frequente nos homens. Os fatores de risco são diabetes, doença pancreática, doença hepática e uso de IBPs. Podem ser resultado de invasão por organismos das estruturas subjacentes ou por embolização de hematogénica. A apresentação atípica é dor abdominal e febre, podendo ainda apresentar náuseas, vômitos, anorexia, perda de peso e mal estar geral.

Os autores apresentam o caso de um homem de 84 anos, Katz 3, cognitivamente íntegro, com antecedentes de síndrome metabólica (HTA; DM tipo 2; dislipidemia;

obesidade; estenose aórtica severa com Insuficiência cardíaca classe III com FE preservada, fibrilhação auricular paroxística (hipocoagulada) e DPOC GOLD 1 grupo A.

Trazido ao SU por agravamento do padrão habitual de dispneia com 4 dias de evolução, associado a ortopneia, DPN e febre. Ao exame objetivo: consciente, TA 80/50mmHg, Tax 38.6°C, eupneico com pSat 93% em ar ambiente, auscultação pulmonar com crepitações bibasais, auscultação cardíaca sopro sistólico grau 3 mais audível no foco aórtico, abdome men mole, RH+, sem dor abdominal; palpatores, e edemas pré-tibiais bilaterais. Estudo no SU: gasimetria com hipoxemia; ECG: FA com RVC ~90bpm, com critérios de HVE; Analiticamente com leucocitose de 18.550/uL e PCR 216mg/L; urina II normal; Rx torácico: infiltrado reticulonodular difuso. Internado sob levofloxacina pela hipótese diagnóstica de pneumonia. Manteve parâmetros inflamatórios aumentados apesar de melhoria das queixas respiratórias. TAC corpo: dois nodulos intra-hepáticos, com 6cm e 7cm; UC e HCs esteleis; EcoTT e EcoTE: sem vegetações. Realizada drenagem percutânea sendo o material esteleil e sem cisternas malignas, e escalada antibioterapia para piperacilina-tazobactam 4,5g 8h/8h. Veio a apresentar evolução clínica, analítica e imagiológica lenta mas progressivamente favorável. A data de alta (após 21 dias de piperacilina-tazobactam) manteve coleção residual de 4,5x3cm, sendo decidada da equipa de Medicina, Cirurgia e Imagiologia não prosseguir drenagem e manter por 21 dias amoxicilina-ac.clavulanico 875mg 12h/12h. Avaliado na consulta após 4 semanas, assintomático.

Discussão: avaliado o doente de 84 anos, diabético com febre e sintomas respiratórios constitui um desafio diagnóstico e de tratamento cuja abordagem atempada de dois abscessos hepáticos levou ao prognóstico favorável. A etiologia, invasiva/embolizante, não foi esclarecida e também não foi isolado agente etiológico. A antibioterapia empírica e abordagem multidisciplinar centrada no doente foram fundamentais.

A relevância deste caso prende-se com a apresentação atípica, a investigação etiológica perante abscessos hepáticos, com necessidade de avaliação

multidisciplinar e gestão de comorbilidades.

P420

2090 HEPATOPATIA VIRAL, MULTIFACTORIAL?

André Santos Pinto, Manuel Serrano Martins, Grace Staring, Wildemar Costa, Carla Henriques, Ivone Barracha, Rosa Amorim

Centro Hospitalar do Oeste - Hospital de Torres Vedras

INTRODUÇÃO

O termo hepatite refere-se à inflamação que ocorre no fígado, e que pode ter inúmeras etiologias, divididas habitualmente entre causa infecciosas e não infecciosas. Dentre as causas infecciosas, as hepatites virais têm tido um papel esmagador, chegando a representar em algumas séries cerca de 50% dos casos. Assim, tornou-se mandatória a pesquisa de serologias virais em todos os casos suspeitos de hepatopatia, devendo ser pesquisados os vírus hepatotrópicos mais comuns. A marcha diagnóstica pode tornar-se um desafio quando mais do que um destes vírus apresenta serologia positiva.

CASO CLÍNICO: Os autores apresentam o caso de um homem de 59 anos, autónomo, que recorreu ao serviço de urgência por alteração da coloração da pele e escleróticas, das características da urina e das fezes, associadas a astenia, mialgias e poliartralgias de instalação súbita. Negava hábitos alcoólicos ou outros hábitos tóxicos. Antecedentes pessoais: sífilis tratada. No exame objectivo a destacar icterícia marcada da pele e escleróticas, e hepatomegália palpável cerca de 5cm abaixo do rebordo costal direito. O estudo analítico realizado revelou hiperbilirrubinémia à custa da sua fracção directa (Bil. Total 21,4mg/dl; Fr. Directa 18,6mg/dl), associada a padrão de citólise hepática, com valores de transaminases na ordem dos 1208U/L de AST e 1306 U/L de ALT, com discreto padrão colestático (GGT 294U/L e FA 363 U/L). Realizou ecografia abdominal a demonstrar presença de esplenomegália com aproximadamente 151mm de maior eixo, sem alteração da sua estrutura, e hepatomegália generalizada com manutenção dos seus contornos, e acentuado aumento da sua ecogenicidade. Foi internado para estudo etiológico de hepatopatia de características agudas. Foram negativas as serologias para EBV, CMV, HAV, HCV, HIV; foi realizada CPRM que excluiu a presença de patologia biliar e das vias biliares intra e extra-hepáticas. Das restantes serologias para o diagnóstico de hepatopatia aguda, foi encontrado um título positivo para o antígeno HBs e para o anticorpo anti-HBc, bem como presença de IgM e IgG positivos para Parvovírus B19. Assumiu-se assim o diagnóstico de hepatite aguda, de etiologia viral, neste caso

com provável etiologia multifactorial: hepatite B aguda e hepatite a parvovírus B19. Decidiu-se por tratamento conservador, com vigilância em internamento assistindo-se a melhoria gradual do padrão de citocolestase e da hiperbilirrubinémia.

DISCUSSÃO: O diagnóstico etiológico de uma hepatite aguda continua a ser um desafio constante na prática clínica. Na maioria dos casos a evolução dá-se de uma forma relativamente benigna, não havendo necessidade de tratamento específico. No entanto, importa lembrar que nalguns casos, estas podem evoluir para a cronicidade ou até mesmo para a forma mais grave de hepatite fulminante, o que continua a assustar a população médica.

DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS

P002

1093 LEISHMANIOSE VISCERAL: UM ESTUDO RETROSPECTIVO DE 2015 A 2018 DE UM HOSPITAL DA ÁREA DE LISBOA

Inês Nunes da Silva, Clara Matos, Maria Ferreira, Teresa Branco

Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca

Introdução:

A Leishmaniose é uma doença infecciosa causada pelo protozoário da família Trypanosomatidae e pertence ao género leishmania. Apresenta um largo espectro de manifestações clínicas que variam entre manifestações cutâneas a doença sistémica fatal.

A pandemia do VIH foi acompanhada por um aumento dos casos de leishmaniose na população adulta, com posterior diminuição após introdução da TARV. No entanto, Portugal, continua a ser uma área endémica para esta doença, sendo a região metropolitana de Lisboa o maior foco de leishmaniose do país.

Objectivo:

Revisão dos processos de doentes internados num hospital da área da grande Lisboa entre 2015 e 2018 com o diagnóstico de Leishmaniose, com o intuito de caracterizar a população afectada por esta doença e avaliar a situação particular do referido hospital no que diz respeito a esta patologia.

Métodos:

Estudo retrospectivo, descritivo, no qual foram examinados os processos clínicos dos doentes internados durante o período previamente referido, com diagnóstico à data de alta de Leishmaniose. Para além da caracterização epidemiológica, foi

avaliado o tempo de internamento, a subespécie de leishmânia identificada, a existência de factores de imunossupressão, a terapêutica realizada e o destino pós-alta.

Resultados:

Foram documentados 5 casos de leishmaniose visceral, tendo sido identificada a subespécie (*L. infantum*) em apenas um caso. Os doentes eram do sexo masculino, 2 dos quais de nacionalidade portuguesa e caucasianos. Os restantes, de raça negra e imigrantes. A média de idade de diagnóstico foi de 55 anos e compreendeu os 41 a 81 anos de idade. A média de internamento correspondeu a 26,25 dias.

Verificou-se que todos os doentes se encontravam imunodeprimidos, 4 dos quais por VIH e 1 por corticoterapia e terapêutica com metrotexato.

Na maioria dos casos a suspeita diagnóstica surgiu em contexto de pancitopenia na avaliação clínica laboratorial inicial. Todos os casos foram tratados inicialmente com Anfotericina B lipossómica, verificando-se apenas uma recidiva.

Conclusão:

O número de casos reportados à Direcção-Geral de Saúde tem-se mantido constante nos últimos anos, em cerca de 15 casos por ano. Actualmente a Leishmaniose é uma doença pouco frequente, estando principalmente associada a condições sociais precárias e à imunossupressão. A região metropolitana de Lisboa é a região com maior número de casos, principalmente em indivíduos co-infectados com VIH.

P421

1779 UM CASO INVULGAR DE TUBERCULOSE DISSIMINADA

Cunha, Marta; Formigo, Mariana; Freitas, Sara; Alves, Glória; Cotter, Jorge;

Hospital da Senhora da Oliveira-Guimarães

Sexo masculino, 43 anos de idade, com antecedentes de etilismo pesado, admitido no Serviço de Urgência na sequência de acidente de mota com politraumatismo. À admissão Glasgow 15, hemodinamicamente estável, SpO₂ 92% (21%), temperatura axilar 37.8°C. Aspeto emagrecido com amiotrofia marcada, ACP sem alterações. Analiticamente de relevo destacava-se Hb 13.6 g/dl; leucocitose com neutrofilia, PCR 120 u/L (N<3,9); NA⁺ 125 meq/L; RX de tórax com padrão miliar e infiltrado na base direita. Ficou internado aos cuidados da Medicina Interna por suspeita de Tuberculose Pulmonar tendo sido medicado empiricamente com ceftriaxone e azitromicina. Apresentou pesquisa de PCR de Bacilo de Koch na expetoração positiva nas primeiras 12h de internamento tendo iniciado antibacilares.

Nas primeiras 24h o doente evoluiu com alteração do estado de consciência, discurso delirante alternado com prostração tendo realizado TAC CE que descartou patologia cerebral aguda. Realizou Punção lombar com evidência de pleocitose, proteinorraquia, hipoglicorráquia com ADA elevada, com positividade na pesquisa de PCR de BK no LCR, o que comprovou diagnóstico de meningite bacilar e associada dexametasona.

Ao 7º dia de internamento detetada tumefação testicular esquerda de consistência dura, indolor com cerca de 5x3 mm. Realizada ecografia escrotal com documentação de orquiepididimite em provável contexto de infeção tuberculosa. Proposto para biópsia testicular com drenagem de tecido epididimário cujo resultado histológico revelou a "presença de granulomas caseosos com necrose central cuja pesquisa de BK foi positiva" permitindo confirmar o envolvimento testicular.

De referir que o doente cumpriu 12 meses de terapêutica antibacilar sem complicações, com melhoria do seu estado geral. Este é um caso clínico de Tuberculose Disseminada que prima pela raridade não só enquanto diagnóstico como também pelos órgãos afetos.

P422

2075 BACTERIEMIAS DE REPETIÇÃO POR KPC SEM PONTO DE PARTIDA ESCLARECIDO.

Pedro Oliveira, José Mário Bastos, Ana Fonseca, Marta Barbedo, Margarida Mota, Vitor Paixão Dias

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

INTRODUÇÃO

As bactérias produtoras de carbapenemases constituem um problema de saúde pública, por apresentarem resistência a muitos antibióticos (AB); a *Klebsiella* Produtora de Carbapenemases (KPC) é a principal no nosso país. As bacteriemias provocadas por este tipo de microrganismos apresentam mortalidade 3 vezes superior.

CASO CLÍNICO: Doente de sexo masculino, 57 anos, portador de KPC desde internamento em ortopedia para colocação de prótese total da anca direita. No último ano internado 6 vezes por febre com isolamento de KPC em hemoculturas. Nos 4 primeiros internamentos realizou os seguintes ciclos de AB, de forma sequencial, por um mínimo de 14 dias e dirigida de acordo com antibiograma: amicacina e fosfomicina; depois meropenem, ertapenem e amicacina; posteriormente meropenem, ertapenem e gentamicina; por último ertapenem, meropenem e colistina. A data de alta de todos os internamentos, com hemoculturas negativas. Estudo realizado para determinação do ponto de partida da bacteriemia: urocultura, coprocultura, ecocardiograma transtorácico e transesofágico, TAC da anca direita, RM da coluna

e TAC cervicotorácico sem alterações; excluída ainda imunodeficiência primária ou adquirida. TC abdominal com dilatação discreta da via biliar principal e proeminência da papila para o lúmen da terceira porção duodenal, com adenomegalias peri-pancreáticas e celíacas. Ao 4º internamento realizou RM abdominal que revelou dilatação das vias biliares, coledocolitíase não obstrutiva, pâncreas divisum com proeminência do ducto pancreático e pequeno quisto associado, sem características suspeitas. Realizou ainda e PET com captação anómala na cabeça do pâncreas e em adenopatias na região do hilo hepático. Observado por gastroenterologia e cirurgia geral, que não propuseram atitudes; radiologia de intervenção considerou quisto não acessível para drenagem. Completou 4 semanas de AB. Quinto internamento, 1 mês depois, novamente com bacteriemia a KPC; completou 14 dias de tigeciclina e gentamicina com HC negativas posteriormente. Intercorrência com pancreatite aguda ao 7º dia de AB, comprovada em colangio-RM; transferência para o serviço de cirurgia geral tendo tido alta sem mais intervenções. Sexto internamento 15 dias depois, novamente com bacteriemia por KPC; realizou AB com tigeciclina e fosfomicina; TC abdominal revelou coleção multiloculada acompanhando o pâncreas em toda a sua extensão; feita drenagem; microbiológico de pus: KPC. TC de reavaliação com redução da coleção; aguarda neste momento decisão quanto à possibilidade de cirurgia ou nova drenagem por radiologia de intervenção.

DISCUSSÃO: É ilustrado um caso de bacteriemias repetidas com ponto de partida não completamente esclarecido. Só a partir do 4º internamento surgiram pistas sobre a etiologia: cálculo vesicular infetado? Colangites de repetição? Santuário localizado na região peri-pancreática? Ou consequência das bacteriemias e não a sua causa, e o ponto de partida é a colonização do TGI?

P423

1132 DO SINUS PILONIDALIS À LEISHMANIOSE VISCERAL

Francisca Santos, Ana Alfaiate, Daniela Brigas, Gonçalo Mendes, Hugo Viegas, Margarida Madeira, Clara Rosa, Eugénio Dias, Susana Marques, Ermelinda Pedroso

Centro Hospitalar de Setúbal

As Leishmanioses constituem um grupo de doenças causadas por espécies de um protozoário intracelular, como a *Leishmania donovani* ou *Leishmania infantum* (chagasi), responsáveis pela Leishmaniose visceral.

Descrevemos o caso de um homem de 19 anos, de raça negra e natural do Gâmbia, a residir em Portugal desde 2012 em más condições sanitárias, com antecedentes pessoais de Diabetes mellitus tipo 1, admitido ao Serviço de Urgência por lombalgia e tumefação supurativa

na região intranadegueira, associados a cefaleia, astenia e febre com 2 semanas de evolução. Foi objetivada febre, adenopatias inguinais não dolorosas e sinus pilonidalis sacrococcígeo infetado. Laboratorialmente com hemoglobina 11,6g/dL, 3900 leucócitos, hiponatremia ligeira, LDH de 636U/L e discreta elevação da AST, e ecograficamente, com hepatoesplenomegália moderada. Foi internado para investigação do quadro, medicado com Ceftriaxone e Metronidazol.

No internamento verificou-se agravamento da pancitopénia, ferritina 27071ng/mL, elevação das transaminases, hipertrigliceridemia e HDL 5mg/dL. Colocada a hipótese diagnóstica de Síndrome Hemofagocítica, realizou Mielograma/ Biópsia óssea que revelou a presença de blastos CD34, com aumento da série megacariocítica dismórfica. Este exame foi repetido noutro Centro Hospitalar tendo-se excluído doença hematológica e sem observação direta de Leishmania. Da restante investigação etiológica apenas se verificou positividade dos anticorpos totais Epstein Barr com PCR positiva, mas carga viral negativa, excluindo-se esta infeção como fator desencadeante, e anticorpos IgM anti-borrelia positivos, confirmado por Immunoblot e Elisa, levando a associação terapêutica de doxiciclina, sem melhoria evidente.

Mantendo o estado clínico e após discussão com Hematologia, foi iniciada corticoterapia, suspensa 4 dias depois por agravamento da pancitopénia. Por epidemiologia e clínica sugestivas desde o início para infeção por agente da espécie Leishmania, e dada a gravidade do quadro, acabou por ser iniciada terapêutica empírica com Anfotericina B lipossómica. O doente evoluiu, ainda assim, com discrasia hemorrágica importante, o que motivou a sua transferência para a UCI, acabando por ser esplenectomizado para controlo da discrasia e das alterações hematológicas. O exame anátomo-patológico do baço confirmou o diagnóstico de Leishmaniose Visceral.

Teve alta após completar a terapêutica, com melhoria clínica e laboratorial significativas.

Os autores apresentam este caso por se tratar de um caso interessante, pouco frequente, que acabou por se tornar um desafio diagnóstico para várias especialidades envolvidas, na medida em que a evolução clínica foi complexa e o processo diagnóstico teve vários fatores confundentes, obrigando ao prolongamento do internamento e à realização e repetição de vários exames complementares.

P424

67 MENINGITE POR STREPTOCOCCUS PYOGENES – UMA ETIOLOGIA POUCO FREQUENTE

Ana Filipa Cardoso, Gabriela Pereira, Margarida Rocha, Ussumane Embaló, Jorge Cotter

Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães

INTRODUÇÃO

As infeções bacterianas do sistema nervoso central por *Streptococcus pyogenes* (*S.pyogenes*) são uma causa rara de meningite e estão associadas a uma elevada taxa de morbimortalidade. O mecanismo de infeção é geralmente disseminação por contiguidade a partir de um foco infeccioso ou inoculação direta. O isolamento de agentes menos frequentes no líquido deve levantar questões etiológicas.

DESCRIÇÃO: Descrevemos o caso de uma mulher de 22 anos, sem antecedentes patológicos, traumáticos ou cirúrgicos conhecidos e com queixas prévias de rinorreia serosa unilateral. Levada ao serviço de urgência por cefaleias frontais intensas, vômitos e deterioração progressiva do estado de consciência com cerca de 12 horas de evolução. Na admissão encontrava-se hemodinamicamente estável, sem sinais de dificuldade respiratória, febril e com depressão do estado de consciência (Escala de coma de Glasgow 10 - O4V1M5). Apresentava sinais de irritação meníngea, sem défices neurológicos focais. Analiticamente tinha aumento dos parâmetros inflamatórios. TAC-CE sem evidência lesões parenquimatosas ou sinais de herniação; foi identificado conteúdo polipóide/mucocelo na vertente superior da fossa nasal direita. Realizou punção lombar, com líquido compatível com infeção bacteriana e posterior isolamento de *S. pyogenes*. Cumpriu antibioterapia durante duas semanas com ceftriaxone e vancomicina com evolução favorável, sem sequelas.

A avaliação por rinoscopia mostrou a presença de neoformação no meato superior direito. Para melhor caracterização da lesão, realizou TAC dos seios perinasais que evidenciou uma formação polipóide na fossa nasal direita e a presença de uma solução de continuidade óssea na região da lâmina crivosa e fóvea etmoidalis ipsilateral, com provável fistula de líquido. Atendendo à idade da doente, foi colocada a hipótese de encefalocelo ou, menos provavelmente, de lesão expansiva. RM-CE favoreceu diagnóstico de meningoencefalocelo. Foi submetida a ressecção da massa herniária e correção do defeito de encerramento. A avaliação anátomo-patológica confirmou o diagnóstico.

DISCUSSÃO: O *S. pyogenes* pode ter reservatório na nasofaringe, pelo que o seu isolamento numa meningite deve levantar a suspeita de um foco infeccioso nas vias respiratórias superiores ou a

presença de uma fístula de líquido. A combinação de uma história clínica detalhada com achados imagiológicos e laboratoriais são fundamentais, tendo neste caso em particular levado a uma investigação etiológica mais aprofundada que permitiu o diagnóstico de um defeito congénito pouco frequente e tipicamente diagnosticado em idades mais precoces.

P425

474 OMALGIA POR INFEÇÃO URINÁRIA?

Ana Isabel Brochado, David Prescott, Margarida Pimentel Nunes, Inês Branco Carvalho, Isabel Montenegro Araújo, Beatriz Donato, Rita Sérvio, José Luis Ferraro, Salomão Fernandes, Adriana Paixão Fernandes, Cláudia Meireles, António Martins Baptista, José Lo

Hospital Beatriz Ângelo - Serviço de Medicina Interna

A artrite séptica é uma infeção habitualmente monoarticular com febre por inoculação directa, via hematogénea ou extensão a partir do osso. Apesar de ser mais comum a *Staphylococcus aureus*, pode ser provocada por bacilos gram negativos em idosos, imunodeprimidos ou pós complicação traumática. Descrevemos um caso de artrite séptica de localização axial de apresentação atípica.

Mulher, 77 anos, com hipertensão arterial, dislipidémia, síndrome vertiginosa, patologia osteoarticular da coluna vertebral e cirurgia não especificada ao ombro direito há vários anos, recorreu ao serviço de urgência por desorientação temporo-espacial, apagamento do sulco nasogeniano esquerdo e desvio conjugado do olhar para a direita, sem hora de início de sintomas conhecida.

Além da medicação habitual, referia a toma de suplementos "Viva Melhor" (sic) desde há 1 mês, sem consumo de outros tóxicos. Sem contexto epidemiológico relevante.

À observação destacava-se lentificação psicomotora, febre, hipertensão arterial, tons cardíacos arritmicos; ao exame neurológico, desvio preferencial do olhar para a direita, parésia facial central esquerda e do membro superior esquerdo.

Dos exames complementares de diagnóstico, eletrocardiograma com extrassístoles supraventriculares, avaliação analítica com anemia normocítica e normocrómia, leucocitose e neutrofilia, trombocitopenia e elevação de proteína C reactiva, lesão renal aguda e padrão de citólise hepática com agravamento progressivo, serologias de HIV, HBV e HCV negativas; exame sumário de urina com esterase leucocitária positiva e doseamento de benzodiazepinas negativo. TC-CE e ecografia abdominal sem alterações agudas.

Ficou internada admitindo-se provável hepatite aguda isquémica por período de hipoperfusão ou eventualmente tóxica, associada a encefalopatia

de etiologia a esclarecer.

Restantes vírus hepatotrópicos e estudo de autoimunidade negativos.

Ao 3º dia de internamento com febre, omalgia direita e toracalgia anterior, normalização da função renal e de transaminases, mantinha elevação dos parâmetros inflamatórios. Fez radiografia de tórax e do ombro direito, ecocardiograma transtorácico, sem alterações. Colheu urocultura e hemoculturas, positivas para *E. Coli* multissensível, tendo sido iniciada antibioterapia (ABT) dirigida com Amoxicilina/Ácido Clavulânico, com diminuição paulatina dos parâmetros inflamatórios.

Por manutenção de toracalgia intensa sob analgesia, foi pedida avaliação por TC-torácica que demonstrou artrite séptica da articulação esterno-clavicular direita, com coleção extra-articular anterior à 1ª articulação esterno-condro-costal, sem possibilidade de drenagem.

Ajustada dose de ABT com melhoria clínica e analítica, tendo tido alta ao 15º dia referenciada a consulta para reavaliação após conclusão de ciclo de ABT (42 dias).

P426

511 UMA CAUSA RARA DE PANCREATITE AGUDA

Ana Isabel Correia, Mónica Pedro, Martinho Fernandes, Fátima Campante

Centro Hospitalar Barreiro-Montijo

Introdução:

A pancreatite aguda assume-se como uma condição patológica frequentemente admitida nos serviços de Urgência. Trata-se de um processo inflamatório do pâncreas, sendo as etiologias mais comuns a litíase biliar e o consumo de álcool.

Os autores apresentam um caso raro de pancreatite aguda secundária à infecção por *Strongyloides Stercoralis*.

Caso Clínico:

Homem de 39 anos, natural da Guiné-Bissau, recentemente em Portugal. Sem antecedentes relevantes, negando hábitos etanólicos. Recorreu ao serviço de Urgência por quadro de epigastralgia tipo facada com irradiação para a região dorsal. Objectivamente com dor na palpação abdominal dos quadrantes superiores, sem defesa. Laboratorialmente com Leucocitose 14,70x10⁹/L, Proteína C Reactiva 19,5 mg/L, Aspartato-Aminotransferase 111 U/L, Alanina-Aminotransferase 108 U/L, Amilase 500 U/L e Lipase 1461 U/L. A Ecografia Abdominal mostrou vesícula biliar sem litíase, confirmada por Tomografia Computorizada Abdomino-Pélvica (TC-AP) que acrescentou ectasia das Vias Biliares Intra-

hepáticas e da Via Biliar Principal, aumento do Ducto de Wirsung, alargamento e heterogeneidade da segunda porção do Duodeno e marcada dilatação gástrica. Internou-se com o diagnóstico de pancreatite aguda alitiásica, com exames complementares de infecciologia e imunologia negativos. Realizou Endoscopia Digestiva Alta (EDA) com biópsia do duodeno edemaciado e inflamado. A Colangio-Ressonância Magnética para melhor caracterização das imagens descritas na TC-AP evidenciou alterações sugestivas de Tumor ampular/periapampular. No entanto, o resultado anatomo-patológico da biópsia da EDA revelou mucosa duodenal com numerosos parasitas, compatível com *Strongyloides Stercoralis*. Cumpriu 3 dias de Albendazol oral 400 mg. Teve alta, assintomático, com regressão progressiva dos valores laboratoriais, em remissão na consulta de seguimento.

Discussão:

A Estrongiloidíase é uma infecção provocada pelo *Strongyloides Stercoralis*, um parasita transmitido através do contacto com o solo infestado. Apresenta grande prevalência mundial, sendo endémica nas regiões tropicais e subtropicais. Muitos dos hospedeiros são assintomáticos. Pode desenvolver manifestações gastrointestinais, como dor abdominal, náuseas, vômitos e diarreia, após a penetração da larva na pele do indivíduo. A associação com pancreatite aguda é rara, sendo escassos os casos descritos na literatura médica. A infestação da ampola do duodeno e do ducto de Wirsung poderá explicar a pancreatite por Estrongiloidíase. O diagnóstico pode passar pelo exame parasitológico de fezes, embora com baixa sensibilidade. O tratamento é eficaz com Albendazol ou Ivermectina. O caso descrito realça também a importância da biópsia, fundamental para o diagnóstico definitivo do caso, pois a imagiologia apontava para uma causa neoplásica. Assim, devemos ter um elevado índice de suspeição em indivíduos provenientes de regiões endémicas, de forma a obter um diagnóstico e tratamento precoces.

P427

559 COLITE POR CMV, E QUE MAIS?

Joana Silva Marques, Rita Dias Soares, Andrea Ladino, Nuno Monteiro, Alex Soriano

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Hospital Clinic de Barcelona

INTRODUÇÃO:

A diarreia aguda é um fator preditor de morbimortalidade nos doentes imunodeprimidos. É importante fazer um diagnóstico diferencial, tratamento dirigido e profilaxia.

CASO CLINICO:

Mulher, 40 anos com dor abdominal, 6 dejeções líquidas/dia, anorexia e perda ponderal. Colonoscopia com colite inespecífica e válvula ileocecal com úlcera superficial. Recorre ao Serviço de Urgência 2 dias depois por persistência do quadro e retorragias.

Antecedentes de hepatopatia crónica, esplenomegalia, pancitopenia, doença autoimune não filiada, tiroidite de Hashimoto, bronquiectasias, imunodeficiência combinada e linfoma difuso de célula grandes B e Burkitt em 2014 tratada com protocolo Burkimab e transplante autólogo de células hematopoiéticas, atualmente livre de doença. Complicações infecciosas prévias: pneumonia a *P. jiroveci*, reativação de citomegalovirus (CMV), criptococose disseminada e infeção por *C. difficile*. Medicada com levotiroxina, metronidazol, pentamidina inalada e imunoglobulina (Ig) subcutânea. Alergias a cotrimoxazol e vancomicina. Ex-fumadora, sem outros hábitos tóxicos.

Exploração física com abdomen mole, depressível e dor difusa à palpação. Analiticamente com leucócitos $2.34 \times 10^9/L$, neutrófilos $1.5 \times 10^9/L$, hemoglobina 109g/L normocítica normocrômica, plaquetas $31 \times 10^9/L$, Proteína C Reativa (PCR) 1,98 mg/dL. Coprocultura e toxina *C. difficile* negativas e biópsia de íleo terminal com CMV 189814 cópias/mL.

Internada por colite por CMV e pancitopenia agravada iniciando foscarnet e profilaxia com Ig endovenosa, isaconazol, atovaquona e pentamidina inalada.

De destacar $1,0 \times 10^9/L$ neutrófilos, 200-300/L linfócitos (CD4 $99/L$), $20-31 \times 10^9/L$ plaquetas, proteínas 48g/L, albumina 28g/L, ferro $36 \mu g/dL$, ferritina 715ng/mL, saturação de transferrina 14.2%, IgA $<0.08g/L$, IgM $<0.05g/L$. VHB, VHC, HIV, CMV e hemocultivos negativos. Mielograma com hipocelularidade das 3 linhas mas morfologia normal e biópsia medular normal, incluindo cultura para *Leishmania* e micobacterias. Iniciou G-CSF, com boa resposta analítica.

Com melhoria gastrointestinal, no entanto, após 2 semanas de internamento, e depois de antibioterapia por infeção respiratória nosocomial apresentou aumento do número de dejeções e retorragias. Colonoscopia com pancolite e úlceras profundas. Biópsia com carga viral de CMV indetectável. Detetada toxina de *C. difficile* e coprocultura positiva para *Campylobacter jejuni* pelo que iniciou fidaxomicina e azitromicina.

À data de alta com dejeções pastosas, sem sangue, sem leucopenia nem neutrofilia mas linfócitos $3.6 \times 10^9/L$, plaquetas $26 \times 10^9/L$, hemoglobina 105g/L e PCR 0,60mg/dL.

Iniciou profilaxia secundária com valganciclovir para posterior alteração para letermovir.

DISCUSSÃO:

Este caso ilustra as diversas possibilidades etiológicas da diarreia aguda em doentes imunodeprimidos, tornando-se desafiante a decisão terapêutica mais adequada e com menos riscos de efeitos adversos, prevenção de complicações nosocomiais e decisão de profilaxia.

P428

607 ACERCA DE 2 CASOS DE ESPONDILODISCITE

Catarina Pires, José Sousa, Carlos Figueiredo, Bruno Mendes, Sara Amaral, Sara Pinheiro, Afonso Rodrigues, Patrícia Cachado, Teresa Garcia, António Sousa Guerreiro
Unidade Funcional de Medicina 4 - Hospital de Santa Marta - Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introdução

A infecção dos discos intervertebrais e estruturas adjacentes continua a ser um problema comum na prática clínica, pela elevada frequência de procedimentos cirúrgicos e médicos invasivos, assim como pela idade avançada e comorbilidades dos doentes.

Caso clínico: Apresentam-se dois casos de espondilodiscite em doentes sujeitos a procedimentos invasivos. O primeiro caso refere-se a um doente de 81 anos, submetido eletivamente a cateterização coronária após 3 dias de internamento. Nas 24 horas seguintes ao procedimento inicia quadro de febre com calafrio e lombalgia. A RMN da coluna lombar revelou aspetos de espondilodiscite de L5-S1 com abscesso epidural e o ecocardiograma transesofágico mostrou endocardite da válvula aórtica; foi isolado *Staphylococcus aureus* metilicina-sensível em 2 hemoculturas. O segundo caso é o de um doente de 70 anos submetido a excisão de um lipoma da parede abdominal sob raquianestesia, que 2 meses depois inicia quadro de dorsalgia refratária à analgesia e subida de parâmetros inflamatórios. Exame de imagem revelou massa com densidade de partes moles entre D9-D10. Foi posta a hipótese de espondilodiscite e feita biópsia do disco intervertebral onde se isolou *Staphylococcus aureus* metilicina-sensível. Todas as hemoculturas foram negativas. Ambos os doentes tiveram internamentos prolongados em que cumpriram ciclo de antibioterapia dirigida, com melhoria das queixas algícas e reabilitação motora.

Discussão: Os dois casos apresentados ilustram a realidade das enfermarias de medicina interna. O primeiro caso é dos mais frequentemente encontrados, com evidência de bacteriemia em hemoculturas e fixação do microrganismo em estruturas valvulares assim como ósseas e ligamentares. O segundo caso é menos frequente, não só pela diferença temporal entre o procedimento cirúrgico e o quadro clínico, mas também por nunca

se ter objetivado bacteriemia nem quadro clínico que a sugerisse. Os casos de espondilodiscite após analgesia loco regional são raros, mas têm-se tornado mais frequentes devido ao maior uso desta técnica anestésica. Importa realçar que esta é uma patologia que geralmente implica um internamento prolongado para realização de antibioterapia endovenosa assim como para reabilitação. Estes doentes implicam um seguimento a médio-longo prazo em ambulatório para reavaliação imagiológica e clínica.

P429

637 NEUROSSIFILIS – O PODER DO OLHO CLÍNICO

Catarina Medeiros, Telma Elias, Nataliya Nedzelsaka, Rita Serras Jorge, Fátima Pimenta
Centro Hospitalar Médio Tejo

As convulsões são alterações súbitas do comportamento, causadas por alterações elétricas da rede neuronal no córtex cerebral. Estima-se que afeta cerca de 8-10% da população ao longo da vida. Virtualmente qualquer agressão ao cérebro pode causar convulsões agudas sintomáticas. A avaliação inicial deverá abranger história clínica detalhada, exames laboratoriais e exames de imagem cerebral. Sempre que se suspeite de causa infecciosa deverá ser realizada punção lombar.

Apresentamos o caso de um homem, de 58 anos, VIH negativo, trazido ao serviço de urgência por crise convulsiva tónico-clónica generalizada. Ao exame objetivo apresentava-se agitado, olhar conjugado para a esquerda, pupilas não reativas e anisocória, com hemiparésia esquerda e Sinal de Babinsky presente à esquerda. Nos exames complementares realizados, analiticamente apresentava apenas discreto aumento da creatinaquinase. Na tomografia cráneo-encefálica mostrava hipodensidade cortico-subcortical temporo-polares bilaterais de difícil valorização. Realizou-se punção lombar com saída de líquido cefalorraquidiano (LCR) com 30 leucócitos, com predomínio de linfócitos e proteinorráquia (117 mg/dL). Com a colaboração do doente foi possível verificar que apresentava pupilas de Argyll Robertson. Posteriormente, verificaram-se testes treponémicos e não treponémicos positivos no sangue, tendo iniciado terapêutica com penicilina com boa resposta. Mais tarde ambos os testes foram positivos também no LCR.

A Sífilis é causada pela infecção por *Treponema pallidum*. Com grande variabilidade de apresentações e período de latência, o seu diagnóstico exige elevado grau de suspeição. O diagnóstico de Neurosífilis requer a avaliação do LCR, sendo que a positividade dos testes treponémicos e não treponémicos fazem o diagnóstico. No entanto, devemos ter em consideração que a sua negatividade não o exclui. As manifestações neurológicas podem ocorrer

durante qualquer fase da doença. A presença de pupilas de Argyll Robertson é altamente sugestiva de Sífilis terciária.

P430

638 MENINGITE TUBERCULOSA – A IMPORTÂNCIA DA SUSPEIÇÃO CLÍNICA

Filipa Lima, Paula Costa, Filipa Carreiro, Joana Costa, António Prisca, Marisa Rocha, Raquel Senra, Luís Dias
Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE

Introdução

A Meningite Tuberculosa é a manifestação extra-pulmonar de tuberculose menos frequente, mas potencialmente mais grave e o seu diagnóstico representa um enorme desafio. Pode surgir em crianças e adultos de todas as idades, no entanto, estão descritos fatores de risco específicos como o alcoolismo crónico, a idade avançada, a diabetes mellitus, a infeção pelo HIV ou outras condições que comprometam o sistema imunitário, como tratamentos imunossupressores.

Caso Clínico: Sexo masculino, 86 anos, autónomo. Antecedentes pessoais mais relevantes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e polimialgia reumática, medicado com metotrexato 10mg/semana e prednisolona 15mg/dia. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de alucinações visuais, com cerca de 2 semanas de evolução e de agravamento progressivo. Negava outros sintomas acompanhantes. Ao exame objetivo apresentava-se: apirético, com Escala de coma de Glasgow de 15 e sem outras alterações, nomeadamente presença de sinais meníngeos. Analiticamente, a salientar, anemia normocítica normocrômica (hemoglobina de 10,3g/dl) e proteína C reativa (PCR) de 6,4mg/dl. Sedimento urinário e radiografia do tórax sem alterações. Realizou tomografia computadorizada crânio-encefálica que revelou apenas atrofia cortical e teve alta encaminhado a consulta de Neurologia, por suspeita de Síndrome demencial. Regressou ao SU, 2 dias depois, por manutenção da sintomatologia, associada a agitação psicomotora. O exame objetivo e as análises encontravam-se sobreponíveis, com exceção de se encontrar com febre (37,8°C) e de apresentar subida da PCR (11,7mg/dl). Ficou internado para esclarecimento do quadro, tendo sido realizada punção lombar, que revelou a presença de 75 células/uL, com predomínio de polimorfonucleares, ligeira pleocitose (24 células/uL), proteinorráquia acentuada (1,46g/dL) e glicose normal (136mg/dL). Foi detetado *Mycobacterium tuberculosis* (MT) no LCR, por biologia molecular, pelo que iniciou terapêutica antibacilar quádrupla, associada a dexametasona e suspendeu a toma de metotrexato. Do restante estudo, a salientar: exame direto, cultural e pesquisa de vírus no LCR negativos; serologia do HIV, Hepatite B e C negativas; MT negativo na urina, expectoração e

suco gástrico; tuberculina e IGRA negativos. Foi também observado pela Oftalmologia que excluiu a presença de tubérculos coróides. A evolução clínica foi favorável, apresentando completa resolução dos sintomas aquando da alta.

Discussão: No caso apresentado, a presença de vários fatores de risco como a idade, a diabetes e a medicação imunossupressora, levaram à suspeição clínica, permitindo o diagnóstico e início precoce do tratamento, fatores chave para um bom prognóstico. Serve também este caso, para relembrar a importância da pesquisa de Tuberculose Latente, em doentes sob imunossupressão prolongada, que nos casos positivos deve ser tratada, prevenindo o desenvolvimento de formas graves e potencialmente fatais de tuberculose.

P431

706 LIMITAÇÃO DO SUPORTE VITAL EM DOENTES COM VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

Joana Nascimento, Tiago Vasconcelos, Raquel Pinho, Lígia Pires, Domitília Faria, Luísa Arez

Centro Hospitalar e Universitário do Algarve - Unidade de Portimão - Medicina Interna

INTRODUÇÃO

A limitação do suporte vital (LSV) consiste na decisão da não instituição de procedimentos que visem o prolongamento da vida, ou na interrupção dos mesmos, em doentes sem viabilidade de recuperação, sustentada por consensos éticos adequados. Se, outrora, o diagnóstico de SIDA constituía um critério para a LSV, atualmente, com a mudança do paradigma na sobrevida de doentes com infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), com a introdução da terapêutica anti-retroviral (TARV), tal perde sentido. CASO CLÍNICO: Mulher, 32 anos, melanodérmica, precárias condições sócio-económicas. Consumo, até 2015, de cocaína e heroína inaladas, hábitos etanólicos atuais. Diagnóstico de infeção por VIH1 em 2004, estadio SIDA desde 2010, nadir CD4 de 41 células/mm³, carga viral de 803.004 cópias/mL, má adesão à consulta e TARV. Vários internamentos por intercorrências infecciosas oportunistas entre 2010 e 2018, nomeadamente tuberculose pulmonar, pneumocistose, pneumonias inespecíficas, candidíase orofaríngea e esofágica, retinite por citomegalovírus, e herpes genital recidivante. Recorreu ao serviço de urgência, em Novembro de 2018, por dor torácica e dispneia, tendo ficado internada por pneumonia pneumocócica. Ao terceiro dia de internamento choque séptico com falência multiorgânica, com necessidade de ventilação mecânica invasiva, suporte vasopressor e técnica de substituição renal. Inicialmente considerada indicação para LSV pelos múltiplos antecedentes infecciosos, com imunodepressão grave (CD4 < 50) e não adesão à

TARV. Após discussão do caso em equipa, a mesma foi reconsiderada, visto não existirem episódios prévios de falência orgânica e de terapêutica de substituição de órgão (TSO) nem doença não tratável, pelo que foi admitida na unidade de cuidados intensivos (UCI) com posterior evolução clínica e analítica favoráveis. Aquando da alta, doente hemodinamicamente estável, com recuperação do grau de autonomia prévio. Mantém, até à data atual, adesão à consulta e TARV. **CONCLUSÃO:** O caso clínico pretende demonstrar o dilema bioético inerente à tomada de decisão de LSV e à mutabilidade da mesma. A reconsideração da decisão inicial de LSV e consequente investimento terapêutico culminaram na recuperação clínica da doente, bem como na adesão ao tratamento. Será que o grau de imunodepressão e não adesão à TARV pode constituir, per si, um critério de LSV, mesmo perante um doente com potencial de recuperação e de recondicionamento da gestão da sua doença? Prevalece a necessidade de uma abordagem mais profunda e clarificadora das questões bioéticas envolvidas nesta tomada de decisão.

P432

1730 DOENÇA DO CAMPO NA CIDADE – UM CASO DESAFIANTE DE ENDOCARDITE

Sara Sarmento, Ana de Carmo Campos, Isabel Cruz Carvalho, João Freitas Silva, Marco Narciso, Teresa Fonseca

Hospital Pulido Valente - Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

Introdução

A Endocardite Infeciosa (EI) constitui um desafio diagnóstico pela sua heterogeneidade clínica e etiopatogénica, sendo a identificação do agente etiológico essencial à seleção do tratamento adequado. Em idosos ou imunocomprometidos a apresentação da EI pode ser atípica e sem febre. Por outro lado, em cerca de 30% das EI cursa com hemoculturas (HC) negativas, constituindo um desafio diagnóstico e terapêutico, complicado pela morosidade das técnicas laboratoriais de identificação de patógenos laboratoriais. A antibioterapia é comumente empírica, num racional epidemiológico suportado na história clínica.

Caso Clínico: Mulher de 79 anos, residente em Lisboa, com implantação de prótese biológica aórtica por estenose grave há 5 anos. Apresentava quadro com 3 meses de dispneia de esforço progressiva, ortopneia, edemas bimaiores vespertinos e perda ponderal de 6Kg, sem febre. Análises seriadas não revelaram elevação dos parâmetros inflamatórios apresentando unicamente anemia (Hb 9g/dL). O ecocardiograma transtorácico (ETT) e transesofágico revelaram leak periprotésico moderado e vegetação na cúspide ventricular aórtica (7x4 mm). Foi internada com o diagnóstico de EI sub-aguda e iniciou AB empírica

com Ampicilina, Flucloxacilina e Gentamicina. Manteve apirexia, sem isolamento de agente em hemoculturas seriadas. Assumindo-se EI com hemoculturas negativas (EIHCN), colheram-se serologias para Brucella, Coxiella burnetii, Bartonella, Mycoplasma, Legionella e pesquisa de fungos. O ETT de reavaliação ao 10º dia revelou disfunção da prótese e 2ª vegetação na válvula mitral. Dada a progressão da EI com envolvimento bivalvular, com serologias em curso, e tendo-se apurado contexto epidemiológico rural com viagens esporádicas a aldeia da Beira Baixa, escalou-se AB com Doxiciclina, Hidroxicloroquina e Vancomicina. Considerou-se multidisciplinarmente que pela fragilidade não existiam condições para cirurgia e a doente faleceu ao 20º dia. A serologia para Coxiella burnetii revelou um Ac IgG fase 1 com título ≥ 1:1024, confirmando-se diagnóstico de EI subaguda/crónica por este agente.

Discussão/Conclusão: Descrevemos uma apresentação clínica muito atípica de EI que evidencia o desafio diagnóstico e terapêutico dos casos de EIHCN. Uma idosa cidadina com contacto esporádico com ambiente rural, apresentou quadro de EI subaguda de prótese biológica a Coxiella burnetii, com início indolente, sem febre e sem elevação de parâmetros inflamatórios e progressão final rápida com atingimento bivalvular apesar da terapêutica.

P433

1809 DOR ABDOMINAL FEBRIL, UMA CAUSA ATÍPICA

Catia Teixeira, Alexandra Dias, Maria Duarte, Eva Claro, Fatima Pimenta

Centro Hospitalar Médio Tejo

As principais causas de dor abdominal associada a febre são: de origem hepatobiliar, pancreática, perfuração, inflamação, abscesso ou isquemia intestinal. A localização da dor, a sua intensidade, forma de instalação e antecedentes médico-cirúrgicos orientam no diagnóstico.

Homem de 79 anos, autónomo, que recorreu ao serviço de urgência por adinamia, febre e dor abdominal hipogástrica episódica que irradiava para a região dorsal, de uma semana de evolução. Como antecedentes pessoais tem hipertensão arterial, fibrilhação auricular, insuficiência cardíaca, anemia de doença crónica e foi submetido a reparação endovascular de aneurisma da aorta abdominal (EVAR) com colocação de prótese aorto-bi-iliaco há 3 meses. Ao exame físico apresentava-se febril, hemodinamicamente estável, sem rigidez de nuca, auscultação cardíaca arritmica sem sopros, auscultação pulmonar sem alterações, abdómen sem sinais de irritação peritoneal e ligeiramente doloroso a palpação profunda. No estudo analítico de referir hemoglobina de 7.8 g/dL, leucócitos $12.08 \times 10^9/L$ e PCR de 20.93 mg/dL, sumaria de

urina normal. Radiografia do tórax sem alterações. Realizou tomografia axial computadorizada (TC) abdominal que revelou aneurisma da aorta abdominal infra-renal com stent endoluminal aorto-bi-ilíaco com sinais de endofuga do tipo IIIa, saco aneurismático com espessamento parietal e densificação da gordura retroperitoneal envolvente.

Foi avaliado por cirurgia vascular que aconselhou continuação do estudo do foco de febre e iniciar antibioterapia empírica com piperacilina+tazobactam após colheita de culturas. Realizou ecocardiograma que excluiu endocardite. Hemoculturas positivas para *Salmonella* group B, por isso alterou-se antibiótico para amoxicilina+ácido clavulânico de acordo com sensibilidade. Pelo que se assumiu provável aortite pós-EVAR. Discutido novamente caso com cirurgia vascular que assumiu não existir critérios de gravidade e sugeriu manter terapêutica conservadora.

Ao quarto dia de antibioterapia apresentou hipotensão, agravamento da dor abdominal e diminuição da hemoglobina, pelo que realizou TC abdominal de urgência que revelou bolhas de ar no saco aneurismático. Transferiu-se o doente para cirurgia vascular onde foi submetido a colocação de drenos no saco aneurismático por punção translombar e instilação de antibiótico. Fez switch para ceftriaxone 2gr ev e ciprofloxacina 400mg 12/12h ev. A cultura do conteúdo do saco aneurismático foi positiva para *Salmonella* group B. Posteriormente foi submetido a bypass axilobifemural e em segundo ato cirúrgico foi realizada a remoção da prótese da aorta.

Por recidiva da febre e elevação dos parâmetros inflamatórios realizou ressonância magnética da coluna vertebral que evidenciou espondilodiscite de L4-L5 e abscesso paravertebral. Cumpriu seis semanas de antibioterapia dirigida.

A aortite infecciosa é um diagnóstico raro, que exige um elevado grau de suspeição e cujo diagnóstico precoce é importante no prognóstico vital do doente.

P434

1822 REACTIVAÇÃO DE INFECÇÃO CRÓNICA POR VÍRUS DA HEPATITE B E DERRAME PLEURAL SECUNDÁRIO: UMA ASSOCIAÇÃO RARA

Diana Pinho Santos, João Neves Maia, Ana Luísa Rego, Rute Alves, Filipe Nery
Centro Hospitalar do Porto

INTRODUÇÃO

O atingimento multissistémico na infecção pelo vírus da hepatite B (VHB) é amplamente conhecido, nomeadamente renal, dermatológico, neurológico, vascular e reumatológico. Já a associação com derrame pleural exsudativo em contexto de

infecção aguda ou reactivação do VHB é raramente reportada.

CASO CLÍNICO

Os autores apresentam o caso de um homem de 52 anos com consumo diário de álcool estimado em 30g e tabagismo activo, sem doença hepática previamente conhecida, com quadro de 2 semanas de evolução de icterícia, astenia, anorexia, desconforto no hipocôndrio direito e colúria. Nega conviventes doentes, consumo de drogas, tóxicos ou viagens recentes. À admissão: icterício, apirético, hemodinamicamente estável, sem asterixis. Analiticamente BT/BD 10/9,6mg/dL, AST/ALT 27 x LSN/66 x LSN, GGT 7x LSN, FA 2x LSN, INR 1.2. Ecografia com Doppler abdominal a mostrar patência do eixo esplâncnico e morfologia hepática normal, sem esplenomegalia. De referir AgHBs +, AcAntiHBs -, AcAntiHBc IgM +, AgHBe +, AcAntiHBe + e AcAntiVHD -; DNA VHB 2290UI/mL. Assim, com quadro compatível com reactivação de VHB, em doente com história passada de contacto sexual de risco, sem factor precipitante identificado. Pela ausência de lesão hepática aguda grave, por melhoria analítica progressiva sem curso clínico arrastado, não foi iniciada terapêutica antiviral.

Concomitantemente, com derrame pleural direito de moderado volume, sem sintomas atribuíveis, com características de exsudado linfocítico. Realizado estudo extenso que excluiu processo infeccioso ou neoplásico primário pleural ou pulmonar, verificando-se reacumulação do derrame após primeira tentativa de drenagem. Verificado DNA VHB no líquido pleural positivo. Documentado desaparecimento do derrame após resolução clínica e analítica do episódio de hepatite aguda, 8 semanas depois.

DISCUSSÃO

A associação de infecção aguda/reactivação pelo VHB está reportada em menos de 10 casos. O mecanismo causal não é conhecido, sendo colocadas como hipóteses fisiopatológicas invasão directa pelo vírus, deposição de imunocomplexos ou extensão da inflamação hepática. Esta associação implica exclusão de outras causas de derrame pleural e a sua resolução com a melhoria do quadro hepático.

P435

1463 KOCURIA ROSEA: ESPECIE EMERGENTE COMO CAUSA DE ENDOCARDITE INFECCIOSA

Manuel Serrano Martins, André Pinto, Grace Staring, Wildemar Costa, Nelson André, Ivone Barracha, Rosa Amorim, Ernesto Carvalho

Centro hospitalar do Oeste - Unidade de Torres Vedras

Organismos do género *Kocuria* (filo Actinobacteria, ordem Actinomycetales, família micrococcaceae), são cocos gram positivos, catálase positivos

e coagulase negativos. Apesar de raramente associados a infecções no ser humano, têm vindo a crescer o número de casos reportados de infecções graves por estes agentes em humanos.

Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino, 62 anos, com antecedentes pessoais relevantes de síndrome mielodisplásica, miocardiopatia dilatada, shunt interventricular (SIV) e história de endocardite no passado que recorre ao serviço de urgência por febre vespertina, fadiga e mialgias com 2 meses de evolução. Ao exame objetivo na admissão febril TT 38.1°C, pálido, hemodinamicamente estável, sopro holossistólico audível em todo o pré-córdio. Analiticamente neutropenia de 1550/UL, hb 9,3g/dL, PCR 6,8mg/dL e VS 70.

Por neutropenia febril iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone ev.

Para exclusão de endocardite realizou ecocardiograma transtorácico sugestivo de vegetação ao nível da SIV. Foi isolada em 2 hemoculturas de sangue periférico *Kocuria rosea* utilizando o sistema Vitek-2, pelo que se associou a vancomicina ev. Realizou ecocardiograma transesofágico que confirmou vegetação de 2cm ao nível da SIV confirmando-se o diagnóstico de Endocardite a *Kocuria rosea*. Ao 22º dia de AB dupla, por persistência de febre e imagem de vegetação no ecocardiograma de controlo e dado o isolamento de agente atípico, associou-se gentamicina. Cumpriu 36 dias de ceftriaxone, 35 dias de vancomicina e 14 dias de gentamicina com resolução clínica e imagiológica. Teve alta referenciado às consultas de cardiologia e cirurgia cardíaca. Apesar da história pessoal de 2 endocardites, face à reduzida dimensão e estabilidade hemodinâmica o doente não foi proposto para encerramento cirúrgico da SIV.

Com o advento de novos sistemas de teste microbiano, com uma base de dados mais ampla, tem vindo a ser possível identificar com maior frequência e precisão bactérias do género *Kocuria*, até então frequentemente confundidos com *Staphylococcus coagulase negativos*. Se antes eram consideradas não patogénicas, hoje sabemos que estas causam infecções graves no ser humano tanto em imunodeprimidos como em indivíduos imunocompetentes, não devendo ser considerado a priori o isolamento desta bactéria como contaminação. São necessários estudos retrospectivos comparativos da sensibilidade antimicrobiana desta espécie de forma a promover guidelines de antibioterapia empírica para cobertura desta espécie.

P436

2180 TOXICORDEMIA TARDIA A NÍQUEL

Francisca M Pereira, Maria Boncoraglio, Joana Esteves, Márcia Ribeiro, Carlos Oliveira

Hospital Santa Maria Maior, EPE Barcelos

As toxidermias são reacções cutâneas adversas provocadas por medicamentos, com uma variedade de manifestações clínicas inerentes. É um diagnóstico de exclusão e o tratamento difere quanto à sua gravidade, sendo habitualmente apenas de suporte. É atualmente aceite que a suspensão imediata do fármaco em causa é a melhor atitude do ponto de vista de prognóstico.

Mulher 68 anos, com antecedentes de HTA, dislipidemia, osteoporese e artroplastia anca esquerda há 5 anos. Episódio de sarcoidose pulmonar aguda com 15 anos evolução. Medicada em ambulatório há longa data com pantoprazol, sinvastatina, enalapril + cloridrato de lercanidipina, clortalidona e ácido alendróico.

Iniciou quadro de rash eritematoso macular disperso no tronco e membros associado a prurido intenso. Medicada com anti-histamínico e corticoide sistémico sem melhoria ou resolução do quadro. Analiticamente sem alterações de relevo. Referenciada a consulta de Dermatologia. Suspendeu os fármacos de ambulatório sem melhoria. Efetuada biópsia cutânea que revelou epiderme com discrete acantose irregular e paraqueratose focal, com pequenos focos espongióticos acompanhados de exocitose linfocítica discreta e derme papilar com leve infiltrado polimorfo a sugerir toxicodermia. Suspendeu corticoterapia e realizou testes epicutâneos com evidência de hipersensibilidade ao níquel. Discutidos resultados com Ortopedia, que confirmou níquel na composição de prótese da anca. Submetida a cirurgia para colocação de prótese sem níquel, com regressão completa do quadro dermatológico.

No presente caso assumiu-se toxicodermia tardia ao níquel presente em material de prótese de anca.

O caso descrito evidencia a elevada importância da biópsia cutânea como exame complementar, na medida em que, com frequência, permite o esclarecimento e confirmação do diagnóstico, sendo um procedimento simples e rápido.

P437

240 PERICARDITE PURULENTA PRIMÁRIA A STREPTOCOCOS PNEUMONIAE, COM APRESENTAÇÃO EM TAMPONAMENTO CARDÍACO

Maria Ana Canelas, Inês Rueff Rato, Pedro Oliveira, Pedro Teixeira, Ana Raquel Barbosa, Ana Mosalina, Luís Afonso, Pedro Gil, João Valente

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

INTRODUÇÃO

A pericardite purulenta é uma entidade rara com taxa de mortalidade elevada. Os cocos gram positivos, especificamente o *Streptococcus pneumoniae*, eram a causa mais comum de pericardite bacteriana em doentes com outro foco de infeção primário, ocorrendo por disseminação hematogénica ou por contiguidade com processo infeccioso intratorácico. Desde o aparecimento dos antibióticos nos anos 40 e da vacina conjugada, a sua incidência caiu drasticamente. Os autores descrevem um caso raro de pericardite purulenta primária a *streptococcus pneumoniae* com tamponamento cardíaco, em doente sem outro foco infeccioso precedente identificado.

CASO CLÍNICO: homem de 40 anos, raça caucasiana, com antecedente de co-infeção pelo vírus da imunodeficiência humana em estadio SIDA, e vírus da hepatite C, com historial de incumprimento terapêutico. Recorre à urgência por dor torácica de características pleuríticas e síndrome constitucional com 2 semanas de evolução. Ao exame físico: tensão arterial 90-60mmHg; frequência cardíaca 110 batimentos por minuto; extremidades mal perfundidas; turgescência venosa jugular marcada a 45° e sons cardíacos hipofonéticos; gasimetria: acidose metabólica com acidemia e hiperlactacidemia. Realizado ecocardiograma transtorácico que revelou derrame pericárdico de grande volume com critérios de tamponamento. Submetido a pericardiocentese diagnóstica e descompressiva. Drenagem de 700ml de líquido amarelo turvo (leucócitos 35042/uL, 94% polimorfonucleares; glicose 2mg/dL; proteínas 6.3g/dL; desidrogenase do lactato 1348U/L), com consequente melhoria do perfil hemodinâmico. Admitido na Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina, com dreno pericárdico em drenagem, e iniciada antibioterapia (AB) de largo espectro. Ao 4º dia de internamento descalada AB para ceftriaxone, por isolamento de *streptococcus pneumoniae* no líquido pericárdico, segundo teste de sensibilidade. O restante estudo excluiu outro foco infeccioso contíguo. Submetido a protocolo de fibrinólise intra-pericárdica com alteplase, de forma a otimizar a drenagem pericárdica e diminuir probabilidade de evolução com fisiologia constrictiva. Retirou o dreno ao 11º dia, e apresentou evolução clínica e analítica favorável, tendo tido alta ao 16º dia, orientado para a clínica do antibiótico.

DISCUSSÃO: Na era moderna dos AB, a taxa de incidência da pericardite por *streptococcus pneumoniae* diminuiu para 1/18000, com taxa de mortalidade a rondar 100% quando não tratada, e de 40% quando se realiza drenagem pericárdica e AB de largo espectro; as causas mais frequentes de mortalidade são o choque séptico, tamponamento ou pericardite constrictiva. A identificação desta entidade é desafiante, já que se apresenta de forma atípica, e os sinais clássicos de pericardite podem estar ausentes. Desde 1980, menos de 25 casos de pericardite pneumocócica foram reportados, e menos de 10 de pericardite primária, pelo que os autores consideraram pertinente a sua apresentação.

P438

351 DOENÇA DE WHIPPLE, UMA CAUSA RARA DE SÍNDROME CONSTITUCIONAL

Lídia Gomes, Sandra Santos, Joana Cardoso, Paula Gomes, João Rua, Jorge Fortuna, Armando Carvalho

Serviço de Medicina Interna do CHUC e Clínica Universitária de Medicina Interna da FMUC

Introdução:

A doença de Whipple (DW) é uma patologia sistémica rara, causada pelo bacilo *Tropheryma whippelii*, habitualmente caracterizada por sintomas constitucionais e atingimento gastrointestinal, articular, hepático, cardíaco, neurológico, linfático, cutâneo e/ou oftálmico.

Caso clínico:

Homem de 52 anos com antecedentes de bócio multinodular, hábitos tabágicos (40 UMA) e etílicos pesados apresenta-se com queixas dor abdominal, mialgias, anorexia e astenia com 2 anos de evolução, complicada nos últimos 6 meses com diarreia aquosa com alimentos mal digeridos, sem muco ou sangue, distensão abdominal marcada e perda ponderal de 30% (40 kgs à admissão). Negava febre e sudorese noturna, referia diminuição da acuidade visual com predomínio noturno. Ao exame físico apresentava caquexia marcada, melanoderma, mucosas descoradas e desidratadas, múltiplas adenopatias (<1cm) cervicais, supraclaviculares, axilares e inguinais; abdómen distendido, timpanizado e doloroso, sem organomegalias; diminuição generalizada da força muscular, propriocepção alterada, ausência de reflexos aquilianos e diminuição dos patelares e ataxia sensorial. Foi objectivada anemia e linfopenia, hipocaliémia e hipoalbuminémia graves (14 gr/L), défice marcado Vit D, vit A e ferropenia; VS 20 mm/h, PCR 2 mg/dl e confirmou-se diarreia inflamatória esteatorreica (calprotectina positiva, esteatócrito >50%). A ecografia abdominal mostrou ansas de delgado com conteúdo líquido e ligeiro espessamento parietal com morfologia nodular hiperreflectiva de pequenas dimensões

e adenomegalias com conteúdo lipídico, muito sugestivas de DW. Foram excluídas outras causas de síndrome constitucional e má absorção (tuberculose, linfoma intestinal, doença celíaca, sarcoidose, etc.) e confirmada a suspeita de DW através de PCR de *Tropheryma whipplei* no sangue periférico e endoscopia, que mostrou duodeno com pregas espessadas, múltiplas linfangiectasias e mucosa pálida, cujas biópsias revelaram vilosidades dilatadas com lâmina própria expandida por numerosos macrófagos espumosos com citoplasma eosinofílico claro e granuloso (PAS-D positivo). Iniciou ceftriaxone (2 semanas) e restante terapêutica de suporte com melhoria clínica, regulação do trânsito intestinal e aumento ponderal (8 kgs em 2 semanas). À data de alta, o tratamento foi alterado para cotrimoxazol oral que cumprirá durante 1 ano. Apresentou-se um mês depois, na consulta de follow-up, com melhoria clínica marcada e 56 kg de peso.

Discussão:

A DW pode apresentar-se através de múltiplas manifestações clínicas inespecíficas e comuns a uma panóplia de patologias que, associada à sua rara incidência, dificulta o diagnóstico. A sua apresentação clássica envolve diarreia, perda ponderal e artralgias, devendo por isso, apesar de ser uma doença rara, fazer parte do diagnóstico diferencial de síndrome de má absorção. Neste caso, destaca-se a importância da ecografia que, objetivando adenomegalias de conteúdo lipídico, sugeriu o diagnóstico.

P439

431 TUBERCULOSE PERITONEAL - A IMPORTÂNCIA DE PENSAR EM DIAGNÓSTICOS ALTERNATIVOS

Catarina Almeida, Cátia Figueiredo, Daniel Pinto, Nídia Oliveira, Filipa Viegas, Alexandra Vaz, António Correia
Centro Hospitalar Tondela-Viseu

A Tuberculose peritoneal é uma forma de apresentação pouco comum de infeção por *Mycobacterium tuberculosis* nos países desenvolvidos e representa 0.1 a 0.7% dos casos. Os doentes com Cirrose Hepática, infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida, Diabetes Mellitus, neoplasia subjacente, tratamento com anti-TNF e em diálise peritoneal, apresentam um risco acrescido. Frequentemente a infeção ocorre por reativação de um foco latente.

Mulher de 82 anos, com antecedentes de HTA, dislipidemia, histerectomia vaginal por prolapso urogenital em 2016 e anemia microcítica em estudo (endoscopia digestiva alta com hérnia do hiato com anel de fibrose e colonoscopia com divertículos). Trazida ao Serviço de Urgência por quadro de prostração, aumento do grau de dependência, anorexia e perda ponderal não quantificada com

cerca de 4 semanas de evolução. Sem queixas respiratórias ou urinárias. Sem história de perdas hemáticas. Ao exame objetivo encontrava-se emagrecida (Índice de massa corporal de 17Kg/m²), pálida, com 2 nódulos palpáveis de cerca de 3 cm, indolores e duros no quadrante abdominal superior direito. Analiticamente sem leucocitose, com anemia microcítica (hemoglobina 10.3g/dL, volume globular médio 78.4fL), hiponatremia ligeira, proteína C reativa de 11.90mg/dL e procalcitonina de 0.12ng/mL. Radiografia do tórax sem infiltrados parapneumónicos e sedimento urinário sem alterações. No internamento objetivada febre de predomínio vespertino. Realizou ecografia abdominal que identificou uma área ecogénica adjacente ao ligamento falciforme em localização perivesicular e formações nodulares, sólidas, hipoeecogénicas no baço e ecografia pélvica que apenas revelou moderada quantidade de líquido livre. Pedida tomografia computadorizada toracoabdominopélvica que revelou espessamento do cárdia e fundo gástrico, ascite, múltiplos implantes peritoneais, múltiplos nódulos hipodensos e hipocaptantes no baço e adenomegalias retrocraurais e peri-esofágicas com centro necrótico; sem alterações do parênquima pulmonar. Analiticamente com ferritina 3763ng/mL, ferro 18ug/mL, capacidade total de fixação do ferro 180ug/dL; serologias, marcadores tumorais e hemoculturas negativos.

Optou-se por biópsia do nódulo abdominal ecoguiada. A doente faleceu ao 18º dia de internamento, com suspeita clínica de neoplasia. Posteriormente a histologia revelou processo inflamatório crónico granulomatoso necrotizante, com múltiplos granulomas nos quais se identificam bacilos álcool-ácido-resistentes corados pela técnica de Ziehl Neelsen.

Com este caso pretende-se chamar a atenção para o facto da Tuberculose peritoneal poder mimetizar várias doenças, nomeadamente doenças malignas com carcinomatose peritoneal, pelo que o seu diagnóstico definitivo nem sempre é fácil. A mortalidade pode variar entre 8 a 50% sendo a idade avançada e o atraso no início da terapêutica fatores associados a maior risco de mortalidade.

P440

497 PNEUMONIA COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE UMA ZOONOSE

Filipa Brochado, Luis Teles, Yolanda Martins
Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga - Serviço de Medicina Interna

Introdução

A febre Q é uma zoonose pouco frequente, com uma incidência estimada de cerca de 1 caso por cada 10⁶ habitantes em Portugal. É causada pelo agente *Coxiella burnetii* e tem uma grande

variedade de manifestações clínicas, o que dificulta o seu diagnóstico.

Caso clínico

Senhor de 43 anos, transportador de cadáveres de animais, com antecedentes de psoríase, sob terapêutica imunossupressora com Adalimumab, hipertensão arterial, não medicada e não controlada, e síndrome depressiva, sob anti-depressivo.

Recorreu ao Serviço de Urgência por astenia e dispneia para médios esforços com 2 semanas de evolução. Negava tosse, expectoração ou outras queixas respiratórias, cutâneas, gastro-intestinais, genito-urinárias ou osteoarticulares. Negava contactos sexuais de risco, consumo de produtos não pasteurizados ou água não engarrafada e viagens recentes.

Ao exame objetivo encontrava-se pálido e febril, hemodinamicamente estável, com boa saturação de O₂, auscultação cardiopulmonar normal e sem outras alterações.

O estudo analítico inicial revelou leucocitose e elevação da PCR, bem como uma elevação aguda do valor de creatinina; sem alterações do painel hepático. A radiografia de tórax revelou um infiltrado no terço médio do hemitórax esquerdo, sugestivo de processo infeccioso.

Foi admitido no Serviço de Medicina Interna, tendo iniciado antibioterapia empírica com Amoxicilina + Ácido clavulânico e Azitromicina. Pelo contexto epidemiológico foi pedido um estudo extensivo para identificação de zoonoses, bem como o estudo imunológico.

No 3º dia de internamento, por manter febre persistente e agravamento dos parâmetros inflamatórios analíticos, foi escalada a antibioterapia para Piperacilina + Tazobactam e Doxiciclina, com evolução subsequente favorável.

Ao 11º dia de internamento foram disponibilizados os resultados das serologias, com anticorpos IgM de fase 2 para Coxiella Burnetii positivos e IgG fase 1 e 2 negativos, o que confirmou o diagnóstico de Pneumonia por Coxiella ou Febre Q. O restante estudo microbiológico e imunológico foi negativo.

Teve alta para o domicílio, orientado para seguimento em Consulta Externa de Medicina Interna, tendo-se optado por prolongar a terapêutica com Doxiciclina, a suspender de acordo com a evolução dos valores das serologias.

Conclusão

Este caso confirma que no que toca às zoonoses, particularmente à Febre Q, é necessário um elevado grau de suspeição clínica, que motive um estudo adequado, para sermos eficazes no diagnóstico e orientação terapêutica. É de salientar ainda a necessidade de adequar a duração da terapêutica às

características do doente e à forma de apresentação da doença, pelo risco de cronicidade.

P441

518 ABCESSO EPIDURAL COMO CAUSA DE PARAPLEGIA

Inês Ferreira, Ana Monteiro, Tatiana Vieira, Vanessa Chaves, José Pereira

Centro Hospitalar São João

INTRODUÇÃO

Os abscessos epidurais podem surgir como complicações secundárias de qualquer condição que resulte em bacteriemia. O principal microorganismo implicado é o *Staphylococcus aureus*. O abscesso pode levar a compressão mecânica da medula, que leva a diferentes alterações neurológicas, dependendo do nível medular afetado.

CASO CLÍNICO

Apresenta-se o caso de um homem de 74 anos, com hipertensão arterial e dislipidemia, medicadas.

Recorreu ao serviço de urgência por dor cervical posterior com agravamento progressivo e febre com 7 dias de evolução, associado a astenia e anorexia. História de tratamento dentário 3 dias antes do surgimento do quadro.

Ao exame objetivo, apresentava dor à mobilização cervical passiva e ativa. Sem défices neurológicos focais. Analiticamente, PCR 300 mg/L, sem outras alterações. Trazia RMN cervical realizada em ambulatório, que revelava sinais de processo infeccioso espondilodiscal em C4-C5, com coleção endocanal a esse nível, com deformação da medula. Assumido o diagnóstico de espondilodiscite e o doente foi internado na enfermaria sob ceftriaxone. Isolamento em hemoculturas de *staphylococcus aureus* meticilino-sensível. Realizou ecocardiograma transtorácico que revelou massa móvel na face ventricular da cúspide não coronária da válvula aórtica. No segundo dia de internamento, apresenta défices neurológicos de novo – hipofonia, tetraparésia arreflexica e retenção urinária –, polipneia e hipotensão sustentada (80/50mmHg). Realizou RMN cervical emergente que revelou extensão de possível empiema epidural de C1 a C6, sem sinais de enfarte medular, mas a condicionar a sua compressão. Disfunção multi-orgânica em doente em choque séptico/neurogénico/estafilocócico: cardiovascular, renal, hepática e hematológica. Constatada ainda celulite da coxa esquerda.

Submetido a drenagem cirúrgica do empiema epidural, sem intercorrências, e admitido no pós-operatório imediato na Unidade de Cuidados Intensivos.

Ecocardiograma transesofágico sem evidência de coleções. Realizou TC cerebral e toraco-abdominal para exclusão de embolização, que revelou lesões bilaterais sugestivas de embolização séptica pulmonar e coleção nos músculos adutores à esquerda, que foi drenada por ecografia.

Isolamento de MSSA do empiema drenado cirurgicamente. Bacteriemia persistente até ao 13º dia de internamento e antibioterapia dirigida, pelo que se optou por adicionar rifampicina e gentamicina à terapêutica, pelo seu efeito sinérgico.

Teve alta para o hospital da área de residência ao 33º dia de internamento. Melhoria lenta, mas gradual dos défices neurológicos – à data de transferência força muscular grau 2 ao nível dos ombros, cotovelos e membros inferiores, força muscular grau 0 nas mãos.

DISCUSSÃO

Em cerca de 20% dos doentes, os abscessos epidurais podem levar a paraplegia irreversível. O prognóstico depende da celeridade da intervenção cirúrgica. Este caso demonstra o largo espectro de complicações que podem advir de uma infeção estafilocócica.

P442

577 QUANDO A CLÍNICA DÁ A RESPOSTA

Madalena Faria Paulino, Andreia Ribeiro, Ana Nunes, José Barata

Hospital Vila Franca de Xira

Introdução

Em 50% dos casos de tuberculose óssea, coexiste envolvimento vertebral, que condiciona deformações da coluna. Em estadios mais avançados, pode evoluir para abscesso indolor paraespinal, com escasso conteúdo purulento. A ressonância magnética (RM) facilita o diagnóstico precoce, antes do surgimento dos sinais neurológicos. O diagnóstico definitivo da doença é dado pela positividade da coloração de bacilos e/ou do exame cultural para micobactérias. Este caso pretende alertar para a dificuldade de isolamento de agentes etiológicos e para a relevância da suspeição clínica com o início da terapêutica, minimizando a progressão da doença e respetiva lesão neurológica.

Caso Clínico: Mulher de 34 anos, caucasiana, natural do Brasil, em Portugal há 2 meses, enfermeira, com história de hipertensão arterial, cifoescoliose e mamoplastia redutora. Recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia e tosse seca com uma semana de evolução e de agravamento progressivo. Na semana anterior, tinha drenado suposto quisto sebáceo no dorso, presente há 3 meses, e realizado 7 dias de antibioterapia empírica. A observação: FC 130bpm e diminuição do murmúrio vesicular nos 2/3 inferiores do hemitórax esquerdo. Analiticamente:

leucócitos 10,0 10³ /μL; PCR 12,21 mg/dl e velocidade de sedimentação: 125mm. Radiografia torácica: extenso derrame pleural esquerdo. Toracocentese com drenagem de líquido pleural purulento, ADA 112.7 UI/L e exames bacteriológico, micológico e citológico negativos. Serologias para HIV e brucelose, IGRA e cultura de exsudado do dorso negativos. A tomografia computadorizada da coluna vertebral evidenciou coleção líquida e gasosa no tecido celular subcutâneo da parede dorsal, sugestiva de abscesso para-vertebral, e lesões osteolíticas nas 9º, 10º e 11º vertebrae, com compressão medular. Pelos achados compatíveis com tuberculose iniciou antibacilares, tendo a RM da coluna dorsal confirmado a suspeita de Mal de Pott. Pela presença de cifose de 50º a condicionar instabilidade segmentar na 10ª e 12ª vértebras, verificou-se indicação cirúrgica pela Ortopedia, tendo sido submetida a estabilização vertebral com colheita de caseum, onde se isolou Mycobacterium tuberculosis. Teve alta hospitalar clinicamente melhorada. Reavaliada em consulta de Medicina aos 3 meses, sem evidência de derrame pleural, sem sinais de progressão da doença óssea e com redução da massa paravertebral.

Discussão: Este caso ressalta as particularidades da tuberculose vertebral e a importância do seu reconhecimento precoce, pela elevada morbilidade associada. A identificação do agente etiológico pode ser difícil ou bastante morosa comprometendo o início da terapêutica. Nesta doente, a profissão, a presença da cifoescoliose com destruição óssea, do derrame pleural extenso e da história de abscesso dorsal, determinaram elevada suspeição clínica. A cirurgia encontra-se indicada pelo risco de lesão neurológica.

P443

593 NOCARDIOSE DISSEMINADA – A PROPÓSITO DE INFEÇÕES OPORTUNISTAS NOS IMUNOSSUPRIMIDOS

Inês Rueff Rato, Maria Ana Canelas, Tiago Guimarães Costa, Lúcia Graziela, Filipe Breda, Valéria Battistella, João Valente, Vítor Paixão-Dias

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

As infeções oportunistas têm frequentemente manifestações atípicas, mimetizando outras patologias. A Nocardiose é uma doença rara, que afeta sobretudo doentes com imunidade celular deficiente. A manifestação mais comum é a pulmonar podendo, contudo, surgir outras.

Mulher de 72 anos com hepatite auto-imune sob azatioprina 50mg e diabetes mellitus tipo 2. Internada na Unidade de Acidente Vascular Cerebral por febre, cefaleias e confusão mental. Do estudo: proteína C-reativa (PCR) e velocidade de sedimentação (VS) normais; estudo imunológico: anticorpos antiF-actina positivos; imunologia celular com linfopenia de linfócitos T e B. Hemoculturas

amicrobianas. Punção lombar (PL) sem alterações, amicrobiana. Tomografia computadorizada (TC) e angioTC-cranioencefálica (CE): lesão isquêmica por estenose da artéria cerebral média esquerda, que foi dilatada. Internamento complicado com crise convulsiva e instalação de défices de linguagem. Ressonância magnética (RM)-CE: múltiplas lesões isquêmicas em diferentes fases de evolução. Repetiu angiografia: patência do vaso dilatado e achados compatíveis com etiologia vasculítica. Foi assumida vasculite com atingimento do sistema nervoso central (SNC) e teve alta com azatioprina 75mg e prednisolona 1mg/Kg/dia. Manteve seguimento em consulta de Neurologia em desmame de corticoterapia, com melhoria dos défices.

Regressa ao serviço de urgência dois meses depois por alteração da linguagem, olho vermelho, dor retro-ocular esquerda e febre. Analiticamente com leucocitose, VS e PCR elevadas. TC torácica: lesão cavitada no lobo superior direito. Internada no Serviço de Medicina Interna para estudo. Apresentava lesão granulomatosa no olho esquerdo, sendo submetida a vitrectomia diagnóstica. Durante o internamento, manteve-se febril, tendo tido nova crise convulsiva com afundamento do estado de consciência. Repetiu PL: líquido a favor de infeção bacteriana. RM-CE com múltiplas lesões "de novo" compatíveis com enfarte ou abscessos decorrentes de embolização séptica, aspetos sugestivos de vasculite infecciosa. Os exames bacteriológicos, micobacteriológicos e micológicos do sangue, expetoração, lavado brônquico e broncoalveolar e de líquido foram negativos. Isolamento de *Nocardia cyriacigeorgica* no humor vítreo e biópsia pulmonar. Iniciado Cotrimoxazol, Meropenem e Linezolide por Nocardiose disseminada com atingimento pulmonar, do SNC e oftalmológico. A doente apresenta melhoria paulatina a nível neurológico e oftalmológico.

Este caso reveste-se de importância face à multiplicidade de manifestações, nomeadamente o acometimento do SNC com alterações sugestivas de processo vasculítico primário, que motivaram aumento de imunossupressão e que posteriormente revelaram ser de origem embólica por Nocardiose. Assim, tratando-se de uma doença com elevada morbimortalidade e necessidade de antibioterapia combinada, é crucial um elevado índice de suspeição, salientando a importância do diagnóstico microbiológico precoce.

P444

744 MANIFESTAÇÕES NEUROLÓGICAS DE INFECÇÃO AGUDA POR EPSTEIN BARR

Mariana da Cruz, Nuno Zarcos Palma, Gisela Vasconcelos, Lígia Rodrigues dos Santos, Margarida Cruz, Ricardo Meireles

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Introdução

Aproximadamente 95% dos adultos estão infetados pelo vírus Epstein-Barr (EBV). A infeção aguda no adulto é caracterizada por síndromes mais severas com necessidade frequente de hospitalização. O EBV está associada a uma miríade de espectro clínico, nomeadamente alterações neurológicas, essencialmente em crianças.

Caso clínico: A.C.S., sexo masculino, 64 anos. Reformado da indústria têxtil. Antecedentes e contexto epidemiológico irrelevantes. Admitido por hipersudorese noturna, pirexia, tosse seca, mialgias, anorexia, fadiga, náuseas e cefaleia holocraneana, tipo peso, de intensidade moderada, constante, sem sono ou fotofobia, com 3 semanas de evolução. Objetivamente discreto exsudado amigdalino e faríngeo e adenopatias infracentimétricas dispersas bilaterais. Durante o internamento evoluiu com pirexia sustentada e tetraparésia flácida simétrica, de predomínio nos membros inferiores (MIs) e proximal, sem nível sensitivo, reflexos osteotendinosos presentes mas fracos nos membros superiores (MSs), rotulianos e aquilinos não despertáveis, reflexo cutâneo plantar flexor. Sem disautonomia.

Analiticamente com linfocitose, linfócitos activados no esfregaço de sangue periférico. Elevação de PCR, DHL e ferritina. Padrão analítico compatível com hepatite. Realizada imunofenotipagem de sangue periférico com linfócitos activados. Reacção de Paul Bunnell positiva. Anticorpo anti EBV VCA IgM e IgG positivos, EBNA IgG negativo. Serologias negativas para demais agentes infecciosos prováveis. Velocidade de sedimentação e estudo imunológico sem alterações. Hipergamaglobulinemia policlonal. Consumo de C4. Crioglobulinas fortemente positivas tipo II.

Fez ainda punção lombar (não traumática) a demonstrar pleocitose linfocítica e proteinorráquia, DNA EBV positivo (9,6x10⁴ cópias/mL). O estudo electromiográfico revelava processo difuso sensitivomotor, polineurorradiculopático, atualmente com características predominantes desmielinizantes, não podemos ainda excluir o aparecimento de um eventual componente axonal.

Foram ainda efetuadas tomodensitometria computadorizada (TC) do crânio e ressonância magnética do crânio e medular sem alterações. TC cervico-toraco-abdomino-pélvica a revelar "Espessamento dos planos parafaríngeos", múltiplas adenopatias supracentimétricas torácicas e abdominais e hepatomegalia.

Iniciaria terapêutica de suporte, e corticoterapia dada a exuberância do quadro. Alta sob terapia fisiátrica, com resolução completa dos défices neurológicos em 1 mês.

Discussão: Apresentamos o raro caso de um doente com 64 anos com infeção aguda por EBV com atingimento neurológico. Acrescia crioglobulinemia mista por vezes presente nas infeções víricas. O

curso clínico deste caso mostra que a infecção por EBV deve figurar entre os diagnósticos diferenciais de febre sem evidente focalização e linfócitos ativados devem ser investigados independentemente da idade do doente.

P445

1314 DOENÇA DE WHIPPLE – UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE

Ana Viegas, Inês Genrinho, Rui Correia, Diana Santos, Inês Cunha, Joana Andrade, Vera Romão, Marlene Delgado, Adelino Carragoso, João Tavares

Centro Hospitalar Tondela Viseu

Introdução

A Doença de Whipple é uma infeção crónica, multissistémica e potencialmente fatal, causada pela bactéria *Tropheryma whipplei*. É uma patologia rara, com uma incidência de 6-10 casos por 10000000, sendo mais prevalente em homens. A sua forma clássica caracteriza-se por queixas gastrointestinais, perda ponderal e/ou artralgias, podendo associar-se a febre, anemia, envolvimento neurológico, endocardite, entre outras. O diagnóstico é habitualmente difícil e tardio, baseando-se na identificação da bactéria em biópsias duodenais pela coloração ácido periódico-Schiff e/ou na deteção molecular em múltiplos tecidos. O tratamento de base consiste em antibioterapia prolongada.

Caso clínico: Mulher, 69 anos, recorreu ao SU por quadro com uma semana de evolução de febre persistente, perda ponderal e rash maculo-papular disperso. Referia também dor abdominal crónica com agravamento, tipo cólica nos quadrantes superiores. Associadamente, descritos episódios de alteração comportamental com progressiva incapacidade para atividades de vida diária mais complexas, que realizava previamente nos últimos 4 meses. Antecedentes de dislipidemia e hipotireoidismo, medicada com sinvastatina, ezetímib e levotiroxina. Durante o internamento apresentou agravamento do estado cognitivo compatível com delirium. Estudo analítico com pancitopenia e aumento da proteína C reativa, sendo medicada empiricamente com ceftriaxone e doxiciclina por suspeita inicial de zoonose. Por persistência do quadro e resultados serológicos incompatíveis com o diagnóstico inicial foi realizado estudo adicional. Destaca-se PET-CT com pequeno derrame pleural bilateral, adenopatias abdominais e captação hipermetabólica medular (biópsia óssea e medulograma sugestivos de processo reativo); endoscopia digestiva alta com linfangiectasias duodenais com biópsias duodenais compatíveis com Doença de Whipple. Prolongou-se ceftriaxone por mais 2 semanas e substituiu-se por cotrimoxazol posteriormente, com evolução clínica favorável. Três meses após a alta, mantinha-se assintomática, com ganhos importantes a nível

cognitivo e normalização dos valores de hemograma e parâmetros inflamatórios.

Discussão: Neste caso foi possível o diagnóstico de Doença de Whipple com envolvimento neurológico, o qual surge em 6-63% casos. Os sintomas neurológicos são muito variáveis, associando-se a pior prognóstico por persistência de sequelas ou evolução para demência, na ausência de tratamento atempado. O envolvimento medular com citopenias é raramente descrito, mas supõe-se que possa estar subestimado por não se associar esta alteração à doença. A Doença de Whipple é uma entidade de difícil diagnóstico, muitas vezes tardio, dada a sua baixa prevalência e sintomatologia inespecífica. O tratamento é desafiante pela lenta erradicação da bactéria, apesar da rápida melhoria clínica, e recidivas em até 30% casos. O diagnóstico precoce é crucial, de forma a prevenir a morbimortalidade a longo prazo.

P446

1316 ENCEFALITE POR CMV EM DOENTE IMUNOCOMPETENTE

Leonor Naia, Andreína Vasconcelos, Carlos Rodrigues, João Fonseca, Rosa Jorge

Hospital Infante D. Pedro, Centro Hospitalar do Baixo Vouga - Serviço Medicina Interna

INTRODUÇÃO

As demências rapidamente progressivas (DRP) caracterizam-se por um declínio cognitivo, motor, psicológico e/ou comportamental em semanas a meses, sendo importante determinar a sua etiologia e, quando reversível, iniciar terapêutica dirigida atempadamente. Apesar da infeção por Citomegalovírus (CMV) ser incomum em doentes imunocompetentes, deverá ser equacionada no diagnóstico diferencial de DRP.

CASO CLÍNICO: Homem de 81 anos, previamente autónomo, com rápida deterioração cognitiva no último mês, encontrando-se acamado e totalmente dependente nas atividades de vida diárias (AVD). Antecedentes de doença cerebrovascular e doença de Parkinson, medicado com Levodopa/Carbidopa. Foi admitido no Serviço de Medicina Interna por sépsis com disfunção respiratória, renal e hematológica grave no contexto de pneumonia por *Legionella pneumophila*. Iniciou antibioterapia com levofloxacina 500mg id e azitromicina 500mg id, com melhoria clínica e analítica. Apesar da evolução favorável verificada, manteve um status cognitivo compatível com mutismo acinético, sendo o restante exame neurológico normal. Dada a história de deterioração cognitiva recente, iniciou estudo de DRP: ácido fólico: 4,80ng/mL, vitamina B12 e hormonas tiroideias normais, serologia VIH e VDRL negativas. Durante o internamento foram objetivadas múltiplas úlceras na mucosa oral e rectorragia autolimitada. Neste contexto realizou

serologias séricas para CMV com IgM e IgG positivas; EEG com traçados anormais, sugerindo quadro encefalopático, com foco de ondas lentas temporo-occipital esquerdo; RM cranioencefálica com múltiplas áreas captantes sugestivas de processo infeccioso/inflamatório. Realizou colonoscopia que mostrou mucosa congestiva com presença de várias úlceras. Colocada a hipótese de infecção por CMV, com tradução em encefalite, aftose oral e colite infecciosa, tendo sido excluída retinite; iniciou ganciclovir 5mg/kg 2id. Realizada punção lombar – proteinorráquia (58,8mg/dL), com pesquisa de CMV negativa (já sob ganciclovir, já que o procedimento foi inicialmente protelado pela presença de trombocitopenia grave). Teve alta com terapêutica antivírica (valganciclovir 900mg 2id), cumprindo um total de 21 dias. Um mês após a alta, avaliado em consulta verificando-se resolução completa da aftose oral e recuperação muito significativa da capacidade cognitiva e da autonomia para as AVD.

DISCUSSÃO: O estudo estruturado das DRP é fundamental, sendo essencial a exclusão de causas potencialmente reversíveis. A encefalite por CMV é causa habitual de processos demenciais em doentes imunocomprometidos, nomeadamente na infecção por VIH. Neste caso em particular, o insulto infeccioso grave inicial, aliado ao papel preponderante da imunosenescência, terão contribuído para o desenvolvimento de encefalite por CMV num doente imunocompetente.

P447

1569 ABCESSO PROFUNDO DA COXA POR FÍSTULA AORTO-ENTÉRICA

Marli Cruz, João Gonçalves, Luís Magalhães, Alfredo Martins, Alexandra Canedo, António Carneiro
Hospital da Luz Arrábida

Introdução

A fístula aorto-entérica é uma complicação rara das cirurgias aorto-ilíacas, de diagnóstico difícil e com elevada mortalidade. Os abscessos dos membros inferiores, por embolização séptica, constituem uma forma rara de apresentação clínica da fístula aorto-entérica.

Caso clínico

Homem de 66 anos, ex-fumador, com etilismo ativo, HTA e bypass aorto-bifemural com colocação de prótese aórtica efetuado em 2005. Desde março de 2018 com dor lombar esquerda, leucocitose ligeira e elevação discreta persistente da PCR.

Foi internado em julho de 2018 com mal-estar geral, febre e sinais inflamatórios da coxa e joelho direitos. Apresentava leucocitose (20.840/uL) e PCR 31,5mg/dL. A RMN da coxa direita sugeria existência de abscesso na coxa e revelava derrame articular e sinovite do joelho.

Iniciou ceftriaxone e vancomicina, com drenagem do abscesso da coxa e artrotomia do joelho. Isolada *Escherichia coli* multissensível em pús da coxa. As hemoculturas foram estéreis.

Por ausência de resposta clínica e analítica ao tratamento instituído foi realizada angio-TC abdominopélvica que revelou maior grau de densificação da gordura envolvente ao bypass aorta-bifemoral, com edema das paredes da 2ª e 3ª porções do duodeno e pequenas bolhas de gás nesta interface, sugestivo de infecção da prótese. A endoscopia digestiva alta confirmou a presença de corpo estranho encravado na parede duodenal (D2/D3) compatível com migração entérica de prótese endovascular através de trajeto fistuloso.

Assumiu-se o diagnóstico de fístula aorto-duodenal, com infecção de prótese vascular e embolização séptica, pelo que se associou metronidazole.

Dada a indicação cirúrgica foi transferido para outra instituição hospitalar, onde foi reparada a fístula aorto-entérica e removida a prótese aórtica.

Discussão

As fístulas aorto-entéricas podem ser primárias ou secundárias quando antecedidas de cirurgia da aorta (taxa de incidência <2%). O diagnóstico de fístula aorto-entérica é difícil e obriga a elevado grau de suspeição clínica. A TC com contraste é o exame de imagem ideal para estabelecer o diagnóstico.

A manifestação clínica mais frequente é a hemorragia digestiva, mas pode manifestar-se por sépsis, estando descrita a infecção distal por êmbolos sépticos, osteomielite ou artrite séptica, com taxa de incidência entre 2 e 8%.

As complicações infecciosas de fístulas aorto-entéricas são condições clínicas com mau prognóstico e de difícil solução. O seu tratamento compreende o controlo do processo infeccioso e cirurgia de reconstrução vascular com remoção da prótese.

P448

1671 DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL À ESPONDILODISCITE A ENTEROCOCCUS FAECALIS: UM DESAFIO CLÍNICO

Salvador Morais Sarmiento, Andreia Amaral, Dina Pita, Sofia Mateus, Hugo Inácio, Miguel Leite, Daniela Marto, Ana Brito, Marta Moitinho, Catarina Salvado
Hospital de Santo António dos Capuchos, Medicina Interna 2.5

Título: Do acidente vascular cerebral à espondilodiscite a *Enterococcus faecalis*: um desafio clínico.

Introdução

A espondilodiscite é uma doença rara nos adultos que, pela sua dificuldade diagnóstica, está associada a elevada morbi-mortalidade. Trata-se de uma infeção do disco intervertebral, que pode atingir as vértebras contíguas, que se manifesta com dor no local afetado em mais de 90% dos casos. Tem origem na inoculação direta de um procedimento recente, disseminação de foco infeccioso contíguo, disseminação hematogénica (identificado em até 25% dos casos) ou infeção ascendente do trato urinário. O agente etiológico mais comum é o *Staphylococcus aureus*, constituindo mais de 50% dos casos em Portugal.

Caso clínico: homem de 76 anos, com antecedentes pessoais relevantes de cardiopatia valvular e isquémica, prótese biológica da válvula aórtica, fibrilhação auricular paroxística (hipocoagulada), hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2. Foi admitido com ativação de via verde do acidente vascular cerebral (AVC) por episódio de queda provocado por hemiparesia esquerda de início súbito; acrescentava ainda queixas de lombalgia direita e sensação febril associada a calafrios com três meses de evolução. Ao exame objetivo apresentava-se febril, com apagamento do sulco nasogéneo direito e parésia do membro superior homolateral, pelo que realizou tomografia computadorizada cranioencefálica (TC-CE) com contraste, sem lesões agudas. Atentando na história do doente de febre e lombalgia nos meses prévios, fez ressonância magnética da coluna lombar com aspetos sugestivos de espondilodiscite L2-L3, com pequena coleção peri-vertebral e discretas alterações L4-L5 com duvidoso realce. Colheu hemoculturas com isolamento de *Enterococcus faecalis*, pelo que iniciou antibioterapia dirigida com gentamicina e ampicilina. Efetuou ainda ecocardiograma transesofágico que revelou endocardite da válvula mitral, e colonoscopia objetivando diverticulose e presença de adenoma tubuloviloso com displasia de baixo grau. Por manutenção dos défices motores não justificados pela lesão lombar, realizou ressonância magnética CE que evidenciou enfarte isquémico subagudo no território vascular da artéria cerebral anterior esquerda, com presumível etiologia cardio-embólica. Teve alta clínica melhorado, com indicação para completar 6 semanas de antibioterapia e manter hipocoagulação.

Discussão: Atendendo à sua evolução clínica insidiosa, a espondilodiscite implica um elevado índice de suspeição diagnóstica e necessidade de isolamento precoce do agente causador para instituição de terapêutica dirigida. Salienta-se neste caso a raridade do agente infeccioso - *Enterococcus faecalis* - na etiologia desta doença, com provável origem no adenoma colorectal. Este caso clínico demonstra ainda a gravidade das potenciais complicações de um diagnóstico tardio, cursando também com endocardite infecciosa e AVC isquémico, sugerindo uma possível origem comum

a estes eventos.

P449

1682 SERRATIA MARCESCENS – UM MICROORGANISMO INCOMUM DE ENDOCARDITE INFECCIOSA

Ana Ferreira, Fernando Freitas, Bruno Besteiro, Arsénio Barbosa, Miguel Carvalho, Pedro Rodrigues, Vanessa Chaves, António Lopes, Jorge Almeida

Centro Hospitalar de São João

INTRODUÇÃO

A Endocardite Infecciosa (EI) deve ser exaustivamente pesquisada em doente com válvulas protésicas cardíacas e com febre não explicada.

CASO CLÍNICO

Homem, 61 anos, insuficiência cardíaca valvular (estenose aórtica) com função sistólica do ventrículo esquerdo preservada, fumador. Internado a 25/08 por edema agudo do pulmão com fibrilhação auricular de novo. Durante o internamento com o diagnóstico de EI por *Streptococcus agalactiae* isolado em hemocultura (HC), Ecocardiograma transesofágico (ETE) com endocardite da válvula mitral, medicado com gentamicina e ceftriaxone. Cirurgia de substituição da válvula mitral e aórtica por próteses biológicas às 4 semanas de antibioterapia (ATB). Cultura de válvulas e HC de controlo negativas – cumpriu mais 2 semanas de ATB e teve alta. Admitido em 19/11 por febre e emagrecimento. ETE com estrutura filiforme na vertente anterior de válvula mitral protésica, considerada possível vegetação e trombo na AE. Iniciada hipocoagulação e ATB empiricamente com gentamicina, vancomicina e rifampicina. Múltiplos sets de HC, pré e pós início de ATB negativos. Persistência de quadro clínico e da estrutura filiforme valvular que após discussão com cirurgia Cardiotorácica considerou tratar-se apenas de fenómenos trombóticos pelo que foi suspensa ATB, mantendo hipocoagulação. Após estudo de síndrome constitucional, diagnosticado neoplasia de não pequenas células do pulmão estadio IIIB.

Novo internamento a 30/12 por acidente vascular isquémico da região occipital esquerda com hemianopsia homónima bitemporal. Persistência de febre. Repetiu ETE com documentação de diminuição de trombo na AE, sem sinais de vegetação, abscessos ou disfunção protésica. HC persistentemente negativas. A 08/01 por choque presumivelmente séptico, sem foco infeccioso identificado foi iniciada empiricamente vancomicina e gentamicina. HC posteriores com isolamento de *Serratia marcescens*. Suspensa vancomicina e associado ertapenem. Ecografia abdominal e TC toracoabdominopélvico sem foco de infeção, sem sinais de embolia. Repetido ETE sem alterações de novo. PET com hipercaptação anormal de F18-FDG na vertente inferior da válvula mitral,

para além das adenomegalias metastáticas já conhecidas. Admitida EI por *Serratia marcescens* com boa evolução clínica, tendo cumprido ATB com gentamicina (2 semanas) e ertapenem (6 semanas).

DISCUSSÃO

A *Serratia marcescens* é um raro causador de EI, sendo a maioria dos relatos em indivíduos que usam drogas endovenosas ou com condições debilitantes crônicas: doença hepática crônica, imunossupressão, presença de linha arterial e catéter endovenoso. Neste caso a substituição de valvular, o uso de dispositivos intravasculares assim como o estado de imunossupressão induzido pela neoplasia foram os factores de risco identificados. Os autores salientam a dificuldade diagnóstica e o papel da PET quando a suspeita clínica é elevada e os exames mais comumente usados para o diagnóstico da EI são persistentemente negativos.

P450

1698 MALÁRIA, UMA MEMÓRIA INESPERADA

Francelino Ferreira, Ruben Reis, Magda Silva, Ana Paula Pona, Fátima Campante

Centro Hospitalar Barreiro Montijo

INTRODUÇÃO

Em Portugal a malária continua a aparecer de modo esporádico, principalmente na sua forma importada entre os indivíduos provenientes das regiões endémicas. Assim, num contexto clínico e epidemiológico adequados, é um diagnóstico a equacionar. A identificação da presença do parasita e o início do tratamento direcionado é crucial, uma vez que a doença pode ser grave ou fatal, nomeadamente quando provocada pelo *plasmodium falciparum*.

CASO CLÍNICO: Doente do sexo feminino, de 18 anos, natural de Lisboa, sem antecedentes relevantes e que regressou de

Angola três semanas antes, onde esteve em visita a familiares. Nega qualquer profilaxia do viajante e tem o programa nacional de

vacinação atualizado. Recorreu ao serviço de urgência por febre que não cedia aos antipiréticos, mialgias, vômitos, astenia e diarreia com cinco dias de evolução. Ao exame objetivo destacava-se febre de 38° C e prostração, sem mais alterações de relevo. Na avaliação laboratorial apresentava anemia (Hb 10.3 g/dL), trombocitopenia (58.000 plaquetas), hiperbilirrubinemia (total 2.3mg/dL, direta 1.2mg/dL), alteração das enzimas hepáticas (AST 92 U/L, ALT 172 U/L), PCR 50 mg/dL e presença de trofozoitos de *plasmodium falciparum* no sangue periférico, com 11% de parasitemia. Iniciou terapêutica com doxiciclina 100 mg de 12 em 12 horas e quinino 500 mg de 12 em 12 horas.

Sob esta terapêutica, evolui com agravamento das alterações hematológicas e do padrão de hemólise, com necessidade de

suporte transfusional, manutenção da febre, aumento dos parâmetros inflamatórios e extensa pneumonia bilateral documentada por TAC, com hipoxémia grave. Ao sétimo dia de internamento foi transferida para a unidade de cuidados intensivos e iniciou terapêutica antibiótica empírica de largo espectro e oseltamivir. A doente teve uma boa evolução clínica, sem necessidade de suporte de órgão, já com parasitemia negativa, estável do ponto de vista hematológico e infeccioso, sem outros agentes isolados.

DISCUSSÃO: Este caso demonstra que a malária ainda é uma doença atual, principalmente devido aos movimentos migratórios. Perante uma anamnese muito sugestiva os meios complementares rapidamente confirmam a hipótese diagnóstica. A doença pode ser grave, tal como neste caso de infeção por *Plasmodium falciparum*, não apenas pelas alterações hematológicas, mas também devido a outras complicações.

P451

1716 ENDOCARDITE INFECCIOSA E ALTERAÇÕES DA CONDUÇÃO AURICULOVENTRICULAR – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Rosana Maia, Pedro Pinto, Miguel Costa, Duarte Silva, Edgar Torre, Carmélia Rodrigues, Diana Guerra

ULSAM - Hospital de Santa Luzia - Viana do Castelo

Introdução

A Endocardite infecciosa (EI) é uma doença incomum, com uma incidência de 3-7/100000 pessoas/ano, que se caracteriza por elevada morbilidade e mortalidade, constituindo uma das principais infeções ameaçadoras de vida.

Caso Clínico: Homem, 80 anos, autónomo, com insuficiência cardíaca (IC), de etiologia valvular (estenose aórtica severa), com fração de ejeção preservada, hipertenso, trazido ao Serviço de Urgência (SU) por dispneia intensa, mal-estar generalizado, tosse não produtiva, sensação de enfartamento, náuseas, calafrios e mialgias de início súbito. Exame objetivo: consciente, colaborante e orientado, T aur 40°C, TA 136/63 mmHg, SatO2 90% (FiO2 21%). Auscultação (A) cardíaca: S1 e S2 presentes, arrítmicos, sopro sistólico grau II/VI. A pulmonar: sons respiratórios globalmente diminuídos, sem ruídos adventícios. Analiticamente: trombocitopenia (plaquetas 60x10⁹/L), lesão renal aguda (Creat 1.42 mg/dL) e PCR 11.19 mg/dL. Gasometria arterial (FiO2 21%): sem insuficiência respiratória. Radiografia de tórax: elevação da hemicúpula diafragmática direita, sem infiltrados ou condensações. Eletrocardiograma (ECG):

fibrilação auricular (FA) com resposta ventricular (RV) controlada (de novo). Colhidas Hemoculturas (HC) e iniciada antibioterapia com ceftriaxone. Realizou ecocardiograma(Eco)-transtorácico (TT) e transesofágico em D2 internamento: área hipoeogénica na região posterior do anel valvular aórtico (abcesso) e estrutura filiforme e hipereogénica aderente à face ventricular da cúspide não coronariana (vegetação). Iniciada terapêutica empírica para EI com vancomicina e gentamicina. Conhecidos resultados de HC – positivas para *Staphylococcus aureus* metilicilino-sensível, tendo sido ajustada antibioterapia para flucloxacilina. Durante o internamento, IC descompensada e FA com RV rápida, tendo iniciado diurético, digitálico e beta bloqueador. Em D8 internamento, dor torácica retro-esternal, dor abdominal epigástrica e dispneia. ECG: ritmo sinusal, bloqueio auriculoventricular (BAV) 1º grau e bloqueio completo de ramo direito), seguido de síncope (ECG: BAV completo). Medicado com atropina e isoprenalina com resposta parcial. Implantado pacemaker temporário. Eco-TT: insuficiência aórtica de novo. Transferido para Cirurgia Cardioriorácica de outro hospital. À admissão, agitado e com afasia motora. TC-craneoencefálico (sem alterações de relevo). Submetido a cirurgia de substituição de válvula aórtica por prótese biológica e exclusão do abcesso, com instabilidade hemodinâmica intra-operatória. No pós-operatório, choque grave com necessidade de suporte vasopressor, com refratoriedade a todas as medidas clínicas instituídas, tendo vindo a falecer.

Discussão: Os distúrbios da condução (BAVs, bloqueios de ramo ou FA) são complicações incomuns da EI (1-18%) e a sua presença está associada a um pior prognóstico. Com este caso clínico, os autores pretendem alertar para algumas das complicações a ela associadas, as quais podem ocorrer simultaneamente.

P452

1744 ERITEMA NODOSO, UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Teresa Furtado, António Eliseu, Filipa Silva, Lúcia Gil, Manuela Fera, Paula Lopes
Centro Hospitalar de Setúbal - Serviço de Medicina Interna

INTRODUÇÃO:

Eritema Nodoso consiste numa forma de paniculite mediada por uma reação de hipersensibilidade tardia que pode ser despoletada por uma ampla variedade de situações, sendo, muitas vezes idiopático. Ocorre mais frequentemente em mulheres que se encontram entre 2ª e 4ª décadas de vida manifestando-se tipicamente por nódulos eritematosos dolorosos na região pré-tibial das pernas bilateralmente, não ulcerados e

com resolução em 8 semanas. Histologicamente caracteriza-se por paniculite septal sem vasculite. Devem ser considerados diagnósticos alternativos, especialmente em casos com apresentação atípica. A biópsia cutânea é útil para estabelecer o diagnóstico diferencial de EN, nomeadamente com Vasculite Nodular, Infecção subcutânea, Poliartrite Nodosa, Infiltração maligna, Paniculite Pancreática ou Défice de alfa1 Anti-Tripsina.

CASO CLÍNICO:

Mulher, 73 anos de idade, autónoma para as AVD's. Sem antecedentes pessoais de relevo.

Doente admitida por quadro com 3 anos de evolução com recorrência de lesões nodulares eritematosas na região posterior de ambas as pernas, dolorosas ao toque, não pruriginosas, discretamente elevadas e com diâmetro de aproximadamente 2 cm, sem atingimento de outras regiões do corpo. Ao exame objetivo sem outras alterações associadas. Neste contexto admitiu-se a hipótese diagnóstica de Eritema Nodoso e a doente foi internada para estudo etiológico.

Do estudo efetuado a destacar: 1) Avaliação laboratorial sem alterações, nomeadamente TASO e ECA negativos, 2) TC-TAP: múltiplos granulomas calcificados pulmonares no LSE, mediastínicos e esplénicos, sem quaisquer adenopatias, 3) Teste cutâneo de tuberculina e IGRA positivos.

Para melhor esclarecimento do quadro procedeu-se à realização de Biópsia cutânea que revelou tratar-se de uma paniculite lobular supurativa e granulomatosa, com vasculite, compatível com Vasculite Nodular/Eritema Induratum de Bazin.

CONCLUSÃO:

O Eritema Induratum de Bazin/ Vasculite Nodular é uma paniculite lobular frequentemente associada a tuberculose, no entanto também pode ser idiopática ou associada a outras condições. Ocorre tipicamente na região posterior das pernas, com nódulos subcutâneos eritematosos dolorosos e ulcerados, podendo ser facilmente confundida com Eritema Nodoso. Destaca-se aqui a importância de considerar diagnósticos alternativos, especialmente em casos com apresentação atípica, nos quais a biópsia cutânea assume um papel crucial no estabelecimento do diagnóstico definitivo.

P453

1748 TUBERCULOSE DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL: ENTIDADE RARA, DIAGNÓSTICO DIFÍCIL

Manuel Monteiro, Luís Reis, Marta Torre, Luís Dias
Hospital de São José, Unidade Funcional Medicina 1.2

Introdução

A tuberculose exclusiva do sistema nervoso central (TBSNC) é uma entidade rara, responsável por somente 1.9% dos casos de tuberculose extrapulmonar em Portugal (dados de 2013 da Direção-Geral da Saúde), estando associada a elevada mortalidade.

Caso clínico: Mulher de 84 anos com antecedentes pessoais de leucemia linfocítica crónica, hipertensão arterial e fibrilhação auricular, anticoagulada com varfarina. Foi internada por quadro com 2 meses de evolução caracterizado por confusão, perda progressiva de autonomia, tremor dos membros superiores, e cefaleia parietal direita, sem rigidez da nuca, que relacionava com traumatismo crânio-encefálico 2 semanas antes. O estudo analítico sumário de demências não apresentou alterações, e a TC-CE apenas identificou escassas calcificações infracentimétricas inespecíficas, pelo que se prosseguiu a investigação com RM-CE, que evidenciou múltiplas lesões isquémicas recentes, não síncronas. Tendo em conta monitorizações de INR em contexto de consulta com valores sempre terapêuticos e restante estudo vascular sem alterações, fez-se punção lombar que surpreendentemente revelou hipoglicorráquia de 10mg/dL, assim como proteinorráquia e LDH aumentados (257.9mg/dL e 90U/L, respetivamente). A citometria de fluxo do líquido foi inconclusiva para a presença de monoclonalidade dos linfócitos, sendo o exame direto para *Mycobacterium tuberculosis* e TAAAN negativos; a PCR para Epstein Barr foi positiva em 3 determinações sequenciais, pelo que se optou por iniciar terapêutica com aciclovir. Porém, por manter agravamento neurológico decidiu-se também pelo início de tuberculostáticos e corticoterapia, registando-se ainda inicialmente progressão para um estado de coma. Ao 14º dia de antibacilares houve, contudo, uma repentina e franca melhoria do quadro neurológico, com recuperação do estado de consciência prévio ao internamento. O diagnóstico de TBSNC foi confirmado somente ao 47º dia de terapêutica tuberculostática, por cultura do líquido. Teve alta lúcida e orientada, mantendo tratamento até completar 12 meses.

Discussão: A TBSNC pode apresentar alterações clínicas e imagiológicas subtis, mimetizando facilmente outras entidades, pelo que é necessário elevado índice de suspeição para o seu diagnóstico. Neste caso o agravamento clínico inicial, apesar do tratamento dirigido, e o isolamento persistente do vírus Epstein Barr no líquido representaram fatores de confundimento, causando dúvidas relativamente ao diagnóstico. Por outro lado, a inexistência na prática clínica de um teste diagnóstico sensível e célere dificultou a marcha diagnóstica, pelo que a persistência no tratamento com os tuberculostáticos foi fundamental para o desfecho favorável.

P454

1803 MENINGITE ASSÉPTICA POR LEPTOSPIRA – UM CASO ATÍPICO

Marta Braga Martins, Luís Monteiro Dias, Rosa Macedo Carvalho, Céu Rodrigues, Vânia Gomes, Carlos Capela
Hospital de Braga

Introdução

A leptospirose é uma zoonose que afecta comumente os países tropicais (incidência anual de 10 casos por 100.000 habitantes a nível mundial). As manifestações neurológicas desta doença são raras, e classicamente associam-se a disfunção hepatorenal. Das manifestações neurológicas possíveis, a meningite asséptica é a mais comum.

Caso clínico: Relata-se o caso de um homem de 76 anos com antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 2. Foi trazido ao Serviço de Urgência por um quadro de obnubilação, desorientação, períodos de agitação, fraqueza dos membros inferiores e astenia. Segundo o familiar terá referido quadro autolimitado de dor abdominal generalizada, sem febre ou exantema, uns dias antes. Vivia em meio rural, com contacto frequente com diversos animais como vacas, porcos e ratos. Ao exame físico, apresentava rigidez terminal da nuca e quando sentado tendia a inclinar a cabeça para a direita. Sem fraqueza muscular objetivável, mas vencendo a gravidade apenas por alguns segundos. Restante exame físico sem alterações. Analiticamente, com proteína C reativa de 188 mg/L e trombocitopenia de 86.000/ μ L. Sem disfunção renal ou hepática. A tomografia computadorizada cerebral não revelou lesões agudas. A punção lombar mostrou proteinorráquia (0.73 g/L) e ligeira pleocitose (20 células, das quais, 4 linfócitos e 2 neutrófilos). Ficou internado na Medicina Interna para estudo complementar após o início de antibioterapia empírica em doses meníngeas de ceftriaxone e vancomicina, e também aciclovir. Tendo em conta a ausência de clínica a favor de meningite bacteriana, características do líquido pouco a favor de encefalite, e a negatividade das serologias víricas no líquido, foi suspenso o tratamento em D2 de internamento. Concomitantemente, decidido alargar o estudo etiológico do quadro neurológico, predominantemente confusional. Verificou-se positividade para anticorpos anti-leptospira IgM. Assim foi assumido o diagnóstico de meningite por leptospira e reiniciada antibioterapia com ceftriaxone em dose meníngea. A data da alta, ao sétimo dia, verificada regressão do quadro confusional, normalização do exame neurológico e regressão da síndrome inflamatória analítica. Completou tratamento em ambulatório com doxiciclina (total de 7 dias de antibiótico). Manteve seguimento em consulta externa de Medicina interna. Na última reavaliação apresentava-se assintomático.

Discussão: O presente caso ilustra uma manifestação atípica da infecção por leptospira, a meningite asséptica, com a particularidade de se apresentar apenas com atingimento neurológico, sem disfunção associada de outros órgãos. O diagnóstico e o tratamento da leptospirose são um desafio até para um clínico experiente, devido à sobreposição dos sintomas e sinais com as outras zoonoses. Na doença grave, a mortalidade pode exceder os 40%. Neste caso a evolução foi favorável.

P455

1908 COMPLICAÇÕES SECUNDÁRIAS A PATOLOGIA BILAR NÃO DIAGNOSTICADA

Sara Almeida Ramalho, Tomás Nunes, Margarida Serôdio, Elena Pirtac, João Namora

Hospital Garcia de Orta

Introdução

A abordagem e tratamento bem sucedidos das patologias infecciosas implica o controlo adequado dos focos de infecção. No contexto de colecistite aguda em doentes com colelitíase crónica pode ocorrer bacteriémia com consequências graves. O caso descrito exemplifica uma das possíveis complicações.

Caso Clínico

Mulher, 86 anos, com internamento prévio por enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e insuficiência respiratória parcial manifestados por quadro com 5 dias de evolução de febre, prostração, dor retroesternal/epigástrica e vômito. Por agravamento dos sintomas com febre mantida, vômitos e icterícia foi de novo enviada ao serviço de urgência. Negava dor abdominal ou outras queixas.

Dos antecedentes pessoais destacava-se hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, insuficiência cardíaca, bronquite crónica e internamento cerca de 7 anos antes por pancreatite aguda alitiásica e colangite. Nessa altura não foi detectada litíase biliar nos exames de imagem, pelo que teve alta da consulta de Cirurgia Geral.

Na observação à admissão, febril, normotensa, taquicárdica, icterica, com sopro sistólico na área aórtica e discretos fervores crepitantes bibasais. Apresentava dor à palpação do hipocôndrio direito sem dor à descompressão ou outras alterações.

Analiticamente, leucocitose com neutrofilia, elevação da proteína C reactiva, hiperglicémia, bilirrubina total 7,1 mg/dl à custa da bilirrubina directa. Não foi realizada ecografia abdominal por haver um exame recente sem alterações. Após colheita de hemoculturas iniciou antibioterapia de largo espectro, tendo sido transferida para o serviço de Medicina Interna. Foi então pedida ecografia abdominal que revelou coledocolitíase e litíase

vesicular. Realizou colangiopancreatoduodenografia retrograda endoscópica (CPRE) que confirmou coledocolitíase, tendo sido efectuada esfínterotomia e extracção dos cálculos biliares por balão.

As hemoculturas revelaram-se positivas para *Enterococcus faecium* apenas sensível à Vancomicina. Com o isolamento deste agente numa doente febril, com insuficiência cardíaca agravada e sopro sistólico, foi pedido ecocardiograma transesofágico (ETE) que revelou imagens compatíveis com vegetação na válvula aórtica, confirmando-se o diagnóstico de endocardite.

Cumpriu antibioterapia dirigida durante seis semanas, tendo-se assistido a melhoria clínica progressiva, com desaparecimento da imagem de vegetação no ETE.

Discussão

Nesta doente, os antecedentes de pancreatite aguda e colangite levavam à consideração de provável etiologia litíásica. A assumpção de etiologia diferente sem investigação complementar acabou por originar outras complicações graves. A hipótese diagnóstica considerada foi a de que a agudização relacionada com a litíase crónica tenha levado a bacteriémia e por sua vez a endocardite. A patologia biliar é relativamente frequente, pelo que este aspecto não deve ser descurado.

P456

1947 SÍNDROME MENINGOVASCULAR POR NEUROSSÍFILIS EM DOENTE COM INFECÇÃO POR VIH – QUAL O MAIOR CULPADO?

Luis Reis de Almeida, Manuel Monteiro, Vera Salvado, Marisa Mariano

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central - Hospital de São José

INTRODUÇÃO

A neurosífilis associa-se a várias manifestações neurológicas, podendo apresentar-se como acidente vascular cerebral, incluindo fenómenos de embolização séptica. O vírus da imunodeficiência humana (VIH) também é responsável por patologia meningovascular de apresentação aguda, mas também vasculopatia crónica, de natureza aterosclerótica, vasculítica e imunomediada. Na presença de síndrome neurológica associado às duas infeções, a causa primária torna-se difícil de estabelecer.

CASO CLÍNICO: Homem de 43 anos, com infeção VIH1 sob terapêutica antiretroviral (TARV), com carga viral sérica <50 cópias/mL e sífilis prévia tratada. Iniciou episódios de vertigem breve ao longo de dois meses. Nas duas semanas antes de recorrer ao Serviço de Urgência desenvolveu quadro de parestesias, disartria e parésia facial central transitórias, que se tornaram permanentes,

associadas a vômitos, hemiparésia esquerda, diplopia, nistagmo vertical e dismetria. A RM cranioencefálica mostrou múltiplos enfartes recentes em território vertebrobasilar, dispersos no córtex e cerebelo, coexistindo enfartes de pequeno vaso não recentes e malformação arteriovenosa cavernomatosa. A Angio-TC revelou oclusão completa da artéria basilar, com perfusão anterógrada vias artérias comunicantes posteriores. Realizou RM com vessel-wall protocol que confirmou inflamação da íntima-média das artérias vertebrais (V4), carótida interna e cerebral média (M1) esquerdas. Analiticamente, destacava-se VDRL sérico positivo (título 1:16), com carga viral VIH sobreponível. O líquido cefalorraquidiano (LCR) apresentava predomínio mononuclear (176uL), proteinorráquia (62mg/dL), VDRL positivo fraco (1:1) e TPHA positivo; carga viral VIH com 60 cópias/ml, excluindo-se outros microrganismos neurotrópicos; citologia para células neoplásicas e exames culturais negativos (incluindo micobactérias). Excluída endocardite.

Cumpriu 14 dias de antibioterapia com penicilina endovenosa e iniciou dupla antiagregação plaquetária, com regressão significativa dos défices, mantendo ataxia da marcha. LCR pós-tratamento com queda de mononucleares, VDRL com título 1:1. Após 5 meses de tratamento, mantinha carga viral VIH <50 cópias/mL, persistindo instabilidade na marcha e RM a manter realce parietal das artérias supracitadas.

DISCUSSÃO: A neurosífilis pode ter sido o trigger, com achados sugestivos (mas não específicos) da síndrome meningovascular treponémica; contudo ambas as doenças podem ter contribuído para as alterações vasculares identificadas. É notável a persistência de atividade inflamatória endotelial após meses de tratamento, pelo que se pondera substituir a TARV, já que o sistema nervoso constitui um "santuário" do VIH. A TARV controla a virémia, o risco de infeções oportunistas e a progressão da infeção, mas não elimina o risco destes eventos. As afeções multissistémicas associadas ao VIH são silenciosas, constituindo actualmente o grande desafio no tratamento destes doentes.

P457

1970 TORACALGIA E DISPNEIA, UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

António Eliseu, Teresa Furtado, Filipa Silva, Susana Marques, Pedro Carreira

Centro Hospitalar de Setúbal - Serviço de Medicina Interna

Introdução

A pericardite tuberculosa é uma doença rara, representando apenas 4% de casos de pericardite em países desenvolvidos. Apresenta-se por manifestações inespecíficas e o seu diagnóstico é

difícil de estabelecer. A tuberculose é responsável por 70% dos casos de derrame pericárdico extenso, sendo premente a instituição de terapêutica.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 75 anos, residente em meio rural.

Recorreu ao Serviço de Urgência por um quadro com 4 dias de evolução de dispneia, cansaço progressivo, toracalgia (tendo como fatores de alívio o repouso e flexão anterior do tronco), mialgias, anorexia e febre. À admissão: febril com TT 39°C, sons cardíacos hipofonéticos, sem outras alterações de relevo. Analiticamente: anemia normocítica e normocrômica (12g/dL), sem leucocitose, elevação da PCR (30 mg/dL) e VS > 120 mm/1h. Realizou 1) Rx Tórax: aumento do ICT com silhueta em "garrafa de água"; 2) TC-Tórax: derrame pericárdico, densificações apicais à direita a nível do parênquima pulmonar provavelmente cicatriciais, calcificações na pleura visceral; 3) ECG: taquicardia sinusal, baixa voltagem nas derivações periféricas; 4) ETT: derrame pericárdico (~23 mm) com colapso da AD e do VD, fluxo transmitral com variação respiratória >25%, plétora da veia cava. Fez-se pericardiocentese com drenagem de 1800cc/24h de líquido serohemático (amostras enviadas para avaliação citoquímica, microbiológica e anatomia patológica). O exame citoquímico do líquido pericárdico revelou um exsudado com predomínio de linfócitos (75%), muitos eritrócitos, glicose 75 e ADA 101 U/L com pesquisa de BAAR negativa. O resultado das hemoculturas foi estéril com serologias virais e bacterianas e estudo de autoimunidade todos negativos. Resultado de anatomia patológica inconclusivo. Enquanto aguardava resultado de TAAAN para M. tuberculosis, por manutenção de febre, parâmetros inflamatórios elevados e elevado grau de suspeição clínica e laboratorial de pericardite tuberculosa, foi iniciada empiricamente terapêutica antibacilar 'standard'. Verificou-se boa resposta clínica e analítica à terapêutica instituída com apirexia mantida e descida progressiva dos parâmetros inflamatórios. O resultado do TAAAN para M. tuberculosis acabou por se revelar positivo. Após confirmação diagnóstica associou-se corticoterapia sistémica por se tratar de um doente de alto risco. À data de alta o doente estava assintomático com normalização da PCR e ETT com derrame residual mantendo seguimento em ambulatório.

Conclusão: O diagnóstico de pericardite tuberculosa é extremamente difícil de estabelecer, sendo por vezes necessário introdução empírica da terapêutica antibacilar. Sem tratamento apresenta uma elevada taxa de mortalidade. O seu diagnóstico precoce com instituição atempada de terapêutica antibacilar é crucial no prognóstico dos doentes aumentando drasticamente a sua sobrevivência.

P458

2032 TUBERCULOSE PLEURAL MASCARADA DE LESÃO NEOFORMATIVA

Dora Lameiras Xete, Andrea Castanheira, Manuela Zita Veiga, Isabel Madruga

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental - Hospital Egas Moniz

Introdução

A tuberculose (TB) é uma importante causa de morbi-mortalidade, afectando 1/4 da população mundial. Em Portugal foram registados 18 novos casos/100 mil habitantes em 2016. A TB pode apresentar-se de diversas formas, a tuberculose pleural é uma manifestação de TB extrapulmonar frequente.

Caso clínico: Mulher de 87 anos, parcialmente dependente, com antecedentes de hipertensão arterial, insuficiência tricúspide grave e internamento prévio por derrame pleural à direita de etiologia desconhecida (estudo inconclusivo). Recorre ao serviço de urgência por quadro de tosse, febre, mal-estar geral e dispneia. Ao exame objectivo a destacar murmúrio vesicular abolido à esquerda. Realizou Radiografia de tórax que revelou derrame pleural à esquerda e TC-tórax que descreve derrame pleural bilateral, preenchimento do brônquio esquerdo por densidade de partes moles em provável relação com corpo estranho, não se podendo excluir processo neoformativo. Foi internada para estudo. A Broncofibroscopia foi inconclusiva. Foi submetida a duas toracocenteses, o líquido pleural (LP) foi classificado como exsudativo; os estudos citológicos não revelaram células neoplásicas e os bacteriológicos foram negativos, nomeadamente para BAAR. Efetuada biópsia pleural que revelou um processo inflamatório crónico com granulomas, necrose focal, bacilo-álcool-ácido-resistente (BAAR) positivo, compatível com pleurite crónica granulomatosa - tuberculose pleural.

Discussão: O diagnóstico diferencial de derrame pleural é extenso e particularmente complexo. A tuberculose pleural é a segunda forma mais comum de TB extrapulmonar e uma causa frequente de derrame pleural em regiões em que a prevalência de TB é elevada devendo ser considerada perante um derrame pleural extenso. A pesquisa de BAAR no LP tem pouca utilidade, uma vez que os exames culturais apresentam baixo rendimento. A biópsia pleural, em conjunto com a pesquisa de BAAR na amostra, aumentam a probabilidade de diagnóstico de TB pleural.

P459

2123 FEBRE Q AGUDA - UM CASO CLÍNICO

Marta Freixa(1), João Bettencourt Abreu(2), Diana Buendía Palacios(1), Joana Barbosa Rodrigues(1), André Ferreira Simões(3), Sara Úria(1), Glória Nunes da Silva(1)

(1) Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte (2) Hospital Central do Funchal (3) Hospital Vila Franca de Xira

INTRODUÇÃO

A Febre Q é uma zoonose causada pela *Coxiella burnetii* e ocorre principalmente pela inalação de aerossóis ou poeiras que contêm esporos do agente resultantes do contacto directo com animais infectados e os seus produtos ou com o ambiente contaminado por estes. Caracteriza-se por um amplo espectro de manifestações clínicas, desde formas assintomáticas até síndromes febris mais ou menos prolongadas, com ou sem focalizações. Dever-se-á considerar a sua suspeita no diagnóstico diferencial de febre de origem indeterminada.

CASO CLÍNICO: Homem 57 anos, hipertenso, diabético e obeso, encontrava-se desde há 3 dias com mialgias, coriza e febre. Por dor pré-cordial com irradiação para o hipocôndrio esquerdo recorre ao Serviço de Urgência. Aqui encontrava-se sudorético mas apirético, com SpO₂ 88%, PaO₂ 60 mmHg em ar ambiente, auscultação cardiopulmonar sem alterações e sem alterações cutâneas nomeadamente exantema. Laboratorialmente sem leucocitose, proteína C-reativa (PCR) 7,72 mg/dL, trombocitopenia $81 \times 10^9/L$ plaquetas, d-dímeros 0,59 ug/dL e troponina normal. Por suspeita de tromboembolismo pulmonar realiza angio-TC tórax que exclui, com apenas evidência de adenopatias hilares. É internado e, admitida infecção respiratória baixa, é iniciada antibioterapia (AB) com amoxicilina/ácido clavulânico e azitromicina, alterada ao 4º dia para ceftriaxone por persistência de febre e agravamento dos parâmetros inflamatórios (PCR 19,5 mg/dL). As hemoculturas foram negativas (incluindo micobactérias). Por persistência de febre após 15 dias de antibioterapia foram realizadas serologias HIV 1 e 2 e IGRA que foram negativas, TC toraco-abdomino-pélvica que excluiu a existência de colecções sugestivas de abscessos e a ecocardiografia excluiu endocardite infecciosa. Após revisão do contexto epidemiológico do doente (contacto com cadáveres de pássaros) foram também pedidas serologias para *Chlamydia psittaci* e Febre Q. Foi iniciada doxicilina (cumprir 21 dias), com posterior apirexia, sem necessidade de oxigenioterapia e com diminuição dos parâmetros inflamatórios. As serologias para *Chlamydia psittaci* foram negativas e da Febre Q positivas (IgG fase I 1/16 e II 1/32; IgM fase I 1/64M e II 1/64), confirmando-se o diagnóstico de Febre Q aguda. Mantém seguimento em consulta já com repetição de serologias de Febre Q com títulos IgM em fase

decrecente e IgG em fase crescente.

DISCUSSÃO: A febre prolongada sem resposta à antibioterapia e o contexto epidemiológico do doente levantaram a suspeita de possível zoonose, com serologias posteriormente positivas para infecção aguda a *Coxiella burnetii*. A Febre Q aguda tem bom prognóstico se diagnosticada e tratada atempadamente, tal como aconteceu neste caso. Em casos raros poderá tornar-se crónica com implicações futuras graves nomeadamente endocardite, pelo que é crucial o follow-up destes doentes.

P460

791 UM DOENTE, TRÊS EPISÓDIOS DE FEBRE Q AGUDA.

Paulo César, Pedro Fortes, Catarina Graça, Vera Guerreiro, José Vaz

Hospital José Joaquim Fernandes, Beja

INTRODUÇÃO

A Febre Q corresponde a uma zoonose provocada pela *Coxiella burnetii*. Os seres humanos acabam por ser hospedeiros incidentais e os principais vetores são o gado bovino e caprino, sendo os animais domésticos fontes de surtos urbanos da doença. Tipicamente, pode classificar-se o contexto clínico da doença como aguda ou crónica.

CASO CLÍNICO: Homem de 45 anos de idade, raça branca, autónomo, mecânico de profissão, residente em ambiente urbano, com antecedentes pessoais de hipertensão e doença renal crónica, seguido na consulta de Nefrologia. Trata-se de um doente que esteve internado em 2010, por síndrome febril cuja a repetição dos resultados serológicos (anticorpo IgM *C. burnetii* fase II positivo) confirmaram o diagnóstico de Febre Q, verificando-se melhoria clínica com o tratamento com doxiciclina. Durante o internamento, não se identificou o vetor de infeção.

Em 2014, apresentou novo quadro de febre, com 4 dias de evolução e com fraca resposta à terapêutica antipirética, sem foco infeccioso evidente. Efetuou-se nova colheita de serologias e iniciou empiricamente doxiciclina, com melhoria sintomática ao fim de 48h. Na reavaliação em consulta após um mês de evolução, verificou-se que os resultados analíticos eram positivos para IgM e IgG *C. burnetii* fase II, pelo que se assumiu o novo episódio de Febre Q aguda.

Em Novembro de 2018, inicia novo quadro de febre, mialgias e cefaleias, com queixas de tosse não produtiva. Recorreu ao seu médico de família, e várias vezes ao SU, tendo sido submetido a vários ciclos de antibioterapia, sem evidência de um foco infeccioso e sem melhoria clínica. Por manter febre nos 4 dias após último ciclo de antibioterapia, decidiu recorrer à equipa clínica que o observou em

2010 e 2014. Ao conhecer o historial do doente, foi feita nova tentativa de identificação de possíveis vetores de infeção por *C. burnetii* e, paralelamente, pesquisado possíveis focos infecciosos. Contudo, dos exames complementares realizados destacou-se apenas elevação dos parâmetros inflamatórios (PCR-10mg/dL), com granulócitos neutrófilos agredidos e com aumento de formas em banda e resultados positivos para Ac. Anti-*C. burnetii* IgM e IgG fase II positivos e Ac. Anti-*C. burnetii* IgM e IgG fase I negativos. Perante todo o historial, foram realizadas novas colheitas sanguíneas e enviadas para INSA (Águas de Moura), que posteriormente confirmaram os resultados obtidos e reforçaram um novo diagnóstico de Febre Q aguda. Concomitantemente, verificou-se nova melhoria clínica com novo ciclo de doxiciclina.

DISCUSSÃO: A infeção por *C. burnetii* é uma realidade bem presente na Saúde Pública nacional. A investigação epidemiológica é tão importante como o diagnóstico e tratamento correto, de modo a controlar contaminação ambiental da população. Contudo, este caso clínico demonstra que a identificação de possíveis vetores é complexa, principalmente em meios urbanos e em doentes que não exerçam profissões que envolvam contatos com animais.

P461

1417 DOIS CASOS DE BACTERIÉMIA A RAOULTELLA PLANTICOLA NUM ANO

Catarina Nóbrega, Ana Marta Mota, Carolina Aguiar, Mauro Mendonça, Marina Raquel Santos, Sofia Escórcio, José Júlio Nóbrega

Hospital Central do Funchal

INTRODUÇÃO

A *Raoultella planticola* é um microrganismo gram-negativo, aeróbio com elevada prevalência no solo e em ambientes aquáticos. Foi descrito pela primeira vez em 1980 como *Klebsiella planticola* e *Klebsiella trevisanii*. Foi reclassificado em *Raoultella planticola* em 2001. Trata-se de uma bactéria muito rara, com apenas 29 casos de infeções descritos até 2017. São aqui apresentados dois casos de bacteriémia a este microrganismo, ambos identificados em 2018. **CASO CLÍNICO 1:** Doente de 85 anos, sexo feminino, com antecedentes pessoais de hipotireoidismo, insuficiência cardíaca e fibrilhação auricular. Admitida no serviço de urgência por confusão mental e vários episódios de dejeções líquidas sem sangue ou muco. À entrada apresentava-se desidrata, hipotensa e com abdómen doloroso à palpação com defesa. Analiticamente, destacava-se pancitopenia, lesão renal aguda KDIGO 3, proteína C reativa 333mg/L, lactatos 5mmol/L. Admitido choque séptico com foco gastrointestinal e iniciada ampicilina e metronidazol após pedido de hemoculturas. Realizou tomografia computadorizada abdominal e colonoscopia que

revelaram isquemia intestinal severa e, como tal, foi submetida a colectomia total com ileostomia terminal. Nas hemoculturas foi, posteriormente, isolada *Raoultella planticola*. A doente cumpriu 7 dias de ceftriaxone dirigido com melhoria clínica e analítica. **CASO CLÍNICO 2:** Doente de 74 anos, sexo masculino, com diagnóstico de neoplasia prostática internado para ressecção transuretral. No dia após a cirurgia, apresentou febre, dor abdominal e Murphy renal presente bilateralmente. Analiticamente aumento dos parâmetros de fase aguda e urina II com nitritos positivos e incontáveis leucócitos. Admitida infeção do trato urinário e iniciado piperacilina-tazobactam empiricamente. Isolada *Raoultella planticola* em urocultura e hemoculturas, feito switch para cefuroxime dirigido com melhoria clínica e analítica. **DISCUSSÃO:** Apesar deste microrganismo poder causar infeção em múltiplos órgãos, geralmente tem bom prognóstico. A prevenção passa por evitar água contaminada e o tratamento pelo início atempado de antibioterapia contra gram-negativos.

P462

2136 PNEUMOCISTOSE - MUDANÇA DE PARADIGMA?

Mariana Sardinha; Maria Piteira; Rita Saraiva; Miguel Antunes; João Roxo

Hospital Santo António dos Capuchos (CHULC)

Introdução: A pneumonia a *Pneumocystis jirovecii* (PPj), causada pelo fungo *P. jirovecii* é uma infeção oportunista frequente em doentes imunodeprimidos, principalmente nos infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH). No entanto, na era pós terapêutica antirretroviral e profilaxia primária, os casos de PPj em doentes com infeção VIH tem diminuído. O contrário se verificou nos não-VIH, devido ao uso de imunossuppressores do foro oncológico, autoimune e na transplantação de órgãos sólidos. Apresentamos um caso de diagnóstico presumptivo a PPj, num doente com doença oncológica submetido a tratamento adjuvante com quimioterapia (QT), de baixa toxicidade medular, e corticoterapia (CTC), internado numa enfermaria de Medicina. **Caso clínico:** Mulher de 66 anos com carcinoma da mama, submetida a mastectomia radical e QT adjuvante, admitida num serviço de Medicina por quadro de dispneia, febre e cansaço a pequenos esforços, cerca de uma semana após 4º e último ciclo de QT com Paclitaxel/Trastuzumab e dexametasona 2mg. A admissão apresentava-se febril, pressão arterial 80-32mmHg, frequência cardíaca 115 batimentos por minuto, frequência respiratória (FR) 22 ciclos por minuto (cpm) e satO2 ar ambiente 84-92%. Do estudo complementar realizado destacava-se ausência de neutropénia e uma radiografia torácica com um infiltrado reticular disperso em ambos os campos pulmonares. Iniciou-se tratamento antibiótico empírico com amoxicilina-ácido

clavulânico e azitromicina, fluidoterapia e manteve-se sob observação. Apesar das medidas verificou-se agravamento clínico com desenvolvimento de quadro de choque séptico, pelo que foi transferida para uma Unidade de Cuidados Intensivos. Face ao quadro de insuficiência respiratória aguda houve necessidade de oxigenioterapia de alto débito e escalou-se a terapêutica antibiótica para piperacilina/tazobactam. Face à gravidade do quadro, com inexistência de melhoria com a terapêutica instituída, iniciou-se CTC com metilprednisolona e trimetopim/sulfametoxazol, em dose terapêutica para PPj. Não se obteve isolamento microbiológico, pois face à insuficiência respiratória grave, não foi possível realizar o lavado bronco-alveolar. Após alguns dias de tratamento verificou-se melhoria clínica com possibilidade de transferência para a enfermaria de Medicina. **Discussão:** A PPj foi inicialmente documentada em doentes hematológicos submetidos a QT e transplantação, previamente aos primeiros casos de SIDA. Contudo, actualmente ainda é uma infeção vulgarmente associada a doentes imunocomprometidos com VIH e contagem de células CD4 < 200. No entanto, o paradigma está em mudança. Vários fatores de risco para PPj em imunocomprometidos têm vindo a ser investigados, nomeadamente a corticoterapia e a presença de tumores sólidos. A evidência destaca os tumores do sistema nervoso central (SNC), no entanto a maioria destes estão sob CTC para controlo sintomático. É de notar ainda que a CTC mesmo em baixa dose/bólus, já foi identificada como possível factor de risco.

P463

49 NEVRITE ÓPTICA BILATERAL - APRESENTAÇÃO RARA DE UMA DOENÇA INCOMUM

Isabel Cruz, Filipa Guimarães, Sara Alves, Bruna Vieira, Inês Chora, Paulo Coelho

Hospital Pedro Hispano

A doença de Lyme é uma zoonose transmitida pela picada de carrças infetadas com a espiroqueta *Borrelia burgdorferi*. A apresentação clínica varia de acordo com o órgão afetado, mais frequentemente coração, articulações e sistema nervoso. A neuroborreliose surge em cerca de 15% dos doentes, habitualmente sob a forma de meningite linfocítica e neuropatias cranianas.

Os autores apresentam o caso de um homem de 48 anos, emigrante na Suíça e trabalhador da construção civil, sem antecedentes de relevo, que recorreu ao Serviço de Urgência de Oftalmologia por queixas de visão turva no olho direito (OD) com dois meses de evolução. Ao exame físico documentado defeito papilar aferente relativo do OD e, na fundoscopia, papiledema bilateral. O teste de campos visuais revelou um défice generalizado no OD e um escotoma no olho esquerdo. Analiticamente

apenas uma elevação discreta da proteína C reativa (19.7mg/L para normal <5.0 mg/L). A tomografia computadorizada cerebral não tinha alterações. Os potenciais evocados visuais estavam prolongados bilateralmente. Ficou internado para estudo.

Feito estudo exaustivo que incluiu estudo imunológico, serologias víricas, testes de sífilis, reação de Wright, função tiroideia, enzima conversora da angiotensina, estudo de síndrome anti-fosfolipídico, anti-aquaporina-4 e anti-MOG que foram negativos. O estudo do líquido cefalorraquidiano (LCR) revelou pleocitose (177 células/mL) com predomínio de mononucleares e proteinorráquia (185.4mg/dL para normal de 15.0-45.0mg/dL). Os exames culturais bacterianos foram negativos e a infecção por micobactérias foi excluída por PCR, teste de Ziehl-Neelsen e exames culturais. Foram detetadas bandas oligoclonais de imunoglobulina (Ig) G no LCR, mas não no soro, apontando para síntese intratecal e doença inflamatória do SNC. A ressonância magnética cerebral e das órbitas não revelou alterações.

A serologia de *Borrelia* por ELISA mostrou níveis elevados de IgG e IgM (>200 e 195 respetivamente, para limite <22). O diagnóstico foi posteriormente confirmado por Western blot, com quatro bandas positivas (p41 e VIsE para IgG e p41 e OspC para IgM). A PCR da *Borrelia* no LCR foi negativa, mas a sensibilidade deste teste é baixa.

Assumido o diagnóstico de meningite e nevrite óptica bilateral secundária a Doença de Lyme. Após insistência o doente recordava ter encontrado uma carraça na sua roupa cerca de um ano antes deste episódio. Foi tratado com Ceftriaxone em doses meníngeas durante 28 dias, com melhoria clínica. Como regressou à Suíça não foi possível repetir os testes dos campos visuais para confirmar a evolução.

Este caso representa uma manifestação rara daquela que é a doença transmitida por vetores mais comum do hemisfério norte e deve sempre ser incluída nos diagnósticos diferenciais de nevrite óptica em áreas endémicas, nas quais se inclui a Suíça. O reconhecimento precoce com início atempado do tratamento pode prevenir défices neurológicos persistentes, nomeadamente perda de visão permanente.

P464

246 QUANDO O PROBLEMA ESTÁ PARA ALÉM DA PELE

Yasmin Mamade, Inês Mendes, André Gordinho, Árcia Chipepo, Francisco Pestana Araújo, José Lomelino Araújo
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução

Os autores apresentam um caso de fascíte necrotizante que pela sua apresentação complexa

envolveu diversas abordagens terapêuticas e colaboração entre especialidades num doente com prognóstico inicial reservado assistindo-se a resolução completa do quadro.

Caso clínico: Doente do sexo masculino de 73 anos, autónomo. Tinha história conhecida de dislipidemia e hipertensão arterial essencial, das quais não se conhecia controlo, tabagismo (100 UMA) e alcoolismo (40 g/dia) activos.

Recorreu ao serviço de urgência por quadro com 48h de evolução caracterizado por edema e dor do membro inferior (MI) direito, sem história de trauma. Negava febre ou outros sintomas associados.

À observação inicial encontrava-se vigil, hipotenso e taquicárdico (TA 70/48 mmHg, FC 130 bpm), apirético; da observação do MI direito salientava-se edema pronunciado da perna e pé, eritema e dor à palpação, com flictenas e áreas de necrose dispersas. Analiticamente destacava-se leucopénia (2460), trombocitopénia (102000), D-dímeros 15,96, ureia 145 mg/dL, creatinina 2,17 mg/dL, PCR 46,98 mg/dL. Gasimetricamente (hipoxémia pO₂ 67 mmHg, hiperlactacidémia 2,6 mmol/L).

Admitindo-se o diagnóstico de sépsis com ponto de partida em celulite extensa do MI direito, iniciou antibioterapia (ATB) com Piperacilina+Tazobactam. O doppler do MI não revelou trombose.

No internamento observou-se evolução rápida e desfavorável, com extensão dos sinais inflamatórios até ao flanco abdominal direito. Por isolamento de *Streptococcus pyogenes* em hemoculturas, foi dirigida ATB iniciando penicilina e clindamicina.

Colocada a hipótese de fascíte necrotizante, realizou tomografia computadorizada (TC) do MI que revelou densificação difusa do tecido adiposo subcutâneo ao longo de toda a extensão do MI e transição para a parede ântero-lateral do abdómen, pelo que foi de imediato submetido a desbridamento cirúrgico de toda a lesão necrosada. Posteriormente assistiu-se a boa evolução clínica e analítica com descida paulatina dos parâmetros inflamatórios, tendo cumprido 28 dias de ATB. Após 1 semana foi avaliado pelos colegas de Cirurgia Plástica, tendo realizado novo desbridamento cirúrgico de modo a preparar enxerto de pele. De modo a avaliar a vascularização foi pedida angioTC do MI que mostrou patência arterial, mas trombose venosa femoral, popliteia e ilíaca direitas, pelo que iniciou enoxaparina em dose terapêutica. Face à escassa vascularização da perna e pé direitos iniciou sessões em câmara hiperbárica, com boa resposta. Posteriormente foi possível realização de enxerto cutâneo, apresentando à data de alta franca melhoria clínica com integridade cutânea mantida.

Discussão: A medicina interna funcionou como especialidade integradora e coordenadora de

cuidados pela cirurgia geral, plástica, vascular e medicina hiperbárica. Este trabalho de equipa permitiu que um caso complexo, com mau prognóstico, tivesse boa evolução clínica com recuperação funcional praticamente total do membro afectado.

P465

346 SÉPSIS POR BACILLUS CALMETTE-GUÉRIN – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Andrade Oliveira; Joana Morais; Olga Pires; Inês Burmester; Rui Castro; Rafael Velho; Maria João Regadas; Paulo Gouveia; Carlos Capela

Hospital de Braga

Introdução

A imunoterapia com instilações de *Bacillus Calmette-Guérin* (BCG) é um tratamento eficaz e amplamente utilizado para o carcinoma superficial da bexiga. Os efeitos secundários sistémicos são raros, mas sérios. A sépsis por BCG é uma complicação ameaçadora de vida, devendo ser suspeitada em qualquer paciente sob este tratamento que se apresente com febre persistente.

Caso clínico: Um homem de 76 anos com antecedentes de hipertensão e carcinoma urotelial sob instilações mensais com BCG apresentou-se com astenia, anorexia, sudação nocturna e febre com cerca de 1 mês de evolução, sendo internado ao cuidado da Urologia com posterior solicitação de apoio da Medicina Interna para estudo. Referia episódios de perda de consciência, visão turva e tremores que motivaram múltiplas recorrências à urgência, a última das quais com alta sob amoxicilina/ácido clavulânico e azitromicina. Mencionava hematuria, tremores generalizados e dor hipogástrica após a 12ª instilação de BCG, um mês antes. A observação inicial encontrava-se hipotenso, sudorético, taquicárdico, com crepitações inspiratórias bibasais e apresentava lesões maculo-papulares no dorso, tronco, membros superiores e coxas, e ainda lesões purpúricas confluentes nos membros inferiores. Analiticamente identificava-se disfunção renal, hematológica e citocolestase. Não tinha outros sintomas focalizadores, surgindo a possibilidade de sépsis por BCG nas hipóteses diagnósticas. Iniciou antibioterapia com levofloxacina e estudo etiológico. No dia seguinte mantinha-se hipotenso, prostrado, confuso, febril e com disseminação das lesões purpúricas. O estudo analítico mostrava leucocitose, PCR em crescendo, procalcitonina elevada e agravamento das disfunções renal e hematológica. Considerando a gravidade das disfunções, a relação temporal com o início dos sintomas e a exclusão de outros focos presumiu-se o diagnóstico de sépsis com ponto de partida vesical por BCG, iniciando-se terapêutica com antibióticos (isoniazida, rifampicina, etambutol

e pirazinamida), levofloxacina e corticoterapia. Foi admitido na unidade de cuidados intermédios, evoluindo com melhoria clínica e analítica significativas. Voltou para o internamento após 5 dias para continuação de cuidados, apresentado resolução de todas as disfunções. Foi orientado para continuação de tratamento no centro de diagnóstico pneumológico e reavaliação em consulta. Terminou a terapêutica com antibióticos (6 meses), sem novas intercorrências.

Discussão: A sépsis por BCG é uma complicação rara, mas potencialmente grave. Nos casos de elevada suspeita o tratamento antibacilar deve ser instituído de forma imediata, mesmo sem confirmação do diagnóstico. Este caso representa a gravidade da apresentação desta entidade, cujo diagnóstico atempado e início da terapêutica possibilitou a recuperação total das disfunções.

P466

406 CISTITE ENFISEMATOSA – COMPLICAÇÃO RARA DE UMA INFECÇÃO COMUM

Joana Castro, Diogo Bernardo Moura, Magda Sofia Ventura, Miriam Cimbron, Manuela Henriques, Humberto Costa, Paula Macedo

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada - Serviço de Medicina Interna

Cistite enfisematosa (CE) é uma rara complicação de infeções do trato urinário (ITU), caracterizada pela presença de ar na parede e lúmen vesicais. Afeta tipicamente mulheres com idade avançada, sendo a diabetes mellitus o principal fator de risco. Os microorganismos mais comumente envolvidos são a *Escherichia coli* e a *Klebsiella pneumoniae*. O diagnóstico exige realização de exame imagiológico, uma vez que a apresentação clínica é variável e inespecífica. No que ao tratamento diz respeito, a antibioterapia sistémica está recomendada em todos os casos, sendo a sua administração precoce o fator mais importante para reduzir potenciais complicações, verificando-se por vezes necessidade de intervenção cirúrgica.

Os autores apresentam um caso atípico de CE em doente não-diabética e sem anormalidade estrutural do trato urinário.

Trata-se de uma mulher de 74 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e doença renal crónica. Internada no serviço de Medicina Interna por sépsis com bacteriemia a *Staphylococcus aureus* metilino-sensível com ponto de partida em celulite da perna esquerda e doença renal crónica agudizada, tendo sido algaliada no serviço de Urgência. Foi medicada com flucloxacilina de acordo com teste de sensibilidade aos antibióticos (TSA), inicialmente com evolução favorável, contudo posterior agravamento clínico com choque séptico e agravamento da função renal

com acidémia metabólica. Excluída endocardite infecciosa por ecocardiograma transesofágico e realizada tomografia computadorizada (TC) toraco-abdomino-pélvica para investigação de foco que evidenciou CE avançada com disseção das camadas musculares da parede abdominal anterior por gás, associada a Pielonefrite com Nefronia lobar à esquerda. Exames culturais de sangue e urina a isolar *Klebsiella pneumoniae* ESBL negativa, pelo que se associou empiricamente meropenem, com TSA a permitir posterior descalonamento para ceftriaxone. Necessidade de apoio de Medicina Intensiva para monitorização hemodinâmica, sem necessidade de suporte aminérgico. Rastreio séptico de controlo negativo, contudo reavaliação imagiológica por TC a revelar evolução para abscesso renal à esquerda, pelo que cumpriu antibiótoterapia dirigida prolongada (21 dias), com melhoria clínica, analítica e resolução imagiológica da CE e do abscesso renal, sem necessidade de abordagem cirúrgica.

Salienta-se a CE por se tratar de uma patologia rara que exige elevado índice de suspeição clínica, particularmente em doentes sem fatores de risco, assim como pela elevada morbi-mortalidade associada, que obriga a abordagem diagnóstica e início de terapêutica precoces.

P467

408 ASCITE - A PROPÓSITO DE UMA ETIOLOGIA RARA

Rita Saraiva, Mariana Sardinha, Filipa Reis
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, Portugal assistiu a uma diminuição da incidência de Tuberculose, com uma taxa atual de aproximadamente 15.6/100.000 habitantes. No entanto, a incidência na população com origem estrangeira tem vindo a aumentar, traduzindo-se numa percentagem importante dos novos casos identificados no nosso país.

As formas extrapulmonares, apesar de raras, continuam a fazer parte do dia-a-dia da Medicina.

CASO CLÍNICO

Doente de sexo masculino, 35 anos, natural do Nepal, a residir em Portugal há dois anos, com hábitos etanólicos mantidos ($\pm$ 80g/dia) e sem antecedentes pessoais conhecidos. Apresentava um quadro de febre vespertina (38-39°C) desde há 10 dias. Nos últimos 8 dias também com diarreia, aumento do volume abdominal e epigastralgiias, tendo sido medicado com Ciprofloxacina sem melhoria. Ao exame objetivo apresentava febre (38.8°C) e um abdómen globoso, tenso, com sinal da onda líquida positivo, sem massas ou organomegalias, doloroso à palpação profunda nos quadrantes direitos. Laboratorialmente, a destacar

proteína C reactiva de 185.5mg/L, sem alterações das provas hepáticas e exame urina II normal. A radiografia do tórax apresentava uma pequena calcificação peri-hilar esquerda e a tomografia computadorizada abdominal objectivou uma acentuada ascite em todos os recessos peritoneais e aspectos sugestivos de "omental cake" ao nível do grande epiploon, sem alterações hepáticas sugestivas de doença crónica. O líquido ascítico apresentava 2140/uL leucócitos com predomínio de mononucleares (1720/uL), albumina 26.5g/L com gradiente albumina soro-ascite <1.1g/dL, lactato desidrogenase 571U/L com ratio líquido ascite-soro de 2.22U/L e adenosina desaminase elevada de 45U/L.

Mais tarde, os exames às fezes revelaram-se negativos, assim como os testes de amplificação dos ácidos nucleicos e o exame cultural microbiológico e micológico do líquido ascítico.

DISCUSSÃO

Tendo em conta a epidemiologia, o quadro clínico de ascite e febre, a ausência de evidência de doença hepática aguda ou crónica, ausência de síndrome constitucional marcado, as características do líquido ascítico e os achados imagiológicos, foi assumido o diagnóstico de Tuberculose Peritoneal. Foi iniciada terapêutica com Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida e Etambutol, verificando-se apirexia mantida e melhoria marcada da ascite a partir do 10º dia de terapêutica. Dada a melhoria clínica, o doente recusou ser submetido a biópsia para confirmação do diagnóstico.

A tuberculose abdominal é a sexta forma mais comum de tuberculose extrapulmonar, a seguir à tuberculose ganglionar, génito-urinária, óssea, miliar e do sistema nervoso central. A forma peritoneal é rara, sem características clínicas específicas e mesmo após uma investigação minuciosa, o diagnóstico pode ser equivocado. Um alto índice de suspeição é necessário e esta entidade deve fazer parte do diagnóstico diferencial de qualquer quadro de ascite e febre, de modo a permitir um diagnóstico e tratamento precoces.

P468

452 ENDOCARDITE INFECCIOSA A E.COLI - UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

Carolina Amado, Mariana Maranhas, Tiago Valente, Ana Rocha Oliveira, Marcelo Aveiro, Margarida Cruz
Centro Hospitalar Baixo Vouga - Aveiro

A endocardite infecciosa (EI) caracteriza-se pela infeção das estruturas valvulares cardíacas ou do endocárdio mural. A clínica é variável, sendo que o diagnóstico se baseia na conjugação de critérios clínicos e ecocardiográficos. Os principais agentes patogénicos são amplamente reconhecidos, contudo, nos últimos anos, as bactérias entéricas

têm assumido uma importância crescente na etiologia da EI.

Mulher de 83 anos de idade, com antecedentes de Hipertensão Arterial, dislipidemia, fibrilhação auricular hipocoagulada, insuficiência cardíaca e doença cerebrovascular isquêmica. A referir, internamento recente por urosépsis, com bacteriemia a *Escherichia coli* (*E.coli*) multissensível, com ecocardiograma transtorácico (ETT) sem evidência de vegetações. À data de alta hemoculturas negativas. Recorre por prostração e recusa alimenta com desidratação. Ao exame objetivo, doente prostrada, não colaborante e hipotensa, sem outros achados relevantes. Analiticamente, com elevação dos parâmetros inflamatórios, discreta elevação do INR e bilirrubina total à custa da bilirrubina direta; exame sumário de urina com leucocitúria. Foi assumida urosépsis com disfunção multiorgânica. Iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone, que se manteve após isolamento em hemoculturas e urocultura de *E. coli* multissensível. Por agravamento do estado geral, com febre persistente e parâmetros inflamatórios em crescendo, foi alterada antibioterapia para piperacilina-tazobactam, após colheita de novo rastreio microbiológico, que se revelou negativo. Tendo em conta agravamento clínico mantido, em doente com bacteriemia na admissão, realizou ETT (boa janela ecográfica) que documentou vegetação aderente ao folheto posterior da válvula mitral, de grandes dimensões (25/11mm), condicionando regurgitação significativa. Foi assumida endocardite infecciosa a *E. coli*. O quadro clínico evoluiu desfavoravelmente e a doente acabou por falecer.

A endocardite por *E. coli* é rara, tendo em conta a diminuta capacidade de adesão deste agente ao endocárdio. O tratamento requer cursos de antibioterapia em associação de maior duração (≥ 6 semanas) e a cirurgia está indicada com frequência. Associa-se a pior prognóstico, com elevada morbilidade e mortalidade (~21%). O presente caso clínico pretende reforçar a importância do elevado índice de suspeição no diagnóstico de EI, especialmente por agentes menos comuns.

P469

859 ESCOMBROIDOSE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.

Lorena Lozano Real, Paula Sofia Araújo, Mykhailo Iashchuk, Isabel Correia Barahona, Juan Manuel Urbano Gálvez

ULSNA- Hospital Santa Luzia de Elvas

A escombroidose é a intoxicação por consumo de peixe mais comum no mundo, e é devido à produção de histamina, produzida durante os fenómenos de decomposição. Sua distribuição é mundial, predominando em águas mornas ou quentes. É mais frequente nos lugares onde a conservação e

o transporte de peixes são feitos de maneira mais rudimentar e sem controlos adequados.

Apresentamos o caso clínico de um homem de 58 anos de idade com história pessoal de obesidade, hipertensão arterial e DPOC. Recorre ao serviço de urgências do nosso hospital por apresentar de forma súbita após do almoço (tartare de atum) um quadro de erupção macular no rosto e no tronco, dispneia intensa acompanhada de palpitações, náuseas e mal-estar geral. No exame objetivo o doente apresentava pressão arterial de 145/94 mm Hg, uma frequência cardíaca de 110 batimentos/minuto e uma temperatura axilar (de 36,5 ° C. A spO2 foi de 92% basal. A ausculta cardíaca foi rítmica, taquicárdica. A ausculta pulmonar apresentava hipofonese global com sibilâncias telespiratórias disseminadas. O abdômen e membros inferiores não apresentavam alterações de relevância. Ao nível dos membros inferiores, não houve edema ou sinais de trombose venosa profunda. Ao nível da pele, apresentava lesões maculares, não aumentadas, confluentes, no nível da face e do tronco, com dígito pressão positiva.

Os testes complementares realizados mostravam hemograma, coagulação, perfil renal, hepático e bioquímico iónico com valores normais. A gasometria arterial basal: pO2 63 pCO2 45, HCO3 36 spO2 94%. A radiografia de tórax não mostrou imagens de condensação, estase cardíaca nem cardiomegalia. O ECG apresentou taquicardia sinusal, eixo normal e sem alterações da repolarização ventricular.

Foi iniciado tratamento com oxigenoterapia, aerossóis com salbutamol e brometo de ipotropio e metilprednisolona E.V com resolução dos sintomas em menos de 12 horas

De acordo com a Food and Drug Administration (FDA) níveis de histamina superiores a 50 mg / 100 g são perigosos para a saúde. Os sintomas aparecem quando esses alimentos são mantidos em condições inadequadas de refrigeração. A doença é causada pela decomposição bacteriana, depois capturado o peixe, com proliferação de enterobactérias que pela degradação do aminoácido histidina produz altas concentrações de histamina, que é em última análise responsável pela clínica. Os sintomas mais frequentes são náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal, cefaleia, palpitações, taquicardia e eritema cutâneo. Em relação ao tratamento, a administração de anti-histamínicos H1 é recomendada em casos leves e, nos casos em que existe instabilidade hemodinâmica, pode ser necessária administração de adrenalina. Quanto ao uso da terapia com corticosteroides, é controverso. Na maioria dos doentes, a clínica remete nas 24 horas seguintes ao consumo.

P470

1223 DUPLICAÇÃO CÍSTICA ESOFÁGICA

Marta Soares Carreira, Iolanda Mendes, Joana Pimenta, Jorge Almeida

Centro Hospitalar de São João

INTRODUÇÃO

As duplicações císticas são anomalias congénitas que surgem numa fase inicial do desenvolvimento embrionário. Esta patologia, quando ocorre no esófago, é sintomática, sendo habitualmente diagnosticada antes dos 2 anos de idade.

CASO CLÍNICO: Homem de 57 anos, fumador, hipertenso e com história de consumo excessivos de álcool (>130g/dia), com internamento recente por pneumonia da base direita, recorre ao serviço de urgência, 3 dias após alta hospitalar, por recrudescência da febre (38°C). Apresentava-se normotenso, taquicárdico (FC=120bpm), e com sons diminuídos na base do pulmão direito. Analiticamente com subida de marcadores inflamatórios (leucócitos 30 x10⁹/L, PCR 177mg/L). Iniciada antibioterapia empírica com piperacilina/tazobactam posteriormente ajustada para vancomicina e anidulafungina após isolamento de *Staphylococcus aureus* metilina-resistente (MRSA) e *Candida albicans* em 2 hemoculturas (HC). A pesquisa de HIV foi negativa e o estudo de imunidade normal. Realizou ecocardiograma que não mostrava vegetações. Foi realizada tomografia computadorizada de tórax e abdómen que mostrou espessamento do terço inferior da parede do esófago. Realizada endoscopia digestiva alta que mostrou a presença de três orifícios fistulosos na parede do esófago para um "segundo lúmen" esofágico que estava preenchido por conteúdo mucopurulento e resíduos alimentares. Isolamento de MRSA e *Candida albicans* no pus, com Ziehl-Nielsen e PCR de *Mycobacterium tuberculosis* negativa. Biópsia gástrica sem evidência de granulomas. Endoscopia digestiva baixa sem alterações. Optou-se por tratamento médico, completando 21 dias de antibioterapia com vancomicina e anidulafungina em detrimento de uma abordagem cirúrgica. Repetida endoscopia digestiva ao fim de 2 semanas de tratamento que não mostrava sinais de infecção. O doente teve alta e manteve-se sem novas infecções em dois anos de seguimento.

DISCUSSÃO: As duplicações císticas esofágicas são um diagnóstico extremamente raro, ainda mais na idade adulta e com este tipo de complicações. Não existe uma abordagem protocolada, embora a maior parte dos casos descritos na literatura tenham tido necessidade de abordagem cirúrgica. O isolamento de agentes pouco habituais em hemoculturas em doente imunocompetentes deve

fazer procurar exaustivamente o foco de infecção.

P471

1696 PARASITOSE INTESTINAL: UMA CAUSA DE DOR ABDOMINAL A RECORDAR

Margarida Paixão Ferreira, Joana Lima, Vera Cesário, José Vaz

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo – Hospital José Joaquim Fernandes

Introdução

As infecções por *Ascaris lumbricoides* são as infecções por nemátodos mais prevalente globalmente. Geralmente são assintomáticas na fase intestinal, mas podem causar dor abdominal, dor à palpação e distensão abdominal, especialmente se for uma infecção crónica. O *Ascaris lumbricoides* vive principalmente no duodeno e no jejuno, mas pode migrar por todo o tracto intestinal.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, 59 anos de idade, com antecedentes de hipertensão arterial, com múltiplas vindas ao serviço de urgência por episódios recorrentes de dor abdominal, de localização epigástrica, sem irradiação, de intensidade moderada, com parcial cedência à analgesia, associada a distensão abdominal e mal-estar. Negou febre, alterações do trânsito intestinal, alterações das características das fezes (nomeadamente presença de sangue, muco ou pus), prurido ou lesões peri-anais, anorexia ou perda ponderal. Negou também sintomatologia do foro respiratório. Ao exame objectivo, apenas se destacava dor à palpação na região do epigastro. Analiticamente, hemograma sem alterações, sem alterações da bioquímica hepática, sem elevação da PCR, serologias virais negativas, sem achados compatíveis com má absorção. Ecografia abdominal com presença de líquido intra-peritoneal supra e infra-mesocólico, sobretudo interansas, sem alterações estruturais dos órgãos abdominais. TC abdominal destacava espessamento da região ileo-cecal. Colonoscopia sem qualquer alteração. EnteroTC sem alterações. Videocápsula normal. Posteriormente, por colheita inicial insuficiente, feita nova colheita de fezes, obtendo-se exame parasitológico das fezes com presença de ovos de *Ascaris lumbricoides*. Feita 1ª toma de Albendazol, com reavaliação mantendo presença de ovos de parasita nas fezes, mas com melhoria dos sintomas (sem novos episódios de dor abdominal) e com nova ecografia abdominal sem espessamentos intestinais e sem presença de líquido livre. Fez novo ciclo de Albendazol (juntamente com os conviventes directos) com erradicação definitiva do parasita e melhoria total de sintomatologia.

Discussão: Trata-se de um caso que destaca a importância de relembrar a parasitose como causa de dor abdominal recorrente, bem como da necessidade de um estudo etiológico bem

direccionado. Há que destacar ainda como um exame tão simples, acaba por ser determinante para o diagnóstico final, sendo colocado indevidamente em segundo plano. Em suma, é um caso que nos recorda que um quadro de dor abdominal recorrente pode ter uma causa mais simples, com um tratamento rápido e eficaz.

P472

1756 ESTRONGILOIDÍASE - UMA CAUSA INCOMUM DE EOSINOFILIA

Joel Pinto, Paulo Almeida, Fani Ribeiro, Flávio Godinho, Daniela Meireles, Rafaela Araújo
Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução

A infeção por *Strongyloides stercoralis* (Ss) é uma parasitose com evolução habitualmente crónica e assintomática, comum em regiões tropicais, ocorrendo esporadicamente em áreas de clima temperado como no sul da Europa. Pode dar manifestações gastrointestinais, cutâneas ou pulmonares que persistem durante anos, apresentando-se frequentemente apenas como eosinofilia (Eo) assintomática.

Caso Clínico: Mulher de 61 anos, residente em ambiente rural e consumidora de água de poço não tratada, com antecedentes de asma e internamento há 8 anos por dor abdominal, febre e ascite, cujo estudo etiológico foi inconclusivo.

Recorre ao SU por dor abdominal difusa e incapacitante com 1 mês de evolução, persistente, sem náuseas, vômitos, alterações do trânsito intestinal, febre ou outras queixas. Ao exame objetivo apresentava abdómen mole e depressível, sem defesa, apirética e hemodinamicamente estável. Analiticamente com leucocitose ($29.1 \times 10^9/L$) e Eo ($19.79 \times 10^9/L$) marcadas, amilase e lípase normais, sem citocolestase e discreta elevação da proteína C reativa (PCR). Na tomografia computadorizada (TC) apresentava discreto derrame peritoneal, sem outras alterações relevantes.

Ficou internada no serviço de medicina para estudo, com avaliação analítica seriada a revelar Eo em redução progressiva, discreta elevação da velocidade de sedimentação (41mm) e PCR, sem citocolestase, imunoglobulinas normais, VDRL e serologias víricas negativas, calprotectina, exame bacteriológico e parasitológico de fezes negativo e pesquisa de *Cryptosporidium*, *Giardia* e *Toxocara canis* negativas. No esfregaço de sangue periférico apresentava 43% de eosinófilos, sem outras alterações. Realizou endoscopia digestiva alta onde foi visualizada mucosa do corpo e antro edemaciadas e hiperemiadas, tendo sido realizadas biópsias (Bp) das quais o estudo histológico revelou pangastrite crónica. A pesquisa de *Helicobacter pylori* (HP) foi positiva. Realizou ainda colonoscopia

que não revelou alterações relevantes, tendo sido feitas Bp no colon direito e esquerdo, com estudo histológico compatível com colite eosinofílica.

Iniciou terapêutica para erradicação de HP, mantendo queixas de desconforto abdominal persistentes. Foi então pesquisada a imunoglobulina G para Ss, com resultado positivo, finalizando o diagnóstico de estrongiloidíase com atingimento gastrointestinal. Completou terapêutica com Ivermectina, mantendo-se desde então assintomática e com normalização da Eo.

Discussão: O Ss é um dos poucos parasitas capazes de completarem inteiramente o seu ciclo de vida num hospedeiro humano, promovendo a autoinfeção, que lhes permite persistir no organismo durante décadas. A infeção crónica é muitas vezes assintomática, podendo dar manifestações clínicas episódicas ao longo do tempo, tendo a pesquisa do parasita nas fezes uma sensibilidade muito baixa. Com o caso apresentado, os autores salientam a importância da pesquisa de serologias para este parasita no estudo de casos de Eo.

P473

1792 ENDOCARDITE INFECIOSA E EMBOLIZAÇÃO SISTÊMICA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Gisela Vasconcelos, Dalila Parente, Catarina Couto, Lígia Santos, Inês Oliveira, Alice Castro, Mari Mesquita
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa; Serviço de Medicina Interna

Introdução

A endocardite infecciosa caracteriza-se pela infeção das estruturas valvulares cardíacas ou do endocárdio mural. Constituem fatores de risco a presença de alterações ou próteses valvulares, bem como alterações cardíacas congénitas. Tem apresentações clínicas diversas, e a sua incidência e mortalidade tem-se mantido constantes apesar de avanços nos métodos diagnósticos e terapêuticos.

Caso Clínico: Homem, 74 anos. História de hipertensão arterial, insuficiência cardíaca de etiologia valvular (estenose aórtica severa; válvula mitral com padrão reumático e insuficiência severa), espondilose lombar e discopatia, submetido a nucleoplastia de hérnia discal lombar. Quadro constitucional com cerca de 4 meses de evolução. Realizado estudo analítico e imagiológico em ambulatório, sendo de destacar anemia normocítica e normocrómica e baço com área hipodensa e hipocaptante, sugestiva de enfarte esplénico. Admitido a internamento. Ao exame físico de referir aspeto emagrecido, febre, mucosas descoradas, cáries dentárias e sopro sistólico grau III/VI, audível em todo o precórdio. Analiticamente anemia de estados inflamatórios e elevação dos parâmetros inflamatórios sistémicos. Ecocardiograma transtorácico com vegetação

na face auricular da cúspide anterior da válvula mitral, de aproximadamente 15mm, móvel, encontrando-se preservada a função sistólica global biventricular. Iniciada antibioterapia empírica para endocardite de válvula mitral nativa. Repetiu TC toraco-abdomino-pélvica, confirmando-se enfarte esplénico, sem evidência de outras lesões. TC crânio-encefálico (CE) sem sinais de lesões agudas. Isolamento de *Granulicatella adiacens* nas hemoculturas. Evolução inicial com resposta clínica e analítica favoráveis sob antibioterapia dirigida, aguardando teste de sensibilidade antimicrobiana e realização de ecocardiograma transesofágico. Desenvolvimento súbito de quadro de cefaleia, vômitos e depressão do estado de consciência. Repetido TC CE, constatando-se extensa área lesional cerebelosa, hipodensa e hemorrágica recente. Assim, endocardite bacteriana, complicada com embolização sistémica e hemorragia cerebral. Evoluiu desfavoravelmente, verificando-se o óbito.

Conclusão: A presença de patologia valvular mitral constituiu um fator de risco para desenvolvimento de endocardite. Neste doente, a existência de cáries dentárias, e o agente isolado, pertencente à flora oral, torna este o foco mais provável. Como se verificou neste caso, de destacar o risco de embolização sistémica, associado às endocardites de válvula nativa esquerda. Estas têm frequentemente indicação cirúrgica precoce, nomeadamente na presença de insuficiência cardíaca, abscesso intracardíaco ou má resposta à antibioterapia. Embora ausentes estes fatores, as características da vegetação determinaram a ocorrência de complicações e evolução para um desfecho desfavorável.

P474

1520 PANCREATITE AGUDA COMO COMPLICAÇÃO DE INFEÇÃO POR *SALMONELLA PARATYPHI* B

Joana Couto, Luís Pontes dos Santos, Raquel López, Diana Guerra

Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde do Alto Minho

A infeção por salmonella ocorre sobretudo em países em desenvolvimento, em Portugal, a maioria dos casos ocorrem se viagem recente a área endémica. Tem um espectro alargado de manifestações – desde doença sistémica grave a gastroenterite auto-limitada. Considera-se que 2 agentes podem causar febre tifoide – salmonella typhi e salmonella paratyphi (esta subdividida em 3 serotipos A, B e C). Apresenta-se caso raro de pancreatite aguda PA como complicação de ileocolite por salmonella paratyphi B (SPB).

Homem, 44 anos, sem antecedentes ou medicação habitual. Negava viagens recentes. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro com 1 semana de evolução de diarreia profusa (cerca de 15 dejeções

diárias), anorexia, febre (T^{ax} . Máx: 39.7°C) cefaleia frontal, mal-estar generalizado e mialgias. Referia ainda vômitos alimentares recorrentes (5 por dia) e dor abdominal difusa. Foi medicado com metoclopramida e probióticos sem melhoria. Ao exame objetivo, desidratado, febril (T^{aur} : 39.5°C) e com dor à palpação abdominal, maior intensidade no epigastro. Analiticamente com parâmetros inflamatórios elevados (Leuc: 14650, PCR: 14.09 mg/dl), alteração da coagulação (tempo de protrombina prolongado), ligeira elevação de transaminases (ATS/ALT: 61/65 UI/L) e elevação das enzimas pancreáticas (EP) (Amilase/Lipase: 423/841 UI/L). Realizou ecografia abdominal (sem alterações) e TC abdomino-pélvico que mostrou espessamento do colon ascendente - ileocolite, sem alterações a nível pancreático. A reacção de Widal (RW) foi positiva (1/80) para SPB (o serotipo mais comum no continente europeu). Foi internado por febre tifoide complicada com PA e iniciou antibioterapia com ceftriaxone (cumpru 14 dias) com melhoria clínica e analítica - assintomático ao 4º dia de internamento, sem isolamento de agente em HC ou bacteriológico e parasitológico de fezes. Verificou-se perfil descendente das EP, normais passados 20 dias, repetida então RW com aumento superior a 4 vezes (1/320) relativamente à última serologia corroborando o diagnóstico de febre tifoide.

A PA por salmonella é uma complicação rara, neste caso os critérios de diagnóstico estavam cumpridos (dor epigástrica, vômitos e elevação das EP - 3 vezes o limite superior da normalidade) apesar de ausentes alterações imagiológicas. O mecanismo de desenvolvimento de PA não se encontra esclarecido, atribuindo-se a disseminação bacteriana por via hematogénea/linfática, discute-se ainda a possibilidade de componente inflamatório/imunológico devido a endotoxinas libertadas. O facto de o doente ter iniciado tratamento apenas 1 semana após início dos sintomas pode explicar maior inflamação local, libertação de endotoxinas e resposta imune levando a PA. É fator preditor de complicação com PA o atingimento do colon ascendente (como neste caso). Conclui-se a importância de suspeição desta complicação nos doentes com febre tifoide que desenvolvam sintomatologia sugestiva de pancreatite aguda ou tenham agravamento clínico sem causa evidente.

P475

1894 LEISHMANIOSE, UM DIAGNÓSTICO DIFÍCIL

Andreia Brito, Jorge Nepomuceno, Fátima Pimenta
Centro Hospitalar Médio Tejo

Introdução

A síndrome febril de origem indeterminada caracteriza-se por temperatura superior a 38.0°C e duração maior de 3 semanas.

Segundo a literatura há mais de 200 causas conhecidas, com frequência variável. A causa infecciosa é a mais prevalente com 40% casos diagnosticados, seguida das neoplasias com 30%, no entanto cerca de 5% não têm diagnóstico definitivo.

Caso Clínico:

Homem de 41 anos, residente em zona rural, com actividade profissional ao ar livre. Antecedente conhecido de artrite reumatóide seronegativa, diagnosticado e seguido em consultadereumatologia, medicado com prednisolona 10mg dia além de anti-inflamatório não esteróide e metotrexato apenas na fase inicial. Dez meses depois, com intenção de iniciar biotecnológico fez rastreio de tuberculose latente sendo interferon gamma release assays inconclusivo, mesmo assim foi decidido iniciar isoniazida tendo concomitantemente iniciado febre e ligeiro aumento de citólise hepática, pelo que foi suspensa a terapêutica. Apesar disso, manteve quadro de febre anorexia e astenia tendo recorrido ao serviço de urgência três meses depois.

À admissão, de realçar exame objectivo sem alterações, parâmetros inflamatórios elevados, lesão renal aguda e anemia. Depois de colheita de rastreio séptico foi instituída antibiótica de largo espectro. Contudo, verificou-se agravamento progressivo do estado geral com quadro de prostração, febre elevada, presença de pancitopenia e agravamento da função hepática.

Para esclarecimento do quadro, salienta-se ecografia abdominal que revelou hepatoesplenomegalia tendo-se efectuado mielograma com pesquisa de leishmania, que confirmou a presença de *Leishmania donovani* extracelular.

Cumpriu ciclo de anfotericina B com melhoria clínica e recuperação total do quadro clínico.

Entretanto, dada a apresentação pouco típica da artrite reumatóide reequacionou-se este diagnóstico, fez estudo auto-imune com critérios de diagnóstico de Lúpus eritematoso sistémico (LES) em discórdia do diagnóstico prévio.

Conclusão:

Tratando-se de um doente sob imunomoduladores, associado doença auto-imunes como o Lúpus eritematoso sistémico e risco epidemiológico para infecções, devemos estar alertas para quadro raros oportunistas e graves.

A leishmaniose visceral é uma infecção rara e invasiva e caso não seja tratada atempadamente tem uma taxa de mortalidade muito elevada.

Apesar do desenvolvimento da medicina a nível dos exames de imagem e técnicas para identificação de microrganismos, continua a ser imprescindível uma boa colheita de história e integração de todos os achados para o diagnóstico definitivo.

P476

227 UM CASO RARO DE ENDOCARDITE AGUDA A FEBRE Q AGUDA

TORCATO MOREIRA MARQUES, DIOGO ANTÃO, LOURENÇO CRUZ, VALENTINA TOSATTO, CRISTIANO CRUZ, PAULA NASCIMENTO, ANDRÉ ALMEIDA, RITA BARATA MOURA

HOSPITAL DE SANTA MARTA, CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL

Coxiella burnetii é responsável por até 5% de todos os casos mundiais de endocardite. É quase sempre no contexto da forma crónica da Febre Q que esta entidade tem lugar, sobretudo mediada por fenómenos imunológicos. Existem no entanto alguns casos raros descritos de doença aguda com endocardite associada.

Os autores apresentam o caso de um homem leucodérmico de 79 anos, natural de uma área rural de Portugal, com história conhecida de cardiopatia hipertensiva e valvular com insuficiência cardíaca classe III NYHA, fibrilhação auricular hipocoagulada, DM tipo 2 sob anti-diabéticos orais, anemia crónica multifactorial.

Internado por um quadro de insuficiência cardíaca descompensada, 2 meses após substituição de válvula aórtica (estenosada por doença fibrodegenerativa), caracterizado por intolerância a pequenos esforços, dispneia paroxística nocturna e edema bímaleolar. A partir do 3º dia de internamento apresenta picos febris diários ($>38^{\circ}\text{C}$) e subida franca dos parâmetros inflamatórios pelo que, tendo em conta a colocação de prótese biológica recente, se colocou a hipótese de endocardite aguda. As hemoculturas (HC) foram negativas, ecocardiograma transtorácico e ecocardiograma transesofágico sugestivos mas não categóricos quanto à presença de vegetações e não se evidenciaram dados clínicos ou radiológicos de embolização periférica ou central. Realizada ainda PET que não evidenciou lesões hipermetabólicas valvulares, revelando várias adenopatias mediastínicas e supraclaviculares esquerdas, não patológicas por critérios tomodensitométricos. Cumpridas quatro semanas de antibiótica com Gentamicina e Vancomicina, sem que se tenha verificado remissão da febre.

No estudo complementar de presumível endocardite bacteriana com HC negativas, ressalva-se a presença de título IgG fase II 1:800 para *Coxiella burnetii*. Neste sentido, com ANA 1:160 +; VS 102 mm/h; electroforese com pico discreto alfa-1 e alfa-2, admitiu-se possibilidade de Febre Q aguda, hipótese corroborada após envio de amostras para o INSA (anticorpos fase II positivos 1:400 e fase I negativos, PCR negativa), Restante estudo imunológico revelou anticorpos anti Beta 2 IgM positivos ($>100\text{ UQ}$) e Ac. anti-cardiolipina IgM positivos $> 60\text{ UQ}$, interpretados também

em contexto de fase aguda de Febre Q. Iniciada terapêutica antibiótica com doxiciclina 100 mg bid + hidroxyclorequina 300 3id, após início da qual se verificou resolução do quadro.

O presente caso serve para ilustrar a raridade da situação, assim como a dificuldade no diagnóstico de endocardite a febre Q sobretudo quando em fase aguda, tanto pela possibilidade de as vegetações serem de pequenas dimensões ou mesmo ausentes, assim como a variabilidade da apresentação no que diz respeito aos marcadores imunológicos.

P477

298 TUBERCULOSE DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Mariana Costa, Beatriz Porteiro, Marina Vitorino, Filipa Nunes, Whine Pedro, Alexys Borges, Marinela Major, João Machado

Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca

Introdução

Em doentes imunocompetentes os tuberculomas ocorrem mais frequentemente de forma independente mas podem ocorrer simultaneamente com tuberculose disseminada; apresentam-se como massas intracranianas únicas ou múltiplas, com reforço de sinal após gadolínio e área central quística/ necrótica, nos hemisférios cerebrais, núcleos da base, tronco cerebral, cerebelo bem e raramente na medula espinhal. Os sintomas são muitas vezes limitados a convulsões.

Caso clínico: Homem com 33 anos, natural e residente na Guiné Bissau. Empresário. Internado por crise convulsiva tónico clónica generalizada. Na admissão consciente, orientado, razoável estado geral. T 37, 4º. Exame neurológico sem sinais focais. Da avaliação analítica: Hb 12.5g/dl, leucócitos 5.300, VS 34mm 1ª hora, função renal e hepática sem alterações, PCR 2.18 mg/dL. A TAC de crânio revelou hipodensidades focais com predomínio subcortical frontais anteriores bilaterais e na região rolândica esquerda, com carácter expansivo. A serologia VIH foi negativa. A RM confirmou a existência de múltiplas lesões ocupando espaço em topografia cerebelosa direita, occipital direita, parietal profunda parassagital esquerda, talâmica homolateral e na região frontal esquerda. A PL que foi negativa. A serologia para Taenia solium foi negativa no LCR e soro. A TAC toraco abdomino pélvica mostrou múltiplas áreas de calcificação da parede do intestino delgado, mais marcada no ileon terminal onde se identificava espessamento parietal calcificado associado a massa mesentérica adjacente. Áreas hipodensas na próstata central lateralizadas à esquerda. Antes de se proceder a biópsia da massa intracraniana procedeu-se a mini laparotomia, colhido líquido peritoneal e uma adenomagalia mesentérica. Em face do compromisso sistémico

(cerebral, abdominal e génito urinário) foi pedido PCR para Mycobacterium tuberculosis na urina que foi positivo. Posteriormente a histologia do gânglio revelou linfadenite granulomatosa necrosante com células gigantes multinucleadas. Identificava-se um bacilo ácido-álcool resistente (coloração de Ziehl-Neelsen), morfológicamente compatível com Mycobacterium spp. A cultura em Bactec da urina identificou Mycobacterium tuberculosis complex resistente a isoniazida. Iniciados antibacilares (HRZE), alterados transitoriamente por toxicidade hepática para etambutol, moxifloxacina e estreptomicina, com progressiva melhoria clínica e imagiológica. A reavaliação imagiológica aos 4 meses mostrou franca diminuição da maioria das lesões do SNC. Já em plena recuperação, um familiar veio a referir contacto com um doente falecido com tuberculose.

Conclusão: Os tuberculomas são raros actualmente no mundo ocidental mas permanecem como as lesões de massa intracraniana mais comuns em doentes oriundos de áreas endémicas para a tuberculose. O caso ilustra a concomitância invulgar de tuberculomas no contexto de tuberculose disseminada num doente proveniente da Guiné Bissau, VIH negativo.

P478

321 PIOMIOSITE PURULENTA – TEMPO É MÚSCULO.

Rita Rego, Ana Sofia Mendes, Isabel Fonseca Silva, Sara Vieira Silva, João Araújo Correia

Centro Hospitalar Univeristário do Porto

Introdução

A piomiosite purulenta é geralmente causada por Staphylococcus aureus e pode afetar qualquer grupo muscular. A infeção ocorre através da disseminação hemática do agente ou lesão muscular e frequentemente se associa a formação de abscesso.

A sua incidência é maior em regiões tropicais como América Latina e África, nos países ocidentais a sua incidência tem vindo a aumentar e é maior em adultos imunocomprometidos.

Tem uma apresentação geralmente sub-aguda e a mortalidade pode chegar a 10% dos casos, sendo que quanto mais tarde o diagnóstico pior o prognóstico.

Caso Clínico: Homem de 51 anos, usuário de drogas endovenosas, diabético insulino tratado e infeção VHC não tratada. Recorre ao Serviço de Urgência por dor nos membros inferiores que limitava a marcha com cerca de um mês de evolução. Apresentava-se febril e com nódulos subcutâneos bastante dolorosos, dispersos em ambos membros inferiores, sem outros sinais inflamatórios.

Realizou tomografia computadorizada que evidenciou múltiplas formações hipodensas dispersas pelos grupos musculares de ambas as coxas e grande glúteo direito sugestivas de piomiosite.

A maior lesão foi drenada tendo-se isolado em exame cultural, *Staphylococcus aureus* meticilino-sensível (MSSA) e iniciado antibioterapia dirigida.

O doente negou história de trauma ou uso de drogas endovenosas por punção nos membros inferiores. À inspeção não foram encontrados focos de entrada a esse nível.

Do estudo realizado, serologias negativas para HIV, HBV, CMV e HCV positivo. Realizou ecocardiograma transestófico que excluiu endocardite, excluída prostatite por ecografia e realizou angioTAC que excluiu outras focalizações sépticas. De forma a excluir possíveis focos de osteomielite realizou RM dos membros inferiores que não identificou lesões.

O doente evoluiu favoravelmente com o início de antibioterapia. Após 15 dias de internamento apresenta nova lesão dolorosa na perna direita que foi drenada e de novo isolado MSSA, sem bacteriemia associada.

Decidiu-se realizar um exame imagiológico minucioso com ecografia dos membros inferiores que não identificou outras lesões passíveis de drenagem.

Durante o restante internamento objetivou-se uma melhoria franca do estado clínico com diminuição das lesões sob antibioterapia dirigida.

Reavaliação imagiológica a mostrar ainda alguns focos milimétricos compatíveis com piomiosite sem indicação para drenagem cirúrgica. À data de alta apresenta-se assintomático com recuperação total da capacidade de marcha.

Conclusão: Embora seja uma entidade pouco frequente em Portugal, o seu reconhecimento precoce é essencial para garantir um bom prognóstico. Este caso retrata um quadro de piomiosite que teve um desfecho benigno sem sequelas para o doente e que se baseou num atempado diagnóstico imagiológico, tratamento dirigido e exclusão de possíveis complicações associadas.

P479

445 NEUROSSÍFILIS: O PASSADO NO PRESENTE

Cátia Santos, Helena Carrondo, Célio Fernandes
Centro Hospitalar de Leiria - Hospital de Santo André - Medicina Interna II

A sífilis é uma doença provocada pelo *Treponema pallidum*. Apesar de atualmente existir um tratamento eficaz, económico e de fácil acesso, continua a ser um problema de saúde pública

e o envolvimento do sistema nervoso central pode ocorrer em qualquer estágio da doença, acontecendo em 5-10% dos doentes não tratados.

Apresentamos o caso clínico de um doente do sexo masculino, de 78 anos, caucasiano, sem comorbilidades de relevo. Admitido no serviço de urgência por quadro de confusão mental e alteração do comportamento com cerca de 2 meses de evolução. Ao exame físico apresentava-se febril e desorientação temporo-espacial, mas sem défices neurológicos focais. A tomografia computadorizada (TC) craniana mostrou sistema ventricular dilatado de forma desproporcional ao grau de ectasia dos sulcos corticais a traduzir hidrocefalia de pressão normal e dolicoectasia basilar. A eletroencefalografia revelou alteração cerebral difusa e a ressonância magnética crânio-encefálica evidenciou cavidades ventriculares aumentadas com discreta acentuação dos sulcos corticais hemisféricos cerebrais, nomeadamente nas regiões temporo-insulares, traduzindo atrofia cerebral. Foi realizada punção lombar, tendo a análise bioquímica e serológica do líquido cefalorraquidiano demonstrado aumento de proteínas e serologias reativas para a presença de anticorpos de *Treponema pallidum*, tendo VDRL, como TPHA positivo. Realizado também rastreio de VIH, cujo resultado foi negativo. Assim, foi feito o diagnóstico de neurosífilis, tendo realizado terapêutica com penicilina G durante dez dias com melhoria clínica.

A prevenção da sífilis primária continua a ser a melhor forma de evitar a sífilis tardia. Contudo, o aumento da incidência da sífilis terciária obriga a que os profissionais de saúde se encontrem mais sensibilizados para a problemática procurando efetuar diagnósticos precoces, evitando a evolução natural da doença e o aumento da morbi-mortalidade associadas.

P480

528 DOENÇA DE WEIL – UM CASO FULMINANTE

Inês Ferreira, Ana Monteiro, Tatiana Vieira, Vanessa Chaves, José Pereira
Centro Hospitalar São João

INTRODUÇÃO

A leptospirose é uma doença com um grande espectro de gravidade. Se na maioria dos casos é uma doença auto-limitada, em alguns casos pode ser potencialmente fatal. A chamada doença de Weil é uma forma de leptospirose grave, complicada por disfunção hepática e renal.

CASO CLÍNICO

Homem de 31 anos, eletricista, sem antecedentes de relevo nem medicação habitual. Vivia em ambiente rural, contacto frequente com ratos.

Recorreu ao serviço de urgência (SU) do hospital da área de residência por febre, mialgias, odinofagia e otalgia com 5 dias de evolução. Teve alta medicado com cefradina por amigdalite aguda. Volta ao SU 2 dias depois por náuseas e vômitos. Analiticamente, com leucopenia 1800/L e citocolestase hepática (AST 1810 U/L, ALT 1706 U/L, bilirrubina total 5.5mg/dL), PCR 130 mg/L, hiponatremia 130 mEq/L. Fez teste rápido da leptospira que foi positivo, pelo que iniciou ceftriaxone.

Por agravamento clínico foi transferido para o serviço de cuidados intensivos, tendo evoluído desfavoravelmente, apresentando disfunção multiorgânica: respiratória (pO₂/FiO₂ 95), cardiovascular (necessidade crescente de noradrenalina e hiperlactacidemia), renal (oligúria e acides metabólica, tendo iniciado hemofiltração veno-venosa contínua), hematológica (trombocitopenia), hepática (bilirrubina em crescendo) e coagulopatia (aPTT>160, INR 3.6). Apresentava ainda hipoglicemias persistentes e rabdomiólise em agravamento. Por ARDS refratário, submetido a oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO) veno-venoso e transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos do nosso hospital. À admissão, efectuada pesquisa de DNA de leptospira por PCR (polymerase chain reaction), que foi negativa na urina e no sangue. Verificou-se quadro de disfunção multi-orgânica com agravamento progressivo, apesar de terapêutica com corticóide, curso de 72h de N-acetilcisteína e instituição de técnica MARS (sistema de recirculação molecular absorvente). Após início de MARS, que cumpriu durante 3 dias, verificou-se descida dos marcadores de citólise mas agravamento da coagulopatia, sem melhoria das restantes disfunções. Paragem cardio-respiratória ao 4º dia, sem recuperação, pelo que foi declarado o óbito.

DISCUSSÃO

Este caso permite lembrar que a leptospirose pode ser uma doença grave e fatal. O diagnóstico laboratorial é desafiante, já que a positividade de um certo teste depende da estadia temporal da doença: na primeira semana o valor preditivo negativo da serologia é muito baixo, pelo que o teste mais indicado é a pesquisa de DNA por PCR. A partir da segunda semana, verifica-se uma inversão, sendo o valor predito negativo da PCR muito baixo. O facto de os testes serem negativos não excluiu o diagnóstico.

Este caso demonstra ainda a utilização da técnica MARS, que se baseia na remoção seletiva de toxinas ligadas à albumina, numa tentativa de ponte para transplante hepático. No entanto, ainda está por estabelecer o benefício efectivo na insuficiência hepática aguda.

P481

748 RICKETTSIOSE E UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA

Ana Oliveira e Costa, Mónica Mesquita, Andreia Costa, Anusca Paixão, Fernando Salvador, Paula Vaz Marque
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

INTRODUÇÃO

A Febre escarionodular é uma zoonose endémica nos países mediterrâneos e a rickettsiose mais prevalente em Portugal. Tem uma apresentação habitualmente auto-limitada e benigna, mas ocasionalmente pode cursar com manifestações graves. O diagnóstico assenta na conjugação de achados epidemiológicos, clínicos e laboratoriais.

CASO CLINICO

Senhora de 75 anos, autónoma, com antecedentes de litíase renal e infeções urinárias de repetição (possível úlcera de Hunner), osteoporose e dislipidemia. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por febre, náuseas, desorientação e prostração, com 3 dias de evolução, estando já medicada com amoxicilina/ac.clavulânico pelo seu médico assistente mas sem melhoria clínica. À admissão no SU apresentava-se desorientada e lentificada, hipotensa e com exantema macular dispersos pelo tronco e dorso. Assumida sépsis com disfunção multiorgânica (cardiovascular com necessidade de aminas, respiratória, hepática, hematológica e renal) por provável rickettsiose, embora sem escara de inoculação identificável. Colheu no entanto estudo alargado (microbiologias e serologias) e iniciou empiricamente doxiciclina e ceftriaxone. À admissão com anticorpo de rickettsia conorii IgG 1:64, sugestivo de infeção antiga ou resposta precoce. Contudo, por posterior agravamento clínico, admitida na Unidade de Cuidados Intensivos com necessidade de ventilação mecânica assistida e suporte transfusional. Por agravamento neurológico, colheu líquido cefalo-raquidiano (LCR) que evidenciou 5 células, monocitose, ligeira proteinorráquia e com posterior identificação de Rickettsia spp por biologia molecular. Suspendeu ceftriaxone, e cumpriu 14 dias de doxiciclina, apresentando evolução progressivamente favorável e sem sequelas, embora paulatina e marcada ainda por polineuropatia do doente crítico.

DISCUSSÃO

A tríade clássica da febre escarionodular compreende febre alta, exantema maculopapular palmo-plantar e escara de inoculação (tache noire). Contudo estas manifestações nem sempre estão presentes o que, associado a uma resposta serológica lenta, pode atrasar o diagnóstico e comprometer a evolução clínica. O atingimento neurológico é incomum mas associa-se a uma maior morbi-mortalidade. O presente caso é exemplo de como o diagnóstico e a introdução precoce da antibioterapia adequada é

essencial para um desfecho positivo e sem sequelas indeléveis para o doente.

P482

1407 LESÃO OSTEOLÍTICA A SALMONELLA EM DOENTE IMUNODEPRIMIDO

Bruno David Freitas, Ana Garrido Gomes, Maryna Telychko, Inês Menezes, Sandra António, Luís Siopa
Hospital Distrital de Santarém, EPE – Serviço de Medicina IV

Introdução

A *Salmonella* spp, é um bacilo Gram negativo que geralmente causa infeções do trato gastrointestinal, habitualmente na população pediátrica, causando gastroenterites e muito raramente causando outro tipo de infeções. No entanto, estas infeções podem-se complicar com bacteriemia e deposição noutros locais do corpo (disseminação hematogénica) causando pneumonias, abscessos renais, artrites ou abscessos noutros tecidos, sendo que em 0,6% dos casos está associado a lesões líticas (mesmo em doentes imunocompetentes).

Caso clínico: Homem de 30 anos, até à data do internamento saudável, fumador, sem medicação habitual, sem consumo de drogas. Recorreu ao Serviço de Urgência por dor torácica com 3 meses de evolução, referia trauma minor aquando do início da dor na face anterior do hemotórax esquerdo associada a pequeno tumefação. Negava febre, perda de peso, suores noturnos, picadas de insetos, viagens, ingestão de comida crua e comportamentos de risco recentes. Ao exame objetivo salientava-se, tumor e rubor da zona inframamária esquerda compatível com abscesso da parede torácica, ausência de adenopatias palpáveis ou outras alterações valorizáveis. Durante a avaliação no SU o doente desenvolveu pico febril de 39,9°C. Analiticamente 5.5 leucócitos x10⁹/L, PCR 117.1mg/L, VS 98mm/1^a hora, Hb 118g/L. Realizada TC torácica: "(...) Na região costal inferior esquerda (...) lesão de tecidos moles, hipodensa, de contornos irregulares, medindo 90x48mm, condicionando lesão lítica de arco costal adjacente (6^o). Drenado conteúdo sob anestesia local com colheita de material para microbiologia, colheita para hemoculturas. Isolamento nas hemoculturas e no conteúdo purulento do abscesso de *Salmonella* spp. multisensível. Perante este quadro optou-se iniciar antibioterapia e.v. dirigida com ceftriaxone, e complementado o estudo etiológico, do qual destaca-se a serologia positiva a VIH e linfócitos CD3+, CD4+ 33/uL. Apesar da antibioterapia dirigida, aumento do volume do abscesso da parede torácica com necessidade de nova drenagem sob anestesia geral e alteração da antibioterapia para ciprofloxacina e.v.. Após cumprir 14 dias de antibioterapia com ciprofloxacina e.v., o doente teve alta melhorado da lesão torácica, medicado com ciprofloxacina oral e orientado para consulta

de seguimento.

Discussão: Apresenta-se este caso pela raridade do diagnóstico de salmonelose no adulto em países desenvolvidos e para a importância da suspeição da infeção por VIH.

P483

1552 VIH E ASPERGILOSE – UMA ASSOCIAÇÃO A CONSIDERAR.

Pedro Oliveira, Cátia Dias, Fábio Murteira, Rita Costa, Pedro Salvador, Sofia Pereira, Andreia Seixas, Margarida Mota, Vitor Paixão Dias

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

INTRODUÇÃO

O aspergillus é um fungo presente no ambiente, a que os indivíduos são expostos frequentemente. Provoca doença raramente, afetando primariamente indivíduos imunodeprimidos, nos quais pode levar a doença invasiva e morte. Os indivíduos imunocompetentes normalmente não desenvolvem doença ativa.

CASO CLÍNICO:

Doente 1 - homem, 47 anos, diagnóstico de VIH 18 anos antes. Tuberculose pulmonar (TP) na altura do diagnóstico, tratada. História de incumprimento; sem seguimento há 5 anos. Regressa à consulta com queixas de hemoptises, dispneia e emagrecimento; na altura com CD4+ 25 células/uL e carga vírica de 106979 cópias/ml. Colheu micobacteriológico de expetoração, negativo; TC torácico revela no lobo superior esquerdo (LSE) cavitação com 5cm, compatível com aspergiloma. Fez broncofibroscopia com lavado broncoalveolar que revelou aspergillus spp. Iniciou voriconazol; realizada cirurgia de ressecção do LSE; análise histológica da peça cirúrgica confirmou diagnóstico de aspergiloma. Melhoria clínica após tratamento, mantendo voriconazol até resolução dos sintomas e reavaliação imagiológica.

Doente 2 – mulher, 72 anos. Antecedentes de TP aos 20 anos. Inicia quadro de hemoptises e emagrecimento; colheu micobacteriológico de expetoração, negativo. TC torácico com bronquiectasias císticas paramediastínicas na pirâmide basal esquerda, com conteúdo esferoide, por provável aspergilose. Em sequência deste achado, pedido teste HIV - positivo, com CD4+ 87 células/uL e carga vírica 186864 cópias/ml. Iniciou voriconazol e subsequentemente antirretrovirais; a aguardar consulta de cirurgia cardiotorácica para decisão sobre eventual lobectomia.

Doente 3 – mulher, 71 anos; diagnóstico de VIH+ recente, com CD4+ 114 células/uL e carga vírica 2330220 cópias/ml. Vem à consulta queixando-se de quadro com 3 semanas de febre, perda de peso, tosse hemoptóica e diarreia. Na consulta

encontrava-se febril (38°C), taquicárdica (142bpm) polipneica (40cpm), com dor e defesa à palpação hipogástrica; acabou por entrar em paragem cardio-respiratória, sendo realizado suporte avançado de vida com sucesso e estabilização do quadro. Transportada para a sala de emergência onde fez TC que revelou pneumoperitонеu, peritonite, dilatação das ansas jejunais e enfarte esplénico. Realizada laparotomia exploradora emergente, com enterectomia de 35cm do jejuno e ileo. Histologia da peça cirúrgica com inflamação e necrose transmural; isolamento de *aspergillus* spp. Admitida nos cuidados intensivos no pós-cirúrgico, acabando com desfecho fatal.

DISCUSSÃO: A aspergilose é rara, afetando mais frequentemente recetores de transplantes ou doentes com neutropenias prolongadas. Também ocorre em doentes VIH+ com imunossupressão marcada, sendo importante o clínico considerar o seu diagnóstico. Pode afetar múltiplos órgãos, mais frequentemente o pulmão. Nos casos descritos referem-se manifestações distintas; em comum têm a gravidade, o prognóstico reservado e a imunossupressão marcada.

P484

1623 O RATINHO DA PADARIA...

Rui Correia, Ana Catarina Carvalho, Marlene Delgado, António Correia

Centro Hospitalar de Tondela-Viseu

Introdução:

A Leptospirose é uma doença infecciosa causada por espiroquetas patogénicas do género *Leptospira*, sendo considerada a zoonose mais comum do mundo, estando associada a roedores. As infeções humanas são adquiridas por contato direto com urina, tecidos infetados, água ou solo contaminado. O espectro clínico varia desde uma situação indolente até potencialmente fatal. Geralmente ocorre um quadro agudo de febre, mialgias e cefaleias, tosse seca, sintomas gastrointestinais, porém pode manifestar-se por um quadro grave composto por icterícia, lesão renal aguda oligúrica, diáteses hemorrágicas e SIRS ou choque denominado Síndrome de Weil.

Caso Clínico:

Homem de 30 anos, sem antecedentes patológicos conhecidos mas com hábitos etanólicos estilo "binge drinking". Quadro com 4 dias de evolução de tosse irritativa, rinorreia e cefaleia holocraniana e, nas últimas 24h, febre alta (40°C), astenia e anorexia. Epidemiologicamente, o doente trabalhava em Inglaterra, numa padaria, podendo ter contactos com ratos no armazém da farinha, todavia numa primeira fase da anamnese este facto foi ignorado pelo doente, vindo depois um familiar a referi-lo. Os exames realizados no SU revelaram analiticamente

aumento dos biomarcadores de inflamação (leucocitose 18.20G/L; PCR 40.65mg/dl) e citocolestase hepática (AST 128UI/L; ALT 137UI/L; GGT 237UI/L; FA 121UI/L; LDH 629UI/L), sem insuficiência hepática e com presença de esteatose hepática na ecografia abdominal. A investigação diagnóstica compreendeu: hemoculturas e urocultura amicrobianas, serologias de hepatites B e C, CMV, EBV, HIV, Ricktesia e *Coxiella* negativas, electroforese das proteínas séricas normal, estudo auto-imune (ANA, ENA, ANCA, ASMA, anti-LKM1, anti-LC1 e anti-mitocondriais) negativo, sendo o diagnóstico estabelecido mediante a serologia da *Leptospira* com IgM positiva. Após o estabelecimento do diagnóstico de Leptospirose, manteve-se a antibióterapia com ceftriaxone, instituída empiricamente à admissão, cumprindo 7 dias com boa evolução clínica e analítica.

Conclusão:

O destaque deste caso vai para o facto de que é imprescindível esmiuçar o contexto epidemiológico para que o diagnóstico desta zoonose seja estabelecido atempadamente, sobretudo tendo em conta, que podem ocorrer casos fatais.

P485

1834 NÓDULO PULMONAR ISOLADO....

Miguel Martins, Francisca Martins, Mariana Silva, Eugénio Teófilo

Centro Hospitalar de Lisboa Central

Introdução

O diagnóstico diferencial em doentes imunodeprimidos revela-se como um dos maiores desafios para qualquer internista, dada a escassa sintomatologia nestes doentes, bem como a enorme variedade de microorganismos que podem afetar estes doentes.

Caso clínico: Homem de 66 anos, com diagnóstico de HIV-2 desde 1993, que apesar de cumprir a terapêutica anti-retroviral e apresentar cargas virais baixas, valor de células CD4+ era de 32 Cells/ul. Apresenta ainda dismielopoiese associada ao HIV e antecedentes de tuberculose pulmonar, pneumocistose e leishmaniose visceral.

Em maio de 2017, por queixas de perda ponderal sustentada, realiza uma tomografia computadorizada (TC) do tórax que desvenda, no segmento posterior do Lobo Superior Direito pulmonar, uma lesão nodular de contornos irregulares, com pequena área de broncograma aéreo à periferia, avaliada em 15 x 10 mm. Dada as características da lesão, é sugerida reavaliação a curta prazo para exclusão de malignidade.

Passados 6 meses, realiza nova TC que constata desaparecimento da lesão nodular anterior, tendo surgido aproximadamente na mesma topografia,

lesão cavitada, com 22 x 13 mm, de parede espessa e contorno externo irregular. Apresentava ainda outras lesões cavitadas de menor tamanho e padrão de padrão de "árvore em botão". Dada semiologia e antecedentes do doente, imunodeprimido, o diagnóstico de tuberculose pulmonar apresentava-se como o mais provável em detrimento de patologia oncológica

O doente realizou broncofibroscopia (BFC), com lavado bronco-alveolar (LBA) negativo para culturas de bactérias, bacilos de Kock, micobactérias e micológicos negativos.

Em março de 2018, o doente mantinha a perda ponderal. Apresentava igualmente pancitopenia e esplenomegalia. Tendo em conta o quadro e os antecedentes, e apesar de rara, foi equacionada a possibilidade de atingimento pulmonar no contexto de recidiva de leishmaniose visceral. A biópsia medular para pesquisa de leishmânia mostrou-se negativa. Nesta altura, opta-se por internamento e realização de nova BFC. Foi feita pesquisa de *Cryptococcus neoformans*, que se mostrou negativa. O único resultado positivo no LBA foi Antígeno Galactomannan. Foi feito o diagnóstico provável Aspergilose invasiva pulmonar (AIP) subaguda em doente com aspergilose pulmonar cavitária crónica (APCC). O doente foi medicado com voriconazol oral, com boa resposta ao tratamento.

Conclusão: Apesar da marcha diagnóstica complexa, foi possível tratar o doente com sucesso. Destaca-se que o sintoma mais comum, que surge muitas vezes isolado, da APCC é a perda de peso, e que o diagnóstico definitivo de AIP exige uma cultura positiva – algo que não aconteceu neste caso.

P486

1891 A MENTIRA TEM PERNA CURTA

Matilde Fraga, Jorge Fernandes, Rui Barata, Mário Ferraz, Paolo Iacomini, Mariana Popovici, André Goulart, Ana Raquel Pinto, Ana Catarina Rodrigues, Catarina Pereira, António Panarra

Medicina 7.2, Hospital Curry Cabral, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introdução

A endocardite infecciosa (EI) relacionada com o uso de drogas endovenosas (UDEV) tem uma incidência de aproximadamente 2-4 casos por 1000 anos de consumos, é mais comum no sexo masculino e a média de idade é inferior em relação aos doentes sem consumos. O principal fator de risco é a injeção sistémica de microrganismos da flora cutânea e o *Staphylococcus aureus* meticilina-sensível (SAMS) é responsável por mais de metade dos casos. Apesar da EI de câmaras direitas ser mais rara é a mais comum nestes doentes. Ocasionalmente, a afeção isolada da válvula tricúspide (VT) pode apresentar-se com quadro clínico relacionado com as suas complicações e sem semiologia de endocardite.

Caso clínico: Homem, 41 anos, ex-UDEV em programa de buprenorfina há 2 anos, com hábitos tabágicos ativos e infeção por vírus hepatite C tratada. Recorre ao serviço de urgência por quadro clínico com 7 dias de evolução caracterizado por febre elevada, mialgias, tosse produtiva com expectoração purulenta e toracalgia bilateral pleurítica. Na observação inicial, febril e prostrado; hemodinamicamente estável; eupneico em repouso com saturação periférica de oxigénio de 92% (FiO2 21%); auscultação cardíaca rítmica sem sopros; auscultação pulmonar com murmúrio mantido e simétrico com sibilos dispersos. Analiticamente com elevação dos parâmetros de fase aguda e radiografia de tórax com hipotransparência no terço inferior do campo pulmonar direito. Foi internado por pneumonia bacteriana adquirida na comunidade, tendo iniciado antibioterapia (AB) empírica após colheita de hemoculturas (HC). Manteve-se febril durante os primeiros dias, documentando-se agravamento radiológico (pneumonia bilateral a esboçar cavitações). No 3º dia foi alterada a AB para flucloxacilina por isolamento de SAMS nas HC. Colocada a hipótese diagnóstica de EI da VT, com embolização séptica pulmonar. Confrontado com esta suspeita, o doente admitiu UDEV recente. A tomografia computadorizada torácica confirmou presença de focos pneumónicos com componente necrotizante em relação com êmbolos sépticos e o ecocardiograma transtorácico (ETT) mostrou vegetação na VT. Assim, foram assumidos os diagnósticos de endocardite da válvula tricúspide por SAMS complicada de embolização séptica pulmonar tendo cumprido 6 semanas de AB, com melhoria clínica e radiológica, negatificação das HC e normalização do ETT. **Discussão:** Este caso ressalva a importância de uma anamnese cuidada e da revalidação de informação quando pertinente. No caso apresentado, a relação de empatia que se foi estabelecendo foi determinante para uma correta marcha diagnóstica, que apontava desde cedo para EI da VT e que se veio a confirmar nos exames complementares. Salienta ainda o impacto sistémico que UDEV pode ter, com elevados custos de saúde e internamento prolongados. A reincidência de consumos sob programa de buprenorfina faz-nos questionar a adequação do acompanhamento dado a estes doentes nos Centros de Atendimento a Toxicodependentes.

P487

1955 DERRAME PERICÁRDICO NO DOENTE ONCOLÓGICO: UM CASO DE BOM PROGNÓSTICO.

Tiago Petrucci, Laura Pereira, Pedro Silvério António, Inês Nogueira da Fonseca, Inês Goulart, Carlos Machado e Costa

Centro Hospitalar de Lisboa Norte

O derrame pericárdico tem um vasto leque de etiologias. As causas idiopáticas (25-48% casos)

e infecciosas são as mais comuns, seguindo-se doenças auto-imunes, oncológicas, complicações após enfarte do miocárdio, insuficiência renal e reacções a fármacos. O diagnóstico diferencial do derrame pericárdico num doente sem causa óbvia, ou com patologia múltipla com potencial envolvimento do pericárdio é desafiante e dificultado pela relação risco-benefício desfavorável à realização de pericardiocentese diagnóstica no doente sem compromisso hemodinâmico.

Mulher com 48 anos de idade, portuguesa, residindo no estrangeiro, com diagnóstico prévio de carcinoma sarcomatóide do pulmão direito com metastização intestinal, submetida a lobectomia superior direita e colectomia parcial em 2016.

Sem evidência imagiológica de recidiva na última avaliação imagiológica, em Outubro de 2018.

Seis semanas antes da admissão, iniciou quadro de febre, mialgias, náuseas, sem vômitos, dor abdominal difusa, diarreia (3-5 dejeções diárias) com fezes líquidas, sem sangue, muco ou pús. A este quadro auto-limitado, sucede aparecimento de dor retroesternal, tipo moinha, com irradiação ao pescoço, que agravava com a inspiração profunda, aliviava com a anteflexão do tronco e que se acompanhava de cansaço para esforços de pequena intensidade de agravamento progressivo. Recorreu a serviço de urgência do hospital da área de residência sendo diagnosticada pericardite com derrame pericárdico, pelo que foi medicada com ácido acetilsalicílico e colchicina. Cumpriu terapêutica durante 3 semanas, com referência a persistência e agravamento da sintomatologia descrita. Viaja para Portugal, duas semanas antes do internamento, para consulta de seguimento com o oncologista assistente que a reencaminha para internamento no Serviço de Medicina Interna. No estudo inicial, realizou ecocardiograma que documentou persistência de derrame pericárdico, sem compromisso hemodinâmico. Laboratorialmente, destaca-se elevação de parâmetros inflamatórios: leucócitos $11790 \times 10^6/L$, proteína C-reativa 20,3 mg/dL, velocidade de sedimentação 105mm/h, procalcitonina 0,04 ng/dl. Do estudo etiológico dirigido resultou serologia de infeção por vírus Cocksackie positiva, o perfil de autoimunidade foi negativo, bem como os exames microbiológicos. A doente teve alta medicada com ibuprofeno e colchicina, sendo reavaliada em consulta de Medicina Interna em que se encontrava assintomática.

A infeção pelo vírus Cocksackie é uma das causas mais frequentes de pericardite com derrame pericárdico. Os autores descrevem um caso clínico em que, apesar do diagnóstico prévio de uma neoplasia rara e agressiva, com evidência de metastização à distância e mau prognóstico, a história da doença e a forma de apresentação com sintomatologia gastrointestinal foram essenciais no estabelecimento de um diagnóstico final, apesar da não realização pericardiocentese que permitiria

uma confirmação molecular e a exclusão de outras etiologias.

P488

2027 SÍNDROME FEBRIL - O ETERNO DESAFIO

Ana Teresa Costa, José Ribeiro

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introdução

O síndrome febril continua a ser um grande desafio para o internista, incluindo um variado número de etiologias de natureza infecciosa, neoplásica ou auto-imune.

Caso clínico: Homem de 64 anos, com hipertensão arterial, obesidade, hipercolesterolemia, hiperplasia benigna da próstata e ex-fumador (80UMA).

Apresenta-se no serviço de urgência com febre associada a calafrio, com 1 semana de evolução. Sem alterações ao exame objetivo. Radiografia de tórax sem alterações. Analiticamente com 4.290×10^6 leucócitos, 136.000 plaquetas, PCR 145,3 mg/L, ALT 88U/L, AST 54U/L e GGT 306U/L. Sem alterações na urina II. A pesquisa de influenza A e B e vírus sincicial respiratório foi negativa. Realizou ecografia abdominal superior que mostrou hepatomegalia homogénea (eixo longitudinal 17,6 cm), com marcada infiltração esteatósica difusa e esplenomegalia homogénea (14,3 cm de eixo bipolar). O doente descreve contacto com animais de quinta, nomeadamente porcos, ovelhas e cães, e com poeiras dos locais de armazenamento dos animais. Não apresentava história de consumo de fármacos de novo, álcool ou drogas.

Em internamento manteve-se febril. As hemoculturas e uroculturas foram sucessivamente negativas. Realizou ecocardiograma transtorácico que excluiu imagens sugestivas de vegetações. Realizou também TC toraco-abdomino-pélvico que apenas confirmou hepatomegalia (19 cm) e esplenomegalia (15cm) homogéneas, já descritas, e excluiu patologia neoplásica.

Face ao contexto epidemiológico foram pedidos o teste rosa de bengala, teste de Huddleson e serologias da Brucella que foram negativos. Foi excluída infeção por vírus hepatotrópicos, nomeadamente hepatite A, B e C, Vírus Epstein-Barr e Citomegalovírus.

Finalmente ao 16º dia de internamento o título de anticorpos IgG – Fase II para Coxiella burnetii foi positivo (>200). Dado contexto clínico iniciou doxiciclina 100mg 2id, que cumpriu por 14 dias. Atingiu apirexia ao final de 5 dias de tratamento.

Foram repetidas serologias após 4 semanas do primeiro doseamento que mostraram subida do título de anticorpos IgG – Fase II para 25.600 e

confirmou a infecção por *Coxiella burnetii*.

O doente foi reavaliado em consulta aos 6 meses após alta. Na avaliação analítica houve normalização das alterações hepáticas e hematológicas. Repetiu ecocardiograma que excluiu vegetações.

Discussão: A febre Q é uma zoonose de distribuição mundial, com crescente interesse na Europa. Apesar dos dados oficiais apontarem para uma baixa incidência (0,11 casos por 105 habitantes), esta é uma doença subnotificada. O contexto epidemiológico é fundamental para a suspeição clínica. As manifestações clínicas são variadas, desde sintomas gripais às manifestações cardíacas, como a miocardite e/ou pericardite ou a endocardite. Na avaliação após tratamento é fundamental a exclusão de endocardite crónica, em particular se doença valvular prévia, o que não se constatou no caso apresentado.

P489

2160 DIABETES MELLITUS – A SILENCIOSA DESTRUIDORA

Ana Vera Cruz, Maria Margarida Pereira, Marta Cerol, Petra Pego

Hospital Distrital de Santarém

INTRODUÇÃO

A Neuroartropatia de Charcot é uma entidade rara mas grave, que provoca deformação e destruição osteoarticular extensa com perda de função associada. Actualmente a Neuropatia Diabética é a principal causa desta patologia, podendo ainda ser provocada por alcoolismo crónico, lesões medulares, sífilis e insensibilidade congénita à dor. Afecta igualmente doentes dos dois sexos e com média de idades entre os 50-60 anos.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, 63 anos, autónomo, com antecedentes de Diabetes mellitus tipo I com 56 anos de evolução, cardiopatia Isquémica, doença arterial periférica com amputação de dois dedos do pé esquerdo, retinopatia diabética, fumador activo.

O doente foi trazido ao Serviço de Urgência por prostração, documentando-se hipoglicemia, febre e ferida com sinais inflamatórios ao nível de um dedo do pé esquerdo com exsudado purulento associado. Foi pedido rastreio séptico com colheita de hemoculturas e exame bacteriológico do exsudado e procedeu-se ao internamento do doente com instituição de antibioterapia empírica com cefuroxima.

Já em internamento observaram-se sinais inflamatórios do pé direito, sem solução de continuidade, com queixas álgicas que o doente classificava como ligeiras, mantendo marcha autónoma sem apoio. Realizou radiografia simples que mostrou destruição óssea avançada

a nível do tarso, compatível com pé de Charcot. As hemoculturas revelaram-se positivas a *Staphylococcus aureus* sensível a gentamicina, vancomicina e linezolida (MRSA), pelo que se assumiu como diagnóstico Osteomielite do pé a MRSA e iniciou vancomicina. O exsudado da ferida do pé esquerdo foi positivo para *Klebsiella pneumoniae* multissensível.

Foi observado pela Ortopedia que colocou tala gessada para imobilização do pé e pela Cirurgia Geral que orientou para amputação após completar 6 semanas de antibioterapia. O doente inicialmente recusou cirurgia pois não valorizava a gravidade do quadro por apresentar queixas ligeiras. Após explicados riscos e benefícios em reunião multidisciplinar o doente optou pela intervenção, tendo sido submetido a amputação da perna direita abaixo do joelho.

DISCUSSÃO

Apresenta-se um caso de uma complicação rara mas grave da Diabetes mellitus, para a qual deve por isso existir um grande nível de suspeição. Este caso é também um exemplo de como a Neuropatia Diabética pode dar uma perda de sensibilidade tão grave, que um doente com destruição óssea do tarso é capaz de marcha autónoma, desvalorizando uma dor que considera ligeira.

Quando existem sinais inflamatórios, mesmo que não estejam associados a dor é importante suspeitar desta entidade para que seja identificada e tratada atempadamente.

P490

2168 CMV NO ADULTO IMUNOCOMPETENTE

Rita Lencastre Monteiro, Rodrigo Leão, Cristina Lima, César Vieira, Ana Serrano, Conceição Loureiro

Hospital Santo António dos Capuchos

Introdução

O citomegalovírus (CMV) é um vírus ubiquitário, atingindo crianças, principalmente indivíduos do sexo feminino, com um quadro clínico de extensão e gravidade variável. No adulto, atinge principalmente os imunossuprimidos. Geralmente, os grupos socioeconómicos mais elevados apresentam uma seroprevalência mais baixa e adquirem a infeção mais tarde. Apresenta-se o caso de primoinfecção num adulto imunocompetente com atingimento hepático e gastrointestinal.

Caso Clínico: Género feminino, 35 anos, autónoma, sem antecedentes médicos relevantes, recorreu ao serviço de urgência por quadro de dor abdominal com 6 dias de evolução. Tinha sido observada previamente e medicada sintomaticamente com metoclopramida e paracetamol, sem melhoria. No próprio dia, referia agravamento súbito das queixas álgicas, localizadas no flanco e hipocôndrio

esquerdo, sem febre ou calafrios, menorragias e metrorragias, queixas urinárias ou gastrointestinais. Do exame objectivo, destacava-se temperatura timpânica de 37.9°C, orofaringe sem alterações, exame abdominal com aumento da frequência dos ruídos hidroaéreos, sem timbre metálico, não distendido, não timpanizado, mole e depressível, sem dor a palpação, sem defesa e sem sinais de irritação peritoneal. Analiticamente, sem leucocitose, elevação da proteína C reactiva (120 mg/dl), discreto aumento das transaminases (AST 41U/l, ALT 80U/L), GGT (147 U/l) e LDH (300 U/L), exame sumário de urina sem alterações e diagnóstico imunológico de gravidez negativo. Radiografia abdominal e ecografia pélvica sem alterações. Por suspeita de foco infeccioso abdominal TAC abdomino-pélvica que mostrava ligeira hepatoesplenomegalia com multinodularidade esplênica e hepática e adenopatias junto ao hilo hepático. A doente foi internada para estudo. O quadro clínico manteve-se com aumento progressivo das transaminases. Pedidas hemoculturas e uroculturas seriadas negativos. Do estudo etiológico destacava-se IgM CMV fortemente positivo, com restantes serologias virais negativas. Foi instituída terapêutica com ganciclovir durante 8 dias com resolução do quadro clínico, normalização das transaminases e da PCR. Não foi documentado atingimento de outros órgãos ou sistemas. Analiticamente com diminuição dos parâmetros inflamatórios e sem disfunção hepática ou renal.

Discussão: Apesar da elevada prevalência do CMV, a hipótese de primoinfecção por CMV deve ser considerada no adulto imunocompetente. Apesar de ser principalmente responsável por casos com sintomatologia pseudo-gripal, pode cursar com quadros mais exuberantes. A exclusão de outras etiologias e a instituição de terapêutica precoce com ganciclovir determina um desfecho na maioria dos casos.

P491

1538 ACTINOMICOSE PULMONAR: UM DIAGNÓSTICO POUCO EQUACIONADO

André Martins, Ana Barbosa, Inês Leite, Marina Fonseca, Rui Victorino

Serviço de Medicina II - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

INTRODUÇÃO

A actinomicose é uma infecção bacteriana rara, crónica e de evolução lenta causada por bactérias gram-positivas *Actinomyces* spp. A forma de apresentação mais frequente é a cervicofacial, caracterizada por inflamação granulosa com formação de abscesso, fistulização e supuração de granulos sulfúricos. A actinomicose pulmonar ocorre em cerca de 15% dos casos, sendo causada por aspiração de secreções orofaríngeas ou gastrointestinais. A apresentação clínica

e imagiológica inicial é pouco específica e faz diagnóstico diferencial com neoplasia pulmonar, tuberculose e pneumonia.

CASO CLÍNICO: Homem de 67 anos, obeso, diabético e com hábitos tabágicos progressivos de 140 UMA, admitido por quadro com 10 dias de evolução de tosse inicialmente não produtiva, nos últimos 5 dias com expectoração purulenta raída de sangue, sem história de febre. Avaliação laboratorial sem hipoxemia, anemia normocítica e normocrómica (Hb 12.2 g/dL), elevação de PCR (10 mg/dL) e VS (98 mm). Radiografia de tórax com hipotransparência heterogénea no ápex direito. Ziehl-Neelsen negativo na expectoração. Broncofibroscopia com secreções mucopurulentas e, ao nível do lobo superior direito, mucosa edemaciada e friável com aspecto granitado. TC-tórax a mostrar consolidação dos segmentos apicoposteriores do lobo superior direito com atelectasia do parênquima pulmonar, densificação em vidro despolido e adenopatias reactivas. IGRA, hemoculturas, exame bacteriológico, micológico e pesquisa de micobactérias em secreções brônquicas negativos. Citologia do lavado bronco-alveolar e da biópsia brônquica negativas para células neoplásicas, mas identificada presença de *Actinomyces* spp no lavado bronco-alveolar. Mucosa com moderado a intenso infiltrado inflamatório crónico activo na biópsia brônquica. Admitido diagnóstico de actinomicose pulmonar e medicado com amoxicilina 2g de 12/12h com duração prevista de pelo menos 6 meses. Reavaliação aos 2 meses com resolução da tosse, melhoria radiológica significativa, resolução de anemia e diminuição franca de parâmetros inflamatórios (PCR 0.15 mg/dL).

DISCUSSÃO: A actinomicose pulmonar é uma entidade rara e de evolução indolente, cuja apresentação clínica e radiológica inespecífica e confundente atrasa frequentemente o diagnóstico e, em determinados casos, pode implicar a realização de procedimentos invasivos desnecessários e causadores de comorbilidade. Quando diagnosticada e tratada atempadamente tem excelente prognóstico.

P492

2182 FEBRE Q: É UMA REALIDADE EM PORTUGAL?

Rita Lencastre Monteiro, Rui Nascimento, Rodrigo Leão, Cristina Lima, César Vieira, Ana Serrano, Dra Conceição Loureiro

Hospital Santo António dos Capuchos - CHLC

Introdução

A febre Q é uma zoonose causada pela bactéria *Coxiella burnetii*, que em fase aguda se manifesta como síndrome febril, pneumonia ou hepatite. Dado o seu polimorfismo clínico e baixa incidência,

é necessário um elevado grau de suspeição com base nos fatores de risco. Desde 1999 é uma doença de notificação obrigatória com cerca de 14 casos reportados entre 1999 e 2014.

Caso Clínico: Apresentamos um caso de pneumonia por *C. burnetii* num homem de 59 anos, caucasiano, sem antecedentes de relevo. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por febre 39°C, dispneia, sudorese noturna, cefaleias e náuseas, sem tosse, expectoração, toracalgia, mialgias, artralguas, alterações urinárias ou gastrointestinais. Mencionava contacto com cães e gatos não parturientes, sem viagens ao estrangeiro ou a zonas rurais e sem contactos de risco. Teria sido avaliado há cerca de três dias e medicado com amoxicilina/clavulanato e azitromicina. Na observação apresentava palidez mucocutânea, temperatura timpanica de 39,4°C e um exantema maculopapular, não pruriginoso, simétrico na região axilar com extensão até a região inguinal. Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios (neutrofilia de 81,3%, proteína C reativa 324,5 mg/dL), citólise hepática (AST 81U/L, ALT 71U/L) e colestase (γGT 106U/L, FA 206U/L). Na radiografia de tórax evidenciava-se uma consolidação no lobo superior direito confirmada por TAC torácica, que descrevia broncograma aéreo com áreas em vidro despolido de predominância anterior, sugestivos de pneumonia lobar e moderado enfisema centroacinar bilateral com densificações lineares retrácteis dispersas, e hipertrofias ganglionares mediastínicas. Foi internado para estudo etiológico. Pedidas hemoculturas, pesquisa de vírus da gripe, antigenúrias para *Legionella pneumophila* e *Streptococcus pneumoniae*, serologias para *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, VIH e IGRA que foram negativos. Por manter quadro febril escalou-se antibiótica para piperacilina/tazobactam e foi realizada broncofibroscopia. Pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes e exame cultural do lavado broncoalveolar foram negativos, mas identificada *C. burnetii* por pesquisa molecular de agentes de pneumonia atípica. Dada melhoria clínica, laboratorial e radiológica, optou-se por não instituir terapêutica dirigida com doxiciclina. Do estudo serológico realizado apresentam-se anticorpos IgG e IgM positivos para *C. burnetii*. Ecocardiograma transtorácico sem alterações valvulares. Reavaliado aos 3 e 6 meses, mantinha-se assintomático e com níveis de IgG <800, pelo que não houve progressão para a forma crónica da doença.

Discussão: Com este caso pretendemos relembrar a importância da suspeição clínica para a febre Q, presente nas nossas enfermarias, mas subdiagnosticada pelo seu diagnóstico desafiante e atraso no seu reconhecimento.

P493

188 POLIRRADICULOPATIA POR VÍRUS CITOMEGÁLICO NUM DIAGNÓSTICO TARDIO DE VIH

Inês Ferreira, Ana Monteiro, Cláudio Nunes, Filipa Ceia, Gonçalo Santos, Maria Duarte, Cláudia Carvalho, Natália Ribeiro, António Sarmento

Centro Hospitalar de São João

INTRODUÇÃO

A doença neurológica citomegálica (mielite, encefalite, polirradiculopatia ou neuropatia periférica) é uma complicação incomum do HIV, que ocorre nos doentes com imunossupressão grave sem terapêutica anti-retrovírica.

CASO CLÍNICO

Trata-se do caso de um homem de 54 anos. Antecedentes de candidose esofágica um mês antes da vinda ao serviço de urgência (SU), tendo sido medicado com itraconazol, com melhoria sintomática. Pedido rastreio VIH pelo médico assistente, que o doente não chegou a realizar.

Recorreu ao SU por diminuição progressiva da força muscular nos membros inferiores desde há três meses, agora condicionando marcha autónoma, e na última semana também com diminuição da força no membro superior direito. Referia ainda parestesias nos membros inferiores. Negava outros défices neurológicos, febre ou sintomas constitucionais. Ao exame neurológico, apresentava tetraparésia – força muscular membro superior (MS) esquerdo G4/5; MS direito: G2/5 proximal e G3/5 distal; membro inferior (MI) direito G2/5 proximal, G3-/5 distal; MI esquerdo G3/5 proximal e G4-/5 distal. Atrofia dos músculos dos antebraços. Reflexos osteotendinosos abolidos. Sem alteração da sensibilidade tátil. Hipopalestesia até ao joelho bilateralmente. Necessidade de algaliação por retenção urinária.

Analiticamente, sem elevação dos parâmetros inflamatórios; linfopenia 660/uL. Serologia VIH positiva. TC cerebral sem alterações. Realizou punção lombar, que revelou 10 células, glicose no LCR 40% da sérica; hiperproteíno-ráquia 1.44 g/L. Enviado LCR para tinta da china, pesquisa de antigénio criptocócico, culturais (micológico, bacteriológico e micobacteriológico), pesquisa de PCR de toxoplasma, CMV, EBV, JC e *Mycobacterium Tuberculosis*.

Portanto, neuropatia periférica em doente com diagnóstico inaugural de VIH. Internado para estudo. Colocadas como principais hipóteses de diagnóstico a polineuropatia desmielinizante inflamatória crónica e polirradiculopatia por CMV.

Realizou eletromiografia que revelou polineuropatia motora axonal. Foi avaliado por Oftalmologia – alterações sugestivas de retinite por CMV no olho

direito. PCR CMV no LCR 8.4×10^4 cópias/mL e no sangue 1.8×10^3 cópias/mL. Restante estudo negativo. Iniciou terapêutica com ganciclovir endovenoso 5mg/Kg. Transição para valganciclovir oral 900mg/dia ao 32º dia de tratamento por melhoria gradual dos défices neurológicos. À data de transferência para Unidade de Convalescença, capaz de caminhar com andador e subir escadas com apoio.

Do ponto de vista da infeção pelo VIH, nadir CD4+ $6/mm^3$, HLA B5701 positivo, carga vírica > 1 milhão de cópias. Iniciou TARV com emtricitabina, tenofovir e dolutegravir ao 30º dia de tratamento com ganciclovir.

DISCUSSÃO

Estecaso evidencia a importância do reconhecimento da doença citomegálica como causa de doença neurológica. O tratamento dirigido ao CMV e o início de TARV são determinantes no prognóstico, havendo pouco consenso sobre o timing para o início de TARV.

P494

244 ENDOCARDITE INFECCIOSA POR AGENTE RARO

Miguel Alves, Raquel Gil, Rita Silva, Maria João Castro, Rita Lopes, Diana Fernandes, Margarida Coelho, Tiago Ceriz, Sergio Alves, Adelaide Esteves, Eugénia Madureira
ULS NORDESTE - Hospital de Bragança

Introdução

A endocardite é uma doença infecciosa que se caracteriza pela proliferação de microrganismos no endotélio do coração, resultando em vegetações, que surgem no local da infeção. Incidência anual de 4 a 10 casos por 100.000 habitantes por ano. O *Staphylococcus aureus* é o microrganismo mais frequentemente. O tratamento da endocardite infecciosa tem como objetivos a erradicação do microrganismo responsável e a resolução de eventuais complicações infecciosas e extracardíacas.

CASO CLÍNICO: Mulher, 75 anos de idade, parcialmente dependente, trazida ao serviço de urgência por vômitos e pico febril no próprio dia, concomitantemente com astenia e dispneia com um mês de evolução. Antecedentes de insuficiência cardíaca, hipertensão arterial e dislipidemia. Alergia à penicilina. À admissão com febre, hipotensão, taquicardia com saturações periféricas em ar de 94%. Consciente e orientada, palidez e sudorese. Auscultação cardíaca sopro sistólico, grau III/VI e auscultação pulmonar crepitações bibasais. Exames complementares de diagnóstico, analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios e um proBNP muito elevado, sem outras alterações. Urina tipo II sem alterações. Radiografia torácica com apagamento dos seios costofrénicos bilateralmente. Ecografia abdominal,

renal e vesical sem alterações. Realizou rastreio séptico e iniciou Ceftriaxone empiricamente. No internamento realizou Ecocardiograma Transtorácico revelando Válvula aórtica calcificada, não se visualizaram imagens sugestivas de endocardite, esta não se podia totalmente excluir. Realizou Ecocardiograma Transesofágico revelando Vegetação na dependência de uma das cúspides da válvula aórtica concluindo endocardite da válvula aórtica. Suspendeu ceftriaxone iniciando empiricamente Vancomicina e gentamicina. O Rastreio séptico revelou em 2 hemoculturas positivas *Streptococcus dysgalactiae* subespécie *dysgalactiae* (SDSD) multissensível. Assumido o diagnóstico de choque séptico por endocardite infecciosa por SDSD multissensível em válvula nativa, manteve antibiótico dirigido com Vancomicina. Durante o internamento apresentou uma melhoria clínica e laboratorial, estabilidade hemodinâmica e assintomática ao sétimo dia. Ao 20º dia reavaliou-se por ETE mantendo vegetação. Equacionou-se a intervenção cirúrgica mas atendendo à melhoria manteve tratamento médico. Reavaliada ao fim de 6 semanas de antibioterapia a doente teve alta orientada para consulta de cardiologia.

CONCLUSÃO: O presente caso clínico aborda a endocardite infecciosa por *S. dysgalactiae* subespécie *dysgalactiae*, um streptococcus do grupo C de Lancefield, que embora extremamente rara sabe-se que está associada a maior risco de complicações locais. É essencial uma atitude ponderada que avalie minuciosamente o risco/benefício da intervenção cirúrgica conjugada com as características do doente e a evolução clínica, analítica e imagiológica de modo a que seja tomada a melhor decisão terapêutica na altura mais benéfica.

P495

318 CANDIDÉMIA NO ADULTO: REALIDADE DE UM HOSPITAL DISTRITAL

Antonio Costa Carneiro, Madalena Silva, Isa Silva, Ines Nabais, Filipa Taborda, Luis Pereira, Magda Faria, Ana Boquinhas

Hospital de Cascais

A candidémia é uma infeção grave com elevada mortalidade, superior a 60% se permanecer por tratar (30-40% quando tratada), cuja incidência tem aumentado progressivamente nos últimos anos, sobretudo enquanto infeção nosocomial em Unidades de Cuidados Intensivos e em doentes imunossuprimidos. Mais de 90% das infeções são devidas a *C. albicans*, *C. glabrata*, *C. tropicalis*, *C. parapsilosis* e *C. krusei*. O tratamento de 1ª linha inclui uma equinocandina, embora possa ser substituído fluconazol no doente estável e em caso de baixa probabilidade de resistência a este agente. Devem ser realizadas hemoculturas seriadas e a terapêutica deve ser continuada até 14 dias após a negação. Todos os doentes devem

ser observados por um Oftalmologista para excluir endoftalmite.

O objectivo desta investigação foi apurar a frequência de candidémia no nosso hospital e características da população identificada; para tal, foi feita uma análise retrospectiva de todos os doentes com isolamento em (pelo menos uma) hemocultura de microrganismos pertencentes à espécie *Candida*, entre 2015 e 2018.

Durante o período estipulado, foram registados 28 casos de candidémia: 54% eram do sexo feminino, com idade mediana de 78 anos (intervalo 46-90 anos). Os departamentos nos quais foram obtidos estes isolamentos foram: Unidade de Cuidados Intensivos (46%), Medicina Interna (36%), Cirurgia Geral (11%), Ortopedia (3.5%) e Serviço de Urgência Geral (3.5%). Os agentes isolados foram *C. albicans* (61%), *C. glabrata* (28%), *C. krusei* (4%) e *C. tropicalis* (7%). Foi instituído antifúngico em 71% dos casos com anidulafungina (15%), fluconazol (70%), anfotericina B (10%) e voriconazol (5%). Em nenhum dos casos foram realizadas hemoculturas seriadas. A mediana de duração de terapêutica foi 14 dias. Da análise do risco prévio para candidémia, refere-se que: em 7% dos doentes foi instituída nutrição parentérica previamente ao quadro infeccioso; 57% dos doentes tinha um cateter venoso central, que foi removido após o isolamento; não foi realizado estudo de colonização multifocal; 78% dos doentes apresentou-se com critérios de sépsis; 32% dos doentes tinha sido submetido a uma intervenção cirúrgica. Apenas 18% dos doentes foram observados por um Oftalmologista, não tendo sido registado nenhum caso de endoftalmite. A taxa de mortalidade foi significativa: 64% dos doentes vieram a falecer, com uma mediana de sobrevida de 10 dias após o isolamento microbiológico.

Os resultados apresentados revelam que a abordagem da candidémia no nosso hospital carece de optimização, nomeadamente, em termos de gestão de risco (estudo de colonização), estratégia antimicrobiana (prescrição minoritária de equinocandina), controlo de infecção (hemoculturas seriadas e exclusão de endoftalmite), de forma a reduzir a taxa de mortalidade associada ao quadro infeccioso (significativamente superior ao registado na literatura). Do ponto de vista epidemiológico, os resultados foram concordantes com a literatura disponível.

P496

329 MENINGOCEREBRITE PNEUMOCÓCICA, UMA COMPLICAÇÃO RARA

Rita Queirós, Rafael Jesus, Andreia Matas, Ana Graça Velon, Andreia Veiga

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Hospital de São Pedro Vila Real

INTRODUÇÃO:

Cerebrite, uma inflamação localizada do parênquima cerebral, corresponde à fase inicial de formação de um abscesso cerebral, sendo raramente visualizada em exames de imagem. Um abscesso cerebral causado por *Streptococcus pneumoniae* está comumente associado a um foco de infecção contíguo como otite média, sinusite e mastoidite. No entanto, também pode ser uma complicação extremamente rara da meningite pneumocócica, representando menos de 1% dos casos. Estão descritas taxas de mortalidade de 35% e 40% dos sobreviventes apresentam défices neurológicos sequelares.

CASO CLÍNICO:

Mulher de 68 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, que recorreu ao Serviço de Urgência por síndrome confusional agudo associado a diminuição de força dos membros direitos de instalação súbita. Apresentava história de otalgias e tonturas nas últimas semanas e um episódio de otorreia purulenta do ouvido esquerdo na semana anterior.

À admissão estava febril, sem outras alterações ao exame geral. Ao exame neurológico estava de olhos espontaneamente abertos mas em mutismo associado a uma hemiparésia direita. Analiticamente constatou-se leucocitose e elevação da proteína C reativa. O exame sumário de urina era inocente, a radiografia de tórax não tinha alterações e a tomografia computadorizada cranioencefálica (TC-CE) excluiu lesões hemorrágicas ou isquémicas recentes. Efetuou-se punção lombar que foi compatível com reação meníngea e após colheita de rastreio séptico iniciou empiricamente ceftriaxone e ampicilina.

Posteriormente, repetiu TC-CE que demonstrou hipodensidade occipito-temporal esquerda sem território vascular definido e foi isolado um *Streptococcus pneumoniae* no líquido cefalorraquidiano. A ressonância magnética cranioencefálica mostrou um hipersinal corticosubcortical temporo-parietal esquerdo na ponderação T2 sem tradução em T1 correspondendo a área de cerebrite e hipersinal em T2 nas mucosas das cavidades perinasais, ouvidos médios e mastóides. Estabeleceu-se o diagnóstico de meningocerebrite pneumocócica secundária a otite média aguda e manteve antibioterapia com ceftriaxone durante 3 semanas.

Evoluiu com recuperação integral dos défices neurológicos.

DISCUSSÃO:

A incidência de infeções pneumocócicas invasivas diminuiu desde o advento dos antibióticos e vacinas. No entanto, com o aumento da população cronicamente doente, debilitada e com exposição frequente aos cuidados de saúde à qual se soma a crescente incidência de resistência aos antibióticos, é previsível o aumento de número de casos de doença pneumocócica invasiva (DPI) no futuro.

Os autores descrevem este caso pela sua raridade e pela eficácia da antibioterapia com evolução clínica favorável e sem sequelas. Simultaneamente alertam para a necessidade de pensar na DPI como uma importante causa de morbilidade e mortalidade em imunocompetentes nesta época de um diferente paradigma.

P497

499 MENINGOCOCCEMIA SEM MENINGITE

Francisca Pinto Beires, Sara Sofia Pereira, Joana Rodrigues Moraes, Ricardo Pereira
ULSM - Hospital Pedro Hispano

A *Neisseria meningitidis* é um diplococo Gram negativo potencialmente causador de morbilidade e mortalidade significativas, predominantemente por septicemia ou meningite. No entanto, pode cursar com envolvimento cutâneo, articular, cardíaco, respiratório e geniturinário.

Mulher, 88 anos, Frailty score de 6, com diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia não medicadas mas com bom controlo metabólico e cardiopatia hipertensiva, sem outros antecedentes de relevo.

Apresenta-se com tosse com expectoração mucopurulenta e pieira com quatro dias de evolução. Sem dispneia, rinorreia, toracalgia, febre, arrepios e hipersudorese. Negava cefaleias, atralgias e mialgias.

Ao exame objectivo apresentava-se confusa e sonolenta (Glasgow 14), febril (38°C), hemodinamicamente estável, normocárdica e com dessaturação na oximetria. Na auscultação pulmonar evidenciava roncos bilateralmente. Tinha edema dos membros inferiores bilateralmente até aos joelhos. Sem alterações dermatológicas visíveis. Ao exame neurológico, além da confusão, não apresentava sinais meníngeos ou défices motores. Analiticamente apresentava leucocitose (18450/uL) com neutrofilia (12400/uL), função renal, ionograma e perfil hepático sem alterações; Gasimetricamente, verificava-se uma insuficiência respiratória do tipo 2 (FiO₂ 24%: pCO₂ 45; pO₂ 64; Sat 93%). Na radiografia do tórax era aparente uma hipotransparência na base direita. Realizou tomografia computadorizada (TC) tóraca,

que mostrou apenas alterações fibro-atelectásicas residuais no segmento posterior de ambos os lobos pulmonares superiores. Foi assumido o diagnóstico de traqueobronquite aguda e iniciou empiricamente ceftriaxone.

Durante o internamento, foram conhecidos os resultados das hemoculturas que isolaram uma *Neisseria meningitidis*. Perante este isolamento, a doente realizou TC crânio-encefálica que se revelou normal e punção lombar que deu saída a um líquido sem alterações citoquímicas e sem crescimento de bactérias. O diagnóstico final foi meningococemia com ponto de partida em traqueobronquite, sem meningite, tendo a doente cumprido 14 dias de antibioterapia com hemoculturas de controlo negativas e boa evolução clínica.

Este caso traduz uma forma pouco comum de apresentação de meningococemia, com uma prevalência de 5% na população infectada por *Neisseria meningitidis*. Esta forma discreta e transitória de bacteriemia é caracterizada por uma clínica sugestiva de infeção respiratória, exantémica vírica ou pela presença exclusiva de febre. A recuperação surge em 2 a 5 dias, frequentemente de forma espontânea, mostrando que uma infeção por *Neisseria meningitidis* nem sempre traduz gravidade clinicamente importante.

P498

527 DESCONJUGAÇÃO DO OLHAR: MANIFESTAÇÃO DE ENCEFALITE POR CMV EM DOENTE VIH+

Ana Sá, Paulo Medeiros, Vanessa Palha, Teresa Pimentel, Narciso Oliveira

Serviço de Medicina Interna, Hospital de Braga

Introdução

A doença neurológica causada por citomegalovírus (CMV) é uma complicação rara e incomum em doentes com infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH), essencialmente desde o aparecimento da terapêutica anti-retrovírica (TARv). Ainda assim, o CMV continua a ser um dos agentes oportunistas mais comuns nestes doentes, causando grande morbilidade e mortalidade. O reduzido número de células T CD4+ é o principal factor predisponente para o aparecimento de doenças oportunistas em doentes VIH+.

Caso clínico: Mulher de 50 anos, operária fabril. Antecedentes pessoais de epilepsia, histerectomia total e anexectomia bilateral por leiomioma uterino, VIH+ diagnosticado há 17 meses e tuberculose pulmonar há 4 meses. Com várias intercorrências e internamentos prévios por hepatotoxicidade farmacológica provocada pela terapêutica antituberculosa. Após estabilização clínica e analítica, retomada terapêutica antituberculosa com isoniazida e rifabutina e prevista reintrodução

de TARv. Na consulta, doente assintomática, mas muito emagrecida (Peso=39kg), com desconjugação do olhar, incapacidade de adução, elevação e depressão do olho esquerdo. Sem sinais meníngeos ou outras alterações no exame físico. É internada no serviço de Medicina Interna para estudo. A RMN cerebral revelou discreta captação de contraste na cisterna interpeduncular. A punção lombar apresentava positividade para DNA de CMV no líquido, sendo diagnosticada meningoencefalite por CMV e iniciado ganciclovir, administrado durante 21 dias, com melhoria clínica parcial. Apesar da reintrodução da TARv na prescrição intra-hospitalar, verificou-se que a doente não tomava a medicação, acabando por agravar a imunodepressão com pancitopenia. Como intercorrência foi diagnosticada pneumocistose (*Pneumocystis jirovecii* detectado por PCR na expectoração), com consequente degradação progressiva do estado clínico, culminando na morte da doente.

Discussão: A encefalite por CMV manifesta-se habitualmente com uma alteração do estado de consciência ou nos pares cranianos. O diagnóstico baseia-se na clínica e em achados imagiológicos na RMN cerebral ou TC-CE, mas apenas é confirmado com a presença de infecção por CMV no líquido cefalorraquidiano (LCR) por meios de ensaio de reação em cadeia da polimerase (PCR). O DNA do CMV por PCR no LCR é altamente sensível e específico para encefalite por CMV. O tratamento depende do grau de comprometimento neurológico e do risco de complicações.

O caso apresentado de encefalite por CMV numa mulher VIH+ em estadio C3 espelha a importância do tratamento e controlo da imunossupressão. As múltiplas intercorrências na história da doente, levaram a um estado de degradação física e orgânica, com consequentes infecções oportunistas que culminaram na morte da doente.

P499

832 OSTEOMIELE ENFISEMATOSA

Andreia Machado Ribeiro, Sofia Guerreiro Cruz, Bruno Ferreira, Carla Tonel
Hospital Vila Franca de Xira

Introdução

A osteomielite enfisematosa é uma doença rara que se caracteriza pela presença intraóssea de gás. A infecção pode ser mono ou polimicrobiana, sendo a família das Enterobacteriaceae e os anaeróbios os agentes mais frequentes. A via de infecção mais comum é hematogénica, mas também pode ser por contiguidade.

Caso clínico

Homem de 70 anos, com antecedentes de neoplasia da próstata sob quimioterapia, com metastização

óssea e compressão medular S1/S2/S3, sem indicação para descompressão cirúrgica; linfoma submetido a quimioterapia e esplenectomia; hipertensão arterial; diabetes mellitus tipo 2 controlado apenas com dieta. Recorreu ao hospital por febre e agitação psicomotora após realização de ciclo de quimioterapia. À observação, apresentava-se queixoso com dores, hipertenso, taquicárdico, hiperglicémico (500 mg/dL) e com desconforto à palpação do hipogastro. Analiticamente, leucocitose 21200 com neutofilia 97%; creatinina 2,6mg/dL; PCR 57,1mg/dL; urina II com leucócitos 500/μL e nitritos positivos. A ecografia renal revelou marcada uretero-hidronefrose esquerda (sobreponível a exames anteriores) e espessamento do urotélio por provável infecção associada. Ficou internado com o diagnóstico de infecção urinária e iniciou Ceftriaxone.

A urocultura e hemoculturas identificaram *Escherichia coli* sensível ao Trimetopim/Sulfametoxazol pelo que a antibioterapia foi alterada. A tomografia computadorizada abdominopélvica mostrou extensas alterações ósseas no sacro, com múltiplos pequenos focos de ar intramedular à direita, suspeito de osteomielite enfisematosa; massa polipóide intravesical sugestiva de conteúdo hemático; próstata com nodularidade; marcada ureterohidronefrose crónica à esquerda devido a massa adenopática tumoral ilíaca. A Ortopedia excluiu indicação cirúrgica.

Iniciou insulinoaterapia com diminuição progressiva da dose desta ao longo do internamento. À data de alta com perfil euglicémico apenas com controlo dietético.

Teve alta ao 28º dia de internamento. Cumpru um total de 28 dias de antibioterapia, tendo-se verificado melhoria clínica e analítica progressiva. Teve alta com indicação para manter antibioterapia durante mais 4 semanas, referenciado às consultas de Urologia e Oncologia.

Discussão

A osteomielite enfisematosa associa-se a várias comorbilidades como diabetes mellitus, neoplasias, alcoolismo e outras que cursem com imunossupressão.

O diagnóstico pode ser feito com radiografia ou tomografia computadorizada. O tratamento inclui antibioterapia dirigida ao agente etiológico sempre que possível e desbridamento cirúrgico. Embora não exista ainda consenso quanto ao tempo de antibioterapia, pensa-se que 4 a 6 semanas serão adequadas.

Até 2017 estavam apenas descritos 29 casos de osteomielite enfisematosa na literatura inglesa. É uma doença grave e potencialmente fatal, pelo que exige do clínico um diagnóstico precoce e tratamento agressivo.

P500

1218 UMA FORMA RARA DE APRESENTAÇÃO DE ENDOCARDITE – CASO CLÍNICO

Marta Soares Carreira, Iolanda Mendes, Joana Pimenta, Jorge Almeida

Centro Hospitalar de São João

INTRODUÇÃO

A endocardite (EI) é uma doença infecciosa com elevada mortalidade e associada a inúmeras complicações decorrentes de embolização periférica. O risco de desenvolver esta patologia é maior em doentes portadores de dispositivos cardíacos e com história de EI prévia.

CASO CLÍNICO: Homem de 73 anos, portador de pacemaker (PM) por BAV completo e com fibrilhação auricular, hipocoagulado, recorreu ao serviço de urgência por dor, na face posterior do joelho esquerdo, sem alterações locais. Sem história de febre. Apirético e hemodinamicamente estável. A ultrassonografia com Doppler revelou aneurisma micótico na artéria poplítea esquerda. Analiticamente, elevação de marcadores inflamatórios. O ecocardiograma transtorácico mostrou várias vegetações a condicionar insuficiência aórtica severa. Foi iniciada antibioterapia empírica com ampicilina, flucloxacilina e gentamicina posteriormente ajustada para ceftriaxone, após isolamento e perfil de sensibilidade de *Streptococcus gallolyticus* (*S. gallolyticus*) em 2 hemoculturas (HC). Identificado abscesso metastático do baço em ecografia abdominal. O doente foi submetido a esplenectomia, aneurismectomia e substituição de válvula aórtica em diferentes tempos cirúrgicos. Dado o isolamento de *S. gallolyticus*, foi também realizada endoscopia digestiva baixa que excluiu cancro colorrectal. Durante o restante internamento, o doente manteve-se apirético, tendo completado 4 semanas de antibioterapia dirigida no pós-operatório, com HC seriadas negativas.

Cerca de 1 ano mais tarde, desenvolvimento de clínica de insuficiência cardíaca de novo. O ecocardiograma transesofágico evidenciava sinais de disfunção/destruição protésica, múltiplas vegetações de grandes dimensões, insuficiência aórtica com abscesso de toda a circunferência do anel com protusão para a aurícula esquerda. Sem intervenções dentárias recentes. Iniciada antibioterapia empírica com vancomicina e gentamicina, sendo submetido cerca de uma semana depois a substituição de prótese, remoção e implantação de PM. Sem isolamentos microbiológicos nas HC seriadas, prótese e sondas de PM. Pós-operatório complicado com isquemia dos membros inferiores (MI) tendo sido realizada amputação do MI direito com desenvolvimento de choque refractário que culminou no óbito.

DISCUSSÃO: A apresentação da EI pode ser menos típica, resultante de fenómenos de embolização. Um episódio prévio de EI é um factor de risco estabelecido para uma nova EI. Apesar da antibioterapia adequada no primeiro episódio, é possível que se tenha estabelecido um "santuário" (possivelmente o PM) que facilitou o estabelecimento de uma segunda EI. No entanto, a janela temporal (EI após um ano) e a ausência de isolamentos microbiológicos são mais a favor de re-infecção (vs recidiva). Este caso espelha a necessidade de olhar a IE não como um episódio isolado mas como um risco acrescido contínuo de nova infecção, sendo necessário sensibilizar os doentes e profissionais de saúde para a sua profilaxia.

P501

1226 ASPERGILOSE INVASIVA COMO FORMA RARA DE APRESENTAÇÃO DE UMA NEOPLASIA DO PULMÃO

Filipa Leitão, Joana Carvalho, João Freixo, Maria Eugénia André

ULS Castelo Branco - Hospital Amato Lusitano

Aspergilose é o termo usado para descrever todas as entidades causadas por uma das espécies de *Aspergillus*. Os principais factores de risco são neutropenia profunda e uso de glicocorticóides. A frequência de doença e o ritmo de progressão aumentam com maiores graus de imunocomprometimento. As características clínicas mais comuns são ausência de sintomas, febre, tosse, desconforto torácico, hemoptises e dispneia. A disseminação hematogénica para o cérebro é uma complicação devastadora da aspergilose invasiva. Pode manifestar-se de forma aguda ou subaguda com alterações de humor e/ou de consciência, convulsões e sinais focais.

T.L., sexo masculino, 65 anos, autónomo, recorreu ao SU em Maio por tosse com expectoração amarelada e emagrecimento não quantificado desde há 1 mês. Três dias antes iniciou expectoração hemoptoica, dispneia e cansaço fácil. Negou outros sintomas acompanhantes. Fumador activo de 30 UMA, sem outros antecedentes relevantes. Ao exame objectivo vígil, orientado, mas emagrecido. Auscultação pulmonar murmúrio vesicular diminuído na base direita, com fervores no hemitórax direito. Analiticamente hemograma normal e bioquímica com PCR de 35. Realizado raio-x de tórax com múltiplas lesões cavitadas bilateralmente, de tamanho variável, que foram confirmadas por TC-Tórax. Já no Serviço de Medicina Interna o exame directo da expectoração foi negativo para B.A.A.R., serologias de HIV, hepatite B e C e IGRA também foram negativos. Feita broncofibroscopia com biopsia que foi negativa para neoplasia e lavado broncoalveolar positivo para *Aspergillus* spp com antígeno galactomanano positivo e negativo para

Echinococcus granulosus. Iniciou terapêutica com voriconazol durante 2 semanas endovenosa. Por melhoria do estado geral, apirexia e recuperação de peso o doente teve alta para completar 6 semanas de terapêutica. No entanto, o doente 3 semanas após a alta teve uma convulsão tónico clónica generalizada que motivou novo internamento. Realizou TC-CE e RNM-CE que revelaram múltiplos abscessos cerebrais compatíveis com aspergilose cerebral. Foi repetida TC-Tórax que mantinha as lesões cavitadas. Repetiu broncofibroscopia cuja biopsia revelou adenocarcinoma pulmonar. Para estadiamento do tumor realizou PET que confirmou a neoplasia pulmonar com metastização ganglionar, adrenal e óssea e cavidades bilaterais da aspergilose pulmonar, com captação cerebral heterogénea. Foi encaminhado para a oncologia, mas acabou por falecer em Setembro sem iniciar o primeiro ciclo de tratamento.

Apresentamos este caso devido à forma rara e encapotada de apresentação de uma neoplasia do pulmão, uma vez que a aspergilose invasiva poderia por si só explicar a clínica do doente; à necessidade de múltiplos exames complementares, alguns dos quais necessitando de ser repetidos por forte suspeita clínica, para estabelecer o diagnóstico e pelo extenso lapso de tempo desde as primeiras manifestações até ao diagnóstico final o que poderá ter contribuído para o mau desfecho do caso.

P502

1784 ENCEFALITE VIRAL: UM DIAGNÓSTICO A NÃO ESQUECER

Marta Freixa, Cláudia Varandas, Djana Buendía Palacios, Joana Barbosa Rodrigues, Sara Uria, Glória Nunes da Silva

Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte

INTRODUÇÃO

As alterações agudas da consciência representam um desafio diagnóstico pela diversidade de patologias possíveis e a gravidade eventualmente associada.

CASO CLÍNICO: Homem, 73 anos, hipertenso, Venezuelano, no Algarve há 3 semanas, tem dispneia súbita e pré-síncope em viagem de avião, pelo que é enviado ao Serviço de Urgência. Apresentava-se vigil e orientado, sem alterações no exame objectivo, excepto temperatura timpânica de 38°C. Por suspeita de tromboembolismo pulmonar, realiza angio-TC tórax que exclui. Posteriormente tem perda súbita da consciência com incontinência de esfíncteres sem movimentos involuntários, com recuperação rápida da consciência com lentificação motora e amnésia. Laboratorialmente destacava-se elevação de PCR 8,73 mg/dL e défices iónicos (potássio 3 mmol/L, magnésio 0,6 mmol/L, cálcio total 6 mg/dL). Realiza TC CE com lesão expansiva selar, sugestiva de macroadenoma da hipófise e

sinais de sinusite aguda. Assumiu-se alteração da consciência por alterações metabólicas e é internado em Serviço de Medicina Interna. Nas primeiras 24 horas, com níveis iónicos normalizados, persistia lentificação motora, amnésia para factos recentes, para além de rigidez da nuca e movimentos mandibulares involuntários. Realizou-se punção lombar com líquido límpido e exame citoquímico sem alterações. Por impossibilidade de realização imediata de RM CE e mantendo-se suspeita de infecção viral do sistema nervoso central (SNC), iniciou aciclovir. Cumpriu ainda amoxicilina/ácido clavulânico por sinusite aguda. Uma semana depois, com melhoria neurológica, embora lenta, realiza RM CE com evidência de focos de desmielinização periventricular e confirmação de macroadenoma da hipófise com extensão lesional aos seios cavernosos bilateralmente. Realizou ainda electroencefalograma com actividade lenta, focal, fronto-temporal, bilateral e assíncrona. Posteriormente a pesquisa de vírus no líquido foi positiva para possível infecção por flavivírus. A evolução neurológica foi favorável, mantendo no entanto amnésia.

Do estudo hormonal do macroadenoma da hipófise, os doseamentos (prolactina, FSH, LH, ACTH, IGF-1) foram normais. Aguardava avaliação por neuroftalmologia para decisão cirúrgica mas, por sua vontade, regressou à Venezuela sem possibilidade de repetição de serologias.

DISCUSSÃO: Com o resultado do líquido, considerou-se que a causa provável de alteração aguda da consciência foi encefalite viral a flavivírus, em doente com contexto epidemiológico (casos descritos no Algarve e Venezuela). Apesar de doente imunocompetente, das alterações iónicas iniciais e exame citoquímico de líquido normal, manteve-se a suspeita de infecção viral do SNC, com início de aciclovir. Apesar de não existir terapêutica definida para os casos de encefalite por flavivírus, na impossibilidade de exclusão imediata por imagem de lesões suspeitas, nomeadamente de infecção herpética, é crucial a decisão rápida da terapêutica pelas implicações que tem no prognóstico.

P503

2159 ENDOCARDITE INFECCIOSA SEM ISOLAMENTO DE AGENTE

Maxim Suleac, Ruben Raimundo, Adriano Pacheco Mendes, José Silva, Ana Neves, Sócrates Vargas-Naranjo, Malam Djassi, Isabel Soles.

ULSNA Hospital Dr. Jose Maria Grande- Portalegre

Os doentes com sintomas inespecíficos devem ser sempre avaliados com muito cuidado. A história da doença actual deve ser bem colhida e repensada, o diagnóstico diferencial bem pensado, sem focar inicialmente um diagnóstico mais óbvio. O tratamento, nomeadamente com antibióticos, deve ser iniciado após uma avaliação dos possíveis riscos

e benefícios.

Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino de 29 anos de idade, autónomo, com antecedentes pessoais de cardiopatia congénita (Transposição de grandes artérias, cirurgia Rashkind no período neonatal e de Senning mais tarde) e HTA. Foi referenciado ao serviço de urgência por quadro clínico de mal estar generalizado e febre com 2 meses de evolução e terá sido medicado empiricamente em ambulatório com amoxicilina/ácido clavulânico e posteriormente com Levofloxacina por quadro febril sem aparente foco. Esteve apirético aproximadamente 20 dias após ciclos de antibioticoterapia com reinício dos picos febris posteriormente. Após avaliação clínica e dos exames complementares, colheita de sangue para exame cultural, foi iniciada antibioterapia empírica no Serviço de Urgência, admitindo tratar-se de Endocardite Infecciosa. Ficou internado no Serviço de Medicina Interna para investigação e tratamento. Apesar de varias hemoculturas negativas, duas ecografias transtorácicas com ausência de vegetações valvulares, uma ecografia transesofágica com suspeita mínima de endocardite, foi pedida ecografia transesofágica de repetição, que confirmou diagnóstico de endocardite.

O doente foi então transferido para um serviço cirurgia cardiorácica para tratamento.

A percepção clínica deve ser mais importante que os exames complementares de diagnóstico. Este caso clínico demonstra que o doente com sintomas minor, não levados em consideração no tempo e não devidamente examinados, corre o risco de obter consequências irreversíveis para a sua saúde podendo culminar em morte.

P504

757 SÍNDROME DE MOLLARET - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Bárbara Pedro, Margarida Monteiro, Catarina Pereira, Tereza Patrícia, Fernando Aldomiro

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução

O síndrome de Mollaret é uma doença rara, de curso benigno. Trata-se de um síndrome que se encontra associado a sintomas neurológicos transitórios em cerca de metade dos doentes afectados, sendo o principal agente implicado o vírus herpes simples tipo 2.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino de 53 anos de idade, com história conhecida de Diabetes Mellitus e Hipertensão arterial, que se encontrava em estado de saúde até Setembro de 2017, altura em que é internado assumindo o diagnóstico de Meningite viral, com líquido apresentando 157 células, com predomínio de mononucleares, além de proteínas

e glucose normais. A investigação etiológica não detetou agente, em doente VIH negativo, cumprindo 14 dias de aciclovir. Após a alta, em Dezembro de 2017, descreve episódio de febre e cefaleias, que terá durado cerca de 3 dias, com resolução espontânea, motivo pela qual não recorreu aos serviços de saúde. Recorre novamente ao serviço de urgência em Janeiro de 2018 por quadro de cefaleias associado a desorientação e alteração da memória, com estudo de líquido sendo compatível com infeção do sistema nervoso central (61 células, com predomínio de polimorfonucleares, glucose e proteínas normais). Cumpriu inicialmente ceftriaxone em dose meníngea, suspenso após exclusão de etiologia bacteriana e manteve aciclovir. Do estudo complementar no líquido: antígenos capsulares negativos, com Bacteriológico e Micobacteriológico negativo; PCR Mycobacterium tuberculosis negativa; painel vírus negativo (HSV1, HSV2, CMV, EBV, VZV, HPH 6); VDRL negativo; serologias negativas (Borrelia, Mycoplasma pneumoniae, VDRL), PCR Borrelia e Rickettsia negativas; painel de anticorpos anti-neuronais negativos; anatomia patológica sem evidência de células neoplásicas. Serologias séricas negativas (CMV, EBV, Mycoplasma pneumoniae, Borrelia, Rickettsia, Coxiella burnetti, Listeria monocytogenes). Estudo de autoimunidade sérica negativa. Realizou repetição de estudo de líquido após término da terapêutica que não revelou alterações. Do estudo complementar realizou ainda EEG que mostrou atividade lenta com localização hemisférica direita, associada a diminuição da amplitude neste hemisfério. RMN crânio sem alterações. Realizou TAC toraco-abdómino-pélvica e ecografia tiroideia, mamária e escrotal sem evidência de alterações, excluindo possível etiologia paraneoplásica. Mantém seguimento em consulta externa de Medicina Interna, apresentando-se assintomático e sem novos episódios de recorrência.

Discussão: A meningite de Mollaret deve ser suspeita em todos os casos de meningite linfocítica recorrente, sendo o seu diagnóstico laborioso. De qualquer forma, o tratamento com aciclovir pode ser benéfico em diminuir a severidade e a duração dos episódios, bem como na prevenção de episódios futuros.

P505

768 TUBERCULOSE PERITONEAL

Nuno Zarcos Palma, Mariana da Cruz, Dinis Sarmento, Ligia Rodrigues dos Santos, Margarida Cruz, Rita Ferraz, Vitor Fagundes, Lindora Pires, Mari Mesquista

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Introdução

A tuberculose abdominal representa 5% de todos os casos de tuberculose, podendo atingir o trato gastrointestinal, peritонеu, gânglios linfáticos e órgãos sólidos. O atingimento peritoneal cursa com

implantes tuberculosos no peritoneu, que exsudam líquido proteico e consequente formação de ascite. A mortalidade é variável, entre 8-50%. O atraso no início de tratamento está associado a taxas de mortalidade mais elevadas.

Caso clínico

Apresentamos uma mulher de 36 anos, natural de Marrocos, previamente saudável, recorre ao serviço de urgência por quadro de dor abdominal, distensão abdominal e febre com 1 mês de evolução.

Ao exame físico objetivada ascite de grande volume grau 2, sem estigmas de hepatopatia crónica. Analiticamente com elevação de parâmetros inflamatórios sistémicos. No tomografia computadorizada abdominal descrita ascite de grande volume, espessamento de ansa intestinal e implantes peritoneais. A análise do líquido ascítico incompatível com hipertensão portal, leucocitose com predomínio de linfócitos e ADA elevado. Assumida peritonite tuberculosa como diagnóstico presuntivo. Restante estudo sem evidência de neoplasia oculta. Realizada biópsia peritoneal ecoguiada com BAAR negativo, micobacteriológico negativo e pesquisa de células malignas negativo. Face à ausência de confirmação etimológica e manutenção de implantes peritoneais progrediu-se para laparoscopia exploradora com biópsia de peritoneu. Foi necessário converter em laparotomia por perfuração de ansa de delgado e descrito como abdómen congelado no relato cirúrgico. Como complicação pós operatória: abscesso intra-abdominal, tendo sido drenado e cumprido ciclo de antibioterapia com piperacilina e tazobactam, com evolução favorável. A amostra cirurgia de peritoneu apresentou BAAR e micobacteriológico negativo, no entanto o teste de reacção de polimerase em cadeia (PCR) do DNA do *Mycobacterium tuberculosis* foi positivo. Confirmando-se assim o resultado de tuberculose peritoneal e mantendo tratamento com isoniazida, etambutol, pirazinamida e rifampicina. Após a alta com melhoria clínica, mantendo seguimento em consulta no Centro de Diagnóstico Pulmonar, Infecçiology e Medicina Interna.

Discussão

Os autores gostariam de sublinhar a busca pela confirmação laboratorial de diagnóstico presumptivo. A persistência no estudo complementar permitiu confirmar o diagnóstico de tuberculose. A confirmação histológica é fulcral tratando-se de uma patologia tratável, com diagnósticos diferenciais com tratamento e prognóstico muito diferentes.

Quer a abordagem holística da Medicina Interna que a discussão clínica entre especialidades (Infecçiology, Oncologia, Imagiologia, Cirurgia Geral) foram a chave para a resolução desde desafio clínico.

P506

984 INFECÇÃO RESPIRATÓRIA E HEPATITE: UM CASO DE FEBRE Q

Ryan Costa Silva, Joana Rodrigues dos Santos, Tânia Vassalo, Joana Rosa Martins

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria

Introdução

A febre Q é uma zoonose causada pela bactéria gram negativa *Coxiella burnetii*, sendo que os doentes podem ter um largo espectro de manifestações clínicas. O caso apresentado pretende alertar para esta entidade clínica subdiagnosticada reforçando a necessidade de um elevado índice de suspeição.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um homem de 80 anos com história de hipertensão, diabetes tipo 2 e doença renal crónica admitido por quadro com uma semana de evolução caracterizado por prostração, lentificação psicomotora, anorexia, febre vespertina (39°C), sudorese nocturna, mialgias, vertigens e tosse produtiva com expectoração mucopurulenta. Destacava-se contacto com áreas rurais, nomeadamente matas e florestas, sem contacto com animais ou consumo de lacticínios não pasteurizados. Laboratorialmente com anemia, trombocitopenia, elevação de parâmetros de fase aguda, sem isolamentos microbiológicos em exames culturais e serologias infecciosas com cicatriz imunológica a vírus Epstein-Barr e Citomegalovírus, e negativas para *Mycoplasma*, *Chlamydia*, *Legionella*, retrovírus, hepatites, febre Q, febre escarlatina, doença de Lyme e brucelose. Do restante estudo complementar, foi realizada TC e RM crânio-encefálica e ecocardiograma que não mostraram alterações.

Durante o internamento, apresentou elevação progressiva dos parâmetros de citólise e colestase, pelo que apesar de serologia negativa para febre Q se manteve esta hipótese, considerando o envolvimento hepático, pulmonar, hematológico e do sistema nervoso central, tendo iniciado antibioterapia para doxiciclina 100mg 12/12h com franca melhoria clínica e laboratorial.

Em reavaliação laboratorial duas semanas após o internamento, apresentava serologias para febre Q positivas com anticorpos anti-*Coxiella burnetii* IgM contra antigénio de fase II em título elevado 1/4096 e contra antigénio de fase I de 1/2048, indicativo de fase aguda, com título de anticorpos IgG contra antigénio de fase II de 1/1024 e contra antigénio de fase I de 1/256. Nova avaliação cinco meses depois documentou inversão da fórmula com predomínio de anticorpos contra antigénio de fase I, título de anticorpos IgG contra antigénio de fase II de 1/4096 e contra antigénio de fase I de 1/8192 indicativo de coalescência.

Discussão: A febre Q pode ser um diagnóstico clínico difícil, pela raridade, clínica inespecífica, e necessidade de uma correcta interpretação das serologias, considerando que a produção de anticorpos se inicia apenas uma a duas semanas após o início dos sintomas, sendo frequentemente negativas no início do quadro como no caso apresentado.

P507

1130 TUBERCULOSE DISSEMINADA ASSOCIADA A TERAPÊUTICA COM ADALIMUMAB

José Miguel Ferreira, Marinha Silva, Cristina Moreira Marques, Daniela Alves, Carla Lemos Costa, Carlos S. Oliveira

Hospital Santa Maria Maior - Barcelos

Introdução

Os fármacos anti-TNF α ; constituem uma mais valia na terapêutica de múltiplas doenças auto-imunes, com melhoria acentuada da qualidade de vida dos doentes. Apresentam um bom perfil de segurança, no entanto, aumentam o risco de infecções, sobretudo do trato respiratório e urinário. O risco de tuberculose (TB) nestes doentes é 1,6-25 vezes superior à população normal, sendo o M. tuberculosis o agente mais comum.

Caso clínico: Homem, 62 anos, com excesso de peso, HTA, DM tipo 2, dislipidemia e artrite reumatóide sob terapêutica com Adalimumab há 6 anos. Irmão com diagnóstico de tuberculose óssea há 5 anos. Efetuou rastreio de TB latente previamente ao início da terapêutica imunossupressora com resultado negativo e em novembro de 2018. Recorreu ao SU em novembro de 2018 por quadro constitucional e hipersudorese noturna com 5 meses de evolução. Ao exame objetivo apresentava-se subfebril e com ascite; hemograma normal, elevação da VS e PCR, serologias víricas negativas; Rx tórax com padrão micronodular bilateral e TC tórax com evidência de adenopatias múltiplas com cerca de 2 cm de maior diâmetro, massa adenopática a envolver a janela aorto-pulmonar, brônquio principal esquerdo e espaço subcarinal e padrão micro-retículo-nodular difuso. No internamento realizou TC abdomino-pélvico com evidência de múltiplos gânglios dispersos, ascite de grande volume e heterogeneidade e densificação do peritонеu sugerindo carcinomatose peritoneal. Realizou paracentese diagnóstica apenas com presença de ADA elevada (2,5x superior ao normal); efetuou videobroncofibroscopia, no LBA com exame direto negativo para BK. Ao 4º dia de internamento, informação do CDP de exame direto positivo no rastreio de TB pulmonar efetuado em novembro. Iniciou terapêutica antibacilar. Ao 17º dia de internamento, por referir episódios de esquecimento

e noção de perda de memória, de novo, efetuou TC cerebral com contraste que revelou cerca de 7 pequenas lesões arredondadas dispersas sugestivas de tuberculomas com discreto edema vasogénico a rodear algumas das lesões. Efetuou punção lombar com 23 leucócitos/uL, predomínio de mononucleares, ADA negativa e PCR BK negativo, tendo iniciado corticoterapia. Ecocardiograma sem evidência de derrame pericárdico ou outras alterações. Evolução clínica favorável, com apirexia sustentada ao 18º dia de internamento. Do restante estudo obtido à posteriori com exame cultural de LBA com M. tuberculosis e PCR BK de LBA positivos e antibiograma sem resistência à rifampicina. Encontra-se sob corticoterapia, piridoxina e fármacos antibacilares em regime TOD. Em seguimento em consulta externa e no CDP.

Discussão: Este caso clínico demonstra a importância da monitorização anual de doentes sob terapêutica com anti-TNF α , de forma a identificar casos de TB de novo ou de reativação de infecção latente. A maioria dos casos ocorre no início do tratamento e a reactivação normalmente apresenta características rapidamente progressivas e por vezes fatais.

P508

1470 DOENÇA DE KIKUCHI- FUGIMOTO: UMA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA

Jéssica Chaves, Carolina Morna, Luís Marote Correia, Augusto Barros, Maria da Luz Brazão

Hospital Central do Funchal

Introdução

A doença de Kikuchi-Fujimoto (DKF) é uma linfadenite necrotizante benigna, rara e auto-limitada, de etiologia desconhecida, que geralmente afecta jovens adultos. Foram relatados casos esporádicos de etiologia viral da mesma, no entanto nenhum agente infeccioso foi ainda apontado como causa etiológica. A DKF caracteriza-se mais frequentemente por febre, no entanto pode apresentar sintomas menos comuns como perda de peso, náuseas e vômitos, astenia, artralgia, suores nocturnos e odinofagia. O diagnóstico faz-se através de biópsia do nódulo linfático, o que é essencial para a exclusão de outras entidades: linfoma, metástases ou adenite tuberculosa. A marca histológica é uma hiperplasia folicular, com infiltrado linfocítico e histiocítico com focos necrotizantes.

Caso Clínico: Apresenta-se o caso de um doente de 58 anos, fumador de 30 unidades maço ano, com antecedentes pessoais de hiperplasia benigna da próstata e litíase renal, que recorreu ao Serviço de Urgência por tumefacção dolorosa na região inguinal e febre com dois dias de evolução. Negava sintomas acompanhantes. Foi observado pela cirurgia geral que excluiu patologia herniária aguda

e o encaminhou para ser observado pela medicina interna. À entrada apresentava-se hidratado e apirético, com múltiplas adenomegalias dolorosas à palpação da região inguinal direita, a maior com 3cm de diâmetro, móvel e elástica. Não apresentava adenomegalias palpáveis noutras localizações. Analiticamente não apresentava alterações de relevo. Atendendo à falta de diagnóstico definitivo, internou-se o doente para continuar o estudo. Durante o internamento, realizou tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica que evidenciou múltiplos gânglios de dimensões superiores ao normal e com captação alterada de contraste, junto aos vasos femorais externos, comuns e vertente distal dos ilíacos externos, à direita. Não se identificaram adenomegalias noutras regiões. Durante o internamento pesquisou-se VIH, parvovirus, toxoplasmosse, HSV, EBV, leptospira e treponema pallidum que foram negativos. A pesquisa de autoanticorpos (ANA, Anticoagulante tipo lúpus, C3 e C4) foram também negativos. Analiticamente, de relevo, apresentava AchBs positivo (+), AchBc +; IgM CMV +. Os exames bacteriológicos do sangue periférico foram negativos. Realizou biópsia excisional da adenomegália, cuja anatomia patológica mostrou linfadenite necrotizante enquadrável em DKF. Durante o internamento fez controlo sintomático com terapêutica anti-inflamatória, com melhoria progressiva do quadro. Teve alta, assintomático e manteve-se follow-up a longo prazo por possibilidade de recorrência da doença ou desenvolvimento de LES ou outros processos auto-imunes.

Discussão: Pretende-se salientar que a DKF pode mimetizar uma variedade de patologias, levando a dificuldades diagnósticas. Este caso mostra a importância de considerar e pesquisar as infecções virais como causa etiológica da DKF. Neste caso a DKF associou-se a infecção recente por CMV.

P509

1960 ENCEFALITE VÍRICA A HERPES SIMPLEX VÍRUS TIPO 1 – UM DIAGNÓSTICO A PONDERAR

Patrícia Rocha; Pedro Rodrigues; Paulo Bandeira; Augusto Duarte.

Centro Hospitalar Médio Ave. Serviço de Medicina Interna.

Introdução

A encefalite é uma infeção do sistema nervoso central que se acompanha de alterações da função cerebral. Na encefalite a Herpes simplex vírus tipo 1 é comum o atingimento do lobo temporal e frontal. Na suspeita de encefalite, esta etiologia deve ser considerada e iniciado precocemente aciclovir, na medida a que se associa a significativa morbimortalidade.

Caso clínico: Homem de 80 anos, previamente

autónomo, com antecedentes de hipertensão arterial essencial e dislipidemia. Trazido ao serviço de urgência por febre e prostração. Apresentava-se vígil, afásico, com hipertermia. Estudo analítico com sódio de 125 mEq/L e gasimetria com insuficiência respiratória tipo 1. TC torácica com secreções endobrônquicas. TC cerebral sem alterações agudas. Assumida traqueobronquite aguda, tendo iniciado ceftriaxone. Durante a permanência no serviço de urgência apresentou episódio de crise convulsiva, sem sinais de irritação meníngea. Realizou punção lombar com colheita de líquido cefalorraquídeo cujo estudo mostrou 22 leucócitos e 362 eritrócitos / mmE3, proteinorraquia (50mg/dl) e glicose 64mg/dl, tendo iniciado aciclovir com 2 dias de evolução da clínica. PCR de enterovírus negativos (sem disponibilidade de deteção de outros microrganismos no laboratório). Internado para continuação de tratamento. Por manutenção de prostração e aparente hemiparesia esquerda, repetiu TC cerebral que mostrou hipodensidades temporal e insular direitas e frontais bilaterais, enquadráveis em possível encefalite, com densificação de M1 da ACM direita, podendo traduzir possível AVC isquémico. Durante o internamento, manteve-se sonolento, com episódios de abertura espontânea dos olhos, não colaborante, sem resposta verbal, com vários contributos possíveis para o seu estado neurológico: encefalite, possível AVC isquémico, várias intercorrências infecciosas. Para esclarecimento diagnóstico, realizou RM cerebral que mostrou extensa lesão com hipersinal corticossubcortical frontal parassagital, insular e temporal bilateral, parietal à direita, compatível com encefalite, sem lesões isquémicas recentes. Contactado laboratório hospitalar, que tinha iniciado recentemente pesquisa de um maior painel de microrganismos no líquido cefalorraquídeo, para nova análise da amostra inicial. O novo estudo fez a deteção de Herpes simplex vírus tipo 1. Assumidas sequelas neurológicas a encefalite por Herpes simplex vírus tipo 1, com mau prognóstico funcional. Teve alta para Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados para programa de reabilitação.

Discussão: A clínica inespecífica da encefalite pode estar associada a algum atraso no seu diagnóstico. Contudo, em doentes com alterações do estado de consciência, alterações do comportamento, da fala, défices motores ou sensitivos, ou convulsões, este é um diagnóstico a ponderar e o Herpes simplex vírus tipo 1 uma etiologia a considerar, tendo em conta a elevada taxa de mortalidade e de sequelas neurológicas nos sobreviventes.

P510**47 DOENÇA MENINGÓCICA INVASIVA**

Manuel Toscano, Isa Silva, Ana Isabel Pedroso, Armindo Ramos

Hospital de Cascais

A infecção por *Neisseria meningitidis* tem diversas apresentações clínicas, em que se incluem a meningococcemia com purpura fulminans, a pneumonia, e, mais frequentemente, a meningite, variando a sua gravidade de uma febre transitória até uma doença fulminante com evolução em poucas horas.

Apresenta-se o caso de uma doente de 33 anos, leucodérmica, com antecedentes pessoais de colite ulcerosa, medicada com salazopirina, que recorreu por quadro de febre associado a calafrio, mal-estar generalizado e vômitos, sem diarreia, com 1 dia de evolução, referindo ainda dor intensa a nível da face plantar dos pés, com incapacidade para a deambulação. Ao exame objectivo inicial destacava-se prostração, hipotermia (TT 34°C) e hipotensão (PA 80/65mmHg) com taquicardia (FC 130bpm) e sinais de má perfusão periférica. Não se observaram sinais meníngeos ou quaisquer outros achados de relevo, nomeadamente alterações auscultatórias cardiopulmonares ou defesa abdominal. Dos exames complementares salientava-se hiperlactacidemia marcada (lactato 9mmol/L), trombocitopenia (41.000 plaquetas) com coagulopatia de novo (INR 2.25 aPTT 16.7s fibrinogénio 169mg/dL D-dímeros 36mg/L), compatível com coagulação intravascular disseminada, disfunção renal grave e parâmetros inflamatórios elevados. Realizou TC toracoabdominopélvica, que demonstrou espessamento parietal do cólon e recto, sugestivo de processo inflamatório crónico com sinais de agudização, sem outras alterações. Assumido choque séptico com ponto de partida oculto e disfunção multiorgânica, tendo sido iniciada antibioterapia de largo espectro com piperacilina-tazobactam, linezolid e metronidazol. Foi posteriormente obtido isolamento de *Neisseria meningitidis* (serogrupo C) em hemoculturas, admitindo-se doença meningocócica invasiva com microangiopatia, pelo que foi realizado switch de antibioterapia para ceftriaxone em dose meníngea, que cumpriu durante 17 dias. Dada a instabilidade da doente e o risco do procedimento, e considerando a confirmação prévia de meningococcemia, optou-se pela não realização de punção lombar. Observou-se evolução favorável com resolução do quadro de choque, no entanto com aparecimento de púrpura a nível do promontório nasal e lábios e isquémia progressiva de todos os dedos da mão direita e 3º dedo da mão esquerda, com atingimento extenso da face plantar de ambos os pés. Por este motivo realizou 9 sessões de oxigenoterapia hiperbárica, sem melhoria, e com necessidade de amputação de D1-D4 da mão direita e D3 da mão esquerda, para

além de amputação transtibial pelo terço médio de ambas as pernas.

A doença meningocócica invasiva é uma patologia pouco frequente mas altamente letal e de diagnóstico por vezes difícil, sobretudo na ausência dos sinais clínicos clássicos, salientando-se, por um lado, a importância da instituição de antibioterapia eficaz o mais precocemente possível, e, por outro lado, a necessidade de melhores estratégias preventivas, incluindo novas vacinas com melhor imunogenicidade.

P511**284 O RESSURGIMENTO DA ESCROFULODERMA**

Beatriz Porteiro, Mariana Costa, Filipa Nunes, Marina Vitorino, Whine Pedro, Alexys Borges, Marinela Major, João Machado

Hospital Doutor Fernando da Fonseca, Medicina I

A tuberculose cutânea é muito rara, com prevalência de 1,15% do total de casos de tuberculose, a sua manifestação mais comum é a escrofuloderma, que resulta da disseminação contígua à pele de foco endógeno subjacente, geralmente gânglio linfático, osso ou epidídimo. Atinge mais frequentemente os gânglios cervicais e tem predição pelos doentes jovens; apesar de ser uma manifestação local de uma doença sistémica, os sintomas sistémicos não são proeminentes. Apresenta-se inicialmente com nódulo firme que supura e absceda. Requer para o seu diagnóstico a biopsia excisional.

Descrição: Homem de 21 anos, melanodérmico, natural e residente na Amadora, sem antecedentes pessoais conhecidos, internado por quadro com 1 mês de evolução caracterizado por febre (T_{máx} 39°C), perda ponderal de 11Kg, tosse produtiva com expectoração esbranquiçada e tumefação firme e dolorosa de crescimento progressivo com cerca de 3cm de diâmetro na região cervical direita. Negava história epidemiológica. Do estudo realizado destaca-se: anemia (Hgb 11,1 g/dL), trombocitose (plaquetas 467X10⁹/L), PCR 9,04 mg/dL. As serologias virais (HIV, Epstein Barr, VHB, VHC e CMV), a baciloscopia e a hemocultura em bactec foram negativas. Na radiografia do tórax, complementada por TAC tórax, evidenciou alargamento do mediastino superior, com volumosos conglomerados adenopáticos supraclaviculares, mediastínicos: espaço pré-vascular, pré-traqueal, subcarinal e hilar à esquerda; e cardiofrénicos. No internamento a tumefação evoluiu para volumoso abscesso, que veio a ser drenado por cirurgia, impossibilitando a realização de biópsia excisional do gânglio. A pesquisa de PCR de *M. tuberculosis* complex foi positiva no pús e foi identificada no exame direto identificou BAR e a cultura em Bactec e Lowenstein identificou *Mycobacterium tuberculosis* sensível ao etambutol, rifampicina, e resistente à isoniazida. O doente teve excelente

evolução com a terapêutica antibacilar instituída e cicatrização local.

Conclusão:

O caso clínico ilustra uma forma de apresentação de tuberculose cutânea relevante no passado mas atualmente muito pouco frequente.

No caso apresentado a evolução para abscesso sob tensão impossibilitou a realização de biópsia excisional. O diagnóstico foi firmemente estabelecido pela cultura positiva do pús, a par da PCR e do exame direto. O seguimento deste doentes é essencial, aumentando a compliance ao tratamento o que consequentemente se traduz numa redução das recidivas e das resistências bacterianas.

P512

290 BACTERIEMIA POR CAMPYLOBACTER FETUS - UM AGENTE RARO E POTENCIALMENTE FATAL

Marta Pina (1), Ana Isabel Lopes (2), Albina Moreira (2), António Furtado (2)

(1) Oncologia Médica, IPO do Porto; (2) Medicina Interna, Hospital Pedro Hispano

Introdução:

A infeção por *Campylobacter* spp está normalmente associada a ingestão de carnes mal cozinhadas, contacto com animais infectados ou ingestão de alimentos ou água contaminados. A maioria destas infeções apresenta-se com diarreia sendo rara a existência de bacteriemia (0.15%).

O *Campylobacter fetus* (*C. fetus*) é responsável por uma pequena percentagem das campilobacterioses mas é o agente mais frequentemente associado a bacteriemia (19-53%), particularmente em doentes imunocomprometidos onde pode assumir o papel de agente infectante.

Estas infeções estão associadas a uma elevada morbidade e mortalidade, particularmente em indivíduos imunodeprimidos.

Caso clínico:

Homem de 78 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 insulinotratado com 20 anos de evolução e atingimento de órgãos-alvo (retinopatia, nefropatia e polineuropatia) e doença renal crónica multifatorial estadio 5 pré-dialítico (creatinina basal 3.0-3.4mg/dL).

Admitido no serviço de urgência por quadro de diarreia com início no dia anterior, associado a dor abdominal e febre (temperatura máxima 38.2°C). Ao exame objetivo o doente encontrava-se desidratado, com hálito urémico, sinais de má perfusão, abdómen globoso e doloroso à palpação

do flanco esquerdo e hipogastro. Analiticamente destacava-se elevação dos marcadores inflamatórios (leucocitose 14500/UL, proteína C reativa 143mg/L), agravamento da função renal (creatinina 4.3mg/dL, ureia 200mg/dL), gasimetria arterial com ligeira acidemia metabólica (pH 7.34, pCO₂ 31mmHg, pO₂ 71mmHg, HCO₃ 16.7mEq/L, sO₂ 93%, FiO₂ 21%). Ecografia abdominal a evidenciar espessamento edematoso difuso do cólon e edema da gordura pericólica. Realizou colonoscopia que não apresentava alterações maior, apenas identificado adenoma viloso de 30mm no ângulo hepático que foi excisado durante o procedimento. Identificada bacteriemia por *C. fetus* multissensível tendo sido instituída antibioterapia com Azitromicina, que cumpriu durante 14 dias, com resposta clínica e analítica favorável e resolução da bacteriemia.

Conclusão:

O presente caso clínico permite recordar o *C. fetus* como um agenteraro de campylobacteriose intestinal e sistémica num doente imunocomprometido em contexto de diabetes mellitus com lesões de órgão-alvo.

P513

698 SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Margarida Coelho; Elisabete Pinelo; Rui Alexandre; João Preto; Andrés Merino; Cristina Nunes; Tiago Loza; Eugénia Madureira

Unidade Local de Saúde do Nordeste - Unidade Hospitalar de Bragança

INTRODUÇÃO

Linfocitose Hemofagocítica (LHH) ou Síndrome Hemofagocítica (SHF) é uma síndrome hiperinflamatória rara, potencialmente fatal, mas cuja incidência anual tem vindo a aumentar. Esta associada a um conjunto de sinais e sintomas consequentes de ativação imune extrema e ineficaz e a disfunção multiorgânica rapidamente progressiva na ausência de tratamento. A SHF é classicamente dividida em primária, associada a mutações genéticas que se traduzem em defeitos na via citotóxica de células NK e linfócitos T CD8+, e que se manifesta essencialmente durante a infância; e secundária ou adquirida, que pode ocorrer em qualquer idade, sendo desencadeada por triggers como infeções (especialmente víricas), doenças autoimunes, neoplasias (mais frequentemente hematológicas) ou outras histiocitoses, na ausência de defeitos genéticos identificáveis.

CASO CLÍNICO: Apresentamos um caso de uma doente de 37 anos, previamente saudável e sem medicação habitual, admitida no serviço de urgência pela quarta vez consecutiva, com quadro de febre alta persistente, mau estado geral, odinofagia, náuseas, vômitos e diarreia associada

a poliartralgias. O exame físico inicial demonstrava hipotensão, taquicardia, hepatoesplenomegalia, exantema macular disperso e palmo-plantar e lesão na coxa compatível com escara de inoculação. No estudo analítico a salientar pancitopenia, lesão renal aguda, citólise hepática e hipertrigliceridemia e aumento exuberante da ferritina e da PCR. Admitiu-se uma provável zoonose - febre escarionodular complicada com síndrome hemafagocítica (HLF 2004 5/8; HS Score 229). Doente apresentou evolução clínica e analítica favorável com suporte diferenciado após antibioterapia empírica e corticoterapia sistêmica.

CONCLUSÃO: O diagnóstico de SHF é ainda difícil e muitas vezes tardio, particularmente na forma secundária, o que se justifica pela raridade da doença, a variabilidade e heterogeneidade das manifestações clínicas e laboratoriais e reduzida especificidade das mesmas. Deste modo, é um diagnóstico que continua a representar um desafio quanto ao diagnóstico e terapêutica precoce, apesar do crescente conhecimento e consciência para a síndrome, requerendo um elevado grau de suspeição.

P514

1047 CAUSA RARA DE INFECÇÃO NUM JOVEM. QUANDO NEM TUDO O QUE PARECE É.

Salomão Fernandes, Isabel Montenegro Araújo, David Prescott, Ana Isabel Brochado, Margarida Pimentel Nunes, Inês Branco Carvalho, Beatriz Donato, Rita Sérvio, José Luis Ferraro, Adriana Paixão Fernandes, Raquel Almeida, António Martins Baptista, José Lome

Hospital Beatriz Ângelo

Introdução:

A Medicina Interna é das especialidades hospitalares onde a integração de conhecimentos e o raciocínio clínico se mostram mais importantes no processo diagnóstico. O caso apresentado ilustra uma apresentação rara de doença que se mostrou um desafio (e surpreendeu) a equipa Médica.

Caso Clínico:

Sexo masculino, 23 anos, natural e residente em Portugal, autónomo, estudante. Sem antecedentes pessoais de relevo, sem viagens recentes, sem contacto com animais. Recorreu ao Serviço de Urgência por dor no hemitórax direito, com cerca de 1 mês de evolução. Apresentava há 1 semana calafrios de predomínio vespertino e vômitos alimentares com agravamento diário. Ao exame objetivo destacava-se frequência cardíaca com 118 bpm, temperatura auricular de 37.8°C e abdómen doloroso à palpação no hipocôndrio direito. Sem alterações ao exame físico torácico. Analiticamente destacava-se Hb 12 g/dL, Leucócitos 23780/uL e PCR 25.07mg/dL. Ionograma, função renal e enzimas hepáticas sem alterações. Rx de tórax com elevação da hemicúpula diafragmática direita e discreto

derrame pleural direito. Perante incerteza quanto ao diagnóstico realizou ecografia abdominal que revelou fígado heterogéneo, com cinco lesões com 5, 5.5, 4, 3.2 e 3.5 cm compatíveis com abscessos e duas coleções perihepáticas heterogéneas também sugestivas de abscessos com 3.7 e 3.6 cm. Realizou TC que corroborou os resultados. Dos estudos culturais realizados destacam-se hemoculturas negativas e serologia para *Entamoeba histolytica* e *Echinococcus granulosus* negativas. Ao 3º dia de internamento realiza drenagem percutânea, que em estudo cultural do material colhido revelou isolamento de *Staphylococcus aureus* multissensível. Realizou ecocardiograma que se revelou sem alterações. Alterou-se antibioterapia empírica iniciada (ceftriaxone + metronidazole) para flucloxacilina que cumpriu durante 6 semanas. Durante este período com estudos analíticos e imagiológicos consecutivos, com regressão das lesões. Após revisão da história clínica com o utente concluiu-se que a infeção teve provável ponto de partida cutâneo em pústula facial que o utente tinha apresentado cerca de 2 meses antes de recorrer ao Hospital.

Discussão:

O *Staphylococcus aureus*, bem como o *Streptococcus pyogenes* e outros coccus Gram + são agentes reconhecidos de abscessos hepáticos, apresentando-se contudo em situações específicas, tais como utentes submetidos a intervenções cirúrgicas ou pós embolização trans-arterial. O isolamento de *S. aureus* em abscesso hepático num jovem sem fatores de risco ou história prévia de infeções cutâneas é sem dúvida uma apresentação raríssima de doença, com muito poucos casos descritos na literatura. O caso apresentado representa um exemplo de como uma correta plasticidade na abordagem clínica, levou ao rápido diagnóstico e terapêutica do utente, mostrando a importância da avaliação clínica e da integração de conhecimentos na gestão dos pacientes observados nas enfermarias de Medicina Interna.

P515

1097 SÍNDROME DE RECONSTITUIÇÃO IMUNOLÓGICA COM MÚLTIPLOS FATORES PRECIPITANTES

Martim Alçada, Sofia Mendes, Guilherme Cunha, Marina Boticário, Maria Filomena Roque

Hospital de Santarém EPE

Introdução

O SRI trata-se de um conjunto de distúrbios inflamatórios associados ao agravamento paradoxal de processos infecciosos preexistentes após o início da TARV, deve-se à melhoria repentina da função imunitária após o início da terapêutica, é geralmente autolimitado embora raramente possam ocorrer desfechos fatais, particularmente quando estão

envolvidas estruturas neurológicas. O risco de SRI está associado à severidade da imunossupressão, sendo mais elevado em doentes com contagem de CD4<50 e Carga viral >100,000 cópias/ml.

Caso clínico: Doente do sexo masculino de 49 anos, internado para esclarecimento de quadro de febre com pico máximo de 40°C sem preferência horária, que cedia apenas parcialmente a antipiréticos, tosse seca e diarreia aquosa com 3 episódios diários. Dos antecedentes pessoais a destacar: infecção por VIH1 conhecida há um ano, avaliado na consulta de infeciologia 11 dias antes do internamento apresentando CD4+ de 15, carga viral de 66400 log5.82 tendo iniciado TARV e profilaxias das infeções oportunistas. Do exame objetivo a destacar, emagrecido, desidratado com lesões orofaringe sugestiva de candidíase oral. Dos exames realizados salienta-se bicitopenia (Hg 8,7gr/dL; Leucocitos1400) e carga viral de Citomegalovirus (CMV) no sangue periférico de 28299 cópias. TC abdominal "...hepatoesplenomegalia com discretas lâminas de ascite...". Assumiu-se doença disseminada a CMV com colite e Candidíase orofaríngea pelo que se iniciou terapêutica com Ganciclovir e Fluconazol mantendo TARV.

Embora os episódios de diarreia e odinofagia tenham resolvido o doente manteve-se febril, com progressiva distensão abdominal e agravamento objetivável clinicamente da hepatoesplenomegalia. Analiticamente verificou-se uma abrupta reconstituição imunológica com aumento da contagem de CD4+ 170 e diminuição da carga viral para 652 log1.7. Este agravamento foi atribuído a um SRI precipitado pela infecção a CMV, tendo sido iniciada corticoterapia sistémica.

Como apesar da corticoterapia sistémica verificou-se agravamento clínico, foram estudadas outras possíveis etiologias infecciosas para a precipitação do SRI. Após realização de mielograma foi diagnosticada em exame direto Leishmaniose visceral. Iniciou Anfotericina B lipídica verificando-se uma boa evolução clínica doravante, tendo sido dada a alta clínica para a consulta de doenças infecciosas.

Conclusão: O SRI é uma entidade pouco comum que pode ter consequências graves para o doente, pelo que é importante não só a identificação do agente infeccioso precipitante e seu tratamento mas também o controlo da reação inflamatória inerente a esta síndrome com corticoterapia se necessário. Atendendo ao grau de compromisso imunológico destes doentes não se pode excluir a possibilidade de existirem múltiplos agentes infecciosos simultaneamente, como no caso apresentado.

P516

1158 DOENÇA DE LYME – A IMPORTÂNCIA DA ANAMNESE

Francisco Pombo, Marina Mendes, Pedro Lopes, Mari Mesquita

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Introdução

A doença de Lyme é uma doença transmitida pela carrapa, causada por espécies da espiroqueta *Borrelia*, podendo ter manifestações multissistémicas.

Caso Clínico: Homem de 90 anos, com antecedentes patológicos de silicose e doença cerebrovascular, dependência ligeira nas atividades de vida diária, recorreu ao serviço de urgência por febre, queixas de tonturas / desequilíbrio e artralguas de ritmo misto dos dedos de ambas as mãos. O doente não apresentava história de viagens recentes, contacto com indivíduos doentes ou com animais, embora com presença de cão no domicílio. Sem alterações particulares ao exame objetivo, nomeadamente artrite ou défices neurológicos focais / sinais meníngeos. Do estudo efetuado salienta-se elevação marcada dos parâmetros inflamatórios, radiografia torácica e exame sumário de urina sem alterações; realizada punção lombar com líquido cefalorraquidiano claro e sem alterações do estudo citobioquímico. Efetuado TC crânio-encefálico que não demonstrou alterações de relevo, tendo sido internado no serviço de Medicina Interna.

No internamento manteve febre e artralguas de ritmo misto, com discreto edema associado. Do estudo realizado destaca-se: eletroforese de proteínas séricas, imunoglobulinas, anticorpos anti-dsDNA, anti-ENA, ANCA, anti-CCP e fator reumatóide negativos, serologias VIH, VHC e VHB não reativas. Colhidos 2 sets de hemoculturas, que se mostraram estéreis. Efetuada serologia de *Borrelia burgdorferi* IgM que foi positiva. Procedeu-se a confirmação deste exame com recurso a Imunoblott, o qual foi igualmente positivo. A pesquisa de anticorpos de *Borrelia* no líquido cefalorraquidiano foi negativa. O doente não apresentava lesões cutâneas ao exame objetivo do tegumento. Assumida, portanto, doença de Lyme, sem meningite ou encefalite, pelo que iniciou doxiciclina 100mg que cumpriu durante 28 dias, tendo assistido a resolução da febre e normalização dos parâmetros inflamatórios.

Discussão: As manifestações clínicas da doença de Lyme podem ser divididas em três fases distintas: precoce localizada, precoce disseminada e tardia. Neste caso a doença encontrava-se na segunda fase com síndrome febril, encefalopatia e artralguas. Este caso demonstra a importância de Doença de Lyme como diagnóstico diferencial, mesmo num doente sem contexto epidemiológico inequívoco.

P517

1395 QUANDO AS QUEIXAS PERSISTEM...

Pedro Leite Vieira, Rui Isidoro, Paula Paiva, Alexandre Louro, Maria Eugénia André

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, Hospital Amato Lusitano

INTRODUÇÃO

A osteonecrose é uma patologia com uma prevalência exata desconhecida, mas com um diagnóstico estimado de 20 a 30 mil novos casos por ano nos EUA. A osteonecrose da cabeça do fémur é um subtipo desta patologia e leva a cerca de 10% das colocações de próteses da anca. Pode ser traumática ou atraumática e, dentro das atraumáticas, os fatores de risco mais consensualmente aceites são a utilização de glucocorticóides e o consumo de álcool, responsáveis por mais de 80% dos casos.

CASO CLÍNICO: Homem de 49 anos. Antecedentes de etanolismo crónico (1 litro de vinho tinto por dia), tabagismo ativo com 72 unidade maço ano, herniorrafia lombar há 7 anos. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de dejeções de fezes escuras associada a síndrome constitucional com perda ponderal não quantificada no último mês. Referia ainda artralgiias coxofemorais, mais à direita, de características mecânicas, com irradiação para a região inguinal e grande limitação funcional. Negava febre ou aparecimento de lesões genitais prévias, mas referia comportamento sexual de risco (várias parceiras sexuais apesar de utilizar método de barreira). Ao exame objetivo, salienta-se discreta tumefação ao nível do ângulo da mandíbula direito, móvel, mole, dolorosa à palpação com dor irradiada para o ouvido homolateral. Sem lesões genitais ou outras adenomegalias palpáveis. Analiticamente destaca-se 85000 plaquetas/ μ L, PCR 19.2mg/dL, GGT 326U/L e proteínas totais 9g/dL. Não imunizado para VHB. M. tuberculosis e VIH negativos. Anticorpos para Treponema pallidum positivos. Neste contexto cumpriu terapêutica com 3 doses de 2.4 milhões de UI de Penicilina G benzatínica intramuscular tendo-se observado diminuição dos títulos de anticorpos e de RPR (Rapid test Reagin). Pesquisou-se e excluiu-se mieloma múltiplo e patologia autoimune sistémica. Apresentou melhoria da tumefação cervical (hipertrofia parotídea em avaliação ecográfica), bem como ganho ponderal, mas manteve a artralgia coxofemoral descrita, a limitar sobretudo a abdução da coxa. Em RM coxofemoral: "alterações exuberantes de necrose isquémica bilateral de ambas as cabeças femorais com fragmentação necrótica bilateral e aspetos macrogeódicos da cabeça femoral direita, em contexto muito evoluído de coxartrose bilateral". Foi encaminhado a consulta de Ortopedia, tendo sido submetido a colocação de prótese total da anca direita.

DISCUSSÃO: Apesar de casos raros descritos de

artrite sífilítica da coxofemoral, a sua apresentação cursa com destruição completa do tecido ósseo, o que não se verifica neste caso. Assim, ilustra-se aqui um caso infrequente de osteonecrose bilateral da cabeça femoral em provável contexto de etanolismo crónico. Pretende-se salientar a importância da valorização dos sintomas, da suspeição clínica e da abordagem holística do doente, característica do internista, para um correto e atempado diagnóstico de situações menos comuns como a descrita.

P518

1635 POR TRÁS DA ANOREXIA

Sérgio Pina, Mariana Figueiras, Teresa Salero, Sofia Amálio, António Moura

Serviço de Medicina Interna 1, Hospital de Faro, Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Introdução. No mundo ocidental, a enterobiose é uma forma de infecção helmíntica que afecta principalmente crianças entre os 5 e os 10 anos. A infecção por *H pylori* é possível em qualquer faixa etária, sendo mais prevalente em doentes com mais de 50 anos.

Caso Clínico. Mulher de 19 anos com antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 1 com 12 anos de evolução e mau controlo metabólico, sem lesão de órgão alvo, anorexia nervosa e síndrome depressivo seguidos em consulta externa de Psiquiatria. Medicada com insulina basal/bólus, mirtazapina, diazepam e contraceptivo oral. Recorreu múltiplas vezes ao serviço de urgência (SU) por náuseas, vómitos alimentares, dor abdominal difusa e perda ponderal de 13kg (21% peso corporal), com várias semanas de evolução, sempre interpretado no contexto da patologia psiquiátrica. Na última vinda ao SU foi pedida avaliação por Medicina Interna, com internamento para estudo etiológico. Ao exame físico apresentava IMC de 18kg/m², pele e mucosas descoradas e desidratadas, anorexia e anedonia marcadas. Analiticamente com hemograma e ionograma sem alterações, albumina 4,1g/dL, PCR<3 mg/L, VS 8mm/h, electroforese das proteínas normal, Ac anti-nucleares e Ac anti-transglutaminase negativos. Durante o internamento apresentou vários episódios de vómitos incoercíveis resistentes à medicação anti-emética, obstipação só resolvida com clíster de limpeza e dor abdominal epigástrica, com irradiação para a região lombar sem factores de alívio ou agravamento. Tomografia computadorizada abdominal com espessamento inespecífico de parte do cólon direito que se estendia a 8,5cm da válvula íleo-cecal. Marcha diagnóstica prosseguiu com endoscopia digestiva alta com mucosa do estômago hiperemiada. Biópsias do antro e corpo com *H pylori* positivo. Colonoscopia com parasitose exuberante de aspecto esbranquiçado filiforme, com cerca de 1,5mm, móveis, compatíveis com oxiuros após exame. Foi feito tratamento dirigido para ambas infecções com completa resolução da

clínica e posterior ganho ponderal.

Discussão. Apesar de a diabetes (por possível neuropatia autonómica) ou a anorexia nervosa poderem justificar o quadro clínico, a persistência do estudo etiológico feito no melhor interesse da doente, permitiu encontrar duas causas facilmente curáveis e pouco comuns na faixa etária com solução da situação clínica.

P519

1952 EPIDEMIOLOGIA E BOM SENSO – A PROPÓSITO DE UM CASO DE PERITONITE TUBERCULOSA.

António Epifânio Mesquita, Ana Filipa Palma dos Reis, Ana Luísa João, Rui Malheiro, Catarina Patrício, Vitor Brotas
Serviço de Medicina 2.3, Hospital de Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Introdução

A Tuberculose é uma doença bem conhecida em Portugal. Embora se assista a uma redução da sua incidência, importa reconhecer as suas formas de apresentação, nomeadamente as menos comuns, como a peritoneal. Sobretudo nos grandes centros urbanos, onde há grandes comunidades de imigrantes, um bom conhecimento epidemiológico, no contexto clínico certo, poderá ser diagnóstico.

Caso clínico: Homem de 35 anos, natural do Nepal a residir em Portugal há 2 anos, com história conhecida de etanolismo crónico moderado, internado por febre, diarreia e aumento do volume abdominal com 10 dias de evolução. Negava sudorese nocturna, perda de peso, dor abdominal, enfartamento, pirose, náuseas, vómitos, melenas, hematoquezias, rectorragias, icterícia, colúria, tosse ou hemoptises. A observação apresentava temperatura timpânica de 38.8°C e maciez flutuante na exploração semiológica do abdómen. Não se palpavam adenopatias ou organomegalias e não eram visíveis estigmas de doença hepática crónica. Analiticamente destacava-se anemia normocítica e normocrómica, Proteína C Reactiva (PCR) 185 mg/L, sem leucocitose, e serologia para vírus da imunodeficiência humana (VIH) negativa. Realizou Tomografia Computorizada (TC) abdomino-pélvica que demonstrou ascite em todos os recessos peritoneais e aspectos sugestivos de omental cake a nível do grande epíloon. O exame bioquímico do líquido ascítico foi compatível com exsudado. O exame citológico do líquido revelou presença de 1195 células/uL das quais 1000 células eram mononucleares, sem presença de células neoplásicas. A adenosina desaminase (ADA) encontrava-se acima do valor normal; o teste de amplificação de ácidos nucleicos para foi negativo para *Mycobacterium tuberculosis* complex. Considerando todos os achados clínicos e laboratoriais, associados ao relevante contexto epidemiológico do doente, decidiu-se iniciar

terapia tuberculostática quádrupla empiricamente. Uma semana após início da terapêutica o doente estava apirético e com melhoria considerável do volume abdominal. Foi ponderada a realização de biópsia peritoneal laparoscópica mas optou-se por não a realizar e aceitar prova terapêutica como diagnóstica. O doente teve alta referenciado ao Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP). Doze dias depois obteve-se confirmação do diagnóstico com isolamento de *Mycobacterium tuberculosis* no exame cultural de micobactérias do líquido ascítico, comunicado ao CDP.

Discussão: Na Tuberculose, o diagnóstico microbiológico assume particular relevância perante a possibilidade de resistência à terapêutica. Porém, no caso apresentado, a clínica sugestiva, o contexto epidemiológico muito relevante, e a resposta favorável à terapêutica empírica, determinaram a decisão de não perseguir um método de diagnóstico invasivo. Este caso representa situações da prática clínica diária em que “o óptimo é inimigo do bom” e o que está recomendado entra em conflito com o considerado seguro ou benéfico.

P520

806 MENINGITE PURULENTA, UMA FALÁCIA DE TERCEIRA CAUSA

Alexandra Esteves, Ana Carvoeiro, Joana Couto, Paula Felgueiras, Diana Guerra, Carmélia Rodrigues
Unidade Local de Saúde do Alto Minho

INTRODUÇÃO

A meningite bacteriana é uma urgência neurológica relativamente comum, com elevada morbidade e mortalidade, devendo o seu diagnóstico e tratamento ser o mais precoce possível. Denomina-se falácia de terceira causa a um tipo de erro lógico frequente em se estabelece uma relação causal entre dois eventos que surgem de forma concomitante, ignorando a presença de um terceiro fator, este sim responsável por ambos.

CASO CLÍNICO: 50 anos. Trabalhador da construção civil. Admitido por febre e cefaleias intensas com 3 dias de evolução, com posterior alteração do comportamento com heteroagressividade e agitação. Estudo imagiológico à admissão (tomografia axial computadorizada cranioencefálica – TC CE) inocente, tendo a análise do liquor revelado meningite purulenta (456 células dos quais 156 leucócitos sendo 94% neutrófilos). Medicado com ampicilina, vancomicina, ceftriaxona e dexametasona nas doses recomendadas de forma empírica, com melhoria inicial. Ao terceiro dia de internamento desenvolve hemianopsia homónima esquerda, com aparecimento hemorragias subungueais e lesões de Osler e Janeway palmoplantares, associadas a trombocitopenia grave e lesão renal aguda de novo. Equacionado sopro holossistólico apical grau III/VI descrito à

admissão e realizado ecocardiograma transtorácico confirmou a suspeita de endocardite infecciosa (EI), com a observação de vegetação adjacente à válvula mitral com cerca de 3cm. Documentada embolização séptica múltipla com várias áreas de enfarte descritas por TC (cerebral, renal e esplênica) e por observação direta (enfartes a nível da retina bilateralmente). Isolamento de *Staphylococcus aureus* meticilino-sensível nas hemoculturas (HC) da admissão tendo ajustado antibioterapia dirigida com flucloxacilina. Posterior agravamento clínico com desenvolvimento de insuficiência cardíaca com necessidade de ventilação invasiva, tendo sido transferido para centro de referência para cirurgia de substituição valvular. Pós-operatório sem complicações. Manteve antibioterapia dirigida com descida dos parâmetros inflamatórios e HC seriadas negativas, bem como documentação da regressão das várias áreas de enfarte previamente descritas. Manteve seguimento em consulta, tendo reiniciado a atividade profissional sem sequelas à presente data.

DISCUSSÃO: Na EI o processo infeccioso desenvolve-se no epitélio endocárdico e a embolização sistémica é comum, implicando a documentação e vigilância apertada das suas complicações iniciais e tardias. Apesar de cerca de 70% dos doentes apresentarem manifestações neurológicas ao longo do curso da doença, a meningite como forma de inicial de apresentação de EI é rara, representando apenas 2% dos casos, particularmente em doentes imunocompetentes e sem fatores de risco conhecidos. Pretende-se salientar a importância da EI no diagnóstico diferencial da meningite bacteriana, assim como a terapêutica adequada precoce no prognóstico destes doentes.

P521

815 PIOMIOSITE – UM DIAGNÓSTICO A NÃO ESQUECER

Patrícia Baptista, Sara Barbosa Neves, Ana Sofia Mendes, Teresa Sequeira, João Araújo Correia

Centro Hospitalar Universitário do Porto, serviço de Medicina Interna

Título: Piomiosite – um diagnóstico a não esquecer

Introdução

A piomiosite é uma infeção do músculo esquelético que ocorre por disseminação hematogénica. Classicamente é uma infeção que ocorre em climas tropicais mas tem sido reconhecido o aumento da frequência em climas temperados. Nos climas temperados habitualmente está associada a fatores predisponentes, nomeadamente imunodeficiência, trauma ou utilização de drogas por via endovenosa.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um homem de 72 anos, autónomo, sem contexto epidemiológico relevante, com antecedentes de hipertensão arterial, tabagismo progressivo e

doença pulmonar crónica. Admitido no serviço de urgência por lombalgia intensa associada a sinais inflamatórios locais e dificuldade na deambulação por dor na perna direita. Na avaliação inicial apresentava lesão eritematosa extensa na região dorsal e lombar com sinais inflamatórios e lesões eritematosas papulares no antebraço do membro superior esquerdo e face interna da coxa direita. Analiticamente elevação dos parâmetros inflamatórios e enzimas musculares. Evoluiu com sépsis com disfunção multiorgânica tendo sido instituída antibioterapia empírica com ceftriaxone e vancomicina. Realizou TC toraco-abdomino-pelvico identificando-se volumosa coleção a nível da linha média dos segmentos dorsais, região lombar e músculos erectores da espinha e coleção abcedada a nível do psoas direito com extensão aos tecidos subfasciais da coxa direita. RMN dorso-lombar mostrou múltiplas locas abcedadas retrovertebrais com extensão paravertebral anterior direita e endocanal, sem extensão do processo infeccioso aos discos intervertebrais. Submetido a drenagem dos abscessos por radiologia de intervenção, com colocação de dreno na região dorsal e na coxa direita. Nas hemoculturas e na microbiologia do pús foi isolado *Staphylococcus aureus* meticilino sensível com o mesmo perfil de susceptibilidade aos antimicrobianos, tendo sido descalada antibioterapia para flucloxacilina.

Apresentou melhoria clínica e analítica com redução imagiológica dos abscessos.

Discussão: O diagnóstico desta entidade nem sempre é fácil, dada a inespecificidade da apresentação inicial e a raridade desta patologia nos climas temperados. O reconhecimento precoce é essencial e influencia o curso terapêutico.

P522

1002 DOENÇA DE WEIL: UMA FORMA GRAVE DE LEPTOSPIROSE

Carla Falcão, Rita Grácio, Pedro Neves Tavares, Catarina Duarte Santos, Diana Fernandes, Ana Ferrão, Alcina Ponte

CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA

INTRODUÇÃO

A leptospirose é uma zoonose adquirida através de abrasões ou corte da pele, mucosas ou conjuntivas expostos a água, alimentos ou solo contaminados por espiroquetas patogénicas do género *Leptospira*. A maioria dos casos manifestam-se por sintomatologia ligeira e autolimitada. Nos casos mais graves, pode apresentar-se de duas formas, a leptospirose anictérica e a leptospirose ictérica ou doença de Weil. Esta última afeta 5-10% dos casos de leptospirose e associa-se a evolução rapidamente progressiva e pior prognóstico. Caracteriza-se pela presença de icterícia, disfunção renal e febre.

CASO CLÍNICO: Mulher, 83 anos, residente em

domicílio, meio rural, antecedentes de dislipidemia, hipertensão arterial, hiperuricemia e doença diverticular, recorreu ao SU por astenia, mal-estar geral, anorexia, dor epigástrica, diarreia, oligúria e colúria com alguns dias de evolução. Na semana anterior, tinha recorrido ao SU por cefaleias e febre (T38°C) e foi assumido síndrome gripal. Ao exame objetivo, apresentava-se normotensa, apirética, vigil, ictérica, sem alterações na auscultação cardiopulmonar, abdómen globoso, com dor difusa à palpação, com hematomas e edema dos membros inferiores. Analiticamente, linfócitos 300/μL, plaquetas 9000/μL, hemoglobina 16g/dL, ureia 41mmol/L, creatinina 4,51mg/dL, potássio 5,4mmol/L, albumina 26g/L, ALT 57U/L, AST 150U/L, LDH 318U/L, fosfatase alcalina 133U/L, bilirrubina total 87,9 μmol/L, conjugada 57,4 μmol/L, não conjugada 30,5μmol/L, proteína C reativa 175mg/L. Gasometria com acidose metabólica. Urina II com 500 leucócitos, proteínas 2+, glicose 1+, eritrócitos 3+, bilirrubina 1+. Urocultura não significativa. Pesquisa de leptospirúria negativa e reação Weil-Félix OXK 1/160. Ecografia renal, abdominal superior e pélvica sem alterações. Desenvolveu quadro de hipotensão com necessidade de fluidoterapia intensiva e transfusão de plaquetas, com recuperação tensional. Iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone e doxiciclina, presumindo-se sépsis em contexto de zoonose. Em D7 de internamento, obteve-se serologias seriadas de *Leptospira* IgM positivas. Observou-se melhoria dos parâmetros inflamatórios e da função renal após 7 dias de antibioterapia, contudo com agravamento da hiperbilirrubinemia (216 μmol/L), das transaminases (AST/ALT 292/202U/L), da fosfatase alcalina (586U/L), da LDH (569U/L) e da albumina (16g/L), tendo-se efetuado reposição de albumina. Observou-se melhoria clínica e analítica ao 20º dia de internamento.

DISCUSSÃO: Apesar da maior parte dos casos de leptospirose terem uma apresentação subclínica, em doentes mais idosos com comorbilidades, pode associar-se a um quadro mais grave com disfunção orgânica. Revendo a literatura, denotamos alguma controvérsia relativamente à eficácia da antibioterapia no tratamento de formas mais severas de leptospirose. Pela evolução lenta deste caso, podemos afirmar que a terapêutica de suporte teve um papel importante no tratamento e melhoria desta doente.

P523

1995 UM CASO FELIZ DE PNEUMONIA ESTAFILOCÓCICA

Carolina Palma, Ricardo Pereira, Inês Costa Santos, Joana Patrício, Ana Catarina Emídio, Joana Carreira, Beatriz Navarro, Hugo Jorge Casimiro, Mário Parreira, Ermelinda Pedroso

Serviço de Medicina Interna, Hospital de São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal,

As pneumonias devidas a *Staphylococcus aureus* correspondem a 5% dos casos registados.

Sendo a sua apresentação, na maioria dos casos, aguda ou até mesmo fulminante, o prognóstico desta patologia é, em regra, reservado. O mecanismo de patogénese mais comum é a pneumonia associada ao ventilador, mas não devem ser descartados outros processos fisiopatológicos, nomeadamente a pneumonia por focalização secundária a bacteriemia.

Apresenta-se o caso de um jovem de 19 anos, desportista federado, com antecedentes pessoais de asma brônquica. Recorreu ao Serviço de Urgência Geral por quadro com 48 horas de evolução, caracterizado por febre, mal-estar geral e toracalgia direita, do tipo pleurítica. Ao exame objetivo apresentava-se febril, hemodinamicamente estável, eupneico com auscultação cardíaca e pulmonar sem alterações; constatou-se ainda tumefação na face anterior da perna esquerda com drenagem espontânea de conteúdo purulento-quando questionado, o doente referiu manipulação da lesão uma semana antes das queixas que motivaram a vinda ao Serviço de Urgência.

Analiticamente apresentava aumento dos parâmetros inflamatórios; radiologicamente sem alterações de relevo no parênquima pulmonar. No entanto, foi solicitada TC torácica que revelou "focos de condensação parenquimatosa subnodulares bilaterais particularmente no lobo médio, língula e lobo inferior esquerdo, com pequenas cavitações no seu seio de parede espessada- aspectos de natureza infecciosa".

Foi colocada como hipótese diagnóstica principal pneumonia secundária a disseminação hematogénica, pelo que optou-se por iniciar empiricamente flucloxacilina após colheita de sangue exame para culturais, que posteriormente revelaram isolamento de *Staphylococcus aureus* metilinosensível. Ao segundo dia de antibioterapia o doente encontrava-se apirético e com melhoria das queixas de toracalgia. Realizou ainda ecocardiograma transtorácico para exclusão de endocardite- sem evidência de vegetações valvulares.

Conclusão: Este caso salienta mais uma vez a importância de uma boa colheita de história clínica e de um exame objetivo pormenorizado, que neste

caso nos permitiu identificar a porta de entrada que deu origem a bacteriemia, com posterior focalização pulmonar.

P524

300 ESTRIDOR E QUISTO LARÍNGEO ASSOCIADOS A INFEÇÃO RARA

Ana Corte-Real, Sara Vilas-Boas, Inês Bargiela, Maria João Gomes, Ana Sofia Ventura

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora, Portugal

Introdução

A tuberculose laringea é rara (menos de 1% dos casos de tuberculose), sendo mais frequente nos doentes imunodeprimidos. A rouquidão é a forma de apresentação mais frequente, pela afeção das cordas vocais (localização subglótica mais rara). Impõe diagnóstico diferencial com as doenças da laringe, sobretudo neoplásicas.

Caso clínico: Apresentamos o caso de uma doente de 71 anos, com doença pulmonar obstrutiva crónica, sem outras doenças conhecidas, sob prednisolona 5mg e corticóide inalatório, internada pelo serviço de urgência por dispneia. Na avaliação, não apresentava elevação de parâmetros inflamatórios nem alterações radiológicas de novo. Posteriormente, no exame objetivo, evidenciou-se estridor persistente, que motivou observação pela otorrinolaringologia que documentou massa subglótica a esclarecer. Na broncofibroscopia mostrou-se lesão quística subglótica, com redução de 80% do lúmen da traqueia. Fez-se punção com envio de material para análise histológica e microbiológica. Pelo risco de compromisso da via aérea, foi proposta traqueostomia que a doente recusou. Embora sintomática, requisitou alta contra parecer médico, recusando qualquer seguimento em ambulatório. Posteriormente a anatomia patológica foi sugestiva de quisto laríngeo (sem tecido neoplásico) e o exame cultural revelou tratar-se de uma infeção por *Mycobacterium avium* complex (MAC).

Discussão: A tuberculose laríngea é uma patologia de difícil diagnóstico, tanto pela sua raridade como pelas formas de apresentação inespecíficas e variadas, fazendo parte do diagnóstico diferencial de neoplasias desta localização. Existem muito poucos casos de infeção por MAC, ocorrendo sobretudo em doentes imunodeprimidos. O presente caso é importante para alertar para uma forma rara de apresentação de tuberculose e para a discussão do eventual papel da corticoterapia de longa duração na origem destes casos.

P525

345 UMA RARA ASSOCIAÇÃO DE ENTIDADES

Ana Andrade Oliveira; Joana Morais; Olga Pires; Inês Burmester; Maria João Regadas; Paulo Gouveia; Carlos Capela

Hospital de Braga

Introdução

A arterite séptica da articulação esternoclavicular e a espondilodiscite são entidades raras, com elevada morbilidade. A evolução insidiosa e inespecificidade dos sintomas condicionam o diagnóstico precoce. Este caso é incomum uma vez que o doente apresentou as duas entidades simultaneamente.

Caso clínico: Um homem de 51 anos com cirrose hepática (etilismo e hepatite C) e consumos prévios de drogas recreativas (sem uso actual endovenoso) apresentou-se no serviço de urgência por uma tumefacção clavicular esquerda com 15 dias de evolução, acompanhada por febre. Mencionava um acidente de viação 5 dias antes do aparecimento da mesma. À observação notava-se uma massa supraclavicular esquerda, hiperemiada, mole, quente e não dolorosa, para além de ascite, febre, edema maleolar e icterícia. Analiticamente identificava-se elevação da proteína C reactiva, anemia, leucocitose e disfunção renal. Realizou ecografia que evidenciou uma formação hipocogénea e heterogénea (3.5x1.9 cm) com abaulando da transição cervico-torácica esquerda e fragmentação das componentes esternal e clavicular confirmada por TAC. Foi avaliado por Ortopedia que indicou pouco provável ser uma artrite séptica, sendo internado para estudo. Na avaliação inicial colheu hemoculturas, líquido ascítico (que excluiu peritonite) e realizou biópsia da massa, com pesquisa de micobactérias negativa. As hemoculturas revelaram a presença de bacteriemia por *Staphylococcus aureus* metilina sensível, iniciando-se vancomicina, posteriormente substituída por flucloxacilina. Foi excluída endocardite através de ecocardiograma e assumido como foco de disseminação a arterite séptica esternoclavicular (histologia: "processo fibroso inflamatório com supuração"). Após os primeiros dias de internamento manifestou limitação progressiva da marcha e lombalgia, levantando-se a possibilidade de complicação com espondilodiscite, confirmada por RMN ("processo infeccioso em L4-L5 com espessamento inflamatório epidural e fleimão nos tecidos moles pré-vertebrais"). Realizou antibioterapia endovenosa 22 dias com melhoria das características da lesão clavicular, recuperação da limitação da marcha, normalização dos marcadores de infeção e negatificação das hemoculturas. Teve alta medicado com flucloxacilina oral (4 semanas) e orientado para consulta externa. No entanto, após término da terapêutica apresentou recrudescência da massa clavicular, confirmando-se um abscesso da articulação esternoclavicular com necessidade

de abordagem por cirurgia cardiotorácica.

Conclusão: A arterite séptica e a espondilodiscite originam-se na disseminação hematogénea. Esta situação clínica era especialmente desafiante pela apresentação simultânea destas entidades. Note-se que apesar do contexto de trauma ser muito sugestivo não se pode afirmar peremptoriamente qual o primeiro foco de disseminação. Apesar do sucesso inicial do tratamento conservador, o controlo de foco cirúrgico pode ainda assim ser necessário.

P526

512 DERRAME PLEURAL E PERICÁRDICO - UMA SEROSITE INFECCIOSA

Catarina de Sousa Gonçalves, Nuno Reis Carreira, Marisa Teixeira Silva, Rui Victorino

SERVIÇO DE MEDICINA 2, SECTOR B, HOSPITAL DE SANTA MARIA, CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE, LISBOA, PORTUGAL

Introdução

A Febre Q é uma zoonose com crescente incidência na Europa, possivelmente subestimada, causada pela bactéria *Coxiella burnetii*, constituindo uma doença complexa e polimórfica. Apresenta-se habitualmente como autolimitada, com possível progressão para a cronicidade e com complicações potencialmente fatais. A doença aguda manifesta-se mais frequentemente como hepatite e pneumonia, enquanto a doença crónica pode manifestar-se sob a forma de endocardite.

Caso Clínico

Mulher de 67 anos, internada por dispneia no contexto de agravamento de derrame pleural e pericárdico. Refira-se quadro prévio de febre, perda de peso, dor abdominal, com evolução de 2 meses, associado a alteração das provas hepáticas e espessamento e líquido perivesicular documentado em ecografia e TAC de ambulatório, motivando internamento em serviço de cirurgia por colecistite alitiásica. Contexto epidemiológico inocente e antecedentes pessoais irrelevantes. Ao exame objectivo sem sinais de dificuldade respiratória, auscultação com diminuição do murmúrio vesicular no hemitórax esquerdo, maciez à percussão e palpação de adenopatia supraclavicular direita isolada. ECG sem alterações a assinalar. O ecocardiograma mostrava uma fina lâmina de derrame pericárdico, sem sinais de compromisso hemodinâmico, boa função ventricular esquerda, sem alterações segmentares, cavidades direitas normais e sem hipertensão pulmonar.

O estudo laboratorial revelava citocolestase (AST/TGO: 223U/L, ALT/TGP: 293U/L, ALP 220U/L e gGT 150U/L), elevação dos biomarcadores inflamatórios (VS: 53mm; PCR: 7 mg/dL; Ferritina: 431ug/L). Marcadores de necrose miocárdica negativos e NT-

proBNP dentro da normalidade.

No seguimento do estudo a TC corpo mostrava "derrame pleural bilateral de pequenas dimensões com fina lâmina de derrame pericárdico, sem adenopatias patológicas ou outras alterações"; endoscopia com duodenoscopia: gastrite crónica não ativa, *Helicobacter pylori* positivo em biópsias. Realizada toracocentese diagnóstica: Líquido pleural compatível com exsudado, com predomínio de linfócitos e células mesoteliais/macrófagos; exame bacteriológico, Ziehl-Neelsen e pesquisa de células neoplásicas negativos. Pelo quadro de serosite, pedido estudo autoimune, que se revelou negativo. O estudo infeccioso revelou positividade para febre Q em fase aguda/convalescença, tendo completado 14 dias de doxiciclina, com benefício clínico e normalização da função hepática.

Discussão:

Neste caso descreve-se uma apresentação atípica de Febre Q, manifestada por colecistite alitiásica, serosite manifestada por derrame pleural e pericárdico a par de quadro consumptivo. Pelo facto da forma crónica da doença ser rara e a sua apresentação tão variada e inespecífica, é fácil passar despercebida. A Febre Q é uma doença globalmente disseminada e um problema de saúde pública major, para o qual os profissionais de saúde devem estar alertados, devendo ser sempre uma hipótese diagnóstica a colocar em casos como o apresentado.

P527

691 NEUTROPENIA FEBRIL – UMA ETIOLOGIA DE EXCLUSÃO

Catarina Couto, Gisela Vasconcelos, Ana João Sá, Mari Mesquita

CHTS

Introdução

Dado que a magnitude do componente da resposta inflamatória mediada por neutrófilos em doentes neutropénicos pode estar alterada, a febre pode ser o único e mais precoce sinal de infeção. A identificação de febre no doente neutropénico, bem como o início precoce de antibioterapia empírica, podem evitar a progressão para o choque séptico ou até mesmo a morte.

Desenvolvimento: F/ 58 anos, antecedentes de hipertensão arterial, DM tipo 2, dislipidemia, bócio multinodular, histerectomia total e ooforectomia por leiomioma uterino, gonartrose bilateral. Nega comportamentos toxicológicos ou sexuais de risco. Medicada habitualmente com nebivolol, dapaglifozina, metformina, pitavastatina e alprazolam. Início há menos de 1 mês de ticlopidina e HCTZ+amilorida pelo cardiologista assistente. Admitida no Serviço de Medicina por quadro de febre, cefaleias e mialgias com aproximadamente

uma semana de evolução, associadas a úlceras na cavidade oral. Na admissão descrita como febril, hemodinamicamente estável, com gengivas edemaciadas e ruborizadas com coleções brancas e dolorosas, sem exsudados. Sem adenomegalias palpáveis, sem outras alterações ao exame objetivo. Analiticamente, leucopenia com neutropenia severa (0 neutrófilos) e esfregaço de sangue com raros linfócitos atípicos; PCR 130 mg/L; sem outras alterações. Sumária de urina e Rx tórax sem alterações. Iniciada antibioterapia empírica com imipenem e terapêutica antifúngica com fluconazol, após colheita de amostras para exames culturais. Do estudo realizado durante o internamento, de salientar: serologias víricas (EBV, CMV, Parvovírus B19, VIH, VHC e VHB) negativas; HCs e UCs sem isolamento de agente; proteinograma sem picos monoclonais, sem consumo de complemento; estudo imunológico negativo; sem défices vitamínicos ou de ferro; TC toracoabdominopélvico sem alterações. Mielograma e imunofenotipagem com alterações sugestivas de neutropenia secundária. Verificada evolução favorável durante o internamento, com recuperação rápida da contagem de neutrófilos.

Conclusão: Neste caso, após a exclusão de possíveis causas infecciosas, neoplásicas e imunológicas de neutropenia e considerando a evolução rápida e favorável após admissão hospitalar e suspensão de terapêutica habitual, a hipótese iatrogénica/tóxica surge como forte possibilidade. Os achados do mielograma e imunofenotipagem vieram sustentar esta hipótese. Após discussão do caso com Hematologia, decidida alta para o domicílio com indicação de suspensão da ticlopidina e HCTZ+amlodipina e vigilância por hemograma. Foi orientada para a consulta de Medicina e Hematologia, sem intercorrências posteriores ao internamento.

P528

868 ANTIBIOTERAPIA - POTENCIAL CAUSA 'VELADA' DE UMA HIPOCALIÉMIA 'REFRACTÁRIA'

Catarina Rodrigues, António Pais de Lacerda

Serviço de Medicina 2 (Dir.: Prof. Dr. Rui M. Victorino), Sector E, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, EPE

Introdução

A hipocaliémia é um distúrbio eletrolítico comum, de causa habitualmente estabelecida pelos dados anamnésticos. De entre as medicamentosas, as exclusões iniciais a considerar são abuso de laxantes (*Cassia angustifolia*) e uso de diuréticos. Todavia é fundamental evocar a antibioterapia como fator causal de hipocaliémias de difícil correção. Este caso clínico é disso paradigmático.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, caucasiana,

74 anos, com história de hipertensão arterial e obesidade, previamente autónoma, admitida no serviço de urgência hospitalar com quadro de paraplegia iniciada cerca de 48 horas antes, apresentava na sua história pregressa um carcinoma invasivo da mama direita (quadrantectomia + radioterapia adjuvante, 2013) e fraturas osteoporóticas em D10-D11-D12. Um mês antes do atual internamento fora hospitalizada por urosepsis a *E. Coli*, com necessidade de colocação de cateter de duplo J no uretero esquerdo, por uropatia obstrutiva. A RMN da coluna vertebral revelou espondilodiscite de D3-D5 com abscessos epidural e pré-vertebral. Submetida a descompressão medular e drenagem do empiema, iniciou antibioterapia com ceftriaxone (2g/dia) por isolamento de *E. coli* no pus do abscesso, descalada ao 28º dia para ampicilina (12g/dia - que cumpriu durante 39 dias). Este período foi pautado por hipocaliémias persistentes sintomáticas e refractárias (K^+ 2.6mmol/L), apesar da elevada suplementação de potássio (>140mEq/dia). Excluídas sistematicamente as possíveis causas deste distúrbio, identificou-se a terapêutica com ampicilina como possível agente etiológico. Descalada a ampicilina para amoxicilina, a hipocaliémia passou a necessitar de menor correção (via oral).

Discussão: A determinação da etiologia da hipocaliémia é essencial para o seu tratamento adequado. Pode ser causada no decurso de diversas condições médicas, ou pelo uso de fármacos, sendo importante explorar todas as suas potenciais causas. Na grande maioria dos casos a hipocaliémia relevante é induzida por medicação, pelo que este distúrbio deve ser deduzido precocemente, podendo interferir com o potencial de ação da célula miocárdica, predispondo a arritmias virtualmente letais. Pretendemos realçar este eventual efeito adverso do tratamento com a classe das penicilinas, as quais atuam no tubo distal como aniões não reabsorvíveis (penicilina G/ piperacilina-tazobactam/flucloxacilina/naftilina - já descritos na literatura). Nesta doente a considerável depleção de potássio de difícil correção verificou-se com ampicilina/amoxicilina, na ausência de depleção volumétrica ou de hiperaldosteronismo, e num quadro de pH variável. Sublinhamos aqui que os doentes sob tratamento prolongado com penicilinas, em especial os mais idosos, encontram-se em risco de desenvolver hipocaliémias graves, pelo que a sua monitorização laboratorial e clínica deve ser apertada, não só para a correção precoce do distúrbio iónico, como, se possível, para uma circunstancial alteração da terapêutica.

P529

917 UMA PARASITAÇÃO CATASTRÓFICA-ESTRONGILOIDÍASE EM DOENTE IMUNODEPRIMIDO

Teresa Piteira, Rita Prayce, Helena Peres, Ana Messias, Maria José Piteira, Miguel Nunes, Vítor Lopes

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

A estrogiloidíase é uma infeção causada pela fêmea do nemátodo *Strongyloides stercoralis* (SS), sendo habitualmente assintomática. O seu ciclo de vida implica a migração da pele para o TGI e depois para os pulmões, e nos casos de hiperinfeção este ciclo de vida está exagerado, com aumento da velocidade do ciclo e do número de parasitas. Diz-se disseminada quando o nemátodo se encontra também fora dos tecidos habituais. Em doentes imunodeprimidos a infeção pode ser catastrófica, pelo aumento do risco síndrome de hiperinfeção e doença disseminada, conferindo elevada mortalidade. Apresentamos um caso clínico de estrogiloidíase num doente imunodeprimido, que ilustra a dificuldade do diagnóstico e tratamento desta infeção.

Homem de 66 anos transplantado renal sob terapêutica com tacrólimus e prednisolona, admitido em UCI por insuficiência respiratória global secundária a pneumonia da comunidade, com necessidade de ventilação mecânica invasiva. Por história recente de anorexia, diarreia sanguinolenta e dor abdominal com positividade sérica para CMV, assumiu-se inicialmente doença invasiva gastrointestinal a este agente, sendo medicado com ganciclovir, no entanto por suspeita de infeção por parasitas realizou coproculturas seriadas, conseguindo finalmente isolar-se na nona amostra SS. Foi simultaneamente realizado lavado bronco-alveolar, encontrando-se também o nemátodo. Apesar de ser medicado com ivermectina e ter apresentado melhoria do ponto de vista respiratório, evoluiu para coma, motivando colheita de LCR com PCR positiva para SS e isolamento de *Enterococcus faecalis*, assim como realização de ressonância magnética cranioencefálica com aspetos sugestivos de estrogiloidíase do sistema nervoso central e meninges.

Face aos achados, foi estabelecido o diagnóstico de meningoencefalite a SS com sobreinfeção bacteriana, em quadro clínico de estrogiloidíase disseminada com síndrome de hiperinfeção. Apesar da terapêutica otimizada (linezolide e albendazol) e suporte multiorgânico evoluiu desfavoravelmente, acabando por falecer.

Apesar da hiperinfeção e a infeção disseminada serem manifestações incomuns da estrogiloidíase, quando existem conferem elevada mortalidade. Nesse sentido é relevante recordar a existência deste parasita e as consequências graves que podem existir quando não pesquisado em casos de

imunossupressão. O diagnóstico pode não ser linear pois nem sempre é encontrado em exame direto, como aconteceu aquando da análise do LCR do nosso doente. Não sendo um diagnóstico comum, é essencial um elevado grau de suspeita clínica acompanhado de pesquisa obstinada em múltiplos produtos, de forma repetida e por múltiplas vias, como a endoscopia, a biópsia ou a serologia.

P530

1589 UM CASO RARO DE SÍFILIS TERCIÁRIA: ENVOLVIMENTO CARDIOVASCULAR E NEUROLÓGICO

Catarina Jorge; Tatjana Mihailovic; Domingos Sousa; Sérgio Silva; Armindo Figueiredo; Mário Lázaro

Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade Faro

Introdução:

A sífilis terciária desenvolve-se entre 25-40% dos doentes com sífilis não tratada e os eventos clínicos podem surgir 1 a 30 anos após infeção primária. A sua prevalência reduziu, consideravelmente, nos últimos anos dado o reconhecimento precoce e o uso de antibióticos. O envolvimento do sistema nervoso central (neurosífilis), cardiovascular (aortite sífilica) e sífilis gomosa (pele e osso) podem ocorrer neste estadio com graves consequências.

Caso clínico: Homem 62 anos, antecedentes de etilismo crónico, hipertensão arterial, tabagismo e acidente vascular cerebral (AVC) no ano anterior é trazido ao SU por instalação subita de mutismo, desvio esquerdo da comissura labial, diminuição da força muscular e hipoestesia no hemicorpo direito. À admissão, apresentava Glasgow 11, afásico, não colaborante, hipertenso (183/72mmHg), taquicárdico (FC 112 bpm), pulso rítmico, apirético e diminuição da força muscular direita (2/5). Sem alterações estetoacústicas cardiopulmonares relevantes. Ativada via verde AVC, realizou TC crânio-encefálico que não evidenciou lesões isquémicas/hemorragicas agudas intracranianas. Realizada fibrinólise com recuperação progressiva dos défices (NIHSS1), mantendo apenas discreto desvio da comissura labial. Admitido no serviço de Medicina para estudo etiológico do AVC, apresentando pupilas anisocóricas, não fotoreativas (Pupila de Argyll Robertson), Sinal de Romberg positivo e ataxia com marcha de base alargada. A RMN cerebral evidenciou lesão temporo-polar esquerda e múltiplos enfartes lacunares não recentes lenticulocapsulares bilaterais, talâmico esquerdo e das coroas radiata. Evidenciaram-se, ainda, focos de hipersinal periventriculares e padrão de atrofia cerebral cortical difusa. Analiticamente, realça-se serologias de IgG e IgM de *Treponema pallidum* positivo, RPR positivo e HIV negativo. Concomitantemente, o estudo radiográfico do tórax evidenciou alargamento mediastínico com proeminência esquerda, tendo sido complementado com angioTC tórax que

revelou dilatação pseudo-aneurismática da crosse da aorta (5,2x6,7 cm) com trombose mural excêntrica densa. Portanto, o doente é internado por AVC's de repetição de provável etiologia aorto-embólica, reunindo achados clínicos e radiológicos sugestivos de envolvimento neurológico (tabes dorsalis) e cardiovascular (aortite complicada com aneurisma) de sífilis terciária. Iniciou tratamento e foi referenciado para intervenção cirúrgica urgente.

Conclusão: Reporta-se o presente caso clínico de sífilis terciária por, não só, ilustrar uma complexidade diagnóstica notória, como também, representar uma condição clínica rara, onde ocorre envolvimento cardiovascular e neurológico, em simultâneo.

P531

1738 FEBRE INTERMITENTE POR CANDIDÍASE CUTÂNEA PERINEAL E VULVAR

José Costa Carvalho, Joana Couto, Carlos Ribeiro, Diana Guerra, Carmélia Rodrigues

Medicina Interna, ULSAM - Viana do Castelo, Portugal

Introdução:

A febre pode cursar com inúmeros distúrbios, desde causas benignas até situações ameaçadoras para a vida e desde causas agudas a crónicas. A etiologia infecciosa é, em regra geral, a mais comum, mas doenças neoplásicas ou inflamatórias também podem cursar com febre, normalmente com uma apresentação crónica ou recorrente.

A Candidíase cutânea e vulvar, sem doença invasiva, não é uma causa frequente de febre, não estando descrita na literatura esta associação.

Caso clínico:

Mulher de 78 anos, admitida por sépsis com ponto de partida em pneumonia da comunidade com disfunção renal e cardiovascular. Medicada com Ceftriaxone e Azitromicina com melhoria clínica e com resolução das disfunções de órgão.

Antecedentes de anemia por perdas ginecológicas secundárias a útero miomatoso.

Apesar de evolução clínica e analítica favorável com apirécia sustentada e diminuição da proteína C reativa, ao 6º dia de internamento teve ressurgimento de febre intermitente e nova elevação de marcadores inflamatórios. Sem crescimento de agente etiológico nas hemoculturas da admissão. A doente negava qualquer queixa, nomeadamente tosse ou expectoração, queixas urinárias ou gastrointestinais, odinofagia, otalgia, artralgias ou alterações cutâneas e estava estável hemodinamicamente. Completou 7 dias de antibioterapia e optou-se por atitude expectante.

Por manter febre e parâmetros inflamatórios elevados apesar de estar assintomática, solicitado

estudo etiológico que demonstrou velocidade de sedimentação de 122mm; serologias de vírus de imunodeficiência humana e hepáticos negativas; anticorpos antinucleares negativos; factores do complemento (C3 e C4), imunoglobulinas (A, G e M) e factor reumatóide dentro do intervalo de referência; electroforese de proteínas séricas sem picos monoclonais; 3 hemoculturas sem crescimento de agentes; tomografia computadorizada do tórax, abdómen e pelve que não mostrou alterações relevantes.

Apesar de a doente manter ausência de queixas, mantinha febre intermitente e elevação de parâmetros inflamatórios pelo que se completou exame objectivo com exame ginecológico que mostrou prolapso uterino e candidíase vulvar e da pele adjacente que a doente referiu já ser conhecido e que apesar de lhe parecer agravado, não valorizava. Solicitada avaliação por Ginecologia que descartou complicações e necessidade de correcção cirúrgica.

Iniciou terapêutica com fluconazol oral (2 tomas de 150mg a cada 72 horas) e econazol tópico em creme e pó com resolução da febre e normalização de parâmetros inflamatórios.

Discussão:

A melhor lição a retirar deste caso é que um exame físico exaustivo, mesmo na ausência de queixas, é por vezes a melhor ferramenta que um médico possui. Apesar disso, salienta-se a ausência de descrições na literatura de casos de febre com origem semelhante, sendo que aqui, a infecção poderá ter sido agravada pela antibioterapia prévia e pela supressão imunológica após episódio de sépsis. A prova terapêutica reforçou a hipótese diagnóstica.

P532

1835 ENDOCARDITE INFECCIOSA – DOS LIVROS À PRÁTICA CLÍNICA

Ana Neto (1), Ana Filipa Leal (1), Ricardo Vaz Pereira (2), Inês Oliveira (1), Daniel Seabra (1), Aurora Andrade (1), João Almeida Pinto (1), Paula Pinto (1)

1 - Centro Hospitalar Tâmega e Sousa (Penafiel, Portugal); 2 - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (Vila Real, Portugal)

Introdução

A endocardite infecciosa (EI) é uma doença rara com amplo espectro clínico na sua apresentação, variando desde uma síndrome febril até ao acidente vascular cerebral. Apesar dos avanços nas estratégias diagnósticas e terapêuticas, EI mantém-se uma doença com elevada morbimortalidade.

CASO CLÍNICO: Homem de 55 anos com história de tabagismo e etilismo, sem outros antecedentes de relevo. Internado por suspeita de isquemia

no membro inferior esquerdo. Apresentava múltiplas lesões hemorrágicas cutâneas plantares e algumas lesões nodulares dolorosas à palpação, compatíveis com lesões de Janeway e nódulos de Osler; analiticamente observou-se elevação dos parâmetros inflamatórios sistêmicos e do BNP. Pela suspeita de EI realizou ecocardiogramas transtorácico e transesofágico que evidenciaram vegetações nas válvulas aórtica e mitral, sem complicações perivalvulares, e cardiopatia dilatada com disfunção biventricular, previamente desconhecida. Iniciou empiricamente vancomicina e ceftriaxone. Ao 19º dia apresentou rash cutâneo generalizado pruriginoso, assumindo-se reação de hipersensibilidade à antibioterapia sendo esta suspensa. Após 5 dias ocorreu reelevação dos parâmetros inflamatórios, desta vez com febre e shivering, pelo que retomou ceftriaxone, entretanto suspenso por neutropenia secundária. Iniciou daptomicina em alternativa. Hemoculturas negativas com manutenção de vegetações valvulares em reavaliações subsequentes.

DISCUSSÃO: O diagnóstico de EI baseia-se nos critérios de Duke modificados. Neste caso, o tratamento foi iniciado com o diagnóstico de endocardite possível (1 major e 2 minor), tendo-se consumado o diagnóstico definitivo apenas após interrupção da antibioterapia. O presente caso clínico ilustra uma apresentação que, apesar de consagrada na literatura, não é a mais comum. O reconhecimento precoce da EI requer um alto grau de suspeição e conhecimento das várias manifestações clínicas, já que a alta taxa de mortalidade da doença exige tratamento atempado.

No caso que apresentamos, o doente foi proposto para cirurgia cardíaca tendo sido recusado por alto risco cirúrgico. Cumpriu antibioterapia com resolução da febre e normalização de parâmetros inflamatórios. Após um ano de follow-up o doente mantém-se em seguimento na consulta de Cardiologia, sem recorrência de clínica infecciosa.

P533

1838 APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE ENDOCARDITE, A PROPOSITO DE UM CASO CLÍNICO

Joana Carvalho, Filipa Leitão, Cleopatra Goric, Manuel Carvalho, Maria Eugénia André

ULS Castelo Branco - Hospital Amato Lusitano

Introdução

A endocardite infecciosa (EI) é uma forma grave de doença valvular. É uma doença rara, com um registo de incidentes de 3 a 10 episódios por 100 000 pessoas por ano. Geralmente está associada a um mau prognóstico e a uma mortalidade elevada, apesar dos grandes avanços nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

Homem, 62 anos, instrutor de condução, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, não insulino-tratada, hipertensão arterial e doença pulmonar obstrutiva crónica. Com alergia conhecida à penicilina. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por febre e tosse seca com 10 dias de evolução. Cumpriu 7 dias de Levofloxacina em ambulatório, sem melhoria do quadro. Referiu picos febris de 38.5°C, ao final da tarde e durante a noite, com suores associados. Ao exame objectivo no SU encontrava-se febril com temperatura timpânica de 38.8°C, hipotenso com frequência cardíaca de 93 batimentos por minuto e com boas saturações periféricas. Auscultação cardíaca com tons hipofonéticos e auscultação pulmonar sem alterações de relevo. Membros inferiores ligeiramente edemaciados. Analiticamente com anemia normocítica normocrômica, lesão renal aguda e discreto aumento dos parâmetros de inflamação, nomeadamente, PCR. Dos exames complementares de diagnóstico é de salientar prova de tuberculina, que foi negativa e 2 hemoculturas que revelaram crescimento de *Streptococcus gallolyticus*. Ecocardiograma transtorácico relevou válvula mitral de folhetos ligeiramente espessados, regurgitação mitral severa (muito turbulenta, ao longo da parede lateral da aurícula esquerda). Posteriormente, realizou ecocardiograma transesofágico observando-se insuficiência mitral moderada a severa. Não se detectaram imagens sugestivas de vegetação endocárdica a nível valvular. Visualizaram-se sim 2 imagens móveis, arredondadas, com localização a nível do endocárdio do apex (dimensão maior de 1 cm e outra de 0,7 cm). Atendendo ao contexto clínico e laboratorial deveriam corresponder a vegetações endocárdicas. Assumiu-se o diagnóstico de endocardite infecciosa e iniciou-se antibioterapia dirigida com Ceftriaxone e Gentamicina, com melhoria do quadro clínico.

Em regime de ambulatório o doente realizou colonoscopia que não demonstrou alterações.

Conclusão: A incidência de EI mantém-se inalterada embora com redução importante dos casos de endocardite associada a cardiopatia reumática. Apesar do diagnóstico e do tratamento da EI, as taxas de mortalidade a 6 meses ainda se aproximam dos 25%. *Streptococcus* e *estafilococos* são a causa de mais de 80% dos casos. A identificação de *S. gallolyticus* deverá sempre levar à investigação de neoplasia do cólon.

P534

926 SÍNDROME DE DRESS DESPOLETADA PELO TRATAMENTO DE ESPONDILODISCITE FÚNGICA

Ana Monteiro, Beatriz Leão, Inês Ferreira, Gonçalo Santos, Maria Duarte, Susana Silva, João Nuak, Luís Malheiro, António Sarmento

CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, SERVIÇO DE DOENÇAS INFECCIOSAS

Introdução

A espondilodiscite é um processo inflamatório das vértebras e discos intervertebrais, habitualmente secundário a infeções bacterianas. A etiologia fúngica é responsável por menos de 5% dos casos e habitualmente associada a doentes imunodeprimidos. A síndrome de DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) consiste numa reação adversa a fármacos, rara e potencialmente fatal. A clínica consiste em febre; erupção cutânea grave, habitualmente com exantema morbiliforme extenso; linfadenopatias e envolvimento sistémico com hepatite e eosinofilia. Descreve-se um caso de espondilodiscite por *Candida glabrata* de difícil tratamento, por múltiplas reações adversas graves a fármacos.

Caso clínico: Homem de 75 anos, com múltiplos internamentos no Serviço de Cirurgia Geral por quadros suboclusivos, secundários a massas de natureza inflamatória, resultantes de uma fístula colo-vesical por corpo estranho. Foi submetido a múltiplos cursos de antibioterapia e tratamentos cirúrgicos, como ressecção anterior do reto, ileocecal e enterectomia segmentar. Apresentou-se com clínica de dor lombar, com 2 meses de evolução, associada a défices neurológicos motores dos membros inferiores. Foi realizada RMN da coluna lombar e documentada espondilodiscite de L2-L3, com coleção epidural anterior. Foi realizada biópsia de disco intervertebral e iniciou antibioterapia empírica com vancomicina e meropenem. Teve isolamento de *Candida glabrata* sensível a azóis e anidulofungina, mas resistente à caspofungina, pelo que iniciou anidulafungina e suspendeu antibioterapia de largo espectro. Após 10 dias de tratamento, apresentou febre (máxima de 40°C), exantema maculo-papular morbiliforme do tronco, edema da face e alterações analíticas, com hepatite colestatia, lesão renal aguda e eosinofilia grave. O quadro foi sugestivo de reação de hipersensibilidade tardia a fármacos, nomeadamente DRESS, associado a anidulofungina, pelo que foi suspensa e iniciou corticoterapia, com melhoria clínica e analítica gradual. Durante o internamento o doente apresentou múltiplos episódios de toxicidade aos antifúngicos, nomeadamente hepatite secundária a fluconazol e nefrite intersticial secundária a anfotericina B, tendo por fim sido medicado com isavuconazol, com tolerância clínica e analítica.

Discussão: O maior desafio na síndrome de DRESS é o reconhecimento precoce, dado a dissociação temporal entre o início do fármaco e a clínica, com suspensão imediata do fármaco potencialmente envolvido. O caso reportado foi desencadeado por uma equinocandina, um fármaco raramente associado a esta síndrome. O caso descrito é de enorme interesse clínico, primeiro pela patologia descrita, uma espondilodiscite por *Candida glabrata*, em segundo lugar pela reação de hipersensibilidade e por fim pela dificuldade no tratamento da doença pelas múltiplas intolerâncias aos antifúngicos de primeira linha.

P535

988 HEPATITE A RECIDIVANTE A PROPOSITO DE UM CASO CLINICO

Mariana Popovici, Mario Ferraz, Matilde Fraga, Jorge Fernandes, Paolo Iacomini, Eunice Patarata, Catarina Pereira, Antonio Panarra

Hospital Curry Cabral, Medicina 7.2; Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introdução

A hepatite A é uma infeção aguda, causada por um vírus ARN, vírus da hepatite A (VHA). A infeção pode ser assintomática, subclínica ou provocar doença aguda. A clínica é habitualmente autolimitada. O período médio de incubação é de 28-30 dias. 10% a 15% das pessoas tem sinais e sintomas prolongados e recidivantes até 6 meses. Sendo o principal modo de transmissão por via fecal-oral, ou por contacto interpessoal, a transmissão por via sexual tem sido descrita, nomeadamente associada a surtos em homens que fazem sexo com homens (HSH). Em fevereiro de 2017, foi identificado surto epidémico, inserido em surto a decorrer na Europa desde 2016. A quase totalidade dos casos foi identificada em HSH, durante o contacto sexual, por transmissão fecal-oral.

Caso clínico: homem de 51 anos, etanolismo moderado e contactos sexuais de risco; recorreu ao SU por náuseas, dor lombar, colúria e TT 37,5°C. Exame objectivo: icterícia, TT 37,2°C. Abdómen: hepatomegalia 4-5 cm. Exames complementares: Hb:16 g/dL; Brb total: 9,6 mg/dL; Brb directa 6,8 mg/dL; AST:3092 U/L; ALT:4149 U/L; GGT:255 U/L; FA:118 U/L; INR:1,4; Factor V: 45,60%. Ecografia abdominal sugestiva de colecistopatia inflamatória/infecciosa. Foi então internado. Durante o internamento, das serologias virais testadas: positividade para VHA. A história epidemiológica e a pesquisa de RNA viral por método PCR revelou positividade para genótipo IA (estirpe VDR_521_2016/ECDS), confirmando ligação epidemiológica ao surto de VHA em HSH. A evolução no internamento foi benigna, com alta ao 10º dia de internamento, referenciado à Consulta de Medicina. Uma semana após a alta, agravamento franco dos sintomas e do padrão

de citocolestase: Brb Total: 28,33 ; Brb directa: 28,33; GGT:164; FA:130; AST: 2450; ALT: 2450. Reinternado neste contexto, confirmou-se recidiva de infecção VHA , excluindo-se sobre infecção por outro vírus hepatotrópico. Realizou biópsia hepática transjugular: com aspectos morfológicos enquadrados em Hepatite A. Clinicamente assintomático atingiu valor de brb total máx. 50mg/dl) com descida muito lenta dos valores de transaminases e sem sinais de insuficiência hepática. Perante ausência de sinais de gravidade o doente teve alta. Dois meses depois em consulta, normalização do quadro clínico e laboratorial.

Discussão: A recorrência ou recidiva da VHA é rara. O diagnóstico de recidiva deve ser feito com reserva, sendo necessário eliminar a possibilidade de infecção por outros vírus. O quadro clínico da doença na recidiva geralmente não difere daquele da doença inicial, mas há tendência a maior colestase, como aconteceu neste doente.

P536

62 UM CASO DE ARTRITE SÉPTICA PROTÉSICA A STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE

Rita Varudo, Rosa Alves, Ana Marques, Tomás Loureiro, Nuno Geada, Tiago Judas
Hospital Garcia de Orta

Introdução

A artrite séptica (AS) por *Streptococcus pneumoniae* (SP) é relativamente frequente. O atingimento articular ocorre como complicação resultante da bacteriemia pneumocócica que pode ou não ter um foco infeccioso primário associado. São raros os casos reportados de infeções protésicas hematogêneas por SP. Com a escassez de dados relativos a infeções protésicas por SP, não existe consenso sobre a melhor estratégia a adotar. Na presença de uma prótese, recomenda-se a remoção cirúrgica, permanecendo incertos os resultados clínicos de uma abordagem conservadora.

Caso clínico: Apresentamos um caso de uma mulher de 82 anos com antecedentes de artroplastia total bilateral do joelho. Foi admitida no serviço de urgência por quadro de prostração e febre. Durante o internamento evidenciou clínica sugestiva de quadro infeccioso com foco pulmonar, tendo sido isolado um *Streptococcus pneumoniae* em hemoculturas e iniciada antibioterapia dirigida com penicilina. Posteriormente verificou-se agravamento clínico com recrudescimento de febre e presença de sinais inflamatórios a nível do joelho esquerdo. A ecografia articular documentou a existência de aspetos sugestivos de etiologia infecciosa. Realizada artrocentese diagnóstica, com saída de líquido opaco com predomínio de polimorfonucleares, seguida de artrotomia com limpeza cirúrgica. Todos os exames culturais se revelaram negativos. A técnica de reação em

cadeia da polimerase permitiu a identificação de SP no líquido sinovial. Tendo em conta o diagnóstico de artrite séptica com artrotomia com retenção da prótese, cumpriu 13 dias de antibioterapia endovenosa após o procedimento e completou esquema com amoxicilina durante um total de seis meses, com resultados clínicos favoráveis após um ano de seguimento.

Discussão: Com o presente caso os autores salientam a importância do isolamento bacteriano na artrite séptica que permite uma terapêutica dirigida eficaz, sendo por vezes necessário um elevado grau de suspeição clínica e técnicas diagnósticas menos convencionais. De igual modo, pretende-se demonstrar o sucesso de uma abordagem terapêutica conservadora na artrite séptica, por *Streptococcus pneumoniae* com retenção de prótese, que poderá ser importante em doentes selecionados.

P537

130 ENDOCARDITE INFECCIOSA DE VÁLVULA PROTÉSICA POR PROTEUS MIRABILIS

Inês Albuquerque, Rita Silva, Marta Soares Carreira, Rosa Cardoso, Isabel Eira, Francisco Cunha, Vitor Braz, Fernando Friões

Centro Hospitalar e Universitário São João

Introdução

A endocardite infecciosa por agentes gram negativos é rara. À exceção do grupo HACEK, não existem recomendações quanto ao seu tratamento.

Caso clínico: Homem de 62 anos, hipertenso, diabético, submetido a transplante hepático por hepatocolangiocarcinoma em 2013 e com internamento em 2014 por endocardite de válvula nativa, que culminou em cirurgia de substituição das válvulas aórtica e mitral por próteses mecânicas e revascularização miocárdica.

Recorre ao Serviço de Urgência (SU) por dispneia de esforço com duas semanas de evolução. Apresentava-se hipotenso, taquicárdico, subfebril e à auscultação cardíaca detetou-se um sopro sistólico aórtico. O eletrocardiograma revelava fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida. Ainda no SU, realizou ecocardiograma transtorácico (ETT), que identificou prótese aórtica obstrutiva e disfunção ventricular esquerda (de novo), sem vegetações. Analiticamente apresentava elevação de parâmetros inflamatórios, doença renal crónica agudizada e elevação de marcadores de necrose miocárdica. Colheu-se sangue para hemocultura (HC), iniciou terapêutica empírica para endocardite infecciosa tardia de válvula protésica e ficou internado.

O ecocardiograma transesofágico mostrava, para além do descrito no ETT, insuficiência aórtica; não

havia vegetações. A tomografia computadorizada não identificou embolização séptica mas demonstrou infiltrados pulmonares de possível etiologia infecciosa. Fez-se broncofibroscopia para colheita de material para estudo microbiológico. Ao 6º dia, após isolamento de *Proteus mirabilis* em lavado brônquico (LB) de pouca celularidade (todas as HC negativas ou em curso), e tendo-se acumulado mais evidência de pneumonia do que de endocardite infecciosa, decidiu-se dirigir a antibioterapia ao único agente isolado, iniciando-se piperacilina/tazobactam.

Ao 11º dia, por agravamento clínico com edema agudo do pulmão refratário, procedeu-se a cirurgia de substituição de valvular, não se documentando sinais macroscópicos sugestivos de endocardite da prótese valvular aórtica ou das outras válvulas cardíacas. Ao 3º dia pós-operatório, na ausência de febre, a antibioterapia foi suspensa. Uma semana depois, houve recorrência de febre e identificação na válvula aórtica removida de *Proteus mirabilis* com um perfil de sensibilidades semelhante ao isolado previamente em LB. Iniciou-se levofloxacina e cefepime e, sob esta terapêutica durante 6 semanas, houve resolução da febre e descida sustentada dos parâmetros analíticos de infecção/inflamação, sem recrudescência de disfunção valvular e com recuperação da função ventricular.

Discussão: Neste caso denotam-se as dificuldades diagnósticas que a endocardite infecciosa pode condicionar, sobretudo em face de um agente raramente implicado. A decisão terapêutica é condicionada pela ausência de recomendações internacionais e depende do clínico assistente. É, no entanto, geralmente aceite que a terapêutica com dois fármacos sinérgicos será benéfica.

P538

221 PNEUMONIA E HEPATITE POR FEBRE Q AGUDA

Rita J. Rodrigues, Paula Gonçalves Costa, Marta Costa Gonçalves, Alcina Ponte

Hospital Santo André - Centro Hospitalar de Leiria

Introdução

A Febre Q aguda tem um amplo espectro de manifestações clínicas, reconhecendo-se três aspetos principais: síndrome gripal, hepatite e pneumonia. Este caso reúne estas condições, fascinando pelo desafio diagnóstico, que foi presuntivo até à confirmação serológica, disponível apenas após a realização do tratamento.

Caso clínico: Mulher, 55 anos, residente em vivenda onde contacta com aves de capoeira. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de febre alta, mialgias, tremores, astenia e cefaleias com 7 dias de evolução. Ao exame objetivo apresentava febre (39,8°C), sem outras alterações. Analiticamente,

destacava-se aumento da velocidade de sedimentação (61 mm/h), da proteína C reativa (139 mg/dL), das transaminases (AST 96 U/L, ALT 83 U/L) e da lactato desidrogenase (416 U/L); reação Weil-Félix positiva (título 1/160). Radiografia do tórax sem alterações. Iniciou-se doxiciclina empiricamente por suspeita de zoonose e internou-se por febre com foco por esclarecer. Após 7 dias de terapêutica, por persistência da febre, embora menos frequente, além de condensação pulmonar direita visível em tomografia computadorizada adicionou-se ceftriaxone e claritromicina, que cumpriu por 7 dias, com melhoria paulatina. Ao 17º dia de internamento foram disponibilizados os resultados das serologias pendentes, que revelavam anticorpos para *Coxiella burnetii* IgM e IgG anti-fase II positivos, títulos de 1/100. Doente admitiu ter sido picada por um inseto cerca de 15 dias antes do início das queixas. Assumiu-se, então, febre Q aguda e optou-se por prolongar doxiciclina por 3 semanas e introduzir um esquema curto de corticoterapia, com melhoria clínica franca e normalização das alterações analíticas. Em reavaliação analítica em regime de ambulatorio, cerca de 6 semanas depois, verificou-se título de anticorpo IgG anti-fase II > 1/1600, confirmando assim o diagnóstico de febre Q aguda. O ecocardiograma transtorácico foi normal.

Discussão: A apresentação clínica da febre Q é inespecífica e o contexto epidemiológico nem sempre é claro, existindo um período de incubação de cerca de 20 dias, dificultando o diagnóstico. A suspeição é imperativa em doentes com fatores de risco para a doença que se apresentem com infecção aguda com febre prolongada, hepatite e pneumonia, especialmente se a contagem leucocitária for normal e se tiverem trombocitopenia e aumento das enzimas hepáticas. Confirma-se febre Q aguda quando os anticorpos anti-fase II são positivos com títulos IgG > 200 e IgM > 100 ou quando há uma quadruplicação do valor do título IgG anti-fase II entre a fase aguda e a convalescença (3 a 6 semanas).

O tratamento eletivo é a doxiciclina na dose de 100mg per os b.i.d. durante 14 dias, embora possa ser prolongado em casos particulares. A adição de corticoides ao tratamento antibiótico já não é formalmente indicada pelo risco de favorecer a evolução para doença crónica, mas pode ser utilizada em caso de clínica persistente ou resposta imunitária exacerbada.

P539

273 ABCESSO RENAL POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA: UM DIAGNÓSTICO DIFÍCIL

Arsénio Barbosa, Miguel Relvas, Sara Araújo, António Vieira-Lopes, Jorge Almeida

Centro Hospitalar São João

Introdução

O abscesso renal caracteriza-se pela presença de febre, atingimento do estado geral e dor lombar/abdominal. É de difícil diagnóstico, sobretudo se não colocado como hipótese. O tratamento passa por antibioterapia, drenagem percutânea ou, em último caso, nefrectomia.

Caso clínico: Apresenta-se o caso clínico de um homem de 38 anos, institucionalizado, com história relevante de epilepsia mioclônica progressiva seguido em consulta de Neurologia, condicionando dependência nas atividades de vida diária e vida de relação razoável com o meio exterior. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de prostração progressiva com um mês de evolução e dor abdominal difusa, que se associou a febre diária (T 38°C) durante a semana anterior à admissão, já observado em ambulatório e medicado com cefixima na presunção de infecção urinária. À admissão, encontrava-se pouco reativo, hemodinamicamente estável, temperatura auricular de 38,8°C e dor abdominal. Analiticamente com subida dos parâmetros inflamatórios (leucocitose e proteína c reativa (PCR) 200 mg/L), sedimento urinário sem leucócitoria e nitritos negativos. Pela suspeita de infecção do sistema nervoso central, realizada punção lombar com saída de líquido água de rocha, com 1 célula, não sugestivo de infecção. Para exclusão de foco abdominal, foi efetuado angio-TC abdominal que mostrou discreto espessamento do sistema excretor do rim direito, sem hidronefrose ou outras alterações. Foi colhido rastreio microbiológico, iniciou antibioterapia empírica com piperacilina-tazobactam e foi internado no Serviço de Medicina Interna com o diagnóstico de pielonefrite aguda.

No internamento, manteve antibioterapia com piperacilina-tazobactam durante 7 dias com descida parcial dos parâmetros inflamatórios, mantendo picos febris (T 38-5-39°C) diários. O rastreio microbiológico colhido inicialmente foi negativo. Pela suspeita de pielonefrite complicada, foi realizado novo TAC-abdominal que mostrou sinais compatíveis com pielonefrite a direita com ectasia de 16 mm. Dada não resposta ao antibiótico prévio e internamento com mais de uma semana, alterou-se antibioterapia para meropenem e vancomicina, entretanto novamente alterada para piperacilina-tazobactam com o conhecimento de isolamento de *Pseudomonas aeruginosa* multissensível em hemoculturas e urocultura. Por nova evolução desfavorável sob antibioterapia eficaz, foi pedido novo TAC-abdominal para exclusão de complicação que mostrou múltiplos abscessos renais a direita. O doente foi proposto para nefrectomia que decorreu sem intercorrências.

Discussão: Este caso pretende demonstrar a dificuldade no diagnóstico de um abscesso renal, com necessidade de rápida intervenção cirúrgica quando evolução desfavorável sob antibioterapia eficaz.

P540

283 MAL DE POTT: A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS

Beatriz Porteiro, Mariana Costa, Filipa Nunes, Marina Vitorino, Whine Pedro, Alexys Borges, Marinela Major, João Machado

Hospital Doutor Fernando da Fonseca, Medicina I

A tuberculose óssea é uma entidade pouco frequente que corresponde a cerca de 10% dos casos de TB extra-pulmonar. Afeta predominantemente a região dorsal e lombar da coluna vertebral, de forma indolente, e habitualmente associa-se a abscessos paravertebrais. Os aspetos clínicos, laboratoriais e imagiológicos são inespecíficos sendo a biópsia percutânea guiada por TC o método de diagnóstico usual.

Caso 1: Mulher de 31A, melanodérmica, natural e residente em Angola, com história arrastada de lombalgia intensa, com irradiação para a face posterior da perna direita, associada a perda ponderal de 10Kg e posterior aparecimento de massa dolorosa na face interna da coxa direita com 12cm de maior eixo. Negou febre. Apresentava Hgb 10 g/dL, VS 40mm e serologia VIH negativa. Em TAC da coluna lombar identificou-se marcada destruição de L3-L4 associada a exuberantes abscessos do psoas à direita com envolvimento muscular da coxa e destruição óssea por contiguidade da coluna lombar e sagrada. Realizou biópsia do abscesso guiada por TC no qual a PCR para *M.Tuberculosis complex* foi positiva, no entanto os estudos culturais adicionais foram negativos. Iniciou antibióticos com terapêutica quádrupla, atualmente encontra-se em 8o mês de tratamento com melhoria progressiva e regressão do abscesso.

Caso 2: Homem de 34A, melanodérmico, natural da Guiné-Bissau, residente em PT desde 2008, admitido por quadro arrastado de lombalgia com agravamento progressivo e limitação funcional, associado a febre e perda ponderal de 11Kg. Objetivaram-se múltiplas adenopatias cervicais e inguinais. Analiticamente Hgb 11 g/dL, VS 94mm, serologia VIH negativa. No estudo imagiológico iniciado por TAC da coluna dorsal e lombar completado por RM foi evidente espondilodiscite em L4/L5 com colapso do espaço discal, com radiculite dos trajetos foraminais de L4 bilateral e de L1 à direita com abscesso prevertebral L4-S1 com 56mm de diâmetro crânio-caudal, múltiplos e volumosos abscessos paravertebrais desde L1 a S3, e abscesso das partes moles retrovertebrais entre L1 e L4. Apresenta também osteomielite D2 e D3 esquerdas com radiculite. Adicionalmente o TCTórax favoreceu tuberculose miliar. Foi feita drenagem do abscesso guiada por TC. O exame direto do pus foi negativo. A PCR para *M.tuberculosis complex* foi positiva pelo que se iniciou tratamento. Atualmente

está no primeiro mês de tratamento com resposta favorável, aguarda-se o resultado das culturas.

Os casos ilustram dois adultos jovens naturais de países endêmicos com formas extensas e graves de mal de Pott. O diagnóstico foi estabelecido por PCR para *M. Tuberculosis complex* positiva no pús do abcesso com os correspondentes exames culturais negativos, ou em curso, o que pode explicar-se, de acordo com a literatura, pela baixa carga bacilífera descrita nestas formas de TB. O diagnóstico tardio condiciona o prognóstico destes doentes reforçando a importância da suspeição clínica nestes casos.

P541

308 SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON ASSOCIADA A INFEÇÃO POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE

Sheila Jamal, Patrícia Liu, Sónia Carvalho, Paula Marques
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

INTRODUÇÃO A Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) é uma rara e grave reação de hipersensibilidade de mediação imunológica, com atingimento comum das mucosas oral, nasal, ocular, genital, gastrointestinal e do trato respiratório inferior. Os fármacos constituem a etiologia mais frequente, particularmente antibióticos e anticonvulsivantes, seguidos de infecção por *Mycoplasma pneumoniae*. Apresenta-se tipicamente com pródromos (febre e mal-estar) e aparecimento das lesões mucocutâneas após poucos dias. O diagnóstico é clínico e com confirmação histológica por biópsia da pele. A abordagem consiste na resolução do fator desencadeante, tratamento de suporte e prevenção de complicações (sequelas cutâneas, oculares ou pulmonares).

CASO CLÍNICO Sexo masculino de 24 anos, sem antecedentes ou alergias conhecidas, recorre ao Serviço de Urgência (SU) por mialgias e febre (máximo de 39.5°C) com início há uma semana e odinofagia com 3 dias de evolução, tendo sido medicado com Amoxicilina/Ácido Clavulânico (AM/AC). Regressa ao SU no dia seguinte por persistência da febre e aparecimento de lesão bolhosa hemorrágica na orofaringe. Objetivamente mucosa da orofaringe com lesões vesiculares/bolhosas, sem alterações analíticas ou imagiológicas de relevo, ficando internado para estudo. Inicialmente progressão das lesões, com mucosite oro-labial e placas crosto-hemorrágicas nos lábios, conjuntivite membranosa, vesículo-pústulas na região genital e placas eritemato-vesiculosas no dorso e membros, com resposta favorável a corticoterapia sistémica e tratamento de suporte. Realizada biópsia cutânea que revelou alterações compatíveis com SSJ, assumida em contexto de AM/AC. Por manutenção de febre e sinais clínicos e imagiológicos compatíveis com consolidação de novo no lobo inferior esquerdo, ao 5º dia inicia antibioterapia empírica com Piperacilina/Tazobactam, com evolução clínica

e analítica favoráveis. Resolução completa do quadro em 3 semanas, com alta encaminhado para consultas de Medicina Interna e Imunoalergologia. Do estudo realizado foram excluídas autoimunidade, imunodeficiência e infeções víricas e fúngicas, sendo de destacar positividade de IgG e IgM para *M. pneumoniae* e testes cutâneos negativos para AM/AC na leitura imediata e tardia.

DISCUSSÃO Embora a SSJ associada a *M. pneumoniae* seja mais frequente em crianças ou adultos jovens, a suspeita inicial neste caso foi a etiologia medicamentosa pela história de introdução recente de fármaco. Além disso, a evidência clínica e radiológica de pneumonia é menos comum quando associada a *M. pneumoniae*. É também de realçar que, face ao quadro inicial e antes do envolvimento cutâneo, normalmente iniciam-se antibióticos precocemente, o que pode constituir um importante fator confundidor na determinação etiológica. Além da colheita de história clínica detalhada e do diagnóstico histológico, devem ser investigadas todas as possíveis causas, uma vez que podem existir apresentações atípicas em adultos, como foi exemplo este caso.

P542

495 MALÁRIA - UMA FEBRE VIAJANTE

Diana Coutinho, Diogo Canudo, Sofia Calaça, Inês Santos, Francisco Rebocho, Graça Tavares, Francisco Azevedo
Hospital do Espírito Santo de Évora

INTRODUÇÃO

A malária é uma doença potencialmente fatal causada pela infecção pelos protozoários do *Plasmodium*, transmitidos pelo mosquito *Anopheles*. Os doentes apresentam sintomas, habitualmente, algumas semanas após a infecção, embora a sintomatologia e o período de incubação possam variar, dependendo dos factores do hospedeiro e das espécies causadoras. A maioria dos doentes com malária não complicada apresenta melhora clínica e analítica num período de aproximadamente 48 horas após o início do tratamento e apirexia após 96 horas. Mas quais as complicações a que temos que estar atentos e qual o prognóstico? CASO CLÍNICO: Homem, 51 anos, sem antecedentes médicos relevantes, no seu estado habitual de saúde até cerca de 5 dias antes da vinda ao SU, altura em que iniciou quadro de febre (38.5°C), predomínio nocturno, calafrios e sudorese, astenia, mialgias, mal-estar generalizado, anorexia e náuseas. Quando questionado acerca de contexto epidemiológico, o doente referiu que trabalhava em Angola, encontrando-se de férias em Portugal. Ao exame objectivo, doente prostrado, normotenso, taquicárdico, taquipneico, febril (TT 40.1°C), hipoglicémico; exame neurológico sumário sem alterações. Analiticamente, com leucopenia, trombocitopenia, PCR aumentada e lesão renal aguda, com creatinina 1.24 mg/dL, sem alterações

hepáticas ou iónicas. Urina sumária sem alterações. Hemoculturas negativas. Radiografia de tórax e abdómen sem alterações relevantes. Pesquisa de *Plasmodium falciparum* positiva, com parasitemia de 3%. Foi iniciada terapêutica com quinina 600 mg de 8/8h e doxiciclina 100 mg de 12/12h. Cumpriu 8 dias de terapêutica. Manteve picos febris nocturnos até ao 5º dia de internamento, com padrão terçã, apresentando, a partir desse dia, apirexia mantida. Parasitemia negativa em sangue periférico à data de alta. Após o quarto dia de antibioterapia, objectivou-se hipoacusia marcada, considerada iatrogénica à terapêutica com quinina, após exclusão de doença orgânica. **DISCUSSÃO:** A maioria das complicações da malária é causada quando se trata de infecção pelo *P. falciparum*. A complicação mais temida é a malária cerebral. Contudo, outras podem surgir, sendo as mais frequentes: convulsões; insuficiência renal aguda, em até 30% dos doentes; hipoglicemia. A infecção por *P. falciparum* tem um mau prognóstico, com elevada taxa de mortalidade se não for tratada, mas com excelente prognóstico se diagnosticada precocemente e tratada adequadamente. Aquando do tratamento da malária, o clínico deve estar alerta para os potenciais efeitos adversos da medicação.

P543

920 ABCESSOS HEPÁTICOS PIOGÉNICOS – QUANDO TUDO FALHA

José Pedro Cidade, Inês Fernandes Santos, Sara Casanova, João Carlos Furtado, Francisco Silva
Hospital Egas Moniz

Introdução – O abscesso hepático piogénico é uma doença rara mas grave sendo frequentemente originada por doenças das vias biliares e infecções pancreático-esplénicas, entre outras.

A sua ocorrência enquanto manifestação de isquémia intestinal é rara, dependendo de um elevado índice de suspeição. A terapêutica assenta tradicionalmente na associação da antibioticoterapia à drenagem cirúrgica ou percutânea, esta última um factor preponderante no prognóstico e sobrevida.

A impossibilidade de abordagens invasivas impõe aos Internistas um desafio adicional, visto que o sucesso da terapêutica e outcome dependem exclusivamente de uma exaustiva intervenção e optimização farmacológica.

Caso Clínico - Doente 76 anos com história de cardiopatia isquémica, Diabetes Mellitus 2 insulinotratada e aneurisma extenso da aorta torácica e abdominal, com colocação prévia de 2 endopróteses e complicado de acidente isquémico medular.

Admitido por febre e dor torácica retroesternal e abdominal persistentes com alívio parcial a analgésicos, agravando com refeições e

acompanhando-se de vômitos pós-prandiais tardios

À admissão febril, normotenso, normocárdico, eupneico, abdómen difusamente doloroso à palpação, indolor à descompressão e edema periférico. Analiticamente: leucocitose (20 200/uL) neutrofila e PCR 34.6mg/dL, com padrão de lesão hepático citocolestático (AST 112U/L; ALT 114U/L; FA 375U/L; GGT 340U/L; Bilirrubina T 0.48mg/dL e Lipase 7mg/dL). Sem alterações ao electrocardiograma e ao radiograma de tórax. A angio-TC revelou múltiplos abcessos com 9cm de maior diâmetro no segmentos VII e VIII hepáticos e enfartes subcapsulares esplénicos, além de pneumatose sem plano de clivagem com a 2ª porção do duodeno.

Perante estes achados sugestivos de disseminação microbiana via enteroportal, colocou-se a hipótese de isquémia subjacente do território celíaco, confirmada por novo exame, que comprovou deslocação de endoprótese aórtica e oclusão praticamente total do tronco celíaco. O aparecimento rápido de volumosa colecção abcedada desde fundo gástrico à fásia pararenal anterior e goteira parietocólica direita, sob antibioticoterapia em doses convencionais, motivou tentativas de drenagem percutânea, sem sucesso por inacessibilidade anatómica. A recusa persistente do doente em intervenções cirúrgicas invasivas, impôs à equipa médica a necessidade da optimização constante da farmacocinética dos antibacterianos, em regime de internamento e ambulatório, por forma a conseguir remissão das lesões apresentadas e prevenção de novos eventos de translocação bacteriana intestinal, obtendo estabilidade clínica e sobrevida superiores a um ano.

Conclusão – A isquémia intestinal manifestada por abcessos abdominais é uma entidade rara e potencialmente fatal, cujos diagnóstico e terapêutica exigem abordagem multidisciplinar. Perante falência das modalidades terapêuticas invasivas eficazes, o Internista persiste como último reduto para a hipótese de sucesso na sobrevida destes doentes.

P544

1194 MENINGITE COM PONTO PARTIDA EM FÍSTULA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUIDIANO (LCR)

Francisca M. Pereira, Joana Braga, Márcia Ribeiro, Pilar Barbeito, Carlos Oliveira
Hospital Santa Maria Maior - Barcelos

As meningites são processos infecciosos e/ou inflamatórios agudos, que acometem por contiguidade ou via hematogénica, as meninges e o espaço subaracnoideo. Associam-se a morbi-mortalidade significativa. A sua gravidade clínica indica a importância de seu reconhecimento precoce

Mulher, 65 anos, sem antecedentes pessoais conhecidos e sem medicação habitual. Recorreu ao SU por quadro de alteração estado consciência, encontrada no domicílio pouco reativa, com perda continência esfínteres e vômito alimentar. Referência a quadro gripal com febre e mialgias com 3 dias evolução. Sem história de traumatismo.

Ao exame objetivo, Escala Coma Glasgow 11, hemodinamicamente estável, febril. Exame neurológico sumário com rigidez da nuca, sem outros sinais meníngeos ou défices neurológicos focais.

TC cerebral com sinais de pansinusite, sem outros achados. Efetuada punção lombar (PL) com saída de líquido de aspeto turvo, hiperproteínoorraquia, hipoglicorraquia, 424 células com predomínio de polimorfonucleados. Iniciado empiricamente ceftriaxone, aciclovir e ampicilina e internada no serviço de Medicina por Meningite bacteriana provável. Realizada TC seios perinasais a revelar sinais infecciosos de todos os seios perinasais, de predomínio esfenoidal-etmoidal posterior, com solução de continuidade da base do andar anterior com comunicação entre as cavidades sinusais e compartimento endocraneano. Observada por ORL sem alterações na otoscopia e nasofibrolaringoscopia.

Do restante estudo efetuado, LCR estéril, pesquisa de antígenos capsulares negativos. Hemoculturas negativas. Marcadores víricos negativos. Em dia 13 de antibioterapia empírica, com febre persistente e agravamento dos parâmetros inflamatórios, pelo que foi associada vancomicina. Realizou RM seios perinasais que confirma achados na TC, a sugerir mucocelo/menigocelo do seio esfenoidal esquerdo.

Por evolução clínica desfavorável com febre persistente e rinorréia, foi transferida para correção cirúrgica de meningocelo e fístula de LCR. Re-internamento no serviço ORL por rinorréia, tendo realizado cirurgia endoscópica nasossinusal (CENS) com revisão de encerramento endoscópico de fístula de LCR.

A fístula de LCR advém de uma ruptura das barreiras anatómicas que separam o espaço subaracnoideu da mucosa das fossas nasais ou dos seios perinasais. Na clínica, predomina a rinorréia aquosa, geralmente unilateral e não controlável, por vezes associada a massa intranasal, cefaleia e, mais raramente, a episódios recorrentes de meningite.

Estão descritas intercorrências no pós-operatório imediato, no presente caso com rinorréia a motivar re-internamento.

Assumida fístula de LCR idiopática como causa de meningite.

P545

1447 UMA COMPLICAÇÃO RARA DE UMA DOENÇA COMUM

Daniela Brito, Natacha Silveira, Daniela Marto, João Ribeiro, Maria José Manata, Fernando Maltez
Centro Hospitalar do Médio Tejo

Introdução

O vírus varicela-zoster (VZV) tem como complicação neurológica mais comum da sua reativação a nevralgia herpética, geralmente autolimitada. Nos doentes imunodeprimidos o quadro clínico pode ser mais grave, cursando com infeções disseminadas e distúrbios neurológicos graves.

Caso clínico: mulher de 78 anos, melanodérmica, autónoma para as atividades de vida diária; antecedentes pessoais conhecidos de infeção por vírus da imunodeficiência humana (VIH) tipo 1, hipertensão arterial e obstipação crónica. Recorreu ao serviço de urgência por um quadro clínico de dor intensa na região lombar com irradiação ao membro inferior esquerdo, sensação de calor, mal-estar, astenia e lesões vesiculosas com 2 dias de evolução. À observação apresentava membro inferior esquerdo edemaciado no terço distal, vesículas e pústulas na perna, região glútea e no dermatóma L5/S1, com perda de substância em alguns locais e exsudado sero hemático. O exame microbiológico das vesículas foi positivo para VZV, por método de amplificação dos ácidos nucleicos (PCR). Assumiu-se quadro de Herpes Zoster disseminado e a doente foi internada sob terapêutica endovenosa com aciclovir. De intercorrências há a destacar retenção urinária com necessidade de algaliação e, posteriormente, várias tentativas de desalgaliação, sempre sem micção espontânea. Apesar da melhoria clínica progressiva, a doente manteve dor de características neuropáticas e parésia de predomínio esquerdo, particularmente a nível da coxa, com impotência funcional para marcha autónoma apesar do programa de reabilitação motora. Para esclarecimento do quadro foi pedida ressonância magnética lombar que mostrou alterações compatíveis de natureza infecciosa/inflamatória pós infecciosas, tendo realizado punção lombar com pesquisa positiva de VZV no líquido e, electromiografia que confirmaram a hipótese de diagnóstico de mielite pós-herpética.

Conclusão: A mielite apresenta-se como uma diminuição da força muscular focal com ou sem défice sensitivo, é uma complicação rara, e a sua apresentação pode ser aguda ou subaguda, após o aparecimento das vesículas. É necessário algum grau de suspeição para identificar precocemente esta entidade, como complicação pós-infecciosa, em especial no doente imunocomprometido. Apesar do tratamento adequado e medidas de reabilitação,

uma percentagem elevada de doentes mantêm algum grau de incapacidade permanente sequelar.

P546

1534 ÚLCERAS ORAIS: IATROGENIA E/OU INFECÇÃO?

Marli Cruz, Luís Magalhães, João Gonçalves, André Soares, António Carneiro
Hospital da Luz Arrábida

Introdução

A terapêutica imunossupressora reveste-se de uma multiplicidade de problemas, sendo as infeções oportunistas um deles. Descreve-se um caso extremamente raro de infeção, simultânea, da cavidade oral, por EBV e Herpes simplex tipo 1 (HSV1), em doente imunossuprimida.

Caso clínico

Mulher de 71 anos com HTA e lúpus eritematoso sistémico sob metotrexato há 7 anos, atualmente sem evidência de doença ativa.

Recorreu ao atendimento urgente por perda progressiva de via oral devido a ulceração dolorosa da cavidade oral, com 3 meses de evolução. Fez múltiplos tratamentos tópicos (corticóide, antifúngico e gentamicina), sem resposta. Na admissão estava desidratada, identificaram-se 3 lesões aftosas nas mucosas jugal e labial e, ainda, lesão renal aguda.

A pesquisa sérica de vírus por PCR isolou DNA de EBV, com CMV e HSV1 e 2 não detetáveis. A pesquisa de vírus Herpes em zaragatoa seca das lesões foi positiva para HSV1 e não detetável para HSV2. A biópsia de úlcera labial revelou exame anatomo-patológico sem displasia/malignidade; pesquisa de DNA de EBV positiva e a de HSV1 e 2 negativas.

O estudo imunológico efetuado mostrou apenas anticoagulante lúpico positivo, sendo os autoanticorpos negativos. Fez EDA, para avaliação da extensão, que mostrou esofagite de grau B e hérnia do hiato.

Durante o internamento suspendeu o metotrexato e iniciou corticoterapia sistémica (prednisolona 1mg/kg/dia). Evolução clínica favorável, com resolução gradual da dor e recuperação da via oral.

Concluiu-se pelo diagnóstico simultâneo de estomatite herpética e, dado o isolamento de EBV nas lesões, assumiu-se também úlceras mucocutâneas associadas ao EBV (UM-EBV). Suspendeu o metotrexato e iniciou valaciclovir.

Na reavaliação, após término do valaciclovir, estava assintomática e com as lesões orais em resolução.

Discussão

As UM-EBV, em doentes imunossuprimidos, encontram-se classificadas como neoplasia linfoproliferativa (OMS).

Na maioria dos casos, após a infeção primária, o EBV infeta de forma persistente as células B, adquirindo uma forma latente. A imunossupressão contribui para a transformação das células B infetadas pelo EBV, levando ao aparecimento de várias doenças linfoproliferativas.

Na maioria dos casos, a evolução é indolente e não é necessário um tratamento em específico, recomendando-se a interrupção do agente imunossupressor.

A imunossupressão, seja ela iatrogénica, adquirida ou a imunossenescência associada ao envelhecimento estão relacionadas com o aparecimento de UM-EBV, sendo a presença de viremia por EBV extremamente rara, com apenas um caso documentado até ao presente.

Nunca na literatura médica, tanto quanto sabemos, foi descrito um caso de sobreposição de infeção por HSV1 e UM-EBV, como o caso descrito pelos autores. Além disso, esta doente apresentava viremia por EBV o que também é incomum.

P547

1701 A PROPÓSITO DE UM CASO DE DOENÇA DE WEIL

Joana Carvalho, Filipa Leitão, Cleopatra Goric, Manuel Carvalho, Maria Eugénia André
ULS Castelo Branco - Hospital Amato Lusitano

Introdução

A Leptospirose é uma doença infecciosa subdiagnosticada e subnotificada causada por uma espiroqueta patogénica do género *Leptospira*, com envolvimento multiorgânico. É considerada a zoonose mais comum em todo o mundo e apresenta um amplo espectro de manifestações clínicas, variando desde infeção limitada até doença fulminante e fatal denominada Doença De Weil.

Homem de 65 anos, trabalhador na construção civil e em meio rural, com antecedentes de Hipertensão Arterial, que recorreu ao Serviço De Urgência (SU), em Janeiro, apresentando quadro de astenia, mialgias generalizadas, icterícia e incontinência urinária, bem como náuseas, com alguns dias de evolução. Referia também algum desconforto abdominal, gengivorragias e expectoração hemoptóica. Recorrera ao SU nos dias prévios, por episódio de síncope. Teve alta, assumindo-se causa iatrogénica por alteração recente de medicação anti-hipertensora. Ao exame objectivo no SU doente apresentava icterícia da pele e escleróticas, encontrava-se eupneico, com boas saturações periféricas em ar ambiente, apirético e hemodinamicamente estável. Os membros

inferiores encontravam-se edemaciados, com Godet bilateralmente. Dos exames complementares realizados destacava-se trombocitopenia de novo ($19 \times 10^9/L$), Tempo protrombina aumentado (60%), lesão renal aguda, hipocaliémia grave de 2,9, elevação das transaminases e bilirrubina total à custa da directa. Aumento dos parâmetros inflamatórios, com PCR de 180. Foi observado pelos Colegas de Gastroenterologia que realizaram ecografia abdominal e que concluíram que os achados ecográficos não sugeriam obstrução da via biliar principal, tratando-se muito provavelmente de icterícia em contexto de disfunção hepatocelular por provável quadro infeccioso de etiologia a esclarecer. A vesícula apresentava ainda aspectos de colecistite alitiásica também enquadrada neste contexto. Dado ao contexto epidemiológico levantada a suspeita de zoonose, tendo sido colhidos produtos biológicos para culturas e serologias, nomeadamente Rickettsioses e Leptospira e foi iniciado empiricamente doxiciclina. Doente teve um agravamento do estado clínico, com instabilidade hemodinâmica e foi transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) por Doença de Weil, com disfunção renal, hepática, com coagulopatia e trombocitopenia graves.

Conclusão: Em Portugal, a Leptospirose tem tido uma importância crescente nas últimas décadas, com ocorrência de casos fatais. Um diagnóstico atempado e um tratamento precoce são cruciais para a ausência de uma evolução clínica desfavorável. Apesar de este caso clínico ter ocorrido no Inverno, a elevada suspeição permitiu iniciar tratamento e fazer o diagnóstico assertivo, contudo a doença progrediu de forma fulminante com necessidade de internamento na UCI. OS autores pretendem com este caso alertar ainda que, devido às alterações climáticas, o aparecimento de determinadas doenças tenderá a surgir fora de época.

P548

1900 MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS - O SUSPEITO DO COSTUME...

Nuno Maia das Neves, Susana Carvalho Coelho, Alexandra Bayão Horta, João Sá
Hospital da Luz Lisboa

Introdução

A tuberculose osteo-articular representa cerca de 10% dos casos de tuberculose extrapulmonar, sendo que destas 50 a 60% se localizam na coluna vertebral. A sua patogénese está relacionada com a disseminação hematogénica ou a partir de gânglios linfáticos paravertebrais adjacentes. Nos adultos, habitualmente, a coluna dorsal inferior e lombar superior são as regiões mais frequentemente acometidas. Se a infeção se mantiver, pode haver formação de abscesso que, no caso de infeção na região dorsal baixa ou transição dorso lombar, poder-se-á estender, mais habitualmente, através

da bainha do músculo psoas até à região inguinal.

Caso Clínico

A imagem de tomografia computadorizada (TC) da coluna dorso-lombar apresentada é referente a uma doente de 42 anos, natural do Brasil, residente em Portugal há 10 anos. Trata-se de uma doente com queixas, há cerca de um ano e meio, de dor referida à região lombar, sem irradiação ou défices neurológicos associados que, no mês anterior, desenvolveu uma tumefação dolorosa com sinais inflamatórios a nível da região lombo-sagrada direita. Nesse contexto terá sido observada pelo seu médico assistente que solicitou a realização de TC da coluna lombar, a qual descreveu a presença de uma volumosa coleção com origem em espondilodiscite de L1-L2, eventualmente de natureza específica, que se desenvolvia ao longo do músculo psoas direito, com extensão crânio-caudal de 17 cm, com extensas alterações destrutivas de elementos vertebrais nessa mesma localização. À parte as queixas algícas, a doente negava febre, anorexia, sudorese noturna, emagrecimento ou queixas respiratórias; analiticamente sem alterações a salientar. Foi realizada drenagem guiada por TC do abscesso, cujo estudo evidenciou cultura positiva com identificação de *Mycobacterium tuberculosis*. Como tal, foi iniciada terapêutica quádrupla com anti-bacilares e a doente foi referenciada ao Centro Diagnóstico Pneumológico da área de residência e à nossa consulta.

Apesar da sensibilidade documentada aos quatro anti-bacilares iniciados, a doente evoluiu com agravamento da tumefação lombo-sagrada, acompanhado por dor localizada. A nova TC realizada cerca de 3 semanas após o início da terapêutica, mostrava aumento das dimensões do abscesso paravertebral ao longo da bainha do músculo psoas, com dissecação ao longo desta e do tecido celular subcutâneo na região lombar. Para alívio sintomático, optou-se pela drenagem percutânea da tumefação, procedimento pouco realizado na ausência de compromisso neurológico, dada a efetividade da terapêutica anti-bacilar e risco de fistulização inerente ao procedimento.

Conclusão

Este caso serve para relembrar o curso insidioso que, frequentemente, a doença tuberculosa apresenta, sendo necessário um elevado nível de suspeição para o seu diagnóstico. Além disso, é importante ter em conta que, mesmo após o início de tratamento eficaz, as lesões induzidas pela longa evolução da infeção podem não ter resolução imediata.

P549

2118 FEBRE DE ORIGEM INDETERMINADA, UM DESAFIO INGLÓRIO

João Oliveira, Ana Vigário, Sofia F. Ribeiro, Fátima Farinha, João Araújo Correia

Centro Hospital e Universitário do Porto

INTRODUÇÃO

A febre de origem indeterminada (FOI) é um desafio diagnóstico e inconclusiva em 30 a 50% dos casos. Os autores pretendem mostrar a dificuldade diagnóstica de um caso com múltiplos fatores confundidores.

CASOS CLÍNICO: Mulher de 69 anos, com carcinoma cribiforme invasor e ductal invasor da mama direita, submetida a mastectomia total em 2005. Esquizofrenia desde os 24 anos, com vários internamentos e medicada desde então com antipsicóticos, suspensos 1 ano antes do internamento, por síndrome parquinsónica e distónica, tendo iniciado antiparkinsonianos. Dá entrada no hospital por febre, desidratação e perda ponderal. Apresentava síndrome consumptiva, atrofia muscular generalizada progressiva, sudorese, períodos de maior apatia com cerca de 6 meses de evolução, com maior dependência nas semanas prévias ao internamento. Inicialmente sem clínica focalizadora de órgão; anemia dos estados inflamatórios; aumento dos parâmetros inflamatórios; e assumida infeção respiratória. Debelado processo infeccioso, persistência de febre alta, com resposta parca a anti-piréticos e anti-inflamatórios. Artérias temporais palpáveis e simétricas. Revistos fármacos indutores de febre, excluídos focos de infeção, nomeadamente no sistema nervoso central e zoonoses. Rastreadas infeções víricas e doenças auto-imunes, igualmente negativas. Tomografia toracoabdominopélvica sem alterações e excluídas doenças linfoproliferativas. PET com hiper captação de tecidos moles retro-sagrados e vários músculos proximais, mas biópsia muscular revela apenas atrofia neurogénica severa. Por persistência de quadro de febre de difícil controlo, e após rastreio oncológico (não invasivo) procedeu-se à pesquisa de DNA tumoral sérico em confronto com peça mamária de neoplasia prévia, igualmente negativo. Apesar do tempo decorrente entre início de febre e suspensão de neuro-léticos, e a duração de quadro de febre, equacionada a possibilidade de síndrome de catatonia maligna aos neuro-léticos, realizou trial de benzodiazepinas sem melhoria.

Após 2 meses de quadro febril de difícil controlo, inicia períodos de apirexia intercalados de febre, ainda que mais controlada. Durante esse período, agravamento neuromuscular progressivo sem verbalização, tetraparésia com tónus aumentado e espasticidade, postura flectida das mãos e em extensão dos pés e postura distónica cervical.

Reflexos cutâneo-plantares esboçavam flexão e dúvida de mioclonias. Foi ainda levantada a hipótese de esclerose lateral amiotrófica e demência fronto-temporal, mas C9orf negativa, tornando o diagnóstico pouco provável.

CONCLUSÃO: O diagnóstico de FOI permanece indefinido num número considerável de casos, alguns com persistência de febre nos meses seguintes, mas habitualmente com bom prognóstico ou esclarecimento etiológico nos meses seguintes. Neste caso, o quadro de caquexia e as alterações neurológicas foram-se afirmando de forma irreversível, permanecendo desconhecida a sua etiologia após 6 meses de internamento.

P550

759 UM COMPORTAMENTO ESTRANHO PARA UM DIAGNÓSTICO DIFERENTE

Carla Marques Pires, Sandra I. Correia, Isabel M. Eira, Renata Carvalho, George Chiriac, Cindy Tribuna, Cristina Ângela, Carlos Capela

Hospital de Braga

INTRODUÇÃO:

A encefalite vírica é uma infeção do sistema nervoso central, cuja verdadeira incidência é desconhecida devido ao subdiagnóstico.

No âmbito clínico, esta patologia caracteriza-se por alterações comportamentais, da personalidade ou do discurso e sinais neurológicos focais (sensitivos ou motores).

CASO CLÍNICO:

Homem de 45 anos ex-toxicodependente, ex-alcoólico, fumador, infetado por vírus de imunodeficiência humana e vírus de hepatite C e com coxartrose bilateral com prótese total da anca esquerda em 2015 como antecedentes de relevo.

Internado a 26 de Fevereiro no serviço de Psiquiatria por alterações comportamentais de novo associadas alucinações, recusa alimentar e negligência de autocuidados, nomeadamente no controlo de fezes com 2 semanas de evolução. À data de admissão negava consumo de drogas ou álcool. Não apresentava alterações no exame neurológico sumário e na tomografia cranioencefálica não foram identificadas lesões ocupantes de espaço ou vasculares agudas. Durante o internamento face aos antecedentes, foi avaliado por Medicina Interna que pela manutenção do comportamento desadequado após otimização da terapêutica psiquiátrica foi decidido prosseguir com a investigação clínica de forma a excluir patologia orgânica subjacente. Deste modo o doente realizou angiografia por ressonância magnética cranioencefálica que evidenciou nas ponderações tempo de repetição longo múltiplas áreas de hipersinal na substância branca periventricular, subcortical e fronto-temporo-parietal,

sem efeito de massa associado. Em acréscimo realizou uma punção lombar que colheu um líquido cefalorraquidiano com hiperproteinorráquia (proteínas 1,53 g/L) e 29 células /uL das quais 82% eram linfócitos. O exame microbiológico foi negativo, as serologias infecciosas (Sífilis, *Borrelia*, *Cryptococcus neoformans*) foram negativas e o estudo imunológico (Parvovírus, Citomegalovírus-CMV-, Vírus Varicela Zoster, Enterovírus, Vírus Herpes simplex, Vírus Herpes 6, Vírus JC) foi negativo à exceção da pesquisa de Epstein-Barr Vírus (EBV) que foi positiva.

Portanto o doente foi transferido para o Serviço de Medicina interna com diagnóstico de Encefalite vírica por EBV e iniciou terapêutica com Ganciclovir que cumpriu durante 21 dias. Internamento sem intercorrências com melhoria gradual das alterações comportamentais, à data de alta com comportamento adequado sobreponível ao habitual.

DISCUSSÃO:

Face ao número limitado de encefalites víricas por EBV descritas na literatura, nomeadamente na idade adulta, há pouco consenso na abordagem terapêutica, contudo existem casos nos quais o uso de Ganciclovir em doentes imunodeprimidos foi bem-sucedido.

Em acréscimo, alguns autores sugerem que o envolvimento cortical sem acometimento dos gânglios da base é um preditor de melhor prognóstico e menos sequelas.

P551

809 O DESAFIO DA FEBRE RECORRENTE

Alexandra Esteves, Ana Carvoeiro, José Carvalho, Paula Felgueiras, Diana Guerra, Carmélia Rodrigues
Unidade Local de Saúde do Alto Minho

INTRODUÇÃO

A febre sem foco tem como grandes grupos etiológicos as doenças inflamatórias, as doenças infecciosas e as doenças neoplásicas. Os autores apresentam o seguinte caso para demonstrar a importância do estudo sistemático destes grupos, de forma a evitar diagnósticos precipitados e a terapêuticas ineficazes.

CASO CLÍNICO: Mulher, 44 anos. Com antecedentes de hipotireoidismo medicado e controlado. Episódios de síndrome febril recorrente com duração de alguns dias e posterior defervescência, associados a cefaleias intensas e mau estar generalizado com semanas de evolução. Estudo microbiológico com hemoculturas, urocultura e serologias VIH, VHC VHB e negativas, estudo imagiológico com TC e RM cranioencefálicas sem alterações, líquido cefalorraquidiano sem critérios de meningite e com pesquisa de antígenos capsulares e bacteriológico

negativos. Estudo etiológico de excluiu endocardite infecciosa, síndrome linfoproliferativo (TC toracoabdominopélvico sem adenopatias ou lesões suspeitas, imunofenotipagem de sangue periférico e esfregaço sem alterações de relevo), micobacteriose (IGRA e prova tuberculínica negativos), doença hepática crónica (apesar de GGT ligeiramente aumentada de forma persistente). Atendendo ao contexto epidemiológico optado pela introdução de antibioterapia com doxiciclina 100mg bid durante 14 dias, com descida dos parâmetros inflamatórios, apirexia sustentada e resolução dos sintomas. Orientada para a consulta, tendo apresentado serologia de *Borrelia burgdorferi* positiva (IgM+) e excluídas outras zoonoses (serologias de rickettsia, brucella e coxiella negativas). Estudo imunológico revelou positividade para ANAs (1/160), anti-CCP, e anticorpos anti cardiolipina e anti glicoproteína IgM positivos, tendo posteriormente desenvolvido artralgia inespecífica. Optada pela repetição do ciclo de antibioterapia com doxiciclina durante 28 dias com conversão serológica da *Borrelia burgdorferi* e posterior negatividade do estudo imunológico, mantendo-se assintomática desde então.

DISCUSSÃO: A doença de Lyme é uma zoonose causada pelas espiroquetas do género *Borrelia*, transmitida pela picada de ixodídeos infectados. Doença de clínica variada e muitas vezes inespecífica, supõe um desafio diagnóstico apresentando uma relação controversa com várias doenças inflamatórias autoimunes. Na ausência de tratamento, a taxa de mortalidade pode chegar aos 70%, estando descritas várias complicações tardias, com fenómenos de artrite e fibromialgia mesmo após tratamento eficaz, pelo que o seu diagnóstico é essencial.

P552

965 ABCESSO ESPLÉNICO POR ACTINOMYCETES – UMA ENTIDADE RARA

Sofia Gomes Brazão, Ricardo Ferreira, Joana Duarte, Ricardo Mendonça, Sara Leitão, Rui Santos, Armando Carvalho

Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e Clínica Universitária de Medicina Interna, FMUC

Introdução

O abscesso esplénico é uma entidade rara (0,05-0,7%), cuja causa principal é a endocardite infecciosa, por disseminação hematogénea. Raramente estão descritos abscessos após traumatismo, com exceção da cirurgia abdominal. Os microorganismos mais frequentes *Streptococcus* e *Staphylococcus*. As infeções por *Actinomyces* são extremamente raras e aparecem tipicamente em doentes imunocomprometidos. O diagnóstico é imagiológico e o tratamento inclui antibioterapia e drenagem percutânea, sendo a cirurgia reservada para casos mais graves ou com múltiplos abscessos.

Caso Clínico: Mulher de 79 anos, obesa, parcialmente dependente, admitida no Serviço de Urgência por dor abdominal, febre e dispneia. Referia dor súbita e intensa no hipocôndrio esquerdo (HCE), com irradiação para o flanco ipsilateral, agravada com os movimentos, o decúbito lateral e a palpação, só aliviando em decúbito dorsal. Sem evidência de traumatismo, havia registro de queda sobre o abdômen 2 meses antes. Tinha Insuficiência cardíaca NYHA III, doença valvular grave (insuficiência aórtica, tricúspide e mitral), fibrilhação auricular hipocoagulada com edoxabano e doença renal crônica. Estava queixosa, febril (38,4°C) e polipneica, com SatO₂ 86% com FiO₂ a 28%. O abdômen era doloroso mesmo à palpação superficial, principalmente no HCE, onde era evidente zona endurecida, de limites mal definidos. Analiticamente: leucocitose com neutrofilia e PCR de 14,6mg/dL, hemoglobina de 11,3g/dL e Creat: 1,57mg/dL (TFG: 33,78mL/min). Rx Tórax com cardiomegalia e suspeita de pneumonia na base esq; a ecografia e TC-abdominais revelaram 2 coleções líquidas heterogêneas, uma na parede abdominal e outra no polo inferior do baço, não sendo os exames concordantes quanto à etiologia. Com as hipóteses de pneumonia, quisto esplênico e hematoma da parede abdominal, foram colhidas hemoculturas. Pela possibilidade de sobreinfecção dos hematomas iniciou antibioterapia de largo espectro com meropenem e metronidazol. Houve melhoria da dor abdominal e dos parâmetros inflamatórios, o ecocardiograma não identificou vegetações, mas o aumento das lesões abdominais (a maior com 4,5cm) justificou drenagem percutânea. Foi colhido pús espesso de cor acastanhada, cujo exame direto evidenciou muitos bacilos Gram+ do grupo Actinomycetes. Apesar da boa resposta inicial a doente faleceu ao 11º dia de internamento.

Discussão: Sendo os abscessos esplênicos uma entidade rara, o seu diagnóstico é difícil, exigindo elevado grau de suspeição. Numa doente hipocoagulada, uma queda recente corrobora a hipótese de hematoma e a síndrome febril e dor intensa a possibilidade de infecção. Contudo, na ausência de cirurgia abdominal e imunodepressão, a infecção por Actinomycetes é extremamente improvável. Pelo tempo de intervalo e dimensão das lesões, fica por esclarecer a importância do traumatismo e o efeito da anticoagulação na sua etiologia. A hipótese de endocardite é improvável, mas só o eco-transesofágico teria possibilitado a sua exclusão.

P553

1930 UMA CEFALÉIA PERSISTENTE

Helena Pires, Vilma Laís Grilo, Magno Dinis Sousa, Ana Glória Fonseca, Francisca Delerue

Hospital Garcia de Orta, Serviço de Medicina Interna II

A meningite asséptica engloba os quadros com

evidência clínica e laboratorial de inflamação meníngea com culturas bacterianas de rotina negativas. São vários os agentes etiológicos, incluindo vírus, bactérias, fungos, parasitas, fármacos, neoplasias, doenças autoimunes, entre outros. A causa mais comum são os enterovírus, seguidos de VHS 2 e VVZ. No entanto, a maioria dos estudos revela uma proporção importante de casos de meningite asséptica sem identificação de agente etiológico, sendo a subutilização de PCR para identificação de outros vírus, apontada como uma das causas. O vírus de Epstein Barr (VEB) é descrito como agente etiológico da meningite asséptica no adulto, desconhecendo-se a prevalência do mesmo. Na população pediátrica o EBV é considerado uma causa rara de meningite, no entanto a meningite asséptica é a complicação neurológica mais comum em doentes com infeção primária a VEB.

Homem, 73 anos, autónomo, com antecedentes de internamento hospitalar prolongado com alta cerca de 3 meses antes por pneumonia a Legionella pneumophyla, ARDS e pneumonia nosocomial a MRSA com bacteriémia.

Admitido por quadro agudo de cefaleia bitemporal com uma semana de evolução. A observação encontrava-se apirético, eupneico e hemodinamicamente estável, sem sinais meníngeos, com desorientação temporal e dificuldade em cumprir ordens simples, sem sinais neurológicos focais.

Analiticamente sem aumento de parâmetros inflamatórios ou outras alterações. Realizou punção lombar que revelou líquido cefalorraquidiano de aspecto límpido, incolor, proteínas totais 92 mg/dL, glucose 44mg/dL, contagem celular 30 cél/ µL (mononucleares 92% e polimorfonucleares 8%), cryptococcus negativo, exame bacteriológico directo e cultural negativos bem como micobacteriológico directo negativo.

Imagiologicamente a TC-CE excluiu anomalias encefálicas focais e a RM-CE excluiu sinais de encefalite ou sinais patológicos paquí ou leptomeníngeos.

Da avaliação serológica destacava-se IgG positivo e IgM negativo para VEB e VHS 1. Foi excluída infecção recente por VHB, VHC, VIH 1 e 2, VHS 2, CMV, Treponema pallidum, Brucella e Borrelia burgdorferii.

Dada a hipótese de meningite asséptica foi pedida a pesquisa de vírus neurotrópicos (PCR multiplex em tempo-real) que se revelou positiva para VEB, excluindo como agentes etiológicos VHS 1 e 2, VVZ, CMV, VHH6, VHH7, Enterovirus, Adenovirus e Parechovirus.

Foi confirmado o diagnóstico de meningite a VEB. Durante o internamento houve progressiva melhoria do quadro clínico sob terapêutica de suporte.

A meningite asséptica apresenta vários agentes etiológicos, devendo-se considerar os enterovírus mas também outros vírus e agentes. O isolamento de VEB demonstra a utilidade da pesquisa de vírus neurotrópicos para esclarecimento de quadro e avaliação epidemiológica.

P554

374 APRESENTAÇÃO EXUBERANTE DE DOENÇA DE LYME – RELATO DE CASO CLÍNICO

Helena Rodrigues, Regina Costa, Rogério Ferreira, Lélita Santos, Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução

A doença de Lyme, ou borreliose, é uma doença infecciosa causada por espiroquetas do género *Borrelia*, que é transmitida pela carraça do complexo *Ixodes*. É uma doença sistémica, cuja evolução clínica se divide em três fases: fase 1 (infecção localizada) caracterizada pelo eritema migrans e síndrome pseudogripal; fase 2 (infecção disseminada) com sintomas neurológicos, artrite migratória ou manifestações cardíacas; fase 3 (infecção persistente) caracterizada por artrite crónica e envolvimento do SNC. O diagnóstico é clínico, sendo confirmado por testes serológicos. O tratamento de escolha é doxiciclina para a fase inicial e ceftriaxone para a doença disseminada.

Caso clínico:

Doente do sexo masculino, de 24 anos, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) após episódio de síncope pós-prandial no domicílio, precedida por visão turva, parestesias das extremidades e sensação de diminuição de força nos membros inferiores. O doente foi socorrido pelos bombeiros que detetaram hipoglicemia (BMT 60mg/dL). A avaliação no SU o doente apresentava sensação subjetiva de hipertermia, com arrepios, queixas de cefaleia intensa, pulsátil, com foto e fonofobia, dor torácica pleurítica em ambos os campos pulmonares, mialgias e défice de sensibilidade e força nos membros inferiores. Houve recuperação total e espontânea da parésia ao fim de 3 horas. Este quadro foi precedido por mialgias, arrepios e dor generalizada com 5 dias de evolução. Após inquérito detalhado, o doente referiu que teria sido picado por uma carraça cerca de 5 dias antes da vinda ao SU.

Ao exame objetivo apresentava febre (temperatura auricular de 39,3°C), conjuntivas hiperemiadas e défice de força (G3) nos membros inferiores. Não foi objetivado eritema ou outra alteração.

Apresentava leucocitose (17.8x10⁹/L) com neutrofilia (94,8%), PCR de 0,53 mg/mL e aumento de CK (1007 U/L). A radiografia do tórax evidenciava hipotransparência peri-hilar. Foram

realizadas serologias e iniciada antibioterapia com doxiciclina por suspeita de zoonose.

O doente ficou internado para vigilância clínica. Foi apurada história pregressa, na qual se destaca a prática de culturismo, com consumo de suplementos alimentares (Whey e BCAAs) e anabolizantes (Boldenona, Sustanon, nandrolona e hormona do crescimento).

A evolução foi favorável sob a antibioterapia prescrita, tendo sido confirmada a hipótese inicial de zoonose, com serologias positivas para *Borrelia burgdorferi*.

Discussão:

Este caso ilustra uma evolução rápida e exuberante da doença de Lyme num doente com consumo de vários anabolizantes, corroborando o papel do abuso destas substâncias na diminuição da resposta do sistema imune perante uma infeção.

P555

668 TRÊS APRESENTAÇÕES, A MESMA DOENÇA

Jorge Fernandes, Matilde Fraga, Rui Barata, Mariana Popovici, Paolo Iacomini, Ana Catarina Rodrigues, Catarina Pereira, António Panarra

Hospital Curry Cabral, Centro Hospitalar de Lisboa Central

Introdução

A endocardite infecciosa (EI), pouco frequente numa enfermaria de medicina interna, exige elevado grau de suspeita clínica para o diagnóstico. Apresentam-se 3 casos clínicos de EI que demonstram a sua heterogeneidade.

Caso clínico: Caso 1: Homem, 72 anos, com doença renal terminal e nefrostomias bilaterais por uretero-hidronefrose, com infeções urinárias recorrentes. Internado por febre e dispneia, sem outra clínica focalizadora, associado a leucocitose e PCR elevada. Colheu hemoculturas (HC)/ urocultura (UC) e iniciou linezolid e meropenem empiricamente (pela pressão antibiótica prévia). Foi isolado *Streptococcus* (S.) *agalactiae* sensível a penicilina e clindamicina na HC/UC e dirigiu-se a antibioterapia. O ecocardiograma transtorácico (ecoTT) mostrou estenose da válvula (v.) aórtica e sugeriu EI, confirmada em eco-transesofágico (ecoTE). Substituiu-se cateter de hemodiálise e nefrostomias e o doente cumpriu 6 semanas (sem.) de ampicilina e clindamicina, com resolução ecocardiográfica. Admite-se que o ponto de partida da bacteriemia foi urinário, tendo a doença da v. aórtica favorecido a deposição e proliferação bacteriana, causando EI. Caso 2: Mulher, 42 anos, com 2 episódios prévios de EI de v. mitral nativa a *S. viridans* (após manipulação dentária), complicados de abscessos cerebrais por embolização

sética, 14 e 10 anos antes, motivando colocação de prótese mecânica no 2º episódio. Internada por febre, cefaleia e tosse produtiva. Analiticamente com neutrofilia relativa e PCR elevada. Colheu HC e iniciou empiricamente amoxicilina/clavulanato (A/Clav), alterado para ceftriaxona após isolamento de *Aggregatibacter aphrophilus*. Realizou ecoTE que identificou 2 vegetações na prótese mitral. Cumpriu 6 sem. de ceftriaxone com resolução das vegetações. Sendo este agente um comensal da orofaringe, admite-se que uma bacteriemia transitória possa ter originado este episódio. Caso 3: Homem, 41 anos, ex-utilizador de drogas endovenosas, negando consumos nos últimos 2 anos. Internado por febre (39,5°C), mialgias e tosse produtiva, com hipoxemia e radiografia de tórax compatível com pneumonia à esquerda. Colheu HC e iniciou A/Clav e azitromicina. Manteve febre e verificou-se agravamento radiológico, com pneumonia bilateral, esboçando lesões cavitadas. A TC torácica identificou embolização séptica. Isolou-se *Staphylococcus aureus* sensível a meticilina nas HC, sendo a antibioterapia alterada para flucloxacilina. Confrontado, o doente admitiu recorrência recente dos consumos. O ecoTT confirmou a suspeita de EI da v. tricúspide, tendo cumprido 6 sem. de antibiótico.

Discussão: A EI é uma patologia com clínica heterogênea e por vezes inespecífica, identificando-se fatores de risco para diferentes microrganismos e envolvimento valvular, como ilustrado nos casos apresentados. O reconhecimento de sinais e sintomas e um elevado nível de suspeita permitem o diagnóstico precoce e instituição atempada de terapêutica, essenciais para um prognóstico favorável.

P556

871 PSORÍASE ASSOCIADA AO VIH – A IMPORTÂNCIA DO CONTROLO DA INFECÇÃO.

Ana Gorgulho, Ana Paula Antunes, Anabela Marques, Vanda Castro, Mafalda Guimarães, Catarina Santos, Sara Lestre, Inês Vaz Pinto

Hospital de Cascais - Dr José De Almeida

A psoríase é uma doença inflamatória crónica imunologicamente mediada que cursa com placas eritematodescamativas no tegumento. A disfunção imunológica da infeção por Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) está associada a várias dermatoses, sendo a psoríase um deles. Está provada a presença de RNA VIH na pele dos doentes com psoríase associada ao VIH o que sugere um papel direto do vírus e é compatível com o agravamento da psoríase com virémia elevada.

Caso clínico:

Homem de 42 anos com antecedentes de consumos de heroína e cocaína desde os 25 anos com poucos períodos de abstinência desde então. Co-infectado

VIH-1 e Vírus da Hepatite C desde 2003 e Vírus da Hepatite B desde 2016. Ao diagnóstico VIH-1 com 25 céls T CD4+ (estadio 3A). Diagnóstico de psoríase em 2006 com inúmeros internamentos desde então por eritrodermia com placas hiperqueratósicas dispersas, geralmente com atingimento palmoplantar, do couro cabeludo e da face, exuberantes. Existe uma relação íntima do agravamento destas lesões com o incumprimento terapêutico, o aumento da carga viral e a diminuição do número de células T CD4+. A cada internamento, atinge grande melhoria clínica após reintrodução da Terapêutica Antirretroviral combinada (TARc) com ou sem administração de acitretina. Caso clínico ilustrado com imagens das fases de agudização e de controlo da doença.

Discussão:

A psoríase associada ao VIH é muitas vezes refratária mas estão descritos vários casos de melhoria espontânea de “flares” com a introdução de TARc, sendo que não está claro se se deve a um efeito dos fármacos ou apenas da diminuição da carga viral. O cumprimento terapêutico na infeção VIH tem benefícios de saúde pública (transmissibilidade), de melhoria imunológica, de redução de morbimortalidade e de preservação do estado de saúde, autonomia e qualidade de vida. Em alguns doentes, como é o caso do doente que apresentamos, o controlo da infeção VIH toma um papel importante também no controlo de outras patologias.

P557

921 E. COLI - UM PERCURSO MULTIORGÂNICO

Diana Falcão, Luísa Teixeira, Carolina Cadório, Alexandra Pousinha, Mónica Reis, João Louro, José Barata

Hospital Vila Franca de Xira

Introdução

A endoftalmite é uma condição inflamatória das cavidades intraoculares geralmente causada por infeção que pode ser endógena ou exógena. A endoftalmite endógena (EE) resulta da disseminação hematogénica dos microorganismos. A EE é uma patologia rara, representando 2% a 15% de todas as causas de endoftalmite, com uma incidência anual de 5/10.000 doentes hospitalizados e apenas 5-10% é devida a *E. coli*. O foco primário mais comum é a infeção do trato urinário, sendo quase todos os doentes diabéticos. O olho direito tem duas vezes mais probabilidades de ser afetado.

Caso Clínico

Apresenta-se o caso de uma mulher de 75 anos, autónoma, com diabetes mellitus tipo 2, glaucoma do olho direito com amaurose e litíase renal. Recorre ao serviço de urgência por febre e disúria com 3 dias de evolução. À observação salientava-se

conjuntivite purulenta à direita, febre e murphy renal positivo à esquerda. Analiticamente apresentava elevação franca dos parâmetros inflamatórios. Internada com o diagnóstico de pielonefrite aguda esquerda. Do estudo complementar dirigido destaca-se o isolamento de *E. Coli* nas culturas realizadas (sangue e urina) e ecografia renal a revelar diminuição da espessura do parênquima e da diferenciação parenquimossinusal principalmente à esquerda. Posteriormente a doente apresenta clínica compatível com endoftalmite direita. Realizada TC das órbitas a evidenciar aumento da densidade do globo ocular direito com paredes irregulares relacionável com processo infeccioso, tendo sido submetida a enucleação do olho direito, com microbiologia da peça a revelar *E. coli* com teste de sensibilidade aos antibióticos (TSA) igual a estirpe isolada na urina. Posteriormente, por sopro sistólico de novo e suspeita clínica de endocardite infecciosa, é realizado ecocardiograma transesofágico que revela imagem na válvula aórtica compatível com vegetação. Sob antibioterapia dirigida por TSA, a doente apresentou evolução clínica e analítica favorável, tendo tido alta com seguimento posterior em consulta de medicina interna e oftalmologia, que mantém até à data.

Discussão

Neste caso, destaca-se a importância da avaliação holística do doente com bacteriemia, não menosprezando sinais potencialmente indiciadores das complicações associadas, que podem ser múltiplas e de localização rara, como a endoftalmite. Na EE, atendendo à evolução rápida e mau prognóstico, o reconhecimento precoce e o tratamento adequado são cruciais. Assim, um exame objetivo cuidado e a condução da marcha diagnóstica dirigida aos achados é fundamental na diminuição da morbi-mortalidade associada à bacteriemia.

P558

1596 ENDOCARDITE INFECCIOSA E DRC ESTADIO 5: ESCAPANDO À HEMODIÁLISE

João Enes Silva, Ricardo Pinto, Diana Oliveira, Clara Silva, Marta Patacho, Jorge Almeida

Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução

A endocardite infecciosa (EI) é uma doença grave, mantendo alta morbimortalidade apesar dos últimos avanços no seu diagnóstico e tratamento. O perfil clínico dos pacientes com EI tem vindo a mudar, como novos fatores de risco, nomeadamente os doentes com doença renal crónica (DRC) portadores de fístula arterio-venosa (FAV) ou cateter de diálise.

Caso Clínico:

Mulher de 79 anos, com antecedentes de HTA e doença renal crónica (DRC) estadio 5 (creatinina

basal de 3.5mg/dL, clearance de 13,4mL/min) por litíase renal crónica e pielonefrites de repetição. Construída FAV no membro superior esquerdo 3 meses antes da admissão hospitalar.

Admitida no nosso hospitalar por hemorragia maciça pela FAV a condicionar choque hemorrágico com necessidade de intervenção cirúrgica urgente para o seu encerramento e suporte transfusional. Colhida amostra da peça cirúrgica para cultura microbiológica pelo aspeto macroscópico suspeito; colheu ainda hemoculturas e ponta de cateter venoso central (CVC) quando este foi retirado.

Inicialmente admitida em cuidados intensivos, transferida para enfermaria após estabilidade hemodinâmica. Agravamento da função renal até à creatinina máxima de 5.5mg/dL, sem critérios para início de hemodiálise urgente e diurese mantida com estímulo diurético. No 3º dia após o procedimento, apresenta elevação dos parâmetros inflamatórios (leucocitose, PCR de 200mg/dL) e febre, pelo que se iniciou antibioterapia com piperacilina-tazobactam e daptomicina (evitou-se vancomicina dada a função renal). No dia seguinte, crescimento de *S. aureus* meticilino-resistente na amostra de peça cirúrgica e ponta de CVC, sendo suspensa a piperacilina-tazobactam. Face à evidência de bacteriemia a *S. Aureus*, realizou ecografia transtorácica que mostrou vegetação de 10mm na válvula aórtica, firmando-se o diagnóstico de EI. Sem disfunção valvular, pelo que se optou por tratamento médico, extendendo-se o tempo de antibioterapia com daptomicina para 6 semanas após negatização de hemoculturas. Sem evidência de embolização séptica no restante estudo etiológico. Após 6 semanas, realizou nova ecografia transtorácica a mostrar resolução da imagem de vegetação. A função renal da doente manteve-se estável, com creatinina de 3.58mg/dL à data de alta, sem necessidade de iniciar hemodiálise neste período.

Discussão:

A EI em doentes com insuficiência renal crónica ocorre nos doentes em programa regular de hemodiálise devido à manipulação regular de acessos vasculares. Neste caso, a EI ocorreu como complicação da manipulação da FAV em contexto cirúrgico emergente por hemorragia, antes de iniciar a hemodiálise. Para a escolha de antibioterapia, a toxicidade renal teve, portanto, de que ser considerada e a identificação de *S. Aureus* meticilino-resistente mostrou-se um desafio adicional. Apesar de inevitável progressão para diálise nesta paciente a médio prazo, os benefícios em termos de sobrevida em atrasar o início deste evento não devem ser desconsiderados.

P559

1753 ARTRITE SÉPTICA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Joana Raquel Monteiro, Sónia Santos, Cátia Faria, Flávia Santos, Olga Jesus, Fernanda Pinhal, Célio Fernandes
Centro Hospitalar de Leiria

A artrite séptica define-se como infeção articular causada por inoculação patogénica por via direta ou por disseminação hematogénica.

Os autores descrevem o caso de um doente de 41 anos, com antecedentes pessoais de psoríase e artrose do tornozelo direito pós fratura vinte anos antes, medicado com betametasona e calcipotriol em espuma cutânea e diclofenac 100mg/dia, admitido no serviço de urgência por impotência funcional do pé direito, não traumática, associado a febre.

Observação – articulação tibiotársica direita com sinais inflamatórios, dor e impotência funcional; placa de psoríase localizada acima do processo inflamatório e sem sinais de fissura.

Estudo complementar: Leucocitose 14400/uL com neutrofilia 12100/uL; VS 73mm; PCR 290.1mg/L; Radiografia tibiotársica direita – deformidade tibioperoneal em antecurvatum e artrose do tornozelo exuberante, imagem de sequestro diafisário da tibia e peróneo; Ecografia articular – aumento importante da ecogenicidade da gordura do tecido celular subcutâneo difuso, sobretudo na porção interna, sugestiva de processo inflamatório importante, não sendo evidentes coleções líquidas anómalas óbvias.

Após avaliação pela Medicina Interna, Ortopedia e Dermatologia e ponderadas as hipóteses diagnósticas de artrite séptica, psoriática e celulite subcutânea, foi decidido iniciar ciclo de antibioterapia com amoxicilina + ácido clavulânico, ajustado posteriormente para penicilina + clindamicina, e corticoterapia com hidrocortisona.

O doente manteve síndrome febril, edema do membro até à raiz da coxa, pé ruborizado, com aparente flutuação, e dor à mobilização.

Repetiu Ecografia articular – exuberante processo inflamatório envolvendo a articulação tibiotársica direita, acentuado edema e densificação dos tecidos moles, área mais líquida compatível com fenómenos abcedados no compartimento interno do tornozelo, medindo 6x1.6cm. Há ainda derrame intra-articular e líquido envolvendo os tendões tibiais e peroneais.

TC articular – lesão abcedada com 9.4x3.5cm no terço distal posterior da perna, lesão idêntica no compartimento interno do tornozelo com 7x2.2cm, conteúdo líquido infeccioso intra-articular, alterações estruturais ósseas ao nível do terço distal da fíbula e tibia em relação com fratura consolidada.

Realizada artrocentese do tornozelo direito com drenagem de conteúdo purulento, colheita microbiológica com isolamento de *Staphylococcus aureus* metilicilino-sensível, após o que foi ajustada antibioterapia para piperacilina + tazobactam, com melhoria clínica e analítica até resolução do quadro clínico.

Este caso ilustra a importância do diagnóstico diferencial, necessidade de reinvestigação diagnóstica e a relevância da abordagem multidisciplinar. Além disso permite rever esta entidade patológica, ponderar artrite séptica versus eventual reativação de osteomielite crónica e alertar para o diagnóstico e terapêutica precoces.

P560

765 A TRIÁDE DE ANEURISMA MICÓTICO, EMPIEMA E OSTEOMIELOTE

Bárbara Pedro, Margarida Monteiro, Catarina Pereira, Tereza Patrícia, Fernando Aldomiro
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução

Os aneurismos micóticos da aorta torácica são raros, com uma elevada taxa de mortalidade associada, sendo o seu diagnóstico e tratamento cirúrgico atempado imperativo.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um homem de 36 anos de idade, natural da Guiné-Bissau, a residir em Portugal há 3 anos, sem antecedentes médicos conhecidos, à excepção de abscesso dentário há cerca de 7 anos. O doente encontrava-se em aparente estado de saúde até Agosto 2018, altura em que inicia toracalgia do tipo pleurítico e perda de peso não quantificada, no último mês. Apresentava febre na admissão, com aumento dos parâmetros inflamatórios, assumindo-se Pneumonia Adquirida na Comunidade, complicada de derrame pleural direito, cuja toracocentese resultou na drenagem de líquido sero-hemático, compatível com empiema. Realizou TC tórax que demonstrou uma volumosa massa mediastínica, sendo complementado o estudo por angio-TC que revelou um aneurisma sacular da Aorta Torácica Descendente em rotura contida, sendo transferido para o serviço de Cirurgia Vascular, onde foi submetido a tratamento endovascular com colocação de endoprótese e colocado dreno torácico à direita. Cumpriu antibioterapia empírica com Piperacilina/Tazobactam e Vancomina por 14 dias, com manutenção de febre, sendo re-admitido no Serviço de Medicina, em período de janela antibiótica. Exames bacteriológicos e micobacteriológicos seriados no sangue, expectoração, urina, fezes e líquido pleural, sem evidência de isolamento de agente. Hemocultura para *Brucella* negativa. Serologias negativas (HIV, VHB, VHC, EBV, CMV, *Rickettsia*, *Campylobacter*, *Salmonella*, *Coxiella Burnetii*), com agentes

atípicos negativos. VDRL negativo. PCR para salmonella e brucella negativas no sangue. Auto-imunidade sérica negativa, com doseamento de IgG4 normal. Realizou Ecocardiograma sem evidência de vegetações, com PET a demonstrar doença metabolicamente ativa e ávida para FDG em topografia pleural direita, com aparente extensão a D8-D9. A RMN da coluna dorsal confirmou evidência de osteomielite D8-D9, realizando biópsia dirigida, com produto microbiológico e micobacteriológico negativo. Enquanto era realizada marcha diagnóstica, cumpriu empiricamente seis semanas de antibioterapia endovenosa com daptomicina, ceftazidima e metronidazol, com resolução dos parâmetros de infecção e da febre. A reavaliação imagiológica torácica manteve exclusão do aneurisma. Mantém-se atualmente em seguimento em consulta de Medicina Interna e Cirurgia Vascular, assintomático.

Discussão: O tratamento emergente da ruptura contida do aneurisma exigiu uma abordagem endovascular, que está inevitavelmente associado a infecção recorrente e a um aumento da morbimortalidade.

P561

1147 SÍNDROME DE SWEET, UMA PATOLOGIA ATÍPICA EM DOENTE ATÍPICO

Maria Costa, Joana Rodrigues
Hospital de São Sebastião

O Síndrome de Sweet é uma doença rara, cuja incidência tem aumentado dado o crescente número de pacientes oncológicos. Geralmente o atingimento é cutâneo, contudo pode atingir outros órgãos. Caracteriza-se geralmente por febre, leucocitose e placas ou nódulos cutâneos de infiltrados neutrofílicos. Descritos três tipos: idiopático/clássico em contexto infeccioso/inflamatório; neoplásico/paraneoplásico; e induzido por fármacos. Existem vários tratamentos eficazes, contudo geralmente recai no uso de corticosteróides, tendo habitualmente prognóstico favorável, com mortalidade associada rara.

Apresenta-se o caso de homem de 64 anos de idade, com história de miocardiopatia dilatada de etiologia isquémica e fibrilhação auricular permanente. Inicialmente internado com quadro de insuficiência cardíaca descompensada em provável contexto de anemia normocítica e normocrômica sintomática de etiologia não esclarecida, acompanhado por queixas algícas de intensidade moderada no membro inferior direito.

No 7º dia de internamento aparecimento de lesões purpúricas dispersas pelos quatro membros e tronco acompanhadas de febre e leucocitose em estudo analítico. Realizado estudo analítico etiológico de purpura, que se revelou negativo, e biópsia cutânea com evidência de infiltrado neutrofílico compatível

com Síndrome de Sweet.

Por progressivo agravamento das queixas algícas no referido membro, realizados exames de imagem compatíveis com abscesso da perna e da coxa direitas. Colhidos rastreios sépticos, realizada drenagem percutânea de abscesso e iniciada antibioterapia empírica com clindamicina. Por isolamento de *Staphylococcus aureus* metilicina sensível no pús alterada antibioterapia para cefuroxima de acordo com teste de sensibilidade antibiótica.

Dado quadro clínico global assumiu-se Síndrome de Sweet de provável etiologia infecciosa, tendo mantido tratamento antibiótico e iniciado corticoterapia sistémica

Sob as referidas medidas terapêuticas, apresentou boa resposta clínica com resolução das lesões cutâneas e resolução de formações abcedadas em controlo imagiológico.

Apesar da provável relação com patologia infecciosa intercorrente, não se pode excluir de forma categórica contexto paraneoplásico, corroborado apenas por anemia de novo à admissão.

Com este caso os autores pretendem apresentar caso de Síndrome de Sweet, uma patologia cutânea rara, de incidência e importância crescente, nomeadamente na área da Oncologia dado este poder ser o primeiro alerta para o diagnóstico ou ocorrência de patologia oncológica. Este caso serve ainda para alertar os clínicos para uma avaliação holística do doente, não esquecendo o desenvolvimento de patologias potencialmente mais graves que as que motivaram a admissão ao longo de um internamento.

P562

1262 AS NUANCES DA DOR LOMBAR

Inês Branco Carvalho, Adriana Paixão Fernandes, David Prescott, Ana Isabel Brochado, Margarida Pimentel Nunes, Isabel Montenegro Araújo, Beatriz Donato, Rita Sérvio, José Luis Ferraro, Salomão Fernandes, Carla Araújo, António Martins Baptista, José Lomeli
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução

O abscesso do músculo psoas ilíaco (MPI) consiste na colecção de pus no seu compartimento, sendo um diagnóstico raro, todavia a sua frequência tem vindo a aumentar, provavelmente pelo maior uso da tomografia computadorizada (TC). Pode ser classificado como 1º ou secundário. O 1º resulta de disseminação hematogénica ou linfática de um foco infeccioso, geralmente desconhecido. Trauma, hematoma, imunossupressão são factores de risco. O secundário resulta de contaminação directa por contiguidade com estruturas infectadas. O tratamento consiste em antibioterapia apropriada e drenagem do abscesso. Tem uma morbimortalidade

elevada, principalmente quando não tratado. Idade avançada, presença de bacteriemia e infecção por E.coli, também contribuem para maior mortalidade. A taxa de recorrência é de 15-36% e deve-se a drenagem ou antibioterapia inadequadas.

Caso clínico: mulher, 74 anos, com história de linfoma não Hodgkin, hipertensão arterial, insuficiência venosa dos membros inferiores, dislipidemia. Internamento recente, em Agosto, no contexto de lombalgia direita com irradiação ao membro inferior direito com 3 semanas de evolução, condicionando várias vindas à urgência, sendo sempre assumida cialgia e tratada com anti-inflamatórios intramusculares. Foi diagnosticado hematoma infectado do MPI direito com 8,8x3,7x15cm, tratado com meropenem e ainda punção percutânea guiada por TC com colheita de líquido sugestivo de pus, cujo exame bacteriológico e o exame directo de BK foram negativos. Realizou RM da coluna lombar com exclusão de foco infeccioso. O internamento foi complicado por meningite pneumocócica e cistite com isolamento de E. Coli ESBL, com vários ajustes da antibioterapia. Cerca de 1 mês depois da alta, recorreu de novo à urgência por dor nos quadrantes direitos com irradiação para o membro inferior direito, de agravamento progressivo. Realizada TC abdomino-pélvica com manutenção de colecção ao longo do MPI direito, inferiormente continuando-se por loculações para os músculos anteriores da raiz da coxa e adutores, com 142x57mm. Trombose venosa de ambas as veias femorais comuns, com extensão às femorais profundas interceptadas. Durante o internamento foi feita drenagem ecoguiada, com envio do líquido para análise, contudo sem isolamento de agente. Hemoculturas igualmente negativas. Teve alta após completar 10 dias de antibiótico com seguimento em consulta de Medicina Interna, até então sem recorrência do abscesso.

Discussão: este caso reforça que o diagnóstico diferencial da lombalgia vai muito para além da cialgia e que devemos considerar diagnósticos mais raros como é o caso do abscesso do MPI. Neste caso concreto, trata-se de um abscesso primário. Evidência a importância da realização correcta da drenagem e da instituição precoce de antibioterapia, para a boa evolução clínica e prevenção de recorrência. É ainda ilustrativo de uma das complicações desta entidade, que é a TVP por compressão extrínseca das veias femoral e ilíaca.

P563

2085 CRÓNICA DE UMA DOENÇA ANUNCIADA - UM CASO DE TUBERCULOSE NÃO SUSPEITADA

Mariana Lessa Simões, Ana Margarida Monteiro, Luís Menezes Falcão

CHULN - Hospital de Santa Maria

O diagnóstico de tuberculose (TB) e a decisão de iniciar tratamento dependem da integração de dados epidemiológicos, clínicos, laboratoriais e imagiológicos. Em Portugal, a demora mediana entre o início de sintomas e o diagnóstico é de 74 dias. O diagnóstico célere e o início precoce de tratamento são factores cruciais para reduzir a morbidade, mortalidade e o risco de contágio.

Mulher de 26 anos, ex-fumadora, referenciada à Consulta de Medicina Interna (CMI) por pneumonias recorrentes nos últimos 4 meses. Apresentava febre baixa vespertina, hipersudorese nocturna, astenia, anorexia, perda ponderal, tosse crónica pouco produtiva, expectoração hemoptoica, dispneia insidiosa e dor torácica pleurítica. Apurou-se exposição a aves em gaiolas no ambiente doméstico desde há 2 anos, contacto próximo com doente bacilífera positiva 3 anos atrás e antecedentes familiares de linfoma e neoplasia do pulmão. Negou quadro idêntico na comunidade próxima, TB no passado, comorbilidades, terapêutica imunossupressora, comportamentos de risco, contacto com grupos de > risco de TB, viagens recentes/cruzeiros/estadias em hotéis ou contacto com animais de quinta. Tinha sido observada 4 vezes na urgência de 2 hospitais e uma vez em CMI, tendo tido alta desta última com o diagnóstico de pneumonia por Chlamydia pneumoniae. Realizara 4 ciclos de antibióticos e 6 radiografias do tórax, que mostravam uma opacidade em toalha heterogénea no lobo inferior direito. Ao exame objectivo, destacava-se: pele tatuada; IMC 16.73 Kg/m²; diminuição do murmúrio vesicular na base pulmonar direita, com fervores inspiratórios tardios e expiratórios nessa localização, e sibilos dispersos; adenomegália única, cervical esquerda, com 1cm de diâmetro, de consistência duro-elástica, móvel em relação aos planos profundos, indolor à palpação, sem sinais inflamatórios. Perante o contexto clínico e epidemiológico e a positividade do exame micobacteriológico directo nas amostras de expectoração, secreções brônquicas e lavado broncoalveolar (LBA), foi feito o diagnóstico presuntivo de TB pulmonar e iniciada terapêutica anti-bacilar de 1ª linha, com confirmação diagnóstica ulterior pela positividade das culturas para Mycobacterium tuberculosis (secreções brônquicas, LBA e biópsia brônquica). A broncofibroscopia mostrou alterações compatíveis com TB broncogénica necrotizante e a TC do tórax uma área de consolidação alveolar com broncograma aéreo no lobo inferior direito e áreas de cavitação

no seu interior, infiltrados parenquimatosos plurisegmentares bilateralmente nas localizações típicas desta patologia, micronódulos no parênquima pulmonar, hipertrofias ganglionares mediastínicas e derrame pleural direito.

Reduzir o atraso até ao diagnóstico de TB e o número de doentes bacilíferos é um dos principais desafios da DGS. Salientamos o papel fulcral da entrevista clínica como base de orientação diagnóstica, lembrando ainda a importância da identificação de BAAR no diagnóstico presuntivo e precoce de TB.

P564

2191 DIFICULDADES NO DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE VERTEBRAL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Carolina Silva, Luísa Serpa Pinto, Ana Rita Costa, Ana Rita Cruz, Álvaro Ferreira, João Araújo Correia
Centro Hospitalar Universitário do Porto

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) apresenta prevalência crescente a nível mundial, sendo que a TB vertebral corresponde à apresentação mais comum da TB óssea. Os segmentos inferiores da coluna dorsal são os mais comumente atingidos e a infeção geralmente atinge a região anterior dos corpos vertebrais; o envolvimento de vértebras contíguas é comum e abscessos paravertebrais podem estar presentes.

O diagnóstico baseia-se em técnicas culturais e/ou histológicas; em alguns casos, a presença de inflamação granulomatosa com necrose central pode justificar o início de tratamento. No entanto, o atraso no diagnóstico é frequente, dado o curso indolente da doença, pouca especificidade dos sintomas e o facto de muitos clínicos não estarem familiarizados com as manifestações ósseas da TB. Além disso, o exame cultural não é totalmente sensível.

CASO CLÍNICO: Mulher de 73 anos, sem antecedentes prévios. Assintomática até há 8 meses, altura em que inicia dor dorsal progressiva, incapacitante, associada a paraparésia grau 4/5 dos membros inferiores desde há cerca de três semanas e perda ponderal progressiva de 8%. Tomografia computadorizada da coluna vertebral a revelar lesão osteolítica das regiões anteriores dos corpos vertebrais de D10-D12 e respetivo espaço intervertebral. Biópsia vertebral com apresentação histológica de infiltrado linfocitocitário e granulomas epitelioides. Estudo micobacteriológico negativo, com cultura estéril.

Admitida para estudo da lesão. Ressonância magnética a revelar destruição vertebral e dos discos intersomáticos de D10-D12, com abscesso e empiema paravertebrais, com compressão medular. VS=17mm/h. IGRA negativo. Submetida

a cirurgia de descompressão medular e realizada nova biópsia vertebral, com isolamento em exame cultural de *Mycobacterium tuberculosis complex*. Iniciou anti-tuberculostáticos de primeira linha, com boa evolução clínica e aparente recuperação parcial dos défices neurológicos. Referenciada para reabilitação fisiátrica, com indicação para completar doze meses de terapêutica.

DISCUSSÃO: Os autores pretendem demonstrar as dificuldades no diagnóstico de TB vertebral. As manifestações ósseas descritas e o exame histológico da primeira amostra são claramente sugestivos da TB vertebral; no entanto, o exame cultural foi inicialmente negativo e a doente não apresentava elevação da VS ou positividade no teste IGRA. Uma vez que a doente não possuía fatores de risco conhecidos para esta infeção (exceto residir num país com elevada incidência da doença), foi decidido não iniciar terapêutica empírica e procurar outras causas de lesão vertebral. A segunda biópsia permitiu o isolamento do patógeno, mas já numa fase avançada da infeção. Dada a incidência e impacto das complicações neurológicas, é importante ter em consideração o diagnóstico de TB vertebral na presença de quadros clínicos deste tipo, preconizando o mais precocemente possível o início de anti-tuberculostáticos, mesmo sem certeza no diagnóstico.

P565

103 SÍNDROME MONONUCLEÓTICA POR CMV COMPLICADO COM PNEUMONIA BILATERAL

Joana Lopes, Rui Flores, Maurício Peixoto, Guilherme Alpedrinha, Sofia Caridade
Hospital de Braga

Introdução

A infeção grave por Citomegalovírus é uma entidade comum em doentes imunodeprimidos, mas rara em imunocompetentes. O espectro clínico varia entre o doente assintomático e um síndrome mononucleótica com febre arrastada, astenia e linfocitose absoluta. As manifestações respiratórias em imunocompetentes são raramente descritas na literatura, pelo que carece de diretrizes de tratamento.

Caso Clínico

Jovem de 20 anos, sexo feminino, sem antecedentes pessoais de relevo, apresentou quadro de dor abdominal e tonturas com um mês de evolução, posteriormente associado a vômitos, febre, otalgia e odinofagia, motivo pelo qual se dirigiu ao serviço de urgência. Exame objetivo sem alterações de relevo excetuando dor abdominal nos quadrantes inferiores à palpação. Observação da Otorrinolaringologia excluiu sinais de inflamação orofaríngea. Analiticamente apresentava anemia, trombocitopenia e contagem leucocitária normal,

apesar de atipia linfocitária, haptoglobina <8 mg/dL. Neste contexto foi internada para estudo de bicitopenia. No segundo dia de internamento apresentou insuficiência respiratória tipo 1 de novo. Constataram-se densificações parenquimatosas em tomografia computadorizada sugestivas de pneumonia bilateral extensa, associada a procalcitonina de 4.56 ng/mL. Iniciou empiricamente levofloxacina. Encaminhada para unidade de cuidados intermédios, onde permaneceu 4 dias. No estudo etiológico subsequente a serologia anti-CMV foi positiva. Pesquisa do CMV por PCR positiva no plasma e expetoração. Restantes exames microbiológicos e serologias infecciosas foram negativos assim como o estudo imunológico. Na mesma altura, constatou-se lesão hepática com padrão citocolestático, hiperferritinemia e hipertrigliceridemia. Ecografia abdominal documentou hepatoesplenomegalia. Melhoria clínica e analítica progressivas com tratamento de suporte. Alta após 29 dias de internamento.

Discussão

As manifestações respiratórias por CMV são raras em imunocompetentes. Apresentamos o caso de uma jovem imunocompetente com quadro pneumónico bilateral grave em contexto de um síndrome mononucleósica a CMV. Equacionou-se a possibilidade de síndrome hemofagocítico desencadeado pela infeção por CMV. O alívio clínico foi obtido apenas com tratamento de suporte. Segundo a literatura, a terapêutica antivírica com ganciclovir ou valganciclovir dirigida a infeções por CMV em imunocompetentes não tem benefícios bem esclarecidos, apesar da melhor resolução do quadro em casos clínicos publicados. A aplicação de terapêutica antivírica no contexto de doentes imunocompetentes com infeção por CMV sintomática deve ser revista para futura orientação de quadros clínicos mais graves e não autolimitados.

P566

179 MENINGITE A LISTERIA MONOCYTOGENES – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Olinda Lima Miranda, Ana Margarida Cerqueira, Ana Mendes Costa, David Paiva, Filipe Gonçalves, Jorge Cotter

Hospital Senhora da Oliveira

Introdução

A infeção por *Listeria monocytogenes* surge em doentes de risco, isto é, grávidas, recém-nascidos, idosos e doentes imunocomprometidos. A infeção acontece através do contacto com produtos contaminados, como alimentos, água e o solo. A manifestação mais comum é a diarreia, sendo um dos agentes de gastroenterite aguda. A *Listeria* pode causar apresentações clínicas mais graves, como a meningite e bacteriemia.

Caso clínico: Mulher de 59 anos, com antecedentes pessoais de lúpus eritematoso sistémico (LES) e eritema nodoso. Internamento recente por paniculite, a realizar corticoterapia (Prednisolona 60mg/dia). Trazida ao serviço urgência por quadro de alteração do estado de consciência (prostração) e perda de continência de esfíncter anal com menos de 6 horas de evolução. No dia prévio terá referido cefaleias. Na admissão a destacar febre – 39°C e escala de Glasgow 10. Ao exame objetivo sem focalização neurológica, sinais meníngeos negativos, com restante exame objetivo sem alterações. Do estudo realizado, a destacar leucocitose 13 000/uL, com neutrofilia 10 400/uL e proteína C reativa 103; tomografia crânio encefálica e radiografia tórax sem alterações; sedimento urinário sem evidência de infeção. Realizada punção lombar, com líquido cefalorraquidiano com pleocitose 980 células, com predomínio de polimorfonucleares (80%), proteinorréquia 246 mg/dL. Medicada empiricamente com ceftriaxone, ampicilina e vancomicina. Ao segundo dia de internamento, doente com Glasgow 15 e o resultado do estudo de liquor, com positividade para *Listeria monocytogenes*. Cumpriu 21 dias de ampicilina. Realizou ressonância craneo encefálica que não evidenciou alterações.

Discussão: A infeção por *Listeria* é frequente em grupos de risco e pode ser fatal. Neste caso a doente era imunodeprimida (encontrava-se sob corticoterapia). A *Listeria* pode atingir o parênquima encefálico, especialmente as meninges e o tronco cerebral. A apresentação mais comum é a alteração do estado de consciência e convulsões, sendo a rigidez da nuca menos comum. Neste caso, dada a deteção precoce, apresentou uma evolução favorável, sem aparentes sequelas.

P567

453 INCHA, DESINCHA E PASSA – TUMEFAÇÃO CERVICAL, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Carolina Amado, Mariana Maranhas, Tiago Valente, Ana Rocha Oliveira, Marcelo Aveiro, Margarida Cruz
Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro

As tumefacções cervicais são um motivo de admissão comum, com apresentação clínica variável e constituindo um desafio na distinção da etiologia subjacente, pelo amplo diagnóstico diferencial que se impõe.

Mulher, 56 anos, fumadora ativa (19 UMA), com antecedentes de Hipotireoidismo e Hipertensão Arterial. Recorreu ao Serviço de Urgência por tumefação cervical esquerda, dolorosa, com sinais inflamatórios agravados, quadro com evolução de um mês. Associadamente, referência a febre e sudorese noturna nos 4 dias prévios à admissão. Negava anorexia, astenia, perda ponderal, queixas respiratórias ou estomatológicas recentes, sem

contexto epidemiológico conhecido. Ao exame objetivo, tumefação móvel de cerca de 8x5 cm, não aderente às estruturas adjacentes e de consistência pétreia, dolorosa à palpação. Tiróide não palpável e sem adenopatias palpáveis nas principais cadeias ganglionares. Analiticamente, hemograma sem alterações, elevação da proteína C reativa e velocidade de hemossedimentação (15 mg/dL e 80 mm/1^aH, respetivamente), serologias víricas comuns e estudo de autoimunidade negativos e função tiroideia normal. Do restante estudo, a destacar: TC cervical que evidenciou conglomerado adenopático necrosado e abecedado e ecografia tiroideia que mostrou vários nódulos sólidos em ambos os lobos, para controlo evolutivo. Realizou, ainda, TC-TAP sem alterações de relevo, nomeadamente outras adenopatias, esplenomegalia ou lesão suspeita de malignidade. Endoscopia digestiva alta sem alterações relevantes. Foi avaliada por ORL e Estomatologia, sem alterações a justificar o quadro clínico. Realizou biópsia aspirativa da lesão, na impossibilidade de excisão ganglionar, com escassa colheita de produto, que foi negativo para *Mycobacterium tuberculosis*. Não foi possível exame bacteriológico e histológico. Por etiologia infecciosa mais provável, embora sem agente identificado, cumpriu antibiótoterapia, com resposta favorável. Em reavaliação aos 6 meses, doente assintomática e com controlo imagiológico sem alterações.

A causa mais frequente de tumefacção cervical lateral no adulto, de instalação aguda, é a infeção e/ou inflamação reativa. No entanto, dependendo dos factores de risco conhecidos, é necessário excluir outras etiologias, destacando-se as neoplasias, do foro ORL ou linfoproliferativas, e a tuberculose ganglionar.

O presente caso pretende ilustrar a dificuldade da marcha diagnóstica de tumefacções cervicais, assim como a necessidade de exclusão de patologias que cursam com elevada morbi-mortalidade.

P568

755 SÉPSIS E ICTERÍCIA – EXISTIRÁ RELAÇÃO?

Andreia Nunes, João Portela, Joana de Matos, Margarida Coelho

Hospital Garcia de Orta

INTRODUÇÃO

A icterícia resulta da deposição de bilirrubina nos tecidos, conferindo-lhe uma colocação amarelada. A icterícia por hiperbilirrubinemia conjugada pode ser devida a colestase intra ou extra-hepática. A icterícia associada a sépsis (SPS) tem uma incidência de 0.6%-54% em adultos, sem preferência de género, sendo os agentes mais implicados o *Streptococcus*, *S. aureus*, *E. coli*, *Klebsiella* e *Pseudomonas*. A colestase deve-se

à inibição canalicular da excreção de bilirrubina conjugada por ação de citocinas pró-inflamatórias (TNF- α , IL-1, IL-6) libertadas por macrófagos em resposta a endotoxinas.

CASO CLÍNICO: Homem, 71 anos, com hipertensão arterial, dislipidemia e cardiopatia isquémica. Cria galinhas e coelhos, cultiva horta, refere contato com ratos. Consumo 20g álcool/dia. Recorre à urgência (SU) por quadro de infeção respiratória, tendo sofrido punção venosa difícil da mão esquerda. Desenvolve quadro de edema e sinais inflamatórios do membro superior esquerdo e icterícia, pelo que recorre novamente ao SU 13 dias depois. Objetivamente: TT 39°C, sinais inflamatórios da mão esquerda e icterícia. Analiticamente com parâmetros inflamatórios elevados (Leuc 19.200, Neutr 87.1%, PCR 34.15 mg/dL), padrão de citocolestase (AST 181 UI/L, ALT 214 UI/L, FA 84 UI/L, BT 10.9 mg/dL, BD 10.2 mg/dL) e aumento do tempo de protrombina. Ecografia abdominal e TC-abdominopélvica: vesícula biliar com microfoco litiasico intraluminal sem colecistite. Iniciou ceftriaxone e vancomicina após hemoculturas, onde se isolou *S. aureus* sensível à penicilina em hemoculturas, pelo que se ajustou antibiótoterapia. Foi excluída focalização cardíaca, mas verificou-se artrite séptica e osteomielite do punho esquerdo através de exames de imagem. Relativamente ao estudo da icterícia foi excluída: infeção por HAV, HBV, HCV, EBV, Herpes, Sífilis, *Mycoplasma*, *Coxiella*, *Borrelia*, *Rickettsia*, *Leptospira*; causa neoplásica ou estrutural por TC-toracoabdominopélvica e colangiograma; causa autoimune (ANA, ENA, AMA, ASMA, Anti-LKM); causa medicamentosa ou alcoólica; causa metabólica (Ferro sérico 33, Ferritina >2000, Saturação Transferrina 19.9%). Cumpriu 6 semanas de penicilina endovenosa, mais 2 semanas de flucloxacilina em regime de hospitalização domiciliária com resolução dos parâmetros inflamatórios e de citocolestase. Assumiu-se assim icterícia devido a colestase intra-hepática por bacteriemia a *S. aureus* com ponto de partida em celulite da mão esquerda complicada de osteomielite e artrite séptica.

DISCUSSÃO: Os autores trazem este caso para alertar para o facto da SPS ser uma causa esquecida de icterícia, podendo a icterícia ser a primeira manifestação de um quadro séptico. É fundamental reconhecer precocemente esta etiologia para iniciar tratamento antibiótico atempado, dado o prognóstico estar estritamente relacionado com a eficácia do tratamento da infeção.

P569

819 ENDOCARDITE INFECIOSA COM MÚLTIPLOS FENÓMENOS EMBÓLICOS E IMUNOLÓGICOS

Marta Pina (1), Raquel Santos (2), Gracieta Malangatana (3), Frederico Duarte (4), Pedro Coelho (5), Ana Veloso (2), J. Vasco Barreto (2), Mariana Taveira (2)

(1) Oncologia Médica - IPO do Porto; (2) Medicina Interna, (3) Cardiologia, (4) Infecçologia, (5) Oftalmologia - Hospital Pedro Hispano

INTRODUÇÃO:

A endocardite infecciosa é uma doença relativamente rara apresentando elevada morbimortalidade se não diagnosticada e tratada. Os principais fatores de risco são a existência de patologia cardíaca estrutural, dispositivos intravasculares, imunossupressão e utilização de drogas endovenosas. Os agentes microbianos mais comuns são *Staphylococcus* e *Streptococcus*. O espectro de apresentação clínica é amplo, por isso, a suspeita diagnóstica deve ser elevada de forma a diligenciar um estudo complementar adequado proporcionando diagnóstico e tratamento célere.

CASO CLÍNICO:

Homem de 44 anos, monitor em ginásio, utilizador de substâncias anabolizantes intramusculares (IM) para hipertrofia muscular. Tem antecedentes de cardiopatia dilatada e doença renal crónica (Creatinina basal 1.3mg/dL). Recorre ao serviço de urgência por vertigem e visão turva com horas de evolução a que se soma quadro de febre, shivering, artralhas, dor abdominal e astenia com 1 mês de evolução. Ao exame físico identificado sopro holossistólico II/VI pré-cordial, hepatoesplenomegalia e alterações compatíveis com lesões de Janeway e nódulos de Osler. Analiticamente com anemia (Hb 12g/dL), leucocitose (14510u/L com 91% neutrófilos), proteína C reativa e velocidade de sedimentação elevadas (110mg/L e 74mm/1h respetivamente) e creatinina 3.1mg/dL. Estudo tomográfico abdominal documentou alterações sugestivas de embolização hepática e esplénica. Também na tomografia cerebral surgem lesões aparentemente embólicas com pequenas áreas hemorrágicas. Colocada a hipótese de endocardite infecciosa complicada com embolização multiorgânica, com provável ponto de partida em procedimentos injetáveis. Diagnóstico confirmado por ecocardiograma transtorácico e transesofágico que mostraram vegetações da válvula mitral a condicionar insuficiência mitral severa. Avaliado por oftalmologia que verificou a presença de manchas retinianas de Roth. Estudo microbiológico com isolamento, em múltiplas hemoculturas, de *Staphylococcus aureus* meticilino-sensível. Pela gravidade clínica e risco de embolização adicional foi submetido a substituição valvular urgente após 1 semana de antibioterapia. Ao longo tratamento

cumpriu 6 semanas de antibioterapia após cirurgia verificando-se melhoria clínica e analítica paulatinas. Avaliado em consulta externa onde se manteve assintomático, apirético, sem evidência de inflamação sistémica e com regressão dos achados tomográficos

CONCLUSÃO:

O presente caso clínico, com uma apresentação clínica rica e profusamente ilustrado, permite rever um caso de endocardite infecciosa com insuficiência valvular grave complicada com múltiplos fenómenos imunológicos e embólicos num contexto epidemiológico incomum de injeção IM de suplementos hormonais com intuito hipertrofico. Salienta-se, ainda, a necessidade de um estudo detalhado do contexto epidemiológico destes doentes, de um exame físico criterioso e de uma atuação clínica multidisciplinar.

P570

895 NEUROSSÍFILIS... A GRANDE IMITADORA

Jancar Nina, Colaço Inês, Gonçalves Filipa, Aguiar Patrício, Ducla Soares José Luís
Hospital de Santa Maria CHLN

Introdução

a neurosífilis é uma das manifestações clínicas da infeção causada pelo *Treponema pallidum*, conhecida na história médica como a grande imitadora. Os exames de imagem são importantes para o diagnóstico, mas não existem achados imagiológicos patognomónicos de neurosífilis.

Caso clínico: doente do sexo feminino, 64 anos de idade, com antecedentes médicos conhecidos de hipertensão arterial e síndrome depressiva, internada por quadro clínico, com cerca de dois meses de evolução, caracterizado por períodos de confusão, desorientação e alteração do traço mnésico, que se haviam agudizado nas duas semanas prévias ao internamento e se fizeram acompanhar por cefaleia holocraneana, otalgia, epigastralgia episódica e metrorragias "de novo". A natureza progressiva do quadro motivou a realização da tomografia computadorizada (TC) – crânio-encefálica (CE) em ambulatório, que revelou lesões principalmente dos lobos temporais, compatíveis com lesões de natureza secundária. À admissão a doente encontrava-se desorientada, verborreica, com discurso desconexo, com parafasias e alucinações visuais e auditivas. Na avaliação complementar salientavam-se apenas anemia normocítica/normocrómica (Hb 11.9g/dL) e TC-CE sobreponível ao exame anteriormente realizado em ambulatório.

Dado o síndrome confusional e a possibilidade de doença neoplásica, a doente realizou exame ginecológico com ecografia pélvica, TC tóraco-

abdômino-pélvica, ecografia tiroideia e avaliação da função tiroideia, da vitamina B12 e folatos, de serologias infecciosas virais e do perfil autoimune, que não revelaram alterações. Foi realizado ainda EEG, que excluiu atividade epilética.

Para melhor caracterização das lesões do Sistema Nervoso Central realizou ressonância magnética (RM)-CE, que mostrou lesões extensas da substância branca subcortical das regiões bi-temporo-polares envolvendo também as regiões do hipocampo e temporais mesiais, com extensão às cápsulas externas, ao corpo caloso e dispersas na região frontal lesões sem efeito de massa, sugestivas de CADASIL, encefalite autoimune / límbica ou leucoencefalopatia multifocal progressiva (LEMP).

A punção lombar mostrou pleocitose linfocítica (20.8/mm³), aumento das proteínas (49.7mg/dl) e aumento da imunoglobulina G (128mg/dL) no líquido cefalorraquidiano, bem como RPR reativo. Os exames microbiológicos e as outras serologias no líquido foram negativas, tal como a pesquisa de mutações no gene NOTCH3, a pesquisa de vírus JC e a pesquisa de anticorpos antineuronais. A positividade dos testes treponémicos e não treponémicos no soro confirmaram o diagnóstico de neurosífilis. Foi iniciada terapêutica com penicilina G, objetivando-se melhoria clínica significativa.

Discussão: embora sejam importantes para confirmação do diagnóstico, os achados imagiológicos de neurosífilis são inespecíficos, podendo dificultar a investigação etiológica, pela sobreposição com outras entidades como o CADASIL, a encefalite autoimune e a LEMP.

P571

1090 CIRCULAÇÃO ÁUREA

Cátia Faria, Cátia Ribeiro Santos, Diana Moura, João Crespo Santos

Centro Hospitalar de Leiria (CHL), Hospital de Santo André (HSA), Leiria, Portugal

Introdução

A bacteriemia pode ocorrer espontaneamente mas, mais frequentemente, relaciona-se com infeções localizadas e/ou manipulação de dispositivos invasivos. Quando prolongada pode cursar com o surgimento de dispersos abscessos, sendo esta situação mais intimamente ligada ao microrganismo estafilococo.

Caso Clínico: Os autores apresentam o caso de um senhor de 52 anos, diabético, obeso, com dislipidemia e esteatose hepática, atualmente sem medicação habitual por dificuldade económica. Recorreu à urgência por poliartralgias com 15 dias de evolução, acometendo joelhos, cotovelos e mãos sem limitação funcional, associadas a edema, calor e rubor no dorso da mão esquerda, sinais compatíveis com celulite, com solução de continuidade com

drenagem purulenta. Negava febre apesar de estar objetivamente febril. Analiticamente apresentava leucocitose, neutrofilia e proteína C reativa (PCR) elevadas, rabdomiólise ligeira, hiperglicemia e acidemia. Isolado estafilococo aureus multisensível em hemoculturas e cultura do pus, pelo que se dirigiu antibiótica com flucloxacilina. O ecocardiograma transtorácico não mostrou vegetações nem massas intracavitárias mas evidenciou um pequeno derrame pericárdico circunferencial de 16mm. Foi avaliado pela Cardiologia que admitiu pericardite aguda, medicado com ácido acetilsalicílico e colchicina, com regressão do derrame. Por manutenção da febre colheu novas hemoculturas após 2 semanas de tratamento, mantendo-se isolamento do mesmo microrganismo. Alterada antibiótica para vancomicina com resolução da febre. Admitida bacteriemia persistente a justificar terapêutica efetiva por 6 semanas. O ecocardiograma transesofágico excluiu endocardite e a tomografia toraco-abdômino-pélvica revelou derrame pleural bilateral moderado e abscessos para-espinhal direito, dorso-lateral direito e prostáticos. Dado o doente se apresentar assintomático, com apirexia sustentada e com melhoria analítica, decidiu-se pelo tratamento conservador dos mesmos, prolongando antibiótica e mantendo controlo imagiológico, que mostrou posterior regressão dos mesmos. Como intercorrência no internamento apresentou endoftalmite endógena. Perante o quadro e as múltiplas complicações e achados supracitados foi excluída imunossupressão e doença auto-imune.

Conclusão: Pretende-se ressaltar a marcha diagnóstica e terapêutica num doente com bacteriemia sem esquecer as possíveis complicações que possam coexistir. Salienta-se ainda a necessidade de antibiótica dirigida e prolongada e o estudo de eventual doença sistémica subjacente.

P572

1126 DOS PULMÕES AO ABDÔMEN: UM CASO DE TUBERCULOSE PERITONEAL

Tiago Valente, Carolina Amado, Mariana Maranhas, Marcelo Aveiro, Fani Ribeiro, Pedro Neto, Gorete Jesus

Centro Hospitalar do Baixo Vouga

INTRODUÇÃO

A Tuberculose é uma das doenças mais antigas conhecidas. O *Mycobacterium tuberculosis* é transmitido através da via aérea, tornando os pulmões o órgão mais frequentemente afetado. No entanto em cerca de 20% dos casos a tuberculose toma uma forma extrapulmonar com atingimento de outros órgãos, sobretudo em doentes imunodeprimidos. Neste grupo de doentes a tuberculose pode raramente ter atingimento peritoneal, com manifestações clínicas abdominais e produção de líquido peritoneal exsudativo.

DESCRIÇÃO DO CASO

Homem, 47 anos, diabético, recorreu à urgência por quadro de epigastralgia, náuseas, mal-estar geral, anorexia e aumento do perímetro abdominal com 5 dias de evolução, sem outras queixas. Ao exame objetivo apresentava abdômen globoso com macicez variável, desconfortável à palpação dos quadrantes superiores. Sem outras alterações objetiváveis, nomeadamente adenopatias. Analiticamente apresentava ligeira leucocitose com neutrofilia e linfopenia, agravamento da função renal, Proteína C Reativa 20mg/dL, Velocidade de Sedimentação 110mm, serologias HIV, VHB e VHC negativas, VDRL não reativo e anticorpos antinucleares negativos. Sem isolamento de agente microbiológico em hemoculturas. Do estudo imagiológico destaca-se tomografia computadorizada (TC) tórax que mostrava 2 lesões cavitadas de cerca de 25mm de maior diâmetro no pulmão esquerdo assim como densificações parenquimatosas sugestivas de processo com disseminação endobrônquica e a TC abdominal com volumoso derrame peritoneal e áreas de espessamento do peritôneo e grande epíploon, com envolvimento adenopático abdominal. Foi feita broncofibroscopia com colheita de lavado broncoalveolar e aspirado brônquico com observação direta de bacilos ácido-álcool resistentes e pesquisa de Bacilo de Koch (BK) por PCR positiva, com exame cultural para pesquisa de micobactérias ainda em curso. Foi feita paracentese diagnóstica que evidenciou líquido classificável como exsudato com predomínio linfocitário (84%) mas exame direto e pesquisa de BK por PCR negativos. O doente foi isolado e iniciou terapêutica antibacilar com rifampicina, isoniazida, etambutol e pirazinamida. Teve alta mantendo seguimento no Centro de Diagnóstico Pneumológico da área de residência e consulta externa.

DISCUSSÃO

A tuberculose peritoneal é uma entidade rara em países desenvolvidos e de difícil diagnóstico diferencial com neoplasia abdominal. Esse diagnóstico torna-se ainda mais complicado uma vez que a acuidade diagnóstica do exame direto, cultura e pesquisa de BK por PCR no líquido ascítico é baixa. Para além disso, as lesões nodulares provocadas pela doença são imagiologicamente inespecíficas. O Gold-standard do diagnóstico é a demonstração de espécimes de *M. tuberculosis* nos tecidos. Neste caso, o diagnóstico tornou-se facilitado pelos achados pulmonares e pela observação dos bacilos. Este caso é importante por consciencializar os profissionais de saúde de uma etiologia rara mas importante de derrame peritoneal exsudativo.

P573

1138 ARTRITE SÉPTICA SECUNDÁRIA A DOENÇA PNEUMOCÓCICA INVASIVA

Francisco Pombo, Marina Mendes, Pedro Lopes, Mari Mesquita

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Introdução

A artrite séptica é uma complicação incomum da doença pneumocócica invasiva (DPI), tendo uma incidência de 1,6%. Neste caso clínico relata-se um caso de artrite séptica em indivíduo com diagnóstico prévio de DPI.

Caso Clínico: Homem de 63 anos, sem antecedentes patológicos de relevo, fumador ativo, com internamento recente no serviço de Medicina Interna até 4 dias antes por pneumonia adquirida na comunidade, com bacteriemia por *Streptococcus pneumoniae* multissensível (DPI), tendo tido alta com indicação para completar antibioterapia empírica com amoxicilina (até perfazer 14 dias de tratamento). Recorre ao serviço de urgência por edema assimétrico do membro inferior direito e reaparecimento de dispneia. Efetuou ecodoppler venoso e angioTC torácica que excluíram trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar agudo, respetivamente. A TC torácica evidenciava derrame pleural direito de grande volume, de novo. Realizada toracocentese diagnóstica que revelou um derrame pleural exsudativo (pelos critérios de Light). O doente foi medicado com clindamicina e novamente internado para investigação adicional. O estudo bacteriológico do líquido pleural drenado isolou *Streptococcus pneumoniae*, pelo que se assumiu tratar de um derrame parapneumónico. Avaliadas serologias víricas para VIH 1 e 2 que foram negativas. Durante o internamento, assistiu-se a resolução das queixas de dispneia e dos sinais inflamatórios do membro inferior, com localização particular ao nível da articulação do joelho. O doente passou a referir queixas de gonalgia de ritmo inflamatório. Efetuada ecografia articular que revelou líquido na articulação do joelho direito, tendo a análise microbiológica do líquido articular revelado *Streptococcus pneumoniae*. Procedeu-se igualmente a avaliação ecocardiográfica que excluiu endocardite infecciosa. O doente completou 14 dias de antibioterapia, com resolução clínica e analítica.

Discussão: A doença pneumocócica invasiva é uma complicação pouco comum (incidência de 36,4/100.000) da infeção por *Streptococcus pneumoniae*. As complicações secundárias desta doença, tais como as infeções metastáticas, são uma consequência da bacteriemia, sendo a artrite séptica uma das mais frequentes.

P574

1157 SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON – A COMPLEXIDADE DE UM DIAGNÓSTICO

Rosa Margarida Cardoso, Jorge Rodrigues, Margarida Monteiro, Manuela Vasconcelos

Hospital de Braga

Introdução

A síndrome de Stevens-Johnson (SJS) é uma reação mucocutânea severa, caracterizada por necrose extensa da epiderme, maioritariamente iatrogénica a fármacos, entre os quais alopurinol, antibióticos e anti-inflamatórios não-esteróides (AINE's).

Caso clínico: homem, 70 anos. Antecedentes de alcoolismo, hipertensão arterial, doença renal crónica (DRC) estadio 3 provável secundária a nefrotoxicidade AINE's; polimedicado, incluindo anti-hipertensores e alopurinol. Vem ao serviço de urgência (SU) por omalgia esquerda, ritmo mecânico - alta medicado (analgésicos e AINE's). No dia seguinte trazido por prostração, tendo sido encontrado caído no chão. À admissão: hipotensão, hipotérmico, prostrado, sinais de má perfusão periférica. Gasimetria arterial com acidemia metabólica grave; hiperlactacidémia. Analiticamente: DRC agudizada (creatinina 7.5mg/dL); elevação marcada de proteína C-reativa, anemia, trombocitopenia e rabdomiólise; sedimento urinário ativo. Colheu hemoculturas (negativas) e urocultura (*Escherichia coli*) e realizou tomografia toraco-abdominopélvica, sem alterações. No SU evolução desfavorável com paragem cardiorrespiratória em atividade elétrica sem pulso; recuperação após 2 ciclos de suporte avançado de vida. Assumido choque séptico (ponto de partida desconhecido) com disfunção neurológica, cardiovascular, renal, hematológica; iniciou ceftriaxone. Admitido em cuidados intensivos, sob suporte ventilatório invasivo, vasopressor e renal (esteve sob diálise). Agravamento de anemia e trombocitopenia, necessidade de transfusão; foi excluída hemólise. Desde o início evidência acrocianose e lesões de púrpura nas extremidades, áreas de necrose cutânea, sobretudo ombro esquerdo - realizada TC do ombro: edema/sufusão hemorrágica difusa dos tecidos moles, captação homogénea pelos tecidos musculares, sem coleções. Avaliado por Dermatologia e consideradas alterações cutâneas em contexto de septicémia e iatrogenia a vasopressores. Colhido exsudado cutâneo e isolado *Enterococcus faecalis*, tal como em hemoculturas, urocultura e ponta de catéter de diálise. Ecocardiograma transtorácico e depois transesofágico, sem alterações. TC crânio com evidência de lesões isquémicas agudas em vários territórios arteriais (sugerindo embolização). Iniciou Linezolid e Gentamicina (endocardite infecciosa possível). Manteve progressão da necrose cutânea; avaliado por Cirurgia Plástica, com desbridamento parcial das lesões. Enviado

material para microbiologia (isolado *Enterococcus faecalis*). Decidido desbridamento cirúrgico alargado e amputação de vários dedos. O doente faleceu no 2º dia pós-operatório. Do resultado anatomopatológico da biópsia cutânea, conhecido após o óbito, evidenciado síndrome de Stevens-Johnson.

Discussão: este caso traduz a gravidade da SJS, que deve ser diagnosticada o mais precoce possível. A utilização de AINE's e alopurinol podem ter sido agentes causais. A sobreinfecção bacteriana e sépsis é frequente, sendo causa de maior morbimortalidade.

P575

1201 SIALADENITE SUBMANDIBULAR BILATERAL AGUDA NO CONTEXTO DE INFECÇÃO POR VÍRUS INFLUENZA A

Andreia Freitas, Pedro Oliveira, Sara Beça, Joana Mascarenhas, Sofia Pereira

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução

Anualmente, o vírus Influenza (A e B) gera epidemias de infeções respiratórias. A apresentação típica inclui, entre outros sintomas, febre, mialgias e tosse. A sialadenite, nomeadamente a parotidite, constitui uma forma de apresentação rara da infeção, ocorrendo maioritariamente nas crianças. Poucos são os casos descritos de sialadenite submandibular bilateral no adulto no contexto de infeção por Influenza A.

Caso clínico: Mulher de 78 anos, autónoma, antecedentes de síndrome metabólica medicada; sem vacina anual da gripe. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de tumefação submandibular bilateral dolorosa à palpação e astenia com 3 dias de evolução. Sem outras queixas. Cónjuge com quadro compatível com síndrome gripal. Ao exame físico a doente apresentava-se hemodinamicamente estável, febril (T 38.1°C), com roncospasmos e sibilância dispersos à auscultação pulmonar. Aumento do diâmetro cervical visível à inspeção, com tumefação dura, móvel e dolorosa à palpação na região submandibular bilateralmente, sem sinais inflamatórios locais. Sem exsudados purulentos na orofaringe. Insuficiência respiratória (IR) tipo 1 objetivada na gasimetria arterial (pO₂ 55mmHg). Analiticamente com leucocitose (14.270/uL) com neutrofilia, PCR 9.05 mg/dL. Ecografia das partes moles e Tomografia Computorizada dos tecidos moles do pescoço com evidência de hipertrofia e heterogeneidade das glândulas salivares submandibulares, com adenopatias reativas. Exsudado faríngeo positivo para influenza A. A doente foi internada por Gripe A com IR tipo 1, com sialadenite submandibular bilateral aguda. Foi medicada com Oseltamivir 75mg 12/12h per os durante 5 dias, com corticoterapia endovenosa e

com broncodilatadores inalados; reforço hídrico por os e massagem glandular salivar foram também adotados. Melhoria clínica e analítica significativas foram observadas com as medidas terapêuticas instituídas, com resolução da IR e diminuição progressiva da tumefação submandibular.

Discussão: Descreve-se um caso de sialadenite submandibular aguda bilateral numa doente com infeção por vírus influenza A. Outros agentes patogénicos podem ter coexistido com o influenza (ex. Vírus coxsackie, EBV) mas não foram descartados, pelo que a associação não pode ser completamente estabelecida. A causa da associação ainda é desconhecida: por um lado, admite-se que a desidratação secundária à infeção respiratória causada pelo vírus influenza predisponha a estase salivar e desenvolvimento subsequente de sialadenite; alternativamente, admite-se a infeção direta como mecanismo etiológico potencial já que existem relatos de isolamento de vírus influenza A em tecido glandular salivar em modelos animais após exposição respiratória. O reconhecimento precoce da infeção num paciente com sialadenite permite adotar atempadamente medidas de evicção da transmissão do vírus e tratamento adequado, para além de limitar o recurso a exames complementares de diagnóstico desnecessários.

P576

1207 ENDOCARDITE SUBAGUDA E ESPONDILODISCITE

Clara Machado Silva; Joana Pimenta; António Braga; Inês Nogueira Costa; Mariana Pacheco; Diana Ferrão; Jorge Almeida

Centro Hospitalar e Universitário de São João

A endocardite subaguda pode ser difícil de diagnosticar, com manifestações clínicas inespecíficas.

Homem, 74 anos, hipertenso, diabético, insuficiência cardíaca (IC) valvular, com disfunção grave do ventrículo esquerdo, submetido a substituição valvular aórtica com bioprótese em 2015 e a colocação e dispositivo de ressincronização cardíaca com desfibrilador (CRT-D) em Setembro/2017; fibrilhação auricular, hipocoagulado com varfarina. História de perfuração intestinal, como complicação de colonoscopia, em Outubro/2017, com necessidade de hemicolectomia direita e colostomia. Desde então, apresenta anemia microcítica/hipocrómica. Admitido em Abril/2018 por febre com vários dias de evolução, associada a astenia, tonturas e dor cervical. Apresentava-se febril, hipotenso, taquicárdico, emagrecido. Sem alterações à auscultação pulmonar, com sopro diastólico audível no foco aórtico à auscultação cardíaca. Sem alterações neurológicas ou instabilidade cervical. Analiticamente, detectada anemia agravada com 8g/dL de hemoglobina, leucocitose com neutrofilia, fosfatase alcalina

ligeiramente aumentada, proteína C-reativa 140 mg/L. Sem alterações de relevo no exame sumário de urina. Sem hipotransparências na radiografia de tórax. A tomografia cervical mostrou sinais de espondilodiscite em C5-C6 e C6-C7, sem sinais de instabilidade. Foram colhidas hemoculturas e iniciou empiricamente ceftriaxona e vancomicina. Foi realizado ecocardiograma transtorácico que não mostrou vegetações. Atendendo à forte suspeita, realizou-se ecocardiograma transesofágico (eco-TE) que confirmou endocardite de válvula protésica, sem disfunção valvular associada, com massa heterogénea adjacente, suspeita de ser hematoma residual da intervenção vs. abscesso. Colhidas novas hemoculturas e associada gentamicina. Ao 3º dia, isolado *Enterococcus faecalis* resistente ao ceftriaxone em 3 sets de hemoculturas diferentes, sendo ajustada antibioterapia para ampicilina e gentamicina. O doente não apresentou qualquer evento embólico. Foi retirado CRT-D e realizada ressonância magnética cervical. Por agravamento da IC, com hipotensão e dispneia agravada com congestão pulmonar, apesar de hemoculturas posteriores negativas, foi repetido eco-TE que confirmou abscesso periprotésico, já com disfunção de prótese valvular. Após discussão multidisciplinar, o doente foi intervencionado por Ortopedia, com limpeza cirúrgica cervical e artrodese somática de C6-C7 com enxerto de ilíaco e, posteriormente, submetido a substituição de prótese aórtica por bioprótese e plastia da válvula mitral. Após 10 semanas de antibioterapia (8 após controlo de foco de espondilodiscite e 6 após controlo de foco de endocardite), foi suspenso o tratamento, sem sinais de infeção e reimplantado CRT-D, sem intercorrências.

Apesar dos riscos e do prognóstico inicial, a evolução do doente foi favorável. Isto só foi possível após se ter reunido uma equipa multidisciplinar, que permitiu garantir o adequado controlo dos focos infecciosos.

P577

1230 ENCEFALITE HERPÉTICA HEMORRÁGICA E VIRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA – LIGAÇÃO MORTAL POR VÍRUS

Alexandra Pousinha, Carolina Cadório, Diana Falcão, Vânia Almeida, Cândida Barroso, João Barreira, José Barata

Hospital de Vila Franca de Xira

Introdução

A encefalite pelo Vírus Herpes Simples (VHS) é a principal causa de encefalite esporádica em adultos. Na sua biopatologia, o VHS causa uma encefalite necrotizante que pode ser hemorrágica, conferindo-lhe pior prognóstico face a outras encefalites virais.

Caso clínico

Os autores apresentam o caso de um homem, leucodérmico, de 55 anos, previamente autónomo, com antecedentes de 2 acidentes vasculares isquémicos cerebrais em 2017 com hemiparesia esquerda e disartria sequelares. Recorreu ao Serviço de Urgência por episódio de crise convulsiva inaugural. À admissão encontrava-se com flutuação do estado de consciência, desorientado, apirético, sem sinais neurológicos de novo e sem sinais meníngeos.

Dos exames complementares de diagnóstico destacam-se: laboratorialmente sem aumento de parâmetros inflamatórios e tomografia crânioencefálica (TC-CE) com mostrando lesão encefaloclástica corticossupratentorial frontal lateral e perirrolândica à direita, em relação com sequelas de enfartes antigos. Considerou-se o diagnóstico de epilepsia sintomática enfarte cerebral prévio e foi medicado com antiepiléptico.

Contudo, na enfermaria manteve flutuação do estado de consciência e iniciou picos febris, e mioclonias focais. Repetiu TC-CE que evidenciou múltiplos focos hemorrágicos direitos em topografia perirrolândica, temporal e lenticular posterior aflorando a corona radiata adjacente. Por suspeita de encefalite herpética fez punção lombar que evidenciou aumento da proteinorráquia e pleocitose; pediu-se PCR para o VHS no líquido. Iniciou empiricamente aciclovir. Concomitantemente identificou-se serologia positiva para Vírus Imunodeficiência Humana tipo 1. Foi referenciado para Unidade de Cuidados Intensivos mas, apesar de todos os esforços envidados, o doente veio a falecer ao 7º dia de internamento. A posteriori confirmou-se PCR positiva no líquido para VHS 1.

Discussão

Os autores pretendem demonstrar a importância de se considerar o diagnóstico de encefalite em doentes que se apresentam com crise epiléptica inaugural e alteração do estado de consciência ou síndrome confusional prolongados. Neste caso, a história clínica e o primeiro exame de neuroimagem sugeriam o diagnóstico de epilepsia sintomática à lesão vascular prévia do doente. No entanto, a ausência de melhoria clínica com o controlo das crises epilépticas e o aparecimento de febre levou à repetição do exame de neuroimagem, evidenciando-se a presença de lesão focal temporal com componente hemorrágico compatível com encefalite herpética. Por outro lado, o facto de o doente ser imunocomprometido, situação identificada durante o internamento, conferiu maior gravidade e mortalidade ao quadro clínico.

P578

1353 ASCITE DE NOVO NO ADULTO JOVEM: UM CASO DE TUBERCULOSE ABDOMINAL

Filipe Machado, Diana Dias, Joana Rodrigues, Joana Malheiro, Cristiana Cruz, Joana Sequeira
Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

A incidência de tuberculose apresenta uma trajetória descendente em Portugal. Entre as formas de apresentação, a tuberculose abdominal compreende apenas 5% de todos os casos, sendo o envolvimento peritoneal um dos mais frequentes.

Jovem de 24 anos, com história prévia de convivência com um caso de tuberculose pulmonar 3 anos antes, sem outros antecedentes patológicos e sem medicação crónica, recorreu ao Serviço de Urgência por distensão abdominal com clínica associada de hipersudorese noturna e picos febris com semanas de evolução. Ao exame físico destacava-se apenas a presença de ascite grau 2. O estudo analítico apresentava anemia normocítica normocrómica, trombocitose, elevação da desidrogenase do lactato e da proteína C reativa. Os marcadores de citocolestase e função hepática encontravam-se normais, bem como a função renal, relação proteínas/creatinina na urina e o peptídeo natriurético B. Efetuada radiografia do tórax que mostrou uma hipotransparência no ápice do pulmão direito, melhor caracterizada posteriormente por Tomografia Computorizada (TC) torácica que confirmou a presença da lesão condensante sub-pleural nessa localização. A TC abdomino-pélvica comprovou a presença de ascite e revelava também ansas intestinais com espessamento parietal e dilatação, sem adenopatias evidentes nas cadeias linfáticas abdomino-pélvicas. Foi realizada paracentese diagnóstica com drenagem de líquido amarelo citrino turvo, com predomínio linfocítico, gradiente sero-ascítico de albumina inferior a 1,1 g/dl e doseamento de adenosina desaminase elevada duas vezes acima do limite superior. O exame bacteriológico de líquido ascítico revelou-se amicrobiano. Adicionalmente, não se verificava infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, Hepatite B ou Hepatite C.

Embora os resultados iniciais da pesquisa de DNA de *Mycobacterium tuberculosis* e o exame direto de micobactérias tenham sido negativos, o exame cultural, quer do aspirado brônquico (efectuado broncofibroscopia posteriormente para colheita de lavado broncoalveolar), quer do líquido ascítico, confirmaram a presença de *Mycobacterium tuberculosis*. Ao longo do seguimento ambulatorial verificada melhoria clínica da ascite e da sintomatologia acompanhante.

O presente caso destaca uma forma rara de tuberculose num doente jovem e imunocompetente sem factores de risco conhecidos para tuberculose abdominal. Apesar da raridade, é intuitivo do

presente caso alertar para a necessidade de manter o elevado nível de suspeição deste diagnóstico.

P579

1371 EMERGÊNCIA DE UMA NOVA ESTIRPE DE KLEBSIELLA PNEUMONIAE RESISTENTE AOS CARBAPENEMOS E À COLISTINA: PRIMEIRO CASO EM PORTUGAL?

Carolina Teles, Carlos Dias da Silva, Teresa Vaio, Rui Santos, Armando Carvalho

Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO

A prevalência de *Klebsiella pneumoniae* resistente aos carbapenemos, maioritariamente pela produção de carbapenemases, tem vindo a aumentar a um ritmo alarmante, o que obrigou à utilização de antibióticos pouco usados, como a colistina, a tigeciclina e a fosfomicina. No entanto, o seu uso levou à emergência em todo o mundo de estirpes resistentes a maior número de antibióticos, nomeadamente à colistina, tornando-se uma ameaça para a saúde pública e um fator de risco independente de mortalidade. Por outro lado, têm sido identificadas estirpes resistentes aos carbapenemos não produtoras de carbapenemases que, apesar da sua importância clínica, estão pouco estudadas.

CASO CLÍNICO: Doente do sexo feminino, 87 anos de idade, foi encaminhada ao Serviço de Urgência por depressão do estado de consciência, hipotensão (70/40 mmHg), dispneia, náuseas, vômitos e sudorese, com início nesse dia. À admissão, apresentava-se febril e polipneica com tiragem supraclavicular. Escala de coma de Glasgow de 14. Exame objetivo sem outras alterações. Antecedentes pessoais de doença renal crónica em estadió terminal, algaliação crónica e profilaxia antibiótica de infeções urinárias. Do estudo complementar realizado, destaca-se insuficiência respiratória global com hipoxémia grave e hiperlactacidémia, creatinina de 3,88 mg/dL (sobreponível ao basal) e leucócitos de 4,8 g/L. Sumária da urina com leucocitúria e nitritos positivos. Radiografia de tórax sem alterações de novo. Zaragatoa naso/orofaríngea negativa para vírus Influenza A e B. Urocultura positiva para *Klebsiella pneumoniae* multirresistente, sensível apenas a amicacina e fosfomicina, não produtora de carbapenemases. No Teste de Sensibilidade aos Antibióticos (TSA), destaca-se a resistência ao meropenem e à colistina, com sensibilidade intermédia para a tigeciclina. Diagnosticada sepsis com ponto de partida urinário (SOFA 4), iniciou antibioterapia com fosfomicina em dose ajustada à função renal, com boa resposta e evolução favorável.

DISCUSSÃO: Este caso ilustra a emergência de

uma estirpe de *Klebsiella pneumoniae* resistente aos carbapenemos e à colistina, mas não produtora de carbapenemases, numa doente com os fatores de risco de algaliação crónica e antibioterapia profilática, o que poderá ser indício da presença de outras carbapenemases não testadas pela sua muito baixa prevalência, de novas carbapenemases ainda não identificadas, ou do desenvolvimento de outros mecanismos de resistência. Deste modo, salienta-se a importância do uso racional dos antibióticos e do aparecimento de novos agentes capazes de ultrapassar estas barreiras, entre os quais se encontra a ceftazidima/avibactam. Finalmente, torna-se fundamental expandir o espectro de antibióticos testados no TSA de modo a incluir estes novos agentes bem como outros que não são habitualmente relatados.

P580

1459 DA PNEUMONIA À PARAPARÉSIA - UM CASO DE ABCESSO EPIDURAL RAQUIDIANO

Joana Alves Vaz, Catarina Cabral, Maria Manuela Soares, Isabel Madruga

Hospital Egas Moniz

INTRODUÇÃO

Os abscessos epidurais raquidianos isolados são raros, condicionando elevada morbidade pelo diagnóstico tardio. A maioria origina-se por disseminação hematogénica, osteomielite ou manipulação local (cirurgia ou colocação de catéter epidural). A terapêutica de eleição é o tratamento cirúrgico seguido de antibioticoterapia dirigida.

CASO CLÍNICO: Mulher de 51 anos, autónoma, com perturbação afectiva bipolar e tabagismo ativo foi internada por pneumonia bilateral adquirida na comunidade, sem agente isolado, tendo cumprido ciclo de antibioterapia com levofloxacina, seguida de piperacilina-tazobactam, com resolução completa. Manteve seguimento em consulta de Medicina Interna e, três semanas após a alta, apresentou pico febril de 38°C (axilar) que cedeu ao paracetamol. Foram solicitados exames culturais (sangue, urina, expectoração com pesquisa de BAAR) e a doente manteve-se apirética, sob vigilância. Uma semana depois apresentou instalação súbita de diminuição da força muscular ao nível dos membros inferiores, pelo que recorreu, no mesmo dia, ao Serviço de Urgência. À observação destaca-se paraparésia - força muscular grau 3/5 ao nível do membro inferior direito, grau 4/5 no membro inferior esquerdo, prova de Mingazzini positiva à direita e parestesias bilateralmente. Apresenta elevação dos parâmetros inflamatórios (leucocitose 22,600/uL e proteína C reactiva 22,6mg/dL), exames microbiológicos do sangue, expectoração e urina (já previamente solicitados) negativos e TC/RMN da coluna com "lesão expansiva de aparente epicentro pulmonar esquerdo com extensão para-vertebral e intracanal e franco efeito de massa sobre a medula

dorsal." Foi submetida a laminectomia dorsal e antibioticoterapia com meropenem e vancomicina e posteriormente amoxicilina durante doze semanas. Do material drenado cirurgicamente isolou-se *Streptococcus intermedius*. Efetuou fisioterapia de reabilitação com recuperação total dos déficits descritos.

DISCUSSÃO: Os autores documentam o caso de uma doente jovem com história de pneumonia tratada com antibioticoterapia e resolução completa da sintomatologia, com recorrência da febre após a alta que evoluiu com súbita paraparesia e alterações da sensibilidade. Foi possível o diagnóstico de abscesso epidural e a doente foi submetida a drenagem cirúrgica, descompressão medular, antibioticoterapia endovenosa e fisioterapia, com boa recuperação neurológica. Neste caso, admitimos o contributo do fator psicológico para o desenvolvimento do quadro, tendo a doente desvalorizado sintomas que deveriam ter-nos alertado para a evolução negativa que estava a ocorrer. A disseminação por continuidade com o espaço pleural, apesar de extremamente rara, é possível, condicionando situações potencialmente graves e mesmo fatais. Os abscessos epidurais raquidianos têm melhor prognóstico quando o diagnóstico e tratamento são precoces, pelo que devemos manter-nos alerta em situações infecciosas, nomeadamente quando surgem alterações "de novo" ou inexplicadas.

P581

1559 KLEBSIELLA PNEUMONIAE E LESÕES CAVITADAS PULMONARES

Ana Teresa Costa, Susana Conceição, António Trigo, Liliana Dias

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introdução

As lesões pulmonares cavitadas são manifestações de uma grande variedade de processos patológicos que envolvem o pulmão. As características e localização das cavitações são importantes para o diagnóstico diferencial.

Caso clínico:

Mulher de 65 anos, com Diabetes Mellitus tipo 2, insulinotratada, com mau controlo metabólico e hipertensão arterial.

É trazida ao serviço de urgência por quadro com 1 semana de evolução de astenia e adinamia. Na admissão encontrava-se febril (TT 38,2°C), hipoxémica, com hálito cetónico, hiperglicémia de 603mg/dL, cetonémia de 5,7mmol/L, pelo que iniciou oxigenoterapia, perfusão de insulina e fluidoterapia endovenosa. Analiticamente destacava-se leucocitose de $29.770 \times 10^6/L$, neutrofilia 92,6%, PCR 304mg/L, creatinina 1,18mg/dL, ureia 66mg/dL e hiponatrémia de 128mEq/L. Urina II com 68 leucócitos/campo, glicosúria marcada e corpos

cetónicos de 40mg/L. A radiografia de tórax mostrou infiltrados algodonosos periféricos. Colheu culturas e iniciou empiricamente piperacilina/tazobactam. Houve normalização da glicémia, da natrémia e da função renal com as medidas instituídas.

Na enfermaria constatada necrose da falange distal do 3º dedo do pé direito, com fleimão circundante associado. Foi observada por cirurgia geral com indicação para medidas de desinfecção local e manutenção de antibioticoterapia. Ao terceiro dia de antibioticoterapia, em hemoculturas e urocultura foi isolada *Klebsiella pneumoniae*, pelo que se descalou antibioticoterapia para amoxicilina+clavulanato, segundo TSA.

Na reavaliação imagiológica por radiografia de tórax identificadas múltiplas lesões sugestivas de cavitações, periféricas, bilaterais. Foi feita TC tórax que documentou: "...múltiplos nódulos globalmente cavitados de volumetria variável, periféricos, distribuídos de forma não sistematizada por ambos os campos pulmonares. Apresentam impregnação em anel e nível de líquido no seu interior. Os aspectos descritos correspondem provavelmente a êmbolos sépticos...". Realizou ecocardiograma transtorácico e transesofágico que excluíram a presença de vegetações valvulares. Realizou ecografia abdominal superior que excluiu a presença de abscessos hepáticos.

Cumpriu antibioticoterapia durante 8 semanas, com normalização dos parâmetros inflamatórios, apirexia mantida, resolução imagiológica das cavitações e resolução completa da lesão cutânea identificada.

Discussão: As estirpes virulentas de *Klebsiella pneumoniae*, embora mais comuns na Ásia (Taiwan e Japão), têm vindo a disseminar-se pela Europa e América, em especial à custa da globalização. Tipicamente são estirpes piogénicas, causadoras de abscesso hepático, bacteriémia, pneumonia ou fascíte necrotizantes, e que afectam maioritariamente indivíduos diabéticos.

Neste caso a embolia pulmonar séptica foi a principal manifestação da infecção por esta bactéria, assumindo-se como foco extra-pulmonar primário de embolização a infecção cutânea com necrose e fleimão do pé.

P582

1619 ESPONDILODISCITE A KLEBSIELLA PNEUMONIAE NUMA DOENTE IMUNODEPRIMIDA

Rui Correia, Ricardo Lavajo, Marlene Delgado, António Correia

Centro Hospitalar de Tondela-Viseu

Introdução:

A Espondilodiscite Infecciosa (EI) pode ser definida

como uma infecção que afeta o corpo vertebral, o disco intervertebral ou o tecido paraespinhal adjacente, sendo as vértebras lombares a sua localização mais frequente e a disseminação hematogênea a principal causa da infecção. A etiologia pode ser piogénica, cujo agente mais frequente é o *Staphylococcus Aureus*, no entanto estão descritos casos causados por bactérias aeróbias Gram-negativas em doentes imunodeprimidos.

Caso Clínico:

Mulher de 61 anos, antecedentes de Glioblastoma submetido a intervenção cirúrgica seguida de radioterapia concomitante com quimioterapia com temozolamida, suspensa por toxicidade medular com anemia aplásica. Internada por quadro com 24 horas de evolução de febre, dor lombar de características mecânicas e sem história de traumatismo, alguns dias após a alta hospitalar do serviço de Oncologia. Analiticamente com pancitopenia e biomarcadores de inflamação, sendo que o rastreio séptico levou a identificação de *Klebsiella pneumoniae* ESBL na urocultura sem evidência de bacteriemia, pelo que se admitiu o diagnóstico de pielonefrite aguda não obstrutiva (confirmada ecograficamente), desenvolvendo depois um quadro de sépsis grave com ARDS mas com resposta clínica favorável à antibioterapia dirigida em associação a medidas de suporte nomeadamente corticoterapia, oxigenoterapia em alto débito, fatores de crescimento, transfusões de concentrado de eritrócitos e plaquetas. Por persistência da dor lombar, realizou TC, RM e PET que foram inconclusivas relativamente à hipótese de espondilodiscite, identificando uma fractura lombar recente. Entretanto, cerca de um mês depois, a doente reinicia febre, mantendo as queixas algicas, com necessidade de escalada analgésica, pelo que repete estudo microbiológico levando novamente ao isolamento de *Klebsiella pneumoniae* ESBL na urocultura e hemoculturas e repetiu RM da coluna lombar que confirmou espondilodiscite lombar. Após 6 semanas de antibioterapia com meropenem efetuou RM da coluna lombar de controlo que mostrou melhoria das lesões mas ainda com processo infeccioso ativo pelo que se prolongou antibioterapia até aos 3 meses com melhoria clínica e franca melhoria radiológica objetivada na RM.

Conclusão:

O diagnóstico de Espondilodiscite é geralmente tardio devido à natureza inespecífica dos sintomas, condicionando elevada morbimortalidade, sendo fundamental um elevado índice de suspeição, tal como se pode constar neste caso, em que a insistência no estabelecimento diagnóstico nos levou a bom porto. Por outro lado, a imunossupressão da doente foi o fator predisponente para a infecção por um agente menos comum e que implicou uma abordagem terapêutica mais complexa.

Salienta-se ainda este caso, pela anemia aplásica

secundária à temozolamida que ocorre em menos de 1% dos casos, sendo a trombocitopenia isolada, o seu efeito hematológico habitualmente mais grave.

P583

1725 OSTEOMIELE CRÓNICA: INDICAÇÃO PARA ANTIBIOTERAPIA POR TEMPO INDETERMINADO?

Sofia Cruz, Bruno Ferreira, Andreia Ribeiro, Pedro Custódio, Ana Rita Gomes, Patrícia Ramos, Ana Oliveira, Marta Quaresma, José Barata

Hospital de Vila Franca de Xira

A osteomielite crónica é definida pela inflamação óssea, superior a 2 semanas de evolução, com evidência imagiológica de necrose óssea. Associa-se, por continuidade, às infeções dos tecidos moles não tratadas ou relaciona-se com a presença de fatores de risco, como dispositivos implantados. Na grande maioria o microrganismo isolado é o *Staphylococcus aureus*, enquanto que os bacilos Gram-negativos correspondem a 30% dos casos. O tratamento consiste na antibioterapia dirigida com necessidade, por vezes, de desbridamento cirúrgico.

Os autores reportam o caso de uma doente de 71 anos, com história pessoal relevante de valvuloplastia mitral por insuficiência mitral, complicada de pseudoaneurisma iatrogénico da aorta ascendente, com necessidade de colocação de prótese vascular em 2015.

Em 2016 apresentou primeiro episódio de osteomielite do esterno a *Pseudomonas* (P.) aeruginosa, confirmada por tomografia de emissão de positrões (PET) que também revelou suspeita de processo inflamatório na prótese vascular. Realizou nove meses de antibioterapia com ciprofloxacina com melhoria clínica, tendo repetido PET já sem evidência das alterações mencionadas.

Em 2017 foi internada por espondilodiscite a P. aeruginosa, tendo ficado com indicação para realização de ciprofloxacina por tempo indeterminado, dada a suspeita de manter foco infeccioso a nível esternal ou prótese vascular (sem evidência de recidiva de osteomielite e sem condição operatória para revisão de esterno e prótese vascular).

Em agosto de 2018 é admitida por hemorragia subaracnoideia espontânea, associada a crise convulsiva que volta a apresentar em outubro de 2018 (já sem evidência de hemorragia), pelo que, por suspeita de iatrogenia, suspendeu a antibioterapia.

Novo internamento em novembro de 2018 por coleção supra-esternal, avaliada em tomografia computadorizada torácica: coleção abecedada no manúbrio esternal, com projeção cutânea;

esclerose moderada da cortical e subcortical epifisária e do manúbrio, irregularidade cortical e geodos, a relacionar com osteomielite crónica. Isolada novamente *P. aeruginosa* (sensível a ceftazidima e ciprofloxacina) em hemoculturas e exame bacteriológico do pus, tendo realizado drenagem da coleção supra-esternal e ciclo prolongado de antibioterapia (sete semanas) com ceftazidima, apresentando sustentada melhoria analítica (hemoculturas de controlo negativas) e imagiológica. Pela suspeita de manter foco infeccioso no esterno ou na prótese vascular, não abordável cirurgicamente, teve alta medicada com ciprofloxacina por tempo indeterminado e com ajuste do antiepilético, encontrando-se atualmente clinicamente estável, sem sinais ou sintomas de recidiva infecciosa.

Este caso serve para assinalar que na osteomielite com impossibilidade de controlo de foco cirurgicamente, a antibioterapia de longa duração representa a única opção para diminuir as recidivas e complicações, apesar da possibilidade de emergência de futuros microrganismos resistentes, inerente a esta abordagem.

P584

1858 "POTT'S PUFFY TUMOR": UMA COMPLICAÇÃO GRAVE DA SINUSITE AGUDA

Gonçalo Santos, Ana Monteiro, Maria Duarte, Inês Ferreira, Beatriz Leão, Luís Malheiro, João Nuak, Susana Silva, António Sarmento

Hospital de Espírito Santo de Évora, Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução

A sinusite é uma patologia comum, cujas complicações se tornaram raras desde o advento dos antibióticos. Embora incomuns, estas complicações estão associadas a elevada morbi-mortalidade e incluem a celulite da órbita, o empiema cerebral e o tumor de Pott, uma tumefação mole frontal que traduz coleção abcedada suprajacente a osteomielite. O grau de suspeição deve ser maior nos doentes com sinusite crónica ou recorrente e nos imunocomprometidos.

Caso Clínico: Apresenta-se um caso de um homem de 27 anos, que recorreu ao serviço de urgência por cefaleia frontal associada a edema palpebral e dor ocular direita com um mês de evolução. Como antecedentes relevantes, fora submetido a cirurgia aos seios perinasais 2 anos antes e recentemente tivera comportamentos sexuais de risco. Objetivamente apresentava-se apirético, com edema e rubor palpebral do olho direito, dor com os movimentos oculares e diplopia na posição primária do olhar. A fundoscopia era normal. Não apresentava alterações no exame neurológico sumário. No estudo analítico, de salientar leucocitose com neutrofilia e elevação da PCR, com serologia VIH

negativa. Realizou TC cerebral e das órbitas, que revelou opacificação por material com densidade de tecidos moles dos seios frontais e labirinto etmoidal direito com desmineralização e erosão óssea destas estruturas. Esta coleção apresentava extensão à órbita direita com apagamento da gordura pré e pós-septal e à cavidade endocraniana, sugerindo empiema extra-axial fronto-orbitário direito. Foi submetido a drenagem cirúrgica desta coleção, com saída abundante de pús que foi enviado para análise microbiológica. Foi internado e iniciou antibioterapia empírica com meropenem e vancomicina. Após 7 dias sem identificação de qualquer patogéneo, a antibioterapia foi alterada para ceftriaxone e metronidazol em dose meníngea e anfotericina-B. Suspendeu anfotericina-B após 8 dias dada a ausência de identificação de fungos na anatomia patológica. A TC de controlo realizada às 6 semanas de terapêutica revelou resolução da coleção extra-axial e da órbita direita, mantendo preenchimento dos seios frontais e das células etmoidais, sobretudo à direita. Não foi possível isolar qualquer agente nos estudos microbiológicos realizados. Após cumprir um total de 6 semanas de antibioterapia empírica, considerando a boa evolução clínica, analítica e imagiológica, o doente teve alta para a consulta externa, mantendo-se assintomático.

Discussão: Apesar da sua raridade, o tumor de Pott é uma complicação grave de uma infeção comum que requer um diagnóstico célere e a instituição de terapêutica médica e cirúrgica agressiva. Para o diagnóstico é essencial a TC, que permite a localização da coleção e a sua drenagem cirúrgica. Após se obter o controlo de foco é necessário instituir antibioterapia adequada, com cobertura de anaeróbios. Esta deve ser mantida durante um período não inferior a 6 semanas.

P585

2171 INFECÇÃO VIH NA POPULAÇÃO GERIÁTRICA – UMA PREOCUPAÇÃO CRESCENTE DO NOSSO TEMPO

Rita Lencastre Monteiro, Rodrigo Leão, Cristina Lima, César Vieira, Joana Diogo, Carolina Coelho, Rita Bizarro, Ana Gonçalves, José Jacome, Conceição Loureiro

Hospital Santo Antonio dos Capuchos - CHLC

Introdução

O Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) é um problema de saúde pública que afecta mais de 2 milhões de pessoas na Europa. A Organização das Nações Unidas para o VIH/SIDA propõe até 2020 o programa "90-90-90". Em 2016 Portugal teve cerca de 91,7 % dos VIH positivos diagnosticados, 86,8 % destes iniciaram tratamento, dos quais 90,3 % tinha carga viral indetectável (≤ 200 cópias/ml). A idade à data do diagnóstico está abaixo dos 50 anos em 71% dos casos. Chamamos a atenção para o número significativo de infectados

em idade avançadas – resultado do sucesso terapêutico – mas com inúmeras vicissitudes: desde a componente social de isolamento, ao estigma e desconhecimento das terapêuticas, até à componente clínica marcada por um estado pró-inflamatório crónico que leva a um processo de envelhecimento precoce, não descurando as dificuldades terapêuticas que integram as múltiplas interações farmacológicas.

Caso Clínico: Mulher de 82 anos, autónoma, com antecedentes pessoais conhecidos de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2. Foi levada ao SU por quadro de disartria e apagamento do sulco nasogeniano com 24h de evolução, sem outros défices neurológicos agudos, mas com alterações insidiosas do comportamento (recusa de cuidados de higiene) e da memória nos últimos meses. Ao exame objectivo encontrava-se orientada na pessoa e no espaço, mas desorientada no tempo, com disartria ligeira e parésia facial central direita de novo. Realizou TC-CE que identificou uma hipodensidade lenticulo-caudada esquerda de novo e acentuação da hipodensidade relativa da substância branca, das coroas radiárias e centros semiovais de etiologia microangiopática crónica. Foi assumido acidente vascular cerebral isquémico e a doente foi internada para estudo etiológico. Do estudo realizado: analiticamente sem alterações de relevo, ecocardiograma com boa função ventricular mas com regurgitação tricúspide ligeira, doppler carotídeo e vertebral sem alterações. Face ao quadro descrito de alterações do comportamento, efectuou-se o estudo de demências reversíveis que permitiu fazer o diagnóstico inaugural de infecção VIH1 com carga viral 47100 cópias/ml, populações linfocitárias CD4+ 323.76, 53.07%, HLAB5701 positivo e sem resistências detectadas aos antiretrovirais. Iniciou terapêutica com tenofovir/entricitabina e raltegravir e teve alta encaminhada a consulta de Infecçologia.

Conclusão: Apresentamos este caso com o intuito de sensibilizar para a importância do diagnóstico da infecção VIH em doentes geriátricos. Dado as manifestações clínicas serem múltiplas e inespecíficas, implicando um elevado índice de suspeição para o diagnóstico, é fulcral estarmos alerta para a nossa realidade em que os idosos têm um peso significativo nesta patologia

P586

943 SOBREINFECÇÃO NOSOCOMIAL DE DOENÇA PNEUMOCÓCICA INVASIVA – UM DESFECHO TRÁGICO.

Susana Conceição; Ana Teresa Costa; Filipa Quaresma
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central - Hospital de São José - Unidade Funcional Medicina 1.2

O *Streptococcus pneumoniae* é responsável por 30-50% dos casos de pneumonia adquirida na comunidade, sendo a doença pneumocócica

invasiva mais prevalente em indivíduos > 65 anos, com comorbilidades crónicas e situações de imunossupressão.

Mulher de 73 anos obesa, hipertensa, com fibrilhação auricular e patologia osteoarticular degenerativo da coluna lombar conhecidas. Após internamento por choque séptico a *Streptococcus pneumoniae*, retorna 1 mês após alta por quadro com 2 semanas de evolução de dorso-lombalgia bilateral e anorexia. Fez TAC abdomino-pélvica que revelou formações nodulares heterogéneas sugestivas de abscessos que se distribuíam desde a porção inferior do tórax (bilateralmente), pela região retroperitoneal, envolvendo o músculo psoas ilíaco e transversos direitos. Iniciou amoxicilina+ácido clavulânico, gentamicina e metronidazol empíricos, sem isolamentos nas hemoculturas da admissão. Realizou drenagem de colecção paravertebral direita guiada por TAC, com isolamento de *Streptococcus pneumoniae* multisensível, com RMN da coluna a revelar espondilodiscite ao nível L2/L3 e L3/L4 “de novo”. Transferida para observação por Neurocirurgia e Unidade Vertebro Medular noutro hospital, que não colocaram indicação cirúrgica dada ausência de sinais neurológicos. Durante a permanência nesse serviço de urgência, com crise tónico-clónica generalizada, sem achados agudos na TAC crânio-encefálica, assumindo-se etiologia iatrogénica ao metronidazol e/ou gentamicina (por diminuição do limiar convulsivo) e/ou metabólica por hipocaliémia, tendo iniciado levetiracetam, sem novos episódios convulsivos.

Admitida na Unidade de Cuidados Intermédios onde repetiu TAC abdomino-pélvica que demonstrou derrame pleural bilateral colectado sugestivo de empiema e colecção na fossa ilíaca direita (70x35 mm) que se estendia até à parede abdominal. Evoluiu para choque séptico em contexto de bacteriémia a *Klebsiella pneumoniae* KPC (apenas sensível a ciprofloxacina), com ponto de partida em linha arterial. Ajustada antibioterapia segundo TSA, dado sensibilidade simultânea do *Pneumococcus* previamente isolado. Realizou Ecocardiogramas seriados, sem evidência de vegetações, RMN crânio e da coluna sem novos achados, e ainda EEG que não demonstrou actividade paroxística. Transferida para a UCI do hospital da área de residência, sob antibioterapia dirigida (D2 bacteriémia, D25 focalizações sépticas), onde acabou por falecer.

A infecção por *Streptococcus pneumoniae* é uma causa importante de morbilidade e mortalidade, sendo uma causa de morte prevenível através da vacinação. Em doentes imunocomprometidos (desnutrição grave), a ocorrência de bacteriémia pode ser dramática, dado o potencial de focalizações de difícil abordagem cirúrgica e/ou baixa penetrância antibiótica, condicionando muitas vezes internamentos prolongados. Esses por sua vez incrementam o risco de infecção nosocomial, o que pode tornar-se uma combinação trágica.

P587

1060 PIOMIOSITE COMPLICADA COM OSTEOMIELEITE NUM IMUNOCOMPETENTE

Carolina Morna, Nuno Gonçalves, Jéssica Chaves, Carolina Barros, Tiago Esteves Freitas, Luz Brazão
Hospital Central do Funchal, Serviço de Medicina Interna

Piomiosite é uma infecção bacteriana do músculo estriado, regra geral por disseminação hematogénica, responsável pela formação de microabscessos que podem evoluir para abscessos e septicemia. O seu desenvolvimento ocorre predominante em situações de imunossupressão e afecta mais frequentemente os músculos dos membros inferiores. No imunocompetente é um achado raro, estando mais associado a factores de risco musculares (ex. exercício físico intenso ou trauma muscular directo).

Embora seja uma entidade patológica endémica nos países tropicais, os casos diagnosticados em países temperados são raros. Globalmente o agente etiológico mais comum é *Staphylococcus aureus*.

Descrevemos um caso de um doente do sexo feminino, 55 anos de idade, cozinheira de profissão, com antecedentes conhecidos de obesidade grau II e síndrome depressivo. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de febre e queixas articulares – dor, edema e impotência funcional – localizadas à mão direita e tornozelo/pé esquerdo persistentes apesar terapêutica intramuscular com tiocolquicosido e cetoprofeno.

Analicamente, aumento dos parâmetros inflamatórios com leucocitose de 18200 com 90.9% neutrófilos e PCR 348 mg/dL.

Internada no Serviço de Medicina Interna medicada com antibioterapia empírica (amoxicilina/ácido clavulânico). Hemoculturas colhidas à admissão positivas para *Staphylococcus aureus* metilina-sensível (MSSA).

Atendendo ao agravamento das queixas articulares, bem como aparecimento de sinais inflamatórios no punho esquerdo, joelho esquerdo e dorso do pé direito, é admitido quadro de poliartrite em contexto de quadro infeccioso e artrite microcristalina, uma vez que apresentava calcificação meniscal na radiografia de joelhos e do ligamento triangular do punho direito.

Decorrente do estudo da poliartrite, constatou-se auto-imunidade e serologias negativas; doseamento de imunoglobulinas e subclasses dentro da normalidade. Realizou ainda TAC toraco-abdomino-pélvica e do pé direito que demonstram: múltiplas colecções intramusculares (músculo ilíaco, piriforme, médio e grande glúteos), colecções líquidas da gordura subcutânea látero-glútea esquerda e colecção alongada na face dorsal do pé, superficial ao tendão do extensor dos dedos.

Feita drenagem guiada por TAC de abscesso do grande glúteo com cultura do líquido purulento que revelou MSSA.

Por agravamento do edema do pé direito, solicitada ressonância magnética que demonstrou alteração do sinal ósseo com captação de contraste, nomeadamente nos cuneiformes, metatársicos, navicular e cuboide, sugerindo osteomielite, assim como derrame e realce articular no médio-pé sugerindo artrite séptica.

Doente iniciou antibioterapia dirigida a antibiograma, flucloxacilina 2gr de 4/4 horas que manterá 6 a 8 semanas.

Os autores apresentam o caso realçando a baixa incidência desta patologia em doente imunocompetente e destacando a particularidade da administração de medicação via intramuscular como porta de entrada.

P588

1448 A CARIE CEREBRAL

Alexandra Dias, Cátia Teixeira, Daniela Brito, Cármen Ferreira, Mário Santos, Eva Claro, Maria Aurora Duarte, Fátima Pimenta

Centro Hospitalar do Médio Tejo

INTRODUÇÃO

O abscesso cerebral é uma infecção rara, que, geralmente ocorre após traumatismo craniano ou cirurgia, contudo pode também surgir secundariamente a um foco séptico de outro local, disseminado por extensão direta ou via hematológica.

Os abscessos cerebrais de origem odontogénica são raros, correspondendo a uma pequena percentagem de todos os abscessos cerebrais. Tem uma incidência entre 0,4 a 0,8 casos por cada 100'000 habitantes, sendo mais frequente em doentes imunodeprimidos.

CASO CLÍNICO:

Homem de 60 anos, autónomo, que recorre ao Serviço de Urgência por hemiparesia (HH) esquerda de predomínio braquial. Ao exame objetivo, o doente estava consciente, orientado e colaborante. Apresentava HH esquerda grau 4 e discreta hemiataxia esquerda. Sem outras défices neurológicos. Foi realizada Tomografia Computorizada de Craneo (TC-CE), que revelou "lesão expansiva parieto-occipital para-sagital direita com 4 cm de diâmetro rodeada por abundante edema vasogénico, de provável origem secundária, podendo estar relacionada com astrocitoma de alto grau ou abscesso...".

Neste contexto, foi então transferido para o serviço de Neurocirurgia (NC), onde foi submetido a cirurgia e realizada colheitas do material obtido,

que confirmou a hipótese de abscesso cerebral. No internamento, foi realizada terapêutica empírica com Ceftriaxone e Clindamicina durante 3 dias. Os resultados do exame cultural do material colhido intra-operatoriamente identificou *Actinomyces meyeri* e a *Fusobacterium nucleatum*, tendo sido dirigida a terapêutica para Penicilina G e Metronidazol. Durante o seu internamento na NC, foi ainda avaliado pela especialidade de Estomatologia, por suspeita de doença periodontal.

Não foram encontradas outras fontes de bacteriemia, confirmando, desta forma, o diagnóstico de abscesso cerebral devido a doença periodontal.

O doente foi transferido novamente para o hospital da área de residência, onde ficou internado no serviço de Medicina Interna para completar antibioterapia endovenosa de 6 semanas e reeducação motora.

O doente evolui favoravelmente, com recuperação progressiva, conseguindo deambular sem apoio.

Realizou Ressonância Magnética craniana (RM-CE) de controlo após 3 semanas, que mostrou "... redução dimensional da lesão abcedada parietal direita, agora com aproximadamente 2 cm de maior eixo, com diminuição do halo de edema perilesional...".

O doente teve alta para a consulta de Medicina Interna, onde mantém o seguimento.

CONCLUSÃO:

O abscesso cerebral é uma infecção rara, assim como a localização parieto-occipital que evidenciamos neste caso, sendo que os abscessos cerebrais são mais frequentes ao nível do lobo temporal e do cerebelo. Apesar de rara, esta patologia deve ser considerada por ser potencialmente fatal.

Deste modo, um diagnóstico precoce, um tratamento adequado e a erradicação precoce da fonte primária de infeção são primordiais na diminuição da mortalidade e na determinação das complicações a longo prazo nestes doentes.

P589

905 CRISE CONVULSIVA, UMA MANIFESTAÇÃO ATÍPICA DE NEUROSSÍFILIS: A CASE REPORT.

André Gonçalves, Marisa Roldão, Ana Sanches, Sónia Martins, Margarida Carvalho

Centro Hospitalar Médio Tejo - Hospital Rainha Santa Isabel (Torres Novas)

Título: Crise convulsiva, uma manifestação atípica de Neurosífilis: a case report.

Introdução

O atingimento do sistema nervoso pela sífilis pode ocorrer em qualquer estadio da doença,

manifestando-se de diversas formas clínicas, que podem mimetizar outras patologias cerebrovasculares. As formas clássicas da doença variam entre precoce e tardia, no entanto têm surgido casos de manifestações atípicas que não se enquadram nesta classificação, o que constitui um desafio diagnóstico.

Caso Clínico: Homem de 59 anos, sem antecedentes prévios, trazido ao serviço de urgência (SU) por crise convulsiva inaugural, que não cedeu à terapêutica, evoluindo para estado de mal epilético. Analiticamente sem alterações de relevo. Realizou TC-CE e RM-CE que evidenciaram lesões temporais bilaterais. Serologicamente com VDRL, Ac. TP IgM e IgG positivos. Punção lombar com 30 leucócitos/mm³, proteinorráquia, sem consumo de glicose, com VDRL positivo. Admitida neurosífilis, cumpriu antibioterapia com penicilina G (4 milhões de unidades (MU)) durante 14 dias com melhoria, sem défices neurológicos focais à data de alta.

Regressou, após uma semana, ao SU por alucinações visuais e desorientação. A admissão sem défices neurológicos focais. Repetiu TC-CE, sem alterações de relevo e RM-CE com evolução imagiológica favorável comparativamente a exame prévio. Mantinha serologicamente VDRL, Ac. TP IgM e IgG positivos. Pesquisa de VDRL no líquido negativa. Iniciou novo ciclo de penicilina G (4 MU). Como intercorrência apresentou surto psicótico inaugural, tendo sido transferido para o serviço de Psiquiatria, com melhoria do quadro e posterior alta. Após 8 meses do episódio inicial, recorreu novamente ao SU por prostração e disfagia. A admissão, não colaborante, sem resposta verbal, com hemiparesia direita de predomínio braquial. Analiticamente sem alterações de relevo, com serologias positivas para VDRL, Ac. TP IgM e IgG. Repetiu TC-CE e RM-CE com evidente progressão das lesões temporais bilaterais, com atingimento do parênquima cerebral (encefalite sífilítica), e enfarte recente em território das artérias lenticulostriadas laterais (sífilis meningovascular). Admitido AVC isquémico secundário a sífilis meningovascular, optou-se por iniciar tratamento com ceftriaxone, posteriormente alterado para penicilina G (4 MU), por toxicidade hepática iatrogénica. Permanece à data em regime de internamento.

Discussão: Apresenta-se este caso como exemplo de manifestação inaugural atípica da neurosífilis, onde se enquadra a crise convulsiva, com posterior evolução desfavorável, com achados que se enquadram na forma de apresentação precoce (sífilis meningovascular) e tardia (encefalite sífilítica) da doença. Pretende-se assim, alertar para a dificuldade na classificação deste tipo de doentes que inicialmente não se encaixam nas formas clássicas de neurosífilis, ressaltando a importância da inclusão de achados clínicos e imagiológicos atípicos na hora de estabelecer o diagnóstico diferencial.

P590

1118 SÍNDROME DE RAMSAY HUNT: UMA FORMA DE REACTIVAÇÃO DO VÍRUS VARICELA-ZOSTER

Margarida Nascimento 1, Marta Freixa 2, Joana Barbosa Rodrigues 2, Luís Miguel Pereira 3, Sara Úria 2, Glória Nunes Da Silva 2

Serviços de Medicina Interna. 1-Hospital da Luz Lisboa; 2-Hospital Pulido Valente, CHLN; 3-Hospital de Cascais

Introdução:

O Síndrome de Ramsay Hunt (SRH) tipo II é uma apresentação rara (0,2%) da reactivação do vírus varicela-zoster (VVZ) no gânglio geniculado, resultando na inflamação dos nervos cranianos facial (VII) e vestibulococlear (VIII).

Caso clínico:

Doente do sexo feminino, 82 anos, caucasiana, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidémia, insuficiência aórtica ligeira, osteoporose e síndrome demencial. Admitida no Serviço de Urgência por prostração, desvio da comissura labial e vômitos. No exame objectivo salientava-se: hemiface esquerda ruborizada, ptose palpebral e lagofalmo à esquerda com sinal de Bell positivo e desvio da comissura labial para a direita. Laboratorialmente sem alterações relevantes, tendo realizado TC crânio-encefálica que excluiu lesões agudas. É internada em Serviço de Medicina Interna, com o diagnóstico de paralisia facial periférica (PFP) esquerda (grau IV na escala de House-Brackmann) após observação da Neurologia e Oftalmologia com indicação para corticoterapia sistémica e lubrificação ocular.

No internamento, já sob prednisolona oral e fisioterapia diária, por otalgia esquerda de novo, foram objectivadas lesões cutâneas tipo vesículas, a maioria em fase de crosta, no pavilhão auricular esquerdo. Admitida etiologia viral com possível sobre-infecção bacteriana e foi iniciado aciclovir e flucloxacilina orais. Verificou-se melhoria das queixas vestibulo-cocleares (cessação dos vômitos e otalgia), pelo que teve alta clínica mantendo reabilitação motora e corticoterapia com posterior desmame.

Discussão:

A associação da paralisia facial periférica com a otite externa, com vesículas auriculares sugestivas de infecção por VVZ, permitiu o diagnóstico de SRH. Esta apresentação clínica é rara em doentes com reactivação do VVZ, bem como a presença de sintomas vestibulares, presentes na doente. O tratamento inclui analgésicos, corticosteróides, antivirais e reabilitação.

Nota: Serão apresentadas fotografias da face e pavilhão auricular da doente.

P591

1414 PERICARDITE TUBERCULOSA – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Leonor Naia, Mariana Teixeira, Andreína Vasconcelos, Christian Neves, Tiago Rabadão, Sara Pinto, Margarida Eulálio, Rosa Jorge

Hospital Infante D. Pedro, Centro Hospitalar do Baixo Vouga - Serviço Medicina Interna

INTRODUÇÃO

A pericardite tuberculosa é rara nos países desenvolvidos. O seu diagnóstico é desafiante, pela sintomatologia inespecífica e possível infecção concomitante noutros órgãos. O atraso diagnóstico e consequentemente no tratamento, estão associados a elevada morbimortalidade.

CASO CLÍNICO: Homem, 60 anos, com queixas de ortopneia, dispneia paroxística noturna e edema dos membros inferiores desde há 1 mês; previamente medicado com furosemida 60mg id e espironolactona 100mg id, sem melhoria; sem outros sintomas, nomeadamente febre, sudorese noturna, anorexia ou tosse. Antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, esteatohepatite alcoólica com consumo diário de 40gr álcool/dia e obesidade. Ao exame objetivo: eupneico, oximetria periférica (FiO₂ 21%) - 98%, hemodinamicamente estável, auscultação pulmonar com crepitações bibasais e edema marcado e simétrico dos membros inferiores; auscultação cardíaca e abdómen sem alterações. Do estudo complementar: análises e ECG de 12 derivações sem alterações; radiografia torácica com aumento do índice cardiotorácico; ecocardiograma transtorácico evidenciando moderado derrame pericárdico. Foi internado para estudo e ao 10º dia com sinais de tamponamento cardíaco; realizada pericardiocentese - 200cc de líquido hemático, com critérios de exsudato, exame direto e cultura para Mycobacterium tuberculosis (BK) negativos, sem presença de células neoplásicas ou clonalidade (contagem diferencial de células e PCR para BK não realizadas por amostra francamente hemática). A Cirurgia Cardiotorácica considerou inviável a realização de janela pericárdica pela espessura e septação do derrame. Do restante estudo: função tiroideia normal; serologias, IGRA e estudo autoimune negativos; RM cardíaca evidenciou moderado derrame e espessamento pericárdicos, derrame pleural bilateral e boa função biventricular; TC toraco-abdomino-pélvica mostrou ainda derrame peritoneal escasso, sem lesões suspeitas ou adenomegalias; PET com foco hipermetabólico na região pleural direita. Realizou toracocentese (transudado; exame direto e cultura para BK negativos) e toracoscopia com presença de dois implantes pleurais, cujo estudo anatomopatológico revelou granulomas caseosos. Expetoração induzida com PCR positiva para BK. Perante o diagnóstico de tuberculose, iniciou

terapêutica antibacilar quádrupla e prednisolona 60mg id. Apresentou melhoria clínica, com estabilidade hemodinâmica, tendo tido alta. Um mês depois realizou ecocardiograma que mostrou sinais de pericardite constritiva e o cateterismo direito corroborou este achado. Atualmente, a aguardar o término do tratamento para realização de cirurgia.

DISCUSSÃO: Este caso realça as manifestações inespecíficas da tuberculose disseminada; associadas a múltiplos exames microbiológicos negativos, conduziram a um dilema diagnóstico. Os autores procuraram enfatizar a importância de um elevado índice de suspeição para esta entidade e a exigência de uma abordagem multidisciplinar.

P592

1503 QUANDO A PICADA IMPORTA

Catarina Medeiros, Alexandra Dias, David Ferreira, Rita Serras Jorge, Fátima Pimenta
Centro Hospitalar Médio Tejo

As doenças transmitidas por carrças são conhecidas por toda a população, apesar de frequentemente sub-valorizadas. A febre escaro-nodular e a doença de Lyme são duas das doenças mais comuns que poderão ser transmitidas por estes vetores.

Apresentamos o caso de um homem de 33 anos, trabalhador florestal, que recorreu ao Serviço de urgência por febre e cefaleia intensa com um dia de evolução. Negava outra sintomatologia. Ao exame objetivo apresentava-se febril, com rigidez terminal da nuca, com sinal de Brudzinsky e Kerning negativos. Referia ter encontrado uma carrça no couro cabeludo. Nos exames complementares de diagnóstico, analiticamente apresentava leucocitose, com neutrofilia. A tomografia computorizada crâneo-encefálica não apresentava alterações. Realizada punção lombar que evidenciou líquido claro, com pressão ligeiramente aumentada, com leucócitos (965 / mm³), com predomínio de polimorfonucleares e proteinorrquia (126 mg/dL). Iniciou ceftriaxone e aciclovir empiricamente. A pesquisa, no líquido, de antígenos dos microrganismos mais frequentemente associados a meningite foram negativas, bem como as hemoculturas e cultura do líquido. As serologias para citomegalovírus, vírus Epstein-Barr, vírus varicela-zoster e Rickettsia também foram negativas. O doente evoluiu favoravelmente. Posteriormente verificou-se positividade para anticorpo anti-Borrelia burgdorferi IgM no soro. O contexto epidemiológico, a clínica e a positividade da serologia levaram ao diagnóstico de meningite por Borrelia. Teve alta melhorado.

A Neuroborreliose diz respeito ao envolvimento do sistema nervoso central causada pela infecção pela espiroqueta Borrelia. A infecção pode apresentar-se de várias formas. A meningite, isolada ou

em associação com envolvimento dos nervos, representa uma forma de apresentação comum. O contexto epidemiológico, associado à clínica e alterações laboratoriais sugestivas devem levantar essa suspeita.

P593

1919 FEBRE DE ORIGEM INDETERMINADA, E AGORA?

Joana Ferreira, Joaquim Felisberto, Daniel Botelho, Fátima Campante

Serviço de Medicina Interna do Hospital do Barreiro – Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Introdução:

Febre de origem indeterminada é um diagnóstico temido pelos Internistas. Neste contexto, há necessidade de recorrer a múltiplos exames complementares diagnósticos a fim de apurar a etiologia subjacente. Dentre os diagnósticos diferenciais, um deles não deverá ser esquecido, a Tuberculose. Este diagnóstico pode ser complicado e moroso, especialmente quando se trata de tuberculose extra-pulmonar. A infecção pleural por *Micobacterium tuberculosis*, está associada a sintomas como dor torácica, dispneia, tosse e febre. Ao contrário da tuberculose pulmonar, a tuberculose pleural não é contagiosa.

Caso clínico:

Mulher, 76 anos de idade. Levada ao serviço de urgências por prostração nos últimos dias. Após observação física, analítica e imagiológica, ficou internada por hiponatremia sem outras alterações. Ao 3º dia de internamento, iniciou quadro de febre sem foco infeccioso aparente. Por haver aumento dos parâmetros inflamatórios, iniciou terapêutica antibiótica com Amoxicilina-Ácido Clavulânico. Ao 7º dia, a febre persistia e a etiologia ainda era desconhecida. Alterou-se a terapêutica para Meropenem. Posteriormente adicionou-se Vancomicina e mais tarde Piperacilina-Tazobactam. Radiografia ao tórax evidenciou “derrame pleural extenso à direita com atelectasia pulmonar”. Para melhor elucidação, realizou-se TC-toraco-abdomino-pélvica, a destacar: “volumoso derrame pleural direito, (...), sugerindo provável empiema”. O empiema foi drenado por toracocentese. Do líquido colhido, foi realizado exame bacteriológico, exame directo para micobacterias e exame cultural. Os dois primeiros revelaram-se prontamente negativos, tendo a cultura do líquido pleural ficado em curso por 55 dias. Sem resultado etiológico conclusivo e, por persistência da febre, foram realizados vários exames complementares diagnósticos, tais como: doseamento de marcadores tumorais, ecografia mamária e pélvica, uroculturas, pesquisa de sangue oculto nas fezes, IGRA, broncofibroscopia, endoscopia digestiva alta e colonoscopia. Fez-se prova terapêutica com Naproxeno para despiste de

febre de origem neoplásica. Todas estas abordagens foram inconclusivas. Quando, ao 91º dia de internamento, foram obtidos os resultados da cultura de micobacterias do líquido pleural, este revelou-se positivo para *Micobacterium tuberculosis*. Foi iniciada terapêutica tuberculostática com resolução da febre e a doente teve alta para o domicílio com seguimento em consulta de Pneumologia.

Discussão:

O diagnóstico de Tuberculose pleural pode ser muitas vezes tardio, sendo necessária uma pesquisa exaustiva fazendo recurso a vários exames complementares diagnósticos. Ainda que exames algo sensíveis para o diagnóstico, como o IGRA, sejam negativos, não se deve descartar a possibilidade de tuberculose uma vez que estes exames podem ser influenciados pelo sistema imunitário do doente.

P594

102 LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESSIVA

Ana Correia Sá, Ana Cerqueira, Rui Fernandes, Jorge Cotter

Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães

Introdução

A leucoencefalopatia multifocal progressiva é uma doença rara, que resulta de uma infeção no SNC pelo vírus JC. Esta infeção é geralmente assintomática em indivíduos imunocompetentes, desenvolvendo-se quando existe uma diminuição prolongada da imunidade celular do SNC, especialmente dos linfócitos T. Uma contagem de linfócitos T CD4+ aproximadamente de 50-70 células/mm³ está presente na altura do diagnóstico. Manifesta-se por sintomas corticais progressivos, frequentemente multifocais, como parestias, défices cognitivos, défices sensoriais, distúrbios na marcha, dificuldades de coordenação, hemianopsia ou afasia. O diagnóstico tem por base a combinação de critérios clínicos, imagiológicos e laboratoriais. Para firmar diagnóstico, a positividade do vírus JC no líquido cefalorraquidiano é mandatória. Na RM estão geralmente presentes lesões na substância branca, assimétricas, sem edema perifocal, sem captação de contraste, exibindo correspondente hipossinal em T1 e hipersinal em T2. O único tratamento existente é sintomático.

Caso clínico: Sexo masculino, 47 anos, VIH positivo, com história de incumprimento terapêutico. Admitido para estudo por monoparesia do membro inferior direito, com hipostesia, alteração da propriocepção e sinal de Babinsky ipsilateral. Do estudo realizado, contagem de linfócitos T CD4+ de 24 células/mm³. A RM revelou a presença de múltiplas lesões focais com hipersinal nas sequências de TR longo interessando a substância branca periventricular,

subcortical e justacortical dos hemisférios cerebrais; registado o envolvimento do braço posterior das cápsulas internas, dos pedúnculos cerebrais, da protuberância e do bolbo raquidiano, evocando áreas de desmielinização, sem captações anómalas do contraste. O diagnóstico definitivo foi obtido com a positividade para o vírus JC no líquido cefalorraquidiano. Durante o internamento foi restabelecido plano antirretroviral. O doente teve alta encaminhado para uma unidade de cuidados continuados, para reabilitação motora e toma vigiada de medicação.

Discussão: Coloca-se este caso à discussão por se tratar de uma doença rara, com cada vez menos casos em doentes VIH positivos desde que foi implementada a terapêutica antirretroviral. Apesar da prevalência, deve ser considerada como hipótese de diagnóstico em qualquer doente imunocomprometido que apresente sintomas neurológicos progressivos. O prognóstico depende essencialmente da possibilidade de restaurar a resposta imune. A taxa de sobrevivência a um ano em doentes VIH positivos aumentou de 9-23% para 50-63% com a introdução da terapêutica antirretroviral.

P595

168 FEBRE, ASTENIA E PERDA PONDERAL...

Ana Costa, Gabriela Pereira, Joana Mendonça, Margarida Rocha, Ussumane Embaló, Fernando Esculcas, Jorge Cotter

Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães

Homem de 51 anos, autónomo. Recorreu ao serviço de urgência com queixas de astenia, anorexia e perda ponderal estimada em 10% do peso corporal com cerca de 3 semanas de evolução. Desconhecia febre. Estava a trabalhar em Angola (construção civil) e referia ter realizado teste de gota espessa que teria sido negativo. Ainda assim, esteve medicado com antimaláricos durante 10 dias. Por persistência das queixas, foi novamente avaliado e medicado com amoxicilina-ac clavulânico para infeção do trato urinário, que cumpriu durante 10 dias.

No SU, doente apresentava-se febril e com diminuição do MV na base na auscultação pulmonar.

Analiticamente, apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios, com padrão de citocolestase e coagulopatia. Na radiografia torácica realizada, apresentava elevação de hemicúpula diafragmática direita, sem imagens de infiltrados ou hipotransparências.

Realizou TC-TAP, que revelou abscesso hepático de grandes dimensões (14x10 cm).

Iniciou antibioterapia empiricamente com ceftriaxone e metronidazol e foi internado por abscesso hepático com insuficiência hepática

associada.

Durante o internamento, foi submetido a drenagem percutânea do abscesso (após melhoria da coagulopatia) e posteriormente com colocação de dreno. Por persistência de temperatura subfebril e pico febril, foi alterada antibioterapia para Piperacilina-tazobactam + metronidazol.

Apresentou boa evolução clínica e analítica, com remoção de dreno após 5 dias. Cumpriu 6 semanas de antibioterapia.

Do estudo realizado, sem isolamentos de agente infeccioso nas hemoculturas, microbiológico de pus, microbiológico e parasitológico de fezes. Pesquisas de Giardia e de Entamoeba revelaram-se negativas.

Às cinco semanas de antibioterapia, apresentou leucopenia com neutropenia de novo, em provável contexto iatrogénico à antibioterapia, tendo sido adoptada uma atitude de vigilância. No entanto, já após suspensão da antibioterapia, apresentou agravamento analítico, apresentando neutropenia de 200/uL. Foram adoptadas medidas protectoras, tendo sido colocado em isolamento protector e iniciada terapêutica com estimulador das colónias de granulócitos. Apresentou boa resposta analítica 48h após início de filgrastim.

Teve alta orientado para CE de Medicina Interna para reavaliação clínica e imagiológica.

P596

746 PILEFLEBITE: COMPLICAÇÃO RARA DE INFECÇÃO INTRA-ABDOMINAL

Mariana da Cruz, Nuno Zarcos Palma, Gisela Vasconcelos, Lígia Rodrigues dos Santos, Margarida Cruz, Ricardo Meireles

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

A pileflebite ou tromboflebite da veia porta (VP) é uma complicação rara, mas grave, de uma infecção intra-abdominal, exigindo um diagnóstico atempado para assim se iniciar antibioterapia de largo espectro o mais precocemente possível. No estudo etiológico devem ser pesquisadas condições de hipercoaguabilidade assim como trombofilias herdadas ou adquiridas.

Caso clínico: Homem, 47 anos, pedreiro, fumador, com dislipidemia. Quadro de febre, dor abdominal, anorexia, astenia e perda ponderal, com um mês de evolução, motivo pelo qual recorreu à urgência. Exame físico (EF): febril, dor à palpação do quadrante superior direito abdómen; sem outras alterações. Analiticamente: aumento dos marcadores inflamatórios, hiperbilirrubinemia ligeira, sem citólise, colestase discreta. Tomografia abdominal: trombose do tronco da VP estendendo-se para a porção proximal da veia mesentérica superior e ramo posterior da VP intrahepática. Espessamento circunferencial inespecífico no recto alto e algumas

ansas de delgado proximais; apêndice ileocecal com calibre discretamente aumentado. Perante o quadro clínico assumiu-se pileflebite iniciando piperacilina/tazobactam e anticoagulação. Efetuado estudo etiológico alargado: microbiologias negativas; marcadores tumorais negativos; RMN abdominal a mostrar nódulo rim direito (biopsia: necrose de coagulação) e a documentar extensa recanalização da trombose; estudo endoscópico e ecocardiograma transtorácico: sem alterações; ATC HIV1/HIV2, HBV, HCV, CMV, EBV, brucella, rickettsia, leptospira: negativos; autoimunidade negativa; sem alterações sugestivas de processo hematológico.

Cumpriu seis semanas de antibioterapia, continuando sob anticoagulação. Na alta assintomático e sem alterações ao EF. Analiticamente com regressão dos parâmetros inflamatórios, normalização do perfil hepático. Reavaliado em diferentes ocasiões mantendo-se assintomático. Aguarda estudo trombofilia. Conclusões: A pileflebite é uma complicação rara, sendo o diagnóstico muitas vezes perdido devido à sua apresentação inespecífica. Os autores salientam, que dada a elevada taxa mortalidade desta entidade, esta deve ser considerada no diagnóstico diferencial nos doentes com sepsis abdominal para assim se iniciar tratamento dirigido atempadamente.

P597

857 TUBERCULOSE OSTEOARTICULAR GRAVE EM JOVEM IMUNOCOMPETENTE

Ana Gorgulho, Paula Gonçalves Costa, Alexandra Caeiro, Orlando Cardoso, Maria José Manata, Fernando Maltez
Serviço de Doenças Infecciosas - Hospital Curry Cabral

A tuberculose (TB) osteoarticular é responsável por 10 a 15% dos casos de TB extrapulmonar em doentes imunocompetentes. O mal de Pott é a designação para a osteomielite tuberculosa de localização vertebral, embora, a mesma possa, virtualmente, atingir qualquer osso. A osteomielite tuberculosa pode ser o resultado de disseminação linfo-hematogénica no contexto de TB primária ou de reactivação posterior de um foco de TB primária. Descrevemos um caso de tuberculose disseminada com importante componente extrapulmonar.

Caso clínico: Mulher de 26 anos, melanodérmica, natural de Angola, a residir em Portugal desde os 3 anos de idade, saudável. Recorre ao Serviço de Urgência por perda ponderal não quantificada, febre e hipersudorese nocturna com três meses de evolução e por toracalgia pleurítica direita surgida alguns dias antes. Por condensação do lobo superior direito com cavitação foi pedido exame directo da Expectoração, que foi positivo para bacilos ácido-álcool resistentes (e em cujo exame cultural se isolou Mycobacterium tuberculosis, sem resistências no teste de sensibilidade aos antituberculosos de 1ª linha). Estabeleceu-se o diagnóstico de tuberculose pulmonar bacilífera e foi excluída infecção por VIH

bem como outras co-morbilidades.

No exame objetivo em internamento apresentava dor à palpação do esterno e apófises espinhosas torácicas e hipostesia de ambos os pés. A Tomografia Computorizada torácica revelou lesões osteolíticas de D3-D6 com componente de partes moles e a Ressonância Magnética da coluna confirmou extenso mal de Pott, com espondilodiscite com epicentro em D4-D5, miosite dos músculos paravertebrais e volumosa lesão de partes moles, em contiguidade com o parênquima pulmonar, a estender-se ao mediastino posterior, arcos costais posteriores e insinuando-se nos canais de conjugação, com desvio da medula para a direita. Para além do envolvimento do mediastino médio e posterior, também, envolvimento esternal a justificar as queixas álgicas. Ao fim de 33 dias de terapêutica antituberculosa não se encontra bacilífera, mantendo grande destruição do corpo de D5, com colapso do prato vertebral superior e, abscesso para-vertebral com envolvimento do canal medular, com indicação para estabilização cirúrgica. Mantém queixas de hipostesia dos pés, sem agravamento, e com resolução das queixas álgicas esternais. Aguarda cirurgia em internamento, por risco de instabilidade da coluna vertebral.

Discussão:

Mesmo em doentes imunocompetentes há que suspeitar de formas graves de TB extrapulmonar, quando os sintomas e sinais clínicos são compatíveis. Na maioria das vezes, o diagnóstico e a terapêutica eficaz requerem uma abordagem multidisciplinar.

P598

1103 TUBERCULOSE PERICÁRDICA – NEM SEMPRE É O QUE PARECE

Rita Grácio, Pedro Tavares, Tatiana Pires, Carla Falcão, Diana Fernandes, Alcina Ponte
Centro Hospitalar de Leiria

Introdução

A pericardite é uma manifestação rara da tuberculose, descrita em apenas 1 a 4% dos casos de pericardite nos países desenvolvidos, sendo o seu diagnóstico por vezes difícil. Trata-se de uma manifestação de tuberculose extrapulmonar grave, associada a elevada morbimortalidade.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, de 79 anos, com antecedentes de hipertensão arterial. Foi admitida no serviço de Medicina Interna por quadro de febre de predomínio vespertino, astenia, anorexia, suores nocturnos e perda ponderal de 7 kg, com 2 semanas de evolução. Analiticamente apresentava aumento dos parâmetros inflamatórios, e do estudo de imagem há a destacar telerradiografia de tórax com aumento do índice cardiotorácico, ecocardiograma transtorácico com derrame pericárdico moderado/severo a nível apical

e TC toraco-abdomino-pélvica com derrame pleural bilateral, loculado à direita, com encarceramento do pulmão, pelo que foi submetida a toracocentese e pericardiocentese. O estudo citoquímico dos líquidos pleural e pericárdico foi inconclusivo e o estudo microbiológico inicial (colorações de Gram e Ziehl-Neelsen e exame bacteriológico) foi negativo. A doente apresentou ainda serologia para *R. conorii* positiva (IgM: título 1/320), tendo-se admitido polisserosite no contexto de Rickettsiose. Iniciou antibioterapia com Doxiciclina, com melhoria pelo que teve alta clínica. Duas semanas após a alta, na consulta para reavaliação, apresentava-se com reaparecimento da febre, astenia e queixas de dispneia para pequenos esforços, tendo sido reinternada. Durante o segundo internamento, o exame cultural micobacteriológico foi positivo para *M. tuberculosis*, estabelecendo-se assim o diagnóstico de tuberculose pericárdica. A doente iniciou terapêutica tuberculostática quádrupla e corticoterapia, com regressão do quadro, encontrando-se assintomática até à data e sem reaparecimento do derrame pericárdico.

Discussão: Este caso exemplifica a dificuldade diagnóstica associada à tuberculose e a importância da suspeição clínica, com vista a um diagnóstico precoce e instituição terapêutica, de modo a reduzir o risco de mortalidade.

P599

1199 UMA CAUSA POUCO COMUM DE ABCESSOS HEPÁTICOS

Inês Goulart, Tiago Petrucci, Laura Pereira, Pedro António, Inês Fonseca, Carlos Machado e Costa
Serviço de Medicina I, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

O grupo dos *Streptococcus anginosus* (também conhecido por *S. milleri*) é um subgrupo do *S. viridians* do qual fazem parte 3 espécies distintas (*S. anginosus*, *S. intermedius* e *S. constellatus*).

Estes microrganismos fazem parte da flora comensal da cavidade oral e do sistema gastrointestinal, tendo ainda a capacidade de causar infeções sistémicas. No entanto, é a capacidade deste grupo de causar abscessos que lhe confere uma característica única e que o difere dos restantes *Streptococcus*.

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 69 anos, com antecedentes de diabetes tipo 2, hemicolectomia direita por neoplasia do cólon e histerectomia por neoplasia uterina, ambas há mais de 10 anos, e de uma neoplasia da cabeça do pâncreas com invasão da veia porta diagnosticada 2 meses antes do internamento, na altura irrissecável, tendo sido submetida a colocação de prótese na via biliar principal.

A doente recorreu ao SU por quadro de febre, vômitos recorrentes, prostração e descompensação da diabetes, com 7 dias de evolução. Da avaliação

inicial apresentava elevação dos marcadores de fase aguda e padrão de colestase, realizando ecografia abdominal que evidenciou nódulos hepáticos heterogêneos necróticos. Internada com a hipótese diagnóstica de colangite e metastização hepática, foi iniciada antibioterapia com piperacilina/tazobactam.

Por agravamento clínico com instalação de quadro de choque séptico, foi introduzida antibioterapia com metronidazol e realizada TC abdominal e, posteriormente, RMN que evidenciaram vários abscessos hepáticos. Realizada punção dirigida por TC com saída de líquido hematopurulento, sendo posteriormente isolado *S. anginosus* nas hemoculturas, fazendo-se switch da antibioterapia para amoxicilina/ácido clavulânico, que manteve durante 4 semanas, com progressiva melhoria do quadro. Cerca de 1 mês após a admissão, diagnóstico de infecção urinária nosocomial a *E. coli* ESBL e produtora de carbapenemases, tendo realizado 2 ciclos de antibioterapia dirigida (ambos associados à antibioterapia prévia). Por agravamento clínico com quadro mantido de icterícia e elevação dos marcadores de fase aguda e de colestase, efetuada CPRE com documentação de estenose extensa da via biliar principal com necessidade de substituição da prótese, tendo sido aspirado pús com isolamento de *Klebsiella pneumoniae* produtora de carbapenemases. Apesar da antibioterapia dirigida, durante o restante internamente constatou-se deterioração progressiva do quadro clínico, com evolução para insuficiência hepática, verificando-se o óbito cerca de 2 meses e meio após a admissão.

Este caso clínico pretende alertar para uma causa mais rara de abscesso hepático, nomeadamente em doentes imunodeprimidos ou com possíveis portas de entrada no sistema gastrointestinal. Reforça-se ainda a importância de que bacteriémias a estes agentes requerem investigação e exclusão de outros focos subjacentes, entre eles os abscessos cerebrais, intrabdominais, nomeadamente hepáticos, ou torácicos.

P600

1574 LEPTOSPIROSE: A PROPÓSITO DE UM CASO

Rita Homem, Ricardo Meireles Mateus, Anilda Barros, Maria Garcia, Vanda Spencer, Francisca Delerue
Hospital Garcia de Orta

A leptospirose, zoonose causada por espiroquetas do género *Leptospira*, apresenta amplo espectro de manifestações clínicas, desde apresentação subclínica e auto-limitada até disfunção de órgão, podendo ser fatal. Roedores são os reservatórios mais frequentes que mantêm a sua transmissão através de excreção do organismo pela urina contaminando o meio ambiente, sobretudo água.

Apresentamos o caso de um homem de 44

anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e tabagismo, que recorre ao serviço de urgência por quadro de dor abdominal, toracalgia anterior, febre, suores noturnos e calafrios com 1 dia de evolução. Objetivamente apresentava-se hemodinamicamente estável, eupneico, com fôvres crepitantes nas bases pulmonares à auscultação e abdômen com dor generalizada à palpação sem defesa. Apresentava ainda ferida traumática na região plantar do pé direito, que aconteceu ao andar descalço em barragem. Nas análises destacava-se parâmetros inflamatórios aumentados, lesão renal aguda, com ionograma sem alterações, sem citocolestase e fragmento N-terminal do péptido natriurético tipo C elevado. Realizou tomografia computadorizada que mostrava derrame pleural bilateral, derrame pélvico e ligeiro derrame nos recessos peritoneais superiores, com densificação dos folhetos peritoneais e proeminência global da vesícula biliar sugestiva de progressão inflamatória/infecciosa, sem litíase. Durante o internamento apresentou 2 episódios de taquicardia supraventricular (TSV) com reversão a ritmo sinusal com adenosina. Foi pedido estudo de auto-imunidade que foi negativo. Realizou ecocardiograma transtorácico com função sistólica global conservada, com ligeiro derrame pericárdico. Do estudo infeccioso realizado documentou-se serologia para *Leptospira* positiva, pelo que iniciou antibioterapia Doxiciclina com melhoria clínica.

Trata-se de um caso de leptospirose com apresentação grave, com poliserosite, lesão renal aguda não oligúrica e disritmia por provável miocardite, salientando-se a colicistite acalculosa que é uma manifestação rara.

P601

1621 CAUSA ATÍPICA DE FEBRE DE ORIGEM DESCONHECIDA

Marta Cerol, Natália Teixeira, Ana Mestre, Cátia Correia, Margarida Pereira, Ana Vera-Cruz, Marina Boticário, Rita Paulos, Margarida Cabrita

Hospital Distrital de Santarém

A febre é um sinal comum apresentado por indivíduos com doença aguda. Define-se febre de origem desconhecida quando tem uma evolução superior a três semanas e mantém diagnóstico indeterminado após uma semana de estudo em regime de internamento. As principais etiologias são a infecciosa, as doenças autoimunes e as neoplasias, mas após a sua exclusão é necessário ter em consideração outras etiologias, nomeadamente a presença de dispositivos médicos implantados ou corpos estranhos.

Apresenta-se o caso de um indivíduo do sexo feminino, 55 anos, com antecedentes de cirurgia bariátrica para colocação de banda gástrica há dez anos, hipertensão arterial primária e doença do refluxo gastro-esofágico, medicada com a

associação de valsartan com hidroclorotiazida e esomeprazol. Recorreu ao hospital por quadro com dez dias de evolução de febre com calafrio, sem outras queixas associadas. Tinha sido avaliada no serviço de urgência uma semana antes, tendo sido diagnosticada uma pielonefrite aguda e a doente teve alta medicada com amoxicilina/ácido clavulânico. Apesar de completar o curso de antibioterapia, manteve quadro febril. À admissão encontrava-se consciente e orientada, com parâmetros vitais estáveis, febril com calafrio e com dor à palpação do hipocôndrio esquerdo. Analiticamente salienta-se leucocitose ($13700 \times 10^9/L$) com neutrofilia (82.5%), PCR 2.12mg/dl e VS 19mm. Colheu hemoculturas e urocultura, que foram negativas. Realizou ecografia abdominal e TC toraco-abdomino-pélvica que não mostraram alterações relevantes, ecocardiograma transtorácico que não mostrou presença de vegetações em válvulas cardíacas e cingrafia com leucócitos marcados sem foco de captação anormal do radiofármaco. Dado manter febre, apesar do estudo realizado, e após discussão da situação clínica com a equipa de Cirurgia Geral, decidiu-se realizar cirurgia para remoção da banda gástrica e realização de bypass gástrico, que decorreu sem intercorrências. Após a intervenção a doente não voltou a apresentar picos febris.

Este caso demonstra a importância de se considerarem etiologias infrequentes de febre de origem desconhecida após a realização da marcha diagnóstica adequada com exclusão das causas mais frequentes.

DOENÇAS NEUROLÓGICAS E CEREBROVASCULARES

P602

1801 STIFF PERSON SYNDROME

Cunha, Marta; Barbosa, Sandra; Freitas, Sara; Alves, Glória; Cotter Jorge.

Hospital da Senhora da Oliveira

Sexo masculino, 59 anos autónomo para as atividades de vida diária com antecedentes pessoais de hipertensão arterial medicado com antihipertensor e etilismo crónico abstinente desde há alguns meses.

Recorreu ao SU por incapacidade de deambulação progressiva com dois meses de evolução, tendo ficado confinado ao leito associada a dificuldade de realização de atividades da vida diária e de movimentos finos por sensação de hipertonía muscular. Associadamente descrevia episódios esporádicos de espasmos musculares dolorosos com duração de segundos que cediam espontaneamente. Negava traumatismo da coluna ou traumatismo craneoencefálico bem como outra sintomatologia sugestiva de focalização neurológica.

Ao exame objetivo de relevo apresentava força muscular mantida e simétrica nos 4 membros, hipertonía dos membros superiores e inferiores com espasticidade em todo o arco do movimento, mioclonias e espasmos musculares dolorosos, reflexo cutâneo plantar em flexão bilateralmente. Analiticamente sem alterações de relevo, velocidade de sedimentação 28, enzimas de lise muscular negativas. TAC CE sem evidência de lesões isquémicas ou hemorrágicas de novo, bem como lesões ocupantes de espaço, TAC coluna dorso lombar com documentação de patologia herniária de L4-L5 mas sem compromisso radicular, RM CE e do neuroeixo sem evidência de lesões, sem comprometimento do canal medular. Electromiografia dos membros com evidência de hiperexcitabilidade muscular contínua da placa motora. Analiticamente HbA1C 5.3%; função tiroideia normal; serologias virais (VIH; ATC AntiHBS; ATC Anti HBC); sífilis e borrelia negativas; Marcadores de Autoimunidade (anticorpo anti descaborsilase do ácido glutâmico bem como anti-TPO positivos), Atc ANA; Anti DNAs; Antifosfolípideo; Anti coagulante lúpico negativos. Estudo imagiológico de trato gastrointestinal, prostático e TAC TAP sem alterações. Ecografia tiroideia com aumento difuso da glândula com múltiplos nodulos dispersos com dimensões inferiores a 8 mm.

Assumiu-se o diagnóstico de Síndrome de Stiff Person tendo iniciado tratamento de Medicina Física e Reabilitação intensivo e terapêutica farmacológica com diazepam 10 mg 12/12 horas com aumento progressivo da dose para 10 mg /8 horas em associação com baclofeno 5 mg 8/8 horas com melhoria clínica da hipertonía e com melhoria progressiva dos défices. Electromiografia de controlo 1 mês após tratamento sem evidência de patologia da placa muscular.

O doente teve alta para unidade de cuidados continuados já com marcha de pequenos passos, deambulando de forma autónoma.

P603

507 NEUROMIELITE ÓPTICA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Lígia Rodrigues Santos, Teresa Dias Moreira, Margarida Silva Cruz, Gisela Evaristo Vasconcelos, Nuno Zarcos Palma, Ivânia Alves, Alice Castro, Mari Mesquita

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

As doenças do espectro da Neuromielite Ótica são doenças inflamatórias do Sistema Nervoso central (SNC) caracterizadas por desmielinização e deterioração axonal tendo como alvo preferencial os nervos óticos e a medula espinal.

Mulher de 58 anos, previamente autónoma. Admitida para estudo de quadro de diminuição acentuada da acuidade visual bilateral e paraparésia dos membros inferiores com 10 dias de evolução

e agravamento progressivo, com incapacidade de marcha autónoma. Sem sintomas constitucionais, clínica focalizadora de infeção ou contexto epidemiológico conhecido.

Objetivamente de destacar acentuada diminuição da acuidade visual bilateral, defeito pupilar aferente relativo à direita, disartria ligeira a moderada, comprimento irregular de ordens simples, força grau 3/5 nos membros superiores e 2/5 nos inferiores, globalmente simétrica. Tomografia computadorizada (TC) cranioencefálica (CE) e coluna dorsolombar sem alterações de relevo que justificassem a sintomatologia. Abordado líquido cefalorraquidiano. Excluídas causas infecciosas, neoplásicas ou vasculares. Do estudo, de destacar anticorpos anti-MOG (Myelin Oligodendrocyte Glycoprotein) positivo e anti-aquaporina 4 negativo e ressonância (RM) CE e neuroeixo com múltiplas lesões focais encefálicas e medular cervical compatíveis com causa inflamatória/desmielinizante. Portanto, doença do espectro da Neuromielite Óptica anti-MOG positiva. Iniciada corticoterapia sistémica e reabilitação motora com evolução clínica e imagiológica favoráveis, com melhoria franca das alterações visuais e da força muscular e marcada redução do número de lesões encefálicas, bem como regressão da lesão medular em RM de controlo após 1 mês de tratamento.

Com este caso os autores pretendem demonstrar uma forma de apresentação desta patologia rara com uma prevalência que varia de 0.5 a 10 casos em 100 000, cuja variante com anticorpos anti-MOG positivos se começa a destacar como uma patologia distinta com características próprias.

P604

571 CAUSA INFREQUENTE DE ENCEFALITE

Susana Marques de Sousa, Luís Braz

Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar Universitário de São João

A encefalite autoimune é uma patologia infrequente. Está associada a anticorpos contra proteínas neuronais intracelulares e da superfície neuronal. A mais comum é a associada a anticorpos anti-receptor N-metil-D-aspartato (rNMDA), a qual em cerca de metade dos casos é paraneoplásica, associando-se maioritariamente ao teratoma ovárico em mulheres jovens.

Mulher, 34 anos, previamente saudável, inicia parestesias da mão direita e disartria tendo sido avaliada na Urgência. Após TC cerebral normal, na suspeita de quadro funcional, foi orientada para reavaliação em 1 mês em consulta de neurologia, onde mantinha estes sintomas. No mês subsequente desenvolveu progressivamente insónia e irritabilidade, tendo sido medicada com antidepressivo e ansiolítico mas sem

melhoria. Nas 2 semanas seguintes desenvolveu disfunção da linguagem e episódios transitórios de movimentos coreo-atetósicos dos membros direitos. Apresentou-se na Urgência com crises motoras esquerdas, associadas a alteração da consciência que evoluíram para estado de mal focal. Iniciou levetiracetam e lacosamida. Punção lombar sem alterações citoquímicas e serologias víricas negativas. RM cerebral normal. Pela suspeita de encefalite autoimune, iniciou 1gr de metilprednisolona EV por 5 dias, seguido de 6 sessões de plasmaférese e depois prednisolona 60mg/d. Entretanto foi confirmado o diagnóstico pela positividade dos anticorpos anti-rNMDA no plasma e líquido. EEG seriados documentaram grave lentificação hemisférica esquerda e padrão de extreme delta brush. Do restante estudo: negatividade dos anticorpos onconeuronais e CA-125; TC toraco-abdomino-pélvica, RNM pélvica, citologia cervico-vaginal e ecografia mamária sem alterações. Pelo agravamento dos sintomas psíquicos (agitação/alucinações visuais), alterações da linguagem flutuantes, aparecimento de sinais disautónómicos (taquicardia e hipersudorese) foi iniciado rituximab 700mg/semana durante 4 semanas. Melhoria progressiva permitindo retirada gradual de antiepilépticos, corticoterapia e antipsicóticos. À data de alta a doente apresentava recuperação quase completa, mantendo ainda alguma dificuldade na escrita, leitura e cálculo. Na reavaliação em consulta aos 3 meses, a doente apresentava-se completamente recuperada, tendo retomado atividade profissional.

Na encefalite autoimune, o tratamento cardinal inclui a imunossupressão e, quando presente, a ressecção tumoral. Sem tratamento, pode haver deterioração neurológica e morte. É importante o reconhecimento atempado, uma vez que o tratamento precoce melhora o prognóstico, acelera a recuperação e reduz as recidivas. Défices cognitivos persistentes são mais comuns quando há atraso no tratamento. A ausência de tumor subjacente também se associa a pior prognóstico. Existe evidência que o rituximab, como segunda linha, é eficaz na redução das recidivas. Nos doentes com apresentação mais grave defende-se o seu uso como tratamento inicial em conjunto com corticoterapia e imunoglobulina EV ou plasmaférese.

P605

760 ENCEFALITE DE HASHIMOTO - UM CASO CLÍNICO

Magda Silva, Francelino Ferreira, Inês Rosa, Rúben Reis, Laurinda Pereira, Paula Pona, Anneke Joosten, Fátima Campante

Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Introdução

A Encefalite de Hashimoto (EH) ou Steroid-

responsive encephalopathy associated with autoimmune thyroiditis é uma entidade imuno-mediada pouco frequente, que se caracteriza por alteração do estado de consciência, alteração do comportamento, crises convulsivas e tiroidite.

Caso Clínico: Apresentamos o caso de um homem leucodérmico de 48 anos de idade, com antecedentes de episódio de "alteração do comportamento" sic cerca de 3 anos antes do actual internamento, cuja investigação foi inconclusiva. Foi admitido no serviço de urgência 3 vezes em 3 meses por crises convulsivas tónico-clónico generalizadas e comportamento desadequado, desorientado, alternando com prostração. Sem contexto epidemiológico relevante ou história de consumos. No 1º internamento encontrava-se febril, sem outras alterações no exame físico e neurológico. Do estudo efectuado salienta-se: Tomografia Computorizada Crânio-Encefálica (TC-CE) sem alterações, líquido com proteinorráquia e exames culturais, serologias e toxicologia negativos. TSH 8,8 mU/L que foi interpretada em contexto de doença aguda, sem sinais de disfunção tiroideia. Admitiu-se possível encefalite viral (pesquisa de vírus neurotrópicos em curso) e teve alta com indicação para concluir terapêutica antiviral, desmame de corticoterapia e agendar Ressonância Magnética CE (RM-CE). No 2º internamento, cerca de 3 semanas depois, repetiu exames com resultados sobreponíveis aos anteriores, e acrescentou-se o estudo geral de auto-imunidade que foi negativo, e RM-CE que não revelou alterações. Mantinha TSH elevada com T4 livre normal. Teve alta orientado para consulta de Neurologia e indicação para desmame de corticoterapia. No 3º internamento, correlacionaram-se as manifestações neurológicas com a suspensão da corticoterapia. Foram pedidos os anticorpos anti-tiroideus, que apresentavam titulações elevadas, ecografia tiroideia que revelou alterações compatíveis com tiroidite, e ainda electroencefalograma que mostrou uma lentificação inespecífica. Anticorpos anti-NMDA, AMPA, GABA-A e B negativos. Foi medicado com corticóide e levetiracetam, sem novos episódios.

Discussão: A EH apresenta um grande espectro de apresentações clínicas, sendo um diagnóstico de exclusão e de suspeição. O caso salienta a marcha diagnóstica na exclusão de causas infecciosas, tóxicas, metabólicas e cerebrovasculares, até à associação com doença auto-imune-tiroideia e a resposta clínica aos corticóides. Alertamos para o hipotireoidismo subclínico, muitas vezes desvalorizado, que neste caso era uma pista fundamental no diagnóstico.

P606

1241 TITINOPATIA: UM CASO CLÍNICO DESAFIANTE

Joana Sousa Morais, Isabel Andrade Oliveira, Inês Burmester, Olga Pires, Filipa Almeida, Catarina Nunes, Inês Soares, Maria João Regadas, Paulo Gouveia, Carlos Capela

Hospital de Braga

Introdução

As titinopatias são um grupo de doenças neuromusculares, causadas por diferentes mutações na titina. Esta proteína desempenha um papel importante a nível da contração, expansibilidade e elasticidade muscular. A clínica é muito variável e o tratamento é apenas de suporte.

Caso Clínico: Mulher, 40 anos, professora de educação física, sem antecedente de relevo, mencionava quadro de astenia e apatia com 2 anos de evolução, que inicialmente associou a problemas profissionais e familiares. Com agravamento clínico e necessidade de recorrer ao médico assistente, sendo diagnosticada com hipotireoidismo e iniciado tratamento com alguma melhoria das queixas. Alguns meses mais tarde, novo agravamento de estado geral, com apatia, anorexia, astenia e dispneia para médios esforços, que doente relacionou novamente com problemas no trabalho tendo inclusive ficado de baixa médica. Apesar de tudo manteve agravamento das queixas tendo recorrido novamente a médico assistente que assumiu uma síndrome depressiva e iniciou terapêutica, que a doente não tolerou. No entanto, manteve agravamento de queixas e no último mês, iniciou quadro de sonolência diurna, incapacidade de marcha em situações de grande esforço e adinamia. Assim, recorreu ao serviço de urgência onde à primeira observação é descrita como muito sonolenta, incapaz de andar por cansaço fácil, eupneica em repouso, com saturações periféricas com suplementação de oxigenoterapia a 40% de 92% e restante exame objetivo normal. Em gasometria arterial foi identificada uma insuficiência respiratória tipo 2 grave, com acidose respiratória sem hipoxemia, iniciando ventilação não invasiva (VNI) e sendo internada em unidade de cuidados intermédios, onde permaneceu durante 5 dias com melhoria clínica e sem necessidade de VNI. Aquando estabilização, transferida para a enfermaria de Medicina Interna onde prosseguiu investigação. Do estudo realizado destaca-se: ausência de alterações analíticas, nomeadamente imunologia, serologias ou parâmetros sugestivos de infeções, RMN CE e da coluna, EEG, eletromiografia e TAC de tórax normais. Por suspeita de doença neuromuscular, realizada biópsia muscular, que confirmou uma titinopatia com atingimento apenas dos músculos respiratório. Durante internamento, apresentou recuperação da força e melhoria da sonolência diurna, no entanto, mantinha necessidade de

reinício de VNI por períodos durante o dia e contínuo de noite por agravamento de trocas respiratórias e menor tolerância a esforços aquando cessação, com boa adesão permitindo alta. Neste momento mantém seguimento em consulta de Medicina Interna, Neurologia e Pneumologia, e aguarda estudo genético.

Discussão: As titinopatias são situações raras e de difícil diagnóstico, por sintomas e sinais inespecíficos. O seu tratamento é apenas de suporte, mas deve ser iniciado o mais precocemente possível, pois tem grande importância no controlo de sintomas e no prognóstico, como se pode constatar neste caso.

P607

1267 HEMIBALISMO APÓS ACIDENTE VASCULAR CEBEAL HEMORRÁGICO TALÂMICO

Cláudia Lemos, Ana Carlota Vida, Sofia Dinis Ferreira, Andreia Pinto, António Oliveira, Ema Freitas, Maria da Luz Brazão

Hospital Central do Funchal

Introdução

Hemibalismo é um distúrbio do movimento, raro, que afeta o hemicorpo, caracterizado por um movimento involuntário anormal, de grande amplitude que envolve a musculatura apendicular proximal e axial.

Caso Clínico: Doente de 56 anos, sexo masculino, caucasiano, autónomo com antecedentes pessoais de hipertensão e tabagismo, incumpridor terapêutico.

Recorre ao serviço de urgência por quadro de disartria ligeira e desvio da comissura labial à direita, de aparecimento no próprio dia. Referia também dificuldade na marcha associado a movimentos involuntários do hemicorpo direito, com dois dias de evolução.

Ao exame objetivo, encontrava-se vigil, orientado no tempo, espaço e autopsiquicamente, discurso lógico e coerente, apirético, hemodinamicamente estável, normocárdico, auscultação cardiopulmonar sem alterações, movimentos involuntários tipo hemibalismo no hemicorpo direito, mais evidenciados pelo repouso. O restante exame não revelava outros défices ou alterações.

Foi realizada, no serviço de urgência, TC-CE que mostrou pequeno hematoma parenquimatoso do tálamo-capsular esquerdo, com cerca de 1,5 cm de diâmetro e discreta moldagem da parede do terceiro ventrículo. Ficou internado no serviço de medicina interna com o diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral hemorrágico talâmico sequelar com hemibalismo direito persistente.

Durante o internamento contactou-se a Neurologia

para apoio. Foi proposta terapêutica com biperideno, haloperidol e clonazepam, com escalamento das doses, ao longo do internamento. Apesar da terapêutica otimizada manteve o hemibalismo direito. A TC-CE de controlo apresentou reabsorção da hemorragia subtalâmica. Teve alta para a residência, com controlo parcial do quadro, neurológico, com indicação de manter a medicação efetuada no internamento (6 mg de haloperidol, 1 mg de clonazepam 3 vezes por dia; e 75 mg de tetrabenazida diária) e com seguimento em consulta.

Discussão: O hemibalismo é uma entidade cuja verdadeira incidência é desconhecida, sendo descrita, em torno, de 1 caso para 500.000, na população geral. Uma lesão no núcleo subtalâmico ou das suas vias pode levar a desinibição das vias eferentes excitatórias tálamo-corticais, produzindo movimentos hiperkinéticos. O prognóstico está relacionado com a etiologia e gravidade sintomática. O hemibalismo, habitualmente, é uma doença de curso benigno, que cede, espontaneamente, ou com fármacos antagonistas dopaminérgicos.

Este caso foi escolhido pela sua raridade, alertando, ainda assim, para exclusão de um acidente vascular cerebral perante um caso de hemibalismo inaugural. As lesões talâmicas determinam um leque variado de síndromes clínicas de movimentos involuntários, hemiparesia atáxica e o acidente vascular cerebral sensitivo puro. Os autores apresentam este caso, demonstrando a relevância e valor da raridade da associação destas duas patologias.

P608

1741 UM CASO DE FOME

Mafalda Corrêa Figueira, Gonçalo Bonifácio, Gonçalo Mendes, Bárbara Lobão, Sónia Serra, Villa de Brito
Centro Hospitalar de Setúbal

A investigação de doentes com perda ponderal involuntária (PPI) é um desafio para o internista, sendo a marcha diagnóstica exaustiva e dispendiosa. As três causas mais comuns de PPI são as neoplasias, a doença orgânica não neoplásica e a doença psiquiátrica. As alterações neurológicas e neuromusculares em indivíduos em greve de fome estão descritas em alguns estudos com prisioneiros que submeteram a esta condição e constituem diagnóstico diferencial com variadas patologias.

Os autores apresentam um caso de um homem de 75 anos, com antecedentes de cardiopatia isquémica, tromboembolismo pulmonar, perturbação de stress pós-traumático e quadro consumptivo com perda ponderal de cerca de 30Kg em 8 meses de etiologia a esclarecer. Havia referência a anorexia não seletiva, que se iniciou após colocação de prótese dentária mal dimensionada, sem qualquer outra sintomatologia acompanhante. Deu entrada na urgência após ter sido encontrado caído no domicílio e

à admissão apresentava-se caquético, desidratado, com atrofia de várias massas musculares e com acidemia respiratória com necessidade de ventilação não-invasiva (VNI). Era já portador de múltiplos exames complementares de diagnóstico realizados em ambulatório nomeadamente PET com captação em região tiroideia, gástrica e do recto anterior. A biópsia de nódulo da tiroide e da mucosa gástrica não revelou doença neoplásica e a do reto anterior revelou adenoma tubuloviloso com displasia de alto grau. Durante o internamento na enfermaria constatou-se flutuação do estado de consciência com períodos de confusão e agitação psicomotora. O exame neurológico revelou parésia grau 4 na flexão da coxa, joelho e pé esquerdos, hipostesia algica em meia bilateral e alteração da sensibilidade postural dos dedos dos pés. Realizou EMG que se revelou compatível com polineuropatia sensitivo-motora axonal assimétrica e severa, com diminuição da amplitude do estudos motores e sensitivos em determinados nervos. Neste contexto, excluiu-se défice de Vitamina B12 e foram requisitadas serologias virais, para borrelia e para Sífilis, autoimunidade com anticorpos antineuronais e crioglobulinas que foram negativos. O segundo EMG, realizado 1 mês após o primeiro, revelava melhoria dos parâmetros neurofisiológicos. Durante o internamento iniciou tiamina, reforço proteico e calórico per os e reabilitação. A investigação da hipoventilação, que condicionava necessidade de VNI e que melhorou com a reabilitação motora, excluiu lesão central, parésia diafragmática ou alterações tomodensitométricas significativas do parênquima pulmonar. A resposta à hipoxémia e hipercapnia estão alteradas em indivíduos submetidos a restrição calórica o que, em conjunto com a fraqueza muscular objectivada se assumiram serem a causa da hipoventilação neste doente.

Os autores apresentam este caso de PPI e consequente polineuropatia pois, no contexto sociocultural atual, a greve de fome e as alterações fisiopatológicas a ela associadas são uma raridade.

P609

1751 ATAXIA CEREBELOSA: UMA CAUSA ATÍPICA

Rita Passos Coelho, Pedro Beirão, Vitória Cunha
Hospital Garcia de Orta, serviço de Medicina IV

Atendendo à baixa taxa de incidência dos abscessos hepáticos, é necessário um elevado índice de suspeição, sobretudo em doentes imunocomprometidos e com patologia estrutural hepática ou biliar, e uma história clínica dirigida para o correcto diagnóstico e instituição terapêutica. Pelas hemoculturas é possível isolar o agente patogénico em até 50% dos casos, enquanto que nas situações em que a drenagem do abscesso está indicada o diagnóstico etiológico é possível em até 90% dos casos. Não havendo isolamentos

microbiológicos, está preconizada antibioterapia de largo espectro e com cobertura para Streptococcus, bacilos gram - entéricos e anaeróbios, com esquemas terapêuticos como a associação de uma cefalosporina de 3ª geração com metronidazol.

Homem de 26 anos, cabo-verdiano a residir em Portugal desde os 20 anos, sem antecedentes médicos ou cirúrgicos, sem terapêutica crónica ou alergias medicamentosas conhecidas. Internado no serviço de Medicina Interna em Maio/2018 por abscesso hepático de etiologia não-esclarecida. Hemoculturas e coproculturas sem isolamentos, e serologias negativas para vírus hepatotrópicos, Echinococcus, Brucella, Coxiella e Entamoeba histolytica. Sem história de infecção da cavidade oral ou otorrinológica. Ecocardiograma sem valvulopatias ou vegetações, e exames imagiológicos da cavidade abdomino-pélvica sem lesão de outros órgãos. A tomografia abdominal à admissão mostrou lesão hepática abcedada única, localização subcapsular no segmento VI, multiloculada, 4.5x6cm de maiores eixos, sem critérios para drenagem percutânea ou cirúrgica, pelo que cumpriu antibioterapia com ceftriaxone e metronidazol durante 9 semanas, com boa resposta clínica e imagiológica.

Recorreu novamente ao serviço de urgência 11 dias após a alta por quadro clínico de instalação súbita de disartria e ataxia da marcha, sem outros défices neurológicos e sem evidência de lesões intraparenquimatosas focais na tomografia crânio-encefálica. Ficou internado para vigilância e investigação etiológica, tendo realizado ressonância magnética crânio-encefálica que revelou "áreas de hipersinal bilaterais e simétricas de ambos os hemisférios cerebelosos" interpretadas como de natureza tóxica, provavelmente ao metronidazol pelo padrão de distribuição. Défices resolvidos com a suspensão do fármaco, tendo tido alta para a consulta de Infecciologia sem sequelas neurológicas e com lesão hepática residual.

O metronidazol tem sido usado na prática clínica desde há mais de 50 anos, permanecendo o fármaco de eleição para infecções a anaeróbios. Reacções adversas minor podem ocorrer e a neurotoxicidade não é excepção, podendo verificar-se neuropatia periférica, cefaleias ou tonturas. No entanto, a toxicidade cerebelosa é rara, havendo poucos casos descritos na literatura e desconhecendo-se a patogénese. O contexto clínico enquadrado com sinais imagiológicos clássicos faz o diagnóstico, e a sintomatologia é geralmente reversível com a suspensão do fármaco.

P610

1782 ANGIOMAS CAVERNOSOS - UMA CAUSA RARA DE LESÃO CEREBRAL

Gisela Vasconcelos, Lígia Santos, Catarina Couto, Margarida Silva Cruz, Mariana Cruz, Nuno Zarcos Palma, Alice Castro, Mari Mesquita

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Serviço de Medicina Interna

Introdução

Os angiomas cavernosos são malformações vasculares raras. Podem ser únicos ou múltiplos, supra ou infratentoriais, e esporádicos ou familiares.

Caso clínico: Mulher, 66 anos. História de hipertensão arterial e insuficiência cardíaca. Quadro com 2 dias de evolução de cefaleia frontal de intensidade crescente, fotofonofobia, vertigem, náuseas e desequilíbrio postural e da marcha, com incapacidade de deambulação. Sem febre ou sintomas constitucionais. Ao exame neurológico nistagmo horizontal rotatório com fase rápida para a esquerda, parésia facial central esquerda, hemiparesia grau 4+, hemihipostesia e dismetria na prova dedo-nariz e calcanhar-joelho à direita. Sem outras alterações ao exame físico. Analiticamente sem alterações de relevo. TC CE a revelar lesão nodular, hiperdensa, infracentimétrica, bulbar anterior e lateral direita. Internada para vigilância e esclarecimento etiológico. Na fase inicial identificada disfagia para sólidos e líquidos, com necessidade de SNG para alimentação. VDRL e serologia VIH negativa. Realizada punção lombar com saía de LCR não inflamatório; bandas oligoclonais, citológico, bacteriológico, micobacteriológico e virológico negativos. TC toracoabdominopélvico sem evidência de lesões. Realizada RMN CE que revelou inúmeras lesões focais corticais/justacorticais com hipossinal e efeito 'blooming' em T2*, difusas e bilaterais, supra e infratentoriais, com maiores dimensões na região temporal esquerda e tronco cerebral, sobretudo protuberância e vertente direita do bolbo raquidiano, com halo de edema perilesional e discreto realce periférico anelar pelo gadolínio nestas lesões. Assim, estudo etiológico com exclusão de causa infecciosa e neoplásica, assumindo-se como diagnóstico provável angiomas cavernosos cerebrais múltiplos, com hemorragia de lesão do tronco cerebral. Iniciada dexametasona. Apresentou evolução clínica e imagiológica favoráveis, tendo alta integrando a rede nacional de cuidados continuados integrados, para reabilitação. Manteve seguimento em consulta, constatando-se evolução lenta mas favorável, com progressiva aquisição da capacidade de deambulação, embora mantendo discreto desequilíbrio. Estudo genético por sequenciação de CCM1, CCM2 e CCM3 negativo. Encontra-se neste momento a aguarda consulta de Neurocirurgia.

Conclusão: Trata-se de um caso de angiomas

cavernomatosos múltiplos, supra e infratentoriais. O carácter múltiplo é mais frequente nas formas familiares, que não se confirmou neste caso. A hemorragia, défices neurológicos progressivos e epilepsia constituem as manifestações clínicas mais frequentes. Destacamos a importância da ressonância para o diagnóstico. A ressecção cirúrgica deve ser considerada em casos de lesões sintomáticas de localização acessível. Nas lesões inacessíveis, é geralmente adotada vigilância.

P611

363 "DISPNEIA" DO NEURÓNIO MOTOR.

Raquel Afonso, António Ferreira, Joana Urbano, Diana Guerra, Carmélia Rodrigues

Unidade Local de Saúde do Alto Minho - Hospital de Santa Luzia

A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é uma patologia neurodegenerativa progressiva que condiciona fraqueza muscular, incapacidade física e eventualmente morte, com uma sobrevida média de 3 a 5 anos. A sua incidência na Europa varia entre 1.5 a 2.7 por 100.000/ano, com uma prevalência de 2.7 – 7.4 por 100.000. A fraqueza muscular assimétrica dos membros superiores é a apresentação clínica mais comum na ELA. No entanto, em cerca de 1 a 3% dos casos, pode-se apresentar com fraqueza dos músculos respiratórios, e consequente insuficiência respiratória (IR).

Descrevemos o caso de uma mulher de 64 anos com antecedentes de dislipidemia e depressão, com quadro de disфонia, dispneia e astenia com cerca de 1 ano de evolução. Orientada para Cardiologia pelas queixas de dispneia e astenia, realizou ECG, prova de esforço e ecocardiograma transtorácico, que não revelaram alterações significativas. Por quadro de disфонia, orientada para ORL, onde se objetivou parésia da corda vocal esquerda. Realizou TAC craniano e cervical que revelou um macroadenoma da hipófise, tendo sido orientada para Endocrinologia e Neurocirurgia. Agendada ressecção cirúrgica por via transesfenoidal, que foi adiada pelo facto da doente apresentar IR tipo II (pO₂ 61mmHg, pCO₂ 57mmHg), tendo sido orientada para consulta Medicina Interna. Realizou provas funcionais respiratórias que mostraram síndrome ventilatório restritivo. Por agravamento da insuficiência respiratória com necessidade de ventilação mecânica invasiva, foi internada no serviço de Medicina Interna. Ao exame neurológico observada disфонia flácida marcada, sem alterações da linguagem, atrofia dos músculos mastigadores e da língua, disfagia para líquidos, e reflexo da tosse diminuído. Realizou TAC tórax, que mostrou fenómenos atelectásicos justadiafragmáticos à direita, podendo estar relacionados com hemiparesia diafragmática; RMN cerebral, que confirmou lesão cística selar e supra-selar, compatível com provável macroadenoma da hipófise; e anticorpos anti-recetores da acetilcolina

e muscarínicos, que foram negativos. Colocada a suspeita de doença do neurónio motor, confirmada após estudo eletromiográfico, o qual apresentava significativa desnervação ativa envolvendo já os diferentes segmentos corporais (músculos bulbares, do tronco e dos membros). Diagnosticada com ELA, iniciou terapêutica com rituzol 50mg/dia, tendo sido orientada para as consultas de Neurologia, Fisiatria, e Pneumologia.

Destacamos o caso pelo facto das doenças neuromusculares degenerativas serem um dos diagnósticos diferenciais na insuficiência respiratória com padrão ventilatório restritivo, realçando o papel fundamental do internista, com a sua visão holística e abrangente, para o diagnóstico precoce e início de terapêutica adequada, que permitam minimizar a progressão da doença.

P612

797 SÍNDROME CORDONAL ANTERIOR

Paulo César, Pedro Fortes, Catarina Graça, Vera Guerreiro, José Vaz

Hospital José Joaquim Fernandes, Beja

INTRODUÇÃO

A isquemia aguda da medula espinhal é uma patologia rara e potencialmente devastadora. A sintomatologia está diretamente relacionada com o nível de envolvimento medular. O diagnóstico pode ser estabelecido pela clínica, mas um exame de neuroimagem confirma o diagnóstico e exclui outras hipóteses. Os principais fatores etiológicos são: arteriosclerose, embolia, aneurisma e disseção aórtica, doenças degenerativas e sequelas de cirurgias vasculares ou da coluna vertebral.

CASO CLÍNICO: Mulher de 56 anos de idade, raça branca, autónoma e agricultora de profissão. Referia história pessoal de hipertensão arterial e dislipidemia. Sem medicação habitual. Segundo a doente, realizou esforço físico intenso no seu trabalho e nas 24h seguintes acordou incapaz de mover os membros superiores, motivo pelo qual recorreu ao Serviço de Urgências (SU). Interpretado como quadro possível de discartrose, foi medicada com anti-inflamatórios e referenciada para o seu médico de família, para reavaliação do quadro. Na manhã seguinte, por agravamento clínico com diminuição de força muscular também do membro inferior esquerdo, recorreu novamente ao SU. Ao exame neurológico, destacava-se tetraplegia incompleta, com sensibilidade proprioceptiva preservada bilateralmente e com aparente hipostesia álgica abaixo do nível de C5, sendo mais evidente nos dermatómos torácicos T4-T10. Realizou TC-CE e TC da Coluna Cervical que não demonstraram lesões cerebrais de etiologia isquémica ou hemorrágica, nem hérnias ou sinais de estenose medular cervical. Foi internada, realizou RM da Coluna Vertebral que demonstrou enfarte isquémico da medula em fase

subaguda, ao nível C3/C4 e D1/D2, com epicentro no nível adjacente a C5/C6, mais extensa à esquerda. Iniciou fisioterapia com algum benefício, evoluindo para paresia de força muscular grau 4 no membro superior direito e hemiparesia esquerda de força muscular grau 3 e foi referenciada para um Centro de Medicina e Reabilitação.

DISCUSSÃO: A isquemia aguda da medula sendo uma patologia rara torna difícil estabelecer um prognóstico. Segundo a bibliografia internacional, os fatores de piores prognóstico são a gravidade dos sintomas, sexo feminino, idade avançada e ausência de melhoria clínica nas primeiras 24h. A apresentação clínica da doente sugeria um quadro de lesão compressiva da medula e a escolha adequada do exame complementar permitiu chegar ao diagnóstico.

P613

970 DOENÇA DE CREUTZFELDT-JAKOB (DCJ) FORMA ESPORÁDICA

Tiago Ceriz, Raquel Gil, Andrés Carrascal, Ana Luísa Pinto
ULSNE- Hospital de Bragança

Introdução

As doenças priónicas são doenças neurodegenerativas que têm longos períodos de incubação e progridem inexoravelmente quando os sintomas clínicos aparecem. A DCJ é responsável por mais de 90 por cento da doença priónica esporádica. As doenças priónicas humanas partilham certas características neuropatológicas comuns, incluindo perda neuronal, proliferação de células gliais, ausência de uma resposta inflamatória e a presença de pequenos vacúolos no interior do neutrófilo, o que produz uma aparência espongiiforme.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 63 anos, apresentou-se no SU com ataxia rapidamente progressiva, parkinsonismo, e declínio cognitivo com reflexos mioclónicos multifocais assíncronos generalizados. Após estudo etiológico pela Neurologia / Medicina Interna procedeu-se à exclusão de diagnósticos diferenciais. Foi pedida RMN crânio encefálica onde se observou 'FLAIR e T2 observa-se pequenos focos de hipersinal da substância branca dos centros semiovais, sobretudo nos lobos frontais e nas regiões fronto- insulares'. Doente manteve agravamento neurológico progressivo e foi decidida a transferência para Neurologia de Vila Real para estudo dirigido. Foi realizada a colheita da proteína 14.3.3 no Líquido Cefalorraquidiano que positivou. Foi confirmado, em posterior necropsia com colheita de tecido, o diagnóstico final de Doença de Creutzfeldt-Jakob forma esporádica.

Discussão: O sinal de intensidade anormalmente aumentado de T2 e FLAIR no putamen e na cabeça do caudado é o achado mais comum nas

sequências convencionais de RM em pacientes com DCJ. Menos comumente, áreas de hiperintensidade do sinal T2 e FLAIR são vistas no globo pálido, tálamo, córtex cerebral e cerebelar e substância branca. Lesões laminares no córtex cerebral e no cerebelo podem ser observadas. O teste da proteína 14-3-3 no líquido cefalorraquidiano é um teste específico para a DCJ, mas a sua sensibilidade pode ser baixa, particularmente em alguns subtipos moleculares. A detecção da proteína 14-3-3 no líquido cefalorraquidiano deve ser considerada um teste complementar, em vez de absoluto, para o diagnóstico de doenças priônicas. Um teste negativo não exclui o diagnóstico, um resultado positivo pode ocorrer em doenças não priônicas. No entanto, um teste positivo aumenta a probabilidade de DCJ quando outras características clínicas são sugestivas, mas não diagnósticas.

P614

1513 POLIRRADICULONEUROPATIA SECUNDÁRIA AO EBV

Dora Gomes, Catarina Oliveira, Rui André, Elisa Moreira, André Santos, Carolina Ferreira
Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Introdução

O vírus Epstein-Barr (EBV) é um Vírus DNA, que infecta humanos desde os tempos ancestrais, podendo causar um grande espectro de patologias e acometendo aproximadamente 90% da população.

As complicações neurológicas do EBV, são raras em adultos imunocompetentes, porém podem ocorrer envolvendo tanto o sistema nervoso central como o periférico.

Caso Clínico

Doente, sexo masculino, de 61 anos de idade, sem antecedentes pessoais de relevo, recorre ao serviço de urgência por quadro de desequilíbrio e dificuldade na marcha, com 5 dias de evolução.

Previamente teria recorrido a outra instituição onde realizou análises que revelaram 17% de linfócitos atípicos, aumento das enzimas hepáticas e aumento da bilirrubina total à custa da bilirrubina direta. Realizou TAC-CE que não identificou sinais de lesão vascular aguda e Ecografia abdominal sem alterações de relevo.

Ao exame neurológico apresentava reflexos osteotendinosos simétricos, abolidos distalmente. Sem alterações da sensibilidade superficial algica, exceto hipostesia em regiões nos dermatomas lombares laterais (não correspondendo a áreas anatómicas). Sensibilidade vibratória de 8 a 10 segundos nos maléolos tibiais internos. Prova calcanhar joelho sugestiva de assinergia bilateral, mais evidente à esquerda e marcha com muito discreto alargamento da base, impossível em tandem e difícil em pontas.

Apresentava também mucosas subictéricas.

Dada a arreflexia distal foi realizada Punção Lombar cujo exame do líquido-cefalorraquidiano (LCR) não foi compatível com a clássica dissociação albuminocitológica de Síndrome de Guillain-Barré sendo mais sugestivo de infeção do sistema nervoso central. O painel de PCR de agentes infecciosos no LCR (que não inclui o EBV) foi negativo.

Foram pedidas serologias que se revelaram negativas para HIV, Febre Tifoide e Brucelose, no entanto serologia para o EBV com IgG positiva e IgM positiva. Foi também excluída Sífilis assim como défices de Vitamina B12 e Folato. O painel de anticorpos antineuronais foi negativo.

Iniciou empiricamente Imunoglobulina intravenosa, com franca melhoria clínica. Realizou Eletromiograma que revelou alterações compatíveis com polirradiculopatia axonal, sensório-motora, assimétrica (maior compromisso à esquerda), com características de perfil evolutivo subagudo, sugestivo de polirradiculopatia de causa inflamatória/infecciosa. Realizou RMN para exclusão de causa estrutural que apenas revelou um discreto realce intra-dural de raízes, face a L5-S1, após a administração de contraste.

Seguido posteriormente em Consulta de Medicina Interna e Neurologia onde já não apresentava queixas, sem dificuldade na marcha nem alterações na força, coordenação e sensibilidade.

Repetiu serologia do EBV com IgG francamente positivo e IgM negativo, confirmando seroconversão face aos valores prévios, e dada a concomitância da positividade da serologia com os sintomas foi confirmado o diagnóstico de Polirradiculoneuropatia secundária ao EBV.

P615

1541 CAROTID WEB: UMA REDE ENTRE O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE UMA CAUSA RARA DE AVC

Marta Soares Carreira, Andreia M. Teixeira, Daniela Ferro, Luís Lemos, Margarida Matias, Paulo Chaves, Guilherme Gama, Luísa Fonseca, Maria Luís Seixas, Jorge Almeida
Centro Hospitalar de São João

INTRODUÇÃO

A rede carotídea (carotid web) é uma manifestação de displasia fibromuscular da íntima. É um diagnóstico radiológico raro que se caracteriza por um defeito de preenchimento endoluminal do segmento bulbar da artéria carótida e que surge associado a acidentes vasculares cerebrais (AVC) isquémicos.

CASO CLÍNICO

Descrevemos o caso de um doente do sexo masculino de 46 anos, dextro, fumador (30 UMA's) com história prévia de hipertensão arterial e dislipidemia com mau controlo metabólico, admitido após quadro compatível com "wake-up" stroke. Apresentava parésia facial esquerda menor, plégia do membro superior esquerdo, parésia do membro inferior esquerdo, hemi-hipostesia esquerda e extinção visual e sensitiva (NIHSS de 10), tendo sido admitido pela via verde AVC. Visto bem pela última vez no dia anterior. Perfil tensional tendencialmente hipertensivo com TAS >195mmHg com necessidade de 10+10mg de labetalol. Realizou tomografia computadorizada crânio-encefálica (TCCE) que mostrou hipodensidade cortico-subcortical fronto parietal direita estabelecida (ASPECTS 7/10). O AngioTCCE revelou déficit parcial de preenchimento endoluminal e de morfologia tubular ao nível do segmento bulbar da artéria carótida direita compatível com "web" carotídeo, optando-se pela colocação de stent na carótida interna direita (ACID). Após este procedimento, iniciou dupla antiagregação com ácido acetilsalicílico e clopidogrel. O rastreio de trombofilias, patologias auto-imunes e serologias virais foi negativo. O Doppler de reavaliação às 24h após o procedimento mostrava patência da ACID. Posteriormente foi objectivada melhoria progressiva do estado neurológico do doente, apresentando, à data de alta NIHSS de 4. Avaliado cerca de um mês mais tarde em consulta, objectivando-se NIHSS de 3. Sem novos episódios de AVC/AIT durante o período de seguimento.

DISCUSSÃO: Embora seja raro, o "web" carotídeo tem vindo a ser identificado como causa de AVC em doentes jovens. O seu tratamento consiste, em algumas situações, na colocação de stent intracarotídeo seguido de tratamento com dupla antiagregação. Este caso ilustra a necessidade de procurar este diagnóstico no doente jovem com AVC isquémico de causa desconhecida, dada a existência de tratamento específico que diminui a probabilidade de recorrência de AVC.

P616

979 QUANDO SÍNDROMES SE CRUZAM: PLATIPNEIA-ORTODEOXIA E HIPERVISCOSIDADE

Mário Bibi, Ana Hipólito Reis, Vítor Tedim Cruz, Sofia Correia, Joana Cancela

Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução

Considerando a elevada prevalência da aterosclerose, fibrilhação auricular e doença de pequenos vasos no doente idoso, o estudo do AVC é frequentemente focado nestas entidades. Contudo, perante alguns indícios clínico-imagiológicos, como no caso que apresentaremos, é importante manter um alto nível de suspeição de outras patologias,

mais comumente ponderadas no doente mais jovem.

Caso Clínico

Mulher de 85 anos, autónoma, com diagnóstico prévio de mieloma múltiplo indolente IgA/kappa. Admitida no SU por alteração súbita da consciência e clonias do membro superior direito. Após TC cerebral, sem evidência de alterações agudas, iniciou anticomieciais na presunção de crises focais. Evoluiu com hemiparesia direita, pelo que repetiu TC cerebral, a mostrar hipodensidades focais na substância branca subcortical frontal parassagital esquerda, sugestivas de lesões isquémicas recentes em território fronteira.

O estudo etiológico identificou vários contributos possíveis para o evento isquémico: cardioembolismo paradoxal (Ecocardiograma evidenciava aneurisma do septo interauricular, com foramen oval patente e shunt D-E), manifestação de síndrome de hiperviscosidade (fenómenos de Rouleaux, IgA e viscosidade sanguínea elevadas) e contributo de hipóxia marcada para diminuição dos limiares epiléptico e de hipoperfusão [Síndrome de platipneia-ortodeoxia secundária a foramen oval patente e tromboembolismo pulmonar (TEP) periférico bilateral]. Iniciou hipocoagulação pelo TEP e cardioembolismo paradoxal e corticóide como estratégia citoredutora dada a síndrome de hiperviscosidade.

Após 15 dias de hipocoagulação, a doente mantinha síndrome de Platipneia-Ortodeoxia, a condicionar dessaturação para os 70% em ar ambiente, limitação funcional marcada, impeditiva do início de reabilitação pós-AVC. Considerando o exposto, após discussão Multidisciplinar, foi proposto encerramento do FOP por via percutânea. Após as primeiras 24h do procedimento, constatou-se resolução da síndrome de platipneia-ortodeoxia, o que permitiu início de programa de reabilitação motora. À data da alta mantinha hemiparesia direita, tendo permanecido hipocoagulada em ambulatório dado o TEP. Manteve seguimento por Hematologia em consulta.

Conclusão

Este caso é ilustrativo da necessidade de uma abordagem integrativa e aglomeradora das várias patologias de cada doente para uma correta interpretação dos fenómenos agudos. O foramen oval patente sintomático no doente idoso está descrito e, tal como este caso evidencia, não deve ser esquecido como possível fator etiológico de cardioembolismo, especialmente quando outros mecanismos propiciam a formação de êmbolos como se evidenciou neste caso.

P617

1197 IMPORTÂNCIA DOS SINTOMAS NÃO MOTORES NO DIAGNÓSTICO PRECOCE DE DOENÇA DE PARKINSON

Ana Ponciano, Sónia Santos, José Leite, Fernanda Pinhal, Célio Fernandes

Serviço de Medicina 2, Centro Hospitalar de Leiria

Introdução

A Doença de Parkinson (DP) é considerada actualmente uma patologia sistémica, caracterizada por uma miríade de sintomas não motores para além das queixas motoras típicas das doenças de movimento. O paladar corresponde a uma função quimio-sensorial e de extrema importância na vertente nutricional dos indivíduos, bem como na qualidade de vida. A semelhança dos fenómenos olfactivos, a disgeusia pode ocorrer na DP como manifestação não motora. Contrariamente a primeira, esta ainda não está bem esclarecida. No entanto, evidência crescente aponta para a importância dos sintomas não motores no diagnóstico precoce de DP. Os autores apresentam um caso de Doença de Parkinson com disgeusia como primeira manifestação.

Caso clínico: Mulher de 75 anos, previamente saudável, referenciada a consulta externa por perda ponderal de 25kg no último ano e anorexia. Concomitantemente, queixas de disgeusia e alterações no paladar, principalmente vinho e café, que consumia com regularidade e desde o início do quadro suspendeu consumo. Foi admitida em internamento para estudo etiológico de quadro constitucional. O exame objectivo não revelou alterações dignas de relevo, exceptuando a presença de tremor tipo rollong-pill no membro superior direito. O taste test revelou diminuição generalizada do paladar em todas as áreas testadas.

O estudo etiológico revelou-se inconclusivo e face a hipótese diagnóstico de Doença de Parkinson, foi solicitada Tomografia Computorizada por Emissão de Fóton Único (SPECT) cerebral com ¹²³I-ioflupano. Os resultados revelam redução marcada da captação ao nível do putamen e núcleo caudado, compatível com o diagnóstico de Doença de Parkinson.

A doente iniciou terapêutica com levodopa e carbidopa bem como plano nutricional dirigido. O follow up aos 3 meses revela aumento do peso corporal em 5kg bem como melhoria das queixas de disgeusia.

Discussão: Apesar de ser considerada uma doença do movimento, é crescente a importância do reconhecimento dos sintomas não motores que a esta se associam e que condicionam gravemente a qualidade de vida dos doentes com Doença de Parkinson. As alterações do gosto na DP têm importante relevância clínica, uma vez que podem

conduzir a desnutrição grave.

P618

1659 SÍNDROME DE DRESS NA TROMBOSE VENOSA CEREBRAL

Sara Simões Macedo, Ilídia Carmezim, Andreia Correia, Pedro Ribeiro, Ana Gomes, António Correia

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Dress é uma reação adversa grave secundária a fármacos que se define pela presença de uma erupção cutânea generalizada, febre, eosinofilia com alterações sistémicas e envolvimento multiorgânico; apresentando 10% de mortalidade. A Trombose dos Seios Venosos (TVC) revela-se como uma patologia rara com uma incidência de 0.22 a 1.57 / 100.000. CASO CLÍNICO: Mulher de 42 anos, medicada com contraceptivo oral. Recorreu por cefaleia holocraniana pulsátil associada a fonofobia e cervicálgia. Sem alterações de relevo ao exame objetivo. TC-CE: trombose venosa cerebral com lesão hemorrágica occipital. Do estudo etiológico salienta-se apenas ANA positivo (1/160, padrão granular). No internamento constatado edema bilateral da papila por hipertensão intracraniana, tendo iniciado acetazolamida e introdução simultaneamente varfarina. Após 3 dias, iniciou exantema cutâneo generalizado exuberante, eritemato-pruriginoso, associado a edema facial, mucosite oral e adenopatias cervicais. Analiticamente: eosinofilia e alteração das provas hepáticas. Serologia infecciosa negativa. Quadro interpretado em contexto de provável Síndrome de DRESS, secundário a acetazolamida/varfarina. Melhoria progressiva clínica e analítica com a suspensão destes fármacos e corticoterapia. Manteve tratamento com enoxaparina terapêutica. Mulher de 44 anos, medicada com contraceptivo oral. Recorreu ao SU por crise tónico-clónica generalizada. Sem alterações de relevo ao exame objetivo. TC-CE e Veno-TC trombose do seio longitudinal superior. Sem alterações de relevo do estudo etiológico. Iniciou exantema cutâneo generalizado eritemato-pruriginoso e febre dias após início de varfarina. Analiticamente: eosinofilia e alteração das provas hepáticas. Serologia infecciosa negativa. Quadro interpretado em contexto de provável Síndrome de DRESS, secundário a varfarina. Melhoria progressiva clínica e analítica com a suspensão destes fármacos e corticoterapia. Switch para ribaxabano que manteve em ambulatório. DISCUSSÃO: Através da apresentação destes dois casos clínicos, os autores pretendem apresentar duas entidades clínicas raras, graves e potencialmente fatais, para as quais é necessário um elevado grau de suspeição clínica para estabelecer o diagnóstico: TVC e o Síndrome de DRESS. O diagnóstico precoce do Síndrome de DRESS é fundamental para suspensão atempada

do fármaco, melhorando o prognóstico do doente. A necessidade de suspensão da varfarina acabou por representar um desafio terapêutico, sendo que no primeiro caso não existia terapêutica com DOAC e no segundo caso clínico apresentado já existia essa opção terapêutica.

P619

1808 UMA MANIFESTAÇÃO INCOMUM DE SÍNDROME PARKINSÔNICO

Magda Sofia Ventura, Mariana Santos, Miriam Cimbron, Clara Paiva

Hospital do Divino Espírito Santo

A doença de Parkinson é uma patologia neurodegenerativa comum, cujo diagnóstico depende maioritariamente de critérios clínicos. As suas manifestações clínicas mais frequentes são o tremor, a bradicinesia e a rigidez muscular. Contudo, é necessário ter atenção a sintomas menos comuns, de modo a diagnosticar corretamente esta patologia e, assim, instituir terapêutica adequada.

Homem de 76 anos, autónomo, residente no Canadá, com antecedentes de doença coronária, hipertensão arterial e dislipidemia. Recorreu ao serviço de urgência 3 vezes em duas semanas, por quadro de soluços persistentes e resistentes a medicação; concomitantemente, com quadro de astenia, dificuldades na marcha e lentificação psicomotora de agravamento progressivo, com cerca de 3 meses de evolução. Segundo a esposa, esteve internado 2 meses antes em hospital no Canadá por quadro de distonia em "contexto provável de desidratação" sic. Já havia cumprido terapêutica com omeprazol, metoclopramida, domperidona e clorpromazina, sem melhoria. Foi internado no Serviço de Medicina Interna para esclarecimento de soluços persistentes. Do estudo realizado, salienta-se endoscopia digestiva alta, TAC de crânio e TAC torácica sem alterações. Analiticamente, sem desequilíbrios hidroeletrólíticos, função tiroideia normal e enzimas hepáticas normais. Por apresentar, ao exame objetivo, hipomímia facial, marcha de pequenos passos e presença de roda dentada à mobilização passiva dos membros superiores, foi observado por Neurologia - foi efetuado o diagnóstico de síndrome parkinsoniana, constituindo os soluços uma manifestação do mesmo; quadro agravado por iatrogenia da metoclopramida e clorpromazina (que iniciou para tratamento dos soluços). Denotada grande melhoria clínica com início de terapêutica dirigida à síndrome de Parkinson com levodopa/carbidopa.

Estudos sugerem que os soluços são mais frequentes em indivíduos com doença de Parkinson do que em controlos saudáveis, não se encontrando bem esclarecido se em relação com a própria patologia ou se com o seu tratamento. Muitos dos fármacos utilizados para melhorar este sintoma estão formalmente contraindicados na doença

de Parkinson, pelo seu potencial de agravamento dos sintomas motores, o que torna os soluços debilitantes e problemáticos nestes indivíduos.

P620

844 MENINGITE ASSÉPTICA PÓS-IVIG

João Pedro Abreu, Alexandra Leitão, Carla Lemos Costa, Carlos Oliveira

Hospital Santa Maria Maior

INTRODUÇÃO | A imunoglobulina (IVIG), ou gamma globulina, apresenta-se como uma arma terapêutica amplamente utilizada em diversas patologias - imunodeficiências, doenças auto-imunes (Ex: Púrpura Trombocitopénica Imune - PTI), doença de Kawasaki e doenças neurológicas (Síndrome Guillain-Barre, polineuropatia inflamatória desmielinizante crónica, miastenia gravis, esclerose múltipla e encefalite autoimune). Apesar de habitualmente bem tolerada, são conhecidos efeitos adversos. A maioria destes decorrem da infusão, aliviando com a interrupção da mesma, podendo ser ligeiros - síndrome gripal, exantema, arritmias transitórias, hipotensão arterial - ou, em situações raras, graves - meningite asséptica, Transfusion-related acute lung injury (TRALI), lesão renal aguda, eventos trombóticos e anemia hemolítica. O risco de efeitos adversos é tão mais frequente com a administração repetida de IVIG, todavia informação acerca dos mesmos em tomas isoladas é escassa. Algumas séries apontam para o défice de IgA como factor de maior risco. A meningite asséptica, ocorre em cerca de 0,6-1% dos casos, tipicamente até 48h após IVIG, normalmente associada a altas doses de imunoglobulina. Dada a raridade da patologia e a necessidade de suspeita clínica apresentamos este caso.

CASO CLÍNICO | Trata-se de uma jovem, do sexo feminino, 18 anos, antecedentes de PTI, poliartralgias em estudo, hipogammaglobulinemia, seguida em Consulta de Reumatologia. É trazida ao SU do nosso hospital ao segundo dia após primeira administração de IVIG (1g/Kg em 6h) no contexto de Trombocitopenia de 11000. Durante a noite do próprio dia acorda com cefaleia intensa, bifrontal e biparietal, tipo pressão, associando-se fotofobia e vômitos (5 episódios), com melhoria com o decúbito. Ao exame neurológico apresentava-se sem défices neurológicos focais, fundo ocular sem alterações, com rigidez terminal da nuca e Kernig positivo. Analiticamente com 100000 plaquetas, ligeira elevação de parâmetros inflamatórios. Realizou TC CE e AngioTC venoso que se revelaram sem alterações. Realizada PL, com pressão de abertura de 35 cmH₂O, pleocitose (948 células, 74% de PMN) e proteinorráquia ligeira (0,8 g/L); estudo cultural e PCR de CMV, EBV, HSV 1 e 2, HHV 6 e VZV negativos. Conclui-se Meningite Asséptica pós-IVIG. Permaneceu no internamento por 24h,

tendo alta com resolução do quadro.

CONCLUSÃO | A Meningite Asséptica pós-IVIG é uma entidade rara, associada a altas doses imunoglobulina e a doses cumulativas elevadas; representa um desafio diagnóstico dado a raridade e a semelhança com outros diagnósticos. Com este caso, ressalta-se a necessidade de suspeição clínica, uma vez que a relação com a intensidade terapêutica e com múltiplos ciclos de IVIG nem sempre se verifica. Neste caso a entidade surge após a primeira toma de IVIG com uma dose regular de imunoglobulina.

P621

1151 POLINEUROPATIA ALCOÓLICA – UMA ASSOCIAÇÃO DESVALORIZADA?

Francisco Pombo, Marina Mendes, Pedro Lopes, Mari Mesquita

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Introdução

A polineuropatia é uma patologia do sistema nervoso periférico caracterizada por sinais e sintomas bilaterais e que também pode incluir disfunção do sistema nervoso autónomo, tendo várias causas conhecidas.

Caso Clínico: Homem de 51 anos, com hábitos alcoólicos marcados (cerca de 160 gramas de álcool/dia), com antecedentes de disfunção erétil e parestesias dos membros, cujo início não sabia precisar e sem qualquer medicação habitual. O doente foi levado ao Serviço de Urgência por febre com dez dias de evolução, tonturas e alteração do comportamento. Do estudo sumário no SU destaca-se: elevação dos parâmetros inflamatórios sistémicos, com rx tórax, TC crâneo e TC toraco-abdomino-pélvico sem alterações de relevo. Realizada punção lombar com saída de líquido cefalorraquidiano água de rocha sem características inflamatórias. Internado no serviço de Medicina Interna para estudo de síndrome febril.

Durante a permanência no internamento apresentou sinais inflamatórios na nádega direita e subida marcada de parâmetros inflamatórios, a par da febre que se manteve diariamente. Realizou estudo ecográfico que constatou uma coleção abcedada de 5*1,5*5cm, tendo sido instituída antibióterapia empírica com ceftriaxone e clindamicina e efetuada drenagem ecoguiada, com franca melhoria clínica e analítica (resolução dos parâmetros inflamatórios e febre).

Durante o internamento, o doente apresentou um episódio de síncope com pródromo, presenciada após o banho, com rápida recuperação com o decúbito, que se assumiu tratar de síncope reflexa (vasovagal). Nos dias seguintes observou-se intolerância marcada para o levantar, com tonturas e vários episódios de lipotímia, tendo-se constatado

franca hipotensão ortostática. Iniciada fluidoterapia apesar de clinicamente não evidenciar sinais de hipovolémia/desidratação. Do estudo efetuado destacamos ECG e ecocardiograma transtorácico sem alterações. Paralelamente apresentou dois episódios de retenção urinária, com necessidade de algaliação. Perante o descrito, dado apresentar queixas de disfunção erétil e parestesias nos membros superiores e inferiores, equacionada possibilidade de polineuropatia com insuficiência autonómica. Do estudo analítico realzado destaca-se serologia do VIH 1/2 e VDRL negativos, excluindo-se diabetes mellitus, défices de vitamina B12 ou alterações da função tiroideia. Realizada eletromiografia que demonstrou polineuropatia anoxal sensitiva grave. Instituída terapêutica com fludrocortisona e recomendada abstinência alcoólica total, com resolução de todas as alterações neurológicas, apresentando ao fim de vários meses após a alta apenas queixas de parestesias.

Discussão: A polineuropatia de etiologia tóxica (frequentemente alcoólica mas também relacionada com quimioterápicos) é predominantemente axonal, podendo ser aguda, subaguda ou crónica. É uma causa importante de disautonomia, sendo importante a realização de uma anamnese e estudo exaustivos para exclusão de outras causas frequentes.

P622

1308 SÍNDROME DE ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSÍVEL

Ana Rita Lambelho, Márcia Pacheco, Carina Graça, Carolina Cadório, Denise Lopes, Ana Pidal, Socorro Pineiro, Ana Palricas, Alexandre Amaral e Silva

Hospital Vila Franca de Xira

Introdução

A síndrome de encefalopatia posterior reversível (PRES) é uma síndrome neurológica definida por características clínicas, que incluem tipicamente cefaleia, confusão, sintomas visuais e convulsões, assim como características radiológicas, sendo os achados mais típicos o edema vasogénico da substância branca predominantemente nos hemisférios cerebrais posteriores. Este caso clínico pretende fazer uma revisão teórica da abordagem clínica da PRES e das suas principais complicações.

Caso Clínico: Apresenta-se o caso de uma mulher de 71 anos, leucodérmica, autónoma, com história pessoal relevante de Hipertensão arterial (HTA), com suspensão recente de terapêutica antihipertensiva. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de cefaleia frontal intensa com 1 mês de evolução sem melhoria sob analgesia e associada a alteração da linguagem de novo. Apresentou crise convulsiva tónico-clónica generalizada durante a permanência no SU. À observação apresentava disartria e tensão arterial 201/92 mmHg. Realizou tomografia

computorizada (TC) crânio-encefálica com hematoma intraparenquimatoso agudo occipital esquerdo e múltiplas áreas hipodensas ao longo da substância branca supratentorial. Foi internada na Unidade de AVC do serviço de Medicina Interna para vigilância e controlo tensional, observando-se cefaleia intermitente, hemianopsia homônima direita e parafasias. Durante a permanência na unidade apresentou agravamento clínico com confusão, discurso incoerente e parésia de novo do membro inferior direito. Neste contexto repetiu Angio-TC crânio-encefálica de urgência que evidenciou ligeiro aumento do hematoma intraparenquimatoso occipital esquerdo e foco de hemorragia intraventricular recente, bem como múltiplas áreas focais e confluentes de edema vasogénico na substância branca cerebral, de predomínio posterior. Admitiu-se possível PRES. Realizou Ressonância magnética (RM) crânio-encefálica que confirmou a hipótese diagnóstica com múltiplos focos de edema na substância branca cerebral com predomínio cerebral posterior e hematoma intraparenquimatoso subagudo occipital posterior esquerdo. Foi assumido o diagnóstico de PRES complicado de hematoma intracraniano occipital posterior em provável contexto de hipertensão arterial. Durante o restante internamento observou-se melhoria progressiva dos défices neurológicos após controlo tensional, tendo alta assintomática sem alterações dos campos visuais, do discurso ou défices focais.

Discussão: Até ao momento existem apenas relatos de casos ou pequenas séries na literatura de PRES, pelo que não se pode estimar a sua incidência. O seu mecanismo etiológico parece estar relacionado com uma falha na autorregulação cerebral em resposta à hipertensão e associada a disfunção endotelial, sendo a base da abordagem terapêutica o controlo rigoroso da pressão arterial.

P623

1576 FALSO ARNOLD-CHIARI TIPO 1

David Ferreira, Ana Clara Dinis, Catarina Machado, Rita Serra Jorge, João Paulo Caixinha, Fátima Pimenta
Centro Hospitalar Médio Tejo - Serviço de Medicina Interna

Introdução

A malformação de Arnold-Chiari tipo 1 é uma mal formação do crânio que acontece na altura de junção entre o pescoço e a cabeça. Ocorre quando uma parte do cerebelo entra no canal vertebral. Os sintomas surgem frequentemente na fase adulta e os sintomas mais comuns são: dor cervical, dor de cabeça intensa, fraqueza muscular, dormência ou alterações da sensibilidade nos membros, vertigens e distúrbios visuais. Só há indicação cirúrgica quando deterioração neurológico, progressão dos sintomas que tornem incapacitantes.

Caso Clínico: Relatamos o caso de uma mulher com 31 anos de idade, com antecedentes de malformação de Arnold-Chiari tipo 1, diagnosticado por tomografia computadorizada crânio-encefálica aos 29 anos, que recorreu ao serviço de urgência por instalação súbita de cefaleias holocraneanas, tonturas, náuseas e episódios de vômitos nos 2 dias anteriores. Negava outra sintomatologia. Ao exame objetivo apresentava parésia do olhar conjugado, embora à esquerda com algum movimento de abdução do olho associado a nistagmus horizontal, úvula centrada com elevação reduzida, marcha atáxica e queda tendencial para a direita. Foi inicialmente colocada a hipótese de que as alterações se deviam a lesão protuberancial no contexto da sua malformação. Solicitou-se angiotomografia computadorizada crânio-encefálica para excluir acidente vascular cerebral ou herniação, no entanto, não foi evidenciado malformação aparente, pondo em causa a suspeita inicial. Realizou ressonância magnética que revelou lesões da substância branca sugestivas de doença desmielinizante na zona protuberancial e lateralmente ao átrio do ventrículo lateral direito, assim como, ausência de malformações. Atendendo a esta situação, realizou-se punção lombar que revelou pleocitose linfocitária, proteinorráquia e bandas oligoclonais de imunoglobulina G. Iniciou corticoterapia com regressão quase completa dos sintomas no momento da alta. Foi encaminhada para consulta de Neurologia para realização do estudo de potenciais evocados e seguimento.

Discussão: Esclerose Múltipla é uma doença desmielinizante de etiologia multifatorial com componente inflamatório associado que afeta o Sistema Nervoso Central. A doença pode manifestar-se através de praticamente qualquer sintoma neurológico, dependente da localização da placa de desmielinização. É prevalente entre os adultos jovens (20-40 anos), mas pode surgir em qualquer idade. A sintomatologia seria mais coincidente com lesão protuberancial atendendo ao exame objetivo. A descrição prévia da malformação levou a um atraso no diagnóstico inicial de Esclerose Múltipla, situação resolvida sem sequelas resultantes.

P624

1928 PSEUDOTUMOR CEREBRI – UMA APRESENTAÇÃO E EVOLUÇÃO ATÍPICAS

Luís Pereira, Priscila Diaz, Jorge Castro, Madalena Silva, Isa Silva, Filipa Taborda, Natália Fernandes
Hospital de Cascais, serviço de Medicina Interna

A síndrome Pseudotumor Cerebri primária é caracterizada por hipertensão intracraniana (HIC) sem isolamento de uma causa precipitante e sem alterações imagiológicas. A apresentação clínica mais comum é um quadro caracterizado por cefaleia crónica e alteração da visão. É diagnosticada segundo critérios de Friedman, onde a fundoscopia

e a punção lombar com manometria são essenciais. Apesar da morbidade associada à patologia, com défices visuais acentuados e cefaleias debilitantes, alguns pacientes recuperam em poucos meses, ainda que os sintomas possam recidivar.

Em síntese, no caso que ora se apresenta: Doente do sexo feminino, obesa, com 52 anos, recorre múltiplas vezes ao serviço de urgência por náuseas, vômitos, astenia e anorexia progressivos. Sem alterações de relevo ao exame objectivo, excepto referência a perda de cerca de 20Kg em 2 meses. Analiticamente, a doente apresenta hiponatremia, hipocaliemia, elevação ligeira da lipase e LDH. TC de crânio e abdominal sem alterações relevantes. É internada com suspeita diagnóstica de pancreatite aguda alitiásica. No decorrer do internamento refere défice de visão e hipoacusia de agravamento progressivos, a última objectivada e caracterizada como sensorineural panfrequentual bilateral. Por suspeita de HIC, realiza fundoscopia, com apagamento bilateral do bordo nasal; punção lombar com aumento significativo da pressão de abertura e sem alterações significativas do líquido; angio-TC de crânio apenas com ligeira proptose bilateral ligeira e rectificação dos nervos ópticos. Assumida HIC, medicada com acetazolamida em dose terapêutica. Seguem-se cerca de 36 horas de progressão vertiginosa dos défices visuais e auditivos, até amaurose e cofose, e depressão profunda do estado de consciência, culminando com morte por encravamento amigdalino. Realizada autópsia clínica que confirma causa de morte e ausência de qualquer alteração estrutural ou histológica do sistema nervoso central.

Com o presente caso clínico, os autores pretendem realçar a importância da suspeição clínica e da orientação atempada de uma patologia que, embora pouco frequente, tem opções terapêuticas médicas e cirúrgicas que, na maioria dos casos, lhe conferem um prognóstico favorável – de facto, não está descrito um risco específico de mortalidade de base, ainda que haja relatos de mortalidade associada a procedimentos cirúrgicos em casos mais graves. Ainda que raramente, a HIC pode cursar sem cefaleia. Factores confundidores podem aumentar a incerteza diagnóstica. Ainda que com uma apresentação atípica, em que situações devemos suspeitar de síndrome pseudotumor cerebral?

P625

581 CAUSA RARA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NO JOVEM

Susana Marques de Sousa, Paulina Mariano, Pedro Abreu
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim /Vila do Conde,
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, Centro
Hospitalar Universitário de São João

INTRODUÇÃO

A etiologia do Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico no jovem adulto difere da do idoso, onde as causas mais comuns são o cardioembolismo e a disseção arterial. No passado, sobretudo nos países em desenvolvimento, a doença valvular reumática era uma importante causa de cardioembolismo, mas atualmente, a endocardite bacteriana no contexto de abuso de drogas endovenosas e a presença de foramen ovale patente associado a aneurisma do septo auricular estão a ganhar relevância no AVC no jovem. Os tumores cardíacos, como o fibroelastoma papilar, são fontes cardioembólicas potenciais de AVC no jovem, no entanto, muito mais raras.

CASOCLÍNICO: Mulher de 33 anos, com antecedentes de tabagismo, hipertensão e dislipidemia medicada com bisoprolol 2.5mg e rosuvastatina 5mg. Trazida ao Serviço de Urgência por disartria e hemiparésia direita, sendo desconhecida a hora de instalação dos défices (wake-up stroke). Foi ativada a Via Verde de AVC e à admissão pontuava 23 na escala de NIHSS, correspondendo à síndrome de enfarte total da circulação anterior da artéria cerebral média esquerda (ACME). Realizou tomografia computadorizada cerebral que revelou ténue hipodensidade cortico-subcortical fronto-opercular, temporal lateral e insular esquerda traduzindo lesão isquémica aguda em território da ACME. No estudo angiográfico verificado oclusão do segmento M1 da ACME. Foi transferida para realização de trombectomia mecânica e após procedimento obtida recanalização parcial do vaso (TICI 2b). A tomografia cerebral de controlo às 24h mostrou sinais de transformação hemorrágica. Estabilidade neurológica com NIHSS de 19 à data de transferência da Unidade de AVC para a enfermaria. Do estudo etiológico: analiticamente documentada anemia ferropénica, sem alterações no estudo pró-trombótico ou imunológico; sem eventos arritmicos em telemetria; e por fim, verificado em ecocardiograma transesofágico, a presença de válvula aórtica tricúspide com espessamento nodular, com cerca de 3-4mm de diâmetro, hiperecogénico ao nível da região central do bordo livre das cúspides aórticas, associado a insuficiência aórtica central de grau moderado. Colocada a hipótese de fibroelastoma da válvula aórtica pelo que foi orientada para Cirurgia Cardio-Torácica para realização de cirurgia um mês após o evento.

DISCUSSÃO: Os tumores primários cardíacos são raros e uma fonte incomum de AVC, tanto no jovem como no idoso. Os fibroelastomas papilares são o segundo tumor cardíaco mais frequente e o tumor valvular mais comum. A válvula aórtica é a mais comumente afetada. A idade média do diagnóstico é de 60 anos e raramente ocorre em doentes jovens. Apesar de histologicamente benignos, podem resultar em complicações deletérias se ocorrer embolização sistémica ou obstrução valvular. Dentro dos sintomáticos, o AVC é a apresentação

mais habitual. A ressecção cirúrgica é curativa com baixa taxa de recidiva, sendo indicada em todos os doentes sintomáticos.

P626

1213 POLINEUROPATIA AMILOIDÓTICA FAMILIAR – QUANDO HIPOCOAGULAR E PORQUÊ?

Clara Machado Silva; Joana Pimenta; António Braga; Diana Mendes Oliveira; Ana Isabel Ferreira; Diana Ferrão; Jorge Almeida

Centro Hospitalar e Universitário de São João

A Polineuropatia Amiloidótica Familiar (PAF) é uma doença endémica em Portugal. Apesar do transplante hepático, pode evoluir desfavoravelmente, com atingimento ocular, cardíaco e disautonomia.

Homem, 54 anos, com PAF há 30 anos, transplantado hepático desde 1994; insuficiência cardíaca hipertrófica em estudo, de aspecto infiltrativo em ecocardiograma, mas sugestiva de miocardiopatia hipertrófica em ressonância; epilepsia em estudo; hipertensão arterial e dislipidemia. Admitido por desorientação, olhar preferencial para a direita, disartria moderada, parésia facial central esquerda e hemiparésia e hemihipostesia esquerdas. A tomografia (TC) cerebral mostrou hipodensidade cortico-subcortical frontoparietal, temporal anterior e insular direita, com trombo em M2. Pela área de enfarte estabelecida, não se realizou trombectomia. No internamento, o doente apresentou flutuação do estado de consciência, com TC de controlo a mostrar edema perilesional e focos de transformação hemorrágica. O eletroencefalograma não mostrou atividade epiletiforme, sob antiepiléticos. Não se observaram estenoses significativas nos vasos do pescoço por ecodoppler. O ecocardiograma mostrou dilatação moderada da aurícula esquerda, hipertrofia concêntrica biventricular grave, envolvendo músculos papilares, de aspecto infiltrativo e atingimento de folhetos da válvula tricúspide e mitral, com insuficiência moderada. Foi detectada no monitor eletrocardiográfico bradicardia de 35 batimentos/minuto, bloqueio auriculoventricular de 1º grau, bloqueio completo de ramo direito e períodos de ritmo juncional, com prostração associada, sendo colocado pacemaker. Melhoria progressiva, mantendo apenas os défices da PAF: hipostesia em meia-luva até ao terço distal da coxa e terço distal do antebraço respectivamente, diminuição da propriocepção dos membros inferiores, marcha de base alargada com steppage; incontinência urinária. No entanto, a questão do tratamento continuava por responder. Temos um doente com lesão cardioembólica e cardiomiopatia amiloide (confirmada em internamento por cintigrafia) com risco aumentado de trombos intracardíacos e fibrilação auricular (FA). Por outro lado, o doente poderia ter maior propensão hemorrágica, tendo tido hemorragia espontânea neste evento. A ressonância cerebral

à posteriori não mostrou sinais de angiopatia amiloide. Decidido hipocoagular o doente, no entanto, após discussão com o doente e a família, estes não aceitaram a hipocoagulação.

A PAF aumenta o risco de formação de trombos intracardíacos, devendo ponderar-se hipocoagulação aquando de evento embólico. Por outro lado, aumenta o risco hemorrágico, por atingimento dos vasos, e por predispor a coagulopatia. Contudo, não foi provado que doentes hipocoagulados com PAF tenham mais eventos hemorrágicos que os seus pares. A decisão do tratamento cabe ao clínico. No entanto, a aceitação e cumprimento cabe sempre, em última instância, ao doente.

P627

2128 PAF E MAIS UMA DOR DE CABEÇA - A PROPÓSITO DE UM CASO DE LEUCOENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSÍVEL

Rodrigo Maia Alves, Vasco Neves, Ana Moreira, Pedro Ventura, Adriano Cardoso, João Correia

Hospital Sousa Martins - ULS Guarda

INTRODUÇÃO

A síndrome de Leucoencefalopatia Posterior reversível (SLPR) é uma entidade clínica e radiográfica cada vez mais reconhecida, que ainda não tem uma incidência definida mas que afecta doentes de todas as idades, com aparente predomínio do sexo feminino. A patogenia desta síndrome continua a ser alvo de discussão, estando no entanto já estabelecidos factores de risco como doença renal, hipertensão e terapia imunossupressora.

CASO CLÍNICO

Descrevemos o caso de uma doente de 40 anos, autónoma, com antecedentes de Polineuropatia Amiloidótica Familiar, Doença Renal Crónica estadio 5 em hemodiálise e hipertensão arterial (HTA), submetida a transplante hepático há cerca de 2 anos.

Estava medicada com tacrolimus LP 5mg id, ácido acetilsalicílico 150mg id, ácido ursodesoxicólico 250mg bid, perindopril 5mg id, sertralina 50mg id e trazodona 150mg id. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por cefaleia frontal intensa de início após sessão de diálise, acompanhada de vômitos e prostração, sem alterações visuais ou febre tendo complicado com crises tónico-clónicas generalizadas. Do exame objectivo destacava-se a presença de hipertensão arterial grau 2 e a ausência de défices neurológicos focais. Analiticamente constatou-se trombocitopenia ligeira isolada, sem distúrbios hidro-electrolíticos. Realizou TC-CE para exclusão de lesões cérebro-vasculares agudas que mostrou hipodensidades cortico-subcorticais nas regiões parietal posterior e occipital, sem outras alterações

valorizáveis, quadro imagiológico compatível com Leucoencefalopatia Posterior Reversível. Perante esta suspeita, foi controlada a tensão arterial com labetalol, hemodiálise diária, e procedeu-se a alteração da terapêutica imunossupressora de tacrolimus para micofenolato de mofetil (após contacto com a Unidade de Transplante Hepático) observando-se uma melhoria clínica progressiva, até à sua resolução, com estabilidade imagiológica às 48h, sem recorrência de convulsões ao longo do internamento.

DISCUSSÃO

A SLPR é uma entidade potencialmente fatal, com um curso habitualmente benigno quando diagnosticada precocemente, cujo tratamento implica a remoção/controlo de factores que se sabe poderem contribuir para o seu desenvolvimento assim como no controlo sintomático. Nesta doente, e de acordo com a literatura, a hipertensão arterial não controlada e a toma de inibidor da calcineurina, são dois factores que podem estar associados ao desenvolvimento de SLPR e cuja remoção/controlo, conduziu à resolução do quadro clínico.

Este caso pretende demonstrar a importância da inclusão da SLPR no diagnóstico diferencial de cefaleia em doentes sob imunossupressão e na relevância de um diagnóstico firme que permita a t

P628

842 SÍNDROME DE ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSÍVEL, UMA ENTIDADE SUBDIAGNOSTICADA

Marta Fonseca, Mário Ferreira, Zélia Neves, João Machado
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Introdução

A síndrome de encefalopatia posterior reversível (PRES) caracteriza-se clinicamente por cefaleia, convulsões, alterações visuais e do estado de consciência. Imagiologicamente traduz-se por edema vasogénico simétrico occipito-parietal. Os sintomas habitualmente remitem com a resolução do fator precipitante. Surge associada a várias patologias. Embora a sua etiologia não seja clara, parece ocorrer alteração da permeabilidade da barreira hemato-encefálica por diversos fatores tais como a variação aguda da pressão arterial. O seu reconhecimento tem ganho importância com o desenvolvimento das técnicas imagiológicas.

Caso clínico:

Mulher, 46 anos, empregada numa escola, com antecedentes de hipertensão arterial, recorre ao serviço de urgência (SU) por quadro com 12h de evolução de cefaleia holocraniana, intensidade 10/10, associada a diminuição da acuidade visual e vômitos. Nega febre, rinorreia, otalgia, odinofagia ou outra sintomatologia. Refere introdução recente

de montelucast e prednisolona por quadro de urticária.

À observação destaca-se: TA 188/97mmHg, apirexia, pupilas isocóricas e isoreativas, sem seguir o observador e sem reflexo de ameaça, com rigidez da nuca. Sem outros défices neurológicos. No SU foi objetivada crise convulsiva tónico-clónica generalizada. Realizou Tomografia Axial Computorizada (TAC) e angioTAC crânio-encefálica (CE) que não revelaram alterações. Analiticamente sem alterações a destacar nas análises gerais, VIH e VDRL negativos. Na análise do líquido: 7 células com predomínio de polimorfonucleares, hiperproteiorráquia (66,38mg/dL) e 94mg/dl de glicose. Com perfil tensional mais controlado, mas mantendo tendência para hipertensão arterial, apresenta melhoria das queixas de cefaleia e vômitos. Mantém visão turva, por vezes com imagem de pontos vermelhos dispersos no campo visual bilateralmente e rigidez da nuca. Sem alterações ao exame oftalmológico, colocou-se a hipótese de que as alterações visuais poderiam corresponder a focos epiléticos occipitais. Contudo, o electroencefalograma não revelou atividade paroxística. Realizou Ressonância Magnética Nuclear (RMN) CE que mostrou focos de hipersinal em T2/FLAIR na substância branca subcortical nos lobos occipitais. Pelos achados clínicos e imagiológicos assumiu-se o diagnóstico de PRES. O estudo para excluir outras causas associadas a PRES foi negativo. Após controlo tensional, a doente apresentou melhoria progressiva das queixas visuais. Realizou RMN CE de controlo 1 mês após com resolução imagiológica completa.

Discussão: A PRES é uma entidade pouco frequente, muitas vezes só confirmada imagiologicamente por RMN CE. Perante um quadro clínico sugestivo, uma TAC normal não exclui o diagnóstico. A relação entre PRES e hipertensão arterial é conhecida, sobretudo associada a variações tensionais abruptas. No caso descrito, a introdução recente de corticoterapia pode ter contribuído para a crise hipertensiva. A pesquisa de outras condições associadas foi negativa.

P629

980 SÍNDROME DE FAHR POR HIPOPARATIROIDISMO SECUNDÁRIO A HEMITIROIDECTOMIA

Ana Morais Alves, Sofia Perdigão, Ana Rafael, Cristiana Sousa, Marta Rodriguez, Olivia Cardoso, Paula Vaz Marques

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução

A síndrome de Fahr é uma entidade rara, causada por depósitos de cálcio bilaterais e simétricos nos gânglios da base e no córtex cerebral que se pode manifestar por convulsões, sintomas extrapiramidais e neuropsiquiátricos. Esta síndrome

está frequentemente associada a distúrbios do cálcio e fósforo, principalmente hipoparatiroidismo (HPT) e também a etiologias infecciosas, metabólicas e genéticas. Caso clínico: Mulher, 72 anos com antecedentes de hipertensão, dislipidemia, fibrilação auricular hipocoagulada, insuficiência cardíaca multifatorial, epilepsia desde 2015 sob fenitoína, hipocalcemia sem estudo etiológico sob suplementação oral, síndrome demencial incipiente e hemitiroidectomia direita há 20 anos. Recorre ao serviço de urgência por síncope no domicílio. Ao exame objetivo com aspeto descuidado. O eletrocardiograma mostra fibrilação auricular. Análises: hemograma e função renal sem alterações, hipocalcemia (7mg/dl), paratormona (PTH) 3.7pg/ml, marcadores de necrose miocárdica negativos, fenitoína com níveis terapêuticos. A tomografia computadorizada crânio (TC-CE) revelou extensas calcificações difusas na substância branca dos hemisférios cerebrais, nos estriados, nos tálamos e na substância branca profunda do cerebelo. Foi corrigida a hipocalcemia e admitida para estudo. Do estudo realizado destaca-se hipocalcemia (7.4 mg/dl) com hiperfosfatemia (6.9 mg/dl), diminuição PTH (4.1 pg/ml) e vitamina D (41 ng/ml), magnésio (1.9 mg/dl), albumina (4.0 g/dl) normais; função tiroideia com anticorpos tiroideus negativos. Tendo em conta antecedentes, contexto clínico e de acordo com investigação etiológica foi assumido Síndrome de Fahr por HPT secundário a hemitiroidectomia, tendo sido reforçada suplementação com cálcio e calcitriol. Discussão: Trata-se de uma doente com antecedente de hemitiroidectomia, assintomática até há 4 anos, altura em que inicia quadro de convulsões. Realizou TC-CE onde já existiam calcificações difusas bilaterais e desde há um ano apresentava detioração cognitiva. Assume-se possível lesão paratiroides aquando da cirurgia. Revendo a literatura, o desenvolvimento de calcificações cerebrais ocorre cerca de 17 anos após cirurgia em doentes não tratados. O tratamento é direcionado à causa identificada. Conclusão: Apesar de raro, o diagnóstico de Síndrome de Fahr deve ser considerado aquando de convulsões e sintomas neuropsiquiátricos na presença de calcificações bilaterais simétricas cerebrais. Está comprovado o benefício da suplementação com cálcio e calcitriol mesmo em estádios avançados da doença.

P630

1270 AVC CRIPTOGÉNICO EM DOENTE COM FOP – EMBOLISMO PARADOXAL?

Rúdi Fernandes, Ana Gonçalves, Carlos Ramalheira, Zsófia Santos, João Machado
Hospital Prof Doutor Fernando Fonseca

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) criptogénico é um diagnóstico de exclusão, contudo representa cerca de 25 a 40% dos AVCs isquémicos. Existe uma prevalência aumentada do Foramen Oval Patent (FOP) em doentes com

AVC isquémico, particularmente naqueles com idade inferior aos 55 anos. Nem sempre é possível estabelecer uma relação de causalidade entre estas entidades, tornando o seu diagnóstico “presuntivo” na ausência de visualização direta do trombo no FOP.

Caso clínico: Relata-se o caso de um homem, 49 anos, com história conhecida de epilepsia, síndrome depressiva e consumo ativo de drogas endovenosas. É admitido por quadro com quatro dias de evolução de instabilidade na marcha, fraqueza muscular nos membros inferiores, mal-estar generalizado e sensação febril, após consumo de heroína injetável. A observação encontrava-se apirético, normotenso e normocárdico, destacando-se ao exame neurológico desorientação temporo-espaço, disartria escandida, ataxia axial e apendicular, com marcha de base alargada e Romberg positivo. A avaliação complementar inicial revelou leucocitose ($18.5 \times 10^9/L$), trombocitose ($646 \times 10^9/L$), PCR 15.35mg/dL e uma CK de 5448U/L. ECG sem alterações. A TC-CE documentou hipodensidades cortico-subcorticais do hemisfério cerebeloso esquerdo, região occipital esquerda e região parietal esquerda. A RM-CE evidenciou heterogeneidade destas lesões, sendo que a espectroscopia da lesão parietal esquerda evocou uma possível causa infecciosa. Dada essa possibilidade cumpriu ciclo de antibioterapia empírica com Ceftriaxone e Metronidazol. O Ecocardiograma transtorácico excluiu a presença de vegetações, massas ou trombos intracavitários. Hemoculturas negativas. O estudo de fatores pro-trombóticos, autoimunidade sistémica e serologias para VIH, VHC, VHB e VDRL revelaram-se negativos.

Ao 6º dia de internamento apresentou episódio súbito de dispneia e toracalgia, destacando-se na gasimetria alcalose respiratória, hipoxemia e hipocápnia. A Angio-TC torácica documentou Tromboembolismo pulmonar (TEP) extenso, tendo iniciado HBPM em dose terapêutica. O Doppler venoso identificou trombose venosa profunda do membro inferior esquerdo. O ecocardiograma transesofágico documentou a presença de FOP, com passagem de bolhas após injeção de soro salino agitado. A Angio-RM-CE realizada à 3ª semana de internamento excluiu a hipótese de causa infecciosa colocada anteriormente, corroborando a presença de lesões isquémicas em vários estádios de evolução. Não foram identificadas estenoses ou alterações sugestivas de vasculite.

Discussão: A ocorrência de TEP ao 6º dia de internamento, em doente com múltiplas lesões cortico-subcorticais descritas nos exames de imagem, fizesse evocar a possibilidade de fenómenos de embolismo paradoxal. A documentação de FOP e um RoPE (Risk of Paradoxal Embolism) score de 8 vieram fortalecer esta hipótese. O doente encontra-se anticoagulado a aguardar decisão para eventual encerramento do FOP.

P631

1305 UM CASO DE ESCLEROSE MÚLTIPLA E ESTOMATITE AFTOSA GRAVE E RECORRENTE

Ana Rita Lambelho, Márcia Pacheco, Carina Graça, Denise Lopes, Vânia Almeida, José Barata

Hospital Vila Franca de Xira

Introdução

A maioria dos doentes com Esclerose múltipla apresenta doença em surto remissão manifestada tipicamente por síndrome clínica isolada sugestiva. Os autores pretendem apresentar um caso de Esclerose múltipla em concomitância com Estomatite aftosa particularmente grave e recorrente sob imunossupressão para controlo da doença.

Caso Clínico: Apresenta-se o caso de um homem de 20 anos, com antecedentes pessoais de síndrome vertiginoso aos 14 anos, com tomografia computadorizada (TC) crânio-encefálica (CE) prévia sem alterações significativas. Tinha igualmente estomatite aftosa de difícil controlo desde os 15 anos, inclusivé com dois internamentos no Serviço de Pediatria para terapêutica endovenosa e alimentação parentérica. A destacar do estudo analítico realizado painel de vírus na úlcera oral Epstein Barr virus (EBV) positivo numa ocasião, serologias anti-EBV IgM indeterminado e IgG positivo e Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) negativo. Apresentava anticorpos antinucleares (ANA) negativos, anticorpos anti-Saccharomyces cerevisiae (ASCA) positivo, anticorpos anti-transglutaminase negativo, tipagem (human leucocyte antigen) HLA B51 negativo, B7 e B27 positivo. Efetuou exames endoscópicos sem lesões e doseamentos de calprotectina negativos. Apresentou novo episódio de vertigem tendo realizado Ressonância magnética (RM) CE com múltiplas lesões desmielinizantes na espinhal medula, cerebrais, cerebelosas, nervo óptico esquerdo, lesões periventriculares e atividade inflamatória com realce em T1, que cumpriam critérios diagnósticos de Esclerose múltipla. Foi avaliado na consulta de Doenças Desmielinizantes tendo realizado punção lombar com presença de bandas oligoclonais IgG no líquido cefalorraquidiano (LCR). A avaliação neurológica prova dedo nariz com ataxia à esquerda, clónus assimétrico mais evidente à direita e reflexo cutâneo plantar sem resposta consistente. Foi também avaliado em consulta de Vertigem de Otorrinolaringologia, sendo assumida vertigem em provável sequência de surto da Esclerose múltipla. Foi assim estabelecido o diagnóstico de Esclerose múltipla surto remissão com surto inicial aos 15 anos.

Discussão: A patogénese da Esclerose múltipla ainda é desconhecida, no entanto a teoria mais aceite é de que se trata de uma doença inflamatória imunomediada caracterizada por

linfócitos autorreativos. Na presença de HLA B7 tende a ser mais agressiva e recorrente. Por outro lado, a estomatite aftosa recorrente parece dever-se a uma desregulação imune da mucosa oral. A infeção por EBV é apontada como um possível fator desencadeante destas duas entidades cuja etiologia se mantém indeterminada.

P632

1467 ENCEFALITE HERPÉTICA COMO PRIMOINFEÇÃO NUM DOENTE IMUNOCOMPETENTE

Joana Fontes, Inês Grenha, João Costelha, Joana Seródio, Elsa Araújo, Manuel Barbosa, Bárbara Sousa, Joana Silva, José Veloso, Paula Brandão

Serviço de Medicina Interna do Hospital Conde de Bertiandos - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

A encefalite herpética constitui uma emergência neurológica, estando associada a uma taxa de mortalidade de cerca de 70% se não for tratada. Mais de 90% dos casos na população adulta é causada pelo vírus herpes simples tipo 1 (VHS-1), representando na maioria uma reativação de infeção latente.

Mulher de 51 anos de idade, com antecedentes pessoais de síndrome depressivo. Recorreu ao SU por um quadro com três dias de evolução de cefaleias, mialgias, vômitos e discurso progressivamente mais incoerente. À admissão encontrava-se lentificada, com afasia motora, dificuldade no cumprimento de ordens simples e com paresia facial central direita minor, sem outras alterações neurológicas. Objetivamente estava febril (Taur 38°C), hemodinamicamente estável e eupneica. Realizou TC-CE sem evidência de alterações agudas, pelo que foi submetida a punção lombar pela suspeição clínica de encefalite. A análise do líquido mostrou pleocitose com predomínio de linfócitos e proteinorraquia. Neste contexto, iniciou empiricamente aciclovir, ceftriaxone e ampicilina.

Foi internada para continuação de cuidados e esclarecimento etiológico. Na primeira semana de internamento manteve picos febris sustentados e marcada alteração das funções cognitivas superiores – a doente manteve-se desorientada no tempo e espaço, afásica, incapaz de reconhecer a própria família. Do estudo serológico realizado, destaca-se VIH 1-2 não reativo, VDRL negativo; sem infeção ativa por CMV e VEB (IgG+/IgM-) e seronegatividade para o VHS-1 e VHS-2 (IgG-/IgM-). No decurso da investigação realizou uma RMN-CE que mostrou uma extensa lesão em localização corticossuabocortical temporal, insular, frontobasal e frontal paramediana à esquerda, com atingimento do hipocampo e do fórnix, até à vertente dorsal do tálamo, condicionando efeito massa. Estes achados eram compatíveis com encefalite de provável etiologia herpética. Por uma resposta fruste à terapêutica inicial, realizou EEG

que excluiu atividade epileptiforme mas evidenciou uma atividade lenta frequente nas regiões fronto-temporais sobretudo esquerdas, a traduzir disfunção significativa.

A pesquisa de PCR dos vírus do líquido entretanto disponível confirmou a positividade para o VHS-1 (negativo para VHS-2, VVZ, VH6, Adenovirus, Influenza A e B, HTLV 1 e 2).

A doente cumpriu 21 dias de aciclovir, sendo que à data de alta apresentava-se melhorada, mas com um discurso com alteração da fluência, parafasias e falhas na nomeação, com prejuízo no domínio da atenção e memória.

Três meses depois, recorreu ao SU por queixas de olho vermelho e hipovisão à esquerda. O estudo complementar confirmou uma uveíte anterior de causa herpética. Apesar do tratamento dirigido mantém redução da acuidade visual.

Apesar dos avanços notáveis no diagnóstico e tratamento da encefalite herpética, esta continua a ser uma patologia de elevada morbilidade. As sequelas neuropsicológicas e neurocomportamentais podem acarretar uma incapacidade permanente e uma disfunção social importante.

P633

1840 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E ALTERAÇÕES DO MOVIMENTO

Sara Almeida Ramalho, Margarida Fernandes, Rita Alçada, João Namora
Hospital Garcia de Orta

Introdução

As alterações agudas do movimento apresentam variadas etiologias, entre elas as causas vasculares e metabólicas. Os autores apresentam um caso clínico de hemicoreia aguda.

Caso Clínico

Mulher de 75 anos, reformada, autónoma nas actividades de vida diária, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e hipotireoidismo. Previamente assintomática, refere o surgimento súbito e em repouso de movimentos involuntários repetitivos no membro inferior esquerdo e posteriormente também no membro superior esquerdo. Por agravamento progressivo do quadro com cansaço, marcada ansiedade e mal-estar acompanhantes, recorreu ao serviço de urgência. Negava outras queixas.

Na observação inicial apresentava-se apirética, tensão arterial 115-81mmHg, pulso 92bpm, rítmico, normoglicémica. Vigil, orientada, colaborante, sem alterações significativas do exame objectivo geral. Ao exame neurológico, sem alterações da linguagem, sem assimetrias

faciais nem alterações da oculomotricidade, força muscular e sensibilidade mantidas e simétricas, reflexos osteotendinosos simétricos e reflexos cutâneo-plantares em flexão bilateralmente. Evidenciavam-se movimentos involuntários amplos e repetitivos do hemicorpo esquerdo compatíveis com hemicoreia. Analiticamente sem alterações e com electrocardiograma em ritmo sinusal sem outras alterações significativas. Realizou tomografia computadorizada crânio-encefálica que revelou aspectos compatíveis com pequeno hematoma talâmico direito. Posteriormente a ressonância magnética cranio-encefálica confirmou pequeno hematoma anterolateral direito com provável etiologia microvascular crónica hipertensiva em fase absortiva. Foi medicada com risperidona e posteriormente com clonazepam, tendo-se verificado extinção dos movimentos involuntários.

Discussão

As doenças do movimento em consequência de acidente vascular cerebral (AVC) são raras. A coreia é a mais frequente e está associada a lesões do tálamo e dos núcleos da base. Quando associada a AVC ocorre na fase aguda e geralmente tem um bom prognóstico. O neurotransmissor mais frequentemente envolvido é o GABA, uma vez que tem um papel importante nos circuitos corticais relacionados com o movimento voluntário. O presente caso clínico pretende destacar esta apresentação pouco comum de AVC já que é um dos principais diagnósticos diferenciais de alterações agudas do movimento. O seu reconhecimento é importante para um diagnóstico precoce e terapêutica sintomática e da causa subjacente, uma vez que os movimentos involuntários podem resultar em desconforto importante para o doente.

P634

1895 AVC ISQUÉMICO E ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO SÍNCRONOS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Marta Matos Pereira (1), Joana Cunha (2), Octávia Costa (3), Ana Filipa Santos (3), Carla Ferreira (3)

(1) Serviço de Medicina 2, Hospital Conde de Bertiandos, ULSAM; (2) Serviço de Medicina, Centro Hospitalar do Médio Ave; (3) UAVC, Hospital de Braga

INTRODUÇÃO:

Os doentes com Acidente Vascular Cerebral Isquémico (AVC-I) agudo apresentam risco aumentado de Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), sendo este uma contra-indicação absoluta para terapêutica trombolítica endovenosa quando ocorrido nos 3 meses anteriores. Os casos de AVC-I agudo e EAM síncronos são raros e representam um desafio na abordagem inicial em contexto de urgência.

CASO CLÍNICO:

Mulher de 82 anos, autônoma, com antecedentes de HTA, dislipidemia e AVC-I da ACM direita prévio submetido a trombólise e trombectomia do qual não resultou sequelas.

Admitida no SU por mal estar geral, hipersudorese e parésia facial central esquerda com 2:30h de evolução, sem toracalgia ou dispneia. No exame neurológico inicial apresentava desvio oculocéfálico direito, plegia do membro superior e hemiparesia grau 2/5 do membro inferior esquerdos e hemipostesia, com NIHSS de 23; restante exame físico com TA de 100/66mmHg e auscultação pulmonar com crepitações bibasais. O TC-CE da admissão revelou hiperdensidade do segmento M1 da ACMD (ASPECTS de 7), tendo o angioTC confirmado oclusão por trombo. O ECG inicial mostrou ainda supradesnivelamento do segmento ST em V4-V5 com ritmo de Fibrilhação Auricular e bloqueio de ramo direito de novo. Analiticamente com Troponina I de 100ng/L. Dadas as alterações electrocardiográficas, foi avaliada por Cardiologia, tendo realizado Ecocardiograma transtorácico que revelou acinesia apical e anterior.

Tendo em conta que a doente se encontrava em janela para terapêutica endovascular para o AVC, foi decidido em conjunto realizar primeiro trombectomia mecânica, após a qual se verificou melhoria dos défices neurológicos com NIHSS de 19 e recanalização completa (TICI 3). Foi realizado Cateterismo cardíaco de seguida, com oclusão da descendente anterior por trombo, tendo feito ICP com angioplastia e aspiração deste, sem intercorrências.

A doente foi internada na UAVC, assumindo-se AVC-I e EAM anterior de etiologia embólica, tendo iniciado dupla antiagregação e apresentando evolução favorável do ponto de vista neurológico e cardiovascular. As 24h, mantinha NIHSS de 19, tendo repetido TC CE com enfarte frontoinsular direito e pequena área de transformação hemorrágica, pelo que se decidiu protelar introdução de hipocogulação pela fibrilhação auricular até à reabsorção da hemorragia.

DISCUSSÃO:

Dada a raridade dos casos de AVC-I e EAM síncrono, não existe nenhuma estratégia de abordagem para reperfusão dos territórios vasculares bem definida. A decisão deve ser individualizada conforme cada situação clínica, tendo sempre em conta que a reperfusão de um território em primeiro lugar pode ter efeitos deletérios no outro.

Neste caso, o tempo de evolução dos sintomas neurológicos e a presença de EAM anterior de tempo indeterminado com estabilidade hemodinâmica determinaram a abordagem inicial com trombectomia e posteriormente angioplastia, com evolução favorável.

P635

198 SÍNDROME GUILLAIN-BARRÉ COM VARIANTE DE MILLER-FISHER

Diana Coutinho, Diogo Canudo, Sofia Calaça, Inês Santos, Francisco Rebocho, Graça Tavares, Francisco Azevedo
Hospital do Espírito Santo de Évora

INTRODUÇÃO

A Síndrome Guillain-Barré (SGB) é uma polirradicoloneuropatia, de início agudo ou subagudo, que se apresenta com alterações de sensibilidade e fraqueza muscular, com evolução em vários dias, podendo culminar em tetraparesia. A Síndrome de Miller-Fisher (SMF), que é observada em cerca de 5% de todos os casos de SGB, caracteriza-se habitualmente pela tríade de ataxia, arreflexia e oftalmoplegia. Qual a etiologia e curso da doença? Qual a evolução? CASO CLÍNICO: Homem, 53 anos, no seu estado de saúde habitual até cerca de uma semana antes de recorrer ao SU, altura em que iniciou um quadro inespecífico de febre e diarreia líquida, sem sangue, muco ou pús, seguido de aparecimento de parestesia e fraqueza muscular dos membros inferiores, de agravamento progressivo. À observação inicial: ataxia da marcha, hiporreflexia e hipostesia generalizadas. Força muscular (FM) grau IV/V em todos os segmentos corporais. Analiticamente, sem qualquer alteração, nomeadamente aumento dos parâmetros inflamatórios. TC-CE e RMN-CE sem alterações relevantes. Punção lombar com proteinorráquia. com pesquisa de vírus neurotrópicos e exame bacteriológico negativos. Colocou-se como hipótese diagnóstica SGB, com início de terapêutica com imunoglobulina EV. Feita electromiografia que confirmou o diagnóstico. Objectivou-se melhoria clínica neurológica transitória sob imunoglobulina, com nova deterioração, com arreflexia e oftalmoplegia, tendo sido iniciada plasmaferese. Apesar de terapêutica otimizada, o doente iniciou dificuldade respiratória, com rápida progressão para exaustão respiratória, com necessidade de ventilação mecânica invasiva e transferência para a UCI. À data de transferência para a enfermaria, diminuição da FM dos 4 membros, de predomínio distal; hiporreflexia; ptose palpebral; disfagia para líquidos. Posteriormente, com melhoria clínica neurológica mantida, com transferência para Unidade de Convalescença. DISCUSSÃO: A progressão aguda da fraqueza muscular dos membros, cerca de 1 a 2 semanas após estimulação imunológica, prossegue para o seu pico de agravamento clínico em 2 a 4 semanas. Em aproximadamente 70% dos casos há referência a uma infecção respiratória ou gastrointestinal nos dias precedentes ao aparecimento dos sintomas neurológicos. O curso clínico da SGB é muito variável e imprevisível. As principais causas de mortalidade nestes doentes, numa fase inicial, são: insuficiência respiratória, complicações

pulmonares ou disfunção autonômica, incluindo arritmias. Os doentes que sobrevivem a SGB podem apresentar défices residuais, condicionando disfunção e incapacidade funcional. A melhoria clínica é mais significativa ao longo do primeiro ano, embora os doentes possam evidenciar recuperação progressiva nos anos subsequentes.

P636

776 UM CASO DE TROMBOSE DO SEIO TRANSVERSO

Magda Silva, Carina Ramalho, João Gramaça, Mariana Almeida, Francelino Ferreira, Rúben Reis, Rosário Ginga, Laurinda Pereira, Paula Pona, Anneke Joosten, Fátima Campante

Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Introdução

A trombose de seios venosos é muito menos comum que outros tipos de evento vascular cerebral, e mais desafiante de diagnosticar pelo amplo espectro de manifestações clínicas e etiologias possíveis.

Caso Clínico: Apresentamos o caso de um homem de 38 anos, leucodérmico, com antecedentes pessoais de perturbação da ansiedade generalizada, com quadro de cefaleia com cerca de 1 mês de evolução e cinco episódios de urgência nesse contexto. Referia cefaleia de localização variável, intensidade flutuante, não associada a náuseas ou vômitos, por vezes com fotofobia, não relacionada com manobras de Valsalva, que agravava após o decúbito e melhorava transitoriamente com a toma de paracetamol. No segundo episódio de urgência realizou Tomografia Computorizada Crânio-Encefálica (TC-CE) onde apenas se destacava pansinusite. Realizou antibioticoterapia e terapêutica tópica mas manteve persistência dos sintomas. Recorreu novamente à urgência, onde se apresentava francamente queixoso, apirético, sem alterações no exame físico e neurológico. Analiticamente salientava-se apenas discreta leucocitose com neutrofilia. Realizou TC-CE e veno-TC onde se assinalava a ausência de visualização de preenchimento da porção proximal do seio transversal esquerdo. Foi iniciada anticoagulação com heparina de baixo peso molecular e solicitada Ressonância Magnética (RM) com veno-RM, onde se visualizava parcial repermeabilização do trombo no segmento proximal do seio transversal esquerdo. Do estudo etiológico em internamento: anticoagulante lúpico positivo, restante coagulação, auto-imunidade e infecciologia negativos.

Discussão: O quadro arrastado de cefaleia intensa isolada (sem alteração do estado de consciência, crise convulsiva, défices neurológicos focais, náuseas e vômitos ou outros sinais de hipertensão intracraniana associados) corresponde a uma apresentação atípica de trombose de seio venoso. Destacamos, por outro lado, a importância de uma

história clínica cuidada e detalhada (nem sempre possível em contexto de urgência) e a valorização adequada das queixas do doente com "rótulo psiquiátrico".

P637

839 DANDO TEMPO AO TEMPO: UM CASO DE POSITIVIDADE TARDIA...

Daniela Félix Brigas, Francisco Morgado, Gonçalo Bonifácio, Rodrigo Vieira, André Militão, Rui Matos, Susana Marques, Ermelinda Pedroso

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE

As manifestações neurológicas da Doença de Lyme, presentes em cerca de 5 a 20% dos casos, podem ter uma apresentação clínica muito variável, constituindo um verdadeiro desafio diagnóstico, particularmente na ausência de uma história típica ou outros sintomas mais comuns.

Apresentamos o caso de uma mulher de 69 anos que recorreu ao Serviço de Urgência por queixas de cefaleia occipital pulsátil, com cinco dias de evolução e agravamento progressivo, associadas a diplopia e parésia facial esquerda do tipo periférico. A doente vivia numa zona rural, com contacto próximo com animais, mas não se recordava de ter sido picada por uma carraça. Não se objetivou qualquer exantema ou outras lesões cutâneas. Ao longo do internamento, verificou-se um agravamento progressivo dos défices, aos quais se associaram uma parésia bilateral do VI par craniano e hipostesia do antebraço e mão esquerdos. Colocou-se a hipótese de patologia inflamatória, pelo que foi iniciada corticoterapia, com alguma melhoria. O estudo inicial, apesar de extenso, foi inconclusivo e a doente teve alta, com indicação para continuar a investigação no âmbito da consulta. De destacar que, nesta altura, foi pesquisada a presença de anticorpos anti *Borrelia burgdorferi* (IgM e IgG) no líquido cefalorraquidiano (LCR) e no soro, a qual foi negativa.

Cerca de um mês depois, a doente voltou ao Serviço de Urgência por agravamento da parésia facial periférica, associada a um quadro com 3 dias de evolução de dor de cabeça direita e tetraparésia flácida de predomínio proximal. Ao exame neurológico, objetivava-se ainda parésia de grau 2 na flexão do pescoço, arreflexia osteotendinosa dos membros inferiores e parésia do III par craniano direito. Sendo um quadro compatível com um Síndrome de Guillain-Barré atípico, optou-se por realizar terapêutica com imunoglobulina humana, com pouco benefício. Posteriormente, nesta segunda investigação, foram detetados anticorpos IgG anti *Borrelia burgdorferi* no soro e no LCR, por técnica de ELISA e immunoblot. Foram excluídas outras causas, nomeadamente patologia autoimune ou neoplásica. Após ciclo de antibioterapia com ceftriaxone e início de reabilitação motora durante o internamento, verificou-se progressiva melhoria

dos défices neurológicos.

Este caso ilustra a elevada complexidade que envolve a marcha diagnóstica da neuroborreliose, sendo caracterizado por uma constelação de manifestações neurológicas pouco comuns e com aparecimento cumulativo ao longo de várias semanas. A investigação foi dificultada quer pela ausência de uma história típica que permitisse enquadrar os défices numa manifestação tardia da Doença de Lyme, quer pela negatividade dos anticorpos específicos numa fase precoce da infeção, altura em que a sua sensibilidade é francamente menor.

P638

1430 ENCEFALITE VÍRICA HERPÉTICA - UM CASO DE SUCESSO COM DIAGNÓSTICO À BASE DE IMAGEM

Sofia Dinis Ferreira, Cláudia Lemos, André Mendonça Vieira, João Gaspar, Homem Costa, Maria da Luz Brazão
Hospital Dr. Nélio Mendonça - Serviço de Medicina Interna

A Encefalite vírica é uma infeção viral de elevada morbimortalidade do sistema nervoso central sendo a causa mais comum a provocada pelo Virus Herpes Simplex (VHS). Apresenta uma distribuição bimodal, com o primeiro pico antes dos 20 anos e o segundo depois dos 50 anos.

MJFAF, sexo feminino, 52 anos, com antecedentes pessoais de dislipidemia, recorreu ao Serviço de Urgência por cefaleia, mialgias, artralrias e febre com 3 dias de evolução. Por apresentar um exame neurológico (EN) normal, a sintomatologia foi interpretada como síndrome gripal e a doente teve alta medicada. Uma semana depois regressou por adinamia, discurso confuso e cefaleia frontal direita. Ao EN apresentava uma Escala de Coma de Glasgow de 14, força muscular dos membros mantida, mas marcha com queda para a esquerda e reflexo cutâneo plantar extensor à esquerda. Pelo resultado da TAC-CE, foi internada com o diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral Isquémico extenso da Artéria Cerebral Média Direita, com transformação hemorrágica, com efeito de massa associado e herniação uncal direita. Durante o internamento manteve sempre o mesmo estado e, atendendo à clínica pouco concordante com as lesões apresentadas realizou RM-CE, que mostrou lesão com hipersinal em T2/FLAIR cortico-subcortical difusa, centrada no lobo temporal direito e com prolongamento à insula, região fronto-basal posterior, giro cingulado e hipocampo do mesmo lado, com focos hemorrágicos no giro cingulado e na insula e uma captação giriforme, atingindo predominantemente o cortex e as leptomeninges, após administração de gadolínio, achados que colocaram como hipótese diagnóstica Encefalite Límbica Direita, mais provavelmente herpética. Optou-se por iniciar empiricamente Aciclovir Endovenoso e,

após exclusão de hipertensão intracraniana, realizou-se punção lombar. O resultado mostrou predomínio de células mononucleares e aumento das protreínas, mas DNA-PCR negativa para VHS. Apesar disso, a doente apresentou franca melhoria clínica com o tratamento instituído. Continuou a ser acompanhada em consulta externa, constando-se completa reversão do quadro neurológico. Na última consulta de reavaliação, a doente apresentava-se assintomática, sem história de complicações, nomeadamente convulsões e com EN sem alterações. Na última RM-CE observou-se encefalomalácia sequelar temporal direita.

Existem alguns achados na clínica que podem ser sugestivos no diagnóstico de Encefalite Vírica entre eles uma fase prodrómica de febre, mal estar e cefaleias, seguida de letargia, confusão e delírio, contudo nenhum é específico. Apesar da alta sensibilidade e especificidade da DNA-PCR para o VHS no diagnóstico, podem existir falsos-negativos sobretudo se a colheita por realizada 14 dias ou mais após o início da sintomatologia. O exame da RM-CE é o exame de imagem mais sensível para esta patologia, com achados que são característicos, tal como é descrito neste caso clínico.

P639

1766 TUBERCULOSE, UM DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR

Rita Passos Coelho, Pedro Beirão, Vitória Cunha
Hospital Garcia de Orta, serviço de Medicina IV

A tuberculose continua a ser nos dias de hoje uma preocupação a nível mundial, quer pela elevada contagiosidade, quer pela morbimortalidade associada. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, e a par com a infeção por VIH, a tuberculose corresponde a uma das principais causas de mortalidade global, sobretudo na população pediátrica, inaceitável se se considerar o elevado potencial de cura quando diagnosticada e tratada atempadamente.

Homem de 69 anos, autónomo e profissionalmente activo, com sequelas de poliomielite no membro inferior esquerdo, sem outros antecedentes patológicos de relevo. Internado no serviço de Medicina Interna em Abril/2018 por degradação insidiosa do estado geral, com quadro clínico com duas semanas de evolução de astenia, fasciculações do membro superior direito e dificuldade na marcha por diminuição da força do membro inferior direito. A data da admissão encontrava-se acamado, com períodos de desorientação e comunicação difícil. Sem história de febre, cefaleias, fotofobia, rigidez da nuca, sintomas constitucionais ou outros. Sem contexto epidemiológico, nomeadamente viagens recentes, contacto com animais ou consumo de alimentos suspeitos. Realizou tomografia crânio-encefálica e electroencefalograma que não mostraram alterações. Na punção lombar verificou-

se saída de líquido xantocrômico, à avaliação citoquímica com proteinorráquia, 137 células com predomínio de polimorfonucleares, e elevação da adenosina deaminase. Assumindo-se o diagnóstico de meningite aguda, iniciou terapêutica empírica com ceftriaxone, ampicilina e terapêutica antibacilar quádrupla, considerando-se a etiologia viral pouco provável pela clínica arrastada. Foi solicitada ainda angio-ressonância cerebral, que revelou hipersinal meníngeo em T2 FLAIR em localização peribulbar, protuberancial e mesencefálica, e sinais de hidrocefalia com dilatação dos ventrículos laterais e III ventrículo, achados sugestivos de tuberculose meníngea, confirmada posteriormente por PCR do líquido céfalo-raquidiano positiva para *Mycobacterium tuberculosis*. Manteve terapêutica quádrupla durante 4 meses, tendo depois transitado para esquema de manutenção com isoniazida e rifampicina. Continua com acompanhamento no Centro de Diagnóstico Pneumológico e de fisioterapia, tendo recuperado cognitivamente e estando fisicamente melhorado, com capacidade de marcha com apoio.

A tuberculose caracteriza-se por uma inflamação granulomatosa necrotizante, tipicamente do pulmão, podendo no entanto afectar praticamente qualquer outro tecido, incluindo as meninges. Embora pouco frequente, a tuberculose meníngea é a manifestação mais devastadora da infecção por *M. tuberculosis*, representando uma emergência médica, com taxas de mortalidade ou de sequelas neurológicas maior que alcançam os 50%. E embora Portugal seja uma área de baixa endemicidade, é necessário maior sensibilização para a doença para o diagnóstico precoce e controlo da propagação.

P640

1997 UM CASO RARO DE TUMOR CEREBRAL

António Eliseu, Teresa Furtado, Filipa Silva, Lucia Gil, Rita Silvério, Paula Lopes

Centro Hospitalar de Setúbal - Serviço de Medicina Interna

Introdução

Os hemangioblastomas são tumores de origem vascular muito raros do sistema nervoso central. Estes tumores correspondem apenas a 1-2.5% de todos os tumores intracranianos e 7-10% dos tumores da fossa posterior. Os hemangioblastomas em 75% dos casos são esporádicos ou podem estar associados à doença de von Hippel-Lindau. O tratamento cirúrgico é definitivo particularmente nos hemangioblastomas isolados do cerebelo.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 61 anos que recorreu ao serviço de urgência por cefaleia occipital com 24h de evolução, tipo peso, mantida, de intensidade progressiva, com irradiação para a região parietal e agravada pela tosse. Na avaliação inicial não apresentava alterações ao

exame objectivo, nomeadamente do ponto de vista neurológico. Sem alterações analíticas, tensionais ou electrocardiográficas. Realizou uma TC-CE que revelou uma hipodensidade circunscrita cerebelosa justa-mediana esquerda – isquémica? Não se podendo excluir edema vasogénico. Coexistindo outra hipodensidade cerebelosa postero-inferior esquerda sugestiva de sequele isquémica. Posteriormente realizou angioTC-CE onde apresentava hipodensidades hemisférica cerebelosa inferior esquerda, captando contraste na região inferior e hipodensidade hemisférica cerebelosa mediana esquerda, determinando discreta moldagem do recesso lateral do esquerdo do IV ventrículo. Perante a indefinição desta lesão, etiologia primária ou secundária vs isquémia aguda o doente ficou internado para estudo. Na RM-CE a lesão apresentava característica heterogénea, com hipersinal (TR longo/T2 FLAIR), após gadolínio com reforço de sinal marginal e de predomínio focal esquerdo. A lesão tinha 19mm de eixo transversal por 13mm de eixo anteroposterior, com halo de edema, determinando redução dos sulcos corticais regionais. Aspectos de significado etiológico impreciso com hipótese de lesão neoformativa secundária ou primária. Iniciou marcha diagnóstica para exclusão de neoplasia oculta. Realizou TC-toracoabdominopélvica, EDA e colonoscopia, ecografia da tiroide e prostática sem alterações relevantes. Foi enviado a consulta de Neurocirurgia optando-se por intervenção cirúrgica com exérese da lesão. O resultado histológico revelou: Hemangioblastoma cerebeloso grau I OMS (Imunomarcagem tumoral: inibina+).

Conclusão:

O hemangioblastoma é de difícil diagnóstico por não apresentar características imagiológicas patognomónicas. Apesar das metastases na fossa posterior serem raras, são a etiologia mais frequente em doentes de meia-idade/idosos. O tratamento cirúrgico nos hemangioblastomas do cerebelo geralmente são curativas com baixas taxas de recorrência.

P641

2162 AVC NO DOENTE JOVEM: UM CASO DE INVESTIGAÇÃO ETIOLÓGICA COM MÚLTIPLAS RESPOSTAS

Joana Gomes Cochicho, José Miguel Silva, Socrates Vargas Naranjo, Ruben Raimundo, Adriano Pacheco Mendes, Sara Viana, Rita Parente, Ana Neves, Maxim Suleac, André Mendes, Armando Nodarse, Isabel Soles
Hospital Doutor José Maria Grande - Portalegre

Introdução

No adulto jovem, o acidente vascular cerebral (AVC) constitui uma entidade rara e que implica um rigoroso esclarecimento etiológico. O caso clínico que apresentamos revela-se interessante pela

combinação de múltiplos factores que constituem uma explicação etiológica para o evento cerebral.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, de 42 anos, leucodérmica que recorre ao Serviço de Urgência (SU), por quadro de cefaleia, desvio da comissura labial à direita e parestesias e discreta diminuição da força no membro superior direito. A tomografia computadorizada crânio-encefálica era compatível com o diagnóstico de AVC.

A doente apresentava como antecedentes pessoais relevantes diabetes mellitus tipo 1 (DM 1), nefropatia de provável etiologia diabética, hipertensão arterial (HTA), dislipidemia e hábitos tabágicos marcados. Medicada habitualmente com insulina detemir, insulina lispro, perindopril, bisoprolol, rosuvastatina, colesterciferol, omeprazol, pentoxifilina, ácido acetilsalicílico, lorazepam e escitalopram (embora com má adesão terapêutica).

A doente foi internada, tendo iniciado investigação etiológica.

Dos exames complementares, destacamos o ecocardiograma transtorácico com evidência de comunicação interauricular, dilatação das cavidades esquerdas, acinesia de múltiplos segmentos do ventrículo esquerdo e função sistólica diminuída.

Relativamente a testes genéticos, revelou-se portadora do gene PAI-1 5G/4G² (em homozigotia) e do gene MTHFR 1298A>C² (em heterozigotia).

Apresentava doseamento de homocisteína discretamente aumentado para a idade e serologias positivas para VHC e borrelia burgdoferi.

Discussão: O esclarecimento etiológico do AVC é importante para o tratamento e prevenção secundária. Múltiplos fatores de risco foram identificados nesta doente, mas a causa primordial é difícil de estabelecer. Todos os factores podem ter contribuído para o desfecho final (AVC), no entanto, este caso suscita uma interessante discussão sobre qual o factor principal.

Vários factores de risco comprovados de AVC estão presentes nesta doente (HTA, DM 1, dislipidemia, tabagismo, cardiopatia).

Actualmente, admite-se que as mutações genéticas encontradas possam ter um papel importante na formação de trombos.

Adicionalmente, as doenças infecciosas têm sido associadas a disfunção endotelial.

A associação com as patologias cardíacas encontradas, pode desencadear a formação de trombos no sistema arterial, ou a migração dos mesmos.

A marcha diagnóstica é fundamental nos doentes jovens com AVC. Este caso clínico, mostrou-se particularmente interessante pelas múltiplas possibilidades etiológicas encontradas.

A visão holística do internista e a sua capacidade magistral de investigador revelam-se fundamentais no rigor diagnóstico.

P642

225 SÍNDROME DE DESEQUILÍBRIO DA DIÁLISE, UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DELÍRIUM

Claudemira Pinto, Filipa Silva, Joana Magalhães, Catarina Pereira, Arsénio Barbosa, Inês Marques, Jorge Almeida
Centro Hospitalar Universitário de São João, Serviço de Medicina Interna

O síndrome do desequilíbrio da diálise (SDD) é uma entidade rara, caracterizada por sintomas neurológicos de gravidade variável e que afetam os doentes em diálise. Acredita-se que seja devido a edema cerebral. Os principais factores de risco incluem: elevação importante da ureia pré-diálise (>175 mg/dL), DRC (versus LRA), acidose metabólica grave, idade avançada, doença neurológica prévia, outras causas de edema cerebral (hiponatremia, encefalopatia hepática, hipertensão maligna), situações que aumentem a permeabilidade da barreira hematoencefálica (como sepsis, vasculite, TTP / SHU). Duas teorias têm sido propostas para explicar este síndrome: um desvio osmótico reverso induzido pela remoção de uréia e uma queda no pH intracelular cerebral. O desenvolvimento de sintomas neurológicos durante a diálise sugere SDD. No entanto, não há teste diagnóstico e o diagnóstico é de exclusão.

Apresenta-se um homem de 67 anos, que foi transferido de outro hospital por agravamento progressivo da função renal (Cr basal 4,0 mg/dL para 7.5 mg/dL), oligúria, hipercalemia, para início de hemodialise. Como antecedentes tinha DM tipo 2 há 20 anos insulinotratado e com mau controlo glicémico (última HbA1c 12.8%) e com LOA microvasculares (neuropatia, nefropatia e retinopatia diabética proliferativa). Ao exame objetivo apresentava-se vígil e orientado, pele e mucosas descoradas, PA 123/74 mmHg, FC 84 bpm, Sat 77% em ar ambiente. AP com MV diminuído em ambas as bases e edema dos membros inferiores. Analiticamente com Hb 8.4 g/dL, NC/NC, plaquetas 221.000x10⁹/L, ureia 233 mg/dL e creatinina 7.5 mg/dL, Na 137; K 7.8, PCR 8.1 mg/L. GSA com acidemia metabólica e insuficiência respiratória tipo 1. Rx tórax com derrame pleural bilateral mais à direita, infiltrados na metade inferior e cefalização da vasculatura sugestivo de congestão. Ecografia renal com aumento da ecogenicidade cortical, indiciando nefropatia. Com o início da HD, verificou-se uma melhoria da dispneia e dos edemas periféricos. Resolução da insuficiência respiratória e acidemia metabólica, melhoria radiológica dos infiltrados bilaterais. Apresentou alteração do estado de consciência de novo, com agravamento progressivo e agitação psicomotora, náuseas e cefaleias. Excluídas causas infecciosas,

metabólicas ou estruturais do SNC. Discutido com a Nefrologia e coloca a hipótese de SDD, tendo sido ajustadas as sessões de HD com redução gradual da ureia por tratamento, com sessões de duração mais curta, fluxo lento ao longo de 3 dias. O doente apresentou melhoria clínica com normalização do estado de consciência.

Com este caso pretende-se alertar para uma entidade pouco conhecida e grave da hemodiálise. Os sinais e sintomas variam amplamente, desde inquietação e cefaleias até coma e morte. Embora o edema cerebral e o aumento da pressão intracraniana sejam os principais fatores contributivos e sejam o alvo do tratamento, os mecanismos precisos para o seu desenvolvimento permanecem indefinidos.

P643

510 DO OSTEOPATA À SALA DE EMERGÊNCIA

Ana Bernardo, Sara Correia, Vera Sarmento, Vasco Neves, Maria Piteira, Mariana Soares, Margarida Massas, Carmen Corzo, Margarita Urquiola, Conceição Barata
Hospital do Espírito Santo de Évora

O acidente vascular cerebral (AVC) isquémico secundário à oclusão aguda da basilar da artéria basilar é uma condição rara mas com uma mortalidade superior a 75%. Muitas vezes surge inicialmente como quadro de queixas inespecíficas, pouco claras, mas com rápida evolução.

A dissecção arterial vertebral é uma causa importante deste tipo de AVC, sobretudo em mais jovens e pode estar associado a traumas de baixo impacto ou mecanismos de trauma pouco valorizados.

Apresenta-se o caso clínico de uma doente do sexo feminino, 40 anos, autónoma, que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por parestesias no membro superior esquerdo, com início após manipulação cervical por Osteopata, sem outras queixas.

À observação inicial no SU, sem alterações ao exame neurológico, destacando-se apenas quadro de ansiedade importante.

Verificou-se rápida evolução com disfagia, hemiparésia esquerda e afasia. Posteriormente com tetraplegia, suspeitando-se de síndrome de locked-in

AngioTC de crânio e pescoço que mostrou trombo da artéria basilar com dissecção da artéria vertebral esquerda, pós-traumática.

Na sequência de uma rápida actuação com realização de trombólise e posterior trombectomia a doente teve uma evolução favorável, acabando por ter alta alguns dias depois da Unidade de AVCs com NIHSS de 1.

Este caso clínico chama à atenção como uma

anamnese detalhada, em qualquer contexto, pode fazer a diferença, para a identificação de eventos traumáticos não habitualmente valorizados pelos doentes. Mostra como o rápido diagnóstico e tratamento de situações potencialmente fatais e de rápida evolução, como é o caso do AVC isquémico por trombo da artéria basilar por dissecção pós traumática da artéria vertebral, influencia em tão grande escala o seu prognóstico.

P644

877 CEFALEIA HEMICRANIANA

Catarina Semedo Graça, Paulo César, Vera Guerreiro, José Vaz

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo - Hospital José Joaquim Fernandes - Beja - Serviço de Medicina Interna

Introdução

As cefaleias hemicranianas podem ser atribuídas a um grande número de cefaleias primárias e secundárias, assim como neuropatias cranianas, sendo 1/3 dos casos atribuídos a cefaleias secundárias, devendo estas ser excluídas. Essas síndromes dolorosas podem muitas vezes passar despercebidas ou mimetizar outras patologias nomeadamente oftálmicas, músculo-esqueléticas ou psiquiátricas. Deste modo, as cefaleias hemicranianas são, por si só, um sinal de alerta que deve ser investigado.

Os aneurismas saculares têm uma prevalência de aproximadamente 3% da população e normalmente manifestam-se por queixas neuro-oftálmicas.

Caso Clínico: Mulher, 50 anos, com antecedentes pessoais hipertensão arterial e síndrome depressivo. Enviada à consulta de Medicina Interna pelo médico de família por queixas de cefaleia hemicraniana direita, de início súbito e tipo picada continua e autolimitada, que resolvia em poucos minutos, mas com ocorrência quase diária e com vários episódios ao dia. Referia ainda edema da pálpebra ipsilateral, assim como parestesias do hemicrânio direito e ocasionalmente da hemiface direita. Negava lacrimejo, injeção conjuntival ou outros sintomas autonómicos. Descrevia ainda tensão arterial não controlada desde menopausa recente. Realizou ajuste de terapêutica anti hipertensora e estudo analítico, ecocardiográfico e TC crânio-encefálica, sem particularidades. Voltou à consulta 3 meses depois, com registos tensionais controlados, diminuição dos episódios de cefaleia, 1 episódio/dia, com duração média de 3 minutos, sem sensação de parestesia hemicraniana nem da face. Referia porém episódios de edema da hemiface direita, de predomínio vespertino, sem relação com episódios de cefaleia. Realizou neste contexto ressonância magnética crânio-encefálica que identificou formação aneurismática saculiforme da parede anterior do segmento supra-clinóideu da artéria carótida interna esquerda,

situada na região oftálmica esquerda, com cerca de 8mm de diâmetro, lesão contornada pelo segmento cisternal do nervo óptico, discretamente desviado superiormente. Não observados sinais de hemorragia intracraniana, remota ou recente, intraparenquimatosa ou meníngea. Foi contactada a Neurocirurgia e agendada consulta.

Discussão: As cefaleias são, em geral, uma queixa relativamente comum, muitas vezes subvalorizadas, mas maioritariamente de natureza primária. Os aneurismas saculares, ao manifestarem-se por sintomas neurológicos ou oftálmicos, são muitas vezes atribuídos a outro tipo de cefaleias, ficando por diagnosticar. A incidência de cefaleias secundárias nas cefaleias hemicranianas justifica sempre uma investigação para exclusão destas. Deste modo, perante esta clínica de cefaleias e hipertensão, é fundamental uma história clínica cuidada que permita identificar sinais de alerta que justifiquem uma investigação e se obtenha um diagnóstico precoce.

P645

2050 O QUE ESCONDE A FOSSA POSTERIOR

Iuliana Cusnir, Carolina Nunes Coelho, Diana Vital
Hospital de Santarém

A Síndrome de Encefalopatia Posterior Reversível é uma entidade rara descrita em adultos, caracterizado pelo início de cefaleias, confusão, alteração do nível de consciência e convulsões associada com estudo de neuroimagem com edema da substância branca em territórios posteriores.

Os autores apresentam um caso de uma doente do sexo feminino, com 75 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e artrite reumatóide, que recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de hematúria com uma semana de evolução tendo sido internada por este mesmo motivo. Durante o internamento a doente apresentou alteração do estado de consciência, associada a elevação das pressões arteriais, tendo por essa razão realizado tomografia computadorizada crânio-encefálica, que mostra "áreas hipodensas cortico/subcorticais occipitais paramedianas bilaterais, sugerindo síndrome de encefalopatia posterior reversível."

Após normalização dos parâmetros tensionais, a doente desenvolveu episódio de crise convulsiva, com necessidade de reavaliação por tomografia computadorizada, que mostra "ausência de áreas hipodensas cortico-subcortical occipitais paramedias bilaterais"

Portanto, após controlo da hipertensão arterial verificou-se regressão completa das lesões cerebrais e teve alta com seguimento na consulta de Medicina.

Os autores pretendem com este caso clínico apresentar esta entidade clinico-radiológica

reversível, com necessidade de diagnóstico e tratamento precoce da causa subjacente para evitar danos neurológicos irreversíveis.

P646

2146 HIPOACÚSIA BILATERAL, UM SINAL DE ALARME!

Ana Carvoeiro, Alexandra Esteves, Susana Barbosa, Paula Felgueiras, Diana Guerra, Carmélia Rodrigues
Unidade Local de Saúde do Alto Minho

INTRODUÇÃO

A otomastoidite corresponde à complicação mais comum da otite média aguda (OMA) sendo que, nos últimos anos, se tem verificado um aumento da sua incidência, provavelmente relacionado com a resistência crescente à antibióterapia. A imagiologia tem um papel importante na confirmação do diagnóstico e na suspeita de complicações, nomeadamente a trombose do seio transversal, paralisia facial e infeções do sistema nervoso central. **CASO CLÍNICO:** Mulher de 59 anos, com antecedentes pessoais de hipotireoidismo. Recorre ao Serviço de Urgência (SU) por otalgia bilateral, febre e diminuição da acuidade auditiva com duas semanas de evolução. Observada por Otorrinolaringologia (ORL), tendo sido diagnosticada com otite média bilateral e medicada com amoxicilina e ácido clavulânico. Melhoria inicial das queixas álgicas, no entanto com agravamento progressivo da hipoacusia bilateral e cefaleias intensas de novo, com períodos de desorientação, o que motivou nova vinda ao SU, passado uma semana. Ao exame objetivo, vígil, orientada, apirética sem alterações de relevo. Reavaliada, assim por Otorrinolaringologia, confirmada por otoscopia, otite média com efusão bilateral, sem sinais inflamatórios ou otorreia, sem sinais clínicos de otomastoidite ou de vertigem periférica. Analiticamente, com elevação discreta dos valores de proteína C reativa. Realizou TC cranioencefálico, que confirmou como hipótese diagnóstica mais provável otomastoidite bilateral agudizada, com consequente área de encefalite à esquerda, concordante com o estudo de liquor que evidenciou pleocitose e proteinorraquia. Realizada no SU, miringotomia bilateral, com colocação de tubo de ventilação; o trans-tímpano; o TTT no ouvido esquerdo. Dado o diagnóstico final de otomastoidite bilateral e meningoencefalite associada, cumpriu catorze dias de ceftriaxone e aciclovir, não se tendo isolado agente no estudo microbiológico. Durante o internamento, com recuperação precoce da acuidade auditiva e total resolução sintomática. **DISCUSSÃO:** De facto, a otomastoidite constitui uma complicação intratemporal da otite média, podendo apresentar-se sob a forma de sintomas neurológicos subtis, com semanas de evolução. Neste sentido, torna-se crucial um elevado nível de suspeição quando

do surgimento de cefaleias de novo, hipoacusia, vertigem em doentes sob antibioterapia prévia em contexto de OMA. Concluindo, de realçar a possibilidade de progressão da otomastoidite para meningoencefalite, como sucedeu no caso apresentado, cuja taxa de mortalidade associada varia entre os 8-38%, pelo que uma abordagem multidisciplinar adequada, a monitorização e instituição de terapêutica precoces são etapas fundamentais na determinação de prognóstico.

P647

982 TETRAPLEGIA: UMA COMPLICAÇÃO INESPERADA DA SÍNDROME DE NEUROTOXICIDADE IRREVERSÍVEL CAUSADA POR LÍLIO

Ana Duarte Coimbra, Ana Luísa Nunes, Jandira Lima, Rui Santos, Armando Carvalho

Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra Clínica Universitária de Medicina Interna, FMUC

Introdução

A neurotoxicidade crónica por lítio instala-se lentamente e classicamente inclui ataxia, agitação, tremor, mioclonias e, em casos severos, convulsões ou encefalopatia. Podem persistir sequelas neurológicas mesmo após descontinuação do tratamento – Syndrome of irreversible lithium effectuated neurotoxicity (SILENT) e até 22% dos doentes mostram sinais clínicos de toxicidade mesmo em concentrações terapêuticas. Descreve-se um caso com forma de apresentação atípica de SILENT. Descrição: Mulher de 62 anos, institucionalizada por doença bipolar severa sob tratamento com lítio 400mg id e eletroconvulsivoterapia, trazida ao Serviço de Urgência por alteração do estado de consciência. Teria queixas de tremor, alterações do comportamento, fraqueza nos membros inferiores e esquecimentos frequentes na última consulta 3 meses antes, e com confusão, agitação psicomotora persistente e febre na semana anterior, refratária a terapêutica com neurolépticos e antibioterapia. Medicada habitualmente com quetiapina 900mg/d, lorazepam 4,5mg/d, topiramato 100mg/d, glargina 10U e levotiroxina 212,5ug/d. À admissão, febril, não reativa a estímulos e com poliúria. Analiticamente: leucocitose de 15 G/L neutrofílica, creatinina 3.21 mg/dl, osmolaridade 369 mOsm/Kg, Na⁺ 163 mmol/L, K⁺ 5.5 mmol/L, Ca²⁺ 13.6 mg/dl, TSH 14 uUI/ml, T4 indoseável, paratormona 361 pg/ml e PCR 18.1 mg/dl. Radiografia do tórax sem alterações. Litiemia 1.01 mmol/L. Osmolaridade e sódio urinários normais. É assumida intoxicação por lítio, diabetes insípida nefrogénica com poliúria de 3-5 ml/kg/h, desidratação e hipernatrémia, hiperparatiroidismo e hipotiroidismo grave secundários, para a qual inicia fluidoterapia vigorosa. EEG relata desorganização e lentificação difusa da atividade elétrica cerebral a indicar encefalopatia grau 3 em 5. Manteve-

se estuporosa até ao 8º dia de internamento, altura em que recupera espontaneamente, apresentando-se consciente e orientada, mas com tetraplegia e hipostesia total ao exame neurológico. Ressonância magnética cervical normal e TC-CE sem lesões endocranianas agudas. Eletromiografia descreve lesão axonal periférica bilateral. Três dias depois inicia melhoria lenta mas progressiva da sensibilidade termoálgica e da força muscular nos quatro membros (força 1-2). Do ponto de vista orgânico, ao 9º dia de internamento: creatinina 0.75 mg/dl, Na⁺ 145 mmol/l e Ca²⁺ 7.6 mg/dl. Manteve poliúria refratária ao tratamento com acetazolamida, pelo que iniciou hidroclorotiazida/amilorido. Foi orientada para programa de Medicina Física e Reabilitação. Conclusão: O lítio tem uma janela terapêutica estreita e exige monitorizações frequentes dos níveis séricos e dos sinais clínicos de toxicidade. As manifestações podem atingir vários órgãos e sistemas e são muito heterogêneas e independentes quer da dose, quer das concentrações, podendo ocorrer mesmo anos após descontinuação. A polineuropatia axonal generalizada é uma complicação pouco reconhecida e sub-diagnosticada.

P648

1415 CEGUEIRA CORTICAL E SÍNDROME CHARLES BONNET

Marcia Pacheco, Carina Graça, Denise Lopes, Ana Pidal, Ana Palricas, Jose Barata

Hospital Vila Franca de Xira

A perda súbita de visão pode ter múltiplas causas, tanto oftalmológicas como neurológicas, mas quando bilateral sugere lesão retroquiasmática. Na cegueira cortical é afetado o córtex visual primário bilateralmente, tendo como principal etiologia o acidente vascular isquémico (AVC) mas podendo ocorrer em contexto de trauma, tumor ou alterações congénitas. A síndrome Charles Bonnet (SCB) caracteriza-se por alucinações exclusivamente visuais que ocorrem em contexto de diminuição de acuidade visual adquirida.

Caso: Mulher de 67 anos, com antecedentes conhecidos de hipertensão arterial essencial mal controlada e excesso de peso. Recorre ao Serviço de Urgência (SU) com quadro de cefaleia intensa, desequilíbrio e diminuição súbita da acuidade visual com mais de 24 horas de evolução. Ao exame objetivo apenas conseguia distinguir sombras na avaliação dos campos visuais e apresentava hemiparesia esquerda grau 4/5. Realizou Tomografia computadorizada (TC) cranioencefálica (CE) com hipodensidade cortico-subcortical occipital direita. Após 24 horas repetiu TC CE com lesões hipodensas cortico-subcorticais em topografia occipito-temporal inferior à direita e com uma nova lesão mais recente occipital parassagital à esquerda. Realizou angio TC craniana não se identificando os

ramos da artéria calcarina à direita e o segmento distal do ramo parietoccipital esquerdo. No estudo realizado apurou-se hipertrigliceridemia; Eco-doppler vasos do pescoço e transcraniano, Holter de 24 horas e Ecocardiograma transtorácico sem alterações. Realizou Ressonância magnética nuclear (RMN) CE que revelou lesões isquêmicas subagudas tardias córtico-subcortical occipitobasal posterior à direita, occipital mesial posterior, temporomesial posterior e paravermiana superior à esquerda, com focos petequiais de transformação hemorrágica subaguda cortical. Durante o internamento refere alucinações visuais descrevendo visões de pássaros, flores e folhas exuberantes, com necessidade de introdução de terapêutica ansiolítica. Observada pela Oftalmologia que confirma cegueira cortical completa, sem percepção luminosa, com reflexos presentes e simétricos e fundoscopia sem alterações. Teve alta referenciada para consulta de Hipovisão e foi colocado detetor de eventos durante dez dias em ambulatório com detecção de período limitado de taquicardia supraventricular assintomática.

O caso descrito constitui uma raridade, sendo uma possível apresentação de AVC isquémico, uma entidade de elevada prevalência na nossa população. Destaca-se o papel da Imagiologia no diagnóstico etiológico e a possibilidade de reabilitação em casos de cegueira cortical. As alucinações visuais típicas do SCB são pouco reconhecidas mas causam grande angústia aos doentes com apenas resposta parcial à terapêutica.

P649

310 DÉFICE DE VITAMINA B12: UMA CAUSA REVERSÍVEL DE MANIFESTAÇÕES NEUROPSIQUIÁTRICAS

Pedro Rodrigues, Diana Ferrão, Margarida Alvelos, Jorge Almeida

Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar Universitário de São João

O espectro de gravidade de apresentação do défice de vitamina B12 é variável. A manifestação clínica mais comum é a anemia macrocítica. Estão, também, descritos sintomas neurológicos e psiquiátricos associados ao défice de vitamina B12. Deste modo, é parte integrante da investigação do défice cognitivo, demência e psicose o doseamento desta vitamina. A alteração aguda do comportamento não é uma manifestação habitual.

Reportamos o caso de um homem de 83 anos, submetido a gastrectomia parcial no passado por doença oncológica, que se apresentou no serviço de urgência com alteração aguda do comportamento com atividade alucinatória, visual e auditiva, e heteroagressividade, associada a défice grave de vitamina B12. Submetido a reposição parentérica de vitamina B12, apresentou reversão da atividade alucinatória, normalização do comportamento e

melhoria da cognição, avaliada pelo exame "mini mental state".

O défice de vitamina B12 deve ser considerado no diagnóstico diferencial do delírio e psicose aguda. O tratamento consiste na reposição parentérica da vitamina, que no presente caso, resultou em melhoria significativa dos sintomas.

Este caso pretende alertar que o défice de vitamina B12 é uma causa reversível de manifestações neuropsiquiátricas.

P650

1458 DAR VOLTAS E VOLTAS À CABEÇA ATÉ ENCONTRAR O QUE SE PROCURA

Inês Grenha, Joana Fontes, Joana Serôdio, João Costelha, Elsa Araújo, Manuel Barbosa, Bárbara Sousa, Joana Silva, Lourdes Vilarinho, Paula Brandão

Serviço de Medicina Interna do Hospital Conde de Bertiandos - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

A presença de défices neurológicos focais pode ser manifestação de doenças vasculares, crises epileptiformes, infeções do SNC, lesões ocupantes de espaço (LOE) ou forma de apresentação de outras patologias sistémicas. A pouca especificidade inerente obriga à realização de um exame neurológico detalhado e de meios complementares de diagnóstico dirigidos de forma a identificar precocemente a etiologia do quadro. A sintomatologia, por frustre que seja, não deve nunca ser negada pelos doentes ou clínicos para que a orientação não seja protelada.

Homem de 55 anos, com múltiplos FRV (HTA, DM tipo 2, dislipidemia, obesidade) e antecedentes de uma tireoidectomia total por adenoma microfolicular, recorre ao SU por um quadro com duas semanas de evolução de uma cefaleia frontal direita associada a parestesias do MSE de predomínio distal. A cefaleia não cedia à analgesia; as alterações sensitivas seriam flutuantes. Nesse dia com instalação súbita de uma diminuição da força muscular da mão esquerda. Negou qualquer outra sintomatologia de todos os aparelhos e sistemas. Ao exame neurológico apresentava uma discreta disartria que o doente não teria reconhecido no domicílio, bem como pronação do MSE na prova de braços estendidos e alterações da motricidade fina a nível da mão esquerda. Realizou TCCE que evidenciou uma imagem nodular frontoparietal direita de 31mm de diâmetro com acentuado edema perilesional e uma segunda lesão frontal direita de 35mm, muito sugestivas de implantes secundários. Foi admitido em internamento para estudo de provável neoplasia primária oculta. Iniciou corticoterapia com o intuito de redução do edema. Realizou estudo analítico alargado sem alterações, com marcadores tumorais negativos, bem como TC toracoabdominopélvica sem neoformações identificadas. Devido aos seus antecedentes pessoais fez ecografia da loca

tiroideia, sem alterações. EDA e EDB sem lesões e PETSCAN com normal distribuição do radiofármaco. Em RMNCE foi confirmado o extenso edema vasogênico periférico associado às lesões, bem como as restantes características fortemente sugestivas de metastização. Ao longo do internamento com reversão dos défices iniciais, sem surgimento de nova sintomatologia. Teve alta orientado para um centro de referência – aí efetuou excisão cirúrgica das lesões cerebrais por continuar sem evidência de primário identificado. Atualmente apresenta-se assintomático, ainda a aguardar histologia das lesões para posterior orientação.

A presença de LOE a nível cerebral a partir dos 30-40 anos é maioritariamente devida a metástases, representando mais de 50% de todas as lesões. As neoplasias que mais metastizam para o cérebro são as do pulmão, pele e mama mas não são exclusivas. Doentes que tenham um tumor primário que usualmente não metastiza para o cérebro ou na ausência de primário identificado, a biópsia ou ressecção cirúrgica da lesão deve ser considerada, não negligenciando os riscos inerentes à manipulação.

P651

1687 QUANDO PENSAR EM DISSEÇÃO AÓRTICA?

Luís Vieira Lemos, Andreia Teixeira, Daniela Ferro, Margarida Matias, Marta Soares, Mariana Pintalhão, Paulo Castro Chaves, Guilherme Gama, Goreti Moreira, Pedro Castro, José Dias da Costa, Marta Carvalho, Luísa Fonseca, Jorge Almeida

Centro Hospitalar e Universitário de São João

A doença vascular cerebral pode ter várias apresentações e a sua forma de manifestação deve orientar o nosso estudo etiológico. O síndrome de Horner pode resultar de uma lesão provocada em qualquer região ao longo da via simpática, estando a sua etiologia relacionada com a localização. Este trabalho pretende descrever um caso de síndrome de Horner provocado por lesão pós-ganglionar.

Doente do sexo masculino, 48 anos de idade, que recorreu ao serviço de urgência por cefaleia hemicraneana direita, de caráter pulsátil, com dois dias de evolução. Cerca de 5 dias antes tinha recorrido ao seu médico de família por otalgia à direita. Nessa altura apresentava também cervicalgia de início súbito e sem fator desencadeante claramente estabelecido, de alívio apenas ligeiro com toma de paracetamol, associada a ptose do olho direito. Sem outras queixas de relevo. À admissão objetivada pressão arterial elevada (187/118 mmHg), pelo que foi avaliado por Oftalmologia por crise hipertensiva para exclusão de retinopatia. Apresentava ptose do olho direito, anisocoria (olho direito mais miótico), sem anidrose. A prova terapêutica com apraclonidina confirmou Síndrome de Horner. Ao exame neurológico não apresentava

outras alterações e o restante exame objetivo era normal. Efetuou TC cerebral, não se identificando alterações de relevo. O angio-TC cerebral relatou ausência de preenchimento endoluminal na artéria carótida interna direita distalmente ao bolbo carotídeo, observando-se preenchimento filiforme distalmente ao segmento lacerum, alteração muito sugestiva de disseção mural. Dado o elevado risco de enfarte cerebral, o doente foi internado na Unidade AVC para vigilância e prosseguimento do estudo. Realizou eco-doppler dos grandes vasos do pescoço que mostrou oclusão cervical distal da carótida interna direita, com colateralização intracraniana. Para avaliação da extensão da lesão vascular e parenquimatosa foi efetuada RM e angioRM cerebral e dos troncos supra-aórticos que confirmou disseção da artéria carótida interna direita, com oclusão em "bico de lápis" após a sua emergência no bolbo carotídeo, associando-se à presença de trombo mural e aumento difuso do calibre deste vaso ao longo do seu trajeto cervical. Não se observaram alterações parenquimatosas suspeitas de isquemia aguda/subaguda. Deste modo, foi adotada uma estratégia conservadora e o doente foi medicado com antiagregante plaquetário (ácido acetilsalicílico 100mg/dia), tendo mantido estabilidade neurológica durante todo o internamento.

Este caso pretende chamar a atenção para um diagnóstico menos comum que se pode apresentar com sintomatologia inespecífica, como é o caso da cervicalgia. Na suspeita clínica de síndrome de Horner é necessário efetuar estudo vascular e não apenas parenquimatoso, recorrendo nomeadamente ao angioTC.

P652

1816 SÍNDROME MALIGNO DOS NEUROLÉPTICOS – A IMPORTÂNCIA DA SUSPEIÇÃO CLÍNICA

Rosana Maia, Inês Grenha, Joana Fontes, Pedro Pinto, Miguel Costa, Duarte Silva, Edgar Torre, Lourdes Vilarinho, Diana Guerra

ULSAM - Hospital de Santa Luzia - Viana do Castelo

Introdução

O Síndrome maligno dos neurolépticos (SMN) é um efeito adverso raro (0.02-3%) da terapêutica antipsicótica, constituindo uma emergência neurológica ameaçadora de vida. Apresenta-se classicamente com alteração do estado mental, hipertermia, rigidez e disautonomia. No entanto, torna-se importante excluir causas metabólicas, tóxicas, infecciosas ou cerebrovasculares.

Caso Clínico: Homem, 59 anos, com Esquizofrenia, medicado cronicamente com haloperidol decanoato (HD), é trazido ao Serviço de Urgência (SU) a 12/11 por crise epiléptica tonicoclónica generalizada, com incontinência de esfíncteres, mordedura da língua

e desorientação com alguns dias de evolução. Exame objetivo: Não colaborante, abertura ocular com estímulos verbais, resposta verbal escassa. Pupilas isocóricas e fotoreativas. Não cumpre ordens. Aparentemente sem défices motores ou sensitivos. TA 164/81 mmHg, FC 95 bpm, SatO₂ 92%, Apirético. AC: S1 e S2 presentes, rítmicos, sem sopros audíveis. AP: sons respiratórios presentes bilateralmente, com roncos dispersos. Edemas periféricos. Analiticamente: Leucócitos $14.39 \times 10^9/L$, Na 113 mmol/L, DHL 280 U/L, CK 241 U/L, PCR 0.26 mg/dL, alcoolemia negativa. Gasometria arterial (FiO₂ 21%): pH 7.44, pCO₂ 33 mmHg, pO₂ 64 mmHg, HCO₃ 22.4 mmol/L, SatO₂ 93%, Lactatos 2 mmol/L. Eletrocardiograma: ritmo sinusal, frequência 80/min. Internado na Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente (UCIP). A 13/11, febre (T 38.1°C) e rigidez generalizada. Radiografia de tórax: reforço hilar bilateral, sem infiltrados ou hipotransparências evidentes. Sedimento urinário: sem alterações. Colheita de hemoculturas. Perante a presença de febre e alteração do estado de consciência, colocada hipótese de Infecção do SNC, tendo realizado punção lombar, sem citotóxica compatível. Repetidas análises: CK 1424 U/L. Colocada hipótese de SMN, sendo admitido por este motivo na Unidade de Cuidados Intermédios. Medicado com diazepam, dantroleno e fluidoterapia, com melhoria clínica e analítica. Por rotura de stock, alterado dantroleno para bromocriptina. Como intercorrência: celulite e tromboflebite do membro superior direito. Dada estabilidade clínica, transferido para a enfermaria. Boa evolução clínica, tendo tido alta no seu estado habitual, orientado para consulta de Psiquiatria.

Discussão: A identificação da população em risco e o alto índice de suspeição são os fatores-chave na prevenção da morbilidade e mortalidade desta patologia, dado não existir nenhum teste laboratorial que faça o diagnóstico exato. A maioria dos doentes recupera sem sequelas neurológicas, caso ocorra um diagnóstico e tratamento precoces. Os autores pretendem realçar a importância da suspeição clínica, assim como a necessidade de estudos para uma melhor abordagem da doença.

P653

2091 ENXAQUECA HEMIPLÉGICA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

João Barros, Ruben Garcia
Hospital do Espírito Santo de Évora

Introdução

A enxaqueca é uma patologia frequente, afetando 15-20% da população. A enxaqueca hemiplégica (EH) representa uma minoria destes doentes, com uma prevalência de 0.01% da população geral. Manifesta-se sobretudo em doentes jovens com um pico de incidência dos 12-17 anos e com atingimento preferencial no sexo feminino

(38#9792;:1♂). A sua etiopatologia encontra-se ainda pouco esclarecida, mas a literatura sugere um mecanismo de auto-despolarização neuronal, com uma componente genética associada a canalopatias. A EH traduz-se por episódios pontuais e reversíveis de fraqueza muscular unilateral com início distal e duração variável (horas a meses), ocorrendo a cefaleia durante ou após o período de aura. Podem ocorrer simultaneamente alterações visuais como escotomas ou hemianopsia, alterações da linguagem, ataxia, febre ou défices sensitivos. Dado que a sintomatologia pode mimetizar outras patologias neurológicas é necessário excluir eventos isquémicos, infecciosos, tumorais, convulsivos e metabólicos através da anamnese e exame físico detalhados, estudo laboratorial, imagiológico (CT e/ou RM), funcional (EEG) ou de intervenção (punção lombar). O diagnóstico de EH é clínico, sendo de vital importância obter um diagnóstico correto precoce de forma a iniciar um tratamento dirigido e eficaz na prevenção das crises. Na fase aguda os AINEs e os anti-eméticos são largamente utilizados, sendo o verapamilo, a flunarizina e a acetazolamida os agentes profiláticos de eleição e a lamotrigina, amitriptilina, o topiramato e o ácido valpróico agentes de segunda linha. O uso de triptanos e ergotaminas é contraindicado na EH pelo potencial de vasoconstrição.

Caso clínico: Doente do sexo masculino de 43 anos, com internamento recente (há 1 mês) em Unidade de AVC por défice motor e sensitivo do hemicorpo esquerdo, tendo sido assumido AIT. Recorre ao Serviço de Urgência encaminhado pelo Médico Assistente por quadro de cefaleia frontal, febre, diminuição da força muscular e hipostesia do membro superior (MS), membro inferior (MI) e hemiface esquerda com 24 horas de evolução. Ao exame físico destacava-se uma força motora de grau 3 no MS e de grau 4 no MI esquerdo. Neste contexto foi realizado estudo analítico, TC crânio-encefálica e punção lombar que não revelaram alterações. Sob tratamento sintomático, o doente teve melhoria clínica progressiva, tendo alta e encaminhamento para Consulta de Neurologia, tendo sido assumido diagnóstico de EH e iniciado Topiramato 25mg bid para prevenção de crise. Atualmente aguarda estudo genético para EH Familiar do tipo 2.

Discussão:

Este caso pretende alertar para esta patologia que embora seja rara tem manifestações clínicas que simulam emergências neurológicas. Apesar de na grande maioria dos doentes a sintomatologia ser totalmente reversível, nos casos mais graves (associados a episódios convulsivos e coma) pode ocorrer lesão cerebral permanente, isquemia, atrofia, diminuição cognitiva e morte.

P654

34 UMA DOR DE CABEÇA DIFERENTE

Rita Gameiro, Rodolfo Gomes, Bárbara Picado, Fernando Martos Gonçalves, José Lomelino Araújo
Hospital Beatriz Ângelo

INTRODUÇÃO

A síndrome de leucoencefalopatia posterior reversível (SLPR) é uma entidade heterogênea, caracterizada pela presença de edema vasogénico da substância cerebral branca posterior, que se manifesta através de cefaleia, alteração da consciência, crise convulsiva ou défices visuais. Surge devido a alterações na autorregulação cerebral e a disfunção endotelial, sendo fatores de risco a hipertensão arterial, doenças autoimunes e terapêutica imunossupressora. O seu tratamento consiste na redução da pressão arterial, administração de anticonvulsivante e suspensão de terapêutica imunossupressora, sendo o seu prognóstico favorável na maioria dos doentes.

CASO CLÍNICO: Os autores apresentam o caso de uma mulher de 53 anos, com história de síndrome de sobreposição lúpus eritematoso sistémico/artrite reumatóide, bronquiolite intersticial e hipertensão arterial essencial, que foi levada à urgência por quadro de cefaleia e alteração do estado de consciência com crise convulsiva. Ao exame objetivo, apresentava PA 235/180 mmHg, fácies cushingóide, livores nos membros inferiores, murmúrio vesicular mantido e simétrico bilateralmente, com discretas crepitações, roving ocular no período pós-crítico imediato, posteriormente focava interlocutor, pupilas isocóricas e isorreativas, respondia a perguntas simples, com discurso confuso e agitação, mímica facial mantida sem assimetria, mobilizava os 4 membros, sem assimetria aparente. Realizou análises, sem alterações de relevo e TC de crânio com hipodensidades discretas subcorticais parieto-occipitais bilaterais, com relativa maior extensão superior à direita, com relativa redução da amplitude sulcal marginal. Levantada a hipótese de SLPR, tendo realizado RM de crânio e eletroencefalograma, que foram concordantes. Iniciou terapêutica hipotensora e anticomicial, tendo flutuação do estado de consciência nas primeiras 24 horas, a motivar realização de punção lombar, com pressão de abertura aumentada, mas com exame citoquímico normal. Durante o restante internamento, teve evolução favorável com controlo tensional e melhoria de cefaleia após introdução de analgesia. Referenciada a consulta de Neurologia.

DISCUSSÃO: Os autores reforçam a importância de equacionar o diagnóstico de SLPR no doente que se apresente com clínica característica na presença de hipertensão e TC de crânio com alterações da substância branca posterior, dado a sua reversibilidade com tratamento precoce e

adequado.

P655

711 DESTA VEZ, NÃO ERA 'SÓ VERTIGEM'... UM CASO CLÍNICO DE AVC CEREBELOSO

Carolina Midões, Leonor Soares, Carla Maravilha, Umbelina Caixas, Helena Amorim

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, EPE - Hospital de São José, Medicina 1.4

Introdução

Tonturas e vertigem são uma causa frequente de admissão no serviço de urgência (SU). As etiologias podem ser várias (cardiovascular, vestibular, neurológica), sendo na maioria benignas e auto-limitadas. Contudo, 3-5% dos acidentes vasculares cerebrais (AVC) manifestam-se com vertigem, sem evidência de sinais neurológicos focais, nomeadamente os que acometem o cerebelo (2% de todos os AVCs). Por estes motivos referidos e pelo facto de que, a tomografia computadorizada crânio-encefálica (TC-CE) tem baixa sensibilidade para a detecção de lesões cerebelosas, estes eventos são subdiagnosticados.

Caso Clínico: Homem, 63 anos, caucasiano, com antecedentes de Doença de Menière e obesidade grau I. Recorreu ao SU por quadro de vertigem, tonturas, náuseas, vômitos e sensação de desequilíbrio da marcha, com desvio para a direita, desde há 5 dias. Agravamento nesse dia, após episódio de stress. Alívio com repouso e com toma de beta-histina. Exame objetivo sem alterações e sem sinais neurológicos focais. Realizada TC-CE que demonstrou: hipodensidade hemisférica cerebelosa pótero-inferior interna direita, cortico-subcortical, com apagamento de sulcos corticais envolvidos. Assumiu-se o diagnóstico de AVC isquémico cerebeloso, ficando internado para vigilância e estudo etiológico. Realizada ressonância magnética crânio-encefálica (RMN-CE), 7 dias após admissão, que confirmou área lesional cortico-subcortical hemisférica cerebelosa posterior-inferior e parassagital à direita, com incipiente efeito de massa sobre o parênquima adjacente. Para esclarecimento da etiologia, foram realizados ecocardiograma transtorácico, ecodoppler transcraniano e dos vasos do pescoço, que não demonstraram alterações. Documentada extrassístolia ventricular frequente em Holter de 24h e hipercolesterolemia (Colesterol total 227mg/dL, LDL 163mg/dL), não conhecida previamente. Admitiram-se como factores de risco para o evento, a obesidade, a hipercolesterolemia e possível pico hipertensivo em contexto de ansiedade/stress. Sem alterações do estado de consciência, teve alta ao 7º dia de internamento, antiagregado e sob estatina em alta dose.

Conclusão: Serve este caso para realçar a importância do diagnóstico diferencial de tontura

e vertigem, alertando que esta pode ser a única sintomatologia presente no AVC do cerebelo. Adquire extrema importância a caracterização da duração dos sintomas, dos factores desencadeantes e a pesquisa dirigida de sinais e sintomas auditivos e oculares. Neste doente, acresce ainda maior dificuldade diagnóstica, pela Doença de Menière já previa, que conduziu à desvalorização da sintomatologia pelo doente. Também destacar, que a TC-CE não é o exame mais sensível à disposição, o que pode atrasar ainda mais o diagnóstico.

P656

1069 'UM CAFÉ ANTES DA PL, POR FAVOR' - UM CASO DE CEFALÉIA POR ABSTINÊNCIA DE CAFEÍNA

Filipa Taborda, Isa Silva, Madalena Sousa e Silva, Magda Faria

Hospital de Cascais

A síndrome de abstinência de cafeína é uma entidade clínica estabelecida, descrita na literatura e incluída na 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM-5). A sua incidência é desconhecida embora se julgue elevada face o consumo disseminado de café. Caracteriza-se pelo aparecimento de sintomas como cefaleia, fadiga, inatenção, irritabilidade e tonturas após cessação abrupta do consumo de cafeína num utilizador regular. A frequência de aparecimento e severidade dos sintomas aumenta com a dose diária, habitualmente superior a 400mg de cafeína por dia (equivalente a 3 cafés), embora possa ocorrer com doses mais baixas. A instalação dos sintomas ocorre 12-24 horas após a interrupção do consumo, com um pico das 20 às 51 horas, podendo durar até duas semanas. Com a readministração de cafeína verifica-se uma rápida melhoria dos sintomas. Os autores relatam o caso de uma doente do sexo feminino de 85 anos, internada no Serviço de Medicina por colite de etiologia a esclarecer cujo quadro clínico foi predominado por diarreia abundante, sem sangue ou muco, com dois dias de evolução com espessamento parietal do colón da tomografia computadorizada (TC) da admissão. Ao 3º dia de internamento, ainda a progredir na dieta para avaliação de tolerância, refere aparecimento de cefaleia bifrontal, do tipo moimha, mas com guinadas ocasionais, muito intensa, sempre presente, sem sono ou fotofobia associados. Referia mal-estar geral inespecífico e inapetência. Não apresentava alterações ao exame neurológico sumário, mantendo-se sempre vígil e orientada. Medicada com analgesia simples à qual foi refractária, obtendo apenas alívio parcial com tramadol em esquema. Pedida TC cranioencefálica que excluiu eventos hemorrágicos agudos e/ou outras alterações parenquimatosas que justificassem as queixas. Por volta do 6º dia, por pico febril, ainda que potencialmente explicado por foco infeccioso vs. inflamatório gastrointestinal,

atendendo às queixas de cefaleia persistente, foi decidida realização de punção lombar para exclusão de envolvimento de SNC. O exame citoquímico e bacteriológico do líquido não viriam a revelar alterações, mantendo-se vigilância clínica. Só após toda a marcha diagnóstica e "prova terapêutica" feita involuntariamente pela filha, viria a revelar-se o diagnóstico de cefaleia no contexto de abstinência de cafeína, com total resolução sintomática após a toma de café. Apurou-se que a doente bebia habitualmente 3 a 4 cafés por dia, já desde há vários anos e que, pelas restrições dietéticas impostas pelo seu quadro gastrointestinal, estaria desde o primeiro dia de internamento sem ingestão de cafeína. Com este caso os autores pretendem sensibilizar para a síndrome de abstinência de cafeína como um diagnóstico diferencial a considerar num doente com cefaleia, com história de consumo regular de cafeína, obviando a realização de exames complementares de diagnóstico potencialmente invasivos, não isentos de riscos e complicações.

P657

1823 UMA APRESENTAÇÃO INESPECÍFICA DE UMA DOENÇA RARA

Tatiana Salazar, Isabel Freitas, Renato Nogueira, Carla Melo

Centro Hospitalar do Médio Ave

Introdução

A Polineuropatia Amiloidótica Familiar (PAF) é uma doença hereditária autossómica dominante causada por um defeito na transtirretina, caracterizando-se por depósitos de amiloide em vários órgãos e tecidos principalmente nos nervos periféricos. É uma doença neurodegenerativa rara, progressiva e fatal, sendo Portugal um dos principais focos endémicos.

Descrição do caso:

Mulher, 36 anos. Antecedentes de infeções do trato urinário (ITU) de repetição. Sem medicação habitual. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de náuseas, vômitos, febre e edemas dos membros inferiores. Analiticamente apresentava elevação de marcadores inflamatórios (PCR 27.87mg/dl), sem outras alterações de relevo. Exame sumário de urina com nitritúria, proteinúria (0.3g/dL), leucocitúria e eritrocitúria sem cilindros. Ecografia renovesical: rim direito edemaciado, aumento de ecogenicidade e perda de diferenciação do parênquima. Foi internada por Pielonefrite aguda e para estudo etiológico da proteinúria. Isolamento de *Escherichia coli* em urocultura e hemocultura. Adicionalmente referia um quadro arrastado de astenia, anorexia e parestesias dos membros inferiores. Foi documentada anemia e dislipidemia de novo, associadas a hipoalbuminemia (1.16mg/dL) e proteinúria de 3.1g/24h. O estudo genético para o gene da transtirretina (TTR) confirmou

mutação em heterozigotia no gene TTR - variante da Doença de Andrade. Foi orientada para a Unidade Clínica de Paramiloidose do Centro Hospitalar do Porto.

Discussão

Ao diagnóstico deste caso de PAF, a doente apresentava evidência de neuropatia periférica e envolvimento renal. O envolvimento renal da doença apresenta-se mais frequentemente como proteinúria assintomática ou síndrome nefrótica clinicamente aparente. No entanto, a deposição primária de proteína amilóide pode ser limitada aos vasos sanguíneos ou túbulos e esses doente apresentam insuficiência renal com pouca ou nenhuma proteinúria. As ITU de repetição reportadas pela doente muito provavelmente fazem parte do espectro da doença pelo envolvimento das fibras nervosas do sistema urinário. O diagnóstico precoce desta patologia rara é essencial para garantir o adequado acompanhamento e tratamento da mesma, visando melhorar o prognóstico da doença, no entanto pode ser difícil a suspeição clínica até estádios mais avançados da sintomatologia.

P658

2177 MALFORMAÇÃO DE CHIARI, UMA CAUSA DE SINCOPE EM ADULTO JOVEM

Goric C., Isidoro R., Carvalho J., Leitão F., Antunes I., André M.

Hospital Amato Lusitano, Castelo Branco

Introdução

A malformação de Chiari tipo I, herniação das tonsilas cerebelares através do forame magno, gera grande interesse clínico neurológico devido a dificuldade diagnóstica, pois mimetiza outras condições em que patologias cerebelares estão envolvidas. O diagnóstico, por vezes, é de difícil realização, em face do quadro clínico neurológico multiforme e de exames complementares pouco elucidativos, sendo raras as apresentações com insuficiência respiratória aguda, síndrome vestibular e cerebelar associadas e cefaleia.

Caso clínico: Doente de sexo feminino, 17 anos, caucasiana, sem antecedentes pessoais patológicos de relevo, recorreu ao SU por quadro de cefaleia seguida de um episódio de síncope, também foi referido comportamentos de automutilação e pensamentos suicidas. Ao exame objetivo apresentava-se hemodinamicamente estável, com humor depressivo, sem outras alterações relevantes. Analiticamente sem alterações a destacar. TC-CE revelou imagem hipodensa centro-medular observada nas imagens mais inferiores, expandindo a medula podendo representar eventual lesão quística ou siringohidromielia. Doente foi seguido em consulta de medicina interna para estudo da alteração imagiológica do TC-CE.

Conclusão: A malformação de Chiari tipo I é uma doença que exige o acompanhamento com neurocirurgião, para que o tratamento cirúrgico seja indicado no momento oportuno, quando aparecem evidências da deterioração neurológica, progressão dos sintomas que se tornam incapacitantes.

P659

1760 APRESENTAÇÃO PSEUDOTUMORAL DA ANGIOPATIA AMILÓIDE CEREBRAL DO TIPO INFLAMATÓRIO

Daniela Dantas Rodrigues, Joana Sotto Mayor, Raquel Fontes, Emanuel Costa, Sofia Esperança, Carlos Capela
Hospital de Braga

A Angiopatia Amilóide Cerebral do tipo inflamatório (AAC-I) é uma forma rara de AAC, na qual existe uma reacção inflamatória aos depósitos de beta-amilóide na zona do córtex e leptomeninges. Radiologicamente pode ser confundido com um tumor cerebral.

Caso Clínico: Homem de 62 anos, com quadro de hemiparesia esquerda, cefaleias e crises de ausência com 1 mês de evolução. Como antecedentes apresentava prótese mitral mecânica há 28 anos e fibrilhação auricular (FA), sendo hipocoagulado com varfarina. Devido à impossibilidade de realizar RMN pela presença de prótese mitral, realizou TC crânio que revelou a presença de uma lesão infiltrativa hipodensa na região frontal direita, sem captação de contraste, colocando-se a hipótese de se tratar de oligodendroglioma ou glioma de baixo grau. Iniciou levetiracetam e foi efectuada biópsia cerebral, cujo resultado histológico foi compatível com processo infeccioso/inflamatório. Nesta fase, e sem ter sido instituído qualquer tipo de terapêutica adicional, verificou-se melhoria espontânea dos sintomas, com recuperação total da autonomia do doente. Foi então encaminhado para a consulta externa de Medicina Interna para continuação de estudo. À observação, encontrava-se assintomático e com diminuição da força muscular à esquerda. Repetiu TC crânio que mostrou diminuição das dimensões da lesão, colocando-se novamente a hipótese de etiologia infecciosa/inflamatória. O estudo analítico não mostrou alterações de relevo. Um TC toraco-abdomino-pelvico mostrou a presença de hepatosplenomegalia e pequenas adenopatias mediastínicas. Realizada punção lombar, cuja análise de líquido cefalorraquidiano não revelou alterações. Efectuado ecocardiograma transesofágico que revelou a presença de trombo no apêndice auricular esquerdo. Realizou PET que revelou hipocaptação do radiofármaco no córtex frontal direito, relacionada com a lesão.

Acaba por poder realizar RMN dada a presença de aparelho compatível com próteses cardíacas mecânicas na nossa instituição. O exame mostrou lesão frontal direita, de provável lesão de natureza inflamatória. Em T2* eram observadas

microhemorragias dispersas pelo parênquima encefálico.

O doente foi reavaliado 6 semanas após alta do internamento, permanecendo assintomático, sem alterações ao exame objectivo. Repetiu RMN que mostrou diminuição do tamanho da lesão.

Uma vez excluídos diagnósticos alternativos, a hipótese de AAC-I parece-nos a mais provável. Trata-se de um quadro neurológico subagudo, de resolução espontânea, com uma apresentação pseudotumoral em TC de crânio.

A relevância deste caso prende-se com o facto de, por ser uma doença rara, a AAC-I necessita de um elevado índice de suspeição para o seu diagnóstico. O diagnóstico definitivo requer a presença de depósitos de beta-amilóide nos vasos de pequeno e médio calibre, o que não se verificou no nosso caso. Acreditamos eu tal possa ter acontecido por erro de amostragem, tal como já foi reportado noutros casos descritos na literatura.

P660

2002 A CÉSAR O QUE É DE CÉSAR

Mauro Fernandes, Duarte André Ferreira, Margarida Temtem, Styliani Karamanou, Maria da Luz Brazão
Hospital Central do Funchal

A Síndrome de Williams Beuren, é uma síndrome multissistémica causada pela deleção de cerca de 1,5 milhões de pares de bases que contêm entre 26 a 28 genes do cromossoma 7. Tem uma incidência de cerca de 1 em cada 10.000 pessoas.

Esta síndrome é vista como um modelo de estudo em que se pode estabelecer relação genótipo/fenótipo e assim potencialmente revelar genes que contribuam para Diabetes Mellitus, Hipertensão, Ansiedade, entre outras patologias.

AJ, sexo feminino, 44 anos, residente no Funchal.

Encaminhada à consulta de Medicina Interna por Hipertensão e Anemia Ferropénica.

Antecedentes Pessoais: Oligofrenia, Cirurgia Cardíaca aos 2 anos (não especificada em qualquer registo clínico e que familiar não sabia especificar, apenas refere que foi numa válvula cardíaca), Hipertensão Arterial, DM II, Hérnia diafragmática com Refluxo Gastroesofágico.

MH: Pantoprazol 40mg, Losartan 100mg, Ferro Oral, Risperidona 2mg.

Da história clínica foi possível apurar que a doente sempre teve um deficit cognitivo desde muito cedo e com um fâcies de características tipo élficas. Foi possível igualmente apurar que a doente tinha uma personalidade sempre muito amigável apesar da sua ansiedade. A familiar revelou ainda um enorme gosto por música.

Ao exame objetivo a destacar:

- Deficit cognitivo evidente.
- Fâcies com características élficas e sorridente. Ainda a nível da cabeça a destacar maloclusão dentária e cabelo completamente grisalho.
- Baixa estatura (1.43m).
- Clinodactilia do 5º dedo em ambas as mãos.
- Pectus excavatum
- Escoliose Dorsal
- TA 157/83 FC 76 bpm
- ACP sem alterações.

Após a observação da doente, a acompanhante foi questionada sobre qual o diagnóstico que tinha sido dado à condição que a doente apresentava, tendo a resposta sido, e passo a citar: "Atrasada Mental."

Neste caso clínico, temos uma doente com várias características que se enquadram na chamada Síndrome de William Beuren e isso não pode simplesmente ser ignorado.

Para os autores a importância deste caso reside no impacto que a avaliação holística e integrada do doente pode ter na sua qualidade de vida e na perceção de doença por parte da família.

A possibilidade de enquadramento sindrómico tem igualmente implicações clínicas, permitindo um rastreio e diagnóstico atempado das complicações inerentes a esta síndrome e uma melhor gestão das complicações do foro psiquiátrico.

P661

2076 MOYAMOYA

Cátia Carvalho, Daniana Condado, Maria Helena Pacheco, Lurdes Venâncio Pereira, Conceição Loureiro
Hospital Santo António dos Capuchos

A doença de Moyamoya é uma patologia cerebrovascular oclusiva, crónica, com oclusão espontânea do polígono de Willis, mais concretamente na porção terminal da artéria carótida interna, com desenvolvimento de circulação colateral compensatória com aspecto angiográfico característico de 'nuvem de fumo'. É uma patologia rara, mais frequente ao nível dos países asiáticos, no género feminino e tendo dois picos de incidência entre os 10 e 20 anos e os 35 e os 50 anos e caracteristicamente cursa com manifestações de isquémia e de hemorragia cerebral, cefaleias ou défice

cognitivo. Apresentamos uma mulher, 58 anos, leucodérmica, portuguesa, com historia pessoal de hipertensão arterial e dislipidémia, medicada em conformidade. Foi levada ao serviço de urgência

por síncope associada a movimentos involuntários ao nível do membro superior direito, auto-limitada e com recuperação espontânea, onde da avaliação clínica se destacava desorientação no tempo e no espaço importante e limitativa, condicionando dependência ao nível da orientação nomeadamente espacial, de agravamento progressivo. Foi realizada TC-CE com evidência de 'pequena hipodensidade subcortical frontal transição gyrus superior/gyrus médio à esquerda de etiologia imprecisa - vascular?', tendo tido alta orientada para a consulta de medicina interna onde foi pedida angioRM CE com evidência de 'estenose luminal bilateral das carótidas internas...calibre reduzido das artérias cerebrais médias... ectasia das estruturas vasculares artérias de pequeno calibre... em relação com circulação colateral. Permeabilidade mantida das artérias cerebrais anteriores, comunicantes posteriores, cerebrais posteriores, cerebelosas superiores, basilar e vertebral. Os aspectos são sugestivos de doença de MoyaMoya.' Tendo sido orientada para CE de Neurocirurgia para eventual tratamento cirúrgico com revascularização cerebral. Na Medicina nem sempre a causa mais comum é o quadro que justifica o contexto clínico, pelo que é importante manter presente que as causas atípicas apesar de pouco frequentes podem ser a correcta etiologia da nossa investigação.

P662

33 MIASTENIA GRAVIS: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sílvia Nunes, Gabriela Pereira, Sara Freitas, Ussamané Embaló, Nuna Vieira, Jorge Cotter

Hospital Senhora da Oliveira -Guimarães

INTRODUÇÃO

A Miastenia Gravis é uma doente auto-imune que afeta a membrana pós sináptica da junção neuromuscular. Existem várias variantes da doença, sendo que em 10% dos casos pode apresentar concomitantemente um timoma. O quadro clínico pode ser muito variado, afetando a musculatura esquelética, normalmente com um padrão simétrico. A fraqueza muscular varia ao longo de dia, sendo praticamente normal de manhã. Este caso clínico, demonstra que o elevado nível de suspeição, baseado numa história clínica detalhada é a chave na orientação destes doentes.

CASO CLÍNICO

Mulher com 46 anos, sem antecedentes de relevo, admitida no SU, por quadro de disartria associada a paraparésia dos membros inferiores. A paraparésia era recorrente ao final do dia desde há 3 meses, com agravamento progressivo e limitação marcada nas atividades de vida diária. Não tolerava atividade

física, ao ponto de ficar sem reatividade nas pernas. Referia, ainda, "cansaço" na mastigação, sem alterações da deglutição. De novo, apresentava alteração na linguagem, que caracterizava como dificuldade na articulação das palavras. Negava alterações visuais ou sensitivas. No serviço de urgência realizou tomografia computadorizada (TC) crânio-encefálica sem alterações de relevo e analiticamente com elevação discreta de marcadores de rabdomiólise. Ficou internada para esclarecimento etiológico.

No internamento, tendo em conta, o quadro flutuante de fraqueza (pior ao final de dia) com agravamento com a atividade física, levantou-se a hipótese de Miastenia Gravis. Solicitada auto-imunidade, nomeadamente anticorpos muscle-specific tyrosine kinase (MuSK) e anti-aceylcholine receptor (Ach-R), que foram negativas. Aldolase sérica sem alterações. Realizou TC tórax que identificou nódulo hipodenso com 12x8 mm no timo. Após discussão do caso admitida provável Miastenia Gravis seronegativa, teve alta medicada com piridostigmina 30 mg (4 vezes/dia), orientada para Consulta de Medicina Interna e Cirurgia Torácica.

Atualmente mantém-se medicada com piridostigmina 60 mg (4 vezes/dia), com bom controlo da sintomatologia. Foi observada por Cirurgia torácica que optou por manter atitude conservadora.

DISCUSSÃO

Neste caso o elevado nível de suspeição foi essencial para orientar a investigação etiológica, embora não tenha anticorpos MuSK ou anti Ach-R positivos, 10-15% dos doentes miasténicos são seronegativos e cerca de 10% apresenta timoma. Relativamente à timectomia esta é protelada em doentes sem deteção de anticorpos séricos, no entanto, poderá ser considerada em doente com Miastenia Gravis de início precoce ou quando não obtemos resposta desejada com a terapêutica médica.

P663

852 TROMBOSE VENOSA CEREBRAL – UM DESAFIO PARA O MÉDICO

Miguel Coimbra, Gonçalo Santos, Andreia Bernardino, Francisco Azevedo

Hospital do Espírito Santo de Évora, Serviço de Medicina 1

A trombose venosa cerebral (TVC) apesar de rara (0.1-0.2 casos/100.000), constitui uma importante causa de trombose nos jovens, com uma mortalidade entre 5% a 10%. A apresentação clínica é muito variável, tornado o diagnóstico muitas vezes difícil e demorado. Com o desenvolvimento dos exames de imagem, tem-se verificado um aumento dos casos diagnosticados, nomeadamente daqueles de menor gravidade, embora continue a ser um

desafio o diagnóstico destes casos.

Homem de 20 anos, saudável e sem medicação crónica. Recorreu ao SU por quadro de cefaleia holocraneana e vertigem com cerca de 24 horas de evolução e que surgiu uma hora após queda de cadeira, sem TCE. A observação foi normal e os exames complementares de diagnóstico (análises, RX de tórax e TC-CE) não revelaram alterações. Após analgesia, teve alta assintomático. No dia seguinte voltou ao SU por persistência de cefaleia, vertigem e agora com náuseas e vômitos. Sem cefaleia em decúbito, mas em ortostatismo ou com a elevação da cabeça voltava a ter cefaleia e vertigem. O exame neurológico era normal. Foram colocadas as hipóteses diagnósticas de meningite, trombose venosa cerebral e lesão cervical pós queda. Repetiu ECD (análises, RX de tórax, RX simples do abdómen, TC-CE, punção lombar e RM da coluna cervical) que não revelaram alterações. Na veno-TC CE foram identificadas áreas segmentares na vertente lateral do seio longitudinal superior bilateralmente, a nível da alta convexidade espontaneamente e ligeiramente hiperdensas no estudo sem administração de contraste, sem evidência de preenchimento no estudo após contraste, em possível relação com calcificações durais. Fez RM com estudo de difusão e estudo venoso que não demonstrou sinal de fluxo nos dois terços mediais do seio transversal esquerdo, evocando potencial trombose venosa, não recente. O doente foi internado, mas teve alta dois dias depois, assintomático. Em consulta de Medicina Interna foi pedido o estudo pró trombótico, que revelou uma mutação em heterozigotia do Factor V de Leiden. O doente iniciou anticoagulação com varfarina e foi orientado para uma consulta de genética.

Sabe-se que relativamente à mutação FV Leiden, indivíduos heterozigotos (R/Q) apresentam um risco estimado de ocorrência de episódios de tromboembolismo venoso (TV) sete vezes superior aos indivíduos não portadores (Q/Q). Assim, o nosso doente iniciou anticoagulação, pois mesmo tratando-se uma alteração compatível com TVC não recente, foi identificado um factor de risco não modificável, com o intuito de prevenir novos episódios de TV.

P664

944 DISSEÇÃO CAROTÍDEA EM DOENTES COM MAIS DE 60 ANOS: UM DIAGNÓSTICO "ESQUECIDO"

Maria Maia, Célia Machado, João Espírito Santo, Nuno Inácio, Ângela Timóteo, José Vale
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução

A disseção carotídea (DC) é uma importante causa de acidente vascular cerebral (AVC) isquémico e

é responsável por até 25% dos AVC isquémicos em doentes jovens. Em doentes com mais de 60 anos são outros os mecanismos que prevalecem como causa de AVC. Num estudo recente, em 2400 doentes com DC confirmada apenas 7,4% tinham mais de 60 anos.

Caso 1: homem, 68 anos, caucasiano, história de tabagismo (30 unidades maço ano (UMA)); quadro com duas semanas de evolução de cefaleia hemcraniana esquerda e toma de anti-inflamatórios não esteróides para controlo da dor, sendo internado por hemorragia digestiva por úlcera péptica neste contexto. Foi referida alteração da linguagem no dia anterior. Após o tratamento da úlcera, existiu instalação de quadro caracterizado por afasia, hemiparésia direita e hemihipostesia direita. A Tomografia Computadorizada-Crânioencefálica (TC-CE) com estudo angiográfico revelou aspetos compatíveis com AVC isquémico no território da artéria cerebral média esquerda e estenose bilateral dos segmentos cervicais distais das artérias carótidas internas (ACI). A Ressonância magnética (RM) encefálica com estudo angiográfico revelou hematoma intramural na ACI esquerda com estenose focal pré-obliterativa no segmento cervical alto e estenose focal da ACI direita, observando-se também várias lesões isquémicas agudas na substância branca fronto-temporo-parietal bilateralmente, cortico-subcorticais frontais e núcleo-capsulares à esquerda. O restante estudo etiológico foi normal.

Caso 2: homem, 61 anos, caucasiano, história de hipertensão arterial não controlada e tabagismo (40UMA); quadro de início súbito de afasia e hemiparesia direita, sem história de traumatismo, cefaleia ou outros. A TC-CE com estudo angiográfico revelou ASPECTS 8 em 10 e oclusão do segmento pós-bulbar da ACI esquerda. O doente foi submetido a trombólise. O doppler dos vasos do pescoço feito posteriormente não revelou alterações. A RM com estudo angiográfico dos vasos cervicais e intracranianos revelou lesões cortico-subcortical fronto-temporal e da coroa radiária à esquerda e disseção do segmento cervical da ACI esquerda. O restante estudo etiológico foi normal.

Conclusão: a disseção arterial é uma causa muito pouco frequente de AVC nos doentes com mais de 60 anos. O seu reconhecimento é importante porque a abordagem terapêutica pode alterar-se, nomeadamente na fase aguda. No primeiro caso, a cefaleia prolongada foi provavelmente o primeiro sintoma de disseção e a existência de estenoses focais cervicais bilaterais levantou de imediato a hipótese de fibrodysplasia. No segundo caso, o que levou à suspeita de disseção foi a reperfusão da ACI sem recurso a trombectomia. Nenhum dos doentes teve cervicalgia.

P665

1220 MONOPARÉSIA DA MÃO ESQUERDA: UMA APRESENTAÇÃO RARA DE AVC

Arsénio Barbosa, Claudemira Pinto, Inês Marques, Beatriz Carmo, Filipa Silva, Jorge Almeida
Centro Hospitalar São João

Introdução

As doenças cerebrovasculares são responsáveis por cerca de 12000 mortes por ano em Portugal e são a principal causa de anos perdidos de vida (9,9 anos). O acidente vascular cerebral (AVC) caracteriza-se pela presença de défice neurológico súbito, cuja duração não permite estimar com precisão a presença ou ausência de área de enfarte ou a sua etiologia.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um homem de 66 anos, mRankin prévio de 0, dextro, com história relevante de dislipidemia medicado e ex-fumador há 10 anos, com carga tabágica de 10 unidades maço-ano, sem história familiar de doença cerebrovascular em idade jovem, que recorreu ao Serviço de Urgência por diminuição da força muscular da mão esquerda, sobretudo motricidade fina, com 3 dias de evolução. Ao exame neurológico à admissão, apresentava discreta pronação do membro superior esquerdo com diminuição da flexão e extensão dos dedos da mão e manutenção da força do punho. Foi realizado TC-cerebral que não mostrou lesão vascular aguda. Foi admitido AVC isquémico, Dado o tempo de evolução, não foi candidato a trombólise ou trombectomia mecânica. Iniciou tratamento com ácido acetilsalicílico e estatina e foi internado no Serviço de Medicina Interna para estudo e estratificação dos factores de risco cardiovascular. Durante o internamento, repetiu TC-cerebral que estava sobreponível ao da admissão. Para completar o estudo etiológico, realizou ecodoppler dos vasos do pescoço e transcraniano que revelou estenose carotídea bilateral significativa (75% à esquerda e 65% à direita) e ressonância magnética cerebral que mostrou área de enfarte a nível do córtex motor à direita envolvendo o córtex motor da mão esquerda. Foi proposto para endarterectomia carotídea que realizou sem intercorrências.

Discussão: Este caso pretende demonstrar a invulgaridade da manifestação de um AVC por monoparésia da mão com a concordância da área de enfarte afetada a nível no córtex motor.

P666

66 ENCEFALOPATIA DE WERNICKE - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Filipa Cardoso, Gabriela Pereira, Margarida Rocha, Ussumane Embaló, Jorge Cotter
Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães

INTRODUÇÃO

A encefalopatia de Wernicke (EW) é um distúrbio neurológico agudo ou sub-agudo, causada por défice de vitamina B1, cujo tratamento imediato é fundamental para a prevenção de evolução para a síndrome de Korsakoff, caracterizada por alterações mnésicas irreversíveis. O diagnóstico é primariamente clínico. A EW é caracterizada pela tríade clássica de ataxia, oftalmoplegia e quadro confusional, no entanto, tais sintomas podem ocorrer isoladamente, contribuindo muitas vezes para o seu subdiagnóstico.

DESCRIÇÃO: Mulher de 63 anos, previamente autónoma, com antecedentes de etilismo crónico, doença hepática crónica MELD 14/Child Pugh B e síndrome depressivo. Admitida por alteração progressiva do estado de consciência com lentificação psicomotora, confusão mental e perda progressiva de capacidade de autonomia com aproximadamente 1 mês de evolução. Objectivamente, hemodinamicamente estável e apirética, com flutuação do estado de consciência. Apresentava telangiectasias malares e equimoses dispersas pelo tronco e membros. Ao exame neurológico apresentava bradifénia, desorientação temporo-espacial e discurso incoerente; força muscular diminuída de forma global, com dísmetria de movimentos; reflexos cutâneo-plantares indiferentes bilateralmente. Analiticamente a destacar trombocitopenia e coagulopatia, sem alterações metabólicas ou hidro-electrolíticas; urina tipo 2 com bacteriúria. TAC-CE não mostrou alterações agudas e a análise de líquido foi normal. EEG compatível com disfunção cortico-subcortical num possível contexto de encefalopatia metabólica. Colocada hipótese de EW ou encefalopatia hepática em contexto infeccioso. RM-CE mostrou hipersinal dos núcleos lenticulares em T1, em relação com hepatopatia crónica, e atrofia focal dos corpos mamilares, num eventual contexto de EW. Iniciou reposição com tiamina. Em follow-up, documentada melhoria gradual do quadro clínico.

DISCUSSÃO: A EW é uma condição que, se diagnosticada e tratada atempadamente, é potencialmente reversível. Apesar de frequentemente se encontrar relacionada com o etilismo crónico, a EW pode ocorrer em qualquer estado de desnutrição, sendo essencial identificar os indivíduos de alto risco. Este caso clínico pretende relembrar esta entidade, e sublinhar que, num contexto clínico adequado, o limiar para suspeição clínica de EW deve ser baixo e a

reposição vitamínica imediatamente iniciada, no sentido de prevenir possíveis danos neurológicos irreversíveis.

P667

626 HEMIBALISMO-HEMICOREIA COMO APRESENTAÇÃO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO

José Costa Carvalho, Joana Couto, Carlos Ribeiro, Diana Guerra, Carmélia Rodrigues

Medicina Interna, ULSAM - Viana do Castelo, Portugal

Introdução:

Hemibalismo-Hemicoreia é uma desordem involuntária hipercinética do movimento pouco comum após um Acidente Vascular Cerebral (AVC). Existem poucos estudos a caracterizar a incidência, mas um estudo sul-coreano analisou 5009 casos de AVC consecutivos dos quais apenas 27 tinham como apresentação clínica esta desordem do movimento (0,54%). As regiões mais comumente afectadas são o núcleo caudado, subtalâmico e os núcleos da base.

Caso clínico:

Homem de 74 anos com antecedentes de tabagismo (64 unidades maço ano) e bronquite crónica, recorreu ao serviço de urgência por movimentos involuntários do membro superior esquerdo e oromandibulares esquerdos com 1 semana de evolução. À avaliação objectiva verificados movimentos rápidos, não rítmicos, com arremesso do braço esquerdo e movimentos espasmódicos dos músculos distais do membro superior esquerdo. Também verificados movimentos oromandibulares esquerdos, espasmódicos e não rítmicos. Verificado ainda hipostesia álgica do hemicorpo esquerdo.

Perante a suspeita de AVC, solicitada tomografia computadorizada crânio-encefálica que descreveu atrofia difusa de acordo com a idade, sem outras alterações.

Presumiu-se AVC e ficou internado para tratamento e continuação de estudo. Iniciou haloperidol para controlo dos sintomas hipercinéticos com excelente resposta clínica. Solicitada ressonância magnética crânio-encefálica para melhor caracterização da região dos núcleos da base que foi realizada 15 dias após início dos sintomas e que descreveu lesão isquémica na cabeça do núcleo caudado direito sendo considerada como provável causa dos sintomas.

Teve alta com medicação antiagregante, antilipídica e mantendo haloperidol orientado para a consulta externa.

Discussão:

Trata-se de um caso interessante e pouco comum, no entanto, apesar de raro, pode ser o principal

sintoma de um AVC e o atraso ou falha em reconhecer e identificar o diagnóstico pode ter consequências graves.

Saliento também a dificuldade em ter acesso rápido à realização de ressonância magnética na maioria dos hospitais portugueses que numa lesão habitualmente localizada na região dos núcleos da base pode atrasar o diagnóstico pela baixa sensibilidade da tomografia computadorizada.

P668

629 UM CASO DE DIPLOPIA

Marisa Rosete, Margarida Gaudêncio, Filipa Batista, Rui Ferreira, Susana Magalhães, Fernando Ferraz e Sousa, Amélia Pereira

Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E

Doente do sexo masculino de 70 anos de idade, referenciado para a consulta de Medicina Interna por diplopia com 2 meses de evolução. O doente referia já ter sido observado pela Oftalmologia mas sem resolução do quadro. Como antecedentes pessoais o doente apresentava hipertensão arterial, estenose da válvula aórtica, dislipidemia e obesidade. Estava medicado com Furosemida 40mg, Lisinopril 20mg, Amlodipina 10mg, Sinvastatina 40mg + Ezetimiba 10mg e Citalopram 20mg. Ao exame objectivo o doente apresentava peso de 109.5kg, altura 162cm, IMC 41.7kg/m², tensão arterial de 138/79mmHg, a auscultação cardíaca era rítmica com sopro sistólico aórtico grau II/VI e apresentava ainda edemas a nível dos membros inferiores bilateralmente com sinal de godet positivo. Ao exame neurológico havia assimetria das fendas palpebrais, apresentando uma proptose discreta à esquerda e diplopia nos olhares conjugados, lateral para esquerda e vertical para cima, para fora e para dentro. Foi enviado ao serviço de urgência onde efectuou uma tomografia axial computadorizada que mostrou "discreta hipertrofia dos músculos oculares a nível da órbita esquerda" e foi pedido consulta de Neurologia. Laboratorialmente destaca-se a negatividade para anti-double stranded DNA antibody (anti-dsDNA), anticorpos anti-Nucleares (ANA), thyrotropin receptor antibodies (TRAbs), anticorpos anti-receptores da acetilcolina, serologias para borrelia, serologias para herpes simplex e varicela zóster. Efectuou-se ressonância magnética (RNM) das órbitas para descartar possível meningioma da bainha do nervo óptico, a qual revelou "inflamação/miosite aparente do músculo reto inferior esquerdo, e em menor grau do músculo reto medial ipsilateral. O doente foi medicado com Prednisolona 20mg e referenciado para as consultas de Neurocirurgia e Fisiatria.

Conclusão: A miosite orbitária caracteriza -se por um processo inflamatório, de etiologia desconhecida, que pode atingir qualquer estrutura da órbita e cujo diagnóstico e tratamento atempado

são fundamentais. A RNM da órbita é o exame de imagem mais sensível. O seu diagnóstico é feito após exclusão de causas secundárias. A primeira linha de tratamento é a corticoterapia, mas nos casos refractários a utilização de fármacos imunossupressores poderá estar indicada.

DOENÇAS ONCOLÓGICAS

P669

415 OPSOCLONUS-MIOCLONUS

Ana Simas, Ricardo Veloso, Maria Menezes, Ana Silveira, Juvenal Moraes, Mariela Rodrigues, Joana Mota, Rui Suzano, Fátima Pinto, António Goulart

Hospital da Horta, E.P.E.

Introdução:

A síndrome opsoclonus-mioclonus (SOM) é muito bem descrita em crianças como ocorrência paraneoplásica associada ao neuroblastoma, no entanto é menor o conhecimento quanto ao seu aparecimento na idade adulta. Quando esta entidade surge, deve ser sempre considerada a possibilidade de neoplasia subjacente a anteceder esta síndrome em meses ou anos. A presença de anticorpos anti-Ri no líquido céfalo-raquídeo (LCR) confirma o diagnóstico.

Os autores consideram que este caso clínico deve ser documentado pela sua raridade, contribuindo para o seu melhor conhecimento e caracterização.

Caso Clínico:

Sexo feminino, 49 anos. Antecedentes de mastoplastia de redução bilateral 9 anos atrás, e cirurgia corretiva de incontinência fecal recente.

Encaminhada à consulta de medicina interna por quadro repentino de alteração da visão e da marcha. Objetivamente destacavam-se movimentos oculares involuntários multidirecionais em "sacada", associados a mioclonias da face, axiais e apendiculares, assim como ataxia da marcha. Colocou-se a hipótese de se tratar de SOM.

Nos exames complementares apresentava: ecografia tiroideia normal; mamografia e ecografia mamária normal; tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica normal; LCR com citoquímica normal e anticorpos onconeurais anti-Ri positivos; ressonância magnética nuclear (RMN) crânio-encefálica normal; tomografia computadorizada por emissão de positrões com lesão nodular sólida retroaureolar da mama esquerda e captação anómala no ápex da axila esquerda, sugestiva de neoplasia mamária com atingimento ganglionar.

Realizada RMN mamária e biópsia da lesão para caracterização com conclusão de se tratar de carcinoma ductal invasivo com metástase

ganglionar.

Submetida a tratamento médico e cirúrgico com tumorectomia central e esvaziamento axilar, seguindo-se radioterapia, quimioterapia e hormonoterapia. Melhoria do quadro de SOM aos cinco meses de pós-operatório.

Discussão:

Este caso clínico mostra a importância de estar familiarizado com as síndromes paraneoplásicas, de forma a reconhecê-las e investigar possíveis neoplasias subjacentes atempadamente, para um melhor prognóstico.

P670

931 HIPERCALCEMIA MALIGNA NA GRAVIDEZ. UMA PASSAGEM EFÉMERA...

Jorge Silva Ferreira, Yolanda de Sá Pereira, Soraia Lobo-Martins, Rita Teixeira de Sousa, Maria João Gomes

Centro Hospitalar Lisboa Norte

Introdução

A hipercalcemia na gravidez está associada a morbilidade e mortalidade materno-fetal significativas, embora na maioria dos casos, esteja relacionada com hiperparatiroidismo primário, uma situação usualmente benigna. Mais raramente, resulta da presença de tumores produtores de pr-PTH (carcinoma espinocelular, carcinoma mama, renal, bexiga, colo-retal, linfomas e tumores da placenta), tumores produtores de vitamina D (linfomas e disgerminomas do ovário) e metástases líticas. Destas causas a mais frequente é o carcinoma da mama. Caso clínico: T.V., sexo feminino, de 31 anos, grávida de 33S+1D, com várias vindas ao SU por dor lombar e cialgia refratárias a analgesia, associada a anorexia não seletiva e perda de peso. À observação, vígil, mas prostrada, eupneica, normotensa, mucosas desidratadas e descoradas, auscultação cardio-pulmonar sem alterações, abdómen com útero gravídico difusamente doloroso, e edemas maleolares simétricos. Laboratorialmente, anemia normocítica normocrômica, leucocitose com neutrofilia, VS 69mm/h, creatinina 2.07mg/dL, cálcio corrigido 18,1mg/dL, fósforo normal, transaminases normais, LDH: 327 U/L, PCR 9.66mg/dL. Admitida num Serviço de Medicina para correção de hipercalcemia, que não teve melhoria clínico-laboratorial após hidratação endovenosa intensa e terapêutica diurética. Dado o risco fetal de administração de bifosfonatos avançou-se para cesariana, durante a qual se verificou presença de massas ováricas que foram submetidas a biópsia. De regresso ao Serviço de Medicina procedeu-se à administração de ácido zoledrónico com normalização dos valores de calcémia. O estudo do metabolismo do cálcio revelou PTH 8.1pg/mL, pr-PTH 9.2pmol/L (<1.3pmol/mL). Pediu-se TC de corpo que mostrou

estroma mamário aumentado à direita, massas sólidas anexas e gânglios infracentimétricos nas cadeias júbulo-carótídeas e axilares. A cintigrafia óssea evidenciou múltiplas lesões líticas ósseas compatíveis com lesões secundárias e a biópsia ovárica revelou metástase de provável origem mamária. Biópsia mamária evidenciou neoplasia do tipo adenocarcinoma tubular, grau 3, triplo negativo. Iniciada hormonoterapia e quimioterapia com intuito paliativo. Infelizmente, a doente faleceu cerca de 1 ano após o nascimento da filha. Discussão: Apresenta-se este caso pelas dificuldades diagnósticas de hipercalemia maligna numa doente grávida, previamente saudável, que se apresenta com dor lombar, queixa que é comum no último trimestre da gravidez, recordando que o doseamento de cálcio não faz parte da avaliação de rotina. Por outro lado, as ecografias gestacionais prévias não mostravam lesões no ovário, o que leva a supor que o estado de gravidez potenciou a disseminação do tumor da mama que se apresentou com metastização ovárica, óssea e ganglionar. Discute-se ainda a hipótese do relativo estado de imunossupressão induzido pela gravidez ter contribuído para a gravidade na apresentação do caso clínico.

P671

112 SARCOMA DE KAPOSI CLÁSSICO – UMA ENTIDADE CLÍNICA RARA

Inês Bargiela, Maria João Gomes, Ana Sofia Ventura
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

O sarcoma de Kaposi (SK) é uma entidade clínica que apresenta vários aspectos ainda desconhecidos, relacionados com a sua etiologia, natureza das células proliferativas e factores que induzem e mantêm a multiplicação celular. Existem vários tipos de SK: o clássico, o epidémico associado ao vírus de imunodeficiência humana (VIH), o endémico africano e o associado a terapêutica imunossupressora. O SK clássico é uma neoplasia vascular rara, mais prevalente em idosos da região mediterrânica e Europa de Leste, com uma relação homem:mulher 10-15:1, que evolui de forma indolente com aumento gradual das lesões cutâneas e desenvolvimento de novas lesões ao longo dos anos, que resultam frequentemente em estase venosa e linfedema dos membros inferiores.

O caso clínico descrito pelos autores refere-se a uma doente de 85 anos, com antecedentes de insuficiência venosa dos membros inferiores, fibrilhação auricular crónica e insuficiência cardíaca, internada por síndrome confusional, em contexto demencial. Concomitantemente, detectaram-se lesões cutâneas maculo-papulares em ambos os membros inferiores, tendo sido feita excisão de uma das lesões, cujo exame histológico revelou o diagnóstico de SK clássico. Laboratorialmente, sem alterações valorizáveis, nomeadamente, VIH 1 e

2 negativos. Iniciou terapêutica citostática, com melhoria franca das lesões.

Este caso refere-se à forma clássica do SK, que ainda deve ser lembrada, apesar da forma associada ao VIH ser muito mais prevalente. Embora não estejam associadas lesões cerebrais ao SK clássico, cerca de um terço dos doentes desenvolve uma segunda neoplasia, na maioria das vezes linfoma não-Hodgkin, o que mostra a importância desta entidade clínica.

P672

214 ADENOMEGALIAS SUPRACLAVICULARES: MANIFESTAÇÃO INAUGURAL DE NEOPLASIA DA PRÓSTATA.

Rita Rego, Isa Peixoto, Irene Marques, João Araújo Correia

Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução

As adenopatias supraclaviculares esquerdas têm etiologia maligna em mais de 50% dos casos, sobretudo em indivíduos com mais de 40 anos. Estão classicamente associadas a neoplasias do pulmão e do trato gastrointestinal e a doenças linfoproliferativas.

Caso clínico

Homem de 66 anos, autónomo, com passado de etilismo e tabagismo. Internado por insuficiência cardíaca aguda de novo em contexto de infeção respiratória, cuja estudo etiológico identificou cardiopatia hipertensiva com fração de ejeção intermédia do ventrículo esquerdo e fibrilhação auricular persistente, tendo iniciado hipocoagulação. O exame objetivo inicial revelou adenomegalias supraclaviculares esquerdas volumosas de aparecimento recente. A tomografia computadorizada toraco-abdominal-pélvica identificou várias adenopatias dispersas pelos planos cervicais, torácicos, abdominais e pélvicos, não tendo sido identificadas outras lesões suspeitas de malignidade. O estudo anatomopatológico da biópsia excisional do gânglio cervical identificou metástase de carcinoma pouco diferenciado com perfil imunohistoquímico de CK7-/CK20-encontrado no carcinoma da próstata, entre outros. O toque retal revelou próstata de consistência pétrea e identificou-se valor muito elevado de PSA sérico. A marcação imunohistoquímica de PSA no tecido da biópsia foi negativa mas verificou-se imunoreactividade nuclear para outro anticorpo NKX3.1, um marcador altamente sensível para o diagnóstico de adenocarcinoma da próstata.

No 5º dia de internamento desenvolveu enfarte cerebral da artéria cerebral média direita com hemiparésia esquerda, sob hipocoagulação. Com má evolução desde então, realizou biópsias prostáticas transretais numa altura em que apresentava uma

deterioração importante do estado geral, tendo vindo a falecer nos dias seguintes. Post mortem confirmou-se a existência de adenocarcinoma acinar bilateral da próstata.

Discussão

O adenocarcinoma da próstata é a neoplasia mais frequente no homem acima dos 50 anos, com prognóstico razoavelmente favorável. A metastização ganglionar supraclavicular ocorre em menos de 1% dos casos, sendo ainda mais rara como manifestação inaugural, o que se verificou no caso que descrevemos. Num homem desta faixa etária, a presença de adenomegalias supraclaviculares deve levar à realização de toque retal e doseamento de PSA, ainda que seja uma apresentação atípica desta neoplasia frequente.

P673

814 CARCINOMA EPIDERMÓIDE DA PLEURA – UMA ENTIDADE RARA

Rosa Margarida Cardoso, Jorge Rodrigues, Margarida Monteiro, Manuela Vasconcelos

Hospital de Braga

Introdução

As neoplasias ocultas são uma entidade comum, representando 4-5% das neoplasias avançadas. O carcinoma epidermoide, raro na ausência de tumor primário evidente, traduz 5% de todas as neoplasias ocultas.

Caso clínico: mulher 39 anos; antecedentes irrelevantes; sem medicação. Recorre ao serviço de urgência (SU) por astenia, 1 mês evolução e dispnéia em agravamento. Previamente avaliada por médico assistente, fez 2 ciclos de antibióterapia (assumida infeção respiratória). Sem sintomas constitucionais. Ao exame objetivo: pálida; taquicárdica; auscultação pulmonar: diminuição do murmúrio vesicular na base esquerda. No SU: gasimetria arterial com alcalose respiratória, hiperlactacidémia (3mmol/L); elevação de proteína C-reativa, leucocitose e neutrofilia; citólise, sem colestase; radiografia tórax com opacidade na base esquerda; eletrocardiograma com taquicardia sinusal (130 bpm). Tomografia toraco-abdominopélvica com contraste: derrame pericárdico de espessura 25mm; derrame pleural bilateral, mais volumoso à esquerda; zonas de espessamento pleural, a maior de 3cm; adenopatias mediastínicas. Avaliada por Cardiologia, com ecocardiograma transtorácico: derrame pericárdico de grande volume, com repercussão hemodinâmica; realizada pericardiocentese (saída 650cc líquido serohemático). Procedeu-se a toracocentese diagnóstica: líquido sero-hemático turvo; ADA negativo; compatível com exsudado (critérios Light); mico e microbacteriológico à posteriori negativos. No internamento: estudo analítico alargado sem

alterações de relevo; citologia do líquido pleural e pericárdico negativa para células neoplásicas. Realizada biópsia ecoguiada de espessamento pleural: carcinoma epidermoide, origem indeterminada. Avaliada por Otorrinolaringologia e Ginecologia, realizado estudo endoscópico, ecografia mamária e broncofibroscopia sem alterações. PET-Scan: extenso envolvimento pleural por patologia hipermetabólica maligna. Repetiu biópsia pleural, colheita de vários fragmentos de diferentes locais: carcinoma epidermoide pouco diferenciado. Assim, na ausência de representação de neoplasia com diferenciação mesotelial e sem evidência de carcinoma epidermoide em outra topografia anatómica, levantada hipótese de se tratar de carcinoma epidermoide primário da pleura. Em consulta de grupo de Onco-Pneumologia foi assumido esse diagnóstico e realizado estudo genético com expressão de PDL-1 e mutações no gene EGFR, ambos negativos. Iniciou quimioterapia (carboplatina+paclitaxel), com avaliação por PET após 3º ciclo (mantém envolvimento pleural extenso, com redução da intensidade de captação).

Discussão: O carcinoma epidermoide da pleura é raro. Os casos descritos na literatura são em doentes com história de tuberculose, com envolvimento pleural e/ou fistula pleuro-cutânea após toracocentese. No caso apresentado nenhuma destas condições se verificou, pelo que o único fator etiológico possível para o seu desenvolvimento possa ter sido a metaplasia escamosa do mesotélio.

P674

1259 OPSOCLONUS/MYOCLONUS COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE CARCINOMA DA MAMA

Magda Garça, Maria Beatriz Santos, Pedro Cota, , Joana Carreiro, Felipe Gamboa, Patrícia Fragata, Vanessa Ventura, Paulo Ávila, Rita Vitorino, Paula Pires, Almerindo Rego

Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira

A síndrome opsoclonus/myoclonus (SOM) é uma patologia rara que pode surgir associada a neoplasias (mais frequentemente neuroblastoma na idade pediátrica, carcinoma do pulmão de pequenas células e carcinoma da mama idade adulta), a infeções virais (HIV, EBV, HCV, Cocksackie B) ou bacterianas (Streptococcus, Mycoplasma). Clinicamente cursa com ataxia do tronco ou membros e posteriormente opsoclonus, movimentos oculares caóticos, involuntários, espontâneos, ocorrendo em todas as direções do olhar.

Doente de 49 anos, sexo feminino, natural de Angola, com antecedentes pessoais de síndrome depressivo, mastectomia de redução bilateral em 2005 e incontinência fecal pós-parto. Em abril de 2018, no período pós-operatório de cirurgia corretiva de incontinência fecal, iniciou quadro

súbito de opsoclonus, mioclonias da face, axiais e apendiculares e ataxia da marcha com apoio bilateral, sem desequilíbrio preferencial. Sem disfagia, dismetria, tremor ou assinergia na prova dedo do doente - dedo observador, com reflexos osteotendinosos vivos nos membros e aumento da área reflexogênea nos membros superiores. Dedos das mãos em pescoço de cisne. Sem alterações da sensibilidade. Admitida hipótese diagnóstica de SOM. Para estudo etiológico realizou TC toraco-abdomino-pélvica, ecografia tiroideia, RMN cranioencefálica, electroencefalograma e avaliação analítica sérica que não revelaram alterações. Foi realizada punção lombar, cuja análise do líquido cefalorradiquiano (LCR) foi positiva para anticorpos onconeuronais Anti-Ri. Solicitada PET-TC que revelou uma lesão nodular sólida hiperfixante da mama esquerda com 9 mm, retroareolar e hiperfixação ganglionar axilar esquerda, pelo que, após realização de RMN mamária, foi submetida a biópsia da lesão retromamilar e ganglionar, que confirmou diagnóstico de carcinoma ductal invasivo da mama, G2, RE positivo, RP positivo, HER2 negativo, ki67%, com metastização ganglionar - cT1cN1M0.

Cumpriu quatro ciclos de Rituximab, seguido de cirurgia conservadora da mama e esvaziamento axilar esquerdo (pT1pN1M0 - estadio IIA), quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia adjuvante, tendo apresentado evolução neurológica favorável, sem défices neurológicos após tratamento e reabilitação física.

O SOM é uma entidade rara, de habitual início súbito e severo, cuja etiopatogénese imunomediada não está totalmente esclarecida.

O caso descrito ilustra uma forma rara de apresentação de carcinoma da mama, que constituiu um desafio diagnóstico. Sublinha-se a presença de anticorpos onconeuronais Anti-Ri no LCR, achado este cada vez mais associado à neoplasia da mama em contexto de SOM.

O tratamento preconizado é direcionado para a causa subjacente, que neste caso cursou com abordagem multimodal do carcinoma da mama, tendo sido necessário iniciar imunossupressão previamente à cirurgia.

A identificação e o tratamento precoce da causa do SOM são os principais factores prognósticos.

P675

1531 UMA COMBINAÇÃO RARA DE MIALGIA E DISPNEIA

Liliana Ribeiro dos Santos e Ana Cristina Mendes
Serviços de Medicina 2B e de Pneumologia do Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte

Homem de 67 anos recorreu ao Serviço de

Urgência por mialgia e dispneia com um mês de evolução. Sem antecedentes pessoais relevantes a excepção de ser fumador e sem medicação habitual. Ao exame objectivo, apresentava fraqueza nos músculos próximos. A auscultação pulmonar com crepitações bibasais. Sem artrites ou rash cutâneo. Foi admitida infeção respiratória e efectuou vários cursos de antibióticos sem melhoria clínica. Laboratorialmente apresentava discreto aumento da contagem de eosinófilos. A creatinina quinase, a aldolase, o estudo autoimune e as serologias infecciosas foram negativas. Estudos de condução nervosa não apresentaram alterações. Provas de função respiratórias eram normais mas gasimetricamente tinha pO₂ de 67mmHg em ar ambiente. Prova de marcha dos 6 minutos foi normal (com menor saturação de 94%). Tendo em conta a história de tabagismo e a mialgia persistente foi equacionada a hipótese de mialgia paraneoplásica pelo que realizou tomografia computadorizada de tórax que identificou nódulo pulmonar inespecífico no lobo superior esquerdo e doença pulmonar fibrótica intersticial (pneumonia intersticial). Efectuou broncoscopia cuja citologia (no lavado) foi negativa para células neoplásicas, mas identificou 30% de eosinófilos. Causas de doenças pulmonares eosinofílicas foram descartadas nomeadamente aspergilose broncopulmonar alérgica, exposição a infecções parasitárias, drogas e/ou certas substâncias tóxicas. A tomografia por emissão de positrões confirmou a presença do nódulo pulmonar previamente identificado (SUV 3.8) sugestivo de neoplasia do pulmão, bem como 2 ganglios mediastinais: gânglio pré-vascular esquerdo (SUV 5.7) e retro-cava-pretraqueal (SUV 3.2). Foi submetido a lobectomia superior do pulmão esquerdo e dissecação do gânglio linfático. A histopatologia foi consistente com adenocarcinoma do pulmão (80% acinar, 10% lépido, 10% sólido) e os gânglios com linfoma NHB (positivo para CD45 e CD20). Iniciou quimioterapia com rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e, eventualmente, será submetido a lobectomia esquerda após a quimioterapia.

Este caso salienta três aspectos curiosos. Por um lado trata-se de um caso em que são diagnosticadas duas neoplasias síncronas podem representar um desafio diagnóstico e terapêutico. Por outro, destaca a importância do follow up de lesões pulmonares não resolvidas a fim de orientar um diagnóstico e tratamento adequados. Além disso coloca em evidência a mialgia sem critérios de miosite ou de síndrome eosinofilia mialgia como manifestação paraneoplásica de tumores síncronos.

P676

1570 QUANDO UM MAL NUNCA VEM SÓ...

Gabriela Pereira, Ana Rolo, Isabel Trindade, Helena Fernandes, Helena Sarmento, Jorge Cotter
Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães

O derrame pleural pode dividir-se segundo os critérios de Light em transudado e exsudado. Este último, muitas das vezes constitui um desafio diagnóstico mais complexo podendo classificar-se como maligno e não maligno (exemplo: parapneumónico, tuberculoso,...).

Homem, 52 anos, antecedentes de psoríase e tuberculose pulmonar que cumpriu tratamento durante 6 meses, vem ao SU por clínica de astenia, anorexia e perda ponderal de 5Kg (estimada em 7%) com 2 meses de evolução. Referia ainda hipersudorese noturna e dor torácica de características pleuríticas à direita. Desconhecia febre.

Na radiografia de tórax apresentava derrame pleural de grande volume à direita, tendo sido realizada toracocentese diagnóstica que foi compatível com exsudado de predomínio de polimorfonucleares. Ao TC tórax apresentava "derrame pleural de médio volume. No parênquima discreta consolidação parenquimatosa decorrente de possível atelectasia resultante de derrame pleural eventualmente associado a processo infeccioso."

Ficou internado e iniciou antibioterapia ceftriaxone e azitromicina. Após 5 dias por manutenção de febre foi escalada antibioterapia para Meropenem. Manteve-se apirético, no entanto, não teve melhoria do derrame. Ao repetir TC tórax é observável um derrame multiloculado e espessamento dos folhetos pleurais e ao resultado de uma nova toracocentese diagnóstica este continua a ser exsudado mas com predomínio de mononucleares. Entretanto do rastreio séptico é isolado na expetoração um *Mycobacterium Avium Complex* (MAC), pelo que é iniciada terapêutica dirigida com azitromicina, rifampicina e etambutol.

Realiza-se biópsia guiada ao espessamento pleural que é compatível com pleurite reativa inespecífica. Foi tentada pleuroscopia sem sucesso por extensa aderência pulmonar à grade costal.

Contudo após 77 dias de internamento, continua a apresentar agravamento do estado geral e tem episódio de descompensação respiratória, com necessidade de transferência para o Serviço de Cirurgia Cardiorrespiratória de referência para realização de descorticação pulmonar e drenagem de derrame.

Com um pós-operatório sem complicações é recebido novamente no hospital de área de residência para continuação de cuidados. Ao TC tórax de controlo apresenta ainda derrame

pleural de aspeto heterogéneo com bolhas de ar associadas. Posteriormente obtém-se resultado de anatomia patológica da peça intra-operatória que é compatível com neoplasia maligna fusocelular compatível com sarcoma sinovial monofásico.

É orientado para Oncologia para realização de estudo citogenético e orientação de possível terapêutica do sarcoma, assim como orientado para o dispensário para continuação de tratamento por MAC.

Em conclusão, apresenta-se um caso de um sarcoma sinovial que se trata de um tumor incomum, que atinge maioritariamente jovens e que pode aparecer em sítios sem relação com estruturas sinoviais, tal como a pleura e que dependendo da sua histoquímica podem ou não ter resposta a tratamento com quimioterápicos.

P677

1597 SÍNDROME DE GOOD EM MULHER JOVEM – UMA APRESENTAÇÃO POUCO COMUM

Sandra Rebelo, Ruben Duarte Ferreira, Susana Lopes da Silva, Gonçalo Ruas, Isabel Fernandes, Ana Tornada
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte E.P.E.

Em doentes com infeções de repetição, sobretudo em adultos jovens, é mandatória a investigação de imunodeficiência. Classicamente, quando esta se manifesta por hipogamaglobulinémia associada a timoma, é conhecida como Síndrome de Good. Esta é uma síndrome rara, que se manifesta clinicamente por infeções bacterianas e por outros agentes oportunistas (fungos e vírus) e manifestações auto-imunes, nomeadamente miastenia gravis e citopénias, mais frequentemente depois da 4ª ou 5ª décadas de vida. As alterações imunológicas mais características são a diminuição da frequência de células B, por vezes <1%, linfopenia T CD4+ e inversão do rácio CD4+/CD8+.

Ilustramos esta síndrome com o caso de uma mulher de 38 anos com infeções urinárias de repetição com 6 meses de evolução, refractárias a vários ciclos de antibioterapia e sempre sem identificação de agente, que foi internada por pielonefrite e diarreia aguda. Tinha também perda ponderal relevante, superior a 10% do índice de massa corporal. A investigação revelou infeção oportunista a *Clostridium difficile* e *Campylobacter jejuni* como causa da diarreia. A pielonefrite não teve agente identificado (bactérias, fungos, parasitas e micobactérias). Na radiografia torácica identificou-se massa mediastínica com 9 cm cuja histologia e exames de imagem revelaram timoma B1 invasivo dos tecidos moles adjacentes (pulmão, pericárdio e veia cava superior (VCS)). Objectivou-se, ainda, hipogamaglobulinémia, défice de IgA e IgM, bem como défice de produção de anticorpos específicos para antígenos polissacáridos. A

imunofenotipagem alargada dos linfócitos do sangue periférico mostrou diminuição da frequência de células B de memória com switch de imunoglobulina e do rácio T CD4+/CD8+ por expansão de T CD8+. Depois de abordadas as infecções oportunistas, foi submetida a ressecção cirúrgica do tumor com reconstrução da VCS (Masaoka 3, pT3N0) e radioterapia adjuvante. Neste contexto, e por manter intercorrências infecciosas frequentes, iniciou terapêutica de substituição com Imunoglobulina G por via endovenosa.

O caso de Síndrome de Good apresentado destaca-se pela idade muito jovem da doente e pela rápida progressão desde o início das infecções de repetição até à identificação do timoma. A Síndrome de Good está associada a elevada mortalidade, pelo que a suspeição diagnóstica e abordagem terapêutica multidisciplinar são fundamentais para melhorar o prognóstico e prevenir igualmente infecções oportunistas.

P678

92 METÁSTASE INGUINAL DE MELANOMA MALIGNO: UM RESULTADO INESPERADO

Inês Bargiela, Maria João Gomes, Marco Beringuilho, Ana Sofia Ventura

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Os melanomas malignos podem apresentar-se sob a forma de metástases, com lesão primária oculta, apenas em 2 a 3% dos casos. Cerca de 90% dos melanomas têm origem cutânea, mas também podem ser identificados em órgãos viscerais ou gânglios linfáticos, não sendo possível detectar a localização primária. Este fenómeno pode ser explicado pela sua regressão cutânea ou por mutação aberrante de melanócitos no gânglio linfático.

Os autores apresentam o caso de um doente de 77 anos, sem antecedentes pessoais relevantes no contexto, que recorreu à consulta de Medicina Interna por tumefacção inguinal direita de volumosas dimensões, já caracterizada por ecografia, com 17 x 12 cm de diâmetros transversal e longitudinal respectivamente, sem plano de clivagem com os músculos anteriores da raiz da coxa, devendo ser feito diagnóstico diferencial entre metástase necrosada e adenopatia infecciosa. Após realização de tomografia computadorizada que confirmou os resultados ecográficos, sem identificação de mais lesões, foi submetido a cirurgia de excisão da massa e a análise anatomo-patológica evidenciou metástase linfática de melanoma maligno. Não se identificaram lesões cutâneas, nem através da história clínica, nem por exame objectivo detalhado, nomeadamente exame oftalmológico e endoscópico. Pela análise molecular, o doente não tinha indicação para target therapy oncológica, pelo que iniciou radioterapia adjuvante.

Este é um caso raro de metastização ganglionar de melanoma maligno, que nos impressionou pela sua volumosa dimensão, pelas características imagiológicas incomuns e pelo facto de o diagnóstico ser, de facto, muito inesperado. O prognóstico é mais favorável nestes casos, quando não é possível a identificação da localização primária do melanoma maligno, sendo o intuito terapêutico muitas vezes curativo.

P679

444 ULTRAPASSANDO O PRECONCEITO DE NEOPLASIA TERMINAL: DOIS CASOS DE COLECISTITE AGUDA INTERVENCIÓNADA

Yolanda Sá Pereira, Jorge Silva Ferreira, Bernardo Maria, João Coutinho, Luis Costa, Maria João Gomes

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Hospital Santa Maria - Serviço de Medicina I

INTRODUÇÃO

A colecistite aguda, é uma complicação rara mas reconhecida da quimioterapia molecular dirigida, estando particularmente associada ao sunitinib. No entanto, no doente com neoplasia metastizada, sob terapêutica anti-álgica, as manifestações clínicas habituais da colecistite podem estar mitigadas. Apresentam-se dois casos clínicos de doentes com neoplasias em estado avançado e sob terapêutica dirigida, cujo diagnóstico de colecistite foi atrasado 48 horas. Ambos foram submetidos a cirurgia, com uma sobrevida de 12 meses num dos casos e superior a 21 meses, no segundo. CASO CLÍNICO 1: A.R.M.P.C., sexo feminino, 61 anos com diagnóstico de adenocarcinoma de células claras do rim com metastização óssea e pulmonar, medicada com sunitinib. Admitida num Serviço de Medicina para medidas paliativas de conforto após se ter dirigido ao SUC por dor abdominal. À entrada estava com febre, hipotensa e com dor à descompressão no hipocôndrio direito. Laboratorialmente, sem leucocitose, com elevação marcada da proteína C reativa (36.2mg/dL) e elevação dos parâmetros de colestase. Pedida ecografia e TC abdominal verificou-se colecistite litíase com abscesso na parede. Sendo o prognóstico de sobrevida expectável acima de 12 meses, foi submetida colecistectomia, sem intercorrências, tendo alta para o domicílio. Veio a falecer 12 meses depois. CASO CLÍNICO 2: F.J.M.R., sexo masculino, 71 anos, com diagnóstico de tumor neuroendócrino do pâncreas, com metastização hepática, sob terapêutica antineoplásica com lutécio. Admitido no Serviço de Medicina por dor abdominal tendo sido feita ecografia abdominal que mostrou vesícula de parede fina com litíase múltipla, suspeitando-se de dor de origem oncológica. Laboratorialmente, com leucocitose e neutrofilia, proteína C reativa de 33.3 mg/dL, lesão renal aguda e elevação dos parâmetros de colestase. Às 48 horas com instalação de choque e anúria. Pediu-se nova ecografia que mostrou perfuração da vesícula, com sinais de peritonite

extensa associada. Submetido a colecistectomia. Permanece atualmente em atividade na vida pública. **DISCUSSÃO:** Certos tipos de terapêutica molecular como o sunitinib, dada a sua excreção biliar, aumentam a incidência de doença hepato-biliar podendo originar colecistite aguda. Quando esta ocorre em doentes com neoplasias em estado avançado, pode ter manifestações clínicas atípicas, o que leva ao atraso do diagnóstico. A intervenção cirúrgica deve ser considerada, como mostrado pelos casos clínicos expostos, nos doentes com estimativa de sobrevida superior a 12 meses, ultrapassando o preconceito associado à condição oncológica.

P680

1177 UM CASO DE SÍNDROME DE VEIA CAVA SUPERIOR

Carolina Cadório, Diana Falcão, Alexandra Pousinha, Nuno Sousa, José Barata

Hospital de Vila Franca de Xira

Linfedema ocorre quando há uma sobrecarga do sistema linfático que leva à acumulação de fluido intersticial por desequilíbrio da sua produção vs transporte. O linfedema secundário pode ter diferentes causas. Neste caso clínico, os autores apresentam uma mulher de 48 anos cuja queixa principal era linfedema simétrico dos membros superiores e face, inicialmente diagnosticada com mixedema, mas na verdade tratava-se do Síndrome da veia cava superior (SVCS). Caso de diagnóstico tardio e condicionado pelas características da doente.

Doente recorre ao serviço de urgência por quadro de edemas exuberantes dos membros superiores e face com 5 dias de evolução com posterior evolução para dispneia e cianose da face. Dos exames complementares iniciais a salientar TSH elevada e NT-proBNP normal. Com antecedentes de relevo apresentava: neoplasia da mama bilateral submetida a quimioterapia neoadjuvante, mastectomia bilateral com linfadenectomia axilar esquerda e radioterapia à mama esquerda (que terminou no final de 2016), seguido de hormonoterapia que ainda cumpria no momento do episódio; Obesidade mórbida com IMC 50.8 kg/m²; hipotireoidismo com diagnóstico recente, medicado. A doente foi internada e tratada com levotiroxina endovenosa na primeira toma. Realizado o complemento do estudo: anticorpos anti-tiroideus negativos; ecografia com glândula tiroideia de pequenas dimensões e heterogénea; ecocardiograma transtorácico com função sistólica global deprimida de ambos os ventrículos o que levantou suspeita de SVCS. Foi pedida TC (tomografia computadorizada) do tórax que foi adiada pela incompatibilidade física da doente com o aparelho; reportava "Veia ázigos relativamente proeminente", sem sinal de compressão extrínseca

da veia cava superior (VCS). Teve alta sem diagnóstico estabelecido com orientação para estudo em ambulatório. Após um mês a doente foi observada em consulta de oncologia e por manter queixas de linfedema dos membros superiores associada a limitação para as atividades diárias, associada a sinais de circulação colateral, foi novamente internada. Realizou angioTC, dificultada pela sua obesidade mórbida, que revelou trombo endoluminal na VCS assim como trombo parcial ao longo do trajeto do cateter. Segundo cirurgia vascular, sem indicação para intervenção cirúrgica, pelo que iniciou anticoagulação com enoxaparina em dose terapêutica. Após um mês apresentou reperfusão parcial no exame imagiológico e depois de dois meses de tratamento a doente apresentava melhoria do linfedema, mas ainda com limitações físicas.

Conclusão:

- É importante uma história clínica completa com colocação de diagnósticos diferenciais e exames complementares de diagnóstico dirigidos.

- A hipótese de SVCS deve ser sempre colocada em doentes com cateteres venosos centrais. E sempre que não sejam necessários estes devem ser retirados. Esta possibilidade era reforçada por outros fatores pró-trombóticos da doente como a obesidade, a mobilidade reduzida e hormonoterapia.

P681

1211 UMA CAUSA IMPROVÁVEL DE ASCITE

Virginia Visconti, André Fernandes, Maria Maia, Isménia Oliveira, Fernando Gonçalves, José Lomelino Araújo.

Hospital Beatriz Angelo

Ascite é a acumulação de líquido dentro da cavidade peritoneal. A etiologia pode ser muito variada, estando associada em 80 % dos casos com hipertensão portal como consequência da cirrose hepática. Outras causas frequentes incluem insuficiência cardíaca e neoplasias (como neoplasia de ovário e mesotelioma).

Apresentamos o caso de um homem de 77 anos, autónomo, com historia de hipertensão arterial e hiperplasia benigna da próstata, internado por aumento progressivo do volume abdominal, náuseas, anorexia e perda ponderal (5% do peso corporal em 1 mês). Ecografia abdominal de ambulatório relatava fígado de dimensões aumentadas, contornos irregulares, com moderada quantidade de ascite.

A admissão, encontrava-se vigil, colaborante, hemodinamicamente estável, apirético, com auscultação cardiopulmonar sem alterações. Abdomen globoso, com ascite grau dois, com circulação colateral. Toque retal com próstata pética. Sem edema periférico. Realizada paracentese com saída de 3000ml líquido turvo,

com Gradiente albumina soro-ascite superior a 1.1, com 970 leucócitos (6% polimorfonucleares). Exame cultural e anatomopatológico negativo para células neoplásicas.

A tomografia toraco-abdomino-pelvica mostrou um fígado de dimensões conservadas, contorno regular, presença de líquido livre intraperitoneal, com aspecto denso e marcado espessamento do grande epiploon em relação com carcinomatose peritoneal. Próstata heterogênea, globosa. Analiticamente a salientar um antigénio específico da próstata (PSA) 584.8 ng/ml, com doseamento do PSA no líquido ascítico de 2212ng/ml, sem alterações do hemograma, provas de função hepática ou renal. A endoscopia digestiva alta e colonoscopia não apresentaram alterações de relevância.

Realizada biopsia prostática sob profilaxia antibiótica com resultado de adenocarcinoma (ADC) de próstata de tipo comum, Gleason 9, assim como biopsia do implante peritoneal que foi compatível com metástase de carcinoma da próstata. A cintigrafia óssea demonstrou foco de captação no pequeno trocanter femoral esquerdo, não permitindo excluir secundarização.

Diagnóstico de ADC da próstata estadio IV B (carcinomatose peritoneal e possível óssea), hormonossensível, tendo iniciado Bloqueio Androgénico Completo com bicalutamida associada a um agonista do receptor do hormônio liberador do hormônio luteinizante, atualmente a aguardar início de quimioterapia.

O cancro da próstata é a neoplasia mais frequente no homem, representando a segunda causa de morte por neoplasia neste género. Tanto na altura do diagnóstico, como na progressão da doença, pode metastizar para múltiplos órgãos, frequentemente para ossos e nódulos linfáticos, sendo que a associação com a ascite é muito rara.

P682

55 UMA CAUSA (IN)ESPERADA DE HIPOALBUMINEMIA

Inês Albuquerque, Ana Raquel Monteiro, Susana Ferreira, Jorge Almeida

Centro Hospitalar e Universitário São João

Introdução

A hipoalbuminemia é um achado frequente e inespecífico na população idosa. É, na maioria das vezes, multifatorial, e habitualmente não está associada, per se, a anasarca. Na presença de edema generalizado e hipoalbuminemia grave, as principais hipóteses de diagnóstico a investigar são: insuficiência cardíaca (IC), insuficiência hepática (IH) ou proteinúria nefrótica. Quando estas patologias são excluídas, há lugar a investigação de outras causas menos frequentes, como são as mal-absortivas.

Caso clínico: Homem de 85 anos com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, doença renal crónica em estadio 3 KDIGO, carcinoma da próstata submetido a radioterapia em 2005 e posterior R-TUV por cistite rádica iatrogénica.

Observado no Serviço de Urgência por cefaleia intensa bilateral e perda de força generalizada. Foi objetivada hemiparesia esquerda, parésia facial central esquerda e disartria, pelo que foi ativada a via verde de acidente vascular cerebral (VV-AVC). Os défices neurológicos reverteram ainda no SU e o estudo por tomografia computadorizada (TC) cerebral não revelou imagem de isquemia. Foi internado no Serviço de Medicina Interna por suspeita de acidente isquémico transitório (AIT).

O estudo de doença cérebro-vascular, que foi inconclusivo quanto à etiologia do AIT.

Durante o internamento, exibiu picos febris esporádicos que se acompanhavam de elevação dos parâmetros analíticos de inflamação/infeção, sem qualquer outro sintoma. Apresentava exuberante edema dos membros inferiores até à raiz da coxa e mais discreto das mãos e periorbitário. Do estudo analítico: anemia microcítica e normocrômica, velocidade de sedimentação elevada, hipoalbuminemia de 12,3g/L, ferroopenia e défice de vitamina B12. O restante estudo com doseamento de peptídeo natriurético-B, estudo da coagulação, parâmetros de citocolestase, ecografia abdominal e doseamento de proteínas em urina de 24h foi totalmente negativo. A eletroforese de proteínas séricas com proteinograma não mostrou pico sugestivo de monoclonalidade. Considerou-se a hipótese de causa mal-absortiva, pelo que foi pedido estudo endoscópico alto, que mostrou extensa neoplasia ulcerada. O estudo histológico confirmou tratar-se de adenocarcinoma. Fez estadiamento com TC mostrou nódulos pulmonares dispersos, formações nodulares hepáticas sugestivas de metástases e adenomegalias intra-abdominais. Dado estado avançado da neoplasia e a idade do doente, decidiu-se por tratamento paliativo.

Discussão: Este caso ilustra a importância da minúcia diagnóstica e de interpretação dos achados analíticos. A hipoalbuminemia é, de facto muito frequente nos idosos, e decorrente, na maioria das vezes, da desnutrição e concorrência de várias comorbilidades. No entanto, valores extremos na ausência de outro contexto óbvio, devem levar a investigação etiológica mais aprofundada, que pode conduzir a diagnósticos inesperados.

P683

128 LESÃO RENAL AGUDA EM PACIENTE COM MIELOMA MÚLTIPLA

Mykhailo Iashchuk, Carlos Cruz Villalon, Lorena Lozano Real, Paula Sofia Araujo, Juan M Urbano Gálvez

Hospital de Santa Luzia de Elvas, ULSNA EPE

INTRODUÇÃO: A lesão renal aguda (LRA) complica o mieloma múltiplo (MM) em 20 a 50% dos pacientes pela produção de imunoglobulinas monoclonais e cadeias leves livres, além disso, distúrbios metabólicos, sepse e exposição nefrotóxica, emprego de bisfosfonatos podem exacerbar a lesão renal relacionada à paraproteína.

CASO CLÍNICO: Mulher de 64 anos com antecedentes de MM (IgG, cadeias kappa) avançado (infiltração óssea difusa) com hipoparatiroidismo por tireoidectomia, seguida na consulta de hematologia, em terapêutica com lenalidomida, dexametasona, fentanilo transdermico e sevredol, faz bifosfonato com vit.D e cálcio. Recorreu ao SU por dispneia, tosse produtiva, febre e diarreia de 4 dias de evolução. No EO: consciente, orientada, colaborante, emagrecida. Pele e mucosas desidratadas, turgor cutâneo diminuído. Polipneica, t39°C, pulso 120bpm, rítmico, TA 120/60 mmHg. ACP: crepitações na base direita, sat.90% em ar amb. Abdómen mole e depressível, indolor, Blumberg negativo.

Analiticamente: leucócitos 6.25, neutrófilos 82.4%, anemia 9.7 macrocítica, Na133, K4.6, Ca2+ 7.8, PTH9.7, ureia65, creat.2.2, PCR 29.40; S.U: sem leucocitúria, proteínas 100; Rx.tórax: hipotransparência na base direita; GAS em ar amb.: pH7.39, pO2 64, pCO2 28.0, sat.92.9%, lact.0.8.

Internada com diagnóstico septicemia em doente imunossuprimida com ponto de partida de pneumonia basal direita e GEA. Iniciou piperacilina/tazobactam ajustado a função renal, posteriormente alterado para Meropenem por agravamento da diarreia. Durante o internamento desenvolveu deterioração progressiva da função renal com elevação da creat. sérica até 6.2, foi interpretada a situação como doença renal crônica agudizada em doente com MM em contexto de infecção e desidratação (diarreia). Ecografia renal revelou os rins com dimensões normais sendo evidente pouca diferença cortico-medular. Durante ingresso no hospital paciente fez fluidoterapia a 2500 SF cc/dia, Ca2+ endovenoso. No dia de alta hospitalar doente teve creatinina sérica 2.3.

DISCUSSÃO: O rim do mieloma ocorre quando grandes quantidades de cadeias leves livres, que são filtradas no glomérulo, se ligam à proteína Tamm-Horsfall (uromodulina) nos túbulos, formando cilindros insolúveis que causam obstrução intrarrenal e subsequente inflamação tubulointersticial. Outro mecanismo chave da lesão é reabsorção tubular

proximal de grandes quantidades de cadeias leves livres, levando à ativação de citocinas inflamatórias, estresse oxidativo, apoptose e, finalmente, fibrose. Assim, uma diminuição na TFG devido ao aumento da pressão tubular intraluminal, juntamente com a inflamação intersticial e lesão tubular aguda, resulta em LRA.

A terapia inclui hidratação, correção da hipercalcemia e quimioterapia para reduzir rapidamente o nível das cadeias leves livres. Uma redução clinicamente significativa nas cadeias leves livres dentro de três semanas após o diagnóstico está associada a uma alta probabilidade de recuperação renal completa ou parcial.

P684

666 DIABETES INSIPIDUS CENTRAL E TAMPONAMENTO CARDÍACO COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE NEOPLASIA DO PULMÃO

Rosa Alves, Bruno Sousa, Francisco d'Orey, Tiago Judas
Serviço de Medicina Interna, Hospital Garcia de Orta, EPE

Os sintomas típicos de apresentação de neoplasia do pulmão (NP) são sintomas respiratórios (tais como tosse, hemoptises, rouquidão) ou compressivos (síndrome de Pancoast e da veia cava superior), podendo estar presentes alterações neurológicas (cefaleia, vômitos, hemiparésia) ou alterações endócrinas (insuficiência supra-renal, síndrome de secreção inapropriada de ADH ou síndrome de Cushing). No entanto, as apresentações atípicas são cada vez mais frequentes pelo aumento da incidência de NP. Mulher, 57 anos, fumadora, sem antecedentes de relevo. Internada por síndrome febril, cansaço fácil, dispneia e toracalgia com 7 dias de evolução. Referia ainda, no último ano, perda ponderal, polidipsia e poliúria significativas. À admissão, apresentava-se asténica, febril, hemodinamicamente estável, com ingurgitamento jugular venoso e pulso paradoxal. Nos exames iniciais apresentava anemia normocítica normocrômica e cardiomegalia na teleradiografia de tórax. Dados os achados sugestivos de tamponamento pericárdico (TP) realizou ecocardiograma transtorácico que confirmou o diagnóstico, tendo sido submetida a pericardiocentese de emergência, com drenagem de líquido sero-hemático. O exame citoquímico apresentava hiper-celularidade com predomínio de monócitos. Realizada tomografia computadorizada que demonstrou lesão infiltrativa mediastínica e aglomerados ganglionares dispersos. A broncofibroscopia evidenciava alterações sugestivas de infiltração neoplásica a nível da mucosa do brônquio inferior direito. A citologia do lavado broncoalveolar e a biópsia brônquica foram positivas para adenocarcinoma do pulmão. A citologia do líquido pericárdico era igualmente sugestiva de infiltração por carcinoma TTF1+. Os exames de estadiamento demonstraram

metastização óssea e cerebral difusa. Documentada ainda poliúria (diurese > a 7000cc/dia), com osmolalidade (Osm) urinária diminuída e Osm sérica aumentada, sugestiva de diabetes insípida central (DIC). Feita prova terapêutica com desmopressina. A ressonância magnética hipofisária demonstrou espessamento da haste hipofisária, interpretada como metastática. Perante os achados descritos, feito o diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão, com multimetastização óssea, cerebral e cardíaca complicado de TP e DIC. A doente foi referenciada à Pneumologia Oncológica e Cuidados Paliativos, tendo falecido 3 semanas após a alta. A associação de DIC e TP como apresentação inicial de NP é atípica e potencialmente fatal, atendendo à depleção de volume condicionada pela polidipsia num doente com risco para compromisso hemodinâmico. A metastização da glândula hipofisária é uma apresentação inicial extremamente rara de neoplasias metastáticas, sendo assintomática na maioria dos doentes. Os sintomas incluem insuficiência hipofisária, DIC, cefaleia e defeitos visuais campimétricos. A neoplasia do pulmão e mama são as causas mais frequentes. O TP, embora raro, é altamente suspeito de um processo neoplásico nos países desenvolvidos.

P685

882 ANTICOAGULAR OU NÃO ANTICOAGULAR? EIS A QUESTÃO!

Carolina Trabulo, Isabel Fernandes, Rita Gameiro dos Santos, Joaquim Peixoto, Fátima Campante
Centro Hospitalar Barreiro-Montijo

INTRODUÇÃO

O tromboembolismo venoso (TEV) é uma complicação comum das doenças neoplásicas. Na maioria dos casos, o TEV ocorre sem evidência clínica do tumor.

O risco está aumentado até 7 vezes nos doentes com cancro e é a segunda causa de morte, atrás do cancro per si. Este grupo de doentes apresenta um estado de hipercoabilidade que favorece o TEV, mecanismo este que está dependente da activação da coagulação pelas células tumorais.

O principal objectivo da terapêutica é prevenir a recorrência e reduzir a extensão, minimizando o risco de hemorragia.

CASO CLÍNICO: Doente sexo feminino, 77 anos, leucodermica, recorre ao serviço de urgência por queixas de cansaço para esforços progressivamente menores acompanhado de dispneia e astenia. Negou outra sintomatologia nomeadamente perda ponderal e perdas hemáticas visíveis. Destacar como antecedentes pessoais conhecidos Tromboembolismo Pulmonar (TEP) Central em Outubro de 2016 e Trombose Venosa Profunda em Dezembro de 2016 sob terapêutica

com rivaroxabano. Analiticamente apresentava hemoglobina (Hb) 5.9 g/dL; trombocitopenia 16 000/L; tempo protrombina 16.8 segundos, INR 1.49, tempo de tromboplastina activado 27.8 segundos e D-dímeros 28703 ng/mL. Realizou transfusão de 3 unidades de concentrado eritrocitário, sem intercorrências e com bom rendimento. Para investigação diagnóstica, optou-se pela realização de Angio tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica, que revelou a nível torácico discretos trombos hipodensos não obstrutivos compatíveis com TEP discreto sub-agudo, e a nível abdomino-pelvico denotou-se um marcado espaçamento parietal irregular e excêntrico do antro gástrico e região pilórica e ainda perda do plano de clivagem com a região cefálica do pâncreas sugestivo de lesão neofrormativa com evidência de lesões secundárias hepáticas.

Decidiu-se internamento no Serviço de Medicina para estudo.

Durante o internamento realizou endoscopia digestiva alta com biopsia que mostrou adenocarcinoma (ADC) invasivo de tipo intestinal moderadamente diferenciado. Foi, neste contexto, admitido um TEV como síndrome paraneoplásico.

De intercorrência manteve queda de Hb por perdas hemáticas pelo que realizou radioterapia hemostática, com efeito.

Pelo risco hemorrágico inerente ao ADC gástrico, anemia e trombocitopenia mantidas, optou-se por não anticoagular a doente.

Por se tratar de um cancro de estômago em estadio IV foi encaminhada para Oncologia Médica para início de tratamento paliativo.

CONCLUSÃO: Aumento da incidência de cancro leva a um aumento da probabilidade de incidência de TEV, consequentemente mais internamentos nos serviços de Medicina Interna. Este caso é um exemplo da dicotomia da decisão da anticoagulação, tendo o internista um papel central não só no diagnóstico como na melhor abordagem para o controlo de um desafios da medicina.

P686

1521 SÍNDROME DE BUDD-CHIARI: UMA APRESENTAÇÃO INCOMUM DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

Ana Rita Costa, Mafalda Castro, Joana Raposo Alves, Gustavo Barbosa, Helena P. Miranda, Filipe Nery
Centro Hospitalar do Porto

A falência hepática aguda (FHA) é uma entidade rara, particularmente no contexto da síndrome de Budd-Chiari (SBC). Uma síndrome incomum com múltiplos fatores de risco, de entre os mais comuns, as doenças mieloproliferativas. Quando a SBC representa uma indicação para transplante

hepático (TH), a procura ativa e exclusão de neoplasia é obrigatória. Apresentamos o caso clínico de um jovem do sexo masculino sem antecedentes patológicos ou conhecidos fatores de risco para doença hepática, que se apresenta no serviço de urgência com dor abdominal, ascite e icterícia. Foi feito o diagnóstico de SBC com lesão hepática aguda grave, rapidamente progressiva para FHA, a motivar colocação em lista para TH. Estudos analíticos consecutivos revelaram a presença de blastócitos e blastos mieloides. A citometria de sangue periférico revelou a presença de uma população de células com perfil imunofenotípico anormal (CD33+ e MPO+). O diagnóstico de leucemia mieloide aguda (LMA) foi feito com base em aspetos morfológicos e imunofenotípicos compatíveis em biópsia de medula óssea. Dado o diagnóstico de LMA, que o contraindica, o doente foi retirado de lista para TH. Não foi possível a realização de quimioterapia de resgate pela FHA. O doente acabou por falecer 48 horas após a admissão. Este caso pretende demonstrar, não apenas uma associação de três raras entidades, mas também como a procura de neoplasia subjacente é obrigatória no contexto de FHA, uma vez que tem importantes implicações terapêuticas e prognósticas, podendo limitar a intervenção médica a cuidados de suporte e paliativos.

P687

1564 ENDOCARDITE TROMBÓTICA NÃO INFECCIOSA – RELATO DE CASO

Rita Homem, Ricardo Meireles Mateus, Anilda Barros, Maria Garcia, Vanda Spencer, Francisca Delerue
Hospital Garcia de Orta

A endocardite marântica (EM), ou endocardite trombótica não infecciosa, é uma doença rara que se refere à deposição de trombos e fibrina em valvas cardíacas, realicionando-se a estados inflamatórios crónicos, mais frequentemente a neoplasias malignas avançadas.

Apresentamos o caso de um doente do sexo masculino, 68 anos, história de hipertensão arterial, artrite reumatóide, gastrectomia por neoplasia gástrica em 2006 e prostatectomia radical por adenocarcinoma da próstata em 2016. Internado por pneumonia da comunidade, colheu hemoculturas e iniciou antibioterapia empírica com melhoria. Durante o internamento constatarem-se sinais de isquémia da mão esquerda, submetido com sucesso a tromboembolotomia umeral, e posteriormente isquémia distal das extremidades do membro inferior direito. Perante quadro tromboembólico realizou Holter 24h em ritmo sinusal e ecocardiograma transtorácico e transesofágico que documentou imagem hiperecogénica aderente à corda tendinosa da válvula mitral. As hemoculturas foram persistentemente negativas e dados os antecedentes oncológicos do doente

realizou tomografia toraco-abdomino-pélvica que mostrava alterações sugestivas de atipia pulmonar. A broncofibroscopia com citologia do lavado brônquico e secreções brônquicas foram positivas para adenocarcinoma do pulmão. Cintigrafia óssea com evidência de envolvimento ósseo secundário múltiplo. Perante estes achados o quadro foi interpretado como endocardite marântica.

Na EM a incidência de fenómenos embólicos é maior que a observada na endocardite infecciosa e é incomum o achado de um novo sopro cardíaco. As neoplasias mais associadas a EM são neoplasias do pulmão, pâncreas e estômago.

P688

1051 GESTÃO DE ESTOMAS DE ALTO FLUXO NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA, A PROPOSITO DE 3 CASOS CLÍNICOS

Ricardo Fernandes, Margarida Cruz, Vera Moreira, Miguel Moreira, Mari Mesquita
Centro Hospitalar de Tamega e Sousa

INTRODUÇÃO

Um estoma resulta da abertura de um órgão oco (referente aos tractos gastrointestinal, genitoruário, respiratório) à pele, com intuito de resolução de doença ou alívio de sintomas. É hiperfuncionante quando produz mais que 2000 ml/dia durante 3 ou mais dias ou se inferior a 2000 ml, se na existência de alterações hidroelectrolíticas. Resulta da redução da absorção intestinal, com múltiplas etiologias.

MÉTODOS

Revisão de 3 casos clínicos do internamento de Medicina Interna.

RESULTADOS

São apresentados 3 doentes, 2 do sexo feminino e 1 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 54 e os 74 anos. Em 1 doente foi colocada colostomia por neoplasia maligna do cólon, em 1 ileostomia por colite rádica secundária a radioterapia por neoplasia do útero e 1 ileostomia em doente com neoplasia intestinal. Todos admitidos ao internamento com lesão renal aguda [LRA] AKIN 3, com creatinina média de $9,03 \pm 3,06$ mg/dL e ureia $166 \pm 78,6$ mg/dL. Identificado como precipitante desidratação (n=3) e infecção urinária (n=2). Desnutrição calórica proteica, anemia e alterações hidroelectrolíticas (hiponatremia, hipocalémia e hipomagnesémia) em todos. Iniciada terapêutica de substituição de urgência em 1 delas. Iniciadas medidas obstipantes (com recurso a loperamida, inibidores da bomba de protões, opióides e ajuste na dieta através da avaliação da Nutrição Clínica), hidratação endovenosa com cloreto de sódio 0,9% e excluída infecção do tracto gastrointestinal por *Clostridium difficile*. Em 2 foi isolada *Klebsiella*

produtora de carbapenemases (KPC). Ainda com estas medidas o número de internamentos médio por LRA nestes doentes foi de 2,6, com um máximo de 5. A data de alta com creatinina sérica de $1,97 \pm 2,2 \text{ mg/dL}$. Em dois doentes foi feita reconstrução do trânsito sem novas intercorrências, em 2 deles decorre quimioterapia com carácter paliativo.

CONCLUSÕES

A abordagem dos doentes com estoma requer uma avaliação multidisciplinar, quer em regime de internamento, em ambulatório, reduzindo o desconforto ao doente, assim como redução do número de (re)admissões e necessidade de técnica de suporte da função renal. É essencial que os internistas tenham noções básicas sobre a gestão de estomas, hiperfuncionantes ou não, assim como da gestão das suas complicações. Na literatura actual sem trabalhos dedicados a esta temática.

P689

1121 MIXOMA AURICULAR OU METASTIZAÇÃO, EIS A QUESTÃO.

Francisca Santos, Ana Alfaiate, Daniela Brigas, Gonçalo Mendes, Hugo Viegas, Margarida Madeira, Clara Rosa, Eugénio Dias, Susana Marques, Ermelinda Pedroso

Centro Hospitalar de Setúbal

Mixomas auriculares constituem o tumor cardíaco primário mais comum que, pela inespecificidade ou ausência de sintomas, tornam desafiante o seu diagnóstico precoce, sendo a maioria dos mixomas auriculares benignos e passíveis de ser removidos por excisão cirúrgica. Por outro lado, sabe-se que os tumores metastáticos são significativamente mais frequentes do que tumores primários do coração, sendo que até 3% dos doentes com neoplasia maligna têm identificada metastização cardíaca aquando da autópsia.

Os autores apresentam o caso de homem de 70 anos de idade, com hábitos tabágicos marcados, que foi levado ao Serviço de Urgência por episódio de crise convulsiva inaugural. Neste contexto, foi realizada TC-CE, que revelou lesões cerebrais de natureza secundária, nomeadamente uma lesão nodular hemisférica cerebelosa inferior esquerda, com 17mm de maior eixo, e outra parenquimatosa justa atrial/ subcortical temporoparietal esquerda, esta com 24mm de maior eixo, sugestivas de lesões secundárias. Seguidamente, realizou TC tóraco-abdómino-pélvica, que mostrou uma formação nodular sólida, medindo 22x14mm nos seus maiores diâmetros, em provável relação com atipia, no segmento externo do lobo médio do pulmão direito. Foi realizada PATT, que foi inconclusiva.

Durante permanência na enfermaria de Medicina Interna, realizou ainda Ecocardiograma transtorácico, com evidência de massa na aurícula esquerda, confirmada posteriormente

por ecocardiograma transesofágico, que descrevia massa tumoral no teto da aurícula esquerda com 34mm de maior eixo e 19mm de menor, que apesar das dimensões não parecia interferir com a válvula mitral, colocando-se a dúvida entre a sua etiologia: mixoma auricular versus lesão metastática.

Neste contexto, foi contactada Cirurgia Cardiorádica, acabando por ser realizada ressecção da lesão nodular do pulmão direito, tendo o resultado anatomo-patológico confirmado adenocarcinoma, bem como a remoção curativa da massa localizada na aurícula esquerda (49 x 30mm), cuja análise, por seu turno, estabeleceu o diagnóstico de mixoma auricular.

O doente foi orientado para Consulta Externa de Pneumologia Oncológica, tendo iniciado quimioterapia adjuvante e radioterapia holocraniana.

Os autores apresentam este caso pela raridade do achado intracardíaco, quer fosse ele resultado de secundarização neoplásica, quer se tratasse de um mixoma auricular.

P690

1400 TUMORES SÍNCRONOS – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

Leonor Naia, Tiago Rabadão, Sara Pinto, Margarida Eulálio, Rosa Jorge

Hospital Infante D. Pedro, Centro Hospitalar do Baixo Vouga - Serviço Medicina Interna

INTRODUÇÃO

As Neoplasias Primitivas Múltiplas são raras, embora com uma incidência crescente nos últimos anos. São desafiantes, quer do ponto de vista diagnóstico, quer terapêutico. Os tumores síncronos correspondem ao aparecimento, simultâneo ou num período temporal inferior a 6 meses, de duas ou mais neoplasias malignas.

CASO CLÍNICO: Homem de 74 anos, raça branca, admitido no Serviço de Urgência por tonturas e diminuição da acuidade visual do olho esquerdo, de início súbito e com 1 hora de evolução. Antecedentes pessoais de tabagismo (60 UMA), hipertensão arterial, dislipidemia e hipertrofia benigna da próstata; medicado habitualmente com: olmesartan, lercanidipina, ácido acetilsalicílico, atorvastatina e dutasterida. Ao exame objetivo: hipertenso (PA 171/85mmHg), hemianopsia homónima esquerda e hemiparésia esquerda de grau 4 com neglect; restante exame sem alterações, nomeadamente a auscultação cardiopulmonar. Análises, ECG de 12 derivações e radiografia torácica sem alterações. A TC cranioencefálica evidenciou uma lesão expansiva de 2cm, cortico-subcortical parietal direita, com edema circundante. Iniciou terapêutica com dexametasona 4mg 2id e levetiracetam 1000mg 2id, com resolução dos sintomas após 48

horas. Já em internamento, prosseguiu o estudo. A RM cranioencefálica mostrou tratar-se de uma lesão única, compatível com metástase. Realizou estudo etiológico exaustivo, para determinação do tumor primário. A TC toraco-abdomino-pélvica evidenciou uma lesão espiculada no lobo inferior do pulmão direito e uma massa no rim esquerdo, ambas podendo corresponder a neoplasia primária. Foram, então, realizadas biópsias guiadas por TC de ambas as lesões, que revelaram tratar-se de um adenocarcinoma acinar primário do pulmão e um carcinoma renal de células claras, respetivamente. A cintigrafia óssea excluiu metastização. Iniciou radiocirurgia direcionada à lesão cerebral, com redução do seu tamanho, e iniciou quimioterapia (QT) com carboplatina e pemetrexed. Após 5 ciclos de QT, objetivou-se redução do tamanho da lesão pulmonar. Foi também realizada nefrectomia radical esquerda. Atualmente, em tratamento com pemetrexed em dose de manutenção, assintomático e sem evidência de aparecimento de novas lesões secundárias.

DISCUSSÃO: Trata-se de um doente com uma metástase cerebral única e dois tumores síncronos, adenocarcinoma acinar do pulmão e tumor renal de células claras, associação particularmente incomum. Este caso foi desafiante, não só pela necessidade de esclarecimento etiológico (primária vs secundária) de cada uma das lesões - o adenocarcinoma pulmonar com potencial de metastização para o rim e cérebro e o carcinoma renal de células claras para o pulmão e cérebro, mas também pela necessidade de identificar a origem da metástase cerebral. Neste caso, sabendo que a neoplasia do pulmão é a causa mais comum de lesões secundárias cerebrais e perante a boa resposta desta lesão à radiocirurgia, assumiu-se metástase do adenocarcinoma do pulmão.

P691

1460 TAMPONAMENTO CARDÍACO: A PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE RECIDIVA TUMORAL

Joana Fontes, Inês Grenha, João Costelha, Joana Serôdio, Elsa Araújo, Manuel Barbosa, Bárbara Sousa, Joana Silva, José Veloso, Paula Brandão

Serviço de Medicina Interna do Hospital Conde de Bertiandos - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

O cancro da mama é o tumor maligno mais frequente na mulher e a principal causa de morte por cancro no sexo feminino. O risco de recidiva é superior nos primeiros cinco anos de seguimento, podendo atingir até 25% das doentes. A recorrência pode ser local, regional ou à distância, sendo esta preferencialmente para o osso, cérebro, pulmão e fígado.

Mulher de 71 anos, autónoma, com antecedentes pessoais de HTA, FA (hipocoagulada com varfarina) e carcinoma da mama direita localmente avançado

diagnosticado em 2013. Foi submetida a QT neoadjuvante, mastectomia radical modificada e RT, encontrando-se no momento sob HT adjuvante, com seguimento no IPO e sem evidência de recidiva da neoplasia.

Recorreu ao SU por dispneia de agravamento progressivo, com uma semana de evolução, que aliviava com a anteverção do tronco, associada a ortopneia e edema dos membros inferiores. Ao exame objetivo estava consciente, hipotensa, taquicárdica e polipneica. À auscultação sons cardíacos arritmicos e hipofonéticos e sons respiratórios diminuídos nas bases pulmonares. Evidência de TVJ+ a 45º e edema dos membros inferiores até à raiz das coxas.

Dos exames complementares de diagnóstico destaca-se: GSA com insuficiência respiratória hipoxémica; ECG com FA com RVR e QRS de baixa voltagem; radiografia de tórax com cardiomegalia e derrame pleural direito; análises com INR supratrapêutico (INR 5). No decurso da investigação no SU realizou um ecocardiograma que revelou um derrame pericárdico de grande volume com compressão das câmaras cardíacas direitas, compatível com tamponamento cardíaco. Após correção do INR com vitamina K, foi realizada pericardiocentese com saída de 800cc de líquido muito hemorrágico com 2284300/uL eritrócitos, 3195/uL células, com 46% de linfócitos e 44% de neutrófilos. A análise bioquímica revelou valores de glicose de 98 mg/dL, proteínas de 5.1g/dL, LDH de 2511 UI/L, albumina de 2.7mg/L e ADA de 50UI/L.

A doente foi admitida em internamento para estudo complementar. Foram excluídas causas infecciosas (nomeadamente tuberculose), imunológicas, mixedema e causas iatrogénicas como a RT e a hipocoagulação. Tendo em conta os antecedentes da doente, foi essencial investigar também a possibilidade de derrame pericárdico maligno. O exame citológico mostrou evidência de células neoplásicas com características de carcinoma com expressão de CK7, GATA3, Recetores Estrogénicos e MUC1 no estudo imunocitoquímico, compatível com primário mamário.

A doente foi proposta para tratamento quimioterápico que recusou, encontrando-se atualmente sob HT paliativa, sem recidiva do tamponamento cardíaco.

O tamponamento cardíaco é uma condição ameaçadora de vida e implica uma intervenção atempada. Tem uma incidência baixa e, estando presente, geralmente resulta de uma neoplasia em estadio avançado. Ainda assim pode ser manifestação inicial de recidiva mais frequentemente como resultado de disseminação de neoplasia pulmonar e da mama. O seu prognóstico é muito reservado.

P692

1560 ADENOCARCINOMA DO INTESTINO DELGADO, DIAGNÓSTICO RARO E DESAFIANTE - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Dora Lameiras Xete, Andrea Castanheira, Manuela Zita Veiga, Isabel Madruga

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

INTRODUÇÃO

As neoplasias malignas do intestino delgado (ID) são raras e representam, cerca de 2 a 3% das neoplasias gastrointestinais. Os adenocarcinomas (ADC) são entre as neoplasias do ID, o tipo histopatológico mais comum. Mais de 50% dos ADC ocorrem no duodeno, sendo habitualmente diagnosticados por endoscopia digestiva alta (EDA).

CASO CLINICO: Mulher de 55 anos de idade, autônoma, natural do Brasil, a residir em Portugal há cerca de 18 anos. Sem antecedentes de relevo. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por quadro de náuseas, vômitos, perda ponderal de cerca de 8 Kg em 6 meses e obstipação com cerca de 20 dias de evolução. Foi previamente observada várias vezes em SU e medicada sintomaticamente sem melhoria. Nega alterações do trânsito intestinal. Ao exame objectivo: pele e mucosas coradas, desidratadas, com turgor cutâneo diminuído, anictéricas. Hemodinamicamente estável. Apirética. A avaliação abdominal era inocente, sem massas ou organomegalias palpáveis. Sem outras alterações de relevo. Do estudo complementar salientam-se as seguintes alterações: Glicemia de 143 mg/dL; Hb de 16,6 g/dL; Ligeira leucocitose e neutrofilia com PCR negativa; Lesão renal aguda (LRA) AKIN 2, hiponatremia e hipokaliémia. Citólise ligeira e discreta elevação da lipase. Realizou ecografia abdominal e renal que não revelaram alterações. Foi internada por LRA de etiologia pré-renal no contexto de vômitos. Manteve trânsito intestinal escasso para fezes e gases apesar de laxantes em esquema, mantendo quadro de náuseas e vômitos apesar de associação de anti-eméticos. Foi entubada nasogastricamente com evidência de estase gástrica (350 cc a 2000 cc/dia). Realizou EDA sem evidência de lesão gástrica com biópsia revelando H. Pylori e TC abdominal em que se destacou uma massa heterogênea a nível da 3ª porção do duodeno, de limites mal definidos (2 x 2 x 2 cm). Foi pedida colaboração de Cirurgia e pedida eco-endoscopia que revelou dilatação duodenal e no jejuno, angulação e fixação não franqueável, em provável relação com estenose jejunal maligna. Foi intervencionada cirurgicamente para excisão do tumor, confirmado o diagnóstico de ADC jejunal, tendo sido também constatado

implante carcinomatoso no grande epíplon e posteriormente iniciada quimioterapia. Ao 8º mês após o diagnóstico, mantém-se em follow-up, sem evidência de recidiva.

DISCUSSÃO: As neoplasias do ID constituem um diagnóstico invulgar e desafiante, por vezes tardio, devido a inespecificidade do quadro sintomático que resulta, habitualmente, de uma complicação aguda, como o quadro descrito de oclusão intestinal. Segundo a literatura mais de metade dos doentes apresentam metástases no momento do diagnóstico. O diagnóstico é conseguido perante um índice de suspeição elevado, sendo que o recurso a meios complementares disponíveis é considerado chave na investigação de sintomas persistentes. O caso apresentado é particular tanto pelo envolvimento do intestino delgado como pela sua localização.

P693

1587 SARCOMA HISTIOCÍTICO UNIFOCAL COMO CAUSA DE COXALGIA

Catarina Maciel, Mónica Mesquita, Fernando Salvador, Paula Vaz Marques

Hospital de Vila Real - CHTMAD

O sarcoma histiocítico é uma patologia rara com uma evolução agressiva e opções terapêuticas limitadas, envolvendo células fagocíticas mononucleares não-Langherhans, de etiologia indeterminada e sem fatores de risco predisponentes identificados. Pode manifestar-se como uma patologia esporádica ou em relação com neoplasias hematológicas, para as quais se pressupõe uma origem clonal comum, representando assim um distúrbio secundário. A apresentação clínica depende do órgão acometido.

Os autores apresentam o caso clínico de um doente do sexo masculino de 73 anos de idade, autônomo, com antecedentes de adenocarcinoma da próstata sob hormonoterapia trimestral e gamopatia monoclonal de significado indeterminado (MGUS) com 5 anos de evolução, em vigilância, e diagnóstico recente de polimialgia reumática das artalgias envolvendo a cintura escapular e pélvica, com dor significativa na última, localizada à esquerda. Por dor incontrolável sob terapêutica médica na articulação coxofemoral esquerda, recorreu a cuidados de saúde onde realizou exames de imagem que relevaram "lesão lítica centrada no ramo ilíopúbico esquerdo", com 69x78mm "invadindo o osso púbico e o ramo isquiopúbico correspondente". Da biópsia à lesão resultou achado de "células epitelioides de tecido conjuntivo fibroadiposo bem diferenciado com marcação difusa para vimentina, CD68 e CD163" com aspeto compatível de sarcoma histiocítico. Dada a eventual correlação desta entidade com patologias hematológicas, repetiu-se mielograma sem alterações que visassem correlação diagnóstica. Do restante estudo efetuado, não foram objetivadas lesões suspeitas que pudessem

representar atingimento disseminado da doença.

O doente mantém-se em seguimento em centro de referência, tendo sido proposto para hemipelvectomy esquerda e eventual radioterapia adjuvante, pelo atingimento unifocal.

Neste caso, diagnosticado através do sintoma álgico do doente, já com algum tempo de evolução, poder-se-á considerar relação entre os antecedentes de neoplasia da próstata com substrato pró-oncológico do doente, bem como a gamopatia monoclonal que já apresentava. No entanto, sabe-se que patogénese do sarcoma histiocítico permanece indeterminada e a causalidade entre espectros de doenças por esclarecer.

P694

504 UMA APRESENTAÇÃO RARA DE NEOPLASIA DO PULMÃO

Lígia Rodrigues Santos, Teresa Dias Moreira, Gisela Evaristo Vasconcelos, Margarida Silva Cruz, Mariana da Cruz, Alice Castro, Mari Mesquita

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

O atingimento meníngeo por neoplasias sólidas é uma complicação rara e com grande impacto dado se relacionar inevitavelmente com estadios avançados. O seu diagnóstico requer um alto nível de suspeição, sendo raramente a primeira manifestação destas.

Doente de 67 anos com risco pulmonar em contexto de tabagismo cessado, exposição profissional a pó da pedra e sequelas de tuberculose pulmonar. Internado para controlo sintomático e estudo complementar de quadro de cefaleia hemicraniana esquerda com cerca de 2 meses de evolução, persistente desde há 2 semanas, sem cedência a analgesia, acompanhada por desvio da comissura labial para a direita e diminuição franca da acuidade visual bilateralmente. Acrescia astenia, anorexia e perda ponderal de cerca de 10kg em 2 meses. Objetivamente a destacar pupilas isocóricas, pouco reactivas à luz, discreta parésia facial esquerda, hipostesia aproximadamente na divisão maxilar (V2) do nervo trigémeo. Avaliado por Oftalmologia com evidência de papiledema bilateral. Tomografia cranioencefálica sem evidência de lesões isquémicas, hemorrágicas ou expansivas de novo. Angio-ressonância a destacar lesão neoformativa ao nível da cisterna trigeminal esquerda e pequeno foco nodular na superfície lateral esquerda da transição bulbo-protuberancial na proximidade da emergência do VIIº par, de etiologia indeterminada. Abordado LCR, com citologia a revelar invasão do SNC por neoplasia maligna. Estudos endoscópicos sem alterações e Antígeno Prostático Específico (PSA) normal. Tomograficamente a destacar sinais de silicose micronodular, alguns dos nódulos confluindo formando densificações mais extensas nomeadamente no lobo superior esquerdo, sem

outras lesões suspeitas. Realizou broncofibroscopia. Imunohistoquímica do LCR e citologia lavado broncoalveolar compatível com Adenocarcinoma do Pulmão com invasão meníngea.

A importância deste caso prende-se com a franca relação clínico-imagiológica, com as manifestações neurológicas a correlacionarem-se intimamente com as alterações imagiológicas em ressonância, dando mais uma vez importância ao exame físico como elemento chave na avaliação clínica. Além disso, a carcinomatose meníngea corresponde a uma apresentação rara como manifestação principal de neoplasias primárias de outra localização, nomeadamente do pulmão.

P695

508 CELULITE OU ALGO MAIS?

Ana Bernardo, Sara Correia, Alícia Oliveira, Susana Escária, Vera Sarmento, Vasco Neves, Mariana Soares, Margarida Massas, Margarita Urquiola, Conceição Barata
Hospital do Espírito Santo de Évora

Os sinais inflamatórios dos membros inferiores são causa frequente da ida ao Serviço de Urgência (SU), apurando-se frequentemente uma causa infecciosa e portanto pensa-se muitas vezes nessa etiologia como a mais provável.

Apresenta-se o caso clínico de um doente do sexo masculino, 87 anos de idade, autónomo, que recorre ao SU por dor no membro inferior esquerdo (MIe), sem outras queixas. Ao exame objectivo, MIe com francos sinais inflamatórios, destacando-se edema importante. É identificado conglomerado adenopático na região inguinal esquerda e TAC que mostra volumosas adenopatias como causa deste edema, por compressão, e massa retroperitoneal de grandes dimensões. Foi internado para estudo e a biópsia revelou aspectos histológicos compatíveis com Plasmocitoma Extramedular. Este doente iniciou radioterapia com boa resposta, verificando-se redução importante das dimensões da massa e resolução do quadro inflamatórios do membro inferior.

O Plasmocitoma Extramedular é uma doença rara, caracterizada histopatologicamente por infiltrado de células plasmáticas de diversas maturidades e produtoras de imunoglobulina monoclonal fora da medula óssea. Sua incidência aumenta com a idade, sendo mais frequente no sexo masculino. O diagnóstico baseia-se na identificação de um tumor monoclonal de plasmócitos extramedular, excluindo-se Mieloma Múltiplo. Devido à sua radiosensibilidade, a radioterapia é um elemento fundamental na terapêutica e cirurgia se lesão ressecável.

Este caso clínico revela a importância de um exame objectivo rigoroso, em todos os contextos, e da realização do diagnóstico diferencial, mesmo perante quadro sugestivos de patologias extremamente

frequentes, podendo esta atitude significar a correcta identificação de outras patologias com necessidade urgente de tratamento, optimizando-se assim o prognóstico destes doentes.

P696

560 NÓDULO VIRCHOW COMO APRESENTAÇÃO DE ADENOCARCINOMA DA PRÓSTATA DISSEMINADO

Ana Morais Alves, Sofia Perdigão, Mariana Certal, Luis Sepulveda, Cristiana Sousa, Miguel Barbosa, Paula Vaz Marques

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução

O adenocarcinoma da próstata pode apresentar-se com doença localizada ou disseminada. A presença de metástases tem maior morbimortalidade, podendo ocorrer em locais atípicos como gânglio supraclavicular esquerdo (Nódulo Virchow) e testículo. Apresentamos o caso de uma neoplasia prostática disseminada cuja manifestação inicial foi lesão renal aguda (LRA) e a presença do nódulo Virchow. Caso clínico: Homem, 52 anos, saudável, sem medicação habitual, fumador; recorre à urgência por diminuição do débito urinário, disúria, polaquiúria e noctúria desde há uma semana. Objetivamente a referir nódulo Virchow, adenopatias inguinais, globo vesical, nódulo duro no testículo esquerdo, edemas maleolares; toque rectal: próstata pétrea, fixa. Análises: LRA, urina com hematúria microscópica. Tomografia computadorizada tórax-abdómen-pélvis que revelou adenopatias axilares, supraclavicular esquerda, mediastínicas e retroperitoneais com extensão inguinal a causar compressão uretero-uretral condicionando ureterohidronefrose bilateral; lesões ósseas L2-L5, também hipertrofia prostática. Admitido para estudo. Análises: LRA, eletroforese policlonal com aumento imunoglobulinas G-M, PSA 2460.0ng/ml, serologias víricas e outros marcadores tumorais negativos. Endoscopia alta: sem alterações. Ecografia próstata: aumento heterogéneo próstata, espessamento do epidídimo esquerdo. Biópsia nódulo Virchow: metástase de adenocarcinoma da próstata. Biópsia próstata: adenocarcinoma acinar invasor próstata, gleason 8 (4+4), invasão perineural. Cintigrafia óssea: hiperatividade na órbita e maxilar direito, parietal esquerdo e L3-L5. Assumido diagnóstico de Adenocarcinoma próstata hormono-naive disseminado, iniciou tratamento com análogo LHRH e derivação urinária interna, resposta inicial favorável. Decidido em consulta Oncologia-Urologia castração cirúrgica (orquidectomia total esquerda e subalgueta direita) e docetaxel (protocolo CHARTED). Cirurgia sem intercorrência, histologia do parênquima testicular revelou metástase adenocarcinoma prostático. Reavaliação após 6 meses de cirurgia e 6 ciclos docetaxel com remissão ganglionar completa, mantinha metastização óssea, assintomático com

PSA 3.4ng/ml; manteve análogo LHRH. Aos 12 meses com doença controlada. Discussão: Salientamos a apresentação inicial atípica com LRA obstrutiva por compressão externa pelas adenopatias, bem como a presença do nódulo Virchow mais característico de neoplasias do trato digestivo alto e respiratório. Referir a rara disseminação à órbita, maxilar e testículo. Conclusão: Concluímos a importância de um estudo minucioso na abordagem inicial que permitiu o diagnóstico apesar das manifestações atípicas. Ressaltar a evolução favorável do doente dado o mau prognóstico inicial da doença com metastização ganglionar extensa, óssea e testicular. A regressão do PSA, a melhoria clínica e imagiológica ao tratamento com análogo LHRH, castração cirúrgica e docetaxel são preditores de bom prognóstico.

P697

677 LINFANGIOLEIOMIOMATOSE GANGLIONAR PERITONEAL ISOLADA

Bárbara Soeiro, Alexandre Vasconcelos, Matilde Salgado ULSM - Hospital Pedro Hispano

Introdução

A linfangioleiomiomatose é uma doença rara (1/1000000) com envolvimento multissistémico que atinge preferencialmente mulheres jovens. Classicamente aparece associada à esclerose tuberosa (TSC) e resulta de mutações ativadoras de genes do complexo mTOR. Existe uma forma não associada à TSC, designada linfangioleiomiomatose esporádica (LAM). A apresentação típica é com atingimento pulmonar difuso. A LAM extrapulmonar é ainda mais rara, mas pode atingir o rim (angiomiolipomas) e o sistema linfático (quilotorax, quilo-peritónio, linfangioleiomiomas e linfangioleiomiomatose ganglionar).

Caso Clínico: Apresentamos o caso de uma mulher de 48 anos, com hipertensão arterial, dislipidemia e história de litíase renal tratada com litotricia, sem recidiva. Antecedentes cirúrgicos de ressecção de lesões de endometriose intra-abdominais na adolescência, e laqueação tubar eletiva aos 37 anos. Antecedentes obstétricos de 1 parto distócico, sem história de abortamentos. Menopausa confirmada por estudo hormonal, com 1 ano de instalação.

Recorre ao Serviço de Urgência por quadro de polaquiúria e lombalgia esquerda em moedeira (agravamento progressivo até intensidade 7/10) com 1 semana de evolução. Noção de aumento do perímetro abdominal nos últimos meses. No exame objetivo com Murphy renal positivo do mesmo lado, abdómen com ruídos hidroaéreos normais em características e intensidade, globalmente timpânico, sem maciez variável, com dor moderada à palpação profunda da fossa ilíaca esquerda, sem massas ou organomegalias palpáveis. Dos exames complementares:

sedimento urinário com 43 eritrócitos/campo e evidência de hidroureteronefrose à esquerda sem etiologia clara. Realizou TC abdominopélvico que revelou presença de conglomerados adenopáticos na cadeia ilíaca à direita (33x25mm) e ao longo da ilíaca comum e esquerda (38x38x110mm longitudinal), estendendo-se em localização circun-aórtica na vertente infra-renal, condicionando a hidronefrose esquerda por compressão. Foi realizada biópsia laparoscópica. O exame macroscópico confirma tratar-se de estruturas ganglionares. O exame histológico com morfologia e estudo imunocitoquímico compatíveis com linfangioleiomiomatose. Realizou TC torácico que não mostrou evidência de envolvimento pulmonar. O TC abdominal não mostrava evidência de angiomiolipomas. A doente fez excisão cirúrgica da cadeia ganglionar pela obstrução uretérica sintomática. Mantém-se assintomática, sob vigilância imagiológica abdominal e torácica, sem evidência de envolvimento pulmonar após 1,5 anos de follow-up, com estabilidade dimensional das lesões abdominais não-ressecadas.

Discussão: A linfangioleiomiomatose extrapulmonar isolada é extremamente rara. Não existem ensaios controlados sobre a abordagem terapêutica. Os inibidores do mTOR, como o sirolimus e o everolimus têm mostrado resultados positivos no atingimento pulmonar, quilotórax e ascite quilosa, mas não há descrição de efeitos no atingimento ganglionar retoperitoneal.

P698

1258 SEIS CASOS DE ALARGAMENTO DO MEDIASTINO

Tânia Vassalo, Joana Rodrigues dos Santos, Ryan Costa Silva, Lígia Peixoto

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Serviço de Medicina 1

O alargamento do mediastino resulta frequentemente de massas com um abrangente diagnóstico diferencial, sendo 25% malignas. Destas, em adultos jovens as mais comuns são os linfomas de Hodgkin, linfoblásticos T e tumores germinais. Em idades mais avançadas são as metástases de carcinomas.

Apresentam-se 6 casos de alargamento do mediastino:

1 - Mulher de 45 anos com sensação de aperto cervical e edema da face. TC: massa mediastínica heterogênea com invasão da veia cava superior (VCS). Diagnosticado linfoma difuso de grandes células B (LDGCB). Tratada com R-CHOP com remissão completa.

2 - Mulher de 27 anos com lesão mediastínica sem plano de clivagem com a traqueia, carina, brônquios e pericárdio, com encarceramento das artérias aorta e pulmonar e da VCS e do tronco braquio-cefálico

(TBC). Lesão documentada incidentalmente após trauma do ombro. Diagnosticado LDGCB. Tratada com R-CHOP e radioterapia, ainda sob tratamento.

3 - Mulher de 57 anos com massa cervical pétérea e edema bilateral supraclavicular; dispneia para pequenos esforços; dor retroesternal e perda de peso significativa. TC corpo: massa mediastínica superior (conglomerado adenopático) atingindo a tiróide, sem plano de clivagem com a região supraclavicular direita e com os vasos subclávios esquerdos; afilamento dos TBCs e das veias jugulares internas e subclávias; nódulo pulmonar direito; lesões líticas ósseas. Diagnosticado carcinoma de grandes células com envolvimento pleural. Óbito no internamento.

4 - Mulher de 79 anos com dispneia para pequenos esforços, edema da face e do membro superior direito (MSD) em estudo. Internada por pneumonia. Evolução com estridor. Verificada lesão espiculada do lobo superior (LS) direito com envolvimento mediastínico e fístula brônquica e traqueal; envolvimento brônquico, do esófago, aorta, TBC e da artéria pulmonar; VCS filiforme; prováveis metástases pulmonares; adenopatias mediastínicas. Diagnosticado adenocarcinoma (ADC) do pulmão. Óbito 8 dias após a admissão.

5 - Homem de 71 anos, com perda ponderal importante, anorexia, astenia e perda de força dos membros inferiores. TC-CE: lesão frontal direita com edema vasogénico do lobo frontal. TC-corpo com volumosa massa no LS esquerdo com invasão pleural e perda do plano de clivagem com a artéria pulmonar; adenopatias mediastínicas. Diagnosticado carcinoma pavimento-celular do pulmão. Óbito 1 mês após o diagnóstico.

6 - Mulher de 44 anos com cansaço para pequenos esforços, tosse e tumefação cervical direita. Angio TC-tórax: lesão espiculada pulmonar esquerda, envolvimento ganglionar desse hilo, mediastinal e da transição da VCS para o TBC direito; trombose venosa do TBC direito com extensão à jugular interna, subclávia e axilar homolaterais. Adenopatias supra-claviculares direitas a causar edema do MSD. Diagnosticado ADC do pulmão, a iniciar tratamento.

Conclusão: O alargamento do mediastino pode resultar de situações de elevada morbimortalidade, sendo a rápida confirmação diagnóstica fundamental.

P699

1309 TAMPONAMENTO CARDÍACO EM DOENTE COM ADENOCARCINOMA DO PULMÃO SOB PEMBROLIZUMAB

Isabel Vilas-Boas, Ana Ferro, Ana Oliveira Pinho, Nuno Moreno, João Correia Pinto, Sofia Moreira-Silva, Raquel Calisto

Unidade Local de Saúde de Matosinhos - Hospital Pedro Hispano

O envolvimento neoplásico do pericárdio é frequente e está associado a pior prognóstico. É encontrado em 1 a 20% das autópsias de doentes com neoplasia e pode apresentar-se como pericardite, derrame ou mesmo tamponamento. O pembrolizumab é um anticorpo monoclonal utilizado recentemente no âmbito da imunoterapia no tratamento de neoplasias. Estão descritas reações adversas atribuídas ao uso deste fármaco.

Apresenta-se o caso de um homem de 70 anos, diagnosticado com adenocarcinoma do pulmão estadio IV em julho de 2018 e sob pembrolizumab desde agosto (1 administração). Em setembro recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia desde há uma semana, edema periférico, diminuição da diurese, astenia e anorexia. Ao exame objetivo apresentava-se hipotenso, apirético, taquipneico, a saturar a 88% em ar ambiente, com turgescência venosa jugular de 3 cm a 45 graus e edema dos membros inferiores até ao joelho. Objetivada diminuição dos sons pulmonares no hemitórax esquerdo e hipofonese cardíaca. Do estudo complementar destaque para lesão renal aguda AKIN 2, PCR 92.8 mg/L, leucocitose ligeira, citólise hepática (ALT 207 U/L e AST 211 U/L), insuficiência respiratória hipoxémica (pO₂ 55mmHg) e hiperlactacidemia. Realizou radiografia torácica e posteriormente tomografia computadorizada que revelaram derrame pleural de grande volume à esquerda e derrame pericárdico com espessura máxima de 3 cm. O doente apresentou rápida deterioração clínica com hipotensão sustentada, anúria e hiperlactacidemia grave. Realizou ecocardiograma transtorácico que confirmou derrame pericárdico de grande volume com compressão das câmaras cardíacas direitas e consequente tamponamento cardíaco. Foi realizada pericardiocentese com saída de 1,5L de líquido sero-hemático. Colocou-se a hipótese de o quadro clínico ser uma reação imunomediada ao pembrolizumab e foi iniciada prednisolona (60 mg/dia) tendo em conta esta suspeita. O doente apresentou melhoria clínica e analítica ao longo do internamento. A citologia do líquido pericárdico revelou células de adenocarcinoma, concluindo-se que o derrame pericárdico estava filiado na neoplasia em progressão. O doente iniciou quimioterapia (QT), tendo já cumprido dois ciclos e mantendo boa qualidade de vida.

Perante um doente com o diagnóstico de neoplasia

que se apresente com derrame pericárdico, a principal hipótese de diagnóstico deverá ser a metastização pericárdica. No entanto, não se deverá negligenciar a hipótese de iatrogenia da radioterapia, QT ou imunoterapia, esta última uma realidade em crescendo. Neste caso, equacionou-se tratar-se de uma reação imunológica ao pembrolizumab, embora a presença de células neoplásicas no líquido pericárdico tenha permitido excluir essa hipótese. Apesar de o atingimento neoplásico do pericárdio estar associado a baixa sobrevida, atualmente são várias as linhas de QT possíveis para tratar as neoplasias pulmonares, devendo sempre ser individualizada a melhor estratégia de suporte e tratamento para cada doente.

P700

1392 PLASMOCITOMA RETRO-OCULAR: UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE

Joana Dias Antunes, Filipa Batista, Ana Figueiredo Costa, Fábio Almeida, Luísa Loureiro, Teresa Alfaite, Amélia Pereira

Hospital Distrital da Figueira da Foz

Introdução

O plasmocitoma extramedular é uma neoplasia rara localizada nos tecidos moles, resultante da proliferação de plasmócitos. O envolvimento dos tecidos orbitários é raro e muitas vezes ocorre no contexto de mieloma múltiplo, podendo ser a sua primeira manifestação. Os autores descrevem um caso clínico de um plasmocitoma extramedular, cuja importância reside no facto de existirem poucos casos descritos.

Caso Clínico: Doente do sexo masculino, 71 anos, recorreu ao serviço de urgência por epistaxis com cerca de 30 minutos de duração. Referia múltiplos episódios semelhantes e cefaleia temporal de 1 mês de evolução. No mês anterior, por queixas de dor ocular direita e perda parcial da visão, foi observado pela Oftalmologia, tendo sido realizada uma tomografia computadorizada (TAC) que revelou uma massa retro-ocular direita, tendo ficado a aguardar continuação do estudo.

Tinha antecedentes de espondilite anquilosante, glaucoma e adenocarcinoma prostático, a aguardar radioterapia.

Ao exame objetivo encontrava-se hemodinamicamente estável, apirético e apresentava exoftalmia direita. Por manutenção da hemorragia iniciou ácido aminocapróico.

Analiticamente apresentava hemoglobina 11.3g/dL, leucócitos 22.50x10³/uL, plaquetas 52x10³/uL, INR 1.2, velocidade de sedimentação 78mm/1h, proteínas totais 5.9g/dL (normal 6.4-8.3), creatinina 2.6mg/dL, proteína C reativa 44.5g/dL. A TAC revelou massa de tecidos moles na órbita

direita com invasão das estruturas subjacentes. Após a realização da biópsia da massa retro-ocular e exclusão do diagnóstico de mieloma múltiplo, foi feito o diagnóstico de plasmocitoma extramedular.

Conclusão: O plasmocitoma extramedular é uma patologia rara e no caso descrito a sua localização dificultou o diagnóstico. Sendo uma massa de tecidos moles foram colocados vários diagnósticos diferenciais e o diagnóstico final só foi possível devido à colaboração de várias especialidades. Este caso é ilustrativo da importância da abordagem multidisciplinar dos doentes, nomeadamente perante apresentações atípicas das patologias.

P701

1750 APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE NEOPLASIA RENAL SUGESTIVA DE TUBERCULOSE

Ana de Matos Valadas, Jorge Ruivo
Centro Hospitalar Lisboa Norte, CHLN

NDCM, 31 anos, com antecedente de talassemia minor. Sem medicação habitual ou alergias medicamentosas, com hábitos tabágicos no passado de 10 UMAs. Aparentemente saudável até aparecimento de dor inguino-escrotal esquerda autolimitada com 2 anos de evolução, com ecografia testicular sem alterações em avaliação pelo médico assistente. Apresentava imagem nodular parenquimatosa estável em radiografias de tórax seriadas, tendo sido referenciado ao Centro Diagnóstico Pneumológico por suspeita de Tuberculose. Inicia entretanto tosse, expectoração hemoptoica, diaforese de predomínio nocturno, perda ponderal e febre (temperatura timpânica máxima de 38°C) com 2 meses de evolução. Por apresentar aumento radiológico do nódulo já conhecido, ainda que com pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) na expectoração negativa e cultura BACTEC negativa aos 30 dias, realizou TAC de tórax em ambulatório que revelou a presença de condensações multifocais e periféricas, de aspecto relativamente invulgar e sugestivas de patologia inflamatória, com gânglios no mediastino anterior agrupados, com dimensões dentro da normalidade. Realizou broncofibroscopia ainda em ambulatório sem alterações, com lavado bronco-alveolar de baixa celularidade constituído por células pavimentosas, linfócitos e polimorfonucleares, com pesquisa de células neoplásicas, fungos, BAAR, *P. jirovecii* e PCR para BK negativos. Recorreu ao nosso serviço de urgência por recidiva de hematúria, tendo no episódio de urgência prévia noutro Hospital apenas realizado lavagem vesical e avaliação analítica que revelou Hb 10,5 g/dL (anemia microcítica e hipocrômica), PCR 5,0 mg/dL, com alta após apresentar urina clara. Neste episódio foi pedida ecografia renal que foi convertida em TAC abdómino-pélvica, que revelou neoformação renal esquerda, com trombose tumoral da veia renal

homolateral e atingimento da veia cava inferior, com envolvimento pulmonar e ósseo secundários. Em internamento foi realizada biópsia renal que confirmou diagnóstico de carcinoma de células renais associado a translocação Xp11.2/gene TFE3, tendo realizado nefrectomia citoredutiva e cavotomia com trombectomia da veia cava, tendo iniciado quimioterapia adjuvante com Sunitinib. Posteriormente apresentou trombose da veia porta intra-hepática apesar da anticoagulação terapêutica com Enoxaparina, com progressão de doença para metastização hepática e carcinomatose peritoneal, falência hepática progressiva, acabando por falecer passados 3 meses.

A apresentação deste caso clínico pretende chamar a atenção para uma apresentação inicialmente indolente e atípica sem hematúria inaugural de carcinoma de células renais, mimetizando outras patologias inflamatórias sistémicas como a tuberculose, atrasando-se assim o diagnóstico de uma situação potencialmente fatal.

P702

367 AVALIAÇÃO DA DOR TORÁCICA EM ATLETA DE ALTA COMPETIÇÃO

Priscila Melo, Raquel Dourado, Luís Dias, David Silva, Rui Quintanilha

Hospital do Divino Espirito Santo

Os autores apresentam o caso clínico de um jovem de 18 anos, referenciado à consulta de cardiologia para esclarecimento de dor torácica. Havia sido observado, cerca de um mês antes no Serviço de Urgência (SU) altura em que já apresentava alterações suspeitas.

Doente sem fatores de risco para doença cardiovascular, atleta de alta competição, referia quadro, com 3 meses de evolução, de dor no hemotórax esquerdo, pleurítica, tipo pontada, esporádica, sem associação com o esforço, sem irradiação, sem sintomas acompanhantes, sem posição antiálgica, com duração de 5 minutos. Referia palpitações regulares e rápidas, sem síncope. Apresentava, ainda, cansaço para médios esforços, com 1 mês de evolução, sem ortopneia, DPN ou edema dos membros inferiores. Fez referência a episódios, autolimitados, de edema da face, pescoço e membro superior esquerdo. Negava outros sintomas constitucionais.

Havia recorrido ao SU, 4 semanas antes, pelo mesmo quadro.

No dia da consulta mantinha as mesmas queixas, ao exame objetivo encontrava-se: vígil, orientado nas três esferas. Apirético. Eupneico em ar ambiente. Acianótico. Normotenso e normocárdico. Sem alterações de relevo na avaliação cardiovascular. Durante a consulta foram revistos os exames realizados aquando da ida ao SU. Análises e

ECG sem alterações relevantes. Radiografia do tórax com alargamento do mediastino aparente. Nesta consulta foram solicitadas novas análises, ecocardiograma, angioTC cardíaca e holter de 24h. No ecocardiograma transtorácico: volumoso derrame pleural. Face a estas imagens, fez radiografia de tórax urgente com volumoso derrame pleural esquerdo; tendo sido melhor caracterizado por TC Tórax e Abdómen: sugerindo processo de malignidade com disseminação para várias estruturas. As manifestações sugerem linfoma com envolvimento acima e abaixo do diafragma.

O doente foi referenciado à medicina interna que realizou toracocentese, com exame cultural e citológico do líquido pleural, não tendo sido identificadas células neoplásicas. Foi submetido a biópsia excisional de gânglio da região cervical esquerda, cujo resultado anatomopatológico foi sugestivo de Linfoma T. Sob orientação da hemato-oncologia iniciou estadiamento do linfoma com referência do doente para o IPO Lisboa, onde se encontra sob tratamento oncológico.

Este caso realça a importância da colheita da história clínica e observação dos exames complementares, tendo em conta que um mês antes o doente já apresentava alterações que faziam pensar numa etiologia neoplásica. Por outro lado, numa época em que existem cada vez mais e melhores, métodos de imagem ao dispor da medicina, a radiografia de tórax destaca-se na avaliação inicial de dor torácica.

Este doente espelha um caso de "livro", embora raro, onde o linfoma T, consta de 7.6% dos linfomas não Hodgkin. É mais frequente em homens jovens, manifesta-se em forma de grande massa mediastínica e derrame pleural, tendo um prognóstico variável.

P703

1100 NODULO CUTÂNEO A ESCLARECER

Cláudia Janeiro, Rita Santos, João Teixeira, Pedro Mesquita, Rosário Eça, Luís Vale

Medicina 2.1; Hospital Santo António dos Capuchos; Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introdução

Os nódulos cutâneos podem ter múltiplas etiologias consoante a apresentação e sintomatologia associada. Os autores relatam o caso de uma doente com tumor primário do pâncreas com metastização cutânea.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 74 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, doença cerebrovascular e diabetes mellitus tipo 2, observada na urgência no contexto de queda com perda de consciência e traumatismo craneoencefálico. Da história apurava-se quadro de confusão com cerca de 2 meses de evolução, anorexia, perda ponderal significativa e alterações do trânsito intestinal

com alternância entre diarreia e obstipação. À observação constatou-se abdómen distendido com nódulo cutâneo de consistência dura e indolor de localização supra-umbilical. Analiticamente com hiponatremia 120 mmol/L, sem outras alterações relevantes, tendo ficado internada para estudo. Do estudo complementar realizado em internamento destaca-se TAC T/A/P com lesão da cauda do pâncreas sugestiva de neoplasia, localmente avançada com sinais de carcinomatose peritoneal. Para diagnóstico histológico realizou punção do nódulo cutâneo que revelou metástase cutânea de adenocarcinoma do pâncreas. Foi discutido caso com Oncologia e familiares da doente e, após ponderação do risco/benefício, atendendo à idade e comorbilidades, optou-se por não iniciar quimioterapia, tendo tido alta orientada para a consulta de Medicina Paliativa.

Discussão: A incidência da neoplasia do pâncreas nas últimas décadas tem vindo a aumentar e actualmente é a 4ª causa de mortalidade associada a cancro no mundo Ocidental e Estados Unidos. Na maioria dos casos, 80-90%, a doença já se encontra localmente avançada ou metastática na altura do diagnóstico. As metástases cutâneas nesta neoplasia são raras, surgem mais frequentemente na região peri-umbilical, denominando-se nódulo Sister Mary Joseph. Apesar dos avanços no tratamento dos tumores sólidos, nesta fase o único tratamento disponível é paliativo e dirigido à sintomatologia. O prognóstico é reservado, com tempo médio de sobrevida de 3 a 6 meses. Este caso é interessante por se tratar de uma forma de apresentação e metastização raras de neoplasia do pâncreas.

P704

1122 UM CASO DE ANEMIA FERROPÉNICA NO IDOSO – INVESTIGAR OU EXPECTAR, EIS A QUESTÃO...

Margarida Madeira, Francisca Santos, Daniela Brigas, Rita Silva, Gonçalo Mendes, Hugo Viegas, Clara Rosa, Eugénio Dias

Centro Hospitalar de Setúbal

Introdução

A anemia é reconhecida como um fator de risco para vários desfechos adversos na população idosa, incluindo o aumento da necessidade de admissão hospitalar, da morbilidade e da mortalidade. Apesar da inflamação crónica ou da doença renal crónica serem as principais causas na maioria dos casos, também outros há em que a anemia constitui o único sinal de apresentação de uma lesão maligna oculta. Com a longevidade de população cada vez mais se coloca o dilema de quando e como investigar.

Caso Clínico: Os autores apresentam o caso de uma mulher de 77 anos, com antecedentes de

insuficiência cardíaca e Diabetes Mellitus tipo 2, que é referenciada à consulta de Medicina Interna por anemia microcítica e hipocrômica. A doente negava sintomas, nomeadamente perda ponderal, anorexia ou febre. Negava ainda náuseas, vômitos ou alteração do trânsito intestinal, nomeadamente fezes com características compatíveis com melenas ou hematoquezias. Analiticamente, apresentava apenas anemia ferropénica. A doente recusou exames endoscópicos, pelo que realizou reposição de ferro e se manteve sob vigilância. Passados 6 meses, recorreu ao Serviço de Urgência com quadro de astenia, parestesias e confusão mental. Da avaliação analítica, a destacar: AST 152, ALT 44, FA 1048 e γ GT 1760. Realizou ecografia abdominal que mostrou hepato-esplenomegalia com padrão multinodular, que sugeriu metastização secundária. Para esclarecimento etiológico realizou uma Tomografia computadorizada abdomino-pélvica, que para além das alterações descritas anteriormente, não mostrou outros achados relevantes, nomeadamente adenopatias. Após realização de endoscopia digestiva alta - que não mostrou alterações, optou-se pela realização de biópsia hepática, que revelou infiltração por Linfoma não Hodgkin, sugestivo de fenotipo T.

Discussão: Neste caso, perante uma anemia com défice absoluto de ferro, seria mandatória a realização de exames gastrointestinais para exclusão de neoplasia. Contudo, perante a recusa da doente, optou-se por adotar uma atitude expectante, que nos levou a um diagnóstico surpreendente: o Linfoma das células T hepato-esplénico é uma forma rara de neoplasia, estando descritos apenas 100 casos na literatura. Geralmente cursa com hepato-esplenomegalia, sintomas constitucionais, trombocitopenia significativa, anemia e leucopenia. Esta é uma forma extremamente agressiva, sendo a sobrevida média inferior a 2 anos, com o pico de incidência em adolescentes e adultos jovens do sexo masculino.

P705

1330 NEOPLASIA DO RETO – UMA HISTOLOGIA INCOMUM

Ana Viegas, Margarida Neto, Gabriela Venade, Catarina Almeida, Adelino Carragoso, João Tavares
Centro Hospitalar Tondela Viseu

Introdução

Os carcinomas neuroendócrinos (NEC) são tumores de alto grau caracterizados por serem pouco diferenciados, com elevado número de mitoses e/ou Ki-67 > 20%. Os NEC são raros, correspondendo a <1% dos casos das neoplasias colorretais. São habitualmente agressivos, apresentando-se em estadios avançados e com metastização ao diagnóstico, pelo que se associam a mau prognóstico. O tratamento segue as recomendações do carcinoma de pequenas células do pulmão, pelo

seu comportamento semelhante.

Caso Clínico: Homem, 61 anos, admitido por dor lombossagrada persistente, de grande intensidade desde há 2 meses, com irradiação para os membros inferiores, condicionando impotência funcional para a marcha e sem resposta à analgesia. Concomitantemente, apresentava anorexia e perda ponderal de 5% em 2 meses, com incontinência fecal nos 3 dias que antecederam a admissão. Antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2 com nefropatia diabética, anemia das doenças crónicas, hipertensão arterial e dislipidemia. Ao exame objetivo: emagrecido, com dor intensa à palpação lombar, parésia dos membros inferiores, incontinência fecal e globo vesical. Realizou RM da coluna lombar com lesões osteolíticas em L1 e sacro e compromisso plurirradicular. Assumido síndrome da cauda equina secundária a compressão medular por lesões osteolíticas de provável etiologia secundária. Neste contexto submetido a radioterapia, tendo apresentado boa resposta clínica e ganho funcional. Do restante estudo realizado, TC-TAP evidenciou lesão expansiva do reto baixo com 41x34x50mm, múltiplas adenomegalias loco-regionais e lesão osteolítica no íliaco esquerdo com 53x32mm; Colonoscopia com extensa lesão vilosa no reto distal e histologia compatível com carcinoma invasor pouco diferenciado; biópsia de lesão do osso íliaco compatível com metástase de carcinoma neuroendócrino. Feita revisão conjunta das biópsias, concordante com o diagnóstico final de NEC pouco diferenciado, com difusa expressão CD56 e Ki67 positivo em mais de 90% células neoplásicas. Caso discutido em reunião multidisciplinar, tendo sido proposto para quimioterapia com carboplatina e etoposido, a qual foi interrompida na sequência de pancitopenia persistente. Manteve degradação do estado geral e estando atualmente em seguimento pela equipa de cuidados paliativos.

Discussão: Os NEC colorretais são tumores raros e de rápida progressão, com sobrevida a 1 ano de 10-15%. A distinção histológica pode ser complexa (com tumores neuroendócrinos de baixo grau, adenocarcinoma puro, adenocarcinoma com componente neuroendócrino e misto adenocarcinoma/NEC), mas é fundamental para a decisão terapêutica. Assim, atendendo às características agressivas destas neoplasias, é crucial o diagnóstico precoce de modo a garantir um tratamento atempado e melhorar a sobrevida. Face à raridade desta entidade impõe-se a necessidade de mais investigação para otimização dos tratamentos atualmente disponíveis.

P706

1374 SARCOMA HISTIOCÍTICO EM DOENTE COM CO-INFEÇÃO PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (VIH) TIPO 1 E HEPATITE C (VHC) CRÔNICA: RELATO DE UM CASO

Mariana Certal, Rita Gamboa Cunha, Adelaide Moutinho, Nádia Almeida, Marissol Guerra, Sandra Tavares, Paula Vaz Marques

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

Introdução

O Sarcoma Histiocítico (SH) é uma neoplasia maligna rara, caracterizada pela proliferação de células com aspeto morfológico e imunofenotípico semelhante ao histiócito maduro tecidual. Tal raridade pode ser explicada pela dificuldade de caracterização diagnóstica e morfológica, confundindo-se frequentemente com outras neoplasias malignas pleomórficas. Apesar de se saber que a imunodeficiência constitui um fator de risco para vários tumores, poucos casos foram relatados de doente VIH positivo com SH. Caso clínico: Homem de 48 anos, ex-utilizador de drogas endovenosas, hábitos alcoólicos de 120 g, fumador de 24 UMA, com infeção VIH1 conhecida desde 1993 e Hepatite C crónica genótipo 1a, naive. Após o abandono da consulta em 2011, regressou em 2016, nessa altura com contagem de células CD4+ de 122 células/mm³, carga vírica VIH1 351000 cópias/mL e VHC 6920000UI/mL. Iniciou terapêutica com Tenofovir/Entecitabina, Atazanavir/Ritonavir. Adesão irregular à terapêutica com mau controlo virológico neste contexto. Em abril de 2018, refere adenomegalias na região axilar esquerda associadas a suores noturnos, perda ponderal, anorexia e cansaço. Objetivamente apresentava adenomegalias na região axilar esquerda, móveis, duras, com cerca de 2 cm de diâmetro, anteriormente dolorosas mas à data de observação indolores e adenomegalias infracentimétricas na região axilar direita e inguinal. Analiticamente, hemograma normal, função renal normal, TGO 89 U/L e TGP 90 U/L, sem outras alterações. O exame citológico do material obtido por biópsia aspirativa demonstrou detritos celulares/material necrótico e diversos histiócitos epitelióides ou células gigantes multinucleadas compatíveis com linfadenite granulomatosa necrotizante. Fez-se excisão do gânglio, tendo sido identificados no exame histopatológico, aspetos morfológicos e imunofenotípicos favoráveis ao diagnóstico de sarcoma histiocítico. Realizou mielograma e biópsia da medula óssea, sem alterações. Na tomografia computadorizada (TC) não foram evidentes adenopatias com dimensões patológicas, excetuando o conglomerado na região axilar esquerda. Foi considerada uma lesão unifocal, tendo sido programados ciclos de radioterapia durante 5 semanas. Durante o seguimento, foram identificadas por TC e

confirmadas por ressonância nuclear magnética várias lesões nodulares no osso ilíaco e sacro, sugerindo múltiplas lesões secundárias. O doente recusou investigação adicional. No início da 3ª semana de RT o doente encontrava-se francamente melhor, a cumprir TAR, carga vírica indetetável e contagem de células CD4+ de 214 células/mm³. Discussão: Até à data ainda não foi demonstrada relação entre o sarcoma histiocítico e a infeção pelo VIH. No entanto, dado o curso clínico rapidamente progressivo que o caracteriza, associado às dificuldades diagnósticas resultantes de uma forma de apresentação inespecífica, é importante ter em mente esta patologia, particularmente em doentes imunocomprometidos.

P707

1501 LÍQUIDO PERITONEAL PRETO: OS SUSPEITOS DO COSTUME, UM CULPADO INESPERADO

Joana Borges, Bárbara Marques, Diogo Canhoto, Teresa Vaio, Rui Santos, Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

Entre as várias causas de ascite, a cirrose é a mais comum dando em seguida lugar à ascite neoplásica e à associada a insuficiência cardíaca.

As características do líquido peritoneal, como aspeto macroscópico, gradiente de albumina soro-ascite, contagem diferencial de células, associadamente a um estudo complementar permite inferir um diagnóstico. O líquido peritoneal preto está geralmente associado a necrose pancreática e a metástases de melanoma.

Caso clínico:

Doente de 71 anos, sexo feminino, encaminhada do médico assistente por lombalgia de ritmo mecânico com 2 semanas de evolução e aumento do perímetro abdominal de forma gradual com 1 mês de evolução. Tratava-se de doente em cessação de consumo crónico de álcool há 1 ano. Tinha realizado ecografia abdominal 2 meses antes, a pedido do médico assistente, com volumoso derrame peritoneal.

À observação apresentava ascite de grau 3. Foi realizada paracentese diagnóstica e de largo volume com drenagem de cerca de 7 L de líquido peritoneal preto. O estudo do líquido peritoneal mostrou gradiente albumina soro-ascite superior a 1,1g/L, glucose e amilase baixas, total de 5200 células/μL das quais 15% neutrófilos e 49% linfócitos. O estudo citológico apresentava células mesoteliais reacionais, sem células neoplásicas. Estudo bacteriológico e micobacteriológico negativos.

Avaliação analítica sem alterações relevantes.

Ecografia abdominal com ecodoppler que revelou volumosa massa quística heterogênea e multiloculada ocupando todos os quadrantes do abdômen e sem alterações hepáticas sugestivas de hepatopatia crônica. A endoscopia digestiva alta apresentava varizes esofágicas pequenas no terço distal e médio.

Tomografia computadorizada (TC) abdomino-pélvica mostrou volumosa massa intra-abdominal de provável origem anexial, com múltiplas locas internas com realce septal na sua porção inferior, que comprimia a veia cava inferior e excluiu adenomegalias abdominopélvicas.

Apresentava uma elevação de 10 vezes o limite superior da normalidade do Ca125.

Foi submetida 1 mês depois a histerectomia total com anexectomia bilateral, apendicectomia e omentectomia infra-cólica por laparotomia. A histologia mostrou carcinoma mucinoso primário do ovário direito, intra-ovário, com rotura focal cirúrgica da cápsula, sem evidência de metastização na cirurgia subsequente de estadiamento, pelo que se tratava de um estadio IC-T1c N0 M0.

Por elevado risco de recidiva foi submetida a 6 ciclos de quimioterapia adjuvante com Paclitaxel e Carboplatina.

Discussão:

Os autores realçam a apresentação desta entidade, sem descrições prévias de líquido peritoneal preto associado a carcinoma do ovário. Geralmente o líquido peritoneal associado a malignidade é hemático e, no presente caso, o aspeto macroscópico do mesmo pode resultar de hemólise após hemorragia. Deste modo, pretende-se também realçar a importância do estudo complementar do líquido peritoneal, além da causa mais prevalente que é a cirrose alcoólica.

P708

2195 E UM NÃO CHEGAVA?

Yair Gamboa, André Goulart, Alexandra Freitas, Almerindo Rego

Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira

Introdução

Tumores síncronas são definidos como a presença de duas ou mais neoplasias malignas primárias independentes no mesmo ou em diferentes órgãos dum único doente.

A incidência tem aumentado dramaticamente nas últimas décadas pela melhoria dos cuidados médicos e aumento da sobrevivência de algum tipo de neoplasias, levando os doentes a sobreviver tempo suficiente para desenvolver outras neoplasias

primárias.

Caso clínico: homem, 62 anos, com antecedentes pessoais relevantes de insuficiência venosa crônica dos membros inferiores, patologia hemorroidária e tabagismo (20UMA), e antecedentes familiares de adenocarcinoma do cólon em irmã aos 50 anos, e adenocarcinoma do pulmão no pai, grande fumador, aos 68 anos.

Enviado a consulta após realização de colonoscopia electiva no contexto de PSOF positiva, que demonstrou polipose cólica extensa de todos os segmentos, incluindo lesão séssil, vegetante, dura ao toque da pinça, localizada ao ângulo hepático.. Encontrava-se assintomático, sem alterações ao exame objectivo ou no estudo analítico. A anatomia patológica (AP) dos pólipos revelou 'focos adenomatosos dispersos com displasia de baixo e alto grau; e adenocarcinoma moderadamente diferenciado, grau 2, pT1'.

Realizou TC-TAP de estadiamento: 'Opacidade pseudo-nodular (17x12mm), com contorno irregular e levemente espiculado, no lobo superior do pulmão esquerdo'. Biópsia pulmonar transtorácica: 'Infiltração por adenocarcinoma acinar e papilar'.

PET-TC: "Imagem de hipotransparência parenquimatosa conhecida no LSE de limites mal definidos e contornos espiculados, SUV máx de 1.3. Sem outras lesões suspeitas'.

Submetido a lobectomia superior esquerda, a AP revelou 'nódulo periférico corresponde a adenocarcinoma pulmonar acinar e papilar, com 12 mm de maior eixo, a 4 mm da superfície pleural'. Sem indicação para tratamento adjuvante.

Foi posteriormente submetido a colectomia total com anastomose ileorectal. AP: 'Peça de ressecção intestinal com neoplasia vegetante e ulcerada a 120 mm da válvula ileocecal - adenocarcinoma intestinal bem diferenciado, pT2pN0. Polipose cólica extensa com DAG, DBG'. Foi confirmado risco familiar, pela detecção da mutação MUTYH.

Manteve seguimento em consulta de Oncologia, com evolução clínica favorável, mantendo-se assintomático, sem intercorrências de relevo até à data.

Discussão: A presença de lesões tumorais síncronas à data do diagnóstico são uma situação rara mas possível, e que deve ser suspeitada na presença de lesões tumorais díspares e isoladas, como se verificou neste caso. A sua correcta identificação teve papel essencial na abordagem terapêutica adequada ao doente em causa.

P709

1661 EXUBERANTE VASCULITE CUTÂNEA SECUNDÁRIA A NEOPLASIA DO OVÁRIO

Joana Rodrigues Morais, Teresa Medeiros, Joana Monteiro, Liliana Carneiro, Cristina Rosário
Hospital Pedro Hispano

A vasculite cutânea resulta de um processo inflamatório de pequenos e médios vasos, havendo risco de envolvimento de órgãos internos. Uma ampla variedade de distúrbios podem condicionar o seu desenvolvimento, sendo as causas neoplásicas as menos comuns (<4%).

Descrevemos o caso de uma mulher de 75 anos que se apresenta no serviço de urgência com lesões eritematosas em ambas as coxas e purpúricas nas pernas, com extensas úlceras coalescentes, exsudativas, com grande perda de substância, e hiperémia periungueal indolor não exsudativa das mãos. Associadamente com perda ponderal superior a 10% em 4 meses, sem febre ou hipersudorese associadas. Foram excluídas queixas do foro respiratório, gastro-intestinal e genito-urinário, toma recente de fármacos ou consumo de produtos de ervanária. Não foram objectivadas adenomegalias ou hepato-esplenomegalia.

Do estudo realizado a salientar franca elevação de parâmetros inflamatórios (PCR > 200mg/L e VS > 100mm/1^ah), anemia ferropénica por perdas cutâneas, lesão renal aguda – AKIN 3, sem acidose metabólica nem distúrbios iónicos associados, com proteinúria sub-nefrótica, sem hematuria. A biópsia cutânea confirmou tratar-se de vasculite leucocitoclástica, pelo que iniciou Prednisolona 0,75mg/kg/dia, com melhoria paulatina das lesões cutâneas e resolução da proteinúria com normalização da função renal. No estudo de causas secundárias, as serologias e o estudo imunológico foram negativos. Em tomografia computadorizada e ressonância magnética abdomino-pélvicas foram identificadas duas lesões heterogéneas anexiais, cuja biópsia confirmou o diagnóstico de neoplasia do ovário.

Por trombose venosa profunda em ambos os membros inferiores, sem resolução com hipocoagulação, e face ao baixo ECOG, foi decidido em reunião de grupo oncológico manter tratamento de suporte sintomático, dado ser considerada sem condições para cirurgia ou tratamento sistémico.

A prevalência de neoplasia em doentes com vasculite leucocitoclástica é desconhecida. A maioria dos casos reportados desta associação são referentes a neoplasias hematológicas e raramente a tumores sólidos. Numa revisão geral da literatura apenas encontramos 1 caso descrito de neoplasia do ovário assintomática que se manifestou como vasculite leucocitoclástica. Tal como neste, consideramos no caso aqui apresentado ser um fenómeno

paraneoplásico que permitiu o diagnóstico de uma neoplasia oculta.

Pretendemos, desta forma, alertar para a raridade desta associação e para a importância da persistência de um diagnóstico na presença de vasculite leucocitoclástica.

P710

1710 UM SINAL CLINICO COMUM, UM DIAGNOSTICO RARO

Alexandra Briosa, Andre Esteves, Despina Argyropoulou, Ana Broa
Hospital Garcia de Orta

Introdução

A ascite como entidade clínica isolada é um motivo frequente de admissão no serviço de urgência. Apesar de a cirrose hepática ser a principal causa de ascite, em casos mais raros, esta pode ser de etiologia neoplásica secundária, nomeadamente ovário, estômago, pâncreas e cólon, ou até primária.

Caso clínico: Homem, 69 anos idade, reformado de atividade comercial, com antecedentes pessoais conhecidos de hipertensão arterial e consumo ligeiro de bebidas alcoólicas. Sem hábitos tabágicos ativos ou história de exposição ambiental conhecida.

Recorreu ao serviço de urgência por aumento progressivo do volume abdominal associado a emagrecimento (7 Kg) e sintomas de dispépticos, com cerca de dois meses de evolução.

À admissão apresentava-se hemodinamicamente estável, apirético, sem adenomegalias palpáveis, emagrecido, salientando-se a presença de volumosa ascite não tensa.

Havia realizado em ambulatório ecocardiograma transtorácico e a colonoscopia que não mostraram alterações. Porém a TC toracoabdominopélvica evidenciava não só ascite volumosa, como também um importante espessamento peritoneal, sem outras lesões. Analiticamente, a destacar a presença de anemia hipocrómica/microcítica ligeira (Hb 10,8 mg/dL) e trombocitose (plaquetas: 823 000), sem outras alterações de relevo. As serologias virais, o painel de autoimunidade e os marcadores tumorais foram negativos.

Foi realizada paracentese diagnóstica cujo resultado do exame citológico se revelou sugestivo (mas não diagnóstico) de etiologia neoplásica, salientando-se a presença de células mesoteliais. Perante a hipótese diagnóstica provável de carcinomatose peritoneal, e atendendo aos sintomas dispépticos do doente, foi realizada endoscopia digestiva alta que excluiu presença de eventual neoplasia gástrica. Posteriormente, a ressonância magnética abdominal permitiu excluir outros focos primários, assim como, a presença de lesões hepáticas de

novo.

Perante estudo etiológico inconclusivo e suspeita crescente de neoplasia primária do peritонеu, foi realizada biópsia peritoneal ecoguiada, cuja análise citológica confirmou achados compatíveis com mesotelioma maligno epitelióide.

O doente foi orientado para consulta de Oncologia.

Conclusão: O mesotelioma primário maligno é uma neoplasia rara com origem nas células mesoteliais, nomeadamente pleura e peritонеu, cuja principal causa é exposição prolongada a asbestos. O seu curso insidioso e apresentação clínica inespecífica, tornam o seu diagnóstico difícil e tardio, conferindo um prognóstico reservado.

P711

1786 QUANDO A MASSA NÃO É BENIGNA- UM CASO DE COLANGIOCARCINOMA

Joana Alves Vaz, Catarina Cabral, Maria Manuela Soares, Isabel Madruga

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental - Hospital Egas Moniz

INTRODUÇÃO

As massas hepáticas podem traduzir processos de diferentes etiologias, frequentemente sem caráter de malignidade. O colangiocarcinoma é um tumor das vias biliares que se pode apresentar como uma massa intra-hepática. A sua incidência é baixa, tem sintomas inespecíficos e pode ter invasão loco-regional, o que condiciona um pior prognóstico.

CASO CLÍNICO: Mulher de 41 anos, autónoma, brasileira a residir em Portugal, com história de hepatite B, negando tabagismo ou alcoolismo, mas sem seguimento médico regular. Recorre ao Serviço de Urgência por quadro de dor ao nível do hipocôndrio direito com intensidade 10/10, de agravamento progressivo na última semana, sem fatores precipitantes ou de alívio, acompanhada de diarreia (4 dejeções/dia), sem sangue, muco ou pus. Referia apenas há cerca de um ano sensação de picada na mesma região, intermitente, associada a náuseas, enfartamento precoce e anorexia.

Ao exame objetivo destacava-se bom estado geral e palpação dolorosa do hipocôndrio direito, com sinal de Murphy vesicular positivo. Na avaliação complementar salientava-se: transaminases normais, tempo de protrombina 12,2 segundos (INR 1,1), eletroforese das proteínas normal e proteína C reativa 0,51mg/dL; carga viral HBV 26IU/ml; antígeno HBs 538IU/ml, anticorpo anti-HBs, IgM anti-HBc, anti-VHC e anti-VIH1/2 negativos; alfafetoproteína, CA 125 e CYFRA-21 normais. A ecografia abdominal revelou "massa de 6cm, heterogénea, de contornos lobulados, com focos de calcificação...obliteração dos vasos adjacentes", a TC abdominal mostrou "fígado com captação heterogénea do contraste envolvendo os segmentos

VIII,V,IV,VII e VI; foco maior com 112x66mm" e a RMN do abdómen superior "volumosa lesão/confluência de lesões hepáticas envolvendo os segmentos IV,V e VIII com 130x66x145mm". Foi realizada biópsia que objetivou "infiltração por adenocarcinoma bem diferenciado (células positivas para CK7 e negativas para CK20, CDX-2, TTF-1 e HepPar), não permitindo distinguir colangiocarcinoma versus metástases."

Após reunião multidisciplinar (com Cirurgia, Gastroenterologia e Oncologia), foi admitido como diagnóstico provável colangiocarcinoma intra-hepático e, por não ser possível ressecção cirúrgica dada a metastização ganglionar, foi decidida realização de terapêutica sistémica com intuito paliativo (cisplatina e gemcitabina). Após 6 meses, a doente permanece em tratamento, com boa tolerância e razoável qualidade de vida.

DISCUSSÃO

A cirurgia é considerada o único tratamento curativo do colangiocarcinoma. Contudo, aquando do diagnóstico, a maioria dos doentes já apresenta invasão local e mesmo metastização, que conduzem a pior prognóstico e impossibilitam a sua ressecção cirúrgica. Neste caso, trata-se de uma doente jovem, com um tumor de crescimento lento e insidioso, com tardia repercussão no seu estado geral. Daí a relevância da "educação para a saúde", ressaltando a valorização precoce de sintomas e o seguimento médico regular.

P712

1817 QUANDO UMA CAUSA INOCENTE DE INTERNAMENTO REVELA O INESPERADAMENTE GRAVE

Joana Sotto Mayor, Isabel Eira, Renata Carvalho, Cindy Tribuna, Cristina Cruz da Ângela, Carlos Capela
Hospital de Braga

Doente de 76 anos, sexo feminino, ex-trabalhadora numa pedreira. Antecedentes Pessoais: doença pulmonar obstrutiva crónica, Hipertensão pulmonar; policitemia. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de dispneia em repouso/pequenos esforços com um mês de evolução, associada a cianose labial e agravamento do padrão habitual de tosse produtiva de esputo mucopurulento. Sem outras queixas de órgão ou sistema. Teria recorrido outras vezes à urgência pelo mesmo motivo mas tendo tido sempre alta. Exame objectivo: Polipneia, cianose labial, auscultação pulmonar: sons respiratórios presentes bilateralmente com sibilância expiratória. Gasimetria com insuficiência respiratória tipo 1. Analiticamente: Hb 18,5; hematócrito 53,6%; leucócitos 16200; neutrófilos 80,7%; plaquetas 585000; PBNP 5121; PCR 47. Tomografia tórax: "(...)no parênquima pulmonar são aparentes formações nodulares de pequenas dimensões, pericentrimétricas formando um

conglomerado no lobo superior direito. A hipótese destes nódulos traduzirem lesões neoplásicas secundárias tem que ser considerada, podendo no entanto a etiologia ser infecciosa/inflamatória (...). Internada a doente por pneumopatia bilateral com insuficiência respiratória tipo 1; e insuficiência cardíaca descompensada. Admitindo o processo infeccioso pulmonar a doente iniciou antibioterapia com levofloxacina, no entanto a melhoria da insuficiência respiratória apesar de verificada, nunca permitiu suspensão de oxigenoterapia. Para melhor esclarecimento pedido Angio-TC toraco-abdomino-pelvico, que para além de poder excluir tromboembolismo pulmonar permitiu estudo de eventual orientação caso os nódulos tivessem etiologia neoplásica secundária. O desfecho foi o pior: "(...)sinais de tromboembolismo a nível da artéria pulmonar principal direita (...) no rim direito pequena formação nodular com cerca de 2x2,3cm de maior diâmetro, com crescimento exofítico, heterogénea e que apresenta captação de contraste compatível com processo neofornativo(...)". Portanto, neoplasia primária do rim, com metastização pulmonar e já com evento paraneoplásico associado. Realizou biopsia da massa renal cuja histologia revelou carcinoma de células claras. Dado o estado clínico da doente e estadio avançado da doença, esta foi apenas proposta para tratamento de suporte.

Casos como este fazem reflectir a importância da minúcia da investigação clínica, não descartando todos os indícios objectivados, até porque muitas são as entidades com evolução silenciosa e insidiosa que por si só justificam uma panóplia de sintomas.

P713

28 FIRST HIDE AND SEEK, THEN FAST AND FURIOUS

Rodolfo Viríssimo Gomes, Joana de Oliveira, Bárbara Sousa Picado, Fernando Martos Gonçalves, José Lomelino Araújo

Hospital Beatriz Ângelo

INTRODUÇÃO

Sabe-se que doentes com carcinoma basocelular têm elevado risco de recorrência, mas também risco aumentado de desenvolver melanoma.

CASO CLÍNICO

Trazemos o caso de um homem de 81 anos, autónomo, com história de vários carcinomas basocelulares já excisados e referência a filho com melanoma maligno.

Recorreu ao Serviço de Urgência por desequilíbrio, mal-estar inespecífico, anorexia e perda ponderal não quantificada, mencionando ainda massa inguinal esquerda com 2 meses de evolução. Foi detectado na radiografia torácica padrão em largada de balões, pelo que foi internado para estudo.

Analiticamente com VS 74mm/h, LDH 1987U/L e imunofenotipagem com 17% de células não hematopoiéticas. Fez TC tóraco-abdominopélvica que revelou metastização difusa pulmonar, hepática, suprarrenal, esplénica, ganglionar, mesentérica, retroperitoneal e de partes moles, com volumosa lesão na região inguinal esquerda.

A citologia aspirativa da massa inguinal foi inconclusiva, no entanto, a biópsia ganglionar concluiu tratar-se de metástase de melanoma. Apesar de não ter sido identificada lesão, admitiu-se como tendo origem no membro inferior esquerdo face à massa inguinal ipsilateral. Avaliado pela Dermatologia, não havendo indicação para terapêutica dirigida, pelo que o doente foi orientado para Cuidados Paliativos e veio a falecer, menos de 5 meses após o início dos sintomas.

DISCUSSÃO

Apesar de ter susceptibilidade aumentada para melanoma e seguimento regular, este tumor desenvolveu-se de maneira explosiva apresentando-se como doença M1c, caracterizada por LDH muito elevada e metástases à distância, conferindo desde logo um prognóstico muito reservado.

P714

137 AVC EM CONTEXTO DE NEOPLASIA GÁSTRICA

Marta Carreira, Pedro Diogo, Patrícia Lourenço

Centro Hospitalar de São João

INTRODUÇÃO

As neoplasias são um factor de risco adicional para o desenvolvimento de distúrbios da coagulação, nomeadamente trombozes venosas e arteriais.

CASOCLÍNICO: Mulher de 79 anos, com história prévia de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) insulino-tratada e Fibrilhação auricular permanente hipocoagulada com varfarina (CHAD2DS2.VASc 4). Quadro constitucional com anorexia e emagrecimento (não quantificado). Estudo analítico revelou anemia microcítica hipocrômica de 6,5g/dL, sem alteração outras linhagens celulares e radiografia torácica mostrou derrame pleural esquerdo de moderado volume. Realizada toracocentese diagnóstica e evacuadora (após reversão hipocoagulação com vitamina K) – drenagem de líquido sero-hemático. Cerca de 24h após suspensão de hipocoagulação, a doente desenvolveu quadro de afasia e hemiparesia direita (NIHSS 21). Realização imediata de TC CE, que mostrou trombo em M1 esquerda, com mismatch neste território; e, posteriormente, de trombectomia mecânica, sem recuperação do estado neurológico (NIHSS 19 no fim do procedimento). O estudo imunocitoquímico do líquido pleural foi compatível com carcinoma gástrico. A doente evoluiu desfavoravelmente com quadro de infeção respiratória nosocomial a MRSA sem resposta a

antibioterapia instituída com vancomicina, tendo vindo a falecer durante o internamento.

DISCUSSÃO: As neoplasias constituem um estado pro-trombótico que se manifesta com alguma frequência como AVC, sendo a embolia o principal mecanismo deste processo. Por outro lado, os doentes do sexo feminino, > 65 anos, com DM2 e FA não hipocoagulada apresentam maior risco de AVC embólico. Nesta doente, em específico, considerando apenas os FRCV, o risco de AVC ao ano seria de cerca de 4% (CHAD2DS2.VASc 4), no entanto a neoplasia gástrica desconhecida e a suspensão de hipocoagulação peri-procedimento invasivo, contribuíram para o evento isquémico.

P715

191 METASTIZACÃO DO CORPO-ANTRO: UMA OPORTUNIDADE PARA UMA APRESENTAÇÃO POUCA PROVAVEL DE NEOPLASIA GÁSTRICA

Raquel Costa, João Costelha, Tiago Mendes, Joana Fontes, Inês Grenha, Marta Pereira, Vitor Costa, Manuel Barbosa, Elsa Araújo, Joana Serôdio, Artur Barros, Paula Brandão

ULSAM - Hospital Conde de Bertiandos

Introdução:

Os cancros gástricos raramente culminam com metastização óssea (3.8%). No entanto quando ocorrem, o prognóstico da doença torna-se mais reservado.

Caso Clínico:

Homem de 58 anos, sem antecedentes de relevo. Tratava-se de um doente com queixas osteoarticulares esporádicas, com agravamento na transição dorso-lombar com 4 meses de evolução. Em ambulatório realizou tomografia da coluna que revelou "lesões osteolíticas nas vertebrae dorsais". Referia associadamente dispneia há 1 mês, perda de estatura, emagrecimento no quantificado e perda de apetite. Ficou internado no Serviço de Medicina para estudo.

Do estudo realizado, analiticamente, constatada anemia normocítica normocromática (hemoglobina de 11.4 g/dL), ligeira trombocitopenia (128.000 plaquetas), desidrogenase láctica aumentada e uma fosfatase alcalina de 1430 UI/L. A tomografia toraco-abdomino-pélvica revelou-se normal. Para despiste de neoplasia primária do trato digestivo, o doente realizou Endoscopia Digestiva Alta e Baixa. Foram realizadas biópsias da mucosa gástrica, que revelou tratar-se de carcinoma pouco coeso com células em anel de sinete

do antro/transição corpo-antro. Doente teve alta do Serviço de Medicina, orientado para Cirurgia Geral e Cuidados Paliativos.

Apois 15 dias da alta, o doente deu entrada no Serviço de Urgência por um quadro de prostração. Apresentava anemia com valor de hemoglobina de 2.4g / dL e trombocitopenia grave (7.000 plaquetas). Perante este quadro, o doente teve um desfecho desfavorável, acabando por falecer ainda no Serviço de Urgência.

Discussão:

Este caso pretende mostrar que a metastização óssea como consequência de neoplasia gástrica, apesar de rara, deve estar na lista de hipóteses de diagnóstico, quando se faz a investigação de neoplasia oculta. Dos casos descritos, incluindo este, a metastização óssea secundária a neoplasia gástrica, é uma forma bastante agressiva de neoplasia, cuja a hipótese de cura é praticamente nula e o tempo de sobrevida é curto.

P716

276 TAQUIDISRITMIA: UMA POSSÍVEL MANIFESTAÇÃO PARANEOPLÁSICA DO CARCINOMA DO PULMÃO

Garcês, Rui; Fragata, Patrícia; Vieira, Vanessa; Cota, Pedro; Rego, Juliana; Ferreira, Fabiana; Rego, Almerindo. Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira (HSEIT)

As síndromes paraneoplásicas não estão diretamente relacionadas com a infiltração local do tumor ou da sua disseminação metastática. Associam-se à produção de citocinas pelas células tumorais com efeitos sistémicos ou à resposta imunológica do hospedeiro. Podem ser síncronas, preceder ou suceder o diagnóstico; por vezes associadas a um pior prognóstico. São entidades relativamente comuns no Cancro do pulmão. Os autores apresentam uma doente de 59 anos, fumadora ativa e enfisema pulmonar, com clínica de sudorese, palpitações, dor torácica pleurítica e dispneia associada com 2 horas de evolução. Pulso arritmico, frequência cardíaca (FC) de 140 batimentos por minuto (bpm), normotensa, saturações periféricas de oxigénio de 89%. Sem ingurgitamento venoso jugular. Auscultação arritmica, sem sopros audíveis; murmúrio vesicular diminuído na metade inferior do hemitórax esquerdo, sem sinais de estase. Membros inferiores sem edema ou sinais de trombose venosa profunda. Eletrocardiograma com taquicardia supraventricular, sem sinais de isquémia aguda. Fez dose de indução de amiodarona com reversão a ritmo sinusal com 85 bpm. Gasimetricamente com insuficiência respiratória tipo 1 ligeira. Análises: hemoglobina 11 g/dl, função renal e iões normais, o peptídeo natriurético (NT-Pro-BNP) 600 pg/ml, D-Dímeros negativos. Radiologicamente hipotransparência

na base esquerda e derrame pleural ipsilateral. Fez toracocentese compatível com transudado. A TAC mostrou derrame pleural esquerdo, de moderado volume. Adenopatias mediastínicas pericentimétricas. Massa parenquimatosa do lobo inferior esquerdo com captação heterogênea (necrose) do contraste, condicionando envolvimento do brônquio lobar inferior homolateral. À direita sem nódulos sugestivos de depósitos secundários e com exclusão de outras lesões à distância. A broncofibroscopia revelou estenose total do brônquio esquerdo por tumor infiltrativo e vascularizado. Histologicamente compatível com carcinoma epidermóide. Concomitantemente, derrame pleural esquerdo recidivante cuja biópsia pleural foi negativa para células neoplásicas. A doente recusou Tomografia por emissão de positrões (PET), bem como a realização de tratamentos de quimio e radioterapia. Apresentou vários episódios de taquidistritmia com necessidade de anti-arrítmicos para controlo. O estudo cardíaco revelou: ecocardiograma sem alterações de relevo; HOLTER com extrassístolia supraventricular frequente; função tiróideia normal; enzimatologia cardíaca seriada negativa. Manteve hipocoagulação pelo risco pró-trombótico pela refratariedade e pelo tumor em atividade, não sendo elegível para estudo eletrofisiológico atendendo ao tecto terapêutico e ao prognóstico reservado. Percepção de excitabilidade cardíaca subjacente ao quadro em doente sem cardiopatia e sem invasão do mediastino ou pericárdico. O peptídeo natriurético aumentado poderá estar associado à libertação de citocinas nestas síndromes paraneoplásicas, o que constitui um desafio para o diagnóstico.

P717

353 SARCOMA DE KAPOSI EM DOENTE IMUNOCOMPETENTE

ANA FERRO, ANA ISABEL LOPES, SARA MOREIRA PINTO, JOANA DOS SANTOS, HERBERTO BETTENCOURT, PEDRO ANDRADE, RUTE MORAIS FERREIRA

ULSM - Hospital Pedro Hispano

O Sarcoma de Kaposi (SK) é uma doença angioproliferativa, associada a infeção pelo vírus herpes humano tipo 8 (VHH-8). É uma entidade que geralmente afeta doentes imunocomprometidos, mas que pode surgir em outros contextos. O SK clássico ocorre mais frequentemente em homens entre a 7^a-8^a década de vida, sendo mais comum na bacia do Mediterrâneo, Europa Central e Oriental.

Descreve-se o caso de um homem de 87 anos, previamente submetido a um alo-enxerto cutâneo do membro inferior esquerdo por lipodermatosclerose, admitido por flutter auricular de idade indeterminada, polisserosite (derrame pericárdico ligeiro, exsudado pleural bilateral, de predomínio esquerdo), anemia de doenças crónicas e elevação de parâmetros inflamatórios, sem clínica infecciosa apurável. Ao exame objetivo, destacava-

se a presença de lesões cutâneas violáceas hiperqueratósicas no membro inferior esquerdo e lesões violáceas da vertente lateral posterior da língua. A biópsia cutânea, para além dos achados histológicos característicos, mostrou positividade focal para VHH-8, corroborando o diagnóstico de SK em doente imunocompetente. Foi iniciado seguimento por Dermatologia, mas, dada a evolução arrastada e envolvimento localizado, mantém-se sem indicação para terapêutica interventiva.

O SK clássico tem uma evolução geralmente indolente, mas pode ter progressão rápida e disseminação extra-cutânea, cursando com morbilidade e mortalidade significativas. Em até 30% dos casos, pode ser detectada uma segunda neoplasia associada, nomeadamente linfoma.

Este caso serve para relembrar esta entidade entre os doentes imunocompetentes, bem como realçar a importância da vigilância, dada a possibilidade do surgimento de neoplasias associadas.

P718

396 UM CASO DE EXOFTALMIA

Mariana Almeida, Francisco Gomes, Carina Ramalho, Maria do Rosário Ginga, Fátima Campante

Hospital Nossa Senhora do Rosário, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo

O presente caso clínico descreve um doente do sexo masculino, 71 anos, com antecedentes pessoais de Hipertensão Arterial e catarata do olho esquerdo, com seguimento em Consulta de Oftalmologia. Em Julho de 2018, em seguimento em consulta, o doente referiu protusão do olho direito, iniciada em Abril desse mesmo ano. Nesse contexto, foi requerida TC das órbitas, que descreveu "massas intra-orbitárias bilaterais", razão pela qual foi encaminhado para CE de Medicina Interna, em Agosto de 2018. Em consulta, apresentava, ao exame objectivo, diminuição da acuidade visual do olho esquerdo em provável contexto de catarata, proptose do olho direito, limitação dos movimentos oculares e posição compensatória da cabeça, com inclinação para a esquerda. Negou outra sintomatologia, nomeadamente febre, sudorese, perda de peso ou infecções recorrentes/complicadas. Foi requerida avaliação analítica, a destacar apenas trombocitopenia ligeira, com contagem de plaquetas de 140.000 u/L. As serologias foram negativas, com beta2-microglobulina, LDH e provas de função tiróideia dentro dos valores de referência. Realizou TC-TAP e biópsia de medula óssea que excluíram envolvimento sistémico.

No fim de Agosto de 2018, foi internado por AVC isquémico vertebro-basilar, ficando com estrabismo externo esquerdo e diplopia sequelares.

O doente foi referenciado para CE de Neuroftalmologia, onde realizou RMN orbitária, que descreveu "tumefacção do ventre do músculo recto

inferior à direita, com diâmetros de 18x14 mm, com proeminência da gordura palpebral. Proptose orbitária direita. À esquerda, com neoformação adjacente ao tecto orbitário." Posteriormente, foi realizada biópsia do músculo recto inferior direito, com resultado positivo para Linfoma não Hodgkin B de baixo grau – linfoma da zona marginal de tipo MALT. Pelo facto de ser um linfoma orbitário bilateral e dada a história recente de AVC isquémico que contraindicava radioterapia local, o doente iniciou quimioterapia, cumprindo terapêutica com Rituximab, Ciclofosfamida, Vincristina e Prednisona. Pela associação da doença à infecção a Chlamydia psittaci, o doente cumpriu ciclo de antibioterapia com doxiciclina.

Actualmente, encontra-se a cumprir ciclo de quimioterapia, sem intercorrências a destacar.

O linfoma orbitário é raro mas constitui a neoplasia primária mais frequente da órbita.

A maioria dos linfomas orbitários são não Hodgkin e, dentro destes, os mais comuns são os linfomas MALT. A sintomatologia costuma ser inespecífica, com a presença de massa palpebral, proptose e infiltrado conjuntival salmon patch. O envolvimento bilateral ocorre em 10-20% dos casos. Geralmente são tumores indolentes, com bom prognóstico quando diagnosticados precocemente, sendo a radioterapia e a quimioterapia as principais armas terapêuticas.

P719

848 QUANDO A METASTIZAÇÃO COROIDEIA É UM ACHADO CLÍNICO

Jéssica Chaves, Carolina Morna, Luís Marote Correia, Augusto Barros, Maria da Luz Brazão

Hospital Central do Funchal

Introdução

A metástase ocular é a malignidade oftálmica mais comum, no entanto o olho é um local raro da metástase do cancro de pulmão. Esta geralmente é assintomática e raramente é o sintoma de apresentação que leva ao diagnóstico do tumor primário.

Caso Clínico: Apresenta-se o caso de uma doente de 77 anos com história conhecida de diabetes mellitus, cataratas bilaterais tuberculose pulmonar aos 40 anos e de alergia à Penicilina, medicada habitualmente com metformina, trazodona, hidroxizina e diazepam, que foi encaminhada ao serviço de urgência hospitalar pelo oftalmologista, para ser observada pela Medicina Interna (MI) devido à presença, na fundoscopia, de lesões nodulares múltiplas, pigmentadas e com descolamento de retina associado, altamente sugestivas (mas não patognomónicas) de metástases coroideias. A doente referia perda ponderal de cerca de 7 a 8 Kg em 2 meses, astenia e anorexia. Ao exame

físico à entrada apresentava-se normotensa, com adenomegália axilar direita, pequenas massas palpáveis no epigástro/hipocôndrio esquerdo e fossa ilíaca esquerda; e nevus de 5cm de diâmetro no punho esquerdo. Analiticamente não apresentava alterações de relevo. Foi internada no Serviço de Medicina Interna para estudo etiológico. Dos exames complementares realizados no internamento, a salientar, tomografia computadorizada (TC) toraco-abdomino-pélvica: massa pneumo-atelectasica no lobo inferior esquerdo (LIE) do pulmão esquerdo com conotação neoformativa primária de cerca de 7x9cm e incontáveis micronodularidades de expressão miliar, em relação com fenómenos de metastização multifocal; TC crânio-encefálica: áreas de captação de contraste nas coróides, bilateralmente, muito sugestivas de lesões de natureza secundária; Mamografia: pequeno lipoma na mama direita, benigno; Broncofibroscopia: sinais indirectos de neoplasia do LIE. Realizou exame citológico da massa pulmonar cuja anatomia patológica evidenciou um adenocarcinoma pulmonar na amostra colhida. Das serologias realizadas, a salientar Toxoplasma IgG positivo. Após diagnóstico, a doente foi encaminhada para a oncologia, tendo iniciado erlotinib e posteriormente vinorelbina, sem resposta favorável, tendo falecido 8 meses depois.

Discussão: Este caso, alerta-nos para a importância da articulação entre as diferentes especialidades e para a importância da MI enquanto especialidade integradora por excelência. É através da MI que são feitos os estudos dos doentes, pois apresenta uma visão holística do doente associada a um vasto conhecimento pluripatológico que permite o estudo de diagnósticos diferenciados.

P720

879 ENDOCARDITE E AVC – QUANDO A CAUSA NÃO É INFECCIOSA

Marco Fernandes, Maria João Correia, Laurete Conceição, Catarina Araújo Faria, Nuno Ribeiro Ferreira, Teresa Mesquita, Luís Campos

Hospital São Francisco Xavier - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

INTRODUÇÃO

A endocardite trombótica não bacteriana é uma entidade rara que corresponde a um espectro de lesões não infecciosas das válvulas cardíacas caracterizada pela deposição de trombos plaquetários estéreis ao nível das estruturas valvulares (tipicamente aórticas ou mitrais). Ocorre mais frequentemente entre a 4ª e 8ª décadas de vida, sem preponderância de género. Em 80% dos casos ocorre em contexto neoplásico, podendo também estar associada ao lúpus eritematoso sistémico, síndrome do anticorpo fosfolipídico, artrite reumatoide e sépsis. Dentro das causas neoplásicas, a mais frequente é o adenocarcinoma

pancreático (10%). Os doentes são geralmente assintomáticos, não apresentam febre e menos de 50% apresentam sopro cardíaco. As manifestações clínicas resultam mais da embolização sistêmica (50% dos casos) do que da disfunção valvular.

CASO CLÍNICO

Sexo masculino, 47 anos, sem antecedentes pessoais relevantes. Admitido no Serviço de Urgência por déficit motor esquerdo com mais de 8 horas de evolução. Hemodinamicamente estável, apirético. Emagrecido, icterico. Pontuava NIHSS 14 por clínica de lesão parcial do território da artéria cerebral média direita. Realizou TC-CE, que revelou enfarte isquémico recente frontotemporoparietal direito e angio TC-CE, que demonstrou oclusão distal de M1 à direita. Sem indicação para terapêutica de fase aguda. Analiticamente apresentava anemia normocítica normocrômica (Hb 10.4 g/dL, VGM 94 fL, CMHG 338 g/L), leucocitose 12.0 com neutrófilos 77.9%, trombocitopenia ($106 \times 10^9/L$), hiperferritinemia (1090 ng/mL), padrão de citocolestase (AST 153 U/L, ALT 257 U/L, FA 1024 U/L, GGT 1011 U/L), PCR 4.2 mg/dL, serologias VIH, VHB, VHC negativas, procalcitonina negativa. Realizou ecocardiograma transtorácico, que evidenciou duas imagens nodulares de pequenas dimensões na válvula aórtica na face aórtica da cúspide não coronária suspeitas de vegetações, confirmadas por ecocardiograma transesofágico. Iniciou antibioterapia empírica com vancomicina e gentamicina, sem resposta clínica ou analítica. Sem isolamento de agente nas hemoculturas seriadas. Realizou TC-TAP que revelou imagem sugestiva de neoplasia do pâncreas com metastização pulmonar e hepática.

DISCUSSÃO

A etiologia infecciosa foi admitida como menos provável, tendo em conta a ausência de clínica típica de endocardite infecciosa, a elevação somente ligeira dos parâmetros inflamatórios sem resposta à antibioterapia empírica instituída, procalcitonina negativa, a ausência de isolamento de agente nas hemoculturas, bem como a ausência de destruição valvular significativa.

Os autores assumiram o diagnóstico de endocardite trombótica não infecciosa, associada a neoplasia pancreática.

Pretendemos com este caso expor um subgrupo raro de endocardite complicada com AVC isquémico, na sequência de embolização distal.

P721

941 UMA ENTIDADE INCOMUM – SARCOMA INDIFERENCIADO DE CÉLULAS REDONDAS

Susana Conceição, Ana Teresa Costa; António Trigo; José Ribeiro; Júlio Almeida

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central - Hospital de São José - Unidade Funcional Medicina 1.2

O Sarcoma de células redondas é uma neoplasia rara e agressiva, com predileção pelas membranas serosas (mais frequentemente o peritонеu), que afecta preferencialmente o género masculino. O diagnóstico definitivo é histopatológico e o tratamento cirúrgico.

Homem de 61 anos, sem antecedentes médicos relevantes, recorreu ao serviço de urgência por dorso lombalgia arrastada, de agravamento progressivo, acompanhada nos últimos dias, de diminuição da força muscular dos membros inferiores, com impossibilidade de marcha. À admissão confirmada paraparesia e hipostesia bilateral dos membros inferiores, com hiporreflexia direita. Realizou TAC e RMN da coluna dorso-lombo-sagrada que identificou volumosa massa paravertebral lateral direita ao nível de D10-L2 com extensão epidural, coexistindo colapso patológico de D11 (de provável etiologia metastática) e lesões líticas/destrutivas de D12. Ainda a realçar: presença de volumoso derrame pleural direito e bócio mergulhante desconhecidos. Realizada toracocentese diagnóstica e evacuadora, com drenagem de líquido sero-hemático compatível com exsudado, com pesquisa de células neoplásicas negativas e exame microbiológico estéril. Submetido a fixação posterior de D9-D10 e D12-L1, com descompressão medular, e biópsia incisional da massa, que confirmou neoplasia maligna indiferenciada compatível com sarcoma de alto-grau - Sarcoma indiferenciado de células redondas. Clinicamente, manteve paraplegia, com nível de sensibilidade lombar, e incontinência total de esfínteres.

Da investigação etiológica: angio-TAC tóraco-abdomino-pélvica com pneumoperitонеu em provável contexto de diverticulose exuberante, sem indicação cirúrgica, e trombose parcial multi-territorial, tendo cumprido ciclo de antibioterapia e iniciado anticoagulação terapêutica. Na PET scan, com vários focos pulmonares hipermetabólicos (de etiologia incerta), e lesão paravertebral direita maligna com envolvimento muscular, ósseo e do canal medular.

Discutido em reunião Multidisciplinar em Centro Especializado, proposto para radioterapia paliativa (5 sessões - dose total de 25 GY) que cumpriu, sem melhoria dos déficits, mas com melhoria do quadro algico. Reavaliado com TAC de corpo, que revelou reabsorção do pneumoperitонеu, mas progressão da doença oncológica, tendo sido referenciado à Equipa de Cuidados Paliativos. Desde então, com

febrilidade diária que cedia a antipiréticos, sem repercussão sistêmica, com déficits neurológicos sobreponíveis, e controlo das queixas álgicas sob opióides. Teve alta ao 123º dia de internamento para Unidade de Cuidados Paliativos.

Sendo uma neoplasia incomum, com clínica indolente e inespecífica, frequentemente encontra-se disseminada na altura do diagnóstico. A abordagem cirúrgica agressiva, não sendo possível dada o estadio avançado da doença, confere um prognóstico reservado, com uma elevada mortalidade.

P722

1025 LINFOMA DE HODGKIN E COLONIZAÇÃO POR RHIZOMUCOR, COMO VALORIZAR?

Teresa Medeiros, Sara Pereira, Sara Ramos, Mariana Taveira, Francisca Pinto Beires, Eduardo Eiras, Artur Oliveira Silva, Carlos Sottomayor, Inês Chora

ULSM - Hospital Pedro Hispano

Introdução

O linfoma de Hodgkin tem uma distribuição bimodal, acometendo jovens e indivíduos com mais de 55 anos, afetando mais o sexo masculino. Infecções por Rhizomucor podem ser rapidamente progressivas e fatais tanto em imunodeprimidos como imunocompetentes dada a sua natureza angioinvasiva. Afetam normalmente pele, nariz e seios perinasais, pulmão e cérebro. Ao contrário de outros fungos filamentosos são especialmente oportunistas em doentes oncológicos sendo os neutropénicos mais propensos a desenvolver doença disseminada.

Descrição

Caso clínico: Homem, 61 anos, caucasiano. Ex-fumador (12 UMA), com antecedentes de HTA com cardiopatia hipertensiva e DPOC GOLD A. Avaliado em consulta de Medicina Interna por perda ponderal (26% do peso em 1 ano) com anorexia e suores noturnos. Do estudo realizado apresentava linfopenia (Linfócitos 900/ μ L) com CD4+, CD8+ e células B baixas, B2-microglobulina aumentada, imunoeletroforese de sangue periférico sem evidência de monoclonalidade e serologia VIH negativa. A TAC torácica mostrava uma adenopatia subcarinal com 3 cm, sem outras adenopatias ou alterações no parênquima pulmonar. Realizou biópsia, para caracterização do gânglio subcarinal, com lavado bronco-alveolar, que excluiu tuberculose, linfoma e sarcoidose, mas no qual se isolou Rhizomucor spp. Neste sentido, efetuou TAC dos seios perinasais que mostrava pólipos mas excluíram mucormicose após biópsia dos mesmos. Após este estudo o doente abandonou seguimento, não tendo comparecido à consulta ou exames agendados.

Após um ano, foi admitido por dor inguinal bilateral, febre vespertina, suores noturnos e manutenção do quadro consumptivo. Ao exame físico, apresentava adenopatia supraclavicular direita, não dolorosa, pouco móvel e não aderente aos tecidos. No estudo analítico apresentava anemia ferropénica, LDH e PCR aumentadas e VS muito aumentada (130 mm/1ªh). Repetiu TAC toraco-abdomino-pélvica, que revelou adenopatias generalizadas, supra e infra-diafragmáticas, com hepatoesplenomegalia. Realizou exérese do gânglio supraclavicular direito, cuja histologia revelou um Linfoma de Hodgkin (CD30+, CD15+), subtipo predomínio linfocítico, em estadio 3. Iniciou terapêutica com Rituximab + ABVD (doxorubicina, bleomicina, vinblastina e decarbazina) e suplementação da dieta com ferro oral, com resolução dos sintomas e da anemia.

Discussão: Apresenta-se um caso de Linfoma de Hodgkin com sintomas B, de variante predomínio linfocítico (descrita em apenas 5% dos casos), cujo diagnóstico foi atrasado pela fraca adesão do doente aos cuidados de saúde. Evidencia-se uma colonização por Rhizomucor spp, prévia ao diagnóstico da neoplasia, sem evidência de doença ativa até à data e com significado incerto, pois não existem relatos de casos de colonização, sendo a doença invasiva uma apresentação comum. Dado se tratar de um doente oncológico, carece de vigilância clínica pois está colonizado por um agente rapidamente invasivo e potencialmente fatal.

P723

1065 UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

Ana L. Santos, Inês Alegre, Rui Cunha, Joana Graça, Vítor Batalha, Carlos Neves, Luís Campos

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Hospital de S. Francisco Xavier

INTRODUÇÃO

Os cancros do estômago são a quarta causa de morte por neoplasia no mundo. Numa fase inicial, a neoplasia gástrica é normalmente assintomática sendo que no momento em que surgem os sintomas a doença é quase sempre já muito avançada para tratamento curativo. O tratamento depende do estágio clínico da doença, podendo envolver tratamento endoscópico, cirúrgico, multimodal e paliativo.

CASO CLÍNICO: Homem, 42 anos, saudável e sem antecedentes familiares relevantes. Apresenta-se no serviço de urgência com queixas de precordialgia persistente agravada com inspiração profunda e em decúbito dorsal, dispneia e cansaço para esforços mínimos com 2 dias de evolução. Perda ponderal não intencional de 12Kg em 3 meses. Dos exames complementares de diagnóstico realizados: Troponina T<5ng/L, CK 54mg/dL, NTproBNP 31pg/mL, PCR 5,85mg/dL, radiografia de tórax com derrame pleural esquerdo. Ecocardiograma

transtorácico "derrame pericárdico circunferencial com $\pm 7\text{mm}$ ". Tomografia computadorizada do tórax a mostrar "Derrame pleural bilateral... Derrame pericárdico de espessura máxima de 1,5cm". Toracocentese diagnóstica compatível com exsudado, citologia negativa para célula malignas.

Assumidas hipóteses diagnósticas de pericardite aguda com derrame pericárdico e derrame pleural de etiologia não esclarecida. Foi realizado estudo etiológico dirigido às eventuais causas:

- Estudo infeccioso sem alterações. Estudo autoimune negativo. TSH, T4L e ureia no intervalo normal. CA 19.9 8436U/ml. Restantes marcadores tumorais negativos.
- Endoscopia digestiva alta: "bulbo em toda a circunferência de aspeto infiltrativo, com áreas irregulares, vegetativas.
- Biópsia gástrica: adenocarcinoma gástrico difuso de células pouco coesas, com células em anel de sinete (HER2 negativo).
- Laparoscopia exploradora confirma carcinomatose peritoneal. Iniciou quimioterapia paliativa mDCF.

DISCUSSÃO: A metastização pericárdica e pleural é uma apresentação pouco comum do adenocarcinoma gástrico. Pretendemos salientar a importância do diagnóstico diferencial, com base na história clínica cuidada, exame físico minucioso e exames complementares direccionados, para o diagnóstico definitivo da neoplasia do tubo digestivo, nomeadamente o adenocarcinoma gástrico.

P724

1185 MUITO MAIS QUE UM DERRAME PLEURAL

Inês Goulart, Inês Nogueira da Fonseca, Ana Teresa Pina, Tiago Petrucci, Laura Pereira, Manuel Ferreira Gomes, Paulo Cantiga Duarte, José Luís Ducla Soares

Serviço de Medicina I, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

O mesotelioma pleural papilar é uma entidade patológica diferente do mesotelioma pleural maligno, mais raro e sem aparente relação com a exposição a amianto. Difere do mesotelioma mais comum pela sua natureza histológica, afectando as células epiteliais, e pela baixa incidência de metastização, conferindo ao doente um melhor prognóstico.

Os autores apresentam o caso de um homem de 61 anos, sem antecedentes relevantes para além de um tabagismo activo (40 UMA), que recorreu ao SU por quadro de dispneia e dor tipo pleurítica à direita, acompanhado de febre vespertina e sudorese profusa de predomínio noturno, com 3 dias de evolução. Da avaliação inicial, a destacar, elevação dos parâmetros inflamatórios (leucócitos

20.790/mcL e PCR 19,6mg/dL), insuficiência respiratória parcial com hipocápnia e radiografia de tórax com evidência de derrame pleural no 1/3 inferior do hemitórax direito.

Realizou TC tórax com evidência de espessamento nodular sólido com 1.5cm na pleura parietal direita e que confirmou derrame pleural. Foi submetido a toracocentese diagnóstica e terapêutica com saída de 1500mL de líquido pleural sero-hemático, com características de exsudado, e cujo exame citológico destacou predomínio de células CD3+, sem evidência inequívoca de células malignas. Cumpriu ainda, no início do internamento, 7 dias de antibioterapia com levofloxacina, por elevação sustida dos parâmetros inflamatórios, e para cobertura de uma eventual infecção respiratória da comunidade. O restante estudo (pesquisa micobactérias, IGRA, serologia VIH e exames culturais) foi negativo. Por recidiva precoce e sistemática do derrame, realizou no prazo de uma semana e meia, quatro toracocenteses (sempre com drenagem >1500mL). Realizou, ainda, biópsia pleural cega, inconclusiva para hiperplasia mesotelial reactiva vs mesotelioma maligno. Finalmente, realizou biópsia de múltiplas aderências pleuro-pulmonares e nodularidades da pleura parietal por toracoscopia, com evidência de mesotelioma papilar pleural. O doente manteve a estabilidade clínica, sendo posteriormente transferido para o Serviço de Pneumologia II. Por mesotelioma papilar pleural estágio III, e após discussão com Cirurgia Cardiotorácica, iniciada quimioterapia com pemetrexed+carboplatino, completando 3 ciclos entre Novembro/2018 e Janeiro/2019. Mantém seguimento em Consulta, aguardando re-estadiamento da doença.

O caso realça que a abordagem diagnóstica do derrame pleural pode não ser frequentemente linear, destacando também um caso raro de um mesotelioma.

P725

1351 SINTOMAS PARANEOPLÁSICOS

Maria Piteira, Ana Bernardo, Susana Escária, Teresa Piteira, Alicia Guadalupe, Madalena Rangel, Vera Sarmiento, Sara Correia, Maria Menezes, Margarida Massas, Mariana Soares, Claudiu Guz, Maria Corraliza, Conceição Barata

Hospital do Espírito Santo Évora

Introdução

A doença cerebrovascular é a segunda complicação neurológica mais comum que ocorre nos doentes com cancro, e o próprio Acidente Vascular Cerebral (AVC) pode ser a primeira manifestação de uma neoplasia oculta. É frequente a associação de Tromboembolismo Pulmonar (TEP) com neoplasias malignas principalmente naqueles com tumores de pâncreas, próstata, pulmão e mama.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 63 anos, com antecedentes pessoais de Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensão Arterial (medicada e controlada), internado por quadro de disartria e paresia facial central, com cerca de 48h de evolução e de início súbito. A admissão, para além dos défices neurológicos já descritos, apresentava febre (temperatura timpânica 38,3°C); Na avaliação analítica destacava-se o aumento dos parâmetros inflamatórios (PCR 25,7mg/dL, Leucócitos 12200ul) e padrão de citocolestase (ALT 65U/L, GGT 1572U/L, FA 695U/L, Bilirrubina total 1,90mg/dL); Na Tomografia Computorizada (TC) de crânio era visível a lesão isquémica recente em território parcial da artéria cerebral posterior e a ecografia abdominal revelou múltiplas lesões nodulares sólidas disseminadas por ambos lobos hepáticos, sugestivos de lesões secundárias ou abscessos. Ficou internado num serviço de Medicina Interna, para vigilância e estudo suplementar. A TC abdominal sugeriu em primeira instância tratar-se de lesões secundárias com provável atipia pancreática e a nível pulmonar relatou-se TEP bilateral. Foi realizada biopsia hepática com confirmação de infiltração por adenocarcinoma moderadamente diferenciado e o perfil imunohistoquímico foi sugestivo de origem gástrica, via biliar intrahepática ou pancreático. O doente foi encaminhado para a consulta de Oncologia.

Discussão: Os estados de hipercoagulabilidade presente em doentes oncológicos faz com que os fenómenos trombóticos sejam frequentes. Os doentes com patologia do foro oncológico apresentam risco aumentado de eventos isquémicos cerebrais e estes constituem a segunda lesão cerebral mais frequente, depois das lesões metastáticas. É de realçar que o AVC pode ter sido o motivo de ida ao Serviço Hospitalar mas o diagnóstico de neoplasia oculta poderia não ter sido efetuado, caso não existissem alterações analíticas sugestivas de patologia hepática. Não é pratica comum realizar estudo de imagem torácica e abdominal em doentes com eventos cerebrais isquémicos, sem outros achados. De referir que neste doente a neoplasia oculta é somente mais um fator de risco, pois apresentava outros fatores de risco cerebrovasculares, como a Hipertensão Arterial e a DM. No entanto, doentes com AVC's criptogénicos são relativamente comuns e nestes casos a pesquisa de uma neoplasia oculta deve ser efetuada.

P726

1485 'UM GIGANTE SILENCIOSO' - A PROPÓSITO DE UM VOLUMOSO TUMOR DE GRAWITZ

Claudina Cruz, Mário Ferraz, André Goulart, Rui Barata, Mariana Popovici, Mariana Martins, Matilde Fraga, Paolo Iacomini, Jorge Fernandes, Eunice Patarata, Claudia Mihon, Ana Rodrigues, Catarina Pereira, António Panarra
Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Central

Introdução

O carcinoma de células renais, conhecido por tumor de Grawitz, representa 3% das neoplasias do adulto e a 10ª causa de morte por cancro. A incidência parece ter aumentado cerca de 30% nas últimas duas décadas, sobretudo, pela crescente utilização de exames de imagem que têm permitido o diagnóstico precoce de forma incidental em mais de 50% dos casos. Atualmente é rara a apresentação pela tríade clássica: dor abdominal, massa abdominal e hematuria.

Caso clínico:

Doente de 61 anos, sexo masculino, melanodérmico, autónomo, carga tabágica de 6 UMA, previamente saudável e sem medicação habitual. Recorreu à urgência por queixas com 6 meses de evolução: febre vespertina 4-5 vezes/semana (temperatura máxima 39°C), hipersudorese noturna, perda de 14% do peso corporal, dor abdominal tipo moimha no flanco direito, associada a tumefação inguinal direita com agravamento progressivo e, 2 meses antes de recorrer à urgência, hematuria macroscópica indolor, com resolução espontânea. Foi internado para investigação etiológica e orientação terapêutica. Ao exame objetivo encontrava-se com GCS 15, emagrecido, pálido, sem adenomegalias ou tiróide palpáveis. Ao exame abdominal apresentava hérnia inguinal redutível e varicocelo à direita, assim como presença de massa mole e dolorosa no flanco e fossa ilíaca direitos. Analiticamente com anemia normocítica e normocrómica compatível com doença crónica e trombocitose. Elevação da PCR (179) e VS (93), hiperglobulinémia policlonal, sem outras alterações. Realizou TC-TAP + Uro-TC a revelar volumosa massa renal direita com 20 cm de maior diâmetro, com desvio esquerdo dos órgãos abdominais, sem trombose venosa, invasão local ou metastização. Foi submetido a nefrectomia radical direita com boa evolução. Peça histológica compatível com carcinoma renal de células claras com diferenciação rabdoide, grau histológico G4, estadio pT3N0M0R1.

Discussão:

O carcinoma renal de células claras é o tipo mais comum de carcinoma de células renais (80% dos casos), mais frequente no sexo masculino (2:1) e com pico de incidência entre 50-70 anos. A evolução é, tipicamente, indolente e com

semiologia variável, o que representa um forte desafio ao diagnóstico. A tríade clássica é rara (10% dos casos) e sugere neoplasia avançada, correlacionando-se diretamente com o prognóstico. Com a crescente utilização de exames de imagem seria pouco expectável o diagnóstico de um volumoso tumor Grawitz, apresentando para além da tríade clássica, sintomas compressivos (hérnia inguinal e varicocelo). Realça-se a importância de haver um elevado grau de suspeição clínica relativamente a esta neoplasia em doentes com sintomas constitucionais com evolução prolongada.

P727

1563 O TERRÍVEL MELANOMA

Rui Isidoro, Pedro Vieira, Inês Pestana, Cleópatra Goric, Isabel Candelária, Paula Paiva, Alexandre Louro, Eugénia André

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco - Serviço de Medicina Interna

INTRODUÇÃO

O Melanoma Maligno é uma neoplasia cutânea com origem nas células melanocíticas. Representa o tumor cutâneo com maior mortalidade, apresentando uma incidência crescente nas últimas décadas, especialmente na população jovem. Vários autores têm reportado a associação forte entre o desenvolvimento de Vitiligo espontaneamente e com o tratamento do Melanoma Maligno. CASO CLÍNICO: Mulher, 72 anos. Portadora de lesões cutâneas despigmentadas compatíveis com Vitiligo com início há um ano, sem outros antecedentes ou medicação habitual de relevo. Admitida no Serviço de Urgência por queda há 3 meses, posteriormente com queixas algícas a nível inguinal esquerdo e impotência funcional progressiva da articulação coxofemoral homolateral. Ao exame objetivo salientava-se: lesões cutâneas despigmentadas dispersas, a nível das mãos, face e tronco. Sem lesões hiperpigmentadas visíveis. Dor com palpação profunda e espessamento dos tecidos a nível da região inguinal esquerda, com limitação funcional activa e passiva da articulação coxofemoral. Dos exames complementares realizados, destaca-se tomografia computadorizada (TC) com identificação de lesão osteolítica no ramo ilio-púbico esquerdo com fractura associada e adenomegalia inguinal esquerda. Decidida terapêutica conservadora da fractura, internamento para estudo e controlo de dor. Realizou TC crânio-toraco-abdomino-pélvica com contraste, identificando-se nódulo subpleural do lobo inferior esquerdo sugestivo de depósito secundário, adenopatias com centro necrótico nas cadeias ilíacas primitiva e externa à esquerda e inguinal homolateral e lesão osteolítica supracitada anteriormente. Realizou biópsia ecoguiada dirigida a adenopatia inguinal, fragmentos com aparência macroscópica sólida e de pigmentação negra. Resultado Anátomo-Patológico com identificação de pigmentos de melanina e imunomarcagem positiva,

confirmando doença metastática de Melanoma Maligno. Realizou tomografia por emissão de positrões (PET) com captação hipermetabólica das múltiplas lesões previamente caracterizadas em TC, sem identificação de outras lesões. Posteriormente, referenciada para orientação terapêutica, tendo realizado Radioterapia dirigida a lesões inguinais. CONCLUSÃO: Os autores pretendem alertar para a heterogeneidade clínica que a metastização do Melanoma Maligno pode apresentar. Na ausência de lesões cutâneas primárias identificáveis, a suspeição diagnóstica é dificultada. Apesar da forte correlação, o desenvolvimento de Vitiligo nos doentes com Melanoma Múltiplo carece ainda de melhor esclarecimento.

P728

413 HEMANGIOENDOTELIOMA EPITELIOIDE DO PERITONEU

Ana Simas, Ricardo Veloso, Maria Menezes, Ana Silveira, Juvenal Moraes, Ana Alves, Mariela Rodrigues, Joana Mota, Fátima Pinto, António Goulart

Hospital da Horta, E.P.E.

Introdução:

O hemangioendotelioma epitelióide (HEE) é um tumor vascular raro, tendo sido descrito em múltiplas localizações. Normalmente ocorre entre os 20 e os 40 anos, sendo que muitas das vezes os indivíduos afetados sobrevivem durante décadas com doença multiorgânica.

Considera-se relevante a documentação deste caso, uma vez que se trata de uma ocorrência rara de HEE que evoluiu de forma agressiva, resultando no óbito, com diagnóstico post mortem.

Caso Clínico:

Doente do sexo feminino, 66 anos, que deu entrada no serviço de urgência por cansaço para esforços mínimos, com três dias de evolução. Referia dorsalgia esquerda de características pleuríticas com um ano de evolução, e perda ponderal nos seis meses anteriores, associadas a astenia e anorexia, com agravamento recente. Objetivamente destacava-se polipneia e murmúrio vesicular diminuído à esquerda, com macicez à percussão.

A radiografia de tórax mostrava hipotransparência do hemitórax esquerdo. Fez toracocentese com saída de líquido pleural sero-hemático, tipo exsudado, negativo para células neoplásicas e exame bacteriológico negativo. A biópsia pleural foi negativa para células neoplásicas. A tomografia computadorizada mostrou ocupação pleural de grandes dimensões sugerindo, pelas características, presença de sangue na cavidade pleural esquerda.

Transferida para centro especializado para prosseguir estudo e tratamento, foi feita drenagem do derrame

pleural, que apenas isolou microrganismo com indicação para antibioterapia dirigida e manutenção de dreno torácico. Posteriormente foi realizada descorticação do pulmão esquerdo com melhoria do quadro.

Dois meses depois, surge com vômitos biliares e desconforto abdominal. Objetivamente a destacar dor e aumento do volume abdominal, com timpanismo difuso, sem reação peritoneal. A ecografia abdominal mostrou abundante ascite, sem outros achados, e a paracentese evidenciou líquido ascítico amarelo turvo de aspeto leitoso.

Foi internada pelo quadro descrito, que evoluiu para paragem cardiorrespiratória no contexto de provável aspiração de conteúdo alimentar.

Realizada autópsia médica para esclarecimento do caso. Macroscopicamente destacava-se pericárdio intimamente aderente ao coração; espessamento significativo com endurecimento do grande epiplon, mesentério, pequeno epiplon, peritонеu visceral e parietal; ansas intestinais em novelo rígido e muito congestionadas. A imunohistoquímica revelou-se compatível com HEE do peritонеu (difuso, pseudomesoteliomatoso).

Discussão:

O caso clínico relatado salienta a importância de uma investigação aprofundada, com eventual realização de autópsia médica quando a clínica não estabelece um diagnóstico definitivo, o que neste caso nos confirmou a existência de uma patologia de frequência rara como é o caso de HEE.

P729

872 PRIMÁRIO OCULTO DA MAMA

Carolina Trábulo, Isabel Fernandes, Rita Gameiro dos Santos, Joaquim Peixoto, Fátima Campante
Centro Hospitalar Barreiro-Montijo

INTRODUÇÃO

A neoplasia oculta é uma entidade pouco frequente que se define como a presença de metástases com tumor primário indetetável na altura da apresentação. Em particular, no caso do Primário Oculto da Mama o diagnóstico só deve ser realizado após exclusão de evidência clínica ou imagiológica de tumor primário na glândula mamária, no prolongamento ipsilateral, na mama oposta e acessória e não apresentar outros situs primários.

A incidência desta forma de manifestação ocorre em menos de 1% dos tumores da mama. Dada essa raridade, não existem estudos prospectivos randomizados elucidativos acerca da melhor abordagem diagnóstico deste grupo de doentes, baseando-se a prática clínica em estudos retrospectivos com amostras reduzidas.

CASO CLÍNICO: Mulher, de 59 anos, com

antecedentes pessoais e familiares irrelevantes, recorreu ao serviço de urgência por dor lombar direita, grau 8 em 10, que não cedia a medicação antiálgica. A doente não apresentava alterações ao exame físico e em avaliação laboratorial. Neste contexto realizou uma Tomografia Axial Computorizada de coluna lombar que evidencia lesões osteolíticas extensas.

Na sequência da investigação etiológica a doente realizou ecografia mamária e mamografia, endoscopia digestiva alta, colonoscopia, e ecografia da tiróide que se revelaram normais. Realizou biopsia óssea que mostrou metastização medular por carcinoma, cujas características morfológicas e a positividade para os receptores de estrogénios favoreceram uma origem primária mamaria.

Neste sentido foi pedida uma Ressonância Magnética Mamária que revelou pequenos gânglios na axila direita, sem adenopatias axilares ou das cadeias mamarias internas, revelando após contraste no quadrante inferior e interno da mama direita uma lesão de 5 milímetros. A biopsia veio confirmar carcinoma invasivo da mama, do subtipo luminal A.

A doente foi encaminhada para Oncologia Médica onde está a realizar tratamento paliativo.

CONCLUSÃO: Embora o cancro da mama seja o mais frequente no sexo feminino, o caso apresentado é um excelente exemplo da dificuldade de diagnóstico da neoplasia oculta, sendo o internista uma peça fundamental na marcha diagnóstica a tomar.

P730

1369 UMA CAUSA INFECIOSA RARA DE CARDIOMIOPATIA DILATADA

Laura Pereira, Tiago Petrucci, Pedro Silvério António, Inês Fonseca, Inês Goulart, Carlos Machado e Costa
Hospital de Santa Maria CHLN

Introdução:

A miocardiopatia dilatada é uma alteração progressiva do músculo cardíaco caracterizada pelo aumento das dimensões ventriculares associadas a disfunção contrátil.

Tem inúmeras etiologias possíveis. No entanto, em muitos casos, a etiologia da doença permanece desconhecida.

Caso clínico:

Relata-se o caso de uma doente de 60 anos, com antecedentes de hipertensão arterial sistémica essencial e dislipidemia não medicadas.

Nos 2 meses prévios ao internamento iniciou quadro de tosse produtiva e prostração, medicada com antibiótico com melhoria da sintomatologia.

Duas semanas após este episódio, iniciou queixas de dispneia de agravamento progressivo (para

pequenos esforços na altura do internamento) e pieira.

Realizou ecocardiograma transtorácico que mostrou miocardiopatia dilatada com disfunção ventricular esquerda grave, espirometria simples que mostrou restrição volumétrica em repouso grave e pletismografia com sinais funcionais de alteração ventilatória obstrutiva a nível das pequenas vias aéreas com aumento da resistência.

Por este motivo recorreu ao SU do HSM. Laboratorialmente apresentava subida ligeira dos parâmetros inflamatórios de fase aguda. A radiografia torácica mostrou aumento do índice cardiotorácico.

Foi internada com o diagnóstico de miocardiopatia dilatada de instalação subaguda. Durante o internamento foi realizado o estudo etiológico do quadro equacionando-se as etiologias infecciosas, autoimunes, tóxicas e metabólicas.

A doente teve melhoria clínica com terapêutica sintomática, tendo sido posteriormente transferida para o serviço de Cardiologia.

A investigação etiológica apenas revelou serologia positiva para febre Q com títulos crescentes.

Conclusão:

Este caso relata um caso de insuficiência cardíaca por cardiomiopatia dilatada com instalação subaguda e com relação temporal com infeção respiratória. A investigação etiológica mostrou uma causa infecciosa rara mas grave de cardiomiopatia dilatada.

P731

1511 O TEV COMO A PONTA DE UM GRANDE ICEBERG

Inês Grenha, Joana Fontes, Joana Serôdio, João Costelha, Elsa Araújo, Manuel Barbosa, Bárbara Sousa, Joana Silva, Lourdes Vilarinho, Paula Brandão

Serviço de Medicina Interna do Hospital Conde de Bertiandos - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

O tromboembolismo venoso (TEV) apresenta-se maioritariamente como trombose venosa profunda (TVP) dos membros inferiores ou embolia pulmonar (TEP) e é causado por alterações hereditárias ou adquiridas. A Tríade de Virchow ilustra a sua patogénese e inclui alterações do fluxo sanguíneo, lesão endotelial e estados de pró-coagulabilidade.

Mulher de 60 anos, com excisão de nódulo mamário benigno, há 25 anos, sem outros antecedentes de relevo. É internada por uma TVP das veias jugular interna, subclávia e axilar esquerdas, bem como TEP de ramos segmentares à direita, sem fatores de risco de TEV identificados. Realizou estudo dirigido à mama e TC toracoabdominopélvica que não evidenciaram alterações. Após

estabilização clínica teve alta hipocoagulada. Durante o acompanhamento em ambulatório com agravamento progressivo de sintomas gerais: astenia e anorexia marcadas, náuseas e vômitos. Repetiu TC ao 3º mês de evolução, já com descrição de formações ganglionares cervicais difusas, na axila esquerda, pericelíacas e periaórticas a nível abdominal, e uma heterogeneidade medular no esqueleto englobado. A TC pélvica evidenciou uma volumosa lesão expansiva anexial esquerda com características de malignidade, com inúmeras adenomegalias pélvicas e sinais de metastização óssea difusa. Pelo agravamento das queixas de astenia e dispneia ao esforço repete angioTC pulmonar que faz referência a adenomegalias mediastínicas, paratraqueais, periaórticas, aortopulmonares e infracarinais, com derrame pericárdico de grande volume. O ecocardiograma confirma algum comprometimento hemodinâmico, sem necessidade de pericardiocentese. Nessa altura realiza uma EDA que mostra uma lesão infiltrativa da incisura gástrica. Por astenia marcada, perda ponderal recente e agravamento franco do estado geral é admitida em internamento de novo. Com Ca125 aumentado e FA de 1508 (N 30-120), compatível com metastização óssea, sem outras alterações analíticas de relevo. Em imagem de tórax é objetivado derrame pleural bilateral compatível com exsudado, recidivante no internamento. A histologia gástrica confirma um carcinoma pouco coeso com células em anel de sinete CK AE1/AE3 positivo. É assumida neoplasia gástrica com provável tumor de Krukenberg a nível do ovário, com metastização difusa – sem indicação para tratamento dirigido. Teve alta com controlo sintomático e apoio dos Cuidados Paliativos, vindo a falecer num prazo de 7 meses desde o TEV inicial.

A maioria das neoplasias responsáveis por tromboembolismo está já diagnosticada aquando do evento. Por outro lado, é descoberta uma neoplasia em doentes sem fatores de risco conhecidos em cerca de 3% dos casos. Quando há TVP dos membros superiores, a proporção dos doentes com cancro ronda os 40%. O tumor de Krukenberg é um adenocarcinoma com células em anel de sinete metastático, com primário gástrico em 80% dos casos. É uma entidade rara que confere à neoplasia gástrica um prognóstico ainda mais reservado - a sobrevida média é de 14 meses.

P732

1652 TIMOMA: UMA MASSA MEDIASTÍNICA RARA

Sara Simões Macedo, Mónica Teixeira, Andreia Correia, António Correia

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

O timoma é a neoplasia primária mais comum do mediastino anterior mas representa menos de 1% das neoplasias do adulto. O quadro clínico habitualmente é inespecífico podendo cursar com tosse, dispneia, dor torácica ou perda ponderal, podendo mesmo ser um achado incidental em exames radiológicos de rotina. A maioria dos doentes têm entre 40 e 60 anos e não há diferença significativa entre os sexos. Contrariamente a outras neoplasias, o diagnóstico de malignidade não é dado pela histologia mas sim pelas características de invasão da cápsula e das estruturas adjacentes. CASO CLÍNICO: Mulher de 52 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, com sensação de cansaço para esforços moderados, ortopneia e tosse irritativa com 2 semanas de evolução. Referência a perda ponderal de cerca de 9Kg nos últimos 3 meses. Radiografia de tórax com alargamento do mediastino que condicionou a realização de tomografia computadorizada torácica que revelou volumosa formação tumoral neoplásica sólida com captação de contraste com 88x66 mm ocupando todo o mediastino superior e anterior desde a base do pescoço até ao nível do hilo esquerdo com invasão das cavidades cardíacas direitas e derrame pericárdico. Ecocardiograma transtorácico com derrame pericárdico moderado, sobretudo junto à parede livre do ventrículo esquerdo com cerca de 12 mm, volumosa massa 38x28 mm dentro do ventrículo direito com extensão à aurícula direita, sem compromisso aparente do enchimento deste ventrículo, estendendo-se desde a válvula tricúspide até ao trato de saída do ventrículo direito ocupando na porção média do ventrículo grande parte da cavidade do mesmo. Realizada pericardiocentese de 1750 cc de líquido compatível com exsudado. Biópsia de massa por mediastinoscopia com diagnóstico histológico de timoma B2/B3. Clinicamente em estadio IV. Avaliada por Cirurgia Cardiorádica que admitiu massa irressecável. Neste seguimento foi orientada para quimioterapia neoadjuvante. DISCUSSÃO: Este caso alerta para que o timoma pode mimetizar uma diversidade de doenças com sintomas compressivos e que muitas vezes os doentes manifestam sintomas apenas numa fase avançada da doença. Nos casos de doença localmente avançada, o tratamento baseia-se numa abordagem multidisciplinar, sendo que o tratamento sistémico como a quimioterapia e a palição de sintomas são fulcrais.

P733

448 MELANOMA COM METASTIZAÇÃO GÁSTRICA – CAUSA RARA DE ASTENIA

Daniela Soares Santos, Ana Luísa Nunes, Lagchar Barreto, Vânia Almeida, Patrícia Carvalho, Arsénio Santos, Rui M. Santos, Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução

O melanoma é uma das neoplasias malignas com

maior metastização para o trato gastrointestinal. No entanto, o melanoma com metastização gástrica é uma entidade rara, com sobrevida de 4-6 meses. Os sintomas são inespecíficos e presentes em apenas 1-4% dos doentes com metástases.

Caso clínico: Mulher, 80 anos, recorreu ao serviço de urgência por quadro com 2 meses de evolução caracterizado por astenia, anorexia, perda de peso (12% em 2 meses) e febre intermitente (máx.38°C). Antecedentes de carcinoma da mama (mastectomia radical com esvaziamento ganglionar e radioterapia 40 anos antes), carcinoma papilar da tireoide (tireoidectomia total e terapêutica com iodo 7 anos antes), tuberculose (pulmonar 40 anos antes e ocular 7 anos antes, tratadas). Conhecido nódulo pulmonar heterogéneo no lobo médio com 12mm, em seguimento em consulta. À admissão, apresentava-se febril, taquicárdica e com linfedema marcado do membro superior esquerdo em relação com linfadenectomia prévia. Analiticamente, LDH 1379U/L, FA 185U/L, PCR 21,9mg/dL, sem outras alterações. Fez TC-TAP que, além do nódulo pulmonar já conhecido e que mantinha as características, revelou a existência de 2 micronódulos hepáticos e lesão hipodensa em contiguidade com contorno uterino. Ecografia endovaginal mostrou lesão quística multiloculada, septada, no ovário direito, sem fluxo Doppler, provável lesão anexial antiga. Durante o internamento, agravamento da astenia, com perda de autonomia e incapacidade para levantar. Associadamente, anorexia e náuseas sem resposta a ajuste de dieta e anti-eméticos, recusando alimentação. Endoscopia digestiva alta mostrou várias lesões nodulares de cor preta no estômago e duodeno, cujo estudo histológico revelou metástases de melanoma pigmentado. PET/CT com envolvimento hipermetabólico ósseo, adenopatias cervicais e mediastínicas e lesão pulmonar direita. Sem lesões cutâneas ou intraoculares sugestivas de melanoma. Mutação do gene BRAF negativa. Deterioração clínica rápida, falecendo 4 meses após o diagnóstico. Não foi identificado o tumor primitivo.

Discussão: A astenia e a anorexia são sintomas comuns que devem ser particularmente valorizados na presença de sinais de alarme. Os antecedentes de neoplasia, tal como a doente apresentava, não invalidam a existência de um novo tumor maligno primário. Ilustra-se e recorda-se com este caso uma entidade rara e de mau prognóstico, muitas vezes “silenciosa” e cuja sintomatologia é inespecífica, mas intensa e condicionadora da atividade diária.

P734

896 HIPERCALCEMIA E METASTIZAÇÃO PULMONAR DE CARCINOMA DA VULVA

Ernestina Mota, Isabel Paulos Mesquita, Miguel Esperança Martins, Carlos Pires

Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital Santa Maria

Introdução

O carcinoma da vulva é um tumor raro, corresponde a 4% das neoplasias ginecológicas malignas, com incidência de 2-7 casos em cada 100.000 mulheres, 90% dos quais corresponde a carcinoma pavimentocelular (CPC). Existem dois tipos, um associado ao papiloma vírus humano (HPV) em mulheres jovens, e outro não relacionado com HPV, em mulheres mais velhas, associado a líquen escleroso. A metastização é rara e os locais mais comuns são o pulmão, fígado, osso e gânglios linfáticos. Nos casos de metastização, a resposta à cirurgia/radioterapia é baixa e a sobrevida aos 5 anos inferior a 5%. A hipercalcemia paraneoplásica esta bem descrita nos CPCs sendo rara no carcinoma da vulva, e associa-se a um prognóstico reservado com sobrevida global aos 30 dias de 50%. Descrevemos um caso raro de metastização pulmonar de CPC da vulva, com hipercalcemia como manifestação primária. Caso clínico: Mulher, 73 anos, antecedentes de líquen escleroso vulvar, CPC da vulva (T1bN0M0, HVP negativo), submetida a hemivulvectomy direita e linfadenectomia inguinofemoral ipsilateral há 5 anos. Apresentou-se com prostração com um mês de evolução. No exame objetivo encontrava-se hemodinamicamente estável, prostrada, pálida e desidratada. Destacava-se a presença de uma massa no 1/3 superior do hemitórax esquerdo, de 6cm de diâmetro, indolor, aderente aos planos profundos. À auscultação pulmonar, diminuição do murmúrio vesicular na metade superior do hemitórax esquerdo, macicez à percussão e aumento da transmissão vocal. No exame ginecológico, ausência de grande lábio direito e introito vaginal estenosado. Laboratorialmente, anemia, leucocitose 17.640x10⁹/L com 85% neutrófilos, PCR 16.6mg/dL, cálcio corrigido com albumina de 12,4mg/dL, cálcio ionizado 1.60mg/dL, PTH 8,5pg/mL, sem outras alterações de relevo. Eletrocardiograma e cintigrafia óssea sem alterações. Na tomografia computadorizada tóraco-abdomino-pélvica, volumosa massa torácica superior esquerda (7x6x6cm), sólida, necrosada com invasão do mediastino, pulmão, pleura e parede torácica, sem adenopatias associadas. O estudo broncofibroscópico foi negativo para exames microbiológicos e pesquisa de células neoplásicas. A biópsia eco-guiada da massa torácica revelou extensa infiltração por CPC bem diferenciado, queratinizante. Admitiu-se hipercalcemia humoral maligna no contexto de metastização pulmonar de CPC da vulva. A terapêutica incluiu hidratação vigorosa, diurético e zoledronato, com normalização

da calcemia. Em discussão multidisciplinar decidiu-se referenciar a consulta de Medicina Paliativa, por não reunir condições para terapêutica adjuvante. Discussão: o caso ilustra a ocorrência de duas manifestações raras de carcinoma da vulva, nomeadamente a metastização pulmonar com invasão da parede torácica, e a hipercalcemia como síndrome paraneoplásica que surgiu tardiamente (5 anos) após a ressecção do tumor primário.

P735

960 TIMOMA: UM AZAR NUNCA VEM SÓ

Maurício Peixoto, Joana Lopes, Rui Flores, Sofia Caridade, Guilherme Alpedrinha

Hospital de Braga

Introdução

O timoma é uma neoplasia que surge na sua grande maioria no mediastino anterior. Tendem a ser lobulados, firmes e podem conter calcificações ou quistos. Compostos por células epiteliais e um número variável de linfócitos, podem ser completamente encapsulados ou invasivos, afetando os órgãos adjacentes, sendo estes os que mais comumente metastizam, sobretudo dentro da cavidade torácica na forma de nódulos pulmonares e pleurais e, em casos raros, têm metástases hepáticas, cerebrais, ósseas ou mesmo renais.

Caso Clínico

Doente do sexo feminino, 66 anos, autónoma, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, fibrilação auricular e depressão, recorreu ao serviço de Urgência por dor pleurítica com 3 semanas de evolução, que agravava com o decúbito dorsal, associada a astenia, náuseas e anorexia. Negava outra sintomatologia. Em visita prévia ao SU pelas mesmas queixas realizou radiografia torácica que mostrou hipotransparência à esquerda e análises com elevação dos parâmetros inflamatórios. Teve alta medicada com antibioterapia empírica para pneumonia adquirida da comunidade, mas o quadro apresentado pela doente manteve-se. Ao exame físico encontrava-se subfebril, com sons respiratórios diminuídos nas bases. Analiticamente, por apresentar D-dímeros aumentados, realizou angio-TAC torácico que não mostrou sinais de tromboembolismo pulmonar, mas sim uma massa de 6 cm no mediastino anterior e superior que poderia corresponder a timoma. Foi internada para estudo da massa mediastínica, tendo realizado ressonância magnética do tórax que confirmou uma massa de 7cm de maior diâmetro a favor de timoma. Para estadiamento, realizou também uma TAC abdomino-pélvica que mostrou um tumor sólido vascularizado com cerca de 16 mm, na vertente posterior do terço médio do rim esquerdo. Em seguida, realizou biópsia ecoguiada às massas

mediastínica e renal, que revelaram um timoma e um carcinoma de células renais, variante de células claras. Os dois tumores foram removidos, estando a doente em vigilância.

Discussão

Tumores tímicos malignos surgem em 1,5 pessoas por milhão por ano e os tumores do rim são cerca de 2% de todas as neoplasias malignas globalmente. No caso que apresentámos, uma massa mediastínica para estudo revelou ser um timoma, já de si um diagnóstico incomum. Ao fazer o estadiamento observou-se uma massa renal que poderia ser um dos raros casos de metástase extratorácica que ocorrem nos timomas. No entanto, a histologia revelou algo ainda mais caricato, outra neoplasia primária, neste caso, um carcinoma de células renais. É caso para dizer que um azar nunca vem só. No entanto, o facto de se tratar de uma nova neoplasia primária melhorou o seu prognóstico do que poderia ter sido um timoma em estadio IV, por metástase extra-torácica, com sobrevivência aos 5 anos de 58%, para duas neoplasias em estadio I com sobrevivências aos 5 anos superiores a 90%.

P736

1140 UM TUMOR RARO COM UMA MANIFESTAÇÃO FREQUENTE

Margarida Nascimento, Pedro Mota, Pedro Barreiro, Teresa Loureiro Timóteo, Filipa Malheiro, Alexandra Bayão Horta

Hospital da Luz, Lisboa, Portugal

Introdução:

As neoplasias do tracto gastro-intestinal (TGI) superior correspondem a menos de 3% de todas as causas de hemorragia digestiva alta (HDA), mas a hemorragia pode ser a manifestação inicial em muitos tumores benignos ou malignos. Descreve-se o caso de um tumor gástrico raro em que a apresentação inicial foi a de HDA.

Caso clínico:

Doente do sexo masculino, 63 anos, sem antecedentes patológicos conhecidos ou medicação habitual, que recorre ao Serviço de Urgência por quadro com três dias de evolução de mal-estar geral, vómitos alimentares com conteúdo hemático e episódio sincopal. Referia ainda fezes escuras. A admissão sem alterações de relevo ao exame objectivo. Analiticamente destacava-se Hb 9.6 g/dL e urémia 98 mg/dL com creatininemia normal. Inicialmente foi admitida HDA em contexto de Síndrome de Mallory-Weiss. Manteve-se sob perfusão de inibidor da bomba de prótons e fluidoterapia cristalóide, tendo também realizado suporte transfusional. Realizou endoscopia digestiva alta nas primeiras 24h que documentou: esofagite de refluxo grau C na classificação de Los Angeles, hérnia do hiato, gastropatia do corpo

de aspecto granular com úlceras dispersas que foram biopsadas, sem aspectos de hemorragia recente. Do estudo analítico destacava-se níveis baixos de vitamina B12 com anticorpos anti-célula parietal e anti-factor intrínseco negativos. O doente teve alta clinicamente melhorado, tendo o resultado anatomopatológico revelado neoplasia neuroendócrina bem diferenciada de baixo grau (Ki67<2%), metaplasia intestinal focal e gastrite crónica associada a *H. pylori*. O doente foi referenciado a Consulta de Oncologia e Gastrenterologia, tendo sido submetido a mucosectomia endoscópica que confirmou o diagnóstico de tumor neuroendócrino (TNE) gástrico tipo I associado a gastrite atrófica e hipergastrinemia, tendo iniciado tratamento com lanreótido. Aos dois anos de follow-up, verifica-se a não recidiva.

Discussão:

Os autores descrevem este caso pela raridade desta classe de tumor. Os TNE gástricos correspondem a 7% de todos os TNE do TGI e subdividem-se em três tipos, sendo o tipo I o mais frequente, estando associado a gastrite crónica atrófica. Estas neoplasias são normalmente indolentes e geralmente representam uma condição benigna.

P737

1315 MANIFESTAÇÕES TROMBOEMBÓLICAS ASSOCIADAS AO LEIOMIOSSARCOMA

Marta Braga Martins, Luís Monteiro Dias, Rosa Macedo Carvalho, Céu Rodrigues, Vânia Gomes, Carlos Capela

Hospital de Braga

Introdução

Os leiomiossarcomas são tumores muito raros e surgem mais frequentemente na veia cava inferior (VCI), havendo poucos casos relatados a nível mundial (218 casos até 1996). São mais comuns na sexta década de vida e nas mulheres. Episódios de tromboembolismo venoso (TEV) dos membros inferiores são a 3ª forma mais comum de apresentação. Pela raridade e sintomatologia inespecífica, o diagnóstico é difícil e é necessário um elevado índice de suspeição.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um homem de 68 anos, com antecedentes de TEV da veia ilíaca comum esquerda que se prolongava à ilíaca externa, em 2017. Foi medicado com higocoagulação oral durante 1 ano e não foi realizado estudo etiológico. Em abril de 2018 recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia súbita para pequenos esforços. Sem toracalgia, tonturas, perda de consciência, dor ou sinais inflamatórios dos membros inferiores, ou outros sintomas. Foi levantada a hipótese de embolia pulmonar. A angiografia tomográfica axial computadorizada (TAC) torácica revelou sinais de tromboembolismo pulmonar massivo agudo bilateralmente nos vasos principais, mas

também uma volumosa massa para-hilar esquerda com 7cm e numerosas formações nodulares, espiculadas, no parênquima pulmonar, compatíveis com metastização pulmonar. Ficou internado na Medicina Interna. Submetido a vários exames dos quais se destacam: 1) ecodoppler dos membros inferiores – com trombose venosa do eixo ilíaco esquerdo; 2) broncofibroscopia flexível - diminuição do calibre do brônquio esquerdo por compressão (sem possibilidade de biópsia de massa para-hilar); 3) TAC abdominal e pélvico - volumosa massa centrada ao plano sagrado (11,3x6 cm), com perda de definição da veia ilíaca comum esquerda e crescimento endoluminal na VCI até às veias renais. Para confirmação da hipótese de diagnóstico de leiomiossarcoma com provável ponto de partida na veia ilíaca comum esquerda, foi submetido a biópsia transtorácica de um dos nódulos pulmonares. A evolução no internamento foi favorável. Teve alta hipocoagulada com enoxaparina e a aguardar o resultado histológico, que mais tarde se revelou inconclusivo. Foi reinternado para realização de biópsia ecoguiada da lesão primária pélvica. O resultado histológico confirmou a hipótese diagnóstica de leiomiossarcoma. Foi orientado para a consulta de grupo de Oncologia. Neste momento, um ano após o diagnóstico, encontra-se a realizar quimioterapia de segunda linha para leiomiossarcoma de grau 2/3 com metastização pulmonar e óssea, em evolução.

Discussão: Habitualmente, no momento do diagnóstico, os leiomiossarcomas são lesões grandes e localizadas, e com possibilidade de ressecção cirúrgica. Neste caso, a doença encontrava-se já numa fase avançada, cerca de um ano após o primeiro episódio de TEV. Realça-se assim a importância do estudo das neoplasias na abordagem etiológica dos eventos de TEV nos doentes com mais de 50 anos, sendo o leiomiossarcoma, apesar da sua raridade, uma entidade possível.

P738

1382 CK MB - MAIS DO QUE UM MARCADOR DE LESÃO MIOCÁRDICA

Pedro Neves Tavares, Rita Lizardo Grácio, Paula Gonçalves Costa, Carla Falcão, Catarina Duarte Santos, Dolores Gomes, Alcina Ponte

Centro Hospitalar de Leiria - Serviço de Medicina 1

Introdução:

A isoenzima CK-MB é largamente utilizada como marcador bioquímico de lesão miocárdica, estando disponível na maioria dos hospitais portugueses, no entanto, a sua interpretação pode por vezes levantar dificuldades diagnósticas.

Caso Clínico:

Doente do sexo masculino, 78 anos, autónomo, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia

e doença renal crónica estadio 3 de etiologia hipertensiva. Recorreu ao serviço de urgência por queixas álgicas, de intensidade 8 em 10, ao nível da coluna lombar. O exame físico não apresentava alterações de relevo e o estudo analítico evidenciou CK 685 U/L e CK-MB 1244 U/L tendo sido requisitada avaliação por Medicina Interna por suspeita de síndrome coronária aguda. Tendo em conta ausência de clínica compatível, troponina negativa (0.01 ng/mL) e ECG sem alterações foi excluído síndrome coronária aguda e realizado internamento para estudo etiológico. Do estudo analítico realizado em internamento de referir elevação sustentada de CK-MB, PSA total 651 ng/mL e fosfatase ácida 7.5 U/L, com estudo imunológico negativo. Realizou ecografia prostática que evidenciou "próstata simétrica, aumentada, com limites mal definidos, com calcificações punctiformes e nódulos de natureza adenomatosa". A biópsia prostática foi compatível com adenocarcinoma da próstata. Realizou também tomografia computadorizada da coluna lombar que mostrou infiltração metastática osteoblástica dispersa pela coluna lombar sagrada e osso ilíaco.

Discussão:

A macro-CK é um complexo isoenzima-IG formado por reação antigénio-anticorpo que, tipicamente se associa a doenças neoplásicas e doenças imunomediadas. A formação deste complexo leva a uma falsa elevação da fração CK-MB em relação à CK, abrindo desta forma o leque de diagnósticos.

P739

1452 APRESENTAÇÃO ATÍPICA DO LINFOMA NÃO-HODGKIN: UM CASO CLÍNICO

Joana Dias Antunes, Filipa Batista, Ana Figueiredo Costa, Fábio Almeida, Luísa Loureiro, Teresa Alfaiate, Amélia Pereira

Hospital Distrital da Figueira da Foz

Introdução

Os linfomas resultam da acumulação de linfócitos malignos nos gânglios linfáticos, podendo atingir o sangue e outros órgãos. O envolvimento primário da coluna por doenças hematológicas é raro. O linfoma não-Hodgkin maligno com localização extranodal envolve com maior frequência o trato gastrointestinal e as vias aéreas, podendo atingir o osso, músculo e sistema nervoso. Os autores descrevem um caso raro de um linfoma não Hodgkin extranodal.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, 78 anos, enviada ao serviço de urgência pelo médico assistente por queixas de dor na região lombar, anca e na perna esquerda com 1 mês de evolução, associado a astenia e anorexia. Trazia uma tomografia computadorizada (TAC) da coluna lombar com referência a massa de tecidos moles paravertebral esquerda que infiltrava o corpo

vertebral de L4 e espaços intersomáticos L3-L4 e L4-L5, com extensão intracanal e compromisso das raízes a esse nível, com a informação de se tratar provavelmente de lesão metastática ou de natureza infecciosa. Estava medicada com analgésicos opióides desde o início do quadro, mas com controlo ineficaz da dor.

A doente tinha como antecedentes diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial. À observação encontra-se hemodinamicamente estável e subfebril e tinha limitação marcada da mobilização dos membros inferiores.

Analicamente destacavam-se leucócitos $10.8 \times 10^3/\mu\text{L}$, hemoglobina 12.7 g/dL, velocidade de sedimentação 70, creatinina 1.3mg/dL e proteína C reativa 91mg/L. Foi colocada a hipótese de se tratar de espondilodiscite pelo que a doente iniciou antibioterapia após a colheita de hemoculturas. Foi realizada biópsia guiada por TAC que revelou linfoma não Hodgkin B, de alto grau/difuso de grandes células, com fenótipo do centro germinativo. Após a realização de medulograma e fenotipagem, que não mostrou alterações relevantes, e de TAC, que não mostrou envolvimento linfático, foi feito o diagnóstico definitivo de linfoma não Hodgkin B de grandes células extranodal primário.

Conclusão: Este caso clínico ilustra uma apresentação atípica do linfoma não Hodgkin, que se manifestou como uma massa de tecidos moles para-vertebral, com destruição óssea, o que dificultou o diagnóstico. É importante estar atento a apresentações clínicas menos evidentes do linfoma não-Hodgkin, uma vez que a sua presença determina a estratégia terapêutica e o prognóstico.

P740

1498 A ASCITE COMO APRESENTAÇÃO INICIAL PARTILHADA DE DIFERENTES NEOPLASIAS

Inês Grenha, Joana Fontes, Joana Serôdio, João Costelha, Elsa Araújo, Manuel Barbosa, Bárbara Sousa, Joana Silva, Lourdes Vilarinho, Paula Brandão

Serviço de Medicina Interna do Hospital Conde de Bertiandos - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

A ascite tem etiologias bem distintas, sendo a doença hepática crónica responsável por cerca de 80% dos casos. Outras causas frequentemente identificadas são a insuficiência cardíaca, neoplasias com disseminação peritoneal e doenças infecciosas. Em cerca de 5% dos doentes há 2 ou mais causas concomitantes para a ascite. O seu tratamento depende da patologia subjacente.

Relatam-se 2 casos clínicos: 1. Homem de 72 anos com história de gastrite positiva para H. Pylori e consumo de 93g álcool/dia desde a juventude. Recorre ao SU por dor abdominal generalizada com 1 mês de evolução, que agrava com o decúbito dorsal, associada a anorexia e náusea,

com aumento do volume abdominal, sem outra sintomatologia. Ao exame objetivo com abdómen muito globoso, doloroso à palpação periumbilical, sem massas ou organomegalias palpáveis, com sinal da onda positivo. Sem edema periférico e sem adenomegalias identificadas. No estudo analítico sem alterações de relevo. Fez paracentese com saída de líquido compatível com exsudado, sem células malignas, pelo que foi internado para estudo. Pedidos marcadores tumorais, com Ca19.9 de 8355 ($N < 37$). A RMN abdominal confirmou a presença de 2 nódulos hepáticos (13 e 33mm) e uma extensa alteração do corpo do pâncreas; com espessamento difuso do epíplon em provável contexto de carcinomatose peritoneal. A biópsia de uma das lesões do fígado confirmou tratar-se de metástase de adenocarcinoma, com imunohistoquímica compatível com origem pancreática. Ao longo do internamento manteve ascite refratária, com paracenteses regulares e ajuste frequente da analgesia por dor em decúbito de difícil controlo. Acabou por falecer ao 27º dia de internamento.

2. Homem de 51 anos, com consumo de cerca de 100g/álcool por dia, fumador de 38 UMA, com dor abdominal em cólica, associada a anorexia e náusea, com aumento progressivo do volume abdominal desde há 20 dias. No SU com abdómen distendido, indolor à palpação; drenado líquido ascítico com critérios de exsudado. Ao longo do internamento com queixas predominantemente de anorexia, com cólica abdominal esporádica. A colonoscopia virtual por TC mostrou achados sugestivos de carcinomatose peritoneal, com estômago com paredes difusamente espessadas – suspeição de linite plástica. Em EDA confirmou-se neoformação com componente exofítica a envolver a grande curvatura e parede posterior do corpo a nível proximal e médio. A histologia foi compatível com adenocarcinoma infiltrativo gástrico do tipo tubular. Teve alta com marcada debilidade do estado geral, vindo a falecer em 15 dias.

Uma abordagem dirigida e célere de um quadro de ascite pode, ainda assim, não alterar o seu desfecho desfavorável. A neoplasia pancreática é a terceira mais frequente do trato digestivo em Portugal e a sua progressão silenciosa confere-lhe uma das mais elevadas taxas de mortalidade. Quanto à neoplasia gástrica, a sua incidência é elevada e representa também uma das principais causas de morte por cancro em todo o mundo.

P741

1526 UMA NEOPLASIA EM REMISSÃO OU NEM POR ISSO?

Gabriela Pereira, Ana Cardoso, José Soeiro, Rosa Ferreira, Jorge Cotter

Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães

A polimiosite inflamatória é uma doença

inflamatória rara, frequentemente idiopática, mas que pode estar por vezes associada a uma síndrome paraneoplásica.

Apresenta-se o caso de um doente de 79 anos, com antecedentes de hipertensão essencial, flutter auricular, neoplasia do cólon submetida a cirurgia em 2016, em vigilância pela Oncologia, tendo realizado o último controlo imagiológico a 06/2017 que mostrava um espessamento inespecífico na região da anastomose, pelo que realizou tomografia por emissão de positrões a 09/2017 que excluiu evidência de lesões secundárias. Teve ainda 2 episódios de trombose venosa profunda em 2016, hipocoagulado desde então com varfarina.

Doente vem ao SU no dia 03/02/2018 por queixas de astenia intensa com cerca de 2 meses de evolução, com queixas de dor torácica anginosa estável, com início há cerca de 1 mês, que terá motivado o Médico Assistente a pedir prova de esforço que doente não conseguiu completar e cintigrafia de perfusão do miocárdio realizada a 17/01/18 que mostra necrose apical e inferior médio basal. Associadamente refere dispneia para pequenos esforços, com agravamento progressivo, e tosse seca com 7 dias de evolução e aumento de frequência de episódios de dor torácica. Apresenta a radiografia de tórax padrão congestivo com derrame pleural bilateral de pequeno volume, sem aumento de parâmetros inflamatórios, com aumento ligeiro de biomarcadores de necrose de miocárdio e ECG com flutter de condução variável, com sequelas de enfarte da parede posterior e sem outras alterações de repolarização. Foi realizada ecoscopia cardíaca que mostrava disfunção sistólica discreta e sinais de sobrecarga de volume e pressão de ventrículo direito. Realiza angiotomografia de tórax que exclui tromboembolismo pulmonar. Decido que não teria indicação para estudo invasivo emergente por cardiopatia estável. Fica internado com ajuste de terapêutica de insuficiência cardíaca e antianginosa.

Durante o internamento, apresenta melhoria progressiva de sintomatologia congestiva, no entanto, mantém queixas de astenia e de fraqueza muscular a nível proximal. Analiticamente mantém aumento sustentado no tempo da creatinofosfoquinase (CPK), apesar de ajuste de diuréticos e hidratação adequada.

Realiza eletromiografia que é compatível com "alterações do tipo miosítico/miopático das massas musculares". Analiticamente foi requisitado o doseamento de aldolase que se encontrava aumentada.

Posteriormente realiza biópsia de músculo que é compatível com miopatia inflamatória de características inespecíficas.

Em conclusão, temos o caso de um doente com um antecedente de doença neoplásica que aparentemente em exames complementares

de diagnóstico prévios estaria em remissão, no entanto, este novo diagnóstico pode apontar para uma recidiva iminente da doença neoplásica.

P742

1568 PANCITOPÉNIA – UMA MANIFESTAÇÃO POUCO COMUM DE UMA NEOPLASIA FREQUENTE

Diana Pessoa, Carolina Capucho Pereira, Fátima Rocha Alves, Ana Carolina Vasques, Cláudio Gonçalves Gouveia, Luís Maia Morais, Susana Ramos Jesus, Ana Leitão, Cândida Fonseca, Luís Campos

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

Introdução

A neoplasia prostática é das mais comuns no sexo masculino, geralmente diagnosticada e tratada enquanto doença localizada. Existem casos menos frequentes que se apresentam já com metastização, ou ainda casos com disseminação da doença após o tratamento definitivo. Em 90% dos casos as metástases são predominantemente lesões osteoblásticas no esqueleto axial. Apresentamos um caso de envolvimento medular extenso, que tem pouca expressão na literatura. Com este caso de apresentação pouco comum pretendemos realçar a importância da marcha diagnóstica no estudo oncológico.

Caso clínico: Homem de 82 anos, autónomo, ex-fumador. Antecedentes de cardiopatia isquémica e hipertensiva, dislipidémia, Diabetes mellitus tipo 2 não insulinotratado e doença arterial periférica.

Recorreu ao Serviço de Urgência por lombalgia, perda ponderal, astenia e palidez com duas semanas de evolução. Apresentava adenopatias infracentimétricas axilares esquerdas. Analiticamente a destacar pancitopénia (anemia com anisocitose, hemoglobina 7.2g/dL, leucopenia 3700/L e trombocitopénia 95000/L), fosfatase alcalina 4252U/L, velocidade de sedimentação 91mm/h, sem alterações no proteinograma ou do restante estudo.

Por elevada suspeição inicial de doença hematológica no contexto clínico, realizou mielograma e biópsia óssea que revelaram medula óssea quase totalmente infiltrada por células não hematopoiéticas, com metastização maciça, hematopoiese residual muito escassa, e perfil imuno-histoquímico compatível com metastização osteomedular de adenocarcinoma prostático.

Tomografia computadorizada revelou envolvimento ósseo difuso e próstata globosa, de contornos irregulares e francamente heterogénea (antigénio específico da próstata 318ng/mL). A cintigrafia óssea confirmou metastização óssea disseminada no esqueleto axial e periférico.

Discutido o caso com Urologia, admitiu-se neoplasia

prostática com extensa metastização medular e óssea com necessidade de suporte transfusional frequente.

Iniciou terapêutica com bicalutamida e goserrelina com estabilização clínica e diminuição progressiva da necessidade de suporte transfusional. Analgesia e terapêutica com ácido zolendrónico permitiram controlo da dor.

Discussão: Apresentamos um caso com apresentação atípica que implicou diagnóstico diferencial com doença hematológica. A extensão da infiltração medular comporta elevada morbilidade tanto pela necessidade de suporte transfusional como por predisposição para infecção, comprometendo o status funcional e qualidade de vida do doente.

P743

142 ADENOCARCINOMA POR DETRÁS DA INFEÇÃO RESPIRATÓRIA

Inês Nogueira Costa, Ana Monteiro, Manuela Dias, Jorge Almeida

Centro Hospitalar e Universitário de São João

Introdução

O cancro de primário desconhecido (CPD) é definido como tumor metastático cujo primário não é identificado na avaliação prévia ao tratamento. A maioria dos doentes apresenta metastização disseminada à data do diagnóstico e baixa capacidade funcional segundo a ECOG PS. O curso clínico é habitualmente dominado pelos sintomas relacionados com as metástases.

Descreve-se o caso clínico de uma mulher com CPD diagnosticado enquanto internada por traqueobronquite aguda.

Caso Clínico: Mulher, 86 anos. Com fatores de risco cardiovasculares como hipertensão arterial e dislipidemia. História prévia de oligofrenia e síndrome demencial a determinar dependência para a maioria das atividades da vida diárias.

Admitida por dispneia. Apresentava insuficiência respiratória e subida dos marcadores inflamatórios. Rx tórax com derrame pleural direito conhecido. Foi internada com o diagnóstico de traqueobronquite aguda. Queixas de dor abdominal durante o internamento, pelo que realizou ecografia abdominal que revelou ascite de grande volume. Realizou toracocentese e paracentese, com saída de líquido com características de exsudato e citologia com células de adenocarcinoma. Dos achados da TC tóraco-abdomino-pélvica, a salientar proeminência da cavidade uterina podendo traduzir espessamento endometrial e carcinomatose peritoneal.

Em decisão conjunto com a Oncologia, e tendo em conta as comorbilidades, idade e ECOG PS 3, decidiu-se não prosseguir o estudo nem iniciar quimioterapia, mas sim privilegiar o tratamento de

suporte, ficando orientada pela equipa de Cuidados Paliativos.

Discussão: A perspetiva para a maioria dos doentes é adversa, com uma sobrevivência mediana de 4 a 6 meses. Os doentes com baixa capacidade funcional são muito menos propensos a beneficiar de quimioterapia, e determinar pelo tratamento de suporte é a melhor decisão neste tipo de casos.

P744

543 QUILOTÓRAX - UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Pedro Madeira Marques, Rita Tourais Martins, Filomena Esteves, José Barata

Hospital de Vila Franca de Xira

Introdução

Quilotórax é uma entidade rara, de etiologia maioritariamente traumática. No entanto, quando bilateral raramente tem esta causa e deve sempre levantar a suspeita de neoplasia. Neste caso apresentamos um doente com linfoma folicular com um quadro de insuficiência cardíaca descompensada, tendo-se depois constatado a presença de quilotórax secundário à neoplasia.

Caso clínico: Doente de 68 anos, sexo masculino, com antecedentes pessoais de Linfoma não Hodgkin folicular grau 1 estadio IVa FLIPI de alto risco, seguido em consulta de Medicina Interna, enfisema centrolobular, hipercolesterolémia, hipertensão e hiperplasia benigna da próstata, medicado habitualmente com telmisartan, nebivolol, rosuvastatina, alopurinol e dutasterida recorreu ao Serviço de Urgência do nosso hospital por quadro de dispneia de esforço de agravamento progressivo, ortopneia, dispneia paroxística noturna e edema dos membros inferiores com 2 meses de evolução. O exame objectivo apresentava murmúrio vesicular diminuído nas bases e edema dos membros inferiores até à raiz das coxas. Analiticamente com anemia normocítica normocrómica, elevação da PCR, lesão renal aguda, hiponatremia e elevação de proBNP (10000pg/mL). Radiografia de tórax mostrava derrame pleural bilateral extenso, particularmente à esquerda. O doente foi internado para optimização da terapêutica para insuficiência cardíaca e estudo de derrame pleural. Realizou ecocardiograma que demonstrou ventrículo esquerdo com cavidade dilatada, com hipocinésia difusa, com fracção de ejeção calculada em 41%. Foi submetido a toracocentese diagnóstica, que revelou líquido de aspecto turvo com 4604 leucócitos com predomínio de células mononucleares e triglicéridos de 1023, sendo compatível com quilotórax.

Discussão: Embora malignidade seja a segunda causa mais comum de quilotórax, a apresentação por norma é unilateral, sendo o derrame bilateral raro. Os mecanismos propostos são vários,

sendo os mais bem aceites a ruptura do canal torácico e o aumento da pressão dentro do canal, causando fluxo linfático retrógrado, provocando drenagem da linfa para o interior do espaço pleural. É uma situação grave que está associada a mau prognóstico, particularmente se a origem da neoplasia for hematológica. Embora o quadro de apresentação fosse sugestivo de insuficiência cardíaca descompensada, a maior extensão do derrame à esquerda alertou para a possibilidade de outras etiologias. Para além deste factor, não havia outros sinais ou sintomas que contradissem etiologia cardiogénica para o derrame. Este caso alerta-nos para a necessidade de valorizar todos os antecedentes e todos os pormenores que os dados clínicos, analíticos e imagiológicos dos doentes apresentam, de forma a conseguirmos um diagnóstico e tratamento célere.

P745

762 LINFOMA NÃO HODGKIN (LNH) DE CÉLULAS T EM DOENTE COM ARTRITE REUMATÓIDE (AR) - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.

Helga Vicente, Sara Magno, Victor Espadinha, Liliana Fernandes, João Machado

Hospital Fernando Fonseca

Introdução

A ocorrência de doença linfoproliferativa (DLP) em doentes com AR tem risco acrescido, o qual está relacionado com a actividade e gravidade da AR bem como com a terapêutica, nomeadamente os fármacos imunossuppressores. 1

Caso Clínico: Mulher, 76 anos, com história de hiperleucocitose com linfocitose, sem caracterização fenotípica e diagnóstico de AR com títulos de CCP e FR elevados, com derrame pleural, sob prednisolona, azatioprina e leflunomida. Foi admitida por quadro subagudo de cansaço e dispneia progressiva, associado a perda ponderal e hipoxemia (pO₂ 59,7mmHg). A imagiologia pulmonar confirmava derrame pleural, espessamento dos septos interlobulares, áreas de densificação em vidro despolido e múltiplas adenomegalias mediastínicas. Analiticamente: VS de 29 mm/h, leucocitose de 23.700, linfocitose de 55,7%, sem anemia ou trombocitopenia, IgE normal, Beta2-microglobulina de 3 g/dl, albumina 3g, LDH 490 U/L, electroforese de proteínas sem pico monoclonal, sem disfunção renal ou tiroideia e sem alterações do sedimento urinário; TAC abdómino-pélvica, com imagem nodular jejunal (adenopatia?). Procedeu-se a toracocentese, líquido pleural compatível com exsudado, 5460 células, com leucocitose (5251) predomínio de linfócitos 95%. Fez citologia de adenopatia mediastínica por ecoendoscopia brônquica que revelou, predomínio de linfócitos T. Realizou biópsia pleural cuja histologia após revisão revelou igualmente predomínio de linfócitos T. Fez

ainda broncofibroscopia com biópsias pulmonares transbrônquicas, as quais não identificaram células neoplásicas. Neste contexto procedeu-se a caracterização fenotípica dos linfócitos do sangue periférico, que mostrou serem linfócitos T (60% dos leucócitos), CD3+ e CD4+ que expressavam CD2 e CD5 e também CD52. Realizado estudo citogenético que foi compatível com a presença de uma população clonal de linfócitos T. Repetiu toracocentese que demonstrou predomínio de linfócitos (90%) com fenótipo semelhante ao do sangue periférico e com idênticos rearranjos clonais do recetor clonal T previamente detetados no sangue periférico.

Apesar de não se ter conseguido documentar em biópsia, foi estabelecido o diagnóstico de Linfoma não Hodgkin T periférico, não subclassificável (PTCL NOS), em estadio IV com infiltração pleural, pulmonar e do sangue periférico. Iniciou quimioterapia oral com ciclofosfamida e posteriormente CHOP. Evoluiu desfavoravelmente apesar de terapêutica de suporte, antibiótica e antineoplásica, vindo a doente a falecer.

Discussão: O caso clínico apresentado suscitou um diagnóstico diferencial complexo pelos antecedentes de hiperleucocitose com linfocitose sem citopenias e pela concomitância do diagnóstico de AR com possível envolvimento pulmonar. Apesar dos múltiplos procedimentos invasivos, o diagnóstico de LNH células T só foi estabelecido por caracterização fenotípica dos linfócitos do sangue periférico e do líquido pleural, o qual, aliás não é a DLP mais comum nestes casos.

P746

875 TEP DE REPETIÇÃO | PROCESSO NEOPLÁSICO OCULTO

João Pedro Abreu, Alexandra Leitão, Maria Teresa Boncoraglio, Francisca Moura, Joana Esteves, Carla Lemos Costa, Carlos Olveira

Hospital Santa Maria Maior

INTRODUÇÃO | O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma complicação comum, grave e potencialmente fatal da formação de trombos no sistema venoso profundo. Representa a 3ª causa de morte em doentes hospitalizados, sendo, contudo, frequentemente não diagnosticado. Os factores de risco para TEP são: estase venosa, dano ao leito vascular e hipercoagulabilidade (Triade de Virchow). Entre os factores que condicionam hipercoagulabilidade importa ressaltar as doenças oncológicas para o caso.

CASO CLÍNICO | Apresenta-se caso de indivíduo do sexo masculino, 59 anos, com hipertensão arterial com lesão de órgão alvo, obesidade, dislipidemia, Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono e cardiopatia isquémica estável. Refere febre, dispneia e tosse irritativa com cerca de 1 semana de evolução.

Recorre ao SU, objectivada Traqueobronquite Aguda sem critérios de gravidade, tendo alta com Amoxicilina/Ac. Clavulâmico. Retorna ao SU por agravamento da dispneia; Insuficiência respiratória (IR) hipoxémica moderada e elevação de parâmetros inflamatórios; Rx Tórax sem consolidações; realizou AngioTC Tórax dado hipoxemia desproporcionada – “Múltiplas adenopatias mediastínicas e hilares (...) discreto espessamento parietal peribronquico, no segmento posterior do lobo superior direito e opacidades peribroncovasculares, no lobo inferior direito, podendo tratar-se de alterações infeciosas (...) defeito de repleção excêntrico num dos ramos segmentares do lobo inferior direito, em relação com tromboembolia crónica.”. Foi internado com diagnóstico de PAC e TEP crónico, iniciada Hipocoagulação com HBPM. Realizado estudo complementar que se revelou inconclusivo. Alta para consulta de Medicina Interna com AVK.

Após 1 mês, retorna ao SU com clínica de dispneia aguda e perda ponderal de 10 Kg. Apresentava-se com IR hipoxémica e edema assimétrico do Membro Inferior Esquerdo (MIE) – angioTC Tórax – “(...) Identificam-se defeitos de repleção de ramos segmentares e subsegmentares da artéria pulmonar inferiores, em relação com TEP agudo. Mantém-se múltiplas adenopatias mediastínicas (...)” – e Doppler MIE – Trombose Venosa Profunda (TVP) extensa. Internado com diagnóstico de TEP recorrente em doente com níveis terapêuticos de hipocoagulação. Colocado filtro na Veia Cava Inferior. Do estudo realizado – TC TAP sem massas excepto adenopatias descritas; imunofenotipagem de sangue periférico, EDA e EDB sem alt; LBA e imunocitoquímica compatível com Carcinoma de não pequenas células; realizou Biópsia de gânglio que confirmou diagnóstico. Foi então referenciado Pneumologia Oncológica.

CONCLUSÃO | O contexto paraneoplásico é largamente conhecido como factor etiológico para TEP. Contudo, o diagnóstico de neoplasia primária nem sempre é linear e representa frequentemente um desafio à prática clínica. Com este caso pretendemos reforçar a importância de uma investigação detalhada no esclarecimento etiológico para o TEP, uma vez que este pode apresentar-se com primeira manifestação de doença oncológica oculta.

P747

985 DA BICITOPENIA AO CARCINOMA INVASOR DA MAMA

Ana Morais Alves, Sofia Perdigão, Ana Rafael, Cristiana Sousa, Patrícia Gago, Marta Rodriguez, Paula Vaz Marques

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução

A neoplasia da mama, a mais frequente no sexo

feminino, pode apresentar-se de forma atípica. O prognóstico depende do perfil imunohistoquímico e extensão da doença. A invasão da medula óssea permitindo o diagnóstico de carcinoma invasor da mama é uma situação extremamente rara (<0.2%). Caso clínico: Mulher, 76 anos, antecedentes de hipertensão, diabetes, dislipidemia e dilatação idiopática da via biliar primária. Em seguimento na consulta de medicina para estudo de anemia sintomática, anorexia e perda ponderal de 20 kg em um ano. Ao exame objetivo apresentava-se pálida, asténica e emagrecida. Do estudo realizado: anemia macrocítica hiperocrômica, hemoglobina (Hb 7.0 g/dl), trombocitopenia (plaquetas 81 000/uL), esfregaço com anisocitose e poiquilocitose eritrocitária, reticulócitos 1.94%, ferro, ácido fólico e vitamina B12 normais, eletroforese compatível com gamapatia policlonal, autoimunidade negativa; endoscopia alta e colonoscopia sem alterações; tomografia computadorizada tórax-abdómen-pélvis (TC-TAP) com lesões focais hepáticas inespecíficas (12 e 18mm); TC-crânio sem alterações. Verificou-se agravamento da bicitopenia com necessidades transfusionais periódicas, tendo realizado mielograma que foi normal e a biópsia óssea revelou metástases de adenocarcinoma, com perfil imunofenotípico a sugerir neoplasia primária da mama com positividade dos receptores de estrogénio. Marcador tumoral: CA15.3 2154U/ml. Iniciou hormonoterapia (tamoxifeno) e bifosfonato. A mamografia e ecografia mamária não mostrou lesões suspeitas. A ressonância mostrou formação ovalar (8mm) lobulada, irregular no quadrante superior interno esquerdo mama direita. PET: captação heterogénea grade costal, coluna dorso-lombar, fémur, úmeros e bacia. Decidido em Consulta de Grupo manutenção do tratamento, reavaliação imagiológica e ponderar biópsia. Aos 3 meses recupera da bicitopenia, apetite e peso, CA15.3 741U/ml. Aos 6 meses repetiu ecografia mamária que foi sobreponível assim como a cintigrafia óssea CA15.3 271U/ml. Apresentou como intercorrência trombose venosa profunda do membro inferior direito tendo sido alterada hormonoterapia (HT) para anastrozol. Aos 12 meses manteve evolução favorável, repetiu TC-TAP sem lesões evolutivas; CA15.3 181U/ml. Aos 24 meses mantém doença estável, CA15.3 141U/ml, sob HT e bifosfonato. Discussão/Conclusão: Destacamos a apresentação rara de uma neoplasia de mama disseminada, cujas alterações no hemograma com bicitopenia permitiu o diagnóstico. Salientamos a resposta surpreendente ao tratamento instituído com recuperação hematológica, sem progressão da doença e recuperação do estado geral (ECOG 1) em uma doente com prognóstico sombrio inicial.

P748

1061 UMA CEFALÉIA DE ORIGEM PULMONAR

Helena Greenfield, Ana Ferro, Carlos Ochoa Leite, Sílvia Correia, Miguel Baptista, Filipe Correia, Cristina Rodrigues ULSM - Hospital Pedro Hispano

Apresenta-se o caso de um homem de 76 anos, sem antecedentes médicos de relevo, que recorreu ao Serviço de Urgência por quadro com 2 meses de evolução de cefaleia frontal bilateral, com despertares noturnos frequentes, associado a diplopia. Referia também quadro de astenia, perda ponderal de 4% em 2 meses e perda progressiva da autonomia. Efetuada tomografia computadorizada (TC) cerebral com múltiplas lesões ocupantes de espaço captantes no IV ventrículo, ventrículo lateral direito e intraparenquimatosas. Estes achados foram confirmados na ressonância cerebral, onde se verificava edema vasogénico circundante, sugerindo origem metastática, bem como aumento marcado das dimensões do plexo coroideu, com intensa captação de contraste, colocando a hipótese de carcinomatose meníngea. Foi iniciada corticoterapia e o doente foi internado para estudo. Foi realizada TC toraco-abdomino-pélvica que mostrou massa de 3,5 cm no lobo superior esquerdo, traduzindo provável tumor primário do pulmão, vários nódulos pulmonares bilaterais e imagem lítica no acetábulo direito, sugestivos de metastização. Foi efetuada punção lombar que apresentava proteinorráquia, 4 células/ μL , sem consumo de glicose, e cuja citologia apresentava células malignas compatíveis com metástases de carcinoma, com elevada suspeição de origem pulmonar. Foi ainda realizada biópsia transtorácica do nódulo pulmonar que foi inconclusiva.

Durante o internamento, o doente apresentou evolução clínica desfavorável, tendo falecido quatro semanas após a vinda ao SU. Assim, foi assumida carcinomatose meníngea em doente com provável neoplasia primária do pulmão.

A ocorrência de carcinomatose meníngea é uma complicação tardia, rara, ocorrendo em até 10% de doentes com tumores sólidos metastáticos. Caracteriza-se pela disseminação multifocal de células carcinomatosas malignas pelas leptomeninges, tipicamente ocorrendo em fases avançadas da doença. Entre as neoplasias com maior risco, destaca-se a mama, o pulmão e o melanoma. O prognóstico desta condição é muito reservado.

P749

1257 LOMBALGIA, CALAFRIOS E FEBRE - NEM TUDO O QUE PARECE É

Ana Carlota Vida, Cláudia Lemos, André Mendonça Vieira, Pedro Vieira, Graça Dias, Maria da Luz Brazão Hospital Central do Funchal

A leucemia mielóide aguda (LMA) é das leucemias mais comuns nos adultos, aumentando a sua incidência com a idade. Geralmente, a clínica é inespecífica e podem estar presentes sintomas relacionados com anemia ou trombocitopenia. O curso clínico é complexo e várias complicações podem surgir associadas, nomeadamente, hiperleucocitose e leucostase, síndrome de lise tumoral, acidose láctica, hipercalcémia, hipocaliémia, entre outros.

Descreve-se o caso de homem, 71 anos, não medicado, sem antecedentes patológicos relevantes, trazido ao Serviço de Urgência por febre, calafrios, prostração e períodos de confusão desde essa noite. Referência também a quadro de lombalgia, anorexia e náuseas desde há 8 dias, medicado com AAS e Paracetamol em SOS, com agravamento progressivo. Ao exame objetivo destacava-se $\text{TT } 38.9^{\circ}\text{C}$, GCS 14, auscultação pulmonar com murmúrio vesicular diminuído na base direita. GSA O_2 15L/min: pH 7.48, pO_2 64, pCO_2 26, Sat O_2 94%, HCO_3 20, Lact 7.5. Analiticamente, leucocitose 338700/ μL , Neutrofilia 30 500/ μL , Blastos 287900/ μL Hb 8.7g/dL, trombocitopenia (58000/ μL), Ureia 78.5 mg/dL, Creatinina 2.85mg/dL, LDH 5241U/L, PCR 242.8mg/L, CK 1058U/L. Radiografia de tórax com hipotransparência heterogénea de ambas as bases.

Realizado mielograma com imunofenotipagem para caracterização e fez-se o diagnóstico de LMA monocítica com fenótipo M5 de FAB. Simultaneamente, constatou-se lesão renal aguda KDIGO 4 anúrica, não responsiva a diuréticos, no contexto de choque séptico por pneumonia da comunidade e leucoestase pulmonar, tendo iniciado empiricamente Amoxicilina/Ácido Clavulânico e fluidoterapia. Admitiu-se síndrome de lise tumoral, analiticamente Ácido úrico 18.2mg/dl, Fósforo 7.42mg/dl, Cálcio 8.14mg/dl, tendo iniciado Alopurinol.

Realizou leucocitafereze terapêutica e, posteriormente, foi iniciada citoredução com Citarabina. GSA de reavaliação com acidémia metabólica mantida (pH 7.28, HCO_3 8.6, Lact 17), pelo que iniciou hemodiálise. Da reavaliação analítica, leucocitose 277600/ μL , blastos 249900/ μL (90%), Hb 8.6g/dL, trombocitopenia (87000/ μL).

Houve necessidade de progredir para terapêutica de substituição da função renal contínua, tendo mantido acidémia metabólica e hiperlactacidémia

em agravamento, com necessidade crescente de suporte vasopressor e de ventilação mecânica invasiva. Ao D2 de internamento, o doente apresentou agravamento progressivo com evolução para falência multi-orgânica refractária às medidas instituídas.

Este caso demonstra-nos uma apresentação inicial de LMA com várias emergências oncológicas associadas, designadamente, a hiperleucocitose e a síndrome de lise tumoral, para além do quadro infeccioso subjacente, fatores estes associados a mau prognóstico. Conforme descrito na literatura, a presença de quadros súbitos constitui uma das formas mais comuns de apresentação desta entidade. Relata-se este caso para demonstrar a sua rápida evolução e destacar a dificuldade em gerir as diferentes complicações aqui referidas.

P750

1311 QUESTIONAR PARA DIAGNOSTICAR

Francisca Abecasis, Inês Pintassilgo, Mafalda Sequeira, Henrique Santos

Serviço de Medicina Interna - Hospital Garcia de Orta

Introdução

Os tumores neuroendócrinos são neoplasias raras com origem mais frequente em células neuroendócrinas gastrintestinais e pulmonares.

Os sintomas clínicos podem ser escassos e inespecíficos levando a uma marcha diagnóstica desafiante.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um homem com 75 anos e antecedentes de hipertensão arterial que foi referenciado a consulta de Medicina Interna após internamento por diarreia infecciosa a *Aeromonas caeviae* com múltiplas imagens hepáticas hipodensas interpretadas como abcessos na tomografia computadorizada (TC) assim como espessamento da transição reto-sigmoideia (TRS). Realizou colonoscopia com evidência de infiltrado inflamatório crónico nas biópsias.

Na avaliação em consulta, um mês após a alta (Janeiro 2017), o doente mantinha queixas de múltiplos episódios diários de dejeções pastosas sem febre, perda ponderal, sudorese ou outros sintomas. Em Abril do mesmo ano inicia queixas de polidipsia e poliúria com diagnóstico inaugural de diabetes mellitus (Hb A1c 10.6%) tendo iniciado terapêutica dirigida.

Em TC de reavaliação mantinha as lesões hepáticas descritas e apresentava evidência de novo de lesões ósseas múltiplas sugestivas de metástases blásticas com cintigrafia óssea concordante.

O estudo para deteção de neoplasia oculta e posterior biópsia hepática ecoguiada foram inconclusivos, tendo realizado biópsia óssea guiada por TC de lesão ilíaca. O resultado histológico

inicial identificou carcinoma pouco diferenciado. Foi pedida tomografia por emissão de positrões com fluorodeoxiglucose (PET-FDG) que se revelou negativa tendo fortalecido a suspeita de tumor neuroendócrino. Por este motivo foi pedida revisão da lâmina de histologia que confirmou o diagnóstico de neoplasia epitelial com diferenciação neuroendócrina de baixo grau (cromogranina A +, índice proliferativo (Ki67) inferior a 2%).

Foi referenciado a consulta de Oncologia com posterior PET DOTATATE que identificou tumor primário da TRS. Iniciou octreótido.

Discussão: O caso apresentado demonstra que é necessário um elevado nível de suspeição para o diagnóstico de tumores neuroendócrinos. Revela ainda a importância de uma marcha diagnóstica cuidada e da constante necessidade de interpretar e por vezes questionar os resultados obtidos nos exames complementares de diagnóstico.

P751

1504 ATRÁS DA DISFONIA

Alexandra Coimbra, Jorge Prazeres, Raquel Rodrigues, Fernanda Mendes

Hospital de Santa Maria

Introdução

Os tumores mais comuns localizados no mediastino são de origem neurogénica, na sua maioria com localização no compartimento posterior. São diagnosticados principalmente no adulto jovem, com crescimento lento e cuja sintomatologia deriva de compressão de estruturas adjacentes. Ilustra-se aqui um caso raro de um Schwannoma do mediastino anterior.

Caso Clínico: Homem, 44 anos, melanodérmico, natural de São Tomé e Príncipe, autónomo, com antecedentes conhecidos de neurofibromas e excisão de Schwannoma benigno localizado na coluna dorsal. O doente apresentou queixas de disфония com 4 meses de evolução sem associação a disfagia, odinofagia, rinorreia, febre, tosse, sudorese noturna, anorexia ou astenia. Referida perda ponderal de 1 kg num mês. Avaliado em consulta, em São Tomé e Príncipe, tendo realizado radiografia de tórax e tomografia computadorizada de tórax que documentou lesão ocupante de espaço no mediastino anterior e superior, latero-traqueal direita com 86x65mm a condicionar moldagem da traqueia, estende-se desde o opérculo torácico até ao contacto com o brônquio principal. Evacuado para Portugal para continuação do estudo etiológico. Avaliado por Otorrinolaringologia que constatou parésia da corda vocal direita. Ao exame objetivo destacaram-se: adenopatias supraclaviculares bilaterais e axilares à esquerda. Da avaliação complementar realizada salienta-se leucopénia (3760/L) com inversão da fórmula leucocitária e

elevação da enolase neuroespecífica (33Ug/L). Realizadas biopsias através de broncofibroscopia, cuja histologia foi compatível com Schwannoma com extenso enfarte central. Foi submetido posteriormente a cirurgia para excisão do tumor, mantendo seguimento em consulta de Oncologia.

Conclusão: Tal como em todos os casos de Schwannomas mediastínicos, a clínica por compressão de estruturas é a porta para o diagnóstico. Neste caso a disфонia foi a manifestação semiológica que conduziu ao achado imagiológico, diagnóstico e posterior tratamento, num doente já com diagnóstico anterior do mesmo tipo de tumor.

P752

260 UMA MANIFESTAÇÃO RARA DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

Filipa Silva, Ana Piteira, Patrícia Domingues, Joana Ferreira, Diana Pedreira, Pedro Carreira, Paula Lopes, Manuela Fera

Serviço de Medicina Interna. Centro Hospitalar de Setúbal, EPE.

Introdução

A neoplasia gástrica é a quarta causa mais comum de morte por cancro no mundo. Quando surgem sintomas, a doença apresenta-se já numa fase demasiado avançada do seu curso clínico. Os sintomas precoces são inespecíficos, perda de peso, náuseas, vômitos, anorexia e fadiga, no entanto, dependendo da localização pode coexistir disfagia (localizações proximais), saciedade precoce, epigastralgia, hemorragia digestiva alta. Relativamente à disseminação, a invasão directa e a carcinomatose peritoneal são as mais comuns. A disseminação hematogénea é menos frequente, ocorrendo em 40% dos casos para o fígado, 20% para o pulmão e 10% para o osso. A apresentação deste caso clínico pretende dar a conhecer uma manifestação rara e atípica da neoplasia gástrica.

Caso Clínico

Homem de 65 anos, sem antecedentes de relevo, recorre ao seu médico de família por cervicalgia com dois meses de evolução, de características mecânicas e sem alívio com analgesia. É requisitada tomografia computadorizada da coluna cervical que revelou "lesão de densidade de partes moles (...) de C3 – C4, que destrói parcialmente o corpo vertebral de C3 e C2 à direita". O doente é observado por neurocirurgia que solicita ressonância magnética para melhor esclarecimento da lesão, e considera não existir indicação para intervenção cirúrgica. É encaminhado para a consulta de Oncologia no decorrer da qual apresenta um episódio de lipotímia sendo encaminhado para o Serviço de Urgência (SU). No SU faz referência a cervicalgia, perda de peso de 15% do seu peso corporal no último mês, anorexia e náuseas. É observada uma massa cervical à direita, de consistência mole e dolorosa

à palpação. Analiticamente apresenta anemia microcítica hipocrômica, sem outras alterações de relevo. Em internamento observa-se episódio de hematemese na sequência do qual é solicitada endoscopia digestiva alta (EDA) urgente, para além de todo o restante estudo por TC toraco-abdomino-pélvica. Na EDA são visíveis três massas polipoides ulceradas, cuja histologia do tecido biopsado conclui: "adenocarcinoma pouco diferenciado de tipo difuso de Lauren". Teve alta encaminhado para a consulta de Oncologia. Apesar de o diagnóstico ter sido feito em estadio avançado da doença, o doente iniciou radioterapia (RT) dirigida à coluna cervical, que revelou bons resultados no controlo da dor. No estudo realizado posteriormente para estadiamento comprova-se a metastização óssea e ganglionar difusa de adenocarcinoma gástrico HER2 negativo. Apesar da melhoria sintomática após RT o doente viria a falecer algumas semanas após o diagnóstico.

Discussão

Embora o diagnóstico de neoplasia gástrica ocorra habitualmente numa fase muito avançada da doença, o estadiamento é sempre importante, porque a terapêutica dirigida ao controlo sintomático do doente pode proporcionar-lhe um fim de vida com maior qualidade de vida e menos sofrimento, como no caso apresentado.

P753

473 LINFOMA PRIMÁRIO DA COLUNA VERTEBRAL: CASO CLÍNICO

Martim Alçada, Guilherme Cunha, Marina Boticário, Maria Filomena Roque

Hospital de Santarém EPE

Introdução

O Linfoma ósseo primário (LPO) é um linfoma extranodal primário extremamente raro do sistema esquelético que explica menos de 1% de todos os linfomas, cerca de 4-5% dos linfomas extranodais e de 3% de todos os tumores malignos ósseos.

Caso Clínico: Doente sexo masculino, 80 anos com antecedentes de HTA e DM2 que em Maio de 2017, inicia dorsolombalgia de início insidioso e agravamento progressivo, com irradiação ao abdómen superior, progressivamente mais incapacitante que agravava com os movimentos e melhorava com o repouso. Concomitantemente, ao início da sintomatologia, referia obstipação, anorexia não selectiva, com perda de peso não intencional, quantificada em 6kg. Avaliado pela médica de família foi-lhe prescrita analgesia e múltiplos exames complementares de diagnóstico que foram inconclusivos. Em Setembro do mesmo ano por persistência do quadro recorre ao SU onde realiza TC abdominal e pélvico e TC da coluna dorsal e lombar que evidência "Massa tumoral vertebral e

para vertebral em D9, de características osteolíticas e destrutivas, com colapso do corpo vertebral e arco posterior com expressão mais severa à direita; a componente de partes moles tem topografia extra e intrarraqidia, extra-dural, com seguro compromisso neuro-meníngeo". No internamento realiza ainda: RM coluna dorsal e Cintigrafia Óssea de Corpo Inteiro que confirmam envolvimento D9 e D10 consistentes com lesão maligna (metastização óssea?), Biopsia óssea: "Linfoma difuso de células grandes B (CD20+)". Perante o resultado e por instabilidade da lesão em D9 optou-se por iniciar radioterapia (20Gy/ 5 fracções de D8-D9) e quimioterapia (protocolo R-CHOP ajustado a idade), foi ainda avaliado por Neurocirurgia que considera a cirurgia contraindicada e preconiza levantar com o apoio de dorso lombostato do tipo Jewett. Teve alta referenciado à Consulta de Hematologia para seguimento com melhoria sintomática. O doente veio a falecer cerca de 3 meses após o diagnóstico por causa cardíaca (morte súbita).

Discussão: O LPO tem sido descrito como uma malignidade de células linfóides que infiltra o osso com ou sem invasão cortical ou extensão dos tecidos moles e sem envolvimento concomitante de linfonodos regionais ou vísceras. O sintoma de apresentação inicial dos linfomas não Hodgkin ósseos primários, na maioria dos casos publicados, é, à semelhança do caso descrito, a dor na região da lesão, com uma evolução de meses até vários anos antes do diagnóstico, por vezes com défice neurológico de instalação progressiva. Os segmentos da coluna mais frequentemente afectados são: dorsal (69%), lombo-sagrado (27%) e, muito excepcionalmente, cervical (4%). O diagnóstico definitivo é confirmado pelo estudo histológico da lesão, que manifesta, na maioria dos casos, positividade para CD45 e CD20. O tratamento é controverso, recomendando alguns autores radioterapia local e outros a associação de radioterapia a quimioterapia como foi a opção no nosso caso.

P754

996 MASSA PULMONAR DE COMPORTAMENTO AGRESSIVO

Mariana Popovici, Matilde Fraga, Jorge Fernandes, Paolo Iacomini, Claudina Cruz, Eunice Patarata, Catarina Pereira, Antonio Panarra

Hospital Curry Cabral, Medicina 7.2; Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

INTRODUÇÃO:

Os tumores neuroendócrinos do pulmão são um subtipo heterogéneo de cancro pulmonar (20% de todos os cancros de pulmão), incluem o cancro de pulmão de pequenas células (CPPC) e carcinoma neuroendócrino de grandes células (CNGC). Tanto o CPPC quanto o CNGC pulmonar são tumores de alto grau e de mau prognóstico, com maior

incidência nos fumadores e nos casos de doença pulmonar crónica obstrutiva.

O CNGC é um tumor pouco frequente, predominante no sexo masculino, em pacientes com mais de 60 anos e em 60% dos casos associado ao tabagismo. O prognóstico dos pacientes com CNGC é pior e com menor taxa de sobrevida após cinco anos.

CASO CLÍNICO

Homem de 75 anos, leucodérmico, fumador, admitido no Serviço de Urgência por toracalgia anterior esquerda, com episódios intermitentes de agravamento desde há 1 mês. Referia apenas perda ponderal não quantificada, negando qualquer outra queixa ou história de outras queixas prévias recentes. À observação muito emagrecido, eufónico em ar ambiente, apirético. Auscultação pulmonar com murmúrio vesicular diminuído à esquerda. Analiticamente: Hgb de 11g/dL. Radiologicamente: imagem hipotransparente no lobo superior esquerdo. Ficou internado para estudo etiológico. Durante internamento realizou: TC Tórax: lesão parenquimatosa pulmonar no lobo superior esquerdo, heterogénea com áreas quísticas/necrose medindo 99x101x120 mm, compatível com lesão neoformativa. TC de crânio: "... 3 lesões ocupando espaço intracranianas intraparenquimatosas, hipercaptantes, com edema perilesional, compatíveis com depósitos secundários. BATT: Carcinoma Neuroendócrino de grandes células. Não foi identificada nenhuma mutação que conferisse elegibilidade para terapia dirigida. Teve alta orientado para consulta de Pneumologia, tendo ainda cumprido 3 ciclos de RT holocraneana, mas com rápido agravamento do quadro clínico, vindo a falecer 1 mês após o diagnóstico feito no internamento.

Discussão: O carcinoma pulmonar, do tipo histológico células grandes, é pouco frequente comparativamente com os outros tipos histológicos. A maioria dos casos apresenta-se sintomática, com doença de curso arrastado. Só 5% são assintomáticos, tal como se verificou, neste doente, que se manteve saudável até 1 mês antes de internamento; de salientar ainda o comportamento agressivo e o desfecho rápido, ao contrário do descrito na bibliografia para a maioria dos casos deste subtipo de cancro pulmonar.

P755

1260 MIELOMA MULTIPLO: A PROPÓSITO DE UM DESAFIANTE CASO CLÍNICO

Joana Sousa Morais, Isabel Andrade Oliveira, Inês Burmester, Olga Pires, Maria João Regadas, Paulo Gouveia, Carlos Capela

Hospital de Braga

Introdução

O mieloma múltiplo (MM) é uma neoplasia

hematológica, caracterizada por uma proliferação monoclonal excessiva de plasmócitos de imunoglobulina anormal. É mais comum na meia idade e o sintoma mais frequente é a dor óssea. Apesar de mais raros existem outras formas de mieloma como os mielomas de cadeias leves ou os não secretores.

Caso Clínico: Homem de 63 anos, com excelente estado geral e antecedentes de hipertrofia benigna da próstata e metaplasia intestinal, seguido em consulta de gastroenterologia apresentava múltiplas vindas ao serviço de urgência nos últimos 6 meses por dorsalgia esquerda, com agravamento com inspiração profunda e uso de AINES para controlo de dor. Ao exame físico identificava-se dor à palpação da grade costal esquerda. Analiticamente sem alterações de relevo, nomeadamente anemia, lesão renal aguda, hipercalcemia ou aumento de parâmetros inflamatórios. Realizou TAC tóraco-abdomino-pélvico que evidenciava de lesões ósseas osteolíticas, as maiores nos corpos vertebrais D9 e D10, assim como fraturas em consolidações em arcos costais direitos, processos sugestivos de metastização óssea. Neste contexto, admitiu-se a possibilidade de se tratarem de lesões ósseas metastáticas, sendo internado para estudo de neoplasia primária. Nas avaliações posteriores, identificaram-se eletroforese sem pico monoclonal, Imunoglobulinas normais, cadeia leve livre lambda aumentada no soro e em urina, sem proteinúria, sem alterações iónicas de fosforo ou magnésio, estudo imunológico e serológico normal e PSA normal. Realizou ainda uma cintigrafia óssea que confirma as lesões líticas em D9 e D10 e captação em arcos costais e uma endoscopia digestiva alta que revelou metaplasia intestinal. Assim, foram realizadas biopsia de lesões ósseas de coluna e mielograma, cujos resultados foram respetivamente plasmocitoma e medula óssea normal. Deste modo, admitiu-se MM secretor de cadeias leves associado a plasmocitoma, pelo que iniciou radioterapia de lesões ósseas e posteriormente quimioterapia. Neste momento, doente com boa resposta a tratamento em curso documentado por PET.

Discussão: Este caso destaca-se por se tratar de um MM secretor de cadeias leves com plasmocitoma, mas sem pico monoclonal sérico ou urinário e sem plasmocitose, tendo levantado interesse pela marcha diagnóstica que implicou.

P756

1348 UMA CAUSA POUCO COMUM DE CARCINOMATOSE PERITONEAL

Sara Brandão Lopes, Ana Catarina Lucas, Adélia Simão, Armando Carvalho

Serviço de Medicina Interna; Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.; Clínica Universitária de Medicina Interna, FMUC

Introdução

A carcinomatose peritoneal (CP) corresponde a uma fase avançada da evolução de um processo maligno, associando-se a prognóstico mais sombrio. Uma causa rara, mas de incidência crescente de CP, é o mesotelioma peritoneal, associado à exposição a asbestos, radioterapia abdominal, sequelas de tuberculose ou a outras infecções crónicas peritoneais.

Caso Clínico: Doente do sexo masculino, 70 anos, com antecedentes pessoais de asbestose, diagnosticada há 20 anos, recorre ao serviço de urgência por distensão abdominal que agravava com a ingestão alimentar, astenia e perda ponderal de 5% (5 kg) com 1 mês de evolução. Sem outros sintomas associados. Ao exame objectivo encontrava-se emagrecido com abdómen globoso, tenso, com onda ascítica positiva. Era portador de tomografia computadorizada (TC) abdomino-pélvica do exterior com presença de "volumoso derrame peritoneal livre, sinais de carcinomatose, fígado sem alterações descrevendo-se na escavação pélvica, no espaço mesorrectal à esquerda uma massa sólida, não sendo possível afirmar tratar-se de lesão primária ou secundária." No internamento, analiticamente sem alterações, nomeadamente nas serologias víricas, provas tiroideas e interferão Gama negativo. Foi submetido a paracentese diagnóstica com GASA <1.1 g/dl e sem presença de células neoplásicas. Realizou endoscopia digestiva e colonoscopia sem alterações de relevo. Em tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica (TC-TAP) foi objectivado "espessamento nodular da pleura, particularmente exuberante na pleura diafragmática". Atendendo aos achados da TC-TAP, procedeu-se à biópsia de massa do mesorrecto por eco-colonosopia e de implante de carcinomatose peritoneal guiado por ecografia, cujas histologias foram compatíveis com mesotelioma peritoneal, tendo-se optado por quimioterapia intra-peritoneal.

Conclusão: A sintomatologia do mesotelioma peritoneal é inespecífica, sendo a apresentação mais frequente a dor abdominal e perda de peso. Este caso realça a necessidade de considerar como diagnósticos diferenciais os tumores mais raros, sobretudo quando há uma história pessoal associada ao risco aumentado destas patologias, assumindo o exame histológico um papel importante no diagnóstico. O mesotelioma peritoneal, embora possa metastizar, é um tumor que se destaca pela sua capacidade invasora local, determinando morbi-mortalidade elevada.

P757

1547 A PISTA DA ICTERÍCIA

Inês da Mata, Rita Gameiro, Ana Reis, Fernando Gonçalves

Hospital Beatriz Ângelo, Serviço de Medicina Interna

A icterícia é um sinal clínico comum na prática clínica, podendo ser a manifestação de múltiplas

patologias.

Apresenta-se o caso de um homem de 66 anos com diagnóstico de carcinoma urotelial pT3aN1(1/8) cM0 com envolvimento ganglionar recidivado em 2ª linha de quimioterapia. Tinha ainda história de adenocarcinoma da próstata (Gleason 7 pT2cpN0cM0) submetido a prostatectomia radical, doença renal crônica e internamento recente com pielonefrite aguda sem isolamento de agente. Foi admitido por dor abdominal difusa, disúria e poliaquiúria; à observação com dor abdominal difusa, Murphy duvidoso à direita; analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios e urina tipo 2 com leucocitúria e nitritos positivos. Iniciou antibioterapia com meropenem, que manteve por isolamento em urocultura e hemoculturas *Klebsiella pneumoniae* multiresistente. Apesar da diminuição dos parâmetros inflamatórios e apirexia mantida, manteve queixas de dor abdominal difusa e aparecimento icterícia das escleróticas e pele e colúria. Analiticamente destaca-se padrão de citocolestase [FA 755UI/L (40-130UI/L), GGT1333 UI/L (10-71UI/L), AST 154UI/L, ALT 227UI/L, bilirrubina total 5,90 mg/dL, bilirrubina direta 4,78 mg/dL], hiperamilasemia (900UI/L) e hiperlipasemia (1000UI/L). Do estudo complementar destaca-se serologias virais negativas, ecografia abdominal com ectasia das vias biliares intra-hepáticas e lamas na vesícula biliar, sem sinais de colecistite e pâncreas sem alterações. Tendo em conta a dor abdominal refrataria a múltipla terapêutica realizou ainda TC abdómino-pélvica que mostrou alterações sugestivas de pancreatite aguda e ligeira proeminência das vias biliares intra-hepáticas, sem evidente obstrução da via biliar principal. Após discussão com a Gastroenterologia realizou CPRM com os mesmos achados.

Assim, como diagnóstico diferencial assumiu-se: pancreatite aguda com obstrução persistente da via biliar por coledocolitíase vs. compressão extrínseca (envolvimento ganglionar local /carcinomatose pelo carcinoma urotelial). Colocou-se ainda a hipótese de colestase iatrogénica pela antibioterapia, mas tendo em conta a melhoria franca do quadro séptico urinário manteve-se a terapêutica. Apesar da hidratação vigorosa, verificou-se agravamento clínico com choque distributivo, tendo sido admitido na UCI. Realizou ainda CPRE que mostrou estenose da via biliar extra hepática e das vias biliares intra-hepáticas, aspetos compatíveis com infiltração tumoral. Apesar das medidas, o doente veio a falecer; sendo a biópsia compatível com colangiocarcinoma. Pretendemos demonstrar a importância da icterícia como sintoma cardinal com necessidade de extenso diagnóstico diferencial e sublinhar o papel da biópsia, que permitiu esclarecer o quadro clínico. Por outro lado, trata-se de um caso que demonstra a existência de tumores síncronos, a agressividade da apresentação inicial do colangiocarcinoma e o facto de nem sempre todo o quadro clínico ser explicado por apenas uma

patologia.

P758

1584 UM CASO DE ANEMIA HEMOLÍTICA E LINFOMA

Rita Homem, Ricardo Meireles Mateus, Anilda Barros, Maria Garcia, Vanda Spencer, Francisca Delerue
Hospital Garcia de Orta

O linfoma de células T angioimunoblastico (AITL) é um subtipo raro de linfoma de células T periférico que representa cerca de 2% dos linfomas não Hodgkin. Afeta predominantemente homens, na sexta/sétima décadas de vida, com características clínicas, patológicas e imunofenotípicas particulares, sendo uma patologia agressiva e que acarreta mau prognóstico.

Apresentamos o caso clínico de uma mulher de 69 anos, sem antecedentes patológicos de relevo internada por quadro com 2 meses de evolução caracterizado por febre, sudorese noturna, anorexia e perda ponderal de 10%. Ao exame objetivo apresentava-se febril, hemodinamicamente estável, eupneica, pálida, adenopatias axilares palpáveis. Pele e auscultação cardiopulmonar sem alterações e abdómen sem hepatoesplenomegalia. Analiticamente anemia normocítica, lactato desidrogenase láctica e beta 2 microglobulina elevadas, haptoglobina indetectável, Coombs direto e indireto positivos, eletroforese das proteínas com aumento policlonal e serologias virais negativas. Realizou tomografia computadorizada toracoabdominopélvica que revelou múltiplas adenopatias axilares, mediastínicas, peri-celiacas, latero-aórticas, inter-aorto-cava, mesentéricas, ilíacas e inguinais bilaterais.

Admitiu-se doença linfoproliferativa com anemia hemolítica associada. A biópsia de gânglio linfático axilar bem como o estudo medular por mielograma e biópsia óssea permitiu o diagnóstico de linfoma de células T angioimunoblastico. Iniciou corticoterapia e foi encaminhada para a Hematologia para início de quimioterapia.

Os autores realçam a apresentação do AITL como doença sistémica com características de doenças autoimunes, nomeadamente nesta doente a associação com anemia hemolítica autoimune e hipergamaglobulinemia policlonal.

P759

1640 MESOTELIOMA - UM CASO SEM IDENTIFICAÇÃO DE FACTORES ETIOLÓGICOS.

Filipe Bessa, Pedro Gaspar, João Boavida Ferreira, Pedro Meireles, Catarina Mota, João Meneses, Rui Victorino
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria

Introdução

O contacto com asbestos é o maior factor de risco para o desenvolvimento de mesotelioma. No entanto, em 10 a 20% dos casos, admite-se a influência de outros factores, nomeadamente o contacto com o mineral erionite, a radioterapia pleuro-pulmonar prévia e contacto com o vírus SV-40. Os autores apresentam um caso de mesotelioma que consideram relevante pela ausência de informação referente aos factores de risco acima referidos.

Caso clínico: Uma mulher de 69 anos, doméstica, sem hábitos tabágicos ou outros factores epidemiológicos conhecidos para patologia respiratória, foi admitida por dor pleurítica à direita, cansaço e dispneia para médios esforços, com cerca de uma semana de evolução. Tinha abolição do murmúrio vesicular no terço inferior do hemitórax direito. A radiografia torácica sugeriu derrame pleural direito e desvio direito da traqueia. A toracocentese revelou exsudado sero-hemático, sem identificação de células neoplásicas ou agentes infecciosos. A biópsia pleural mostrou denso infiltrado inflamatório, sem neoplasia. A TC toraco-abdomino-pélvica revelou derrame e múltiplas lesões sólidas pleurais direitas bem como trombose do ramo descendente da artéria pulmonar esquerda. A PET scan marcou apenas as múltiplas lesões pleurais. Foi efectuada biópsia de massa pleural com identificação de mesotelioma maligno do tipo epitelióide. A evolução clínica foi fulminante, com evidência por TC de progressão dimensional e numérica das lesões pleurais direitas que se tornaram confluentes numa volumosa massa que condicionou desvio contralateral do mediastino. Sem possibilidade de intervenção cirúrgica ou quimioterapia, a doente veio a falecer dois meses após o início dos sintomas.

Discussão: Perante a ausência na anamnese dos factores de risco mencionados na introdução, o factor etiológico admitido como mais provável foi o de contacto ignorado com asbestos. Entre o contacto com estas fibras e o aparecimento do tumor observa-se um período de latência de 15 a 40 anos, o que pode explicar o contínuo aumento da incidência e prevalência de mesotelioma a nível mundial o qual se prevê que possa atingir um pico

no ano de 2020.

P760

1926 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA: A PONTA DE UM ICEBERG

Círia SOUSA, Daniela VIANA, Natália LOPES, Fernando SALVADOR, Paula VAZ MARQUES

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Os estados edematosos cursam com várias patologias, nomeadamente a insuficiência cardíaca, cirrose, síndrome nefrótica, e alterações do sistema venoso ou linfático.

O carcinoma epitelial do ovário constitui cerca de 70% dos carcinomas do ovário sendo a segunda causa mais comum de morte ginecológica em países desenvolvidos. A sintomatologia pouco específica é uma característica da sua apresentação. Nas formas agudas, habitualmente em estádios mais avançados, com derrame pleural, obstrução intestinal ou tromboembolismo venoso, enquanto nas formas sub-agudas, com sintomas pélvicos e abdominais, ou enquanto achado incidental de uma massa anexial. A apresentação com edema do membro inferior por trombose venosa não é incomum.

Apresentamos um caso clínico de uma doente de 64 anos, autónoma nas atividades de vida diária, com comorbilidades cardiovasculares (insuficiência cardíaca, fibrilhação auricular e hipertensão arterial), referenciada à consulta de medicina interna em outubro de 2018, após duas vindas ao serviço de urgência, interpretadas como episódios de insuficiência cardíaca descompensada. Na apresentação, edemas exuberantes dos membros inferiores, que motivaram quadro de progressiva perda da capacidade de deambulação num período de dois meses. Apresentava ortopneia com igual período de evolução, sem agravamento do padrão de dispneia ou dispneia paroxística nocturna. Analiticamente com hemoglobina 11.4mg/dl, leucócitos 9900, plaquetas 339000, sem alterações da função renal ou hepática, PCR 13mg/dL e Pro-BNP 1831pg/ml.

Admitida ao internamento para otimização do quadro congestivo e da terapêutica modificadora de prognóstico da insuficiência cardíaca, e exclusão de outras causas de edemas periféricos refratários à terapêutica diurética.

Evolução favorável com melhoria paulatina dos edemas periféricos, mas com assimetria dos membros e dor intensa associada. Foi realizada ecografia abdominal e ecodoppler do membro inferior, para exclusão de processo trombótico. Na ecografia foi encontrada volumosa massa quística complexa para-anexial, de dimensões 12.8x10cm e extensão vesical, altamente sugestiva de processo neofornativo. Posteriormente realizou

tomografia axial computadorizada que evidenciou extenso envolvimento da região pélvica e evidência de metastização pulmonar, hepática e óssea difusa. Doente discutida multidisciplinarmente, com confirmação já em regime de ambulatório de carcinoma do ovário. Foi admitida para iniciar quimioterapia no serviço de oncologia, com progressiva deterioração do estado geral e sem condições para iniciar tratamento, tendo vindo a falecer a 31.12.18.

O presente caso pretende refletir a importância de um estudo detalhado perante apresentações atípicas, ou muito graves, de patologias frequentes, como a insuficiência cardíaca. Os carcinomas do ovário apresentam cursos indolentes, sendo diagnosticados frequentemente em exames imagiológicos durante a investigação de outras patologias.

P761

630 UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

Joana Sousa Morais, Isabel Andrade Oliveira, Inês Burmester, Olga Pires, Maria João Regadas, Paulo Gouveia, Carlos Capela

Hospital de Braga

Introdução

Melanoma é a neoplasia maligna da pele mais grave, cuja incidência na última década tem vindo a aumentar. A maioria dos casos de melanoma malignos são diagnosticados num estadio inicial. No entanto, alguns doentes apresentam-se já com lesões metastáticas, e outros desenvolvem metástases após tratamento inicial, o que torna importante o seguimento apertado destes doentes.

Caso Clínico: Homem, 85 anos, com antecedentes de adenocarcinoma da próstata sob bloqueio hormonal e lesões pigmentadas, algumas excisadas em 2014, correspondendo a uma delas melanoma nodular. Recorre ao serviço de urgência por dor na anca direita e edema do membro inferior direito já com 2 meses de evolução, com agravamento nos últimos dez dias. Em exames complementares realizados, constatada lesão / massa no osso ilíaco direito e trombose venosa profunda do membro inferior direito, tendo sido interpretado como síndrome paraneoplásico em contexto de provável agravamento de neoplasia da próstata, pelo que foi internado aos cuidados da Urologia. Em internamento de Urologia, sem evidência de agravamento de neoplasia prostática e como tal realizada biopsia de lesão óssea, cujo resultado de anatomia patológica revelou metástases de Melanoma. Pedido PET que descreve lesão lítica do ilíaco direito, adenopatias pélvicas, abdominais, nódulos suprarrenais e pulmonares, que sugerem infiltração neoplásica maligna. Caso discutido em consulta de grupo multidisciplinar, onde foi decidida radioterapia paliativa de lesão do osso ilíaco,

que doente não chegou a cumprir por desfecho desfavorável.

Conclusão: Com este caso queremos mostrar a importância do seguimento a longo prazo do melanoma, já que se trata de uma neoplasia que geralmente têm um bom prognóstico se realizada excisão completa. No entanto, pode por vezes, recidivar e metastizar, sendo que nestas situações o prognóstico já varia muito. Logo um diagnóstico atempado é fundamental.

P762

1058 METASTIZAÇÃO CUTÂNEA MAMILAR E PÚBICA DE CARCINOMA DE CÉLULAS RENAIIS

Francisca Pulido Valente, Frederico Soares da Silva, Maria Inês Simões, Estela Ferrão, Maria José Grade, Helena Rita, Luísa Arez

Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio - Unidade de Portimão. Serviço de Medicina Interna

METASTIZAÇÃO CUTÂNEA MAMILAR E PÚBICA DE CARCINOMA DE CÉLULAS RENAIIS

Introdução

Doentes com carcinoma de células renais (CCR) desenvolvem metástases em 30% dos casos, principalmente por disseminação hematogénea, e mais frequentemente para os pulmões, fígado e osso, sendo a metastização cutânea um fenómeno muito raro, com incidência de 4-6%.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um doente masculino, 80 anos, submetido a nefrectomia esquerda por CCR em 2009, sob quimioterapia com sunitinib que se apresenta na actualidade com lesões cutâneas de agravamento rápido nas regiões areólo-mamilar e púbica à esquerda.

Ao exame objectivo realça-se cicatriz de nefrectomia no flanco esquerdo e massa dolorosa na mesma região, múltiplas lesões nodulares eritemato-violáceas friáveis e sangrantes na região areólo-mamilar e região púbica esquerdas. Edema assimétrico do membro inferior homolateral.

Efectuou análises em que se destaca Hb 10.7 g/dL com MCV 74 fL e TC Toráco-Abdomino-Pélvica com evidência de disseminação neoplásica na loca de nefrectomia, área nodular irregular retro-areolar com invasão do mamilo, formação nodular na região púbica subcutânea, múltiplos nódulos pulmonares e adenopatias mediastínicas, axilares, inguino-femorais compatíveis com metástases.

Realizada biópsia tipo - punch da lesão cutânea mamilar que revelou aspectos histológicos e imunohistoquímicos compatíveis com metástase cutânea de carcinoma papilar renal (positividade para Citoqueratina 7, Vimentina e CD 15 e negatividade para Citoqueratina 20, TTF-1 e Tireoglobulina).

Discussão: A destacar neste caso, a raridade do aparecimento da metastização cutânea 9 anos após nefrectomia por CCR, em doente sob quimioterapia com inibidor de tirosina-cinase, o que implica necessidade de follow-up de longa duração.

Uma vez que o prognóstico destes doentes é desfavorável, com sobrevivência inferior a 6 meses após surgimento das lesões, o seu reconhecimento clínico reveste-se de maior importância.

P763

1453 MESOTELIOMA PLEURAL - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sara Nicolau, Ivan Velez, Jesennia Mata, Vasco Gaspar, Manuela Grego, Luís Siopa
Hospital de Santarém

Introdução

O mesotelioma pleural é uma neoplasia rara, geralmente causada por exposição prévia a asbestos. Esta patologia é mais prevalente no sexo masculino e a partir da sexta década de vida. A dispneia e dor torácica constituem os principais sintomas de apresentação e cerca de 80% dos doentes apresentam derrame pleural associado.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino, com 84 anos de idade, ex-fumador (10UMA), sem história de exposição a asbestos e com antecedentes pessoais irrelevantes. Recorreu ao serviço de urgência por quadro, com cerca de cinco meses de evolução, caracterizado por dispneia, toracalgia, anorexia e perda ponderal de 10Kg. Ao exame objectivo o doente apresentava-se emagrecido, com SaO₂ 96% em ar ambiente e auscultação pulmonar com diminuição do murmúrio vesicular ao nível do hemitórax direito. Analiticamente sem alterações de relevo. Radiografia torácica revelou espessamento da pleura à direita. Realizou TC torácica, em regime de internamento, que evidenciou “espessamento pleural difuso, irregular e nodular da pleura parietal e cissural à direita condicionando ligeira perda de volume do pulmão homolateral e desvio homolateral do mediastino”. Doente foi submetido a biópsia transtorácica da pleura cujo exame anatomopatológico revelou mesotelioma epitelióide. Realizou igualmente TC abdominal-pelvica para estadiamento que não evidenciou alterações. O doente foi encaminhado para a consulta de pneumologia/oncologia tendo iniciado quimioterapia com pemetrexed. Apesar do tratamento, apresentou agravamento clínico progressivo tendo vindo a falecer 6 meses após a realização do diagnóstico.

Discussão: Os autores apresentam um caso atípico de mesotelioma pleural, em doente sem exposição prévia a asbestos e sem derrame pleural associado. Este caso ilustra a importância da visualização de

todas as estruturas na radiografia torácica, tendo o reconhecimento do espessamento pleural sido fundamental para orientar a marcha diagnóstica. Esta é uma patologia agressiva, com tratamento raramente curativo e prognóstico reservado, apresentando uma sobrevida média de 8 a 14 meses após a realização do diagnóstico.

P764

2188 CASO CLÍNICO: UMA FORMA GRAVE DE APRESENTAÇÃO DE MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTRÖM

Camila Carvalho de Oliveira¹, Inês Manuel Gonçalves¹, Laura Costa¹, Filipa Santos Pinho¹, Joana Fonte¹, Herlander Marques², Francisco Nunes¹, Luísa Pinto¹, Carlos Capela¹

¹Serviço de Medicina Interna do Hospital de Braga,
²Serviço de Oncologia Médica do Hospital de Braga

A Macroglobulinemia de Waldenström (MW) é um tipo de linfoma linfoplasmocítico de células B. Entidade rara, é mais frequente em idosos, tendo habitualmente uma apresentação indolente e inespecífica, podendo mesmo ser assintomática. Os elevados níveis de imunoglobulina (Ig) M e a invasão medular linfoplasmocítica são achados característicos, assim como a hiperviscosidade plasmática que se pode evidenciar com cefaleias ou alterações visuais. Pode ainda manifestar-se como uma emergência oncológica. Atualmente, apesar de não existir cura, há várias opções terapêuticas disponíveis o que veio modificar a orientação e o prognóstico destes doentes. **Caso clínico:** homem de 62 anos, admitido por cefaleia pulsátil intensa com fotofobia com dez dias de evolução. Associadamente com episódio de síncope, tonturas, astenia e anorexia. De referir ainda perda ponderal não quantificada e náuseas no último mês. Sem queixas respiratórias, urinárias ou gastro-intestinais. Negou toracalgia ou palpitações assim como febre, hipersudorese ou perdas hemáticas visíveis. Sem surgimento de adenopatias ou rash cutâneo. Fumador ativo até 8 dias antes (40 Unidades Maço Ano), sem outros antecedentes patológicos relevantes. No exame objetivo salienta-se petéquias na mucosa oral e no terço inferior de ambas as pernas, Sem hepato-esplenomegalia ou adenomegalias palpáveis em qualquer área ganglionar. Analiticamente, apresentava hemoglobina 3.1g/dL e plaquetas <10x10⁹/L, sem leucopenia e com fórmula leucocitária normal. Proteína C Reativa foi de 49.9mg/L, desidrogenase láctica (LDH) de 118UI/L. Realizou Tomografia Computorizada (TC) cerebral que revelou enfartes lacunares na corona radiata esquerda. A TC-abdominal revelou fígado com aspeto globoso e dimensões levemente aumentadas. Ficou internado por bicitopenia grave para estudo, com melhoria da sintomatologia após suporte transfusional. Do estudo realizado, a eletroforese de proteínas revelou pico de base

estreita na região gama, com Albumina 0.5g/dL, IgM 1470 mg/dL e B2 microglobulina 3322ng/mL. Mielograma com infiltração por 87% de linfócitos e detecção de variante c.794T>C no exão 5 do gene MYD88 pelo que se assumiu o diagnóstico de Macroglobulinemia de Waldenström e iniciou terapêutica com rituximab. A MW é uma entidade com múltiplas apresentações clínicas que requer alta suspeição clínica. Pode manifestar-se indolentemente ou surgir como formas mais graves e com pior prognóstico. O Internista deve estar alerta para estas diferentes apresentações que exigem frequentemente uma abordagem multidisciplinar.

P765

380 UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE NEOPLASIA PULMONAR

Ana Bravo, Cláudia Neves, Daniela Carneiro, Inês Urmal, Miguel Valente, Helena Estrada

Serviço de Medicina 2.1 - Hospital Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar Lisboa Central

A neoplasia do pulmão é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em Portugal. Habitualmente é diagnosticada numa fase tardia, localmente avançada ou com metástases, uma vez que na fase inicial praticamente não apresenta sintomas. Cerca de 15 a 30% dos doentes apresenta metástase óssea, principalmente a nível vertebral, o que aumenta o risco de compressão medular. Esta pode traduzir-se por dor de costas ou lombalgia, fraqueza muscular, défices sensitivos e incontinência de esfíncteres, sendo uma das complicações mais incapacitantes. A compressão medular metastática secundária a neoplasia do pulmão tem pior prognóstico do que a associada a outros tumores sólidos.

Apresenta-se o caso de um homem de 63 anos, fumador, com antecedentes de epilepsia e aneurisma fusiforme da artéria vertebral direita (a aguardar cirurgia). Cerca de 5 meses antes do internamento inicia queixas álgicas a nível da omoplata esquerda com irradiação para a região dorsal e membro superior homolateral. Observado e medicado diversas vezes em contexto de Urgência, tendo sido sempre admitida dor de origem músculo-esquelética. Somam-se diminuição da força muscular e parestesias nos membros inferiores com progressão ascendente, com compromisso da marcha e desequilíbrio com uma semana de evolução. À observação apresenta paraparesia com força muscular grau 1, nível de sensibilidade em D5-D6 e hiperreflexia osteotendinosa mais evidente à esquerda. Realizou RMN da coluna que mostrou volumosa lesão infiltrativa a envolver vértebras D1-D3 com compressão medular, com extensão perivertebral, pleural e pulmão adjacente, sugerindo etiologia neoplásica de eventual ponto de partida pulmonar. Sem indicação para descompressão cirúrgica, iniciou corticoterapia e radioterapia sem

melhoria, mantendo paraparesia até nível D4-D6 e hipostesia. A biópsia da lesão paravertebral confirmou o diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão. O quadro clínico evoluiu com choque séptico de ponto de partida respiratório e queixas álgicas não controladas com necessidade de escalar terapêutica analgésica, tendo o doente vindo a falecer.

Os autores pretendem realçar a apresentação inicial atípica e rara de neoplasia pulmonar, que condicionou o atraso no diagnóstico e abordagem terapêutica. O desenvolvimento de compressão medular metastática acarreta grave compromisso funcional e tem um profundo impacto na qualidade de vida do doente.

P766

631 LIPOSSARCOMA MIXOIDE DE CÉLULAS REDONDAS. UMA APRESENTAÇÃO RARA DE UM SARCOMA COMUM

Jorge Rodrigues, Rosa Cardoso, Margarida Monteiro, Manuela Vasconcelos, Carlos Capela

Serviço de Medicina Interna, Hospital de Braga

Introdução

Os lipossarcomas são os sarcomas mais comuns no adulto, sendo responsáveis por cerca de 20% das neoplasias mesenquimais, existindo uma variabilidade considerável no comportamento tumoral, desde lipossarcomas bem-diferenciados de baixo-grau e lipossarcomas mixoides, a lipossarcomas pleomórficos de células redondas de alto grau.

Caso Clínico: Doente de 83 anos, parcialmente dependente, com antecedentes médicos de artrite reumatóide, hipertensão arterial e bócio multinodular, recorre ao serviço de urgência por clínica de vômitos, dor abdominal persistente no hipocôndrio direito e mal-estar generalizado com vários dias de evolução. No exame físico, apresentava abdómen mole e depressível, com tumefação volumosa e dura no hipocôndrio direito, com dor à palpação. Restante exame físico sem alterações a valorizar. Neste contexto, realizada tomografia abdomino-pélvica, na qual foi identificado espessamento parietal do segmento ascendente do cólon, com uma extensão longitudinal de 10cm, com aspeto estenosante mas sem sinais de oclusão, acompanhada de volumoso crescimento de massa neoformativa para além da serosa, com aspeto heterogéneo, extraluminal, com cerca de 7,5 cm de maior eixo, contactando com o peritонеu, com o polo renal inferior direito e com o lobo direito do fígado, sem outras alterações de relevo. É orientada para consulta de Cirurgia Geral, tendo em vista estudo de processo neoformativo sugestivo de neoplasia do cólon ascendente, realizando colonoscopia total, sem identificação de lesões intraluminais. Neste contexto, é admitida ao

internamento do serviço de Medicina Interna para prosseguir estudo da tumefação neoformativa, sendo realizada biópsia transcutânea ecoguiada. O estudo anatomopatológico realizado revelou retalhos de neoplasia constituídos por lipoblastos e células de núcleo redondo e hipercromático e de citoplasma escasso, dispostos no seio de estroma mixoide, sendo os achados sugestivos de lipossarcoma mixóide/de células redondas. Após discussão em grupo oncológico, é referenciada a centro de referência de sarcomas, mantendo internamento na Medicina Interna até à decisão da orientação clínica. Durante o internamento apresentou agravamento clínico e insuficiência respiratória aguda súbita, sendo realizada angiografia torácica para estudo de eventual tromboembolismo pulmonar, sendo alargados os planos de estudo ao abdómen, verificando-se a duplicação do volume da massa tumoral para 13,5cm, num intervalo de cerca de 20 dias. Manteve agravamento clínico progressivo, acabando por falecer durante o episódio de internamento.

Discussão: O lipossarcoma mixoide e de células redondas representa uma variante do lipossarcoma, caracterizado por um contínuo morfológico no qual o tumor progride de áreas mixoides de baixo grau a áreas com células redondas ou hipercelulares de alto grau. A presença de componente de células redondas nos lipossarcoma condiciona um pior prognóstico clínico quando comparado com as lesões puramente mixoides.

P767

724 HISTOLOGIA INESPERADA NA INVESTIGAÇÃO DE NEOPLASIA OCULTA

Nuno Reis Carreira; Catarina de Sousa Gonçalves, Marisa Teixeira Silva, Rui Victorino

SERVIÇO DE MEDICINA 2, SECTOR B, HOSPITAL DE SANTA MARIA, CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE, LISBOA, PORTUGAL

INTRODUÇÃO

As neoplasias ocultas correspondem a 3-5% dos diagnósticos de cancro e representam um factor de mau prognóstico, com mortalidade precoce em 80-85% dos casos; 90% dos casos são adenocarcinomas. Pelo seu carácter oculto, o seu diagnóstico é desafiante.

CASO CLÍNICO

Mulher de 67 anos. Sem antecedentes a destacar. Admitida por perda ponderal de cerca de 27kg (>20% do peso corporal), náuseas, vômitos, dor abdominal, distensão abdominal e sub-oclusão desde há 9 meses. Havia realizado mamografia, endoscopia digestiva alta (EDA), colonoscopia, ecografia abdominal e TC-abdominal em ambulatório, sem quaisquer alterações. Ecografia ginecológica, 1 semana antes da admissão: evidência de ascite e endométrio espessado.

Observação na admissão: abdómen globoso e ascite, sem massas palpáveis. Laboratorialmente com anemia microcítica, normocrómica, metabolismo de ferro de doença crónica e hipoproteinémia com hipoalbuminémia. Radiografia de abdómen com níveis hidro-aéreos ao nível do delgado. Do estudo complementar: Paracentese diagnóstica: ascite exsudativa, negativa para células neoplásicas. Citologia do colo do útero sem alterações. EDA sem alterações. TC-corpo: ascite, sem lesões ao nível do tubo digestivo; útero com área central irregular mais hipocogénica; provável lesão tumoral do ovário esquerdo em contiguidade com o útero. Perante estes achados, discutido caso com cirurgia geral e ginecologia-obstetrícia, tendo-se decidido intervenção cirúrgica, tendo sido submetida a histerectomia, anexectomia total, omentectomia e colectomia total com ileostomia. No bloco verificou-se invasão tumoral do grande epiploon, na extensão do ileon e cólon, carcinomatose peritoneal e útero de consistência pétrea. A doente viria a falecer por complicações decorrentes do pós-operatório imediato. A histologia das peças operatórias revelaria adenocarcinoma primitivo do eixo bilio-pancreático nas peças do tubo digestivo e epiploon, com metastização desse adenocarcinoma aos ovários e útero.

DISCUSSÃO

Neste trabalho descreve-se a dificuldade encontrada na investigação de uma neoplasia oculta. O estudo efectuado era indicativo de neoplasia ginecológica, contudo a histologia viria a revelar tratar-se de um caso de tumor de Krukenberg, com origem no eixo bilio-pancreático. Os tumores de Krukenberg correspondem a metástases em localização ovárica, habitualmente bilaterais, cujo tumor primário está habitualmente localizado no tracto gastro-intestinal, sendo o mais frequente o tumor gástrico, podendo também ter como origem tumor da mama. Podem ser assintomáticos, mas também manifestar-se com dor abdominal e pélvica e ascite. É fulcral a realização de uma meticolosa marcha diagnóstica de uma situação clínica normalmente associada a mau prognóstico, com tempo médio de sobrevida estimado em 14 meses após o diagnóstico.

P768

1041 PNEUMONIA NECROTIZANTE POR FÍSTULA ESÓFAGO-PULMONAR

Mariana Fidalgo, Marta Bastos

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho

INTRODUÇÃO

No adulto, a maioria das fistulas entre o esófago e estruturas pulmonares é adquirida e surge em contexto neoplásico. É uma complicação rara, ocorrendo em <15% doentes com neoplasia esofágica e 1% doentes com carcinoma broncogénico. A sintomatologia pode surgir de

forma abrupta ou indolente, dependendo da localização e tamanho da fístula (mais repentino e precoce quanto maior e mais proximal).

CASO CLÍNICO

Homem de 56 anos recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de dispneia com um dia de evolução; sem agravamento do padrão habitual de tosse e expetoração, sem febre ou outras queixas.

Encontrava-se em tratamento de neoplasias síncronas – carcinoma epidermóide da hipofaringe e carcinoma epidermóide do esófago, apresentando caquexia marcada e disfagia global, com necessidade de colocação de PEG que não utilizava por preferir a via oral. Estava a realizar radioterapia radical dirigida ao esófago; não candidato a esquemas adicionais de quimioterapia. TC torácico (mês anterior): espessamento parietal concêntrico do esófago torácico; extensão longitudinal 6.2cm e espessura parietal 1.6cm - processo neoformativo primário de carácter estenosante.

Exame físico: normotenso (138/82mmHg), normocárdico (80bpm) e apirético; polipneico, com saturação periférica 74%. Auscultação cardíaca sem alterações; auscultação pulmonar com hipofonese marcada no hemicampo superior direito e crepitações inspiratórias na metade inferior. Gasimetria de sangue arterial a confirmar hipoxemia grave (pO₂ 41.3). Analiticamente: hemoglobina 9g/dL e elevação de PCR (219.5mg/L), sem leucocitose. Radiografia de tórax: infiltrados algodonosos dispersos no hemitórax direito, com imagem sugestiva de cavitação no lobo superior (imagem 1).

Por imagem pulmonar sugestiva de tuberculose em doente imunodeprimido e com caquexia marcada, colheu expetoração para micobacteriológico e fez TC de tórax (imagem 2) – pulmão direito: extensa cavitação no lobo superior e múltiplas consolidações nodulariformes dispersas de conotação infecciosa; solução de continuidade esófago-pulmonar no terço médio do esófago, sugestiva de processo erosivo em contexto de neoformação.

Doente discutido em equipa multidisciplinar, que considerou não haver reserva fisiológica para medidas invasivas. Foi colhido rastreio séptico e instituída terapêutica empírica com piperacilina/tazobactam e oxigenoterapia com máscara de alto débito. O doente faleceu ao 3º dia de internamento por insuficiência respiratória secundária a pneumonia necrotizante direita.

DISCUSSÃO

Apesar de raras, as soluções patológicas de continuidade entre o esófago e estruturas pulmonares apresentam morbimortalidade significativa. Pela sua raridade e inespecificidade dos sintomas, o diagnóstico é frequentemente tardio.

O encerramento espontâneo destas lesões é raro e sem tratamento o prognóstico é mau e a sobrevida curta. A abordagem deve ser multidisciplinar, embora nos casos de neoplasia a intervenção tenha intuito maioritariamente paliativo.

P769

1098 DESAFIO DIAGNÓSTICO DA NEOPLASIA COM PRIMÁRIO OCULTO

José Brito da Silva; Carlos Ochoa Leite; Adriana Soares; Sofia Moreira-Silva

ULSM - Hospital Pedro Hispano

Introdução

As neoplasias de local primário oculto (CUP's) representam 3 a 5% de todas as neoplasias. As CUP são por definição neoplasias metastáticas, com grande variabilidade de apresentação e mau prognóstico na maioria dos casos (sobrevida mediana de 6 a 9 meses). Mesmo após extensa investigação, o local anatómico primário é identificado em menos de 30% dos casos. No entanto, uma abordagem diagnóstica apropriada pode ajudar a identificar subgrupos de doentes que responderiam melhor à quimioterapia ou mesmo que beneficiariam de terapêutica dirigida.

Caso clínico: Doente de 74 anos, recorre ao Serviço de Urgência por síndrome constitucional (perda ponderal de 4kg e anorexia) associado a parestesias nadeagueiras com 15 dias de evolução e de agravamento progressivo. Por elevação das transaminases é realizado exame de imagem que revela lesões hepáticas sugestivas de etiologia secundária, sendo internado para estudo. Em D2 de internamento apresenta retenção urinária, que se associa a febre, elevação de parâmetros inflamatórios e subida discreta de PSA, tendo sido interpretada como prostatite aguda e iniciada antibiótica. Realizou ressonância magnética lombo-sagrada, que mostrou múltiplas alterações sugestivas de infiltração óssea difusa por patologia tumoral, provavelmente metastática, também com componentes teciduais envolvidos. Associado ao quadro de lombociatalgias e retenção urinária, desenvolve incontinência fecal e tem episódio de dor intensa e incapacitante no membro inferior direito; por suspeita de síndrome da cauda equina, é proposto e aceite para radioterapia emergente. Continua estudo etiológico com endoscopia alta, baixa, mamografia, tomografia torácica e ecografia prostática, sem identificação de neoplasia primária. As lesões hepáticas foram biopsadas, com um primeiro resultado de carcinoma, mas sem definição de primário. Realizada segunda biópsia a sugerir carcinoma com possível primário hepato-biliar. É pedido doseamento de alfa-fetoproteína, que vem francamente elevado. Decide-se, em reunião com Oncologia Médica, realização de PET (Tomografia de Emissão de Positrões). No dia anterior ao exame, com clínica de infecção respiratória. PET a mostrar

hipercaptação de FGD no pulmão direito, fígado e coluna vertebral. É feito diagnóstico de Pneumonia A Influenza A com sobreinfecção bacteriana, acabando por falecer deste evento.

Discussão: Este caso traduz a complexidade inerente ao estudo diagnóstico das neoplasias com primário oculto. Permite, ao mesmo tempo, ressaltar dois alertas importantes: 1) a limitação dos exames diagnósticos disponíveis à data e os seus falsos positivos; 2) a relevância da infecção nosocomial na morbimortalidade dos doentes internados.

P770

1216 UM PASSADO NA LUSALITE

Inês Goulart, Inês Nogueira da Fonseca, Ana Teresa Pina, Tiago Petrucci, Laura Pereira, Manuel Ferreira Gomes, Paulo Cantiga Duarte, José Luís Ducla Soares

Serviço de Medicina I, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

O mesotelioma é um tipo de neoplasia do mesotélio, cuja localização mais frequente é a pleura. A maior parte dos casos está relacionada com exposição pregressa a asbestos, ocorrendo com maior frequência após os 50 anos de idade, afetando mais os homens e apresentando-se como derrame pleural em cerca de 80% dos casos.

Os autores apresentam o caso de um homem de 86 anos, que viveu e foi ex-trabalhador da Lusalite (fábrica de amianto), com antecedentes de internamento no mês anterior por derrame pleural esquerdo com características de exsudado e insuficiência respiratória parcial. Na altura, submetido a toracocentese (saída de 1.6L) com alívio sintomático e cujos resultados bacteriológico e Ziehl-Neelsen foram negativos, e o anatomopatológico sem evidência de células neoplásicas. Realizou ainda TC corpo, que destacou ligeiro espessamento pleural bilateral, mais marcado à esquerda, difuso e irregular, e com múltiplas calcificações bilaterais, volumoso derrame pleural à esquerda, com insinuação na cissura com atelectasia parcial do lobo inferior esquerdo e pequenos nódulos apicais à direita, sem adenopatias patológicas. Teve alta encaminhado para consulta de Pneumologia. Recorreu ao SU 1 mês depois por quadro de dispneia para pequenos esforços e ortopneia, com 1 semana de evolução e de agravamento progressivo, anorexia e perda ponderal de 4Kg em cerca de 1 mês. Sem quadro de insuficiência respiratória e sem elevação dos parâmetros inflamatórios. Radiografia de tórax com nova evidência de derrame pleural nos 2/3 inferiores do hemitórax esquerdo, submetido a toracocentese diagnóstica e evacuadora (saída 1.5L compatível com exsudado) cujo resultado anatomopatológico do líquido foi positivo para células neoplásicas e a biópsia pleural compatível com mesotelioma maligno epitelióide. O doente teve posteriormente

alta orientado para a consulta de Pneumologia Oncológica, sendo que em reunião multidisciplinar foi decidido iniciar quimioterapia por ausência de condições clínicas para intervenção cirúrgica. Após efetuados 5 ciclos de pemetrexed e carboplatina com melhoria imagiológica do mesotelioma, no entanto o doente veio posteriormente a falecer em contexto de colite isquêmica.

O caso realça a importância de uma marcha de diagnóstico adequada em casos de derrame pleurais recidivantes. A história de exposição a amianto pode, muitas vezes, não ser facilmente identificada, havendo frequentemente intervalos de 20 a 40 anos entre a exposição e o aparecimento da doença. Nestes casos o prognóstico acaba por ser desfavorável e o tratamento apenas sintomático, podendo-se optar por pleurodese, quimioterapia ou radioterapia.

P771

1297 TUMOR NEUROENDÓCRINO DE PRIMÁRIO OCULTO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Arsénio Barbosa, Miguel Relvas, António Vieira-Lopes, Jorge Almeida

Centro Hospitalar São João

Introdução

As neoplasias neuroendócrinas de primário oculto são relativamente incomuns, correspondendo a cerca de 10% de todos os tumores neuroendócrinos. A sua classificação histológica (bem diferenciados ou mal diferenciados/alto grau) tem implicações terapêuticas.

Caso clínico: Apresenta-se o caso clínico de um homem de 69 anos, com história relevante de cardiopatia isquémica revascularizada percutaneamente, que recorreu ao serviço de urgência por quadro de cansaço, fadigabilidade fácil e anorexia, associada a dor epigástrica com irradiação dorsal, com cerca de duas semanas de evolução. À admissão, apresentava-se anictérico, hemodinamicamente estável, com subida das transaminases para valores duas vezes superior ao limite superior do normal e ecografia abdominal com fígado com múltiplas lesões sugestivas de lesões secundárias, tendo ficado interno no Serviço de Medicina Interna para estudo.

No internamento, para identificação de tumor primário foi pedido TC cervico-toraco-abdomino-pelvico que mostrou, para além de metastização hepática, metastização ganglionar, suprarrenal e óssea (úmero direito). Foi realizado estudo endoscópico alto e baixo que não revelou massas ou outras alterações.

Prosseguiu-se o estudo com a realização de biópsia de uma lesão hepática com 2 cm com a colaboração da Radiologia de Intervenção. O exame anatomo-

patológico não permitiu identificar o tumor primário mas classificou o tumor como de alto grau. O caso foi apresentado em reunião de Grupo Oncológico, tendo-se decidido iniciar quimioterapia com intenção paliativa com octreotídeo. O doente faleceu 3 semanas após o diagnóstico pela progressão da doença.

Discussão: Este caso pretende demonstrar a invulgaridade do diagnóstico de um tumor neuroendócrino de primário oculto, com a investigação etiológica a que obriga, a sua classificação histológica e a necessidade de início de terapêutica adequada.

P772

1381 UMA RARA APRESENTAÇÃO DE NEOPLASIA

Tatiana Gonçalves, Filipe Vilão, Ana Linda Borges, Lélita Santos, Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Serviço de Medicina Interna A

Introdução

O cancro do pulmão é a neoplasia mais frequente no mundo e a que tem maior taxa de mortalidade. A metastização por neoplasia pulmonar pode ocorrer em quase todos os órgãos, sendo as localizações mais frequentes o fígado, supra-renais e esqueleto. A metastização cutânea e subcutânea é rara (1,3% a 7,9%), associando-se a estadiamento avançado e consequentemente pior prognóstico.

Descrição

Homem de 55 anos, internado no Serviço de Medicina Interna por náuseas, vômitos incoercíveis e diarreia com um mês de evolução. Fumador 40 UMA, sem outros antecedentes de relevo. À admissão apresentava-se emagrecido, desidratado e com adenopatias duro-elásticas inguinais bilateralmente. Dos exames realizados destaca-se E. Coli produtora de shiga toxina, ecografia abdominal e TC abdominal a revelar múltiplas adenopatias. Após curso de antibioterapia francamente melhorado. Teve alta para consulta externa com pedido de PET-FDG que revelou metastização pulmonar, ganglionar, supra-renal, óssea, muscular, cutânea/subcutânea motivo pelo qual foi re-internado. Ao exame objectivo apresentava de novo massa duro-elástica no recesso anterior da articulação da articulação do ombro. Dos novos exames realizados neste internamento destaca-se TC-CE que mostrou metastização cerebral e TC-torácica com lesão sugestiva de tumor primitivo no pulmão direito com extensão à pleura. Fez biópsia ganglionar que confirmou adenocarcinoma primário do pulmão. Iniciou radioterapia paliativa. Apresentou agravamento clínico progressivo tendo vindo a falecer ao fim de 3 meses após o diagnóstico.

CONCLUSÃO:

Trata-se de um caso de adenocarcinoma plurimetastizado com envolvimento cutâneo. Os autores julgam pertinente o relato deste caso dado a sua rara e complexa apresentação.

P773

1413 EXUBERANTE ENVOLVIMENTO ADENOPÁTICO COMO FATOR DE CONFUNDIMENTO DIAGNÓSTICO

Maria João Gomes, Inês Bargiela, Ana Sofia Ventura
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

O aumento da incidência das doenças oncológicas está intimamente relacionado com o envelhecimento da população e com a modificação dos estilos de vida. Segundo a Cancer Research UK, a incidência de cancro, em 2018, foi de 17 milhões de casos/ano em todo o mundo com uma mortalidade associada de 9,6 milhões de pessoas, liderada pelos tumores do pulmão, fígado, gástrico e intestino e estando o consumo tabágico implicado em 33% dos casos. Em Portugal, a DGS mostra no ano de 2010 uma realidade similar com uma incidência de 330 novos casos e mortalidade de 152,2 casos por cada 100.000 habitantes, com os tumores da traqueia, brônquios e pulmão a assumir a quarta posição. O aumento de 15% na incidência deste último, no género feminino, associa-se a um consumo tabágico crescente nos últimos anos. A patologia oncológica é singular na forma como se desenvolve, na terapêutica e na resposta ao tratamento, na tolerância individual e no prognóstico, mas sobretudo na sua forma de apresentação.

As autoras apresentam o caso de uma doente de 45 anos, fumadora com um quadro com 2 anos de evolução de suores noturnos e no último mês com uma perda ponderal de 20% e aparecimento de edema e tumefação cervical exuberante acompanhado de empastamento torácico anterior e axilar à direita. No internamento, a avaliação analítica revelou, de relevante, elevação da velocidade de sedimentação (48mm3/h) e ecografia cervical que exibiu conglomerados adenopáticos cervicais bilaterais e supra-claviculares à direita. A tomografia computadorizada cervico-toraco-abdomino-pélvica mostrou também extensão ao mediastino inferior com envolvimento hilar bilateral com moldagem do brônquio esquerdo, sem plano de clivagem e envolvendo circunferencialmente a aorta e troncos supra-aórticos, com moldagem da veia cava superior, nódulo irregular de 13mm no lobo inferior esquerdo e adenopatias necrosadas do tronco celíaco, mesentéricas e retroperitoneais. Realizou biópsia ganglionar excisional axilar cuja histologia revelou metástase de adenocarcinoma pouco diferenciado de origem inespecífica, com pesquisa de bacilo ácido-álcool resistente por método de PCR negativa. Por agravamento clínico com dispneia e dessaturação foi transferida

para a Unidade de Cuidados Intensivos para maior vigilância. Foi assumido o diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão estadio IV com extensa metastização ganglionar supra e infra-diaphragmática e após estabilidade clínica regressou ao serviço de Medicina, onde iniciou terapêutica citostática.

O diagnóstico diferencial de linfadenopatias, em idade jovem, constitui um desafio importante pela multiplicidade de entidades clínicas associadas, na sua maioria com apresentação clínica muito semelhante e por vezes atípica e indolente, assumindo especial interesse neste caso a exuberância do envolvimento ganglionar. Impera portanto a necessidade de uma marcha diagnóstica célere, considerando a elevada morbimortalidade inerente à maioria das patologias com este tipo de apresentação.

P774

1494 SARCOMA - UMA FORMA RARA DE APRESENTAÇÃO

Henrique Elvas, Telmo Coelho, Paula Ferreira, Manuela Sequeira

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia - Medicina Interna

Introdução:

A presença de doença metastática no momento do diagnóstico inicial de sarcoma é rara, sendo mais provável em sarcomas de grandes dimensões, profundos, de alto grau e com histologias específicas.

A incidência de metástases na altura do diagnóstico é cerca de 10% e a sua localização mais comum é o pulmão. O risco de metástases pulmonares aumenta com o grau de diferenciação histológica do tumor.

Caso Clínico:

Doente do sexo feminino, de 55 anos e sem antecedentes pessoais de relevo, apresentava-se com quadro de dor localizada à anca direita progressivamente mais intensa e incapacitante, com cerca de 9 meses de evolução. Tinha já realizado estudo radiológico prévio que não demonstrava alterações relevantes. Associadamente, uma perda ponderal de cerca de 7kg em 2 meses e dispneia de agravamento progressivo, motivo pelo qual recorreu ao serviço de urgência.

Ao exame objetivo: polipneica com diminuição global do murmúrio vesicular.

O estudo realizado revelou elevação de marcadores inflamatórios; a gasometria arterial insuficiência respiratória tipo 1 grave; a radiografia de tórax múltiplas hipotransparências nodulares bilaterais; a tomografia computadorizada (TC) do tórax presença de incontáveis lesões nodulares dispersas por ambos os pulmões (a maior no ápex esquerdo

com 5cm de diâmetro), em provável contexto de metastização difusa.

TC abdomino-pélvico que revelou formação nodular hipodensa no fígado, com 43 mm de diâmetro (provável natureza secundária) e volumosa massa a envolver o íliaco direito (com cerca de 150mm de diâmetro), heterogénea, com áreas de provável necrose a condicionar efeito de massa sobre as estruturas adjacentes.

Foi realizada biópsia da massa ilíaca e de lesão pulmonar, ecoguiadas, tendo sido confirmado o diagnóstico histológico de sarcoma de alto grau.

Atendendo ao contexto clínico da doença de base, a evidência de falência multiorgânica de muito difícil gestão e a má resposta às medidas instituídas, foram privilegiadas as medidas paliativas e optimização de medidas de conforto, tendo vindo a falecer por complicações dos problemas supracitados.

Discussão:

Apresenta-se o caso clínico pela raridade da sua apresentação e para salientar a importância da anamnese no diagnóstico em fases mais precoces. Frequentemente não é possível distinguir os diferentes tipos de dor e mais do que um tipo pode coexistir. Esta é uma experiência subjetiva e deve ser caracterizada minuciosamente. É necessário descrever a qualidade, intensidade, localização, irradiação, fatores provocantes ou aliviadores, bem como a resistência a analgésicos, o horário e o grau de incapacidade que provoca. Uma vez que a patologia osteoarticular degenerativa é extremamente frequente, esta caracterização é fundamental para identificar sinais de alarme, e evitar atrasos no diagnóstico.

P775

1497 DOIS TUMORES SÍNCRONOS... UM GRANDE DESAFIO DIAGNÓSTICO

Inês Marques, Elvis Guevara, Bianca Vaz, Rita Nortadas, Ana Oliveira Gomes, Letícia Santos

Hospital Garcia de Orta

Introdução

A primeira descrição de tumores primários múltiplos foi feita em 1889 mas apenas em 1932 foi publicado o primeiro caso na literatura. Com o aumento da longevidade, aumentaram os casos de tumores metácronos (múltiplos tumores primários diagnosticados com um intervalo superior a 6 meses) mas os casos de tumores síncronos (intervalo do diagnóstico inferior a 6 meses) são muito menos comuns. Caso clínico: Descreve-se o caso de um homem de 63 anos, autónomo, com hábitos tabágicos activos e sem outros antecedentes pessoais. Referia quadro de aumento do volume abdominal com 2 semanas de evolução, tendo realizado ecografia abdominal em

ambulatorio que mostrava ascite peri-hepática e peri-esplénica. Foi internado para esclarecimento do quadro clínico. Da avaliação analítica da admissão destacava-se apenas discreto aumento dos parâmetros inflamatórios. As serologias para vírus hepatotróficos foram negativas. Realizou tomografia computadorizada abdomino-pélvica que mostrou marcada dilatação do ureter esquerdo, próstata heterogênea marcadamente aumentada e espessamento da parede posterior da bexiga. Realizou cistoscopia e ecografia prostática trans-rectal, sem lesões endoluminais, tendo sido colhida biópsia prostática. A ressonância magnética abdomino-pélvica apontou extensa lesão neoformativa da próstata. Nas duas semanas seguintes, evoluiu com franco aumento do volume da ascite e deterioração galopante do estado geral, com náuseas e vômitos refractários a terapêutica anti-emética, anorexia e perda ponderal de cerca de 12Kg. Procedeu-se a paracentese diagnóstica, cuja avaliação foi compatível com exsudado, com elevada contagem celular mas negativa para células neoplásicas e com exame cultural negativo. A biópsia revelou adenocarcinoma prostático. Pela evolução fulminante do síndrome constitucional incoerente com o diagnóstico histológico obtido, na terceira semana de internamento optou-se por realizar tomografia por emissão de positrões que foi compatível com lesão primária do pâncreas com metastização hepática e peritoneal. O doente faleceu uma semana depois deste resultado. Discussão: A ocorrência de tumores primários múltiplos é pouco frequente e pode ser facilmente confundida como um tumor único com metastização. Revendo a literatura, são escassos os casos publicados de tumores síncronos do pâncreas e da próstata.

P776

1092 TUMOR DO SEIO PIRIFORME

Carina Ramalho, Mariana Almeida, João Gramaça, Carolina Trábullo, Silvia Rodrigues, Fátima Campante
Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Introdução

Os seios piriformes são a região da hipofaringe mais afetada por tumores, sendo bastante agressivos pela presença de um plexo linfático muito rico. Os principais fatores de risco são os hábitos alcoólicos e tabágicos e a incidência é maior no sexo masculino. Geralmente, estes doentes recorrem ao médico por disfagia, dor ou adenopatias. O prognóstico é mau, uma vez que a maioria apresenta doença avançada na altura do diagnóstico.

Caso Clínico: Homem de 59 anos com antecedentes de HTA não medicada, hábitos tabágicos e hábitos alcoólicos. Internado de forma eletiva a partir da consulta de Medicina Interna para investigação etiológica de tumefação pétreia cervical à direita com 3 meses de evolução. Realizou TC-cervical que mostrou uma volumosa massa (10cmx6cmx7cm),

abaixo do nível da parótida direita, necrótica com envolvimento ganglionar. Para estadiamento, realizou TC-Toracoabdominopélvica onde se observaram lesões secundárias no parênquima pulmonar. O doente foi enviado ao IPO para observação pela Cirurgia de Cabeça e Pescoço e ORL que concluíram através de nasolaringoscopia tratar-se de um tumor extenso do seio piriforme direito com infiltração da laringe, condicionando obstrução completa do lúmen glótico. Nesta altura, por apresentar sinais de dificuldade respiratória o doente acaba por ser traqueostomizado de urgência. De volta ao CHBM, foi realizada punção aspirativa da massa cervical, cuja anatomia patológica revelou "Infiltração por carcinoma pavimentocelular G2". O caso foi discutido em Reunião Multidisciplinar e o doente foi encaminhado para consulta de Oncologia.

Discussão: Neste caso clínico temos um doente com cerca de 59 anos, com factores de risco para neoplasia da hipofaringe por apresentar hábitos alcoólicos e tabágicos. Tal como é mais frequente neste tipo de neoplasias, o doente apresentou-se em consulta já numa fase bastante avançada de doença, nomeadamente com metastização pulmonar, o que prejudica gravemente o seu prognóstico.

P777

1793 LESÃO PULMONAR CAVITADA E HEMOPTISES: UMA RELAÇÃO POTENCIALMENTE FATAL

Marina Mendes, Francisco Pombo, António Caiado, Pedro Lopes, Mari Mesquita

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Introdução

Várias patologias podem apresentar-se com lesões pulmonares cavitadas, nomeadamente infeções agudas e crónicas, doenças sistémicas crónicas e doenças malignas. A invasão vascular, por estas lesões, associa-se frequentemente ao aparecimento de hemoptises e a pior prognóstico.

Caso clínico: Descrevemos o caso de um homem de 41 anos, fumador, com queixas de astenia, anorexia, perda ponderal, dispneia e expectoração hemoptóica, motivo pelo qual recorreu ao serviço de urgência. Encontrava-se hemodinamicamente estável, mas apresentava insuficiência respiratória hipoxémica ligeira. Realizou radiografia e tomografia computadorizada (TC) torácica que mostrou lesão cavitada no lobo superior direito, com aparente envolvimento do brônquio lobar superior ipsilateral. Foi internado no Serviço de Medicina Interna para investigação adicional. Efetuado estudo analítico que não apresentava alterações dignas de registo e realizada broncofibroscopia que revelou destruição do brônquio principal direito e dos brônquios segmentares e subsegmentares. A pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes nas secreções brônquicas e lavado broncoalveolar foi negativa e

o exame bacteriológico de secreções brônquicas foi amicrobiano. Durante o internamento apresentou um episódio de hemoptises moderadas com insuficiência respiratória grave, tendo efetuado angioTC torácica que mostrou a lesão nodular cavitada já conhecida, bem como lesão hilar direita com sinais de invasão da artéria pulmonar e veia ázigos e sinais de metastização ganglionar. A biópsia brônquica (exame anátomo-patológico e imunohistoquímico) revelou tratar-se de adenocarcinoma do pulmão. O doente apresentou novo agravamento clínico em contexto de hemoptise maciça, com instabilidade hemodinâmica, insuficiência respiratória grave e paragem cardiorrespiratória. Perante o estágio avançado da neoplasia identificada não foi candidato a medidas de ressuscitação cardiopulmonar ou admissão em unidade de cuidados intensivos, tendo falecido.

Discussão: As lesões pulmonares cavitadas podem ser causadas por várias entidades patológicas, sendo as neoplásicas uma etiologia importante. A história clínica e achados específicos na TC torácica são ferramentas importantes para o diagnóstico correto. De notar que a presença de hemoptises ocorre frequentemente e se associam a pior prognóstico.

P778

1867 CARCINOMA DA NASOFARINGE – APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE UMA NEOPLASIA RARA

Ricardo Veloso, Ana Simas, Maria Menezes, Ana Carolina Silveira, Juvenal Moraes, Mariela Rodrigues, Joana Decq Mota, Fátima Pinto, António Goulart
Hospital da Horta, EPER

Os carcinomas da nasofaringe são uma entidade clínica rara. Têm uma incidência bimodal, com um pico na adolescência e na 6ª década de vida, sendo mais comuns no sexo masculino. A sua etiologia parece estar ligada à infeção pelo vírus Epstein-Barr (EBV). As principais manifestações ocorrem pelo seu crescimento local com sintomas nasais ou pela invasão de estruturas adjacentes, afetando mais comumente o ouvido, o sistema nervoso central e a região cervical.

Doente do sexo feminino, 30 anos, escriturária. Sem patologias conhecidas.

Encaminhada pelo médico de família ao serviço de urgência por otalgia esquerda intensa e recorrente com 4 meses de evolução, associada a hipoacusia homolateral. Referia ainda cefaleia temporal e cervicalgia esquerda. Recentemente, disartria de agravamento progressivo com 1 semana de evolução.

Ao exame objetivo apresentava disartria, desvio para a esquerda na protusão da língua e pequenas adenopatias cervicais esquerdas, indolores à palpação, de consistência elástica e não aderentes

aos planos profundos. Restante exame físico, incluindo o exame neurológico, sem alterações.

Para esclarecimento do quadro realizou tomografia computadorizada (TC) cranioencefálica, que não revelou lesões.

Fez ainda ecografia da região cervical, que demonstrou aglomerado adenopático ao nível do feixe vasculonervoso do pescoço à esquerda.

Decidido internamento para estudo.

No internamento fez TC cervical que confirmou aglomerado de pequenas adenopatias na zona intermédia do território jugular profundo à esquerda, sem outras alterações, nomeadamente a nível da hipofaringe.

O estudo serológico realizado era compatível com contacto prévio com EBV e citomegalovírus. Serologia HIV negativa.

Foi observada por ORL que detetou hipoacusia na ordem dos 6000Hz com acufeno. Indicação para reavaliação em 3 meses.

Teve alta, orientada para consultas de ORL e Medicina Interna.

Em consulta de reavaliação de ORL, foi detetada massa vascularizada na nasofaringe à esquerda com cerca de 2 cm em rinoscopia posterior. Realizou ressonância magnética nuclear cervical e da base do crânio, que demonstrou lesão infiltrativa da nasofaringe, com extensão à base do crânio, achados sugestivos de carcinoma da nasofaringe.

Biopsada a lesão, cujo estudo histológico foi compatível com carcinoma nasofaríngeo não queratinizante, AE1/AE3 positivo e EBER positivo.

Para estadiamento realizou tomografia por emissão de positrões, que revelou lesão hipermetabólica da nasofaringe, com extensão à base do crânio e adenopatias cervicais à esquerda, achados sugestivos de malignidade – T4N2M0.

Orientada para instituição de referência onde foi proposto tratamento com quimioterapia e radioterapia. Atualmente mantém tratamento, com resposta parcial.

Com este caso clínico pretendemos alertar para a importância da valorização da clínica, ainda que fruste e inespecífica, para o correto diagnóstico e abordagem terapêutica.

P779

2020 METASTIZAÇÃO SUBCUTÂNEA, CEREBRAL E PERICÁRDICA DE TUMOR PRIMÁRIO OCULTO

Catarina Pereira, Andreia Dias, Belmiro Alves, Diana Ferrão, Fernando Nogueira, José Marques, Pedro Soares, José Ferreira, Jorge Almeida

Centro Hospitalar de São João

INTRODUÇÃO

As neoplasias de tumor primário oculto constituem uma minoria (4-5%) das neoplasias diagnosticadas, sendo que a maioria culmina no diagnóstico de adenocarcinoma, mas muitas vezes sem órgão identificado. CASO CLÍNICO: Género feminino, 64 anos antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia e hipertensão. Clínica de astenia e perda ponderal >10% em 3 meses (cerca de 7kg), e aparecimento de tumefações dorsais e occipital, com crescimento progressivo. Realizou em ambulatório ecografia da 'região dorsal posterior 2 formações nodulares de média ecogenicidade, heterogénea, contornos irregulares, muscular, provável envolvimento secundário/metastático' e TAC cerebral com "volumosa lesão epicraniana parieto-occipital direita com erosão óssea adjacente a traduzir provável metastização" e radiografia tórax com 'área de densificação acentuada pará-hilar direita, de contornos irregulares, sugestiva de corresponder a processo neoformativo.' É internada no nosso hospital por metastização de tumor primário oculto. Realiza RMN Cerebral com "lesão expansiva extracraniana parieto-occipital direita com envolvimento dos tecidos moles e extensão trans-óssea intra-craniana, com dural tail sign e calcificações e 56mmx27mm e lesão parietal direita, em localização extra-axial, em íntima relação com a dura com 12,6mm, a traduzir provável metastização e menos provavelmente hemangiopericitoma" e TAC Cervico-toraco-abdomino-pélvico que revelou "volumosa massa neoplásica supra-hilar direita, 6,7cmx5,2 cm com envolvimento do brônquio lobar superior homolateral e invasão do mediastino e vários nódulos bilaterais secundários dispersos. Pequeno derrame pleural direito e pericárdico. Múltiplas adenomegalias no mediastínicas, aspeto necrótico. Moderada hepatomegalia em heterogénea sem evidência de lesões focais." Realizou ecocardiograma transtorácico com "derrame pericárdico, circunferencial, de grande volume". Ao longo do internamento hiperglicemias com necessidade de instituição de insulina de ação intermédia basal e esquema de correção rápida para melhor controlo metabólico. Clinicamente manutenção das queixas de astenia mas recuperação progressiva e aumento ligeiro do peso corporal. Realizou biópsia guiada por TAC de uma das lesões dorsais que mostrou tratar-se de "metástase de adenocarcinoma com imunorreatividade difusa para CK7 e restantes marcadores negativos, não esclarecendo origem

primária". Integração clínica, imagiológica e histológica, discussão Oncologia médica, assumido o diagnóstico de provável adenocarcinoma do pulmão e decida instituição de corticoterapia, e agendamento de radio e quimioterapia com intenção curativa. DISCUSSÃO: O presente caso clínico pretende evidenciar uma das possíveis apresentações de neoplasias de tumor primário oculto, com metastização subcutânea, cerebral e pericárdica numa doente sem clínica respiratória associada ou sem fatores de risco identificados para adenocarcinoma do pulmão, nomeadamente tabagismo.

P780

2022 PRURIDO IDIOPÁTICO: UM MARCADOR SUBESTIMADO DE NEOPLASIA?

Diogo Raposo Andre, Fabiana Gouveia, Mónica Caldeira, Teresa Raposo André, Fernando Aveiro, António José Chaves, Maria da Luz Brazão

Hospital Central do Funchal

INTRODUÇÃO

O Prurido é encarado como um sintoma comum e não uma entidade específica de uma doença em particular, sendo este considerado crónico quando a sua duração supera as seis semanas. Em relação à etiologia do prurido generalizado idiopático, estudos sugerem que em 10% dos casos resulte de um quadro oncológico, dos quais os Linfomas e as Leucemias são os mais prevalentes. O prurido como sinal paraneoplásico é igualmente registado em tumores sólidos, como o Carcinoma Pulmonar de Não Pequenas Células, Tumores Obstrutivos da Cabeça do Pâncreas e Insulinomas. Contudo, a epítome de Prurido Paraneoplásico (PP) ocorre no contexto do Linfoma de Hodgkin (LH), onde a sua prevalência está descrita em até 30% dos doentes e, aproximadamente, em 15% dos casos de Linfoma Não-Hodgkin (LNH). No LH o prurido pode preceder, desde semanas até meses, antes da existência de sinais e sintomas sugestivos. Tendencialmente, este é mais debilitante em indivíduos de idade e doença avançadas. A exacerbação noturna é comum em todas as formas de PC.

CASO CLÍNICO 1: Doente de 80 anos, do sexo feminino, recorreu ao serviço de urgência (SU) por prurido refractário a terapêutica antipruriginosa e perda ponderal de cerca de 14kgs com 5 meses de evolução, associados a astenia e sudorese noturna. Previamente ao internamento actual, há documentação imagiológica de conglomerados adenopáticos adjacentes aos vasos ilíacos esquerdos prologando-se até às regiões inguinais, cujo estudo anátomo-patológico evidenciou características de células Reed-Sternberg de Linfoma de Hodgkin Clássico com Esclerose Nodular.

CASO CLÍNICO 2: Doente de 64 anos, do sexo masculino, recorreu SU por quadro de icterícia,

astenia e prurido generalizado. Foi admitido no Serviço de Cirurgia Geral para estadiamento de lesão pancreática neoformativa, que segundo tomografia computadorizada identificou-se uma Neoplasia da Cabeça do Pâncreas com componente obstrutivo da via biliar principal e invasão da veia porta. Atendendo à dificuldade na canulação da papila de Vater, doente foi submetido a anastomose biliodigestiva e gastrojejunal em Y de Roux.

DISCUSSÃO: Estes casos clínicos vêm reforçar a ideia de que, para além da natureza do prurido, um histórico pormenorizado do doente pode auxiliar no estabelecimento do diagnóstico. A investigação laboratorial deve ser reservada para doentes sem evidência de doença cutânea e que não respondam a um tratamento antipruriginoso. Segundo a literatura, doentes com prurido crónico (PC) sem alterações cutâneas evidentes apresentam um risco aumentado, com significado estatístico, de vir a desenvolver doença oncológica hematológica e/ou com atingimento do ducto biliar. Contudo, a incidência dessas neoplasias são diminutas (0,0003 e 0,0016 por pessoa-ano, respectivamente). Deste modo, conforme o exposto, o rastreio amplo para despiste de doença oncológica em doente com PC é considerado desnecessário.

P781

2035 APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE UM TUMOR NEUROENDÓCRINO INTESTINAL METASTIZADO

Dora Lameiras Xete, Andrea Castanheira, Manuela Zita Veiga, Isabel Madruga

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental - Hospital Egas Moniz

INTRODUÇÃO

O tumor neuroendócrino (NE) bem diferenciado do intestino delgado, também conhecido como tumor carcinóide, é um tumor raro. A incidência deste tumor tem vindo a aumentar devido ao maior acesso a exames imagiológicos, sendo a sua classificação obtida mediante métodos histológicos. Os tumores NE podem ser assintomáticos, ser um achado incidental, apresentar sintomatologia relacionada com o crescimento/invasão tumoral ou hipersecreção hormonal. Na presença de um tumor NE do intestino delgado existe uma tendência para a metastização hepática, mesmo quando as suas dimensões são reduzidas, cursando, na maioria dos casos, com síndrome carcinóide caracterizado por flushing e diarreia, podendo também apresentar dor abdominal, saciedade precoce e icterícia.

CASO CLÍNICO: Homem de 59 anos, autónomo, pedreiro, com antecedentes de laparotomia por perfuração de úlcera péptica e apendicectomia. Apresentou-se com queixas de dor abdominal no hipocôndrio direito, intensidade 9/10, sem irradiação, sem outras queixas. A destacar o

aumento dos parâmetros de colestase. Realizou ecografia abdominal que constata a presença de incontáveis lesões hepáticas com focos quísticos/necróticos em todos os segmentos, a maior com 11,5 cm. Neste contexto efectuou TC toraco-abdomino-pélvica que descreve múltiplas imagens nodulares hepáticas em relação com metástases e lesão nodular no rim esquerdo, com 4 cm. Foi realizada biópsia hepática cujo diagnóstico histológico foi de tumor NE bem diferenciado. A investigação posterior pela Oncologia revelou ainda um carcinoma de células renais (CCR).

DISCUSSÃO: Apesar da síndrome carcinóide estar presente na maioria dos tumores NE do intestino delgado com metastização hepática, neste doente o quadro inicial foi de dor abdominal intensa. A biópsia hepática foi a chave que conduziu ao diagnóstico de tumor NE. A salientar ainda a existência de um CCR síncrono.

DOENÇAS RENAIS

P782

633 UM CASO DE ENCEFALOPATIA – ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

Renata Carvalho, Isabel Eira, Gabriela Pinheiro, Sofia Ferreira, Cindy Tribuna, Cristina Ângela

Hospital de Braga

INTRODUÇÃO

A encefalopatia nos doentes com múltiplas comorbilidades médicas apresenta-se ao internista como um desafio diagnóstico. Nesta apresentação, os autores discutem a abordagem etiológica de um doente prostrado, onde a encefalopatia urémica e a encefalopatia iatrogénica pela risperidona surgiam como diagnósticos pouco prováveis pelas restantes especialidades. Apesar de não existirem dados na literatura sobre a eliminação dialítica da risperidona, esta assumiu-se como corresponsável por uma encefalopatia de difícil resolução, num doente com doença renal crónica avançada.

CASO CLÍNICO: Homem de 69 anos, com antecedentes de Diabetes mellitus (DM) tipo 2 insulinotratado, com lesão de órgão alvo, nomeadamente retinopatia com amaurose bilateral e doença renal crónica (DRC) em estadio 5 (Taxa de filtração glomerular estimada de 11,2mL/min/1.73m² e creatinina basal de 4,7mg/dL). Seguido em consulta de Psiquiatria por demência mista, medicado com risperidona. Admitido no Serviço de Urgência (SU) por prostração com um dia de evolução. A família referiu aumento da dose de risperidona de 1,5mg/dia para 1,75mg/dia no dia anterior. Negados outros sintomas ou outras alterações farmacológicas recentes. No exame objetivo, o doente encontrava-se com Escala de Coma de Glasgow (ECG) de 9: ao estímulo

doloroso com abertura ocular, localização da dor e resposta verbal incompreensível. Analiticamente com creatinina de 5,7mg/dL, sem identificação de fatores de agravamento da função renal. Durante a permanência no SU foram documentadas duas hipoglicemias (mínimo de 21mg/dL), associadas a ausência de ingesta e insulino-terapia. Foram excluídas encefalopatia hiperamonêmica, causas infecciosas e vasculares. Parecia tratar-se de encefalopatia metabólica pela ausência de sinais focais no exame neurológico, presença de sinais de encefalopatia no Eletroencefalograma (EEG) e ausência de alterações nos exames de imagem (Ressonância magnética cerebral). Após discussão com Nefrologia e apesar de se considerar pouco provável o desenvolvimento de encefalopatia urêmica tendo em conta a função renal do doente, pela possibilidade concomitante de iatrogenia pela risperidona optou-se por iniciar técnica de substituição renal. Desde a primeira sessão assistiu-se a rápida recuperação do estado de consciência, mantendo progressiva melhoria em dias – atualmente com ECG de 15, sem alterações focais ao exame neurológico. Teve alta com programa regular de hemodiálise.

DISCUSSÃO: A risperidona e os seus metabolitos ativos são primariamente eliminados por via renal e a sua dose deve ser ajustada na insuficiência renal. Apesar de não ser conhecida a eliminação dialítica da risperidona, trata-se de uma pequena molécula de 410,49 g/mol, tornando possível a sua eliminação durante a diálise. Os autores discutem o papel da técnica dialítica na resolução de um caso de encefalopatia em que a combinação de fatores (uremia e utilização de risperidona) necessitou de um limiar de suspeição elevado.

P783

763 UM CASO DE ANASARCA

Andreia Nunes, Gonçalo Cruz, Margarida Coelho
Hospital Garcia de Orta

INTRODUÇÃO

O síndrome nefrótico (SN) é uma forma rara de doença renal caracterizado por proteinúria (PT) >3 g/24h, hipoalbuminémia (Alb) < g/dL, hipercolesterolemia (HCol) e edemas periféricos (EP). Nos adultos a principal causa desta síndrome é a nefropatia membranosa (25-30%), principalmente na forma primária (75%). A nefropatia membranosa primária deve-se à presença de autoanticorpos contra o recetor fosfolipase A2 (PLA2R), que podem ser utilizados para diagnóstico e monitorização da resposta à terapêutica.

CASO CLÍNICO: Homem, 77 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidémia, insuficiência cardíaca NYHA classe II e doença pulmonar obstrutiva crónica. Recorre à urgência por quadro de edemas os membros

inferiores e genitais com 2 meses de evolução, sem resposta aos diuréticos. Objetivamente apresentava ferveres crepitantes em ambas as bases pulmonares e edemas até à raiz das coxas e genitais com godet ++++. Analiticamente tinha ligeira retenção azotada (Cr 1.2 mg/dL, Ureia 52 mg/dL) e urina II com proteinúria de 400 mg/dL. Radiograma de tórax com apagamento dos seios costofrénicos. Ficou internado admitindo-se anasarca no contexto de insuficiência cardíaca descompensada, tendo iniciado diurético endovenoso. Realizou ecocardiograma transtorácico que não apresentava alterações (FEVE 59%) e NTproBNP 570 ng/mL, pelo que o diagnóstico de insuficiência cardíaca como causa da anasarca era pouco provável. Foi excluída patologia hepática por exame de imagem e análises (AST 17 UI/L, ALT 18 UI/L, GGT 67 UI/L, FA 57 UI/L). Verificou-se proteinúria na faixa nefrótica (Proteínas Totais urinárias 16.2g/24h), o que aliado a hipercolesterolemia (colesterol total 443 mg/dL, HDL 54 mg/dL, LDL 371 mg/dL), hipoalbuminémia (2.3 g/dL) e hipogamaglobulinémia com IgG reduzida (685 mg/dL) levou ao diagnóstico de síndrome nefrótica como causa de anasarca. As serologias foram negativas (RPR, VIH, HCV, HBV). Verificou-se VS 83, ANA com padrão mosqueado > 1/160 e ANCA equívoco (MPO e PR3 negativos). TC-toracocabdominopélvica e ecografia renal sem alterações de relevo. Fez biópsia renal que demonstrou nefropatia membranosa com anticorpos anti-PLA2R positivos, concluindo tratar-se de uma nefropatia membranosa primária. Foi otimizada terapêutica diurética, inibidor da enzima conversora da angiotensina e estatina. Por persistência de proteinúria, em ambulatório, iniciou terapêutica imunossupressora com prednisolona e ciclosporina.

DISCUSSÃO: Este caso pretende alertar para o facto de doentes com antecedentes de insuficiência cardíaca poderem ter outras causas que justifiquem clínica de anasarca. Neste caso em concreto, a exuberância dos sintomas não era concordante com a pobreza dos achados dos exames cardíacos. Por outro lado, a magnitude da proteinúria também não seria justificável por uma eventual nefropatia diabética, razão pela qual a biópsia renal tem um papel importante para o diagnóstico e posterior terapêutica.

P784

146 A TEMPESTADE PERFEITA - UM CASO DE CALCIFILAXIA NÃO-URÊMICA

Manuel Martins Barbosa, Elsa Araújo, Joana Serôdio, Marta Pereira, Tiago Mendes, Liliana Costa, Paula Brandão
Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução

A calcifilaxia é um dos problemas mais graves associados à doença renal crónica. Apesar de anteriormente considerada uma doença rara e

quase limitada a doentes dialisados, o número de casos publicados tem vindo a aumentar na última década. Isto pode dever-se a múltiplos factores, como aumento da atenção para o diagnóstico e o aumento de esperança média de vida dos doentes renais crónicos. Acredita-se que a sua patologia se deve a consequências da doença mineral óssea relacionada com a doença renal crónica, mas os valores de cálcio, fósforo e hormona paratiroideia são pouco significativos no seu estudo. Há vários factores de risco identificados, nomeadamente o sexo feminino, idades a partir da quinta década de vida, a existência de doenças auto-imunes concomitantes e a iatrogenia de fármacos como varfarina, cálcio, ferro e imunossupressão. O diagnóstico implica forte suspeita clínica, e é apenas confirmado por biópsia cutânea. Várias estratégias de tratamento têm sido propostas, mas nenhuma dirigida. O objectivo é o de suporte do doente, com foco no controlo algico, limitar propagação de lesões, evitar infecção e eventualmente reunir condições para transplante cutâneo.

Caso clínico:

Apresentamos um caso de calcifilaxia não-urémica, a forma menos comum da doença. Uma mulher de 79 anos, com antecedentes de substituição valvular aórtica com prótese mecânica, doença renal crónica, oligoarterite e anemia é internada num serviço de Medicina Interna para estudo e controlo sintomático de pequenas lesões violáceas, dolorosas, a nível posterior da perna direita, com menos de duas semanas de evolução. Era habitualmente medicada com varfarina, suplementos de cálcio e ferro, e tinha iniciado recentemente corticoterapia – todos eles fármacos com forte associação à calcifilaxia. Apesar da intervenção de uma equipa multidisciplinar de Medicina Interna, Cirurgia Geral, Dermatologia, Cuidados Paliativos e Nutrição e da remoção dos factores de risco modificáveis associados à doença, as lesões progrediram rapidamente. Em menos de duas semanas, apesar de desbridamento sequencial, as lesões progrediram para úlceras de grandes dimensões, conduzindo a choque séptico com disfunção multiorgânica que não respondeu à terapêutica instituída. A optimização analgésica foi um desafio, assim como o diagnóstico definitivo. Apenas com uma segunda biópsia cutânea se confirmaram lesões compatíveis com calcifilaxia.

Discussão:

Este caso representa a formação de uma tempestade perfeita que não foi possível antever, numa doente seguida em diferentes especialidades e com múltiplas patologias crónicas cujas diferentes abordagens conduziram a uma acumulação de factores de risco. E demonstra que apesar de começar a ser mais reconhecida, a calcifilaxia continua a ser um grande desafio diagnóstico e terapêutico.

P785

250 SÍNDROME HEMOLÍTICA URÉMICA ATÍPICA, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Flávio Pereira, Joel Pinto, Daniela Meireles, Mariana da Silva Leal, Paulo Almeida, Ana Rafaela Araújo, Susana Cavadas

Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução

A síndrome hemolítica urémica (SHU) é uma microangiopatia trombótica rara, caracterizada por lesão renal aguda, anemia hemolítica microangiopática e trombocitopenia, podendo ser dividida em SHU típica e atípica. Embora menos comum, a forma atípica da doença (SHUa) está associada a um prognóstico significativamente pior, com elevada morbimortalidade (cerca de 50% dos doentes evoluem para doença renal terminal

Caso Clínico: Homem de 78 anos, reformado da indústria metalúrgica, sem antecedentes patológicos conhecidos, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por dispneia em repouso e desorientação temporo-espacial com 1 semana de evolução. A admissão no SU estava hipotenso (PAM 69mmHg), taquicárdico (FC 120bpm), com sinais de má perfusão periférica e broncospasmo marcado na auscultação pulmonar. Gasometricamente com insuficiência respiratória hipoxémica grave (PaO₂/FiO₂=223.8) com acidose metabólica láctica (pH 7.323, Lactatos 5.8mmol/L, HCO₃⁻ 11.3mmol/L). Do estudo analítico efetuado, salientava-se uma anemia normocítica e normocrómica (Hemoglobina 11.4 g/dL), elevação de parâmetros inflamatórios (Leucócitos 26.8 X 10⁹/L, Neutrófilos 24.30 X 10⁹/L, Proteína C Reativa 22.00 mg/d) e lesão renal aguda (Creatinina 5.08mg/dL, Ureia 197.3mg/dL). A radiografia torácica revelou padrão reticulointerstitial bilateral. Foi assumido o diagnóstico de sépsis com ponto de partida respiratório com disfunção multiorgânica (SOFA 6 pontos. Iniciou antibioterapia com ceftriaxone e azitromicina após colheita de rastreio séptico. Durante o internamento apresentou deterioração das trocas gasosas com agravamento da insuficiência respiratória tipo 1 (PaO₂/FiO₂ 207.1), da lesão renal aguda com evolução para oligoanúria (Creatinina 6.79mg/dL, Ureia 370.1mg/dL) e da anemia (Hemoglobina 7.6mg/dL); trombocitopenia de novo (35x10⁹/L), com esfregaço de sangue periférico com esquizócitos e elevação da LDH (1245U/L). , acidose metabólica de novo (pH 7.440, PaO₂ 43.5mmHg, PaCO₂ 19.5mmHg, Lactatos 1.6mmol/L, HCO₃⁻ 12.9mmol/L). Foi assumida SHUa e doente foi transferido para a Nefrologia do Hospital de Referência, para início de plasmaferese, vindo a falecer 2 dias depois.

Discussão: A SHUa pode ser idiopática associar-se a infeções bacterianas ou virais, neoplasias

ou fármacos. O tratamento assenta em medidas de suporte e no uso de terapêutica dirigida: plasmáfereze ou administração de eculizumab (actualmente o gold standard do tratamento). A contagem de plaquetas e a LDH são os marcadores mais sensíveis para monitorizar a resposta à terapêutica. A transplantação renal associada ou não a transplantação hepática são, também, empregues no tratamento destes doentes. O diagnóstico precoce e a instituição de terapêutica atempada são determinantes no prognóstico.

P786

838 UM CASO DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA NUM JOVEM ADULTO

Cristina Carvalho Gouveia, Rita Veríssimo, Sofia Duque, Luís Campos

Hospital de São Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Introdução

A trombose venosa profunda é rara em indivíduos com idade inferior a 50 anos, mas está associada a elevada morbilidade. O estudo etiológico é essencial para o correcto tratamento e profilaxia de novos episódios nestes doentes.

Caso Clínico

Doente do sexo masculino, 21 anos de idade, ex-fumador (4 unidades de maço por ano), com dislipidemia (colesterol total 410mg/dL) e edema peri-orbitário de novo ao acordar com cerca de 2 semanas de evolução. Sem medicação habitual em ambulatório. Recorreu ao serviço de urgência por dor e edema da face posterior da perna esquerda. À observação, com edema da perna esquerda godet +. Analiticamente, a destacar: creatinina 0.73mg/dL, proteínas totais 4.0g/dL, urina II com proteinúria nefrótica (proteínas > 4.0g/L) e Hb ++. O eco-doppler venoso revelou trombose venosa profunda (TVP) aguda/subaguda da veia popliteia esquerda. O doente teve alta com o diagnóstico de TVP secundária a síndrome nefrótica, iniciou apixabano e perindopril e foi referenciado a Consulta de Nefrologia. Do estudo etiológico realizado destaca-se: função renal sem alterações, albumina 1,8 mg/dL, complemento, ANAs, ANCAs, ENAs e antidsDNA normais, cadeias leves sem alterações, serologias virais negativas, urina II com hemato-proteinúria nefrótica, relação proteína/creatinina 6025 mg/g e relação albumina/creatinina 4588 mg/g. Foi realizada biópsia renal, que foi compatível com glomerulosclerose focal e segmentar. Iniciou corticoterapia mas, tendo se verificado corticorresistência após 12 semanas, foi realizado switch para ciclosporina.

Discussão

A síndrome nefrótica é caracterizada pela presença de proteinúria, edema, hipoalbuminémia e

dislipidemia. Os doentes têm um risco aumentado de trombose venosa profunda, trombose renal e tromboembolismo pulmonar, sendo a hipoalbuminémia um factor de risco independente para fenómenos trombóticos. O estado de hipercoagulabilidade parece estar associado a uma excreção aumentada de factores antitrombóticos e aumento da produção de factores protrombóticos pelo fígado. Sabe-se que o risco é mais elevado nos primeiros 6 meses da doença e, embora a maioria dos casos se apresente em doentes com diagnóstico estabelecido, este caso mostra a importância de considerar esta patologia aquando do diagnóstico diferencial de um doente que se apresenta com trombose venosa sem factores de risco aparentes.

P787

316 CLOZAPINA: UMA CAUSA INVULGAR DE NEFRITE INTERSTICIAL AGUDA

Pedro Rodrigues, Filipe Pinheiro, Ana Ferreira, José Carlos Martins, Jorge Almeida

Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução:

A nefrite intersticial aguda (NIA) é uma causa frequente de lesão renal aguda (LRA). É estimado que em 15 a 27% das biópsias renais, realizadas para estudo etiológico de LRA, o padrão histopatológico seja NIA. A causa mais comum é a nefrotoxicidade farmacológica. Em alternativa, pode ser secundária a infeção, doença autoimune ou idiopática. A tríade clássica - febre, exantema e eosinofilia - está presente em apenas 5 a 10% dos casos. O diagnóstico assenta no elevado índice de suspeição clínica. A biópsia é o gold standard para o diagnóstico, mas pode ser dispensada em alguns casos.

Caso Clínico:

Doente de 25 anos, do sexo feminino, raça negra, com perturbação esquizoafetiva refratária a diferentes fármacos antipsicóticos, foi internada na enfermaria de Medicina Interna por síndrome de resposta inflamatória sistémica (sem eosinofilia), anemia e lesão renal aguda com acidose tubular do tipo 1 e proteinúria. O estudo etiológico permitiu a exclusão de causas infecciosas relevantes para os achados clínicos, doenças linfoproliferativa e autoimune. Foi realizada biópsia renal que documentou infiltrado linfoplasmocitário tubulointersticial, com áreas de fibrose. O tratamento consistiu na suspensão da clozapina, iniciado 2 meses antes da apresentação. O desfecho clínico foi favorável com normalização da função renal, hematócrito e reversão da resposta inflamatória sistémica.

Discussão:

A NIA secundária a fármacos é uma reação idiossincrática, pelo que é independente da dose

e o tratamento consiste na suspensão do fármaco envolvido. A utilização de corticoides é controversa. É interessante notar, que o grau de disfunção renal na apresentação e extensão de envolvimento intersticial (inclusive a presença de fibrose) não se correlacionam com o prognóstico. Estão descritos na literatura cerca de uma dezena de casos de NIA induzida por Clozapina. Na maioria (80%), a febre e proteinúria estão presentes; a eosinofilia foi documentada em metade dos casos.

A NIA é um efeito adverso da clozapina raro, porém importante. Os autores consideram fundamental a monitorização da função renal após o início do fármaco.

P788

1198 NEFRITE INTERSTICIAL INDUZIDA POR MESSALAZINA NUM DOENTE COM COLITE ULCEROSA

José Marques, Ana Valente, Ana Ribeiro, Catarina Pereira, Fernando Nogueira, Pedro Ribeirinho Soares, Diana Ferrão, Diana Oliveira, Paula Dias, Pedro Pereira, Jorge Almeida

Centro Hospitalar Universitário de São João

INTRODUÇÃO

A nefrite intersticial (NI) é uma causa comum de lesão renal (LR) caracterizada por infiltração inflamatória intersticial levando a dano dos túbulos renais e possivelmente a cicatriz renal irreversível que pode resultar em doença renal terminal (DRT).

Apesar de raro, o ácido 5-aminossalicílico (5-ASA), ou messalazina, utilizado no tratamento da doença inflamatória intestinal (DII), é um fármaco capaz de provocar NI.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, 38 anos, ex-fumador (11 unidades maço ano). Diagnóstico de colite ulcerosa (CU) em Maio de 2015, tendo iniciado messalazina na dosagem de 1600 mg/dia. Habitualmente com dejeções de fezes moldadas, sem sangue ou muco. Em Janeiro de 2018 realiza retossigmoidoscopia que demonstra achados compatíveis com agudização da CU.

Desde Junho de 2018 com LR (aumento da creatinina plasmática de 1.07 mg/dL para 1.53 mg/dL). Recorre ao serviço de urgência em Novembro de 2018 por indicação do seu médico assistente na sequência de aumento do valor da creatinina plasmática para 2.19 mg/dL, astenia, anorexia, perda ponderal (cerca de 4 quilos) e dejeções mais líquidas com um mês de evolução. Nega perdas hemáticas ou de muco, febre, artralgias, rash cutâneo, dor abdominal, alterações urinárias, toma de anti-inflamatórios não-esteróides (AINEs) ou de fármacos de novo, toma de suplementos naturais, exposição a agentes de contraste ou

viagens recentes. Analiticamente com anemia, sem leucocitose, proteína C reactiva (PCR) 44.6 mg/L, sem acidemia metabólica ou hipercalémia na gasimetria arterial (GSA); diurese mantida. Exame sumário de urina (ESU) sem alterações de relevo. Ecografia reno-vesical com rins de dimensões conservadas sem ectasia dos sistemas excretadores renais. Serologias dos vírus da imunodeficiência humana (VIH), hepatite B (VHB) e hepatite C (VHC) negativas.

Do estudo efetuado no internamento: microalbuminúria na urina de 24 horas, velocidade de sedimentação (VS) 68mm/hora, estudo autoimune negativo.

Colocada a hipótese de NI secundária a 5-ASA tendo o doente realizado biópsia renal, que mostrou infiltrado intersticial marcado, composto maioritariamente por linfócitos e alguns eosinófilos. Decidida suspensão de 5-ASA e início de corticoterapia com prednisolona 40mg/dia (em esquema de desmame progressivo) com melhoria da função renal.

DISCUSSÃO

A nefrotoxicidade foi descrita em alguns doentes com DII tratados com 5-ASA. Contudo, apesar dos casos descritos, o mecanismo claro de causa-efeito ainda não se encontra esclarecido. As formulações orais de 5-ASA devem ser evitadas na doença renal crónica e doentes com factores de risco para nefropatia. São recomendadas avaliações frequentes da creatinina sérica no primeiro ano após início da terapêutica com 5-ASA, uma vez que a sua elevação é o único, mas tardio, sinal da NI induzida por 5-ASA.

P789

143 VASCULITE ANCA-MPO O CAMALEÃO.

Rita Calixto, Ana Rita Abrantes, Ivan Luz, Patrícia Barreto, Paulo Santos, Ana Vila Lobos

Unidade Local do Baixo Alentejo - Hospital José Joaquim Fernandes, Beja; Centro Hospitalar do Médio Tejo - Hospital Rainha Santa Isabel

A vasculite é um processo inflamatório imunomediado dos vasos sanguíneos, cujas lesões causadas dependem do tamanho do vaso afetado e do órgão ou órgãos atingidos. As vasculites são doenças, em geral, raras e podem numa fase inicial do diagnóstico ser confundidas com outras entidades patológicas.

Os autores apresentam dois casos clínicos de poliangeíte microscópica com atingimento renal e pulmonar. No primeiro caso, um homem de 71 anos com antecedentes de AVC isquémico de pequenos vasos do hemisfério direito, foi admitido no internamento por lesão renal aguda com sintomatologia urémica [ureia-428mg/dL creatinina (Cr)-13,6mg/dL], bradicardia

secundária a hipercaliemia (6,9mmol/L) e insuficiência respiratória tipo 1. À admissão destacava-se PCR de 14mg/dL, radiografia de tórax com infiltrado pulmonar bilateral, urina II com leucocitúria (>75U/L) e microhematúria. Ecografia renal e vesical sem alterações. O doente iniciou piperacilina-tazobactam para pneumonia associada aos cuidados de saúde e técnica de substituição da função renal/ hemodiálise (TSFR/HD) com intensificação da ultrafiltração. Contudo, o doente não apresentou melhoria do quadro respiratório. Neste contexto pesquisaram-se anticorpos ANCA, tendo-se constatado elevação dos ANCA-MPO. Admitiu-se assim o diagnóstico de vasculite ANCA MPO com atingimento pulmonar e renal. Iniciou-se imunossupressão com metilprednisolona ev durante 3 dias seguido de prednisolona oral. Após o início da imunossupressão o doente apresentou melhoria franca do estado geral com resolução da insuficiência respiratória, contudo manteve-se dependente de TSFR/HD.

O segundo caso é referente a uma mulher, 71 anos, com antecedentes de Hipotireoidismo subclínico e Asma. A doente foi internada por astenia, insuficiência respiratória com um mês de evolução, anemia normocítica normocrômica com necessidade de transfusões recorrentes de UCE e agravamento progressivo da função renal (Cr basal de 1.1mg/dL, máximo de Cr de 6.8mg/dL). Do estudo complementar destacava-se condensação algodonosa bilateral em radiografia de tórax interpretada como hemorragia alveolar, elevação dos anticorpos ANCA MPO (20 U/mL) e antiMBG (85U/mL). A biópsia renal confirmou poliangeíte com rotura de mais de 50% das cápsulas de bowman. Assumiu-se como diagnóstico poliangeíte microscópica com sobreposição de Goodpasture. A doente apresentou melhoria do estado geral após início de TSFR/HD, plasmaferese e prednisolona oral, contudo não recuperou função renal.

As vasculites são entidades cujo o diagnóstico frequentemente é feito em fases avançadas da doença, uma vez que são entidades clínicas heterogêneas que mimetizam outras patologias. O atraso no diagnóstico tem impacto no prognóstico da doença, podendo originar sequelas como perda da funcionalidade de órgãos e/ou morte. Nos dois casos apresentados o diagnóstico foi realizado em fases avançadas tendo os doentes ficado dependentes de TSFR.

P790

1332 SÍNDROME DE ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSÍVEL (PRES) NA INSUFICIÊNCIA RENAL RAPIDAMENTE PROGRESSIVA: RELATO DE UM CASO

João Enes Silva, Clara Gomes, Ana Isabel Ferreira, Nuno Melo, Marta Patacho, Jorge Almeida

Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução

a insuficiência renal rapidamente progressiva (IRRP) é o diagnóstico inicial em pacientes que apresentam rápida deterioração da função renal num curto espaço de tempo. Nestes casos, alterações agudas da pressão arterial podem levar a uma incapacidade da circulação cerebral manter intacta a capacidade de auto-regulação, sendo a síndrome de encefalopatia posterior reversível (PRES) uma potencial complicação.

Caso clínico:

Mulher de 80 anos, com antecedentes de HTA, DM tipo 2 e síndrome depressivo. Admitida inicialmente noutra unidade hospitalar 7 dias antes da transferência para o nosso hospital por pneumonia pneumocócica. A doente evoluiu favoravelmente do ponto de vista respiratório ao longo de 7 dias de antibioterapia mas apresentou deterioração progressiva da função renal com azotemia severa e creatinina máxima de 8,6 mg/dL, pelo que foi transferida para o nossa unidade hospitalar na perspectiva de necessitar início de terapia de substituição da função renal (TSFR). Sem referência à utilização de fármacos nefrotóxicos ou exames com contraste, o quadro foi inicialmente interpretado como necrose tubular aguda no contexto do sépsis.

À admissão na nossa unidade hospitalar, a doente apresentava-se consciente, colaborante e orientada. Apresentava um perfil hipertensivo com pressão arterial (PA) sistólica a rondar os 150 mmHg. A paciente não apresentava critérios para diálise urgente, pelo que não iniciou TSFR. Interpretando-se o quadro como IRRP, aprofundado o estudo etiológico com auto-imunidade, complemento, proteinograma, imunoglobulinas e imunofixação de cadeias leves, marcadores víricos, urina tipo II com razão proteínas/creatinina e pesquisa de eosinofília.

No internamento, apesar de se manter sem indicação urgente para diálise, a doente manteve perfil tensional elevado refratário às medidas farmacológicas instituídas e, no segundo dia de internamento, por aprofundamento do estado de consciência e perfil tensional elevado com PA de 210/120mmHg levantada a suspeita de PRES. Realizou no mesmo dia RMN urgente a confirmar o diagnóstico. Foi transferida para unidade de cuidados intermédios para controlo apertado

da PA e iniciou hemodiálise no mesmo dia, com reversão do quadro de prostração e readmissão na enfermaria em 48 horas.

Do estudo etiológico supracitado, identificada gamopatia monoclonal IgG/Kappa, com razão K/L elevada. Radiografia de esqueleto mostrou lesões líticas na calote craniana e fémur direito e fez mielograma, firmando o diagnóstico de Mieloma Múltiplo. 3 meses após o internamento, a doente mantém seguimento em Hospital de Dia de Hematologia Clínica, sob bortezomib + dexametasona semanal. A doente não recuperou função renal, mantendo-se em hemodiálise.

Discussão: o diagnóstico de PRES deve ser considerado em doentes com alterações agudas do estado de consciência em contexto de lesão renal aguda e flutuação importante da PA. O tratamento atempado permite evitar sequelas neurológicas permanentes e devastadoras.

P791

610 INVESTIGAÇÃO NUM CASO DE SÍNDROME NEFRÓTICO

Margarida Cabral, Ana Ponciano, Fernando Mota Tavares, José Leite, Célio Fernandes

Serviço de Medicina 2 - Hospital Santo André (Centro Hospitalar de Leiria)

A presença de edemas generalizados é a manifestação mais comum na síndrome nefrótica, tanto em crianças como em adultos. Esta caracteriza-se por um conjunto de sinais e sintomas, e, tendo em conta que, em adultos, existe uma causa secundária em até 30% dos casos, deve proceder-se a uma marcha diagnóstica completa com vista à exclusão de causa subjacente potencialmente curável.

Os autores apresentam o caso de um homem, caucasiano, de 41 anos de idade, com normal índice de massa corporal, autónomo, sem antecedentes pessoais, medicação habitual, consumo de drogas ou alergias. Recorre ao serviço de urgência por quadro de edema generalizado, mais evidente nos membros inferiores, com 3 semanas de evolução, sem outra sintomatologia.

Ao exame objetivo apresentava-se normotenso, com edema facial, do tecido subcutâneo abdominal, genital e dos membros inferiores até à raiz da coxa, com sinal de godet positivo, sem outros achados de relevo. Do estudo analítico inicial destaca-se ligeiro agravamento da função renal, hipoproteinúria (3,7g/dL), hipoalbuminemia (1,2g/dL), hipercolesterolemia (colesterol total 610mg/dL, LDL 478mg/dL) e proteinúria (27g/24horas), com sedimento urinário inocente. A ecografia renal demonstrou rins de dimensões no limite superior da normalidade, contornos regulares, e alguma hiperecogeneidade cortical, sugestiva de inflamação; sem dilatações pielo-caliciais ou outras

alterações. Na marcha diagnóstica inicial, foram excluídas cardiopatia, hepatopatia e patologia tiroideia. O doente foi internado para vigilância e investigação etiológica.

Admitindo-se o diagnóstico de síndrome nefrótica, procedeu-se à investigação de possíveis causas secundárias. A avaliação imunológica demonstrou tratar-se de uma glomerulopatia normocomplementémica, e permitiu excluir alterações na eletroforese de proteínas e imunofixação. O restante estudo analítico, nomeadamente estudo auto-imune e serológico, foi também negativo. A biópsia renal demonstrou conservação da arquitetura corticomedular, com congestão dos vasos glomerulares, presença de atrofia e esclerose glomerular segmentar e focal, sem alterações tubulares, e presença de infiltrado linfocitário; sugestivo de Glomeruloesclerose Segmentar Focal (GESF). Durante o internamento, o doente manteve-se hemodinamicamente estável, com regressão parcial dos edemas e da proteinúria sob dieta hipossalina, inibidor da enzima conversora da angiotensina e corticoterapia, tendo sido encaminhado à data de alta para consulta externa.

Em conclusão, assumiu-se o diagnóstico de Síndrome Nefrótica Primária, cujo diagnóstico histológico sugere tratar-se de GESF. Este é o tipo de glomerulopatia predominante em adultos jovens e associa-se a um mau prognóstico, com evolução para doença renal terminal aos 10 anos em até 50% dos casos. Urge, assim, a necessidade de um seguimento clínico apertado, com vista a travar o agravamento das lesões renais e, por seguinte, do prognóstico funcional e vital.

P792

837 NEFROPATIA INESPERADA EM DOENTE IDOSO

Ana Luisa Azevedo, Ana Raquel Fontes, Edgar Amorim, Olinda Sousa Caetano, André Santa Cruz, Sofia Rocha, Carlos Capela

Hospital de Braga

Introdução

A nefropatia de IgA é caracterizada pela presença de depósitos imunes mesangiais de IgA, e é a mais comum glomerulonefrite causadora de doença renal crónica (DRC), sobretudo em doentes abaixo dos 40 anos. O seu espectro clínico é variável, desde hematúria microscópica assintomática e auto-limitada, a glomerulonefrite rapidamente progressiva ou progressão lenta para doença renal terminal em cerca de 50% dos casos.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um doente de 76 anos, homem, com antecedentes de acidente vascular cerebral, hipertenso, diabético, com doença renal crónica em estadio 3 (creatininemia basal 1.8 mg/dL), bronquite crónica e anemia, internado por lesão renal aguda (LRA) em

crónica e infecção do trato urinário. Inicialmente apresentou alguma melhoria da LRA com fluidoterapia mas, logo depois, apresentou LRA rapidamente progressiva, não oligúrica, hematúria macroscópica e agravamento da anemia para 7.3 g/dL (à entrada 9.4 g/dL). Sedimento urinário com eritrocitúria e proteinúria associadas. Sem outras perdas hemáticas, sem critérios de hemólise. Serologias víricas e imunes negativas, HbA1C 5.8%. Evoluiu com agravamento progressivo (creatinina 5.9 mg/dL), e, por apresentar sinais de hipervolemia e redução do débito urinário, apesar das medidas instituídas, foi necessário suporte dialítico. Nesta altura foi submetido a biópsia renal que mostrou alterações compatíveis com nefropatia de IgA e lesões associadas de nefrite tubulo-intersticial. Iniciou corticoterapia na dose de 1 mg/Kg. Inicialmente sem melhoria mas no início da 2ª semana de tratamento a lesão renal apresentou melhoria lenta mas sustentada, sem necessidade de técnica dialítica adicional. O doente manteve valores de creatinina estáveis (creatinina 3.5 mg/dL), sem necessidade posterior de diálise, mantendo seguimento em consulta de Nefrologia.

Discussão: Os autores pretendem realçar a particularidade deste caso de glomerulonefrite num doente idoso com DRC estabelecida, além da importância da investigação etiológica rigorosa. A biópsia renal teve um papel preponderante e essencial na decisão de iniciar tratamento, obtendo-se uma boa resposta clínica e analítica à corticoterapia instituída.

P793

1129 GLOMERULONEFRITE EM CONTEXTO INFECCIOSO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Carolina Paiva, Sara Castelo-Branco, Filipa Guimarães, Teresa Santos, João Pinto, Eduardo Eiras
USL Matosinhos - Hospital Pedro Hispano

INTRODUÇÃO

O diagnóstico diferencial das glomerulonefrites (GN) em contexto infeccioso inclui a GN pós estreptocócica, a GN infecciosa não estreptocócica e a nefropatia de IgA. A sua distinção pode ser um desafio, uma vez que partilham achados clínicos e patológicos. A relação temporal entre os sintomas de infeção e o desenvolvimento de GN, bem como o curso deste quadro infeccioso podem ser uma pista importante. No entanto o diagnóstico definitivo é histológico.

CASO CLÍNICO: Apresenta-se o caso de uma mulher de 63 anos com antecedentes de hipotireoidismo, doença mitro-aórtica reumática, fibrilhação auricular permanente hipocoagulada varfarina. Recorreu ao serviço de urgência por náuseas, hematúria e dor lombar. Referia também quadro de tosse produtiva, rinorreia e febre nas duas semanas anteriores. À admissão apresentava-se

hemodinamicamente estável, apirética e sem sinais de desidratação. Analiticamente apresentava lesão renal aguda (Cr 1.7mg/dL) e exame sumário de urina com hematoproteinúria (18% de eritrócitos dismórficos). Do estudo efetuado: ecografia renovesical excluiu causa obstrutiva; razão Albumina/Creatinina 621mg/g, razão Proteínas/Creatinina 0,97 e proteínas em urina de 24h 1085.6mg/24h; TASO negativo, serologias VIH, VHC e VHB negativas; VS 49 mm/1ªh; ANAs, ANCAs e Anti-MBG negativos, sem consumo de complemento, IgA aumentada 598mg/dL (N<517); eletroforese de proteínas com discreta elevação da fração beta, sem picos monoclonais, imunoeletroforese sérica sem alterações; hemoculturas amicrobianas. Realizada biópsia renal que mostrou proliferação focal, aumento da matriz mesangial, e lesões de necrose tubular aguda. O estudo de imunofluorescência mostrou deposição granular mesangial de IgA (+++), C3c (+++) e C1q (+) compatível com Nefropatia de IgA.

Durante o internamento observou-se resolução da hematúria e melhoria da função renal com medidas gerais de suporte, nomeadamente hidratação.

CONCLUSÃO: A Nefropatia de IgA é a GN mais frequente e ocorre habitualmente no decurso de infeção ("sinfaringítica"), ao contrário da GN pós-infecciosa que ocorre habitualmente algumas semanas após a intercorrência infecciosa. No entanto tem-se observado uma alteração no padrão típico da GN infecciosa na população idosa, sendo atualmente comum ocorrer durante o processo infeccioso. Nestes doentes também se tem observado um número crescente de casos de GN IgA dominante quando associada a infeção por estafilococos o que torna esta entidade um importante diagnóstico diferencial a excluir num caso de GN aguda.

P794

1632 URINOTÓRAX: UMA CAUSA RARA DE PULMÃO BRANCO EM RADIOGRAFIA TORÁCICA

Telmo Coelho, Andreia Freitas, Nuno Leal, Sara Beça, Filipa Santos
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia|Espinho

Introdução

Urinotórax é uma causa rara e muitas vezes sub-diagnosticada de derrame pleural que se define pela presença de urina na cavidade pleural. Muitas vezes surge após procedimentos cirúrgicos/ invasivos em doentes com nefropatia obstrutiva.

Caso Clínico

Homem, 69 anos, internado no serviço de Medicina Interna por pneumonia de aspiração e lesão renal aguda no contexto de aspiração de vômito após crise convulsiva desencadeada por

antibioterapia com quinolona.

Na admissão hospitalar realizou ecografia renovesical que mostrou uretero-hidronefrose bilateral, (42mm à direita e 27 mm à esquerda).

Apesar de otimização terapêutica doente apresentou agravamento progressivo de função renal, mantendo, contudo, diurese preservada e ausência de distúrbios iônicos.

Durante estudo realizado foi objetivado, para além do agravamento de função renal, aumento significativo de PSA, agravamento de uretero-hidronefrose bilateral e próstata de consistência pétrea ao toque retal. Por esse motivo foi pedida observação por Urologia que realizou biópsia prostática e colocação de nefrostomia direita.

Foi realizada tomografia computadorizada (TC) abdomino-pélvica para estadiamento local de neoplasia que mostrou próstata sem alterações imagiológicas de relevo e derrame pleural esquerdo 'de novo'. A radiografia torácica confirmou pulmão branco à esquerda.

Fez-se toracocentese diagnóstica tendo a análise de líquido pleural revelado a existência de urinotórax (líquido amarelo citrino, pH 7.37, rácio de Creatinina pleural/sérica de 1.3).

Dada ausência de melhoria clínica repetiu TC toraco-abdominopélvica que identificava dilatação de ambos os sistemas excretores, evidenciando mau funcionamento da nefrostomia, havendo uma coleção na topografia do espaço perirenal esquerdo posterior, estendendo-se para o espaço perirrenal sugerindo um urinoma. Na parede torácica esquerda foi identificada coleção líquida medindo 11 x 2,7 cm correspondendo a extensão do provável urinoma ipsilateral.

O doente foi submetido a colocação de nefrostomia esquerda e toracocentese evacuadora com melhoria clínica e imagiológica em radiografia torácica de controlo.

Após resultado anatomopatológico de biópsia prostática (adenocarcinoma da próstata, Gleason 7) o doente foi transferido aos cuidados da Urologia. Realizou ainda cintigrafia óssea que revelou foco de hiperatividade na cabeça/colo do fémur esquerdo sugestivo de metástase óssea. Apresentado em consulta de grupo oncológico foi decidido iniciar bicalutamida com intuito paliativo.

Durante restante internamento teve recuperação gradual de função renal para valores normais tendo tido alta para consulta externa de Urologia e Oncologia.

Discussão

Os autores destacam a raridade da entidade retratada tendo sido possível realizar diagnóstico

devido a uma elevada suspeição clínica de neoplasia prostática em doente com lesão renal aguda obstrutiva com ausência de melhoria após algaliação apesar de débitos urinários adequados.

P795

1684 CAUSA RARA DE DOR LOMBAR – UM CASO DE TROMBOSE DA ARTÉRIA RENAL

Joana Isabel Marques, Sara Mendonça Freitas, Ana Grilo, Fernando Martos Gonçalves

Hospital Beatriz Ângelo

A dor lombar está nos 5 motivos principais de recurso ao serviço de urgência, com prevalência 3.67-5.18% enquanto motivo de admissão. O diagnóstico diferencial inclui entidades de elevada prevalência como patologia osteoarticular e musculoligamentosa, neurológica, infecciosa, gastrointestinal, renal, entre outras. As causas renais mais associadas a dor lombar são a obstrutiva ou infecciosa.

A trombose da artéria renal é incomum mas responsável por morbilidade significativa. A manifestação mais frequente é a dor abdominal ou lombar e em menor frequência hematuria, náuseas, vômitos, febre ou hipertensão pelo que constitui um desafio diagnóstico.

Caso clínico

Apresenta-se o caso de um homem de 43 anos de idade, com história de hipertensão arterial e rim em ferradura. Recorre ao serviço de urgência por dor lombar / flanco direito, de elevada intensidade associado a náuseas e um episódio de vômito alimentar, sem febre, alterações da coloração da urina, disúria, alteração do trânsito intestinal ou outros sintomas. Analiticamente com elevação da creatinina face a avaliação prévia, sem elevação de parâmetros inflamatórios. A ecografia renal não mostrou presença de cálculos ou ureterohidronefrose. Por persistência de queixas álgicas apesar da terapêutica sintomática foi solicitada TC-abdomino-pélvica com contraste para melhor caracterização de sintomatologia que revelou rins em ferradura e trombose da artéria renal direita com enfartes confluentes na metade superior do rim direito e pequeno trombo na veia renal direita.

No internamento iniciou terapêutica hipocoagulante e foi realizada investigação etiológica dirigida, que excluíram causas anatômica, ateromatosa, embólica, neoplásica, inflamatória, infecciosa ou trombofílica. Assim, destaca-se: ANA, anticoagulante lúpico, anticardiolipinas e anti-glicoproteínas negativas; fator V de Leiden normal; HIV, hepatite B e C negativos bem como serologias para CMV, EBV, Herpes Zoster, Parvovírus e VDRL. Mais tarde completou o estudo trombofílico (homocisteína, antitrombina III, proteína C e S dentro dos

parâmetros da normalidade). Eletrocardiograma em ritmo sinusal e o ecocardiograma transtorácico e posteriormente o transesofágico não mostraram alterações e excluíram foco embólico. Repetiu avaliação imagiológica que excluiu presença de lesões sugestivas de lesões neoformativas, persistindo área de enfarte no polo superior do rim direito e trombose da artéria parcialmente permeabilizada.

Assumiu-se trombose da artéria renal idiopática e doente manteve hipocoagulação em ambulatório sem intercorrências.

Discussão

A ida ao serviço de urgência por dor lombar é uma realidade diária. A trombose da artéria renal rara e apresenta-se de forma inespecífica pelo que constitui um desafio diagnóstico a considerar em casos de maior refratariedade analgésica e para o qual não é identificada uma causa. Apesar de não ser determinada uma causa etiológica, este caso demonstra um diagnóstico raro e com estudo etiológico detalhado

P796

1961 SÍNDROME NEFRÓTICA POR DOENÇA DE LESÕES MÍNIMAS NO ADULTO

André Martins, Ana Barbosa, Ricardo Crespo, Inês Leite, Marina Fonseca, Rui Victorino

Serviço de Medicina II - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

INTRODUÇÃO

A síndrome nefrótica é caracterizada pela presença de proteinúria na faixa nefrótica, hipoalbuminemia e edema. A sua existência implica lesão glomerular e a etiologia mais comum nos adultos é a nefropatia diabética. A doença de lesões mínimas é a causa mais frequente nas crianças, sendo responsável por apenas 10 a 15% dos casos primários de síndrome nefrótica nos adultos. Caracteriza-se por lesão dos podócitos com alteração da normal carga negativa da membrana de filtração glomerular e consequente filtração indevida de macromoléculas de carga negativa, como a albumina.

CASO CLÍNICO: Homem de 72 anos com diagnósticos de hipertensão arterial, dislipidemia e esclerose lateral amiotrófica, admitido por quadro com uma semana de evolução de edemas generalizados, de predomínio nos membros inferiores até à metade inferior das pernas, mãos e, ao acordar, periorbitários, bem como cansaço para esforços progressivamente menores. Sem ortopneia nem dispneia paroxística nocturna. Radiografia de tórax com derrame pleural bilateral. Avaliação laboratorial com aumento de creatinina (1.25 mg/dL) e ureia (60 mg/dL), hipoproteinemia (4.9 g/dL), hipoalbuminemia (2.3 g/dL) e proteinúria (500 mg/dL) em amostra. A investigação adicional revelou

tratar-se de proteinúria na faixa nefrótica com 10241 mg/24h. Imunofixação sérica sem componente monoclonal e urinária sem Bence-Jones. Excluída diabetes (HbA1c 5.2%). Estudo de autoimunidade negativo. Ecocardiograma transtorácico com função sistólica global conservada. Ecografia renal com rins normodimensionados, diferenciação parenquimocentral e espessura parenquimatosa globalmente mantidas. Biópsia renal compatível com doença de lesões mínimas. Iniciou terapêutica diurética com furosemida para diminuição dos edemas e corticoterapia sistémica com prednisolona 1mg/Kg/dia verificando-se diminuição progressiva da proteinúria.

DISCUSSÃO: A síndrome nefrótica por doença de lesões mínimas é uma causa pouco frequente de síndrome nefrótica no adulto. O diagnóstico implica a exclusão de outras causas mais frequentes nesta faixa etária e biópsia renal para confirmação. A resposta à corticoterapia sistémica é geralmente excelente, embora determinadas situações impliquem outros imunomoduladores. O tratamento adequado e atempado é importante para prevenir as complicações desta síndrome.

P797

119 CONSEQUÊNCIAS IRREVERSÍVEIS DE UM ESTADO INFLAMATÓRIO SISTÉMICO

Diana Mendes Oliveira, Miguel Carvalho, João Enes Silva, Margarida Freitas Silva, Jorge Almeida

Centro Hospitalar e Universitário de São João

Introdução

A amiloidose AA é uma patologia sistémica caracterizada pela deposição extracelular de proteína sérica amiloide A. Existe geralmente um órgão mais afetado (o rim em 80-90% dos casos, maioritariamente com proteinúria nefrótica); outras manifestações incluem cardiomiopatia, síndrome do túnel cárpico ou hepatoesplenomegalia. Existem várias etiologias possíveis, nomeadamente estados que confirmam inflamação sistémica sustentada: artrites, vasculites, infeções crónicas ou neoplasias.

Caso clínico: Este caso clínico trata de um homem de 42 anos, paraplégico há 18 anos na sequência de um acidente de trabalho, a condicionar o aparecimento de úlceras trocântéricas bilaterais com alguns meses de evolução e provável doença renal crónica, sem seguimento médico prévio. Foi internado inicialmente por choque séptico com origem em úlceras infetadas, excluída a presença de osteomielite por ressonância magnética, a condicionar disfunção multiorgânica (neurológica, cardiovascular, respiratória, hematológica e renal) com necessidade de suporte invasivo de órgão. A disfunção renal permaneceu após a resolução do quadro agudo, tendo-se mantido em terapêutica de substituição da função renal por técnica de hemodiálise 3 vezes por semana. Do estudo

etiológico realizado, a destacar: ecografia renal com rins de dimensões reduzidas, sustentando a hipótese de cronicidade; face a estes achados, considerou-se não haver benefício em realizar biópsia renal; a análise de urina de 24 horas relevou proteinúria de 19 g/L; a imunofixação urinária e sérica confirmaram a ausência de excreção de cadeias leves, assim como a electroforese de proteínas séricas excluiu gamapatia monoclonal. Em conjunto, estes dados permitiram excluir o diagnóstico de amiloidose primária AL. Foi também pedida pesquisa de amiloide na gordura abdominal, que consegue estabelecer o diagnóstico em 80% dos casos; contudo, o resultado foi negativo. Por manutenção de suspeita forte de amiloidose, foi realizada pesquisa de amiloide nas glândulas salivares, que foi positiva "(...) depósitos acelulares, amorfos, eosinofílicos em localização peri-acinar e periductal, focalmente na parede de vasos, com refringência verde-maçã sob luz polarizada (com coloração Vermelho do Congo)". A

Discussão: A infeção crónica é responsável por 9-15% dos casos de amiloide secundária, sendo as infeções classicamente associadas a osteomielite e a tuberculose. O prognóstico é reservado se não for tratada a patologia inicial. Neste caso, dada a cronicidade das lesões cutâneas e o diagnóstico tardio de doença renal, não foi possível travar a deposição de amiloide e suas consequências com medidas farmacológicas. Este caso pretende deixar-nos alerta para o diagnóstico precoce de estados inflamatórios sistémicos, nomeadamente úlceras de pressão, cada vez mais comuns na população envelhecida, que podem levar à instalação de sequelas irreversíveis.

P798

1108 OS DESAFIOS PARA ALÉM DO RISCO CARDIOVASCULAR – UM CASO DE HIPERCALIÉMIA

Margarida Madeira, Gonçalo Mendes, Hugo Viegas, Pedro Freitas, Clara Rosa, Eugénio Dias
Centro Hospitalar de Setúbal

Introdução

A hipercaliémia é um achado comum em doentes hospitalizados. Mais comumente é atribuída a drogas que antagonizam o sistema renina-angiotensina-aldosterona ou a lesão renal aguda, apesar da taxa de filtração glomerular significativamente preservada.

Caso clínico: Apresentamos o caso de uma mulher de 85 anos, com história pessoal de cardiopatia isquémica, Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus tipo 2; Medicada com Lisinopril/Amlodipina 20/5mg; Ramipril 5mg; Bisoprolol 2.5mg e Vidagliptina/Metformina 50/1000mg. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de dor pré-cordial com algumas horas de evolução.

À entrada apresentava-se bradicárdica e com mialgias, analiticamente com hipercaliémia e elevação da Troponina I. Ficou internada para vigilância e correção da hipercaliémia. Durante o internamento foi objetivada acidose metabólica e doença renal crónica (DRC) agudizada com ClCr 25.9 mL/min. Foram suspensos todos os fármacos potencialmente hipercalémiantes, sem melhoria do quadro. Foi doseado o ionograma urinário e calculado o gradiente transtubular de potássio – inferior a 7, sugerindo a presença de Acidose Tubular Renal. Foram pedidos os doseamentos séricos de Aldosterona e Renina, e a doente teve alta com o diagnóstico de Acidose Tubular Renal tipo 4. Na reavaliação em Consulta do Dia no Hospital de Dia de Medicina Interna constatou-se que a hipercaliémia permanecia controlada em ambulatório, mantendo-se, contudo, a acidose metabólica.

Conclusão: A Acidose Tubular Renal tipo 4 é uma entidade subdiagnosticada, apesar de relativamente comum - estima-se que tenha uma incidência de 3.8% na população internada com hipercaliémia. A sua apresentação clínica é frustrante e manifesta-se tipicamente com variáveis graus de hipercaliémia, acidose metabólica hiperclorémica sem diminuição significativa da taxa de filtração glomerular. Os riscos derivam maioritariamente da magnitude da hipercaliémia. É mais prevalente na população diabética com compromisso ligeiro a moderado da função renal (DRC estágio 2-3). Em suma, o objetivo é consciencializar para a importância da investigação etiológica da hipercaliémia, que pode ser desafiante e não deve ser subestimada.

P799

1713 AMILOIDOSE AA: UMA ETIOLOGIA POUCO FREQUENTE

Manuel Monteiro, Inês Lopes, Luís Reis, Marta Torre, Luís Dias

Hospital de São José, Unidade Funcional Medicina 1.2

Introdução

A amiloidose AA é caracterizada pela deposição, a nível do tecido extracelular, de fibrilhas insolúveis formadas por subunidades da proteína amiloide A sérica, um reagente de fase aguda produzido pelos hepatócitos. É uma patologia que se desenvolve no contexto de estados inflamatórios crónicos, de natureza tanto infecciosa como não infecciosa. Descreve-se um caso de etiologia pouco usual.

Caso clínico: Mulher de 80 anos com história de cardiopatia isquémica e valvular, insuficiência cardíaca (IC), fibrilhação auricular sob anticoagulação e 2 episódios de trombose venosa profunda (TVP) no membro inferior (MI) esquerdo em 2009, a condicionar síndrome pós-TVP com 2 episódios subsequentes de tromboflebite/erisipela no referido membro. Internada por

intolerância a esforços progressivamente menores e sinais inflamatórios no MI direito, assumindo-se IC descompensada por celulite. Analiticamente apresentava PCR de 42 mg/L, salientando-se disfunção renal (creatinina 1.55 mg/dL, TFG_e 29 mL/min/1.73), hipoalbuminémia de 17.8 g/L e razão proteínas/creatinina na urina de 7563.7 mg/g, com perfil lipídico normal. O doppler dos MI excluiu novo episódio de TVP. Clinicamente houve resolução da infecção após antibioterapia empírica, mantendo contudo anasarca importante refratária a diurético em perfusão. Verificou-se agravamento progressivo da função renal (ureia 137 mg/dL, creatinina 2.45 mg/dL e TFG_e 18 mL/min/1.73) e da hipoalbuminémia (16.3 g/L), com urina de 24h a revelar proteinúria em faixa nefrótica de 3.9 g. Perante suspeita de síndrome nefrótica, fez-se estudo etiológico com eletroforese de proteínas que mostrou pico em alfa-2, mas com imunofixação normal; as serologias de VIH, VHB e VHC foram negativas, assim como o estudo da auto-imunidade e do complemento. A TC de corpo não evidenciou alterações sugestivas de processo neoplásico, e a biópsia da gordura abdominal foi negativa para amiloidose. A marcha diagnóstica culminou com biópsia renal que foi positiva para amiloidose AA. Por fim, e tendo em conta os episódios de TVP, foi feito o estudo de trombofilias que revelou homozigotia para o gene G20210A da protrombina. A doente teve alta, mantendo anticoagulação prévia e referenciada à Nefrologia.

Discussão: O rim é o órgão mais frequentemente envolvido na amiloidose AA, sendo a clínica variável, dependendo da localização e grau de envolvimento renal. Neste caso, a história clínica não sugere nenhuma das patologias caracteristicamente associadas à amiloidose AA. Uma hipótese explicativa seria o estado de hipercoagulabilidade, condicionado pela mutação G20210A do gene da protrombina, a causar os episódios de TVP e consequentes tromboflebites/erisipelas. Estes, por sua vez, podem ter causado o estado inflamatório crónico que culminou com a amiloidose AA, com acometimento renal e desenvolvimento do síndrome nefrótico. Por fim, o próprio síndrome nefrótico condiciona um estado de hipercoagulabilidade, o que poderá ter perpetuado o estado inflamatório.

P800

53 " O RIM TAMBÉM SOFRE"

Joana Braga, Ana Ventura, Clara Almeida, Ana Marta Gomes, Ana Luís, Antónia Furtado
Centro Hospitalar Gaia-Espinho

Introdução:

O ateroembolismo é uma doença multissistémica geralmente associada a doença aterosclerótica grave.

Em 25% dos casos pode ocorrer de forma

espontânea, mas na maioria das vezes é uma complicação de procedimentos endovasculares e/ou terapia anticoagulante ou trombolítica. Surge quando êmbolos de colesterol deslocam-se de uma placa aterosclerótica erodida para um ou vários leitos vasculares.

O atingimento renal designa-se doença renal ateroembólica (DRAE) e é causa de insuficiência renal aguda muitas vezes grave e prolongada, que ocorre semanas ou meses após o episódio embólico. O método de diagnóstico "gold standart" é a biópsia renal.

Caso Clínico:

Homem de 67 anos, antecedentes de AVC vertebrobasilar aterosclerótico (duplamente antiagregado), doença renal crónica (DRC) estadio 3, HTA, dislipidemia, episódio de isquemia do hallux esquerdo.

Doente internado 6 meses antes por AVC, á data da alta medicado com múltiplos fármacos que não faria previamente: AAS, clopidogrel, rosuvastatina, perindopril e pantoprazol e nessa altura creatinina 1.4 mg/dl. Desde há cerca de 1 mês referia lesões corporais dispersas e pruriginosas, dispneia, edema dos membros inferiores e diminuição do débito urinário motivo pelo qual realizou um controlo analítico. Neste apresentava agravamento da função renal com creatinina de 9.45 mg/dl pelo que foi encaminhado para o SU.

Objectivamente com discreto edema dos membros inferiores, e presença de "blue toes" em ambos os pés. Repetiu estudo analítico : anemia normocítica e normocromica, eosinofilia, creatinina 10.8 mg/dl, acidémia metabólica e hematoproteinúria não nefrótica, sem eosinofília. Na ecografia renal rins dimensões e espessura parenquimatosa globalmente preservadas, sem uropatia obstrutiva.

Admitiu-se LRA/lesão renal rapidamente progressiva, em provável contexto de nefrite intersticial aguda e/ou aterombolismo renal.

Iniciou pulsos de metilprednisolona com fraca resposta e sem melhoria da função renal e foi observado por oftalmologia que detectou êmbolos de colesterol binoculares.

Realizou biópsia renal que foi compatível com ateroembolismo renal.

Por não recuperação da função renal teve alta orientado para programa regular de hemodiálise.

Discussão:

A incidência exacta da DRAE não é conhecida, pois muitos casos não são diagnosticados ou são identificados post-mortem. Apresenta um prognóstico reservado e índice de mortalidade elevado.

Pretende-se com este caso demonstrar que esta

entidade deve ser considerada no diagnóstico diferencial de doentes com múltiplos factores de risco vasculares, que apresentem perda aguda da função renal, mesmo nos casos sem aparente factor precipitante, visto que este tipo de doentes se encontram em franco crescimento.

Salienta-se ainda que o importante está na prevenção, pois após a instalação de DRAE não existe terapêutica dirigida, podendo-se apenas realizar terapêutica de suporte como foi o caso.

P801

533 AN IGM NEPHROPATHY DIAGNOSED IN THE CONTEXT OF AN ACUTE VIRAL GASTROENTERITIS

Beatriz Donato, Adriana Paixão Fernandes, Sara Lamarosa Fernandes, Luís Pedro Falcão, Catarina Teixeira, Ana Cortesão Costa, Mário Raimundo, Sónia Silva, Edgar Almeida

Serviço de Nefrologia do Hospital Beatriz Ângelo

Introduction

IgM nephropathy (IgMN) is a rare glomerulonephritis, considered to be a bridge between minimal change disease (MCD) and focal segmental glomerulosclerosis (FSGS). Light microscopy (LM) and immunofluorescence (IF) are mandatory for the diagnosis. In contrast to the consistent deposits of IgM on IF, the LM findings are quite heterogeneous. IgMN can present as nephrotic syndrome or, less commonly, with hemato-proteinuria. Corticosteroids constitute the mainstay of treatment, as in MCD and FSGS.

We present a case report in which the absence of normalization of serum creatinine (sCr) after dehydration secondary to acute viral gastroenteritis and the abnormal urinalysis lead to the diagnosis of a chronic kidney disease (CKD).

Clinical case

A 18-year-old caucasian male presented with one-day history of diarrhea, vomiting and epidemiological context for AVG. Upon admission, physical exam was notable for dehydration, otherwise unremarkable. Initial laboratory data revealed leukocytosis with neutrophilia and impaired renal function (sCr of 1.53mg/dL). Acute gastroenteritis of viral etiology was admitted with prerenal acute kidney injury (AKI). An adequate hydration was done, with improvement of renal function (at discharge, sCr was 1.12mg/dL). Urinalysis disclosed hemato-proteinuria and renal ultrasound showed kidneys with normal size, but with a slight increase in echogenicity.

In the follow-up after discharge, he was asymptomatic, normotensive, without edema or macroscopic urine changes. There was persistent hemato-proteinuria and the 24 hours proteinuria

was 1.35g/dL. Anti-nuclear and anti-double stranded DNA antibodies and rheumatoid factor were negative and complement (C3 and C4) and IgA, IgG and IgM were within the normal range. Serological markers of hepatitis B and C virus and HIV were negative, as well as the antistreptolysin O test. The protein electrophoresis was normal. He started on ramipril, with slight improvement of proteinuria (1g/24 hours), but no improvement in renal function. A renal biopsy was performed and LM showed a discrete increase in mesangial axis with preserved capillary walls and free Bowman spaces. Very small areas of fibrosis and tubular atrophy at interstitial level were observed. IF was positive for glomerular immune deposits IgM(++). These findings were compatible with the diagnosis of IgMN. Given the stability of renal function and the absence of nephrotic proteinuria, there was no indication for immunosuppression. The patient was followed-up every 6-month with supportive treatment based on inhibitors of angiotensin converting enzyme and salt restriction. After a 3-year follow-up, he is clinically stable, with sCr 0.94 mg/dL and 24 hours proteinuria 413mg/dL.

Discussion

This case illustrates the importance of urinalysis and checking the renal function in patients recovering from AKI. The clinical suspicion lead to early diagnosis of IgMN, in which timely management helps improve outcome, by delaying the natural progression of CKD.

P802

1796 SÍNDROME NEFRÓTICO, UM SUSPEITO HABITUAL

Pedro Carlos, Ana Dionísio, Clara Jorge, Sónia Coelho, Ana Chaves, Ana Silva, Marlene Louro, Carla Gonçalves, Artur Gama, Leopoldina Vicente

Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

INTRODUÇÃO

Glomerulonefrite membranosa assume-se como a causa mais frequente de síndrome nefrótica em não diabéticos, correspondendo até 30% dos casos. Pode apresentar-se como fenómeno idiopático/primário ou secundário a várias patologias como lúpus eritematoso sistémico.

CASO CLINICO

Homem, 73 anos, com antecedentes de síndrome apneia obstrutiva do sono, hipertensão arterial com cardiopatia hipertensiva e gastrite crónica.

Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por quadro gradual com 7 meses de evolução caracterizado por edema palpebral e dos membros inferiores. Refere ainda dispneia para médios esforços e tosse irritativa nos últimos 6 meses, agravados nas últimas 2 semanas. Nega expectoração, toracalgia,

febre, rinorreia ou outras queixas.

No SU, exame objectivo revela bilateralidade de edema palpebral assim como edema significativo com godet positivo em toda a extensão dos membros inferiores. Ainda observável eritema maleolar com prurido mas sem outros sinais inflamatórios, sem sugestão de anasarca ou alterações em auscultação cardíaca ou pulmonar. Analiticamente com anemia discreta, trombocitopenia, hipoalbuminemia, proteinúria e hemoglobinúria. Sem alterações em ionograma ou função renal nem elevação de ProBNP.

Internamento para estudo de suspeita de síndrome nefrótica, com exames complementares a confirmar elevação de perfil lipídico e proteinúria em gama nefrótica. Associava-se ainda redução de cadeias lambda, aumento IgG e de relação Kappa/Lambda, com restante estudo: autoimunologia, serologia, função tiroideia, imunofixação sérica e urinária sem alterações evidentes. Pesquisa de neoplasia oculta sem achados relevantes.

Colaboração de Nefrologia para complementar estudo e otimização terapêutica, tendo-se colocado hipótese principal de glomerulonefrite membranosa, confirmada em biópsia renal posterior que revelou proliferação celular normal sem fibrose relevante e depósitos granulosos parietais de características compatíveis. Sem outras alterações sugestivas de etiologia secundária, tendo-se assumido diagnóstico de Glomerulonefrite Membranosa Idiopática, apesar de pesquisa AGFLA2R negativa (que ocorre em até 20% dos casos).

Terapêutica inicial com furosemda em dose diária inicial de 200mg, IECA associado a ARA e estatina. Posteriormente, início de corticoterapia e ciclofosfamida com bom controlo de queixas, perda ponderal de 12Kg e reversão parcial de alterações analíticas em reavaliação após 3 meses.

CONCLUSÃO

Glomerulonefrite membranosa assume-se como um dos fenómenos mais frequentes relacionado com síndrome nefrótica, com grande percentagem dos casos (75%) a apresentar-se como idiopático, sendo que os restantes beneficiam do tratamento dirigido para patologia subjacente.

Assim, salienta-se a relevância de estudo complementar de síndrome nefrótica para esclarecimento etiológico que permita terapêutica dirigida e adequada, já que com esta 40% dos casos atingem remissão completa e apenas 10% evoluem para insuficiência renal progressiva.

P803

271 DOENÇA DAS LESÕES MÍNIMAS: UM DIAGNÓSTICO POUCO FREQUENTE EM ADULTOS

Arsénio Barbosa, Miguel Relvas, José Silvano, Catarina Ferreira, António Vieira-Lopes, Jorge Almeida

Centro Hospitalar São João

Introdução

A doença das lesões mínimas é a principal causa de síndrome nefrótica em crianças (cerca de 90% dos casos) e de menos de 10% dos casos em adultos.

Caso clínico: Apresenta-se o caso clínico de um homem de 85 anos com história de diabetes mellitus tipo 2 com pelo menos 10 anos de evolução, com razoável controlo metabólico com 3 fármacos, sem história de nefropatia ou outra lesão de órgão-alvo. Recorreu ao serviço de urgência por edema progressivo dos membros inferiores, associado a náuseas e vômitos com uma semana de evolução. À admissão, apresentava lesão renal aguda (ureia 191 mg/dL e creatinina 6,4 mg/dL), hipoalbuminemia grave (1,6g/dL) e sedimento urinário com proteinúria nefrótica (>20g/dia em urina de 24h), sem eritrócitos dismórficos ou eosinófilos, tendo sido internado no Serviço de Medicina Interna para estudo de síndrome nefrótica. Por agravamento da hipervolemia, hiperfosfatemia e uremia refratária ao tratamento médico, iniciou técnica de substituição da função renal (TSFR).

Do estudo realizado, proteinograma sem pico monoclonal, imunologia (ANA's, ANCA's, FR, TASO e anti-MB glomerular) negativos, serologias víricas negativas para VIH, HCV e HBV, função tiroideia normal, biópsia da gordura abdominal negativa para substância amiloide, bem como TAC toraco-abdomino-pélvico sem alterações de relevo, com rins de dimensões normais. Para esclarecimento da lesão renal, foi realizada biópsia renal cujo resultado revelou alterações compatíveis com doença das lesões mínimas.

Por sépsis com ponto de partida não esclarecido, iniciou ceftazidima e vancomicina, entretanto esta última suspensão, com o conhecimento de urocultura e hemoculturas positivas para *Pseudomonas aeruginosa* sensível à ceftazidima e carbapenemos, tendo cumprido, no total, 14 dias de antibioterapia. A imunossupressão foi iniciada após estabilização do quadro infeccioso (prednisolona na dose de 1mg/kg/dia), tendo-se verificado melhoria progressiva da função renal com valores de creatinina plasmática de 2,8 mg/dL e recuperação da diurese, sem necessidade de TSFR.

Teve alta orientado para a consulta de Nefrologia onde completou 12 semanas de corticoterapia, mantendo remissão completa (proteinúria 0,21g/dia; albumina 36 g/dL e creatinina 0,98 mg/dL).

Discussão: Este caso pretende salientar a importância do estudo de síndrome nefrótica, com a colocação de vários diagnósticos diferenciais (infecções, neoplasia, fármacos, bem como doenças glomerulares) e a necessidade de biópsia renal para o diagnóstico definitivo.

P804

419 GLOMERULONEFRITE CRESCÊNICA PAUCI-IMUNE: UMA VASCULITE ASSOCIADA AO ANCA

Cristiana Fernandes, Miguel Costa, Sofia Barroso, Carlos Oliveira

Hospital Santa Maria Maior - Barcelos

A glomerulonefrite rapidamente progressiva (GNRP) é uma síndrome caracterizada por perda rápida de função renal, associada à presença de mais de 50% dos glomérulos com crescentes epiteliais na biópsia renal. A variante pauci-imune é a forma mais comum da GNRP primária (80% dos casos). A patologia é definida por ampla inflamação glomerular com pouco ou nenhum depósito imune, geralmente concomitante a vasculite de pequenos vasos. Cerca de 90% dos pacientes com GNRP pauci-imune apresentam níveis circulantes de anticorpo anti-citoplasma de neutrófilos (ANCA), o que dá origem à nomenclatura da vasculite associada ao ANCA.

Homem, 63 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hiperuricemia, dislipidemia e cardiopatia isquémica. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de tosse seca, edema periférico e urina espumosa. No estudo foram identificadas alterações da função renal, assumindo-se insuficiência renal rapidamente progressiva (função renal previa normal). Tinha sedimento urinário activo, proteinúria nefrótica e rins imagiologicamente normais. Colheu estudo imunológico que revelou título elevado de ANCA MPO+; fez biópsia que mostrou alterações compatíveis com glomerulonefrite crescênica pauci-imune. Excluiu-se atingimento pulmonar e iniciou terapêutica para a vasculite.

A glomerulonefrite com vasculite ANCA positiva é a forma mais comum de glomerulonefrite de novo em adultos com mais de 50 anos. Um diagnóstico atempado e o início de terapêutica imunossupressora apropriada é essencial para um bom prognóstico nos doentes com vasculite ANCA. O diagnóstico definitivo é confirmado por biópsia, no entanto é lícito fazer um diagnóstico presuntivo baseado na clínica, num teste positivo para ANCA e na baixa probabilidade de outra etiologia, de forma a iniciar precocemente o tratamento e diminuir a sua morbi-mortalidade. Sem tratamento, a GNRP pauci-imune tem uma mortalidade a 1 ano de 80%. Com a imunossupressão adequada, a sobrevivência a 5 anos é de 75%. Uma idade mais avançada, a dependência de diálise e a presença de hemorragia

pulmonar agravam o prognóstico. Apesar de ser possível induzir remissão na maioria dos doentes, cerca de 40% apresentam recidiva, o que significa que é necessário fazer uma monitorização apertada destes doentes.

P805

127 TROPISMO RENAL DE UM VÍRUS TIPICAMENTE HEPATOTRÓPICO

Ana Oliveira, Patrícia Baptista, Sara Martins, Tânia Ferreira, Sara Silva, João Correia

Centro Hospitalar do Porto

Apesar da existência de vacinação eficaz contra o Vírus da Hepatite B (VHB) há mais de 30 anos, esta infecção continua a ser um problema maior de saúde, com sequelas não apenas hepáticas, como extra-hepáticas, nomeadamente a nível renal. A Nefropatia IgA é a glomerulopatia mais comum nos adultos, bem como a principal causa de hematuria glomerular, podendo ser primária ou secundária a uma grande diversidade de patologias.

Apresenta-se o caso de um homem de 59 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, que se apresenta no SU com quadro de dispneia, diarreia e arrepios, iniciando micções de urina cor de café já durante a sua permanência no hospital. Sem alterações relevantes ao exame físico para além de febre. Analiticamente com insuficiência respiratória tipo 1, aumento discreto de parâmetros inflamatórios, sem agravamento relevante de função renal, sem alteração dos parâmetros hepáticos, com hematuria glomerular (dismorfia eritrocitária 60%) e proteinúria subnefrótica. Estudo imunológico negativo. Serologias com AgHBs, Anti-HBc e Anti-HBe positivos, AgHBe e anti-HBs negativos, carga viral 13UI/mL (limiar de quantificação 10UI/mL); serologias Vírus da Hepatite C, Vírus da Hepatite D e Vírus da Imunodeficiência Humana negativas. Biópsia renal compatível com nefropatia por IgA.

Permanece a dúvida se a nefropatia IgA é secundária a infecção pelo VHB ou se se trata de uma nefropatia primária, dada a baixa carga vírica apresentada pelo doente e ausência de manifestações a nível hepático. Contudo, perante a ausência de testes que permitam excluir com segurança a associação entre as duas patologias, e tendo em conta que o VHB é presumivelmente a causa vírica mais comum de nefropatia, o doente iniciou terapêutica com entecavir.

P806

136 POLIQUISTOSE HEPÁTICA – UMA FORMA EXUBERANTE DE APRESENTAÇÃO

Claudemira Pinto, Filipa Silva, Arsénio Barbosa, Inês Marques, Jorge Almeida.

Centro Hospitalar Universitário de São João, Serviço de Medicina Interna

A Doença Hepática Poliquística apresenta-se de duas formas genéticas distintas: como doença isolada do fígado (DPH) e como doença autossômica dominante (DRPAD), coexistindo quistos no fígado e rim. A primeira é uma doença hereditária rara com incidência estimada de < 0,01% e manifesta-se pela presença de múltiplos quistos no fígado. A segunda é mais comum, ocorrendo em aproximadamente 1 em cada 1000 nados vivos. Em 78% das famílias com DRPAD têm alteração no cromossoma 16 (locus PKD1) e 14% tem alteração no cromossoma 4 (locus PKD2). Apresenta-se por dor abdominal, dilatação renal por quistos, hematuria, HTA, IR progressiva com manifestações extra-renais como quistos hepáticos e aneurismas intracranianos. Apresenta-se um homem de 73 anos, que recorreu ao SU por quadro constitucional com 2 meses de evolução, com astenia, anorexia, mau estado geral e enfartamento pós-prandial. Ao exame objectivo na admissão encontra-se hipotenso, desnutrido e abdómen de grande volume com hepatomegalia exuberante e múltiplas massas palpáveis. Tinha antecedentes de DM tipo 2, FA, anemia ferropénica e quistos hepáticos múltiplos. Sem história familiar de relevo. A admissão, analiticamente apresentava anemia (Hb 10,6 g/dL), plaquetas $283 \times 10^9/L$, VS 99 mm/1h, PCR 270 mg/L, albumina 23 g/L, colestase hepática, com lesão renal aguda (Cr 1,67 mg/dL), com hiponatremia e BNP 770 pg/mL. Realizou TC-TAP que revelou “volumosa hepatomegalia (cerca de 30 cm de diâmetro longitudinal com parênquima substituído por inúmeros quistos com relação com poliquistose hepática, alguns com calcificações e conteúdo denso, condiciona efeito de massa sobre as estruturas adjacentes.” Os exames microbiológicos foram negativos e dada ausência de foco infeccioso evidente, este quadro foi interpretado como secundário à poliquistose hepática e renal. Manteve-se sem febre, com melhoria do estado geral, normalização da função renal e descida dos parâmetros inflamatórios com a terapêutica médica instituída e apoio de Nutrição. Fez angioTC cerebral que não revelou formações aneurismáticas. Foi pedida colaboração da Genética Médica, tendo sido colhido estudo genético que foi negativo para o locus PKD1 e PKD2, aguardando o resultado da pesquisa de mutação de PRKCSH, SEC63 e LRP5. Contudo em 80% dos casos de DPH os testes genéticos são negativos e o seu resultado não afecta a decisão terapêutica. A DPH mantém-se assintomática na maioria dos doentes e a longo prazo esta forma predominantemente hepática tem prognóstico mais favorável que a DPRAD. A

maioria dos doentes permanece assintomática e 2-5% desenvolvem sintomas como consequência do aumento progressivo do número e do volume dos quistos. Os fígados poliquísticos podem tornar-se até 10 vezes maiores do que o seu tamanho normal e comprimir órgãos abdominais e torácicos adjacentes. Os sintomas resultantes reduzem a qualidade de vida e não obstante a função hepática não estar alterada, a hepatomegalia pode causar desnutrição grave e morte.

P807

514 DOENÇA ANTI-MEMBRANA BASAL GLOMERULAR: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Teresa Medeiros, Mário Bibi, Sara Castelo Branco, Eduardo Eiras, Teresa Chuva, Rui Henrique, Cátia Cunha ULSM - Hospital Pedro Hispano

Introdução

A doença anti-membrana basal glomerular (MBG) é uma vasculite de pequenos vasos, rara (<1 por milhão população/ano), caracterizada pela presença de anticorpos circulantes contra a cadeia alfa do colagénio tipo IV (principal componente da membrana basal glomerular) com consequente envolvimento renal e/ou pulmonar. A apresentação típica é uma lesão renal rapidamente progressiva (LRRP), mas pode haver atingimento pulmonar concomitante (com hemorragia alveolar) em 2/3 dos casos. A incidência etária é bimodal com picos na terceira e sétima décadas de vida, sendo o atingimento renal exclusivo mais típico no pico tardio.

Descrição

Caso clínico: Homem de 62 anos, caucasiano, auxiliar de acção educativa. Ex-fumador (UMA 20), antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2 sem lesão de órgão-alvo, HTA e dislipidemia. Admitido por clínica de infecção respiratória, com uma semana de evolução, sem resposta a ciclo de amoxicilina/ac. clavulânico. Na admissão, apresentava LRRP (com agravamento progressivo até um máximo de pCr 7.2 mg/dL), proteinúria (2,5g/g), eritrocitúria (>50/campo) e elevação dos parâmetros inflamatórios (Leucócitos $16.510/\mu L$, Neutrófilos 84%, PCR 110mg/dL) mas sem evidência de infecção activa. Do estudo etiológico destaca-se: anticorpos anti-MB positivos (>600 UI/mL), ANCA, ANAs e ENAs negativos, TASO normal, sem consumo de complemento, imunoelectroforese sem evidência de monoclonalidade. Realizada biópsia renal que mostrou glomerulonefrite crescêntica com crescentes celulares e fibrocelulares em 11 de 18 glomérulos (os restantes 7 apresentavam esclerose global), fibrose intersticial e atrofia tubular em 75-100% e imunofluorescência com marcação linear IgG e C3. Excluído atingimento pulmonar.

Foi assim diagnosticada uma doença anti-MBG e iniciada hemodialise e tratamento imunossupressor com plasmáfereze, corticoterapia endovenosa e ciclofosfamida oral. O doente evoluiu desfavoravelmente ao fim de 12 dias de tratamento, com intercorrência infecciosa que motivou a suspensão de plasmáfereze e ciclofosfamida, sem recuperação da função renal apesar da redução dos títulos de anticorpos anti-MBG. Foi decidido não reiniciar imunossupressão pelo baixo potencial de recuperação considerando o resultado definitivo da biópsia renal.

Discussão: A doença anti-MBG deve ser um diagnóstico a considerar perante uma LRRP, confirmado pela presença de GN crescêntica com deposição linear de IgG na MBG em biópsia renal e de anticorpos anti-MBG circulantes. O tratamento combinado com plasmáfereze (remoção dos anticorpos), citotóxicos e corticóides (redução da produção dos anticorpos) permite recuperação renal, mas factores como oligoanúria, necessidade de diálise à apresentação e elevada proporção de crescentes glomerulares auguram um mau prognóstico renal. A presença de todos estes factores e fibrose tubulo-intersticial significativa neste doente tornava expectável a evolução para insuficiência renal terminal.

P808

805 FEBRE NO DOENTE EM HEMODIÁLISE – UM DESAFIO NO DIAGNÓSTICO DO DOENTE

António Braga, Clara Machado-Silva, Inês Nogueira-Costa, Núria Jorge, Joana Pimenta, Jorge Almeida
Medicina Interna, Centro Hospitalar Universitário de São João

Febre no doente em Hemodiálise – um desafio no diagnóstico do doente

Introdução

A Febre é um problema frequente e significativo encontrado em doentes em programa regular de Hemodiálise (HD), apresentando várias causas incluindo processos infecciosos, malignos e alérgicos, e podendo manifestar apenas sinais frustres neste grupo de doentes.

Caso Clínico

Doente de 71 anos, com história pregressa de Diabetes Mellitus tipo 2 com 45 anos de evolução, com evidência de lesão de órgão-alvo micro- e macrovascular, nomeadamente antecedentes de Cardiopatia Isquémica e Valvular, com EAMSSST dois anos antes, e com Estenose Aórtica grave com compromisso moderado da função VE submetida a Cirurgia de Substituição valvular com Prótese Biológica no ano anterior, bem como Doença Renal Crónica também desde o ano anterior sob HD, com acesso atual por CVC tunelizado na veia jugular interna.

O doente recorreu por queixas com 3 dias de evolução de febre e dor cervical associado a arrepios e mal estar, apresentando no estudo analítico inicial leucopenia e elevação de parâmetros inflamatórios, tendo sido inicialmente assumido o diagnóstico de provável infeção do acesso vascular de HD, o qual foi extraído, tendo sido constatada Bacteriémia por *Enterococcus faecalis* e iniciada antibioterapia com associação de Ampicilina e Gentamicina.

Apesar de as últimas hemoculturas positivas terem ocorrido pelo 7º dia de terapêutica antibiótica, o doente apresentou persistência de picos febris durante as primeiras 4 semanas de terapêutica, pelo que foi necessário adotar uma abordagem de procura ativa de possíveis focos adicionais subjacentes carecendo de controlo efetivo para mais correta estratificação terapêutica neste doente.

Neste sentido, o doente não apresentava outra clínica infecciosa focalizadora, demonstrava ausência de evidência imagiológica de espondilodiscite vertebral ou evidência de endocardite e aortite em ecocardiograma transtorácico e transesofágico, e apresentava achados inflamatórios residuais inespecíficos associados à recente intervenção cirúrgica valvular por PET. Posteriormente, o doente apresentou evolução clínica e analítica favorável em internamento, tendo cumprido 6 semanas de antibioterapia eficaz e tendo sido adotado novo acesso para HD por FAV, pelo que foi concluída nesta etapa a investigação diagnóstica realizada.

Discussão

O presente Caso ilustra, num doente com antecedentes e quadro clínico de apresentação frequentes em contexto de internamento hospitalar, a necessidade de manutenção de um elevado índice de suspeição relativamente à possibilidade de presença de patologia subjacente requerendo controlo de foco ou otimização terapêutica no doente em HD que apresenta com síndrome febril, em particular o alargamento de investigação etiológica por etapas no doente que não responde à terapêutica instituída, sublinhando ainda a importância da consideração da história pregressa e intervenções que constituam fatores de risco para a sua valorização precoce.

P809

830 ONDE PARAM OS RINS? ANTES, DURANTE OU DEPOIS?

Lourenço Cruz, Diogo Antão, Torcato Moreira Marques, Valentina Tosatto, Marcos Mesquita, Cristiano Cruz, Paula Nascimento, Zsófia Vesza, André Almeida, Rita Barata Moura, António Guerreiro

Unidade Funcional Medicina 4 - Hospital Santa Marta - Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, Portugal

Introdução

A lesão renal aguda (LRA) caracteriza-se por uma diminuição abrupta e reversível da taxa de filtração glomerular (TFG), com elevação de creatinina (Cr) e ureia (Ur) e/ou diminuição da diurese. Pode ter múltiplas etiologias: pré-renal, parenquimatosa intrínseca e obstrução pós-renal, dependendo o diagnóstico diferencial do contexto clínico, avaliação laboratorial sérica e urinária e avaliação imagiológica.

Descrição

Os autores apresentam o caso de um homem de 82 anos com adenocarcinoma da próstata diagnosticado há 6 anos, Gleason score 3 + 3, tratado com hormonoterapia, com aumento do PSA nos últimos 2 anos e metastização óssea detectada há 3 meses, que internado na sequência de quadro com 3 meses de evolução de cansaço, nictúria e edema. Apresentava edema exuberante dos membros inferiores com envolvimento genital, diminuição da diurese e LRA (Cr 3,22 mg/dL; Ur 147 mg/dL; TFG 17 mL/min/1,73) dilatação pielocalicial bilateral ecográfica e em tomograficamente, com compressão das junções ureterovesicais e ureterohidronefrose bilateral. Em internamento, deu-se um agravamento marcado e célere da função renal (Cr 11,11; Ur 257; TFG 4), com proteinúria subnefrótica e sem melhoria da diurese apesar do reforço de diuréticos. Todo o estudo etiológico para causas renais foi inconclusivo. Colocado cistocáteter, com ligeira melhoria da diurese e retenção azotada, pelo que iniciou hemodiálise. Na reavaliação ecográfica persistia hidronefrose significativa, pelo que foram colocadas nefrostomias. Desde então iniciou-se fase poliúrica pós desobstrutiva com melhoria significativa da diurese, sobrecarga hidrossalina e normalização da função renal (creatinina 1,18; ureia 54; TFG 57), permitindo a suspensão de hemodiálise, a retirada do cistocáteter e a alta.

O caso apresentado é um exemplo da exuberância de um quadro de LRA com obstrução pós-renal e demonstra a dificuldade em determinar o diagnóstico etiológico, o que frequentemente obriga à exclusão de outras causas, ainda que menos prováveis.

P810

1787 DOENÇA RENAL POLIQUISTICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Rafael Nascimento, Fabiana Gouveia, João Miguel Freitas, Rita Vieira, Luz Brazão
Hospital Central do Funchal, SESARAM EPE, Funchal, Portugal

Introdução

Apresenta-se uma doença renal poliquística autossômica dominante (DRPAD), diagnosticada no serviço de urgência em contexto emergente, salientando-se a importância da história clínica e

exame objetivo perante um diagnóstico rápido e abordagem adequada.

Caso Clínico

Sexo feminino de 53 anos de idade com antecedentes de hipertensão arterial recorre ao serviço de urgência (SU) por quadro com vários meses de evolução de náuseas, vômitos, astenia e oligúria. Ao exame objetivo apresentava-se calma, eupneica, consciente, colaborante destacando-se palidez cutânea, abdômen indolor à palpação profunda com massa palpável no flanco direito e outra no flanco esquerdo de limites mal definidos cuja superfície era nodular. Pela presença de quadro de evolução progressiva aliado aos achados clínicos levantou-se a hipótese de insuficiência renal crónica por possível doença poliquística renal ou por quadro de ureter hidronefrose bilateral por obstrução infra-vesical.

Da investigação realizada destacava-se a presença de uma anemia normocromica/normocitica com hemoglobina de 4.8 g/dL com 25.000 plaquetas, uremia (478 mg/dL), creatinina de 21.87 mg/dL, hipercaliemia de 6.0 mEq/L e acidose metabólica (pH 7.08, pCO₂ 24.4 mmHg e HCO₃- 7.3 mmol/L).

Nesse sentido realizou ecografia renal e vesical que mostrou rins aumentados com perda da diferenciação cortico-medular, substituídos por múltiplos quistos de dimensões variáveis e paredes anfractuadas, em relação com DRPAD. A doente iniciou terapêutica de substituição da função renal (TSFR) com melhoria clínica acabando por ter alta ao fim de 6 dias de internamento.

Discussão

Apresenta-se um diagnóstico de DRPAD realizado no SU, em contexto emergente salientando a importância que a história clínica e o exame objetivo possuem perante a marcha diagnóstica do internista no SU. O caso em questão exemplifica igualmente a necessidade do internista em ter presente as indicações de TSFR em contexto de urgência, com o intuito de não promover atrasos no tratamento correto destas patologias.

P811

2061 UMA ETIOLOGIA POUCO COMUM DE DOENÇA RENAL

Vilma Laís Grilo, Helena Pires, Magno Dinis Sousa, Ana Glória Fonseca, Francisca Delerue
Hospital Garcia de Orta

Introdução:

A dispneia e edema periférico são motivos frequentes de admissão hospitalar, englobando uma plêiade de diagnósticos diferenciais. De entre as etiologias a considerar refere-se a renal, nomeadamente o síndrome nefrótico, que constitui uma das formas de apresentação de doença glomerular.

Caso Clínico:

Homem de 62 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 bem controlada (HbA1c 6.8%), hipertensão arterial e hábitos tabágicos. Admitido por quadro de edema periférico, aumento do volume abdominal, dispneia com o esforço e ortopneia com um mês de evolução e de agravamento progressivo. À admissão encontrava-se hipertenso, apirético, polipneico, com crepitações bibasais na auscultação pulmonar, semiologia de ascite e edema periférico. Analiticamente com creatinina de 2.6mg/dL e sedimento urinário com hemato-proteinúria. Radiografia de tórax com derrame pleural esquerdo, tendo sido realizada toracocentese diagnóstica, negativa para infecção ou neoplasia. Ecocardiograma transtorácico com função sistólica preservada, derrame pericárdico moderado. Avaliação da urina de 24h com proteinúria na faixa nefrótica (proteínas totais 26.145 mg/24h). Estudo complementar identificou hipercolesterolemia, hipoalbuminemia, função tiroideia normal, serologias virais negativas, complemento normal, electroforese de proteínas sem componente monoclonal, proteína de Bence Jones negativa, crioglobulinas, anticorpos antinucleares e anti-citoplasma de neutrófilo negativos. Tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica sem lesões focais. Avaliado por Nefrologia e realizada biópsia renal, que identificou glomerulonefrite crescêntica pauciimune (pesquisa de substância amiloide negativa, imunofluorescência negativa). Admitiu-se o diagnóstico de glomerulonefrite crescêntica pauciimune em provável relação com vasculite renal ANCA negativa, sem envolvimento sistémico. Dado o progressivo agravamento clínico e da função renal, iniciada terapêutica imunossupressora com corticoide e posteriormente ciclofosfamida, com fraca resposta.

Discussão:

A glomerulonefrite crescêntica pauci-imune constitui uma forma de glomerulonefrite rapidamente progressiva, que se manifesta por perda de função renal de forma acelerada. A maioria dos doentes com vasculite limitada à forma renal apresentam ANCA positivo (cerca de 90%), no entanto doentes com ANCA negativo apresentam características clínicas e patológicas semelhantes. O tratamento passa pela imunossupressão, sendo o prognóstico renal condicionado pelo estadió da doença renal à data do diagnóstico.

P812

79 HIPERTENSÃO ARTERIAL – QUANDO O CULPADO É O RIM!

Sofia Gonçalves, Luís Resende, Gil Silva
Hospital Central do Funchal

Introdução

A hipertensão arterial pode ser classificada como primária (ou essencial) ou secundária. Define-se como secundária quando apresenta uma causa identificável, passível ou não de correcção. A doença renovascular é uma causa importante, potencialmente corrigível, de hipertensão arterial secundária que se associa frequentemente a hipertensão de difícil controlo, apesar de terapêutica farmacológica optimizada e a insuficiência renal.

Caso clínico: Doente sexo masculino, 75 anos, obeso, com antecedentes de diabetes mellitus, hipertensão arterial (HTA) com 20 anos de evolução e dislipidémia. Referenciado à consulta de Nefrologia por HTA e proteinúria (0.5 gramas/24 horas). Realizava terapêutica anti-hipertensora, em ambulatório, com telmisartan, hidroclorotiazida, lercanidipina e indapamida, com aparente adesão terapêutica. Contudo, mantinha descontrolo tensional significativo (HTA grau 3), pelo que foi efectuado estudo direccionado às causas secundárias de HTA. O estudo analítico não revelou alterações e o ecocardiograma revelou hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo mas com boa função sistólica global. Foi realizado eco-doppler das artérias renais que, por ser inconclusivo, foi complementado por angio tomografia computadorizada das artérias renais. Este exame revelou aterosclerose da aorta e das artérias renais, condicionando estenose a nível da artéria renal direita (65%) e da artéria renal esquerda (56%). Foi optado por tentativa de resolução endovascular, tendo-se optimizado a terapêutica farmacológica. No entanto, manteve valores tensionais elevados (HTA grau 1/2), acabando por desenvolver nefropatia hipertensiva que condiciona, actualmente, doença renal crónica em estadio 3.

Discussão: A estenose das artérias renais, de causa aterosclerótica, é uma das causas mais comuns de hipertensão renovascular, pelo que os autores consideram fundamental tê-la em consideração na investigação etiológica de causas secundárias de hipertensão arterial de difícil controlo.

P813

266 DERRAME PERICÁRDICO ASSOCIADO À HEMODIÁLISE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Arsénio Barbosa, Claudemira Pinto, Inês Marques, Beatriz Carmo, Filipa Silva, Jorge Almeida
Centro Hospitalar São João

Introdução

O derrame pericárdico é um achado comum em doentes com doença renal crónica terminal. Para além das etiologias encontradas na população geral, duas entidades são exclusivas destes doentes: derrame pericárdico urémico e derrame pericárdico associado à diálise. Uma e outra distinguem-se

pela altura em que ocorrem após o início de diálise: derrame pericárdio urémico até 8 semanas após o início de diálise e derrame pericárdico associado à diálise 8 semanas após o início.

Caso clínico: Apresenta-se o caso clínico de um homem de 65 anos, com história relevante de doença renal crónica terminal em programa regular de hemodiálise (HD), que iniciou 6 meses antes, secundária a nefropatia diabética. Referenciado da clínica de HD por hipotensão sintomática, com necessidade de interromper ultrafiltração. A admissão, apresentava perfil tensional de 90/50 mmHg, sons cardíacos rítmicos, mas ensurdecidos, sem sopros ou atrito pericárdico, sem pressão venosa jugular. O electrocardiograma revelou ritmo sinusal, sem critérios de baixa voltagem e a radiografia de tórax mostrou índice cardiotorácico muito aumentado com alargamento do mediastino. Pela suspeita de derrame pericárdico, realizou ecocardiograma transtorácico que revelou derrame pericárdico de grande volume, circunferencial, sobre as cavidades direitas, com boa função sistólica biventricular. Foi internado para estudo etiológico do derrame pericárdico. Durante o internamento, foram realizadas 5 sessões diárias de HD, com boa tolerância e resolução dos sinais de hipervolemia. Repetiu ecocardiograma transtorácico que mostrou derrame de moderado volume. Dada a melhoria da dimensão do derrame, não foi realizada pericardiocentese. Do estudo etiológico, apresentou marcadores víricos negativos para HIV e HCV, imune para HBV, electroforese de proteínas sem pico monoclonal, sem consumo de complemento e estudo imunológico negativo. Para exclusão de causa paraneoplásica, realizou TAC-cervico-toraco-abdomino-pélvico que não evidenciou processo neoplásico.

Foi assumido derrame pericárdico associado a hemodiálise e o doente teve alta dada estabilidade clínica, orientado para o Centro de Diálise.

Discussão: O derrame pericárdico associado à diálise trata-se de um diagnóstico de exclusão, mas frequente nos doentes com doença renal crónica terminal. Este caso pretende demonstrar a abordagem de derrame pericárdico com exclusão de causas frequentes como infeção ou neoplasia, até chegar ao diagnóstico final. Como descrito na literatura, o tratamento passa pela intensificação da diálise levando a diminuição ou resolução da quantidade de líquido pericárdico, o que se verificou neste doente e corroborando o diagnóstico.

P814

1372 CORTICÓIDES – UMA FACA DE DOIS GUMES!

Ana Rita Matos, Bernardo Faria
Hospital de Braga

INTRODUÇÃO

Os corticóides constituem um tratamento importante de muitas doenças inflamatórias, alérgicas, imunológicas e neoplásicas. No entanto, a sua toxicidade não é menosprezável, representando uma das principais causas de iatrogenia medicamentosa nas doenças crónicas. Os seus efeitos adversos podem ser muito variáveis – desde alterações menos graves mas desagradáveis para os doentes, como o aspecto cushingóide, até situações potencialmente fatais.

CASO CLÍNICO: Apresenta-se o caso de uma jovem de 24 anos com o diagnóstico de glomerulosclerose segmentar focal (GESF), medicada após o conhecimento desta patologia com corticoterapia em alta dose (prednisolona 1mg/Kg/dia). Com esta dose de prednisolona, que manteve durante 4 meses, atingiu remissão completa, tendo-se, posteriormente, realizado diminuição progressiva da mesma. Após 8 meses de corticoterapia, foi internada na Medicina Interna por dor lombar intensa e incontrolável, sem precipitante aparente. Realizou tomografia computadorizada da coluna, na qual foram observadas osteoporóticas nalgumas vértebras lombares (L3 a L5). A doente desenvolveu, ainda, um aspecto cushingóide, hirsutismo e miopatia dos corticoides. Por isto tudo, procedeu-se à aceleração da diminuição da prednisolona, até à sua total suspensão cerca de 9 meses após o seu início. Realizou osteodensitometria que corroborou a osteoporose e iniciou ácido zolendróico. No entanto, ocorreu recidiva do síndrome nefrótico, tendo iniciado um inibidor da calcineurina (tacrolimus), com posterior remissão da doença.

DISCUSSÃO: Este caso destaca-se pela exuberância dos efeitos colaterais que esta jovem, sem outras doenças além da GESF, apresentou com apenas 8 meses de prednisolona. De facto, é necessário pensar-se sempre na toxicidade dos corticóides, quando se medica um doente com esta terapêutica, para melhor detectá-la e preveni-la, se possível.

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

P007

1922 PNEUMONIA ASSOCIADA AO VENTILADOR – 1 ANO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Sara Almeida Ramalho, Rui Gomes, Sara Lança, Antero Fernandes

Hospital Garcia de Orta

Introdução

A pneumonia associada ao ventilador (PAV) define-se como pneumonia adquirida no hospital que ocorre após 48h de entubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva (VMI). Pode ser dividida em precoce (4 primeiros dias de VMI), associada a bactérias mais sensíveis, ou tardia

(após 4 dias de VMI), associada a organismos multirresistentes. O principal factor de risco é a presença de tubo orotraqueal ou traqueostomia pela interferência com anatomia/fisiologia normal. É uma complicação que altera o curso do internamento de doentes provenientes e admitidos em enfermarias de Medicina Interna, pelo que os factores associados à sua ocorrência devem ser estudados.

Objectivos:

Pretendia-se estudar a população de doentes com PAV numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) polivalente durante 1 ano, comparar as características do grupo de doentes com PAV com um grupo-controlo e identificar factores de risco associados à ocorrência de PAV.

Material e métodos:

O grupo de estudo incluía todos os doentes internados em UCI durante o ano de 2017 com o diagnóstico de PAV de acordo com o registo HELICS (44 doentes) e o grupo controlo era constituído por amostra aleatória de doentes internados na mesma UCI no mesmo período (44 doentes). Foram excluídos os doentes com diagnóstico prévio de pneumonia ou traqueobronquite. Foram avaliadas múltiplas variáveis em ambos os grupos. Os dados foram colhidos através de registo HELICS-UCI e processo clínico electrónico e a análise estatística efectuada com o software SPSS statistics versão 23.

Resultados:

Comparando os 2 grupos, observou-se idade e distribuição por género semelhantes. Constatou-se diferença estatisticamente significativa ($p < 0.05$) entre a duração média do internamento na UCI (16 vs 7,5 dias) e no hospital (39 vs 21 dias), com maior duração nos doentes com PAV. Os motivos de admissão foram diferentes entre os grupos (grupo com PAV com mais patologia médica – 23 vs 18 doentes – e neurocirúrgica – 21 vs 20 doentes). Os doentes sem PAV apresentaram maior pontuação nos scores de gravidade do que os com PAV com diferença estatisticamente significativa ($p < 0.05$). Observou-se semelhança nos factores de risco estudados presentes previamente à admissão na UCI (patologia respiratória, imunossupressão, diabetes mellitus e corticoterapia prévias) excepto em relação à antibioterapia: mais doentes com antibioterapia prévia no grupo com PAV (22 vs 3 doentes), com diferença estatisticamente significativa ($p < 0.001$).

Conclusões:

Os doentes estudados reflectem uma população heterogénea, com diferentes motivos de admissão em UCI, no entanto a maioria com patologia médica. Os resultados no grupo de doentes com PAV foram semelhantes a estudos anteriores,

tendo apresentado mais tempo de internamento, mais tempo de VMI e relação entre a ocorrência de PAV e a presença de antibioterapia prévia. Estes resultados devem alertar para a implementação de medidas preventivas da ocorrência de PAV e controlo dos factores de risco.

P815

301 INFEÇÃO RESPIRATÓRIA PERSISTENTE EM DOENTE FUMADORA, EM QUE PENSAR?

Catarina Borges Fernandes, Margarida Pereira e Alvelos, Paulo Bettencourt

Hospital CUF Porto, Porto, Portugal

Introdução

A Bronquiolite respiratória associada a doença pulmonar intersticial (RB-ILD) é uma entidade rara, em que as alterações patológicas da bronquiolite respiratória estão associadas à evidência clínica de doença pulmonar intersticial, num doente fumador. O seu reconhecimento é importante, pois a estratégia terapêutica é específica e pode abortar a evolução para formas crónicas e graves de doença pulmonar intersticial. Apresentamos, assim, um caso clínico típico de RB-ILD com objetivo de sensibilizar para a sua relevância.

Caso clínico: Mulher de 31 anos, fumadora, com antecedentes de lúpus discoide medicada com hidroxicloroquina, recorre múltiplas vezes ao atendimento permanente por quadro subagudo de tosse produtiva e toracalgia de características pleuríticas, sem febre. Para além de tratamento sintomático, cumpriu dois ciclos de antibioterapia, com claritromicina e posteriormente moxifloxacina, mantendo persistência das queixas. Na auscultação pulmonar apresentava sons respiratórios rudes, crepitações e sibilos dispersos. Analiticamente exibia aumento dos marcadores inflamatórios sistémicos com leucocitose e elevação da proteína C reativa. O Raio-X do tórax mostrava apagamento do ângulo costofrénico direito e reforço perihilar, sem imagens de condensação. A avaliação funcional respiratória revelava diminuição da capacidade de transferência alvéolo-capilar do monóxido de carbono (DLCO), com prova de broncodilatação negativa e restantes parâmetros funcionais sem alterações. Realizou tomografia computadorizada torácica que mostrava nódulos centrilobulares, com densificação em vidro despolido, dispersos de forma difusa e bilateralmente. Foi realizada videobroncoscopia, que expunha fenómenos difusos de bronquite e secreções mucopurulentas em toda a árvore brônquica. O exame microbiológico e celular do lavado bronco-alveolar não mostrou alterações relevantes. A doente iniciou corticoterapia e evicção tabágica, com melhoria clínica e imagiológica, tendo permanecido assintomática durante cerca de 3 anos, altura em que apresenta, novamente, clínica respiratória caracterizada por tosse produtiva com expectoração mucopurulenta e dor pleurítica.

Na avaliação verificou-se que a doente tinha retomado hábitos tabágicos. Cumpriu um ciclo de antibioterapia e corticoterapia, verificando-se cessação das queixas. Após resolução do quadro, repetiu estudo funcional respiratório que apresentava diminuição da DLCO, com parâmetros espirométricos dentro da normalidade. A doente manteve-se em seguimento, tendo cumprido abstinência tabágica, sem nova recidiva sintomática.

Discussão: Este caso clínico, no qual se apresenta uma doente fumadora com queixas respiratórias arrastadas, sugerindo infeções respiratórias de repetição, ilustra a necessidade do estudo adicional destes doentes e invoca a necessidade absoluta de evicção tabágica nos casos em que o diagnóstico de RB-ILD se confirma.

P816

484 UM HOBBY QUE RETIRA O FÔLEGO

Rita Correia, Pedro Leite Vieira, Fábica Cruz, Sandra Martin, Maria Eugénia André

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, Hospital Amato Lusitano

Introdução

A Pneumonia de Hipersensibilidade é uma síndrome complexa com intensidade, clínica e história natural muito variável. Resulta de uma inflamação do parênquima pulmonar induzida imunologicamente em indivíduos susceptíveis a um determinado antígeno.

Caso clínico: Homem, 52 anos, autónomo, trabalhador da construção civil e columbófilo há 20 anos. Com história de 3 anos de evolução de tosse seca e cansaço para esforços superiores ao habitual, com agudização quando frequentava o pombal. Doente trazido ao Serviço de Urgência pela VMER após ter apresentado dispneia severa, calafrios, cefaleias enquanto limpava o pombal.

Negava hábitos tabágicos ou outros consumos. Negava antecedentes de tuberculose, pneumotórax, infeções de repetição, queixas articulares e viagens recentes.

Na observação no SU encontrava-se hipertenso, febril (38.1°C) que não cedeu a paracetamol. Hipoxémico (Saturação Periférica de O₂:80%). Sinais de dificuldade respiratória. Murmúrio vesicular globalmente diminuído, com crepitações dispersas bilateralmente.

Do estudo complementar: Radiografia do tórax com infiltrado nodular intersticial bilaterais. Gasometricamente com insuficiência respiratória tipo 1 (pO₂ de 42mmHg em ar ambiente). Analiticamente: leucocitose (14,21 10³/L) com neutrofilia (89,1%). Proteína C Reactiva: negativa. Foi assumido Pneumonia Adquirida na Comunidade

e internado no serviço de Medicina Interna.

Apesar do início de antibioterapia o doente mantinha insuficiência respiratória tipo 1, crepitações bilaterais, neste contexto foi realizado TAC Torácico que relatava áreas de consolidação do parênquima, com broncograma aéreo nos lobos médio e inferior (...) coexiste densificação em vidro despolido, do parênquima nas mesmas localizações.

Neste contexto, foi admitida a hipóteses de Pneumonia de Hipersensibilidade e iniciada corticoterapia (Prednisolona 40mg/dia) com melhoria franca do quadro respiratório, com desmame progressivo da oxigenioterapia.

No seguimento do estudo, culturas da expectoração e hemoculturas sem isolamentos. Antígenos urinários de Pneumococos e Legionela negativos. Serologias para HIV e Hepatites negativas. Antígeno da Chlamydia psittaci negativa. Precipitinas, IgG específica de pombo positivas (464mg/L, VR <11).

Doente teve alta ao 7º dia de internamento, assintomático.

Reavaliado em consulta externa de Medicina Interna, mantendo evicção de contacto com pombos e sem sintomatologia. Provas de Função Respiratória sem alterações. Murmúrio vesicular mantido e simétrico sem ruídos adventícios. Suspensa corticoterapia.

Discussão: Com este caso pretende-se demonstrar que o diagnóstico diferencial de Pneumonia vai muito além das causas infecciosas, tornando a anamnese um ponto fulcral. A história, exame objectivo e estudo complementar cumprem os critérios para o diagnóstico de Pneumonia de hipersensibilidade Aguda, sem progressão actual para cronicidade por remoção da exposição, apresentando desta forma um bom prognóstico.

P817

670 DERRAME PLEURAL ISOLADO COMO APRESENTAÇÃO RARA DE SARCOIDOSE PLEURAL

Rosa Alves, Bruno Sousa, Tiago Judas

Serviço de Medicina Interna, Hospital Garcia de Orta, EPE

A sarcoidose é uma doença multiorgânica de causa indeterminada, expressa pela presença de granulomas não caseosos, a maioria com localização intratorácica. A doença pleural surge em 10% dos casos e pode manifestar-se por espessamento, nódulos e, menos frequentemente por derrame pleural (DP) isolado. O presente trabalho tem como objectivo apresentar dois casos clínicos de sarcoidose com envolvimento pleural isolado. **Caso 1:** Homem, 57 anos, história de tabagismo, internado para estudo de toracalgia direita de características pleuríticas e suores nocturnos. À admissão, apresentava semiologia compatível com DP no hemitórax direito, confirmado na

telerradiografia de tórax (RxT). Feita toracocentese diagnóstica (TD) com líquido pleural compatível com exsudado. A tomografia computadorizada (TC) de corpo evidenciava um volumoso DP direito isolado, sem outras alterações de relevo. Realizada biópsia pleural (BP) com granulomatose pleural não caseosa. A citologia do líquido pleural foi negativa para atipia. Para melhor esclarecimento, realizou broncofibroscopia sem alterações endoluminais, lavado broncoalveolar negativo para atipia, contagem diferencial de células com predomínio de macrófagos, citometria de fluxo com ratio CD4/CD8 de 1.39 e biópsia brônquica com infiltrado inflamatório inespecífico. A cintigrafia com gálio não evidenciou patologia inflamatória activa. Após exclusão de causas infecciosas, auto-imunes e neoplásicas, admitiu-se o diagnóstico de sarcoidose pleural isolada. Iniciou terapêutica com prednisolona 20mg/dia com franca melhoria clínica. Caso 2: Homem, 49 anos, ex-fumador, internado por quadro de cansaço progressivo, tosse seca, toracalgia tipo pleurítica, dispnéia direita com duas semanas de evolução. A admissão, apresentava-se polipneico com apagamento do murmúrio vesicular no hemitórax direito. A RxT apresentava extenso DP direito. Realizada TD, cujo exame citoquímico foi compatível com exsudado. A TC de corpo evidenciava envolvimento ganglionar múltiplo inespecífico. Realizada BP com granulomatose não necrotizante, sugestiva de sarcoidose. Foram igualmente excluídas causas infecciosas, auto-imunes e neoplásicas. Admitido o diagnóstico de sarcoidose pleural e foi medicado com prednisolona 40mg/dia, com resolução do DP. De referir que em ambos os casos, o doseamento da enzima conversora da angiotensina (ECA) estava dentro dos valores de referência. Os autores pretendem alertar para uma apresentação rara de sarcoidose com envolvimento pleural isolado, manifestado por DP isolado. Em ambos os doentes, o restante estudo foi negativo para envolvimento de outros órgãos, nomeadamente o envolvimento parenquimatoso pulmonar que é o mais frequente e típico desta entidade. A instituição de corticoterapia é essencial para controlo dos sintomas e da doença. A resposta à terapêutica em muitos casos confirma o diagnóstico presumptivo, na ausência de outros achados.

P818

155 O DIAGNÓSTICO ATRÁS DE UMA PNEUMONIA

Ana Isabel Lopes 1, Teresa Medeiros 1, Cláudia pinho Coelho 2, Daniela Rodrigues 2, João Pimentel 1, Ana Paula Vaz 2

1 Serviço de Medicina Interna, Hospital Pedro Hispano, 2. Serviço de Pneumologia, Hospital Pedro Hispano

A Pneumonia eosinofílica caracteriza-se por infiltração pulmonar eosinofílica associando-se sobretudo nas formas crónicas, a eosinofilia

periférica. No espectro das doenças pulmonares eosinofílicas, vários diagnósticos devem ser equacionados: causas infecciosas, particularmente, parasitárias, e não infecciosas, como a aspergilose broncopulmonar alérgica, pneumonia eosinofílica aguda e crónica, Granulomatose Eosinofílica com Poliangeíte, síndrome hipereosinofílica e exposição a fármacos e toxinas.

Mulher de 69 anos com asma alérgica provável e eosinofilia periférica de longa data. Várias idas ao serviço de urgência por dispnéia e broncoespasmo. Última vinda com internamento por pneumonia pneumocócica com insuficiência respiratória, broncoespasmo importante e com consolidações basais na tomografia computadorizada (TC) do tórax. Teve alta com esquema de corticoterapia em desmame, após a sua suspensão os sintomas recorreram. A admissão encontrava-se subfebril, saturação de oxigénio de 88% com FiO₂ 21%. Apresentava Proteína C Reativa elevada (160mg/L) e eosinofilia (17%) confirmada por esfregaço, insuficiência respiratória tipo 1 e radiografia torácica com opacidades reticulonodulares no 1/3 inferior bilateralmente. Diagnóstico inicial de nova pneumonia e iniciou antibioterapia com piperacilina/tazobactam. No internamento manteve broncoespasmo de difícil resolução, tendo em conta a eosinofilia periférica marcada e TC prévia com áreas em vidro despolido e heterogeneidade do parênquima pulmonar, iniciou investigação mais aprofundada. Do estudo apresentava elevação de IgE e IgG, Velocidade de Sedimentação 82mm/h e consumo de C4, restante estudo imunológico negativo. Parasitológico das fezes, eletroforese sérica, imunofenotipagem de sangue periférico e crioglobulinas sem alterações. Repetiu TC torácica com alterações inespecíficas e adenopatias paratraqueais inferiores. Lavado broncoalveolar (LBA) com mais de 50% de eosinófilos. Apresentava hipertrofia dos cornetos nasais, biópsia com ligeiro infiltrado linfocitário intersticial. Iniciou corticoterapia 1mg/Kg/dia na presunção de se tratar de pneumonia eosinofílica, com melhoria. Meses após alta hospitalar, sem recrudescimento de eosinofilia e sem novas agudizações.

O diagnóstico diferencial entre as causas de pneumonia eosinofílica é um desafio, sem critérios de diagnóstico definidos. O espectro clínico é amplo e sobreponível, baseando-se o diagnóstico etiológico no grau de suspeição, padrão clínico-radiológico e na presença de eosinofilia alveolar ou sanguínea. O estudo do LBA é uma técnica minimamente invasiva e segura, forte correlação com histologia da biópsia pulmonar (raramente necessária para o diagnóstico). No caso da pneumonia eosinofílica crónica (PEC), a eosinofilia alveolar é universal e habitualmente superior a 40%. Neste caso, a cronicidade associada à eosinofilia periférica e alveolar, alterações em vidro despolido e infiltrados periféricos migratórios, apoiam a hipótese de se tratar de PEC.

P819

855 A PROPÓSITO DE UM CASO DE PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE

Ana Alfaiate, Margarida Madeira, Cristina Braço Forte, Eugénio Dias, Susana Carreira, Vera Durão, Paula Duarte
Centro Hospitalar de Setúbal; Serviço de Medicina Interna; Serviço de Pneumologia

A Pneumonite de Hipersensibilidade ocorre como resultado de uma reação inflamatória imunológica do pulmão à exposição, por via inalatória, a variados antígenos num indivíduo sensibilizado.

Com a apresentação deste caso clínico, pretende-se realçar a patologia como um importante diagnóstico diferencial das doenças difusas do parênquima pulmonar e abordar o seu diagnóstico.

Apresenta-se o caso de uma mulher, de 64 anos, trabalhadora rural, com cardiopatia isquémica, hipertensão arterial, diabetes e hiperuricémia. Não fumadora, criadora de rolas e canários desde há cinco anos, sem patologia respiratória prévia conhecida.

Foi internada no Serviço de Medicina Interna por quadro de dispneia com cerca de 3 semanas de evolução e de agravamento progressivo, sem tosse, pieira, febre, sudorese noturna, emagrecimento e queixas articulares.

Dos exames complementares iniciais, salientam-se: Gasometria arterial sob FiO₂ 21% com insuficiência respiratória parcial (PaCO₂ 34, PaO₂ 48); Análises – Leucocitose (17000), PCR 10.8, D-dímeros aumentados (1076); Radiografia de tórax – infiltrados micronodulares bilaterais (dos vértices às bases); Angio-TC de tórax sem evidência de tromboembolismo, padrão em vidro despolido, sobretudo nos lobos superiores, e micronódulos centrilobulares mal definidos.

A Broncofibroscopia revelou sinais inflamatórios difusos e o lavado broncoalveolar evidenciou linfocitose (67%), com relação CD4/CD8 de 0.7, com microbiologia e citologia para células neoplásicas negativas.

Da avaliação analítica, salientam-se: serologia VIH negativa; NT-proBNP normal; Fator Reumatóide, ENA's, Ac. anti-DNA ds, Ac. anti-CCP e ANCAs negativos; ANA positivo (título 160); IgE total 2; IgG para penas de periquito, canário, caturra, papagaio e tentilhão positiva (810); IgG para penas, excrementos e proteínas do soro de periquito e pombo positiva (742 e 1976).

O Ecocardiograma transtorácico não revelou alterações.

Durante o internamento, apresentou melhoria clínica e imagiológica significativa, pelo que não iniciou corticoterapia sistémica.

Assumiu-se o diagnóstico de Pneumonite de Hipersensibilidade e a doente teve alta referenciada à Consulta de Pneumologia.

Na primeira avaliação, e após redução significativa da exposição às aves supracitadas, confirmou-se melhoria clínica, estando a aguardar estudo funcional respiratório e reavaliação imagiológica.

A Pneumonite de Hipersensibilidade pode apresentar-se com diversos fenótipos e o seu diagnóstico diferencial com outras doenças difusas do parênquima pulmonar é desafiante. Identificar o agente responsável é importante para o diagnóstico e prevenção.

P820

949 PNEUMONIA EOSINOFÍLICA: UMA ENTIDADE QUE NÃO SE VÊ TODOS OS DIAS

Ana Ramalho, Sofia Marques Santos, Cláudia de Jesus, Filipa Moleiro, Helena Victorino, Maria Eduarda Comenda, Mário Barbosa, Nadine Monteiro, Helena Cantante
Hospital Lusíadas Lisboa

Introdução

A pneumonia eosinofílica (PE) enquadra-se num grupo heterogéneo de doenças caracterizadas pela presença de eosinófilos a nível pulmonar, associado a infiltrados. A etiologia é variada, sendo subdividida em causas primárias (idiopática) e secundárias. A PE crónica idiopática é uma entidade rara, afetando principalmente mulheres na 4ª e 5ª década de vida.

Caso clínico: Relata-se o caso de uma doente de 44 anos, caucasiana, com história de síndrome depressiva, enxaqueca, rinite alérgica, sem hábitos tabágicos. Medicada com venlafaxina, bromazepam e rupatadina. Com tosse seca, febre e cansaço com 4 semanas de evolução. Avaliada previamente em ambulatório, assumido diagnóstico de infeção respiratória e medicada com azitromicina e amoxicilina/ácido clavulânico, sem qualquer melhoria, pelo que recorre ao serviço de urgência. Ao exame objetivo encontrava-se febril (38.1°C), com saturação periférica de 92% em ar ambiente, taquicárdica (124 batimentos por minuto). À auscultação pulmonar com roncós e sibilos bilateralmente e prolongamento do tempo expiratório. Analiticamente com leucocitose de $11 \times 10^9/L$ e eosinofilia ($4.78 \times 10^9/L$; 41.9%), proteína C reativa de 7.79 mg/dL e velocidade de sedimentação de 54 mm/h. Gasimetria arterial pH 7.43; paCO₂ 37 mmHg; paO₂ 53 mmHg; HCO₃- 25.3 mmol/L; Lactato 0.9 mmol/L. O radiograma tórax mostrava hipotransparência ao nível do lobo superior direito. Decidiu-se internamento para estabilização e investigação.

Realizou tomografia computadorizada do tórax que demonstrou marcada alteração da permeabilidade parenquimatosa pulmonar, bilateral, mais expressiva nos lobos superiores, com padrão em

"vidro despolido". Realizou broncofibroscopia com lavado bronco alveolar com 44% de eosinófilos, e citologia negativa para células neoplásicas. O exame bacteriológico e micológico foi negativo.

Da restante investigação salienta-se: Imunoglobulina E discretamente elevada (247 UI/mL), Anticorpos antinucleares e Anticorpos anti citoplasma anti-citoplasma de neutrófilos (ANCA) negativos, exame parasitológico de fezes negativo para ovos, quistos e larvas, vírus de imunodeficiência humana (HIV) 1 e 2 negativo, anticorpo anti-toxocara canis negativo, pesquisa de precipitinas de *Aspergillus fumigatus* negativa, pesquisa nas fezes de *Cryptosporidium* spp e *Strongyloides* spp negativa. A doente recusou realização de biópsia óssea e mielograma. Iniciou prednisolona 60mg/dia, com melhoria clínica e radiológica, sem eosinofilia após 1 semana de terapêutica. Sob corticoterapia durante 2 meses não apresentou recidiva do quadro após suspensão da mesma. Em ambulatório, iniciou quadro compatível com asma, controlada com fluticasona/vilanterol.

Discussão: Este caso relata uma doença rara, com maior incidência entre não fumadores, sendo acompanhada, precedida ou sucedida por asma em 50% dos casos. Apresenta um prognóstico favorável e excelente resposta aos glucocorticoides mesmo em caso de recorrência, daí ser imprescindível a sua identificação.

P821

159 ASPERGIOSE PULMONAR INVASIVA, DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR NO USO DE CORTICOTERAPIA INALADA

Ana Monteiro, Inês Ferreira, Ismael Carneiro, Margarida Silva, Jorge Almeida

CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Introdução

Asma e doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) são doenças crónicas, caracterizadas por inflamação e obstrução da via aérea. Alguns doentes manifestam características de ambas as doenças, o designado Síndrome de Sobreposição Asma e DPOC (ACOS). São mais suscetíveis a exacerbações quando comparado com asma/DPOC isolados. O caso reportado, é de um homem com diagnóstico de ACOS, medicado com corticoterapia (CCT) inalada, exacerbações por intercorrências infecciosas e diagnóstico tardio de Aspergilose pulmonar, um tipo de infeção que ocorre em hospedeiros imunodeprimidos, de diagnóstico difícil e com elevada mortalidade.

Caso clínico: Homem, 86 anos. História médica prévia de ACOS, asma córtico-dependente e DPOC GOLD3 grupo B. História com 2 meses de evolução de recorrência ao serviço de urgência e 2 internamentos no serviço de Medicina Interna

por agudização da doença de base, por infeção respiratória, vários cursos de antibioterapia e CCT sistémica. Recorreu novamente ao hospital, um mês após o último internamento, por agravamento do padrão habitual de dispneia, tosse e expectoração mucopurulenta. Ao exame objetivo, estava febril ($T^{a}38^{\circ}\text{C}$), polipneico (28cpm), apresentava aumento do tempo expiratório e alterações auscultatórias pulmonares com sibilos e crepitações na base pulmonar direita. Do estudo realizado, foi documentada insuficiência respiratória tipo 1; proteína C reativa de 80.7mg/L e imagem radiográfica de hipodensidade na base pulmonar direita. Foi admitido o diagnóstico de Pneumonia nosocomial e medicado com piperacilina/tazobactam. A evolução foi desfavorável sob antibioterapia, com manutenção de febre, clínica de dificuldade respiratória e aumento de parâmetros analíticos de inflamação ao 3º dia de antibioterapia, pelo que foram consideradas as hipóteses de foco não controlado/complicado, resistência ao antibiótico ou infeção por outro agente. Foi medicado de forma empírica com imipenem e vancomicina. A Tc tórax documentou formações nodulares dispersas e áreas de consolidação com aspeto cavitado e halo em vidro despolido, levantando a hipótese de aspergilose. Foi isolado *Aspergillus fumigatus* (AF) em cultura micológica de secreções brônquicas, pelo que foi iniciado voriconazol e suspensa a antibioterapia de amplo espectro. Os restantes exames culturais, bacteriológico e micobacteriológico foram negativos. A imunologia de AF foi negativa. O doente não realizou broncofibroscopia ou ecocargiograma transtorácico em tempo útil, acabando por falecer no internamento.

Discussão: AF causa um amplo espectro de doenças pulmonares. Em doentes com neutropenia ou imunodepressão por neoplasia, a doença é frequentemente descrita. Em doenças pulmonares com uso de CCT inalada, está pouco esclarecido. O valor preditivo positivo do exame cultural de secreções brônquicas é baixo, dado o elevado número de colonização, no entanto não deve ser desvalorizado em doentes em que o uso de antibióticos e CCT têm pouca eficácia, como no caso reportado.

P822

672 SARCOIDOSE: UM CORDEIRO COM PELE DE LOBO.

RUI FLORES, RITA MATOS, JOANA LOPES, MAURÍCIO PEIXOTO, SOFIA CARIDADE

Hospital de Braga

Introdução

A sarcoidose é uma doença sistémica que cursa com granulomas não-caseiformes. Apresenta-se tipicamente com adenopatias hilares bilaterais, opacidades reticulares pulmonares e atingimento

multiorgânico variável. As manifestações que carecem de biópsia para o diagnóstico definitivo são raras. Em alguns doentes com sarcoidose, o envolvimento respiratório não é grave o suficiente para exigir corticoterapia. Por outro lado, existem formas de sarcoidose com manifestação sistêmica que são benignas e prescindem de terapêutica.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 34 anos, serralheiro, com antecedentes de hérnia discal e doença hemorroidária, recorre por múltiplas vezes ao serviço de urgência no espaço de duas semanas por edema e dor do tornozelo direito sem história de trauma. Alta medicado com AINE e indicação para repouso. Recorre novamente cerca de 1 semana depois por edema do tornozelo contralateral, febre, erupções cutâneas maculopapulares das extremidades com prurido e dor local, e tosse seca. Associadamente refere noção de perda ponderal. Analiticamente, apresentava anemia microcítica normocrômica (Hb 11,8 g/dL), leucocitose com neutrofilia, trombocitose, subida da proteína C reativa (100 mg/L) e prolongamento do INR. Radiografia de tórax com reforço perihilar bilateral simétrico. Realizou tomografia computadorizada (TC) do tórax, que mostrou múltiplas adenopatias mediastínicas e hilares relativamente simétricas e escassos micronódulos pulmonares. Ecografia abdominal com hepatomegalia moderada. Internado neste contexto na Medicina Interna para estudo de febre, lesões cutâneas, adenopatias mediastínicas e artrite bilateral dos tornozelos. Da investigação etiológica salienta-se: elevação da velocidade de sedimentação (98 mm/h), enzima de conversão da angiotensina negativa e prova de Mantoux negativa. Estudo de autoimunidade e serologias infecciosas negativos. Realizou biópsia cutânea, que revelou paniculite compatível com eritema nodoso. Assumido síndrome de Lofgren com base nos achados clínicos. Evolução favorável no internamento com melhoria da tosse seca sem recurso a corticoterapia. Realizou biópsia ganglionar aspirativa guiada por ecoendoscopia, que confirmou linfadenite granulomatosa, compatível com sarcoidose aguda. Reavaliado em consulta externa com resolução completa das lesões cutâneas, artrite e alterações analíticas.

Discussão: O síndrome de Lofgren corresponde a 5-10% de todos os casos de sarcoidose e reúne uma combinação de eritema nodoso, adenopatia hilar, poliartralgia migratória e febre. É uma variante de sarcoidose aguda de bom prognóstico e remissão espontânea. Apresentamos o caso de um doente com um quadro inicial arrastado de monoartralgia de difícil controlo, a quem foi colocada a hipótese de sarcoidose após o surgimento de manifestações sistêmicas. Apesar de clínica e analiticamente exuberantes, existem formas de sarcoidose nas quais a vigilância do doente é mais importante do que o início de corticoterapia.

P823

775 PNEUMONIA ORGANIZATIVA CRIPTOGÉNICA – UMA BOA NOTÍCIA

Vera Seara, Marta Rafael Marques, Susana Marques de Sousa, Luciana Faria, Catarina Patronillo, Cristina Marques, Teresa Pinto

CHPVVC

A pneumonia organizativa criptogénica (POC) é um síndrome clínico-patológico, com curso indolente. Existe uma incidência aumentada na 5ª-6ª décadas de vida. O início da terapêutica dirigida depende da gravidade dos sintomas, do envolvimento pulmonar e da evolução clínica.

Os autores relatam o caso de um homem de 45 anos, camionista, autónomo, com antecedentes patológicos de hipertensão arterial não medicada e esteatose hepática moderada. Negava hábitos tabágicos, etílicos, tóxicos e medicamentosos. Dirigiu-se ao serviço de urgência com um quadro com cerca de 9 dias de evolução, caracterizado por odinofagia, febre, tosse com expectoração seromucosa e por vezes hemoptóica, dor torácica de características pleuríticas, dispneia para pequenos esforços e perda ponderal >10% (6kg em 9 dias). Nega história epidemiológica relevante.

Ao exame objetivo destaca-se perfil tensional elevado, febril, com broncospasmo à auscultação pulmonar, presença de adenopatias cervicais anteriores bilaterais dolorosas à palpação e na observação da orofaringe, rubor generalizado e um raro exsudado purulento pontilhado na amígdala esquerda. Do estudo complementar, salienta-se elevação dos parâmetros inflamatórios e hipoxémia na gasimetria arterial. Realizou Angio-TC tórax, que mostrou a presença de vários nódulos bilaterais dispersos, sugestivos de lesões secundárias.

Internado no serviço de Medicina Interna para estudo de neoplasia oculta e tratamento da infeção do trato respiratório alto. O estudo adicional por TC TAP, não mostrou novos achados, a broncofibroscopia e aspirado brônquico não revelaram sinais de malignidade e a abordagem por biópsia pulmonar transtorácica guiada por TC, mostrou aspetos morfológicos compatíveis com pneumonia organizativa criptogénica. O quadro evoluiu favoravelmente com a antibioterapia empírica, com regressão da clínica, sem necessidade de instituição de corticoterapia. Reavaliado em ambulatório aos 3 meses, na TC tórax, constata-se a involução das lesões previamente objetivadas. Seis meses após o internamento, o doente manteve-se com bom estado geral, assintomático, provas funcionais respiratórias sem alterações e desaparecimento das lesões no estudo de imagem.

A POC é uma forma idiopática, devendo ser um diagnóstico de exclusão. A terapêutica com corticóide pode ser protelada se evidência de boa evolução, mantendo apenas vigilância. O

prognóstico é favorável, com resolução clínica, funcional e radiológica.

P824

134 PNEUMONIA CRIPTOGÉNICA ORGANIZATIVA

Claudemira Pinto, Filipa Silva, Joana Magalhães, Catarina Pereira, Arsénio Barbosa, Inês Marques, Jorge Almeida
Centro Hospitalar Universitário de São João, Serviço de Medicina Interna

A Pneumonia Criptogénica Organizativa (PCO) está incluída nas Pneumonias intersticiais idiopáticas com base em critérios clínicos. Antigamente denominada por Bronquiolite obliterante com Pneumonia organizativa (BOOP), tendo como faixa etária típica de 50 a 60 anos, afetando de igual modo os dois géneros. Os sinais caracterizam-se por tosse sem expectoração, dispneia, febre e astenia. A radiografia de tórax revela doença intersticial e parenquimatosa com infiltrados periféricos alveolares. Não há um tratamento definido, há uma resposta rápida ao corticoide em 66% dos casos.

Apresenta-se um homem de 73 anos, que recorreu ao SU por tosse e mal estar geral com uma semana de evolução. No dia anterior à vinda com episódio de parestesias, défice motor no membro superior esquerdo e desorientação, motivo pelo qual recorreu ao Hospital de Famalicão. Realizou TC cerebral com angio, sendo normais. Foi transferido para o SU do CHUSJ, onde apresentou crise convulsiva TCG que cedeu com administração de diazepam. Ao EO apresentava crepitações na base direita, sem outras alterações. Gasimetria com insuficiência respiratória tipo 1; analiticamente leucocitose, PCR 4.5 mg/L, função renal, ionograma e Urina tipo II sem alterações; TC Cerebral sem lesões isquémicas/hemorragicas agudas; radiografia tórax com infiltrado na base direita; antigénios urinários para legionella e pneumococcus negativos; PL com 1 célula, sem alterações citobioquímicas. Foi internado na UPCIG onde iniciou ceftriaxone, ampicilina e aciclovir e fez switch no mesmo dia para amoxiciclina/ác.clavulânico, dado não haver evidência de infeção do SNC. Após estabilização foi transferido para o internamento de Neurologia, medicado com levetiracetam 500mg 12/12h. A RM-CE revelou atrofia cortico-subcortical generalizada com discreta leucoencefalopatia isquémica associada e o EEG excluiu actividade epileptiforme. Iniciou desmame de levetiracetam e, por manter elevação dos parâmetros inflamatórios e insuficiência respiratória, foi transferido para o Serviço de Medicina Interna. O TAC tórax mostrou densificações bilaterais de distribuição perilobular, com áreas com sinal do atol, sugerindo pneumonia organizativa e enfisema centrilobular nos lobos superiores. Iniciou corticoterapia. Realizou broncofibroscopia com contagem celular normal, contagem diferencial com linfocitose, neutrofilia

e eosinofilia, predomínio de CD8+, pesquisa de células malignas negativa, bacteriológico, micológico e micobacteriológico negativos no LB e LBA. Fez biopsia pulmonar que descreve 'Parênquima pulmonar com discreto infiltrado inflamatório linfocitário, a integrar no contexto clínico.' Apresentou melhoria clínica, com resolução da dispneia, tosse e insuficiência respiratória. Assim, podemos concluir que estamos perante um caso de PCO em que apesar das recidivas serem frequentes, o prognóstico a longo prazo costuma ser bom para aqueles que respondem ao tratamento com corticoide.

P825

502 PNEUMONIA NECROTIZANTE A STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE

Bárbara Soeiro, Juliana Sá, Francisca Beires, Ernestina Gomes, Rui Araújo

ULSM - Hospital Pedro Hispano

Introdução

A pneumonia necrotizante por *Streptococcus pneumoniae* é uma complicação rara no adulto, reportada em até 4% (1). O risco de evolução com abcesso e necrose pulmonar é maior para alguns serotipos, embora esta relação seja relatada principalmente em idade pediátrica.

Caso Clínico: Relatamos o caso de uma mulher de 78 anos, autónoma, com excelente estado geral. Antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e carcinoma de células renais submetido a tumorectomia (pT1aNxMxR0) e sem evidência de recidiva no seguimento aos 4 anos. Ficou com doença renal crónica estadio G3Aa1 da KDIGO, de etiologia hipertensiva e pós-tumorectomia. Apresenta-se com 2 semanas de evolução de tosse com expectoração purulenta, dispneia para pequenos esforços e dor pleurítica no terço inferior do hemitórax esquerdo. Objetivamente com sinais de dificuldade respiratória, murmúrio vesicular diminuído na 1/2 inferior do hemitórax direito, com crepitações bolhosas e insuficiência respiratória tipo 1 com ratio paO_2/FiO_2 190. Do estudo complementar com leucocitose de 19 340, com predomínio de neutrófilos, PCR 373.80mg/L, radiografia torácica com extenso infiltrado nos 2/3 inferiores do campo pulmonar direito e antigénio urinário de *Pneumococcus* positivo. Perante o diagnóstico de pneumonia pneumocócica extensa, foi iniciada antibioterapia com Amoxicilina + Clavulanato. Evoluiu desfavoravelmente com agravamento do ratio paO_2/FiO_2 para <100 e mudança das características das secreções brônquicas que se tornaram pretas e com cheiro fétido. Associadamente desenvolve choque séptico com disfunção cardiovascular e renal. Culminou em peri-paragem respiratória e entubação orotraqueal com ventilação mecânica (VMI). Fez TC torácico que mostrou extenso processo pneumónico com

abcedação inicialmente que progrediu para necrose extensa do lobo inferior direito. Nas secreções brônquicas, PCR de *Pneumococcus* positivo. Fez corticoterapia por episódios de broncospasmo frequentes e cinesioterapia intensiva. Necessitou de VMI durante 9 dias, com extubação para ventilação não-invasiva (VNI). Fez no total 4 semanas de antibioterapia em internamento e 2 semanas em ambulatório. Não foi necessária intervenção cirúrgica e a TC de controlo após 1 mês de internamento mostra franca diminuição dimensional da área de necrose, ainda com abcedação central. À data de escrita deste resumo, aguarda novo controlo imagiológico após tratamento antibiótico completo.

Discussão: Este caso retrata uma complicação rara com necrose pulmonar de uma pneumonia a *Streptococcus pneumoniae*. O tempo de antibioterapia, de suporte ventilatório e critérios para ressecção cirúrgica não são uniformes na literatura.

P826

1405 PNEUMONIA ORGANIZATIVA - UMA ASSOCIAÇÃO ACIDENTAL?

Alexandra Esteves, Ana Carvoeiro, Francisco Silva, Paula Felgueiras, Diana Guerra, Carmélia Rodrigues

Unidade Local de Saúde do Alto Minho

INTRODUÇÃO

A pneumonia organizativa (OP) é uma doença do interstício pulmonar potencialmente fatal, de apresentação muitas vezes indolente, inespecífica e de etiologia variada, nomeadamente secundárias a doenças infecciosas, doenças do tecido conjuntivo, por toxicidade pulmonar e mesmo em relação com outras doenças do interstício pulmonar. O diagnóstico de OP obriga assim a um estudo sistematizado destes doentes, devendo ser realizado de forma sistemática.

CASO CLÍNICO: Homem, 40 anos, trabalha em polimento de pedra. Doente com esclerose tuberosa (ET), sendo conhecido apenas envolvimento cutâneo. Reside com a esposa, esta com diagnóstico de gripe e sobreinfecção bacteriana recentes. Admitido no Serviço de Urgência (SU) por febre (38.5°C), tosse produtiva e dispneia com 2 semanas de evolução de agravamento progressivo e sem resposta a antibioterapia. À admissão no SU polipneico (24cpm), com crepitações bibasais bilaterais e sibilos dispersos à auscultação pulmonar. Analiticamente com insuficiência respiratória (IR) tipo 1 e ligeira elevação dos parâmetros inflamatórios, sem outras alterações no restante estudo. Radiografia de tórax com infiltrados alveolares bilaterais confirmados pelo TC torácico com a descrição de opacificações irregulares bilaterais, confluentes, assimétricas, algumas em vidro despolido. Admitido inicialmente em Unidade de Cuidados Intermédios sob

ceftriaxona, azitromicina e oseltamivir nas doses recomendadas de forma empírica. Transferido para o internamento ao 2º dia de internamento, tendo o estudo microbiológico se revelado negativo (hemoculturas, bacteriológico de secreções e pesquisa de RNA influenza). Estudo autoimune alargado negativo, assim como serologias víricas. Pela persistência da IR apesar da antibioterapia, assumida OP e iniciou prednisolona 1mg/kg/dia ao 5º dia de internamento com resolução da IR e da dispneia. Excluído durante o internamento envolvimento pulmonar, renal, cardíaco e do SNC pela ET. Alta ao 11º dia de internamento sob corticoterapia em desmame, sem recidiva da doença aos 6 meses de seguimento.

DISCUSSÃO: A ET é uma doença autossómica dominante, caracterizada pela presença de alterações pleomórficas neurocutâneas em vários sistemas do organismo, não existindo no entanto relação conhecida com a OP. Considera-se este caso de particular interesse, permitindo a discussão de várias etiologias possíveis e a relação possivelmente acidental com a ET.

P827

173 PNEUMONIA ORGANIZATIVA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Cristina Silva, Joana Mendonça, José Soeiro, Clarisse Neves, Jorge Cotter

Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães

Introdução

A pneumonia organizativa é uma doença pulmonar inflamatória, que afeta igualmente homens e mulheres e que surge mais frequentemente na 6ª década de vida. A apresentação é frequentemente subaguda, com sintomas semelhantes a uma síndrome gripal. Ao exame objetivo, as crepitações são o achado mais frequente. As alterações radiológicas são também inespecíficas. Pode ser secundária a patologia infecciosa, maligna e imunológica, entre outras. Quando todas as causas foram excluídas, resta o diagnóstico de pneumonia organizativa criptogénica.

Caso Clínico:

Mulher de 67 anos, autónoma, com antecedentes pessoais de depressão, anemia ferropénica e exposição ocupacional a pó numa confeção de malhas.

Apresentou-se no Serviço de Urgência (SU) com um quadro de tosse não produtiva, astenia, anorexia e mal-estar inespecífico com algumas semanas de evolução. Já estava medicada com amoxicilina/ácido clavulânico há 5 dias sem melhoria. Na tomografia axial computadorizada (TAC) apresentava "extensas áreas de espessamento peribronquico irregular com tendência a confluência" e "broncogramas aéreos, o dominante no lobo superior direito". Foi internada

com o diagnóstico de pneumonia da comunidade multilobar. Cumpriu ciclo de antibioterapia empírica com ceftriaxone e azitromicina com evolução clínica favorável e melhoria radiológica. Broncofibroscopia sem alterações endobrônquicas, com citologia do aspirado brônquico mostrando macrófagos alveolares e células inflamatórias. Sem isolamento de agente microbiológico.

Seis semanas depois, recorreu novamente ao SU por dispneia para médios esforços, tosse não produtiva, dor torácica à direita pleurítica, astenia e anorexia com uma semana de evolução. Na TAC torácica apresentava uma "opacidade do parênquima no segmento superior do lobo inferior direito com sinal de broncograma aéreo, com extensão transversa cerca de 5.5 cm" e "opacidades menores, irregulares, no segmento ápico-posterior do lobo superior esquerdo". Foi internada e medicada empiricamente com piperacilina/tazobactam. Ao 6º dia, sem melhoria clínica, analítica ou radiológica. Sem isolamento de agente microbiológico. Estudo autoimune negativo. Por suspeita de pneumonia organizativa iniciou prednisolona 1 mg/kg/dia com melhoria sintomática franca, melhoria do perfil térmico e descida de parâmetros inflamatórios. Uma semana após o início de corticoterapia, documentou-se em TAC torácica melhoria significativa das consolidações, que eram residuais. Iniciou desmame lento de corticoterapia às 8 semanas, com boa evolução clínica até à data.

Discussão:

O diagnóstico de pneumonia organizativa é um desafio pela falta de especificidade dos sinais e sintomas e dos achados imagiológicos. Deve ser equacionado num doente com clínica respiratória, sem resposta à antibioterapia e com opacidades migratórias irregulares. A resposta à corticoterapia costuma ser favorável, apesar das taxas de recidiva após suspensão serem significativas.

P828

592 EMPIEMA METAPNEUMÓNICO LOCULADO POR STREPTOCOCCUS ANGINOSUS

Rita Silvério, Filipa Silva, António Eliseu, Ana Rita Piteira, Lúcia Gil, Diana Pedreira, Paula Lopes, Manuela Fera, Ermelinda Pedroso

Centro Hospitalar de Setúbal

Introdução

O derrame pleural metapneumónico sucede a uma inflamação do pulmão e aparece geralmente após uma pneumonia. O tratamento do empiema inclui antibióticos efetivos durante 3 semanas, drenagem através de dreno torácico e por vezes cirurgia torácica. O *Streptococcus anginosus* faz parte da flora normal da cavidade oral e tem capacidade para causar patologia na cavidade torácica, nomeadamente empiema.

Caso clínico:

Homem, 58 anos, história de tabagismo, múltiplas cáries dentárias e alérgico à penicilina. História remonta a 12 dias antes, quando foi internado 5 dias com o diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade multilobar à direita, tendo cumprido ciclo com levofloxacina. Readmitido por recidiva de tosse hemoptoica (característica de novo), febre e dor ao nível do hipocôndrio direito. Ao exame objetivo: murmúrio vesicular diminuído no hemitórax direito com zonas de som timpânico e macicez à percussão do mesmo lado. Analiticamente: leucocitose com neutrofilia e PCR elevada. Radiografia do tórax revelou hidropneumotórax à direita, tendo realizado tomografia computadorizada que revelou pneumomediastino e 3 volumosas formações com nível hidroaéreo em contiguidade com derrame pleural à direita. Assumiu-se diagnóstico de derrame pleural metapneumónico multiloculado e foi colocado dreno torácico com saída de líquido "puré de ervilha". Iniciou meropenem, contudo ao 7º dia por agravamento clínico e imagiológico foi submetido a desbridamento da cavidade de empiema, com colocação de drenagem pleural por videotoracoscopia. O doente cumpriu ciclo de meropenem associado a metronidazol, tendo sido isolado *S. anginosus*. O doente evoluiu favoravelmente.

Discussão:

O empiema torácico está normalmente associado a pneumonia subjacente e a pior prognóstico. Presentemente, ocorreu uma alteração dos microrganismos mais prevalentes no empiema, com aumento dos casos provocados pelo *Staphylococcus aureus* e pelos microrganismos anaeróbios em que se inclui o *S. anginosus*. O tórax está envolvido em 1/5 das infeções causadas por este último, sendo as manifestações mais comuns o empiema.

P829

1364 PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Mariana Certal, Rita Gamboa Cunha, Adelaide Moutinho, Ana Isabel Loureiro, Sandra Tavares, Paula Vaz Marques
Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro - Unidade de Chaves

Introdução

A Pneumonite de Hipersensibilidade (PH) é uma síndrome rara que frequentemente se apresenta com um quadro clínico inespecífico. A heterogeneidade de sinais e sintomas que lhe podem estar associados, leva a um difícil reconhecimento da doença e, consequentemente, ao seu subdiagnóstico. Caso clínico: Homem de 65 anos, não fumador, com antecedentes de dislipidemia, hipertensão arterial e adenocarcinoma do reto diagnosticado em 2003, submetido a

ressecção anterior com radioterapia e quimioterapia adjuvantes, sem evidência de recidiva. Admitido no serviço de urgência por síncope. Referia tosse seca persistente, sudorese noturna, febrícula, perda ponderal, astenia e anorexia com seis meses de evolução. Objetivamente, apresentava-se apirético, normotenso, eupneico e sem alterações à auscultação cardíaca e pulmonar. A radiografia do tórax mostrou infiltrados bilaterais caracterizados na tomografia computadorizada (TC) como nodulariformes, em vidro despolido, com maior expressão no lobo superior direito. O Ziehl Neelsen foi negativo assim como o bacteriológico da expectoração e as hemoculturas. A prova de Mantoux foi anérgica. Do estudo analítico, destacava-se VS 63 mm, sem outras alterações. O estudo autoimune e as serologias víricas foram negativas. A broncofibroscopia mostrou hipertrofia glandular marcada. No aspirado brônquico foi isolado H. influenza, tendo sido instituída antibioterapia com Sulfametoxazol e Trimetropim. O lavado broncoalveolar (LBA) apresentava uma celularidade total aumentada, linfocitose 59%, macrófagos 37%, mastócitos 1% e relação CD4/CD8 2.4. Um LBA com características sugestivas de PH levou a uma exploração mais aprofundada da exposição ambiental, sendo identificado contacto com um papagaio desde há 15 anos. Recomendou-se a evicção da fonte de exposição. As precipitinas foram negativas e a biópsia transtorácica mostrou lesões de pneumonia intersticial granulomatosa, com leve infiltrado inflamatório intersticial linfocítico, raros plasmócitos e diversos histiócitos epitelióides. A TC do tórax de alta resolução mostrou discreta densificação do parênquima pulmonar, em vidro despolido, associada a vagas nodularidades centrilobulares, mal definidas, que poderiam configurar uma pneumonite de hipersensibilidade em fase subaguda. Iniciou corticoterapia com prednisolona que reduziu progressivamente ao longo de 8 meses, verificando-se boa resposta clínica e radiológica. Discussão: Os autores realçaram a dificuldade diagnóstica nas PH por não existir nenhuma alteração patognomónica. Como foi mostrado, as precipitinas séricas não são encontradas na totalidade dos casos. No entanto, a presença de alterações imagiológicas, citológicas e história exposicional sugestiva, associada a uma resposta clínica e imagiológica favorável com a corticoterapia e evicção da exposição causadora, permitiram a confirmação da PH ao papagaio e corroboraram a necessidade de extensa investigação no estabelecimento do seu diagnóstico.

P830

356 UM CASO DE DISSOCIAÇÃO CLÍNICO-IMAGIOLÓGICA

Ana Ferro, Isabel Vilas Boas, Maria Antónia Galego, Liliana Carneiro, Sofia Moreira-Silva
ULSM - Hospital Pedro Hispano

O *Mycoplasma pneumoniae* é uma bactéria atípica e um dos agentes mais frequentemente envolvidos nas infeções do trato respiratório superior, sendo a pneumonia menos frequente, verificando-se em apenas 3 a 10%, e afeta, sobretudo, as faixas etárias mais jovens.

Reporta-se o caso de um jovem de 24 anos, fumador (carga tabágica de 6 unidades maço-ano [UMA]), assintomático à exceção de tosse com expectoração mucóide e febre com 4 dias de evolução. Ao exame objetivo, encontrava-se apirético, eupneico em ar ambiente, a saturar perifericamente a 94%, e à auscultação pulmonar apresentava sons respiratórios presentes bilateralmente, crepitações secas nos 2/3 inferiores do hemitórax esquerdo, egofonia no 1/3 médio e diminuição da transmissão vocal no 1/3 inferior homolateral. Do estudo complementar efetuado, análises sem elevação de parâmetros inflamatórios, discreta trombocitopenia (136000/ μ L) hiperbilirrubinemia à custa da indireta e citólise hepática ligeiras. Gasimetria, em ar ambiente, com hipoxemia (paO₂ 66mmHg). A telerradiografia torácica mostrou opacificações nodulares no hemitórax direito e hipotransparência nos 2/3 inferiores à esquerda. Realizada tomografia computadorizada (TC) torácica para esclarecimento, que mostrou extensas áreas de consolidação bilateral, com particular expressão no lobo inferior esquerdo, de configuração nodular, mal definidas, e com broncograma aéreo, sugestivas de condensação pneumónica. Foi assumido o diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade e iniciada antibioterapia empírica com amoxicilina / ácido clavulânico e azitromicina, após colheita de produtos microbiológicos. Considerando o quadro clínico-imagiológico, foi realizado estudo alargado, do qual se destaca serologia negativa para vírus da imunodeficiência humana (VIH), doseamento de imunoglobulinas dentro da normalidade e biologia molecular para agentes atípicos que revelou PCR (polymerase chain reaction) positiva para *Mycoplasma pneumoniae*. A telerradiografia torácica realizada 72 horas após início de terapêutica mostrou resolução quase completa dos achados previamente descritos.

Assim, este caso distingue-se pela sua dissociação clínico-imagiológica, com uma clínica e tradução analítica frustrantes para uma pneumonia de atingimento bilateral e multilobar. Apesar da expressão radiológica, geralmente, a pneumonia por *Mycoplasma* apresenta uma evolução clínica favorável e rápida melhoria, tal como demonstrado neste caso.

P831

1048 DA LITÍASE RENAL À SARCOIDOSE

Marinha Silva, José Miguel Ferreira, Cristina Marques, Carla Lemos Costa, Daniela Alves, Carlos Oliveira
Hospital Santa Maria Maior, Barcelos, Braga

Introdução

A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistémica de etiologia indeterminada e afeta sobretudo mulheres jovens. O diagnóstico implica manifestações clínicas e radiológicas, exclusão de doenças com apresentação similar e deteção histológica de granulomas não caseosos nos órgãos envolvidos.

Caso clínico: Homem, 37 anos, antecedentes de fibrilação auricular paroxística (CHA2DS2-VASc 0) e litíase renal por cristais de oxalato de cálcio, seguido em consulta de Urologia há 2 anos. Sem hábitos etílicos, tabágicos ou consumo de drogas. Sem medicação habitual. Nessa consulta fez tomografia computadorizada (TC) abdomino-pélvica, que revelou adenomegalias infra-diafragmáticas, tendo sido pedida consulta de Medicina Interna nesse contexto. Na consulta referiu tosse seca com 1 ano de evolução e sibilância de predomínio noturno, que não valorizava, negou sintomas constitucionais, alterações visuais ou outras. Ao exame objetivo, apresentava bom estado geral, eupneico, hemodinamicamente estável e apirético, sem adenomegalias periféricas palpáveis nem organomegalias, sem artrite, sem hipocratismo digital. Não foi objetivado eritema nodoso. Do estudo realizado, hemograma normal, velocidade de sedimentação 26 mm, função renal normal, serologias negativas, ligeiro aumento de IgA e IgG, beta 2 microglobulina normal, sem hipercalemia nem hipercalemiúria. A radiografia de tórax mostrou engurgitamento hilar bilateral e uma opacidade parahilar direita. A TC toraco-abdomino-pélvica mostrou "múltiplos gânglios aorto-pulmonares, para-traqueais direitos e retro-esternais. Estrutura tecidual que envolve o brônquio principal direito desde a porção peri-carinal e se estende ao longo dos brônquios do lobo superior e inferior mantendo os brônquios um calibre normal. Múltiplos pequenos nódulos em ambos pulmões." Por Oftalmologia foi excluída uveíte. A prova tuberculínica foi negativa. Sem alteração da difusão do CO₂ nas provas funcionais respiratórias. Fez videobroncofibroscopia com lavado broncoalveolar, que revelou linfocitose intensa (45.8%) com razão CD4/CD8 de 6, biópsia brônquica com inflamação granulomatosa sem necrose, citologia negativa para células malignas e microbiologia negativa com cultural negativo para micobactérias. Foi assumida sarcoidose em estadio 2, com alterações intersticiais e gânglios mediastínicos e alterações funcionais ligeiras. Mantém-se atualmente sob corticoterapia, clinicamente estável.

Discussão: A sarcoidose é clinicamente imprevisível, assintomática em mais de 50% dos casos, podendo-se confundir com outras doenças sistémicas, como vasculites ou neoplasias. A biópsia é necessária para confirmar o diagnóstico. Apresentamos um caso em que uma extensa investigação etiológica, desencadeada pelo estudo da doença litiásica, levou ao diagnóstico de sarcoidose. Além disso, a litíase renal por oxalato de cálcio associa-se à sarcoidose numa minoria dos casos, admitindo-se que esta possa ter sido a manifestação inicial da doença.

P832

1329 TOXICIDADE PULMONAR À AMIODARONA

Ana Isabel Barreira, Ana Oliveira e Costa, André Maia, Andreia Costa, Fernando Salvador, Paula Vaz Marques
Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro - Vila Real, Medicina Interna

Introdução

A toxicidade pulmonar à amiodarona é o efeito secundário mais grave deste fármaco e ocorre mais comumente sob a forma de pneumonite intersticial dois ou mais meses após o início da terapêutica. Estima-se que ocorra em 1 a 5%, dependendo da dose, sendo mais frequente em doses mais elevadas e com uso prolongado.

Caso clínico: Doente de sexo feminino, 89 anos, autónoma, com antecedentes de HTA, dislipidemia, osteoporose, fibrilação auricular paroxística, medicada com amiodarona 200mg há 3 anos e sem patologia respiratória prévia. Recorreu ao SU por dispneia com um mês de evolução associada a tosse seca de predomínio noturno, sem febre e sem sintomatologia algica. Ao exame físico destacavam-se apenas crepitações secas dispersas por ambos os hemitóraxes à auscultação. Gasimetricamente apresentava insuficiência respiratória tipo 1. No Rx Torácico, um padrão micronodular bilateral de predomínio inferior. Analiticamente sem alterações de relevo. Realizou TAC Tórax de alta resolução que revelou "franca destruição da arquitetura do parênquima pulmonar, com fibrose septal e áreas de densificação em vidro despolido, com alguns aspetos em favo de mel." Foi admitida para investigação.

Durante o internamento, foi excluída etiologia infecciosa e autoimune. A função tiroideia era normal. Realizou estudo da função respiratória, que mostrou "diminuição da capacidade vital forçada e do volume expiratório máximo no 1º segundo, bem como do volume residual (RV) e da capacidade pulmonar total (TLC)". A broncofibroscopia, não revelou alterações morfológicas, mas com lavado broncoalveolar (LBA) a evidenciar aumento da contagem de eosinófilos (7%). Suspendeu amiodarona, iniciou prednisolona 1mg/kg/dia e

oxigenoterapia de longa duração. Evoluiu com melhoria ligeira e paulatina. Dois meses após estratégia terapêutica apresenta melhoria clínica e das trocas gasosas. Na reavaliação tomográfica mantém o favo de mel mas assistiu-se a uma redução das áreas em vidro despolido.

Discussão: A toxicidade pulmonar induzida por fármacos deve ser sempre pesquisada aquando da investigação da doença intersticial. Neste caso a exclusão de outros diagnósticos diferenciais, na presença de eosinófilos no LBA, levantou a suspeita de toxicidade à amiodarona, apesar de a duração e a dose cumulativa não serem muito elevadas. A dose de amiodarona utilizada, por si só, não deve ser considerada preditiva ou diagnóstica da toxicidade pulmonar. Dado que o tempo de eliminação deste fármaco pode chegar aos 54 dias, pode assistir-se a um agravamento clínico e imagiológico após a sua suspensão. Nesta doente a evolução após os dois meses será fundamental.

P833

31 TÃO DIFERENTES, MAS TÃO IGUAIS

Rodolfo Viríssimo Gomes, Joana de Oliveira, Bárbara Sousa Picado, Fernando Martos Gonçalves, José Lomelino Araújo

Hospital Beatriz Ângelo

INTRODUÇÃO

A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistémica de etiopatogenia desconhecida e manifestações clínicas variáveis. Trazemos 2 casos clínicos de diagnósticos inaugurais desta patologia.

CASO CLÍNICO

1º caso: Homem, 35 anos, melanodérmico, sem antecedentes relevantes. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por quadro com 1 semana de evolução de anorexia, artralguas de grandes articulações e lesões nodulares periarticulares com sinais inflamatórios; negava outros sintomas ou factores epidemiológicos. Análises com 14100 leucócitos/ul, PCR 6,73mg/dl, ANA + e VS 50mm/h. Radiografia torácica com reforço hilar bilateral, complementada por TC tóraco-abdominopélvica (TAP) que mostrou nódulos pulmonares dispersos e adenopatias hilares bilaterais simétricas. A broncofibroscopia com ecoendoscopia revelou aumento bilateral das estações ganglionares; lavado broncoalveolar (LBA) com sedimento com elevada celularidade e numerosos macrófagos, sem células neoplásicas, com relação CD4+/CD8+ 13,00.

2º caso: Homem, 34 anos, leucodérmico, saudável. Recorreu ao SU por tosse produtiva com alguns dias de evolução, sendo que a radiografia torácica mostrou imagens hilares nodulares bilaterais; sem outra sintomatologia ou factores epidemiológicos. Analiticamente sem alterações relevantes. TC TAP demonstrou adenomegalias simétricas

hilares e mediastínicas, bem como micronódulos pulmonares e pequenos gânglios mesentéricos. Broncofibroscopia com ecoendoscopia com estações ganglionares aumentadas à direita e LBA idêntico ao do 1º caso, com relação CD4+/CD8+ 4,74.

Em ambos os casos, os estudos micro e micobacteriológicos foram negativos e o diagnóstico de sarcoidose foi apoiado por biópsia ganglionar com linfadenite granulomatosa.

DISCUSSÃO

Estes 2 casos clínicos evidenciam a existência de clínicas opostas para alterações anátomo-patológicas semelhantes. O 1º caso com uma clínica exuberante e alterações analíticas; o 2º com um achado na radiografia torácica e com investigação analítica inocente.

P834

48 UMA FORMA DE ASMA GRAVE

Arsénio Barbosa, Joana Magalhães, Isabel Camões, Jorge Almeida

Centro Hospitalar São João

INTRODUÇÃO

Asma é uma doença obstrutiva das vias aéreas acompanhada por inflamação crónica, tosse, pieira e dispneia, com limitação reversível do fluxo aéreo, sendo frequente em crianças e adultos jovens.

CASO CLÍNICO

Mulher, 21 anos, antecedentes de asma, medicada com salbutamol em SOS, quadro com 1 mês de evolução de dispneia para moderados esforços, pieira e tosse seca noturna, com necessidade de fazer inalador em SOS, sem alívio. Por agravamento franco da dispneia, recorreu ao Serviço de Urgência. Encontrava-se apirética, hemodinamicamente estável, com insuficiência respiratória hipoxémica, sem hipercapnia. Feita terapêutica broncodilatadora com agravamento clínico e gasométrico franco (ratio PaO₂/FiO₂ de 150), tendo passado à Sala de Emergência. Do estudo inicial, elevação ligeira dos parâmetros inflamatórios e radiografia de tórax sem alterações pleuroparenquimatosas de relevo. Por manutenção de insuficiência respiratória, realizou angio-TC tórax que excluiu tromboembolismo pulmonar, colocando a hipótese de infeção. Admitida asma agudizada por infeção respiratória, colhido rastreio séptico e iniciado empiricamente ceftriaxone, azitromicina e oseltamivir. Foi internada em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Na UCI, iniciada ventilação não invasiva nas primeiras 24h, que, por evolução desfavorável, optou-se por entubação orotraqueal. Feita estratégia de decúbito ventral, com má resposta, tendo sido canulada em ECMO VV (oxigenação extracorporeal por membrana externa venovenosa) durante 7 dias. Registou-se evolução

favorável, com desmame ventilatório até suspensão e redução progressiva da oxigenoterapia. Cumpriu 7 dias de ceftriaxone e 5 de azitromicina e oseltamivir. Não foram isolados agentes microbiológicos. A data de alta, sem insuficiência respiratória, com terapêutica broncodilatadora otimizada e orientada para consulta de Imunoalergologia.

DISCUSSÃO

Este caso clínico pretende demonstrar uma agudização grave de uma doença frequente, com necessidade de suporte de órgão.

P835

605 ETIOLOGIA INVULGAR PARA UMA MASSA PULMONAR

Margarida Cabral, Beatriz Câmara, Flávia Santos, Maria Jesus Banza, Fernando Mota Tavares, Célio Fernandes
Serviço de Medicina 2 - Hospital Santo André (Centro Hospitalar de Leiria)

A presença de opacidades pulmonares associada a clínica respiratória rapidamente progressiva pode ser um desafio diagnóstico complexo. O rol de diagnósticos diferenciais pode incluir desde processos inflamatórios a neoproliferativos.

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 57 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, não fumadora, enviada ao Serviço de Urgência por um quadro de tosse seca irritativa, toracalgia e pieira, com cerca de um mês de evolução. Concomitantemente apresentava picos febris de predomínio vespertino, que cediam a antipiréticos, e um episódio de hemoptises. No início do quadro, recorreu duas vezes ao médico assistente, tendo cumprido dois ciclos de antibioterapia, sem melhoria. A radiografia de tórax inicial mostrava "opacidade arredondada ao nível do andar médio do hemitórax esquerdo sugestiva de processo inflamatório/lesão ocupante de espaço".

À admissão, apresentava-se apirética, eupneica em ar ambiente, com murmúrio vesicular mantido e simétrico, com sibilância sobretudo à esquerda. Sem outros achados de relevo ao exame objetivo. Dos exames complementares de diagnóstico, destaca-se permanência de opacidade na radiografia de tórax, com extensão aos 2/3 inferiores do hemotórax esquerdo, e, analiticamente, ligeira elevação dos parâmetros inflamatórios, com antígenúrias para *Streptococcus pneumoniae* e *Legionella pneumophila* negativas. Neste contexto, iniciou antibioterapia e foi internada.

Durante o internamento manteve-se clinicamente estável, com alguns picos febris isolados, e sem necessidade de oxigenoterapia. Para esclarecimento do quadro supracitado, foi realizada tomografia computadorizada (TC) de tórax que demonstrou volumosa formação tumoral no segmento ápico-posterior do lobo superior esquerdo, com cerca

de 83 mm de maior eixo, contornos lobulados, contactando a pleura mediastínica e parietal, e obliterando o brônquio lobar superior homolateral, sugestivo de neoplasia.

Atendendo aos resultados obtidos, o caso foi discutido com a Pneumologia, que realizou broncofibroscopia e broncoscopia rígida, confirmando a suspeita. O resultado anatomopatológico e imunocitoquímico da peça histológica levantou a hipótese diagnóstica de sarcoma.

Neste sentido, foi agendada consulta de Pneumologia Oncológica e solicitado estudo complementar de estadiamento. A doente teve alta hemodinamicamente estável, apirética e com boas saturações periféricas de oxigénio em ar ambiente.

Existem diversas condições benignas com afeção pulmonar que se apresentam como suspeita de neoplasia, sendo a patologia infecciosa a mais frequente. Contudo, apesar de menos comum, o contrário também se verifica. No caso apresentado, um quadro sugestivo de infeção respiratória veio a revelar a existência de uma condição maligna subjacente. Os sarcomas primários do pulmão são neoplasias raras e potencialmente agressivas, cuja distinção de outras neoplasias e comportamento biológico permanece pouco esclarecido.

P836

386 O USO DA CRIOBIÓPSIA TRANSBRÔNQUICA NA DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL

Neuza Soares, Maria Jacob, Ana Pessoa, Francisco Ferrão, Ana Cunha, Vitor Braz, Gonçalo Rocha, Fernando Friões
Centro Hospitalar de São João

Introdução

A biópsia pulmonar doença pulmonar intersticial (DPI) representa um importante passo diagnóstico quando os dados clínicos e radiológicos são insuficientes para um diagnóstico definitivo. A criobiópsia pulmonar transbrônquica (CLTB) é uma técnica endoscópica mais recente e menos invasiva que tem vindo a ter um papel relevante no diagnóstico da DIP.

Caso clínico: Doente do género feminino, 68 anos, com doença pulmonar intersticial em estudo, admitida eletivamente na Enfermaria de Pneumologia para realização de criobiópsia. A técnica foi complicada com pneumotórax esquerdo, tendo ficado em drenagem torácica durante 4 dias. Após 2 dias da retirada do dreno, iniciou novo quadro de dispneia e dessaturação, apresentando novamente pneumotórax esquerdo de grande dimensão com aparente fistula broncopleural. A doente foi novamente submetida drenagem torácica e transferida para a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), onde necessitou de suporte ventilatório com oxigenoterapia de alto fluxo

alternado com ventilação não invasiva por períodos de dessaturação. Dado o padrão de vidro despolido generalizado na tomografia computadorizada do pulmão realizou pulsos de metilprenisolona durante 3 dias e pela ausência de resposta iniciou ciclofosfamida. Dado ter evoluído com agravamento da insuficiência respiratória e não resolução do pneumotórax, foi colocado novo dreno torácico esquerdo com sistema de drenagem compacto, com melhoria do pneumotórax. No entanto, a doente evoluiu com deteriorização do estado clínico com infecção respiratória nosocomial, tendo falecido ao 13º dia de internamento.

Discussão: A literatura sugere a utilidade da criobiópsia pulmonar transbrônquica (CBPT) no algoritmo de diagnóstico da DPI, pois permite em comparação com a biópsia pulmonar transbrônquica (BPT) convencional uma melhor identificação histológica. A CBPT e a BPT convencional foram comparados em estudos prospectivos e retrospectivos. Enquanto alguns especialistas defendem seu uso, outros debatem-no. Embora estudos observacionais tenham sugerido que a taxa de complicações fosse baixa (menos de 5%) e que o tamanho da biópsia pudesse ser até três ou quatro vezes maior que o obtido com BPT convencional, estudos subsequentes relatam taxas de pneumotórax de até 20% e ainda um maior risco de hemorragia.

P837

1289 SÍNDROME DE LOFGREN – SARCOIDOSE AGUDA

Fabiana Pimentel, Lisete Nunes, Ivone Barracha, Rosa Amorim

Centro Hospitalar do Oeste - Unidade de Torres Vedras

Introdução

A sarcoidose é uma doença inflamatória sistêmica benigna, de etiologia desconhecida, com remissão espontânea em cerca de 50% dos casos. Afecta principalmente o pulmão, olhos e pele e caracteriza-se pela presença histológica de granulomas não caseosos. A síndrome de Lofgren, fenótipo clinicamente distinto, consiste numa apresentação típica de eritema nodoso, febre e adenopatias hilares, associado a bom prognóstico, com remissão espontânea em cerca de 90% dos doentes, no decorrer de 2 anos.

Caso Clínico: Doente do sexo masculino, de 38 anos de idade, referenciado à consulta de Medicina Interna pelo médico assistente por quadro de febre, anorexia sem perda ponderal e artralgia das articulações tibiotársicas associado a edema e lesões nodulares dos membros inferiores. Sem antecedentes pessoais relevantes, negava toma de medicação habitual. Ao exame objectivo salientava-se presença de edema e lesões duras e dolorosas na região gemelar, sugestivas de eritema nodoso.

Do estudo complementar realizado salienta-se VS 51mm/h, IGRA negativo, enzima conversora da angiotensina aumentada (75U/L). Auto-imunidade e serologias virais negativas. Radiografia de Tórax com alargamento do mediastino e esboço de opacidades hilares bilaterais de difícil caracterização. Tomografia computadorizada de Tórax com evidência de múltiplas adenopatias mediastínicas e hilares, com conglomerado infra-carinal. Realizada punção aspirativa transbrônquica guiada por ecoendoscopia brônquica com exame microbiológico e micológico negativos, sem alterações fenotípicas típicas de síndrome linfoproliferativa, com razão CD4/CD8 de 9.6 e exame anatomopatológico sugestivo de linfadenite granulomatosa não necrotizante. Assumiu-se diagnóstico de Síndrome de Lofgren – Sarcoidose Aguda, com atingimento pulmonar estadio 1 radiológico, sem evidência de lesão de outro órgão alvo. Medicado com esquema de corticoterapia até remissão dos sintomas. Actualmente assintomático e sem necessidade de terapêutica.

Conclusão: O diagnóstico de Sarcoidose, complexo pela diversidade de manifestações, assenta em características clínicas, histológicas e implica a exclusão de diagnósticos alternativos. Segundo o estado da arte o diagnóstico é feito na maioria dos casos com certeza razoável. Ainda que se trate de uma doença benigna, a etiologia obscura e a investigação exaustiva e morosa que implica desperta grande inquietação no doente.

P838

5 HEMOPTISES – UM CASO DE HEMORRAGIA ALVEOLAR NO DOENTE COM VASCULITE ANCA+ (POSITIVO)

Diana Pimenta; Raquel Fontes; Margarida Robalo; Joana Sotto Mayor; Sofia Esperança; Carlos Capela
Hospital de Braga

As hemoptises tem um amplo diferencial, mas a causa pode ser determinada na maioria dos doentes. A identificação da causa e a localização da hemorragia são fundamentais para orientar o tratamento. A Hemorragia alveolar difusa deve ser considerada perante um doente com clínica de hemoptise, presença de opacidades radiográficas difusas e anomalias nas trocas gasosas objetivadas na gasometria arterial. A hemorragia alveolar deve-se à rutura da membrana basal alvéolo-capilar, que pode ser causada por lesão ou inflamação das arteríolas, vénulas ou capilares. A hemoptise é o sintoma frequente de apresentação, no entanto, nem sempre está presente, mesmo quando a hemorragia é grave. Os achados na Radiografia de Tórax são inespecíficos, no entanto as opacidades difusas de novo são o sinal mais frequente.

Doente de 71 anos, com comorbilidades cardiovasculares e antecedentes de Vasculite ANCA+; recorreu ao SU por queixas de dispneia

associada a tosse produtiva, com expectoração hemoptoica, de agravamento progressivo e astenia, com duas semanas de evolução. Do estudo realizado no SU foi objetivada anemia (Hemoglobina de 7.2g/dl), aumento da Proteína C Reativa; Insuficiência respiratória tipo 1 e Tomografia de tórax que revelou: "Pneumonia bilateral com consolidação parenquimatosa bilateral e infiltrados alveolares dispersos nos vários segmentos pulmonares. Imagens de consolidação/ vidro despolido extensas bilateralmente de distribuição central." Ainda no SU, a doente apresentou episódio de síncope em contexto de instabilidade hemodinâmica-hipotensão arterial e taquicardia. Realizou broncofibroscopia que revelou "presença de grande quantidade de secreções hemáticas escuras, sem alterações morfológicas ou topográficas. Tentativa de realização de LBA que foi complicada por tosse e dessaturação. Dada a clínica descrita internou-se a doente com diagnóstico de Hemorragia alveolar. Dados os antecedentes de Vasculite ANCA+, assumiu-se este episódio de hemorragia alveolar de relação com a Vasculite. Iniciou pulsos de Metilprednisolona durante os três primeiros dias de internamento, seguidos de redução para prednisolona 1mg/kg em esquema de desmame progressivo. Instituída ainda terapêutica com Ciclofosfamida. Mediante as medidas instituídas apresentou resolução da tosse hemoptoica ao 4º dia de internamento e da insuficiência respiratória ao 7º dia de internamento. Realizou radiografia de Tórax de controlo que revelou melhoria dos infiltrados, face à admissão hospitalar. Dada a melhoria clínica e analítica, a doente teve alta, orientada para consulta externa, medicada com prednisolona em esquema de desmame progressivo e ciclofosfamida.

O presente caso pretende demonstrar a importância do diagnóstico de suspeição. Neste caso clínico apesar da inexistência de confirmação histológica a associação do quadro atual de hemorragia alveolar com os antecedentes da doente foram fundamentais para o início célere e sucesso do tratamento.

P839

648 UMA CAUSA FORA DO COMUM DE NÓDULOS DO PULMÃO

Miguel Carvalho, Diana Mendes Oliveira, Carolina Rodrigues, Paula Dias, Margarida Freitas Silva, Jorge Almeida

Centro Hospitalar e Universitário de São João

Introdução

A principal etiologia de nódulos pulmonares é a neoplasia do pulmão, nomeadamente quando existe história prévia de tabagismo. No entanto, outras etiologias devem ser consideradas, incluindo causas benignas.

Caso Clínico: Este caso clínico trata de um homem de 85 anos, com história médica de hipertensão

arterial; diabetes mellitus tipo 2; dislipidemia, ex-fumador e insuficiência cardíaca com fracção de ejeção preservada de etiologia valvular e isquémica, já previamente submetido a cirurgia de substituição valvular aórtica (por prótese biológica) e bypass da coronária direita; de salientar também neoplasia da próstata (diagnóstico há 3 anos, em vigilância) e tuberculose pulmonar há cerca de 60 anos. Recorreu ao Serviço de Urgência por um quadro clínico com um mês de evolução de astenia e perda ponderal de cerca de 5 Kg. Ao exame objectivo, encontrava-se sem alterações, à excepção de edema bimalleolar. Analiticamente apenas se destacava anemia ferropénica (Hg 10,6 g/dL; Ferritina 120 µ/L; Saturação Transferrina 14%); a radiografia torácica revelou imagem nodular no lobo inferior do pulmão direito. Para melhor caracterização desta lesão realizou TC-tórax. Alterações fibrocatriciais nos ápices pulmonares. Com derrame pleural loculado na pequena e grande cisuras à direita e responsáveis pela imagem nodular visível em radiografia recente. Observa-se também pequena quantidade de derrame pleural loculado em localização perivertebral à direita. Densificação em vidro despolido no parênquima pulmonar em posição dependente em relação com estase/edema. Sem consolidações ou nódulos pulmonares suspeitos. Assim, atribuiu-se a etiologia do nódulo pulmonar a insuficiência cardíaca descompensada com derrame pleural loculado, de localização atípica face à fibrose que o doente apresentava por sequelas de tuberculose pulmonar. Dada a ausência de outro factor descompensante, incluindo ausência de infecção, eventos arritmicos ou isquemia, foi atribuída a causa da descompensação a anemia ferropénica, tendo sido suplementado com ferro endovenoso durante o internamento e aumentada a terapêutica diurética. Teve alta clinicamente estável.

Discussão: O que inicialmente apontava para uma possível neoplasia, na realidade revelou ser apenas descompensação de insuficiência cardíaca, uma patologia comum que pode traduzir-se em várias alterações radiológicas. Na população portuguesa a tuberculose pulmonar continua a ser uma infecção frequente, que muitas vezes deixa sequelas a longo prazo.

P840

1119 O INQUILINO – ASPERGILOMA COMPLICADO EM IMUNOCOMPETENTE

José Pereira, Juliana Magalhães, Carina Rolo, Inês Antunes, Natália André, Ivone Barracha, Rosa Amorim
Centro Hospitalar do Oeste - Unidade de Torres Vedras

A aspergilose pulmonar compreende uma das formas de infecção por fungo do género *Aspergillus*, sendo a sua apresentação clínica variável de acordo com a imunidade do hospedeiro. Este organismo, saprófita das vias respiratórias, torna-

se patogénico em doente imunocomprometidos. Em doentes imunocompetentes são infrequentemente descritas formas crónicas de infecção pulmonar, com desenvolvimento de lesões cavitadas progressivas, sintomas sistémicos e ausência de invasão parenquimatosa.

Descreve-se o caso de um homem de 62 anos de idade, Funcionário Judicial, com antecedentes pessoais de enfisema pulmonar de diagnóstico recente e tabagismo (>45UMA), em avaliação pela Pneumologia por quadro de dispneia, cansaço progressivo para pequenos esforços e tosse produtiva mucopurulenta com vários meses de evolução. Referia ainda perda ponderal de cerca de 8% do peso corporal e anorexia com um ano de evolução. Na observação emagrecido, corado e hidratado, apirético, sem alterações na auscultação cardiopulmonar. Analiticamente com leucocitose, neutrofilia e PCR 1,5mg/dl. Radiografia do tórax com hipotransparência heterogénea triangular no lobo superior direito. TC-Tórax com lesão cavitada subpleural com 6 cm no ápice pulmonar direito, com paredes irregulares, com espessamento pleural adjacente, condicionando repuxamento superior do hilo. Realizou broncofibroscopia por suspeita de tuberculose, que foi interrompida por quadro de insuficiência cardíaca aguda com evolução em choque cardiogénico, motivo pelo qual foi transportado para o SU e internado no serviço de Medicina Interna, após estabilização hemodinâmica. Durante o internamento realizou análises com BNP de 3300pg/mL, Ecocardiograma TT que documentou ventrículo esquerdo dilatado com má função sistólica global e derrame pericárdico volumoso, coronariografia que excluiu etiologia isquémica e RMN-cardíaca que excluiu miocardiopatia de etiologia inflamatória. Verificou-se melhoria clínica progressiva com a optimização da terapêutica de insuficiência cardíaca.

Para esclarecimento da lesão pulmonar realizou os seguintes exames complementares: Ac. Anti VIH 1 e 2 negativo, exame directo e cultural de expectoração e lavado bronco-alveolar (LBA) negativo para micobactérias, dois testes de galactomannan positivos, precipitinas de *Aspergillus* spp positivas, exame citológico do LBA sem atipia citológica, macrófagos e numerosos polimorfonucleares neutrófilos. Iniciou terapêutica com itraconazol, com melhoria sintomática progressiva. Ao 26º dia de internamento teve episódio de hemoptise maciça fatal.

O caso apresentado demonstra a importância das comorbilidades na evolução e apresentação clínica da aspergilose pulmonar. Apesar do doente não apresentar imunodepressão evidente ou história prévia de tuberculose, apresentava clínica sugestiva de aspergilose pulmonar crónica com sintomas sistémicos e lesão cavitada pulmonar, tendo-se verificado uma evolução desfavorável com desfecho fatal.

P841

1412 PNEUMOCOCCUS E UMA COMPLICAÇÃO ATÍPICA

Daniela Brito, Ana Rita Abrantes, Lucília Pessoa, Ana Araújo, Tiago Pereira, Nuno Catorze
Centro Hospitalar do Médio Tejo

Introdução

A pneumonia necrotizante (PN) caracteriza-se pela presença de focos de necrose em áreas de consolidação parenquimatosa. É uma complicação rara da pneumonia adquirida na comunidade (PAC). Entre os principais agentes etiológicos destacam-se *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Nocardia*, *Klebsiella pneumoniae* e raramente o *Streptococcus pneumoniae*.

Caso Clínico: Mulher 46 anos, sem antecedentes relevantes, recorreu ao serviço de urgência por febre e tosse com 7 dias de evolução, documentando-se uma pneumonia bilateral hipoxemiante. Foi admitida no serviço de medicina intensiva (SMI) por hipoxemia refrataria ao incremento de oxigénio. Por apresentar antigenúria positiva para *Pneumococcus* e pesquisa de Vírus influenza A positiva, admitiu-se face à evolução uma pneumonia vírica subaguda com sobre infeção bacteriana aguda. A primeira tomografia computadorizada (TC) torácica apresentava consolidação lobo inferior direito (LID). Iniciou empiricamente Ceftriaxone e Claritromicina com evolução em ARDS, com a necessária curarização, ventilação protetora e recrutamento alveolar (incluindo ventilação ventral). Ao 5º dia de internamento fez alteração de antibiótico para Piperacilina/tazobactam por ausência de resposta clínica adequada. O aparecimento de imagens hipertransparentes arredondadas no hemitorax direito na radiografia do torax levou a realização de segunda TC torácica. Que mostrou extensas densificações em vidro despolido dispersas em relação com processo inflamatório/infeccioso envolvendo praticamente todo o parênquima pulmonar e extensa área de cavitação no LID, sugerindo pneumonia necrotizante. Houve melhoria paulatina do quadro clínico culminando em extubação, ao fim de 10 dias de ventilação mecânica, e transferência para ambiente de enfermaria após 18 dias de internamento no SMI. A possibilidade de intervenção cirúrgica foi discutida colegialmente com a cirurgia torácica, tendo sido esta hipótese protelada

Conclusão: A ocorrência de PN surge normalmente associada à presença de fatores de risco tais como imunossupressão, doença hepática, insuficiência cardíaca congestiva e outros, não identificados em particular neste caso. O quadro clínico tende à indolência em comparação com a PAC tradicional. A abordagem médica associada à antibioterapia

adequada é frequentemente bem-sucedida nomeadamente se houver manutenção da vascularização local, sendo a abordagem cirúrgica reservada para os casos de falência terapêutica associada a necrose pulmonar.

P842

1785 PNEUMONIA PNEUMOCÓCICA INVASIVA: UMA APRESENTAÇÃO CLÍNICA INCOMUM

Paula Gonçalves Costa, Rita Rodrigues, Pedro Neves Tavares, Dolores Gomes, Alcina Ponte

Centro Hospitalar de Leiria

INTRODUÇÃO

A Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) é uma das principais causas de mortalidade e morbilidade no mundo inteiro, sendo o *Streptococcus pneumoniae* um dos principais agentes causais. A doença pneumocócica invasiva é definida como a infecção de um líquido estéril, confirmada pelo isolamento em cultura do *Streptococcus pneumoniae*.

CASO CLÍNICO: Doente do sexo masculino, 60 anos, autónomo nas actividades de vida diárias. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial e dislipidemia.

Recorreu ao Serviço de Urgência por desconforto abdominal, localizado à região epigástrica, com sensação de enfartamento, com várias horas de evolução. Sem outras queixas associadas. Foi triado para a Cirurgia Geral e à observação estava febril (temperatura timpânica 40.2°C) e com abdómen mole, depressível, doloroso no epigastro mas sem sinais de irritação peritoneal.

Analicamente, a destacar leucocitose (13 100/μL) com neutrofilia (12 200/μL | 93.2%), PCR 16.3 mg/L. A ecografia abdominal realizada não mostrou alterações significativas. Pela febre foi pedida radiografia de tórax que mostrava um discreto reforço hilar à direita, sem foco de condensação evidente.

Foi excluída causa cirúrgica de infecção e pedida colaboração à Medicina Interna. À observação estava apirético, eupneico em ar ambiente embora com saturações periféricas de 88%, com acessos frequentes de tosse produtiva mas com auscultação pulmonar sem alterações relevantes.

Foi repetida a avaliação analítica, em que se destacava leucopenia (3000/μL) sem neutrofilia e com linfopenia (800/μL), creatinina 1.41 mg/dL, PCR 159.8 mg/L.

Gasimetricamente com pH 7.46, pCO₂ 30 mmHg, pO₂ 49 mmHg, lactato 4.6 mmol/L, HCO₃⁻ 21 mmol/L. Pela insuficiência respiratória tipo 1, iniciou oxigenoterapia com aporte de oxigénio de 2L/min.

Pela suspeita de infecção respiratória, repetiu também radiografia de tórax que agora mostrava condensação do lobo inferior direito.

Assumiu-se o diagnóstico de Pneumonia Adquirida na Comunidade, pelo que colheu rastreio séptico (duas hemoculturas, cultura de expectoração, antigenúrias e pesquisa de Influenza) e iniciou antibioterapia empírica com Amoxicilina/Ácido Clavulânico e Claritromicina. A antigenúria do *Streptococcus pneumoniae* foi positiva. As duas hemoculturas e a cultura de expectoração foram positivas com isolamento de *Streptococcus pneumoniae* multissensível.

Foi internado, tendo-se verificado boa evolução clínica, analítica, radiológica e gasométrica e cumprido 10 dias de antibioterapia.

DISCUSSÃO: Pela clínica variada e diversificada com que se pode apresentar, a PAC é parte do diagnóstico diferencial de qualquer doença respiratória. A pneumonia pneumocócica é uma forma grave de pneumonia, sendo a mortalidade superior à da mortalidade por PAC, e esta percentagem sobe quando existe bacteriemia associada. É muito importante a instituição terapêutica precoce, uma vez que o risco de mortalidade nas primeiras 72h após a identificação da bacteriemia é elevada.

DOENTE GERIÁTRICO

P843

1465 DIVERTÍCULO DE ZENKER: UMA CAUSA IMPROVÁVEL DE DISFAGIA NO IDOSO A CONDICIONAR PNEUMONIA DE ASPIRAÇÃO

Catarina Pereira, Andreia Dias, Belmiro Alves, Diana Ferrão, Fernando Nogueira, José Marques, Pedro Soares, José Ferreira, Jorge Almeida

Centro Hospitalar de São João

INTRODUÇÃO

O divertículo de Zenker apresenta uma incidência estimada de 2/100 000 pessoas/ano, mais prevalente nos indivíduos do sexo masculino e frequentemente diagnosticado na sétima e oitava décadas de vida. **CASO CLÍNICO:** Género feminino, 92 anos, mRankin prévio 5, antecedentes pessoais de AVC isquémico com hemiparesia esquerda sequelar e síndrome demencial. Recorre ao Serviço de Urgência do nosso hospital por dispneia e tosse produtiva com expectoração de características mucosas com dois dias de evolução e recusa alimentar. Ao exame objetivo descrita como sonolenta, corada mas desidratada, apirética, polipneica (FR 24 cpm) com tiragem supraesternal, saturação periférica de oxigénio 80% em ar ambiente e auscultatoriamente roncospinosos e sibilos dispersos a nível pulmonar, ligeiros edemas no terço inferior de ambos os membros inferiores e sem outras alterações descritas. Analiticamente

apresentava leucocitose (13 480) com neutrofilia (81,2%), elevação PCR (310,4 mg/L) e lesão renal aguda (creatinina 2,68 mg/dL; Ureia 125 mg/dL). É internada com o diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade, lesão renal aguda. Iniciada antibioterapia empírica com ceftriaxone e azitromicina, sem resposta clínica, analítica e isolamento de *Escherichia coli* multissensível nas secreções traqueobrônquicas pelo que se decide alargar espectro para piperacilina-tazobactam. No primeiro dia de internamento objetivada recusa alimentar e disfagia para sólidos e líquidos. Tentada colocação de sonda nasogástrica para gavagem, sem sucesso. Doente avaliada por Gastroenterologia que realiza endoscopia digestiva alta que objetiva "Divertículo de Zenker não franqueável" e TAC Cervical "observa-se preenchimento e obliteração com pequenas bolhas gasosas dos seios piriformes com divertículo laríngeo que se estende à esquerda do esôfago proximal com cerca de 23x14mm de diâmetros transversais". Caso discutido com Cirurgia Geral e decidida abordagem cirurgia por via endoscópica para anastomose do divertículo. Decide-se alimentação via parentérica até realização do procedimento. Apuramento da história clínica junto dos familiares e constatação de disfagia previamente ao internamento, mas com via oral patente. DISCUSSÃO: O diagnóstico de pneumonia de aspiração é muitas vezes associado a alteração do estado de consciência, disfagia por défice neurológico, doenças trato gastrointestinal superior e procedimentos/dispositivos que alterem a anatomia da região glótica, laringe e faringe. O divertículo de Zenker surge neste caso como provável fator predisponente para aspiração e posterior infeção. O presente caso pretende evidenciar uma potencial causa de disfagia e recusa alimentar em doentes idosos.

P844

1474 O LADO CINZENTO DA AMIODARONA

Inês Marques, Elvis Guevara, Bianca Vaz, Rita Nortadas, Ana Oliveira Gomes, Leticia Santos

Hospital Garcia de Orta

Introdução

A amiodarona é um fármaco anti-arrítmico amplamente utilizado. É degradada em metabolitos com semi-vida longa com potencial acumulação em diferentes órgãos, como o pulmão e o fígado, podendo ser causa de toxicidade. Caso Clínico: Descreve-se o caso de uma mulher de 88 anos, autónoma, com história de fibrilhação auricular permanente e insuficiência cardíaca, medicada cronicamente com amiodarona. Negava hábitos tabágicos e contacto com animais. Foi internada no serviço de medicina com o diagnóstico de pneumonia da comunidade hipoxemiante. Destacava-se ainda padrão de lesão hepatocelular com colestase e com sinais de disfunção hepática (AST 342 UI/L, ALT

188 UI/L, GGT 41 UI/L, ALP 153 UI/L, Bilirrubina total 3.6mg/dL, Bilirrubina conjugada 1.97mg/dL, INR 3.16, Albumina 2.0 g/dL). Do ponto de vista da infecção respiratória, verificou-se remissão da febre e rápida diminuição dos parâmetros inflamatórios com a instituição de antibioterapia. No entanto, manteve quadro de dispneia e hipoxémia, bem como critérios de insuficiência hepática. As serologias para vírus hepatotróficos foram negativas (HAV, HBV, HCV, EBV, CMV). Realizou TC (toraco-abdomino-pélvica) que identificou "densificação difusa do parênquima pulmonar em vidro despolido" e "fígado de dimensões normais, com textura heterogênea devido à presença de múltiplas lesões focais de difícil caracterização pelas reduzidas dimensões" sugestivo de toxicidade farmacológica. Fez RM abdominal para melhor caracterização, que confirmou múltiplas lesões focais não sugestivas de secundarização hepática. Foram excluídas causas de insuficiência hepática como cardíaca, isquémica, alcoólica ou consumo de produtos naturais ou outros fármacos para além dos descritos. Perante estas evidências, admitiu-se toxicidade pulmonar e hepática à amiodarona, tendo-se suspenso de imediato este fármaco. De acordo com o preconizado na literatura, iniciou corticoterapia sistémica, tendo-se verificado melhoria progressiva e resolução de insuficiência hepática e respiratória 10 dias após suspensão da amiodarona. Discussão: Apesar de ser amplamente usada, a amiodarona não é um fármaco inócuo, podendo ter efeitos secundários que não podem ser menosprezados. São raros os casos descritos de toxicidade simultânea de pulmão e fígado. Os sintomas associados à sua toxicidade podem surgir anos após o início do fármaco, são inespecíficos e facilmente confundidos com outras patologias, especialmente durante um evento agudo como uma infecção. É importante manter estes aspectos presentes e grau de suspeição elevado sempre que a clínica não esteja justificada pelo evento agudo, pois quanto mais precocemente seja retirado o fármaco, maior a probabilidade de regressão das alterações.

P845

922 ETIOLOGIA POUCO COMUM DE DISFAGIA NO IDOSO

Inês Egídio, Teresa Neves, Carolina Gouveia, Inês Ferreira, Sofia Duque, Luís Campos

Hospital São Francisco Xavier

Introdução

A disfagia apresenta elevada prevalência na população idosa, sendo uma entidade frequente na prática clínica, afetando cerca de 30% dos idosos internados. Apresenta-se um caso de disfagia de etiologia pouco comum numa Unidade de Orto geriatria.

Caso clínico: Homem de 91 anos, previamente

autônomo, com função cognitiva preservada, hipertensão arterial controlada com enalapril e adenocarcinoma do colón operado. Recorreu ao serviço de urgência após queda no domicílio de que resultou traumatismo craniano e do membro inferior esquerdo, com dor e impotência funcional do membro. Realizou radiografia que mostrou fratura dos planaltos tibiais à esquerda, tomografia computadorizada (TC) de crânio sem lesões agudas e análises sem alterações, ficando internado no serviço de Ortopedia. Submetido a osteossíntese da tibia sob anestesia geral sem intercorrências. No pós-operatório apresenta disfagia, sialorreia, odinofagia e disfonia. Testado GUSS com disfagia para sólidos e líquidos. Foi avaliado por terapeuta da fala que constatou ausência de reflexo de mordida, sucção, vômito e palatal. Pelo risco de aspiração foi colocada sonda nasogástrica (SNG) para alimentação. Dadas características de disfagia orofaríngea e ausência de alterações na TC de crânio, admitido quadro secundário a entubação orotraqueal. A observação por otorrinolaringologia (ORL) revelou alteração da fase de transporte faríngea, de sensibilidade e mobilidade laríngea, imobilidade do hemipalato esquerdo, desvio da língua para a esquerda e paralisia da corda vocal esquerda, traduzindo paralisia do nervo glossofaríngeo, vago ou hipoglosso à esquerda. A ressonância magnética (RM) de crânio não revelou alterações; TC cervical e torácica revelou massa mediastínica em localização pré-aórtica, posterior ao manúbrio esternal, estendendo-se até ao opérculo torácico, de limites bem definidos, densidade líquida, condicionando estiramento do tronco braquiocefálico venoso. Admitiu-se massa do mediastino anterior com compromisso do nervo vago e/ou do recorrente a condicionar a disfagia, de etiologia a esclarecer. Realizou RM para caracterização da massa que revelou lesão de limites bem definidos: hematoma, linfocelo ou linfangioma, não se podendo excluir doença linfoproliferativa ou timoma. O doente teve alta com SNG com indicação para reavaliação imagiológica e vigilância em ORL, medicina física e reabilitação de deglutição. A reavaliação com TC confirmou lesão benigna de características quísticas, compatível com linfocelo pós-traumático ou linfangioma quístico.

Discussão: Apesar das alterações fisiológicas da deglutição poderem estar associadas ao envelhecimento, a ocorrência de disfagia no idoso pode constituir uma manifestação de diversas patologias, algumas tratáveis e que devem ser excluídas. A elevada prevalência de quedas do idoso deve alertar quer para a necessidade de prevenção quer para a possibilidade de manifestação de entidades clínicas pós-traumáticas que podem não ser comuns nem evidentes.

P846

811 ESTENOSE DA ARTÉRIA RENAL BILATERAL - O DIAGNÓSTICO ÓBVIO

Alexandra Esteves, Ana Carvoeiro, Miguel Ribeiro, Paula Felgueiras, Diana Guerra, Carmélia Rodrigues

Unidade Local de Saúde do Alto Minho

INTRODUÇÃO

A abordagem à doença renal crónica deve ser sistemática, sendo o enquadramento clínico essencial para o diagnóstico.

CASO CLÍNICO: Mulher, 76 anos. Com antecedentes de dislipidemia não controlada, HTA resistente, medicada com 3 classes de anti-hipertensores e furosema de longa data. Com diabetes mellitus tipo 2 (DM tipo 2) conhecida com mais de 15 anos de evolução com bom controlo metabólico apenas com antidiabético oral em doses baixas. Deterioração da função renal desde há 5 anos com creatinina (Cr) basal 2,16 mg/dL, tendo sido encaminhada à consulta por agravamento recente da função renal (Cr: 2,89mg/dl) e ligeira microalbuminúria (26,5 mg/24H) associadas. Na consulta, assintomática e sem alterações de relevo ao exame físico.

Equacionados os pelos múltiplos fatores cardiovasculares presentes como a dislipidemia e HTA não controlada, na ausência de evidência de outras alterações sugestivas de lesão de órgão alvo pela DM tipo 2 nomeadamente neuropatia ou retinopatia diabética, tendo sido assumida suspeita de etiologia vascular para o agravamento da função renal. Estudo por doppler renal confirmou suspeita diagnóstica com estenoses hemodinamicamente significativas das artérias renais já com moderada atrofia renal à direita e severa à esquerda.

DISCUSSÃO: Em idosos a arteriosclerose é das causas mais prevalentes de insuficiência renal, sendo que à medida que o lúmen arterial vai sendo ocupado pela placa arteriosclerótica comprometendo a perfusão e função renal.

P847

2001 HIPERTENSÃO NO IDOSO – CASO CLÍNICO

Sandra Santos, Lídia Gomes, Ana Guiomar, Maria Teresa Brito, João Rua, Jorge Fortuna, Armando Carvalho

Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Clínica Universitária de Medicina Interna, FMUC

Introdução

A hipertensão arterial (HTA) é um problema de saúde mundial e atinge elevadas prevalências em Portugal (~26%), nomeadamente na população idosa. É um factor de risco maior para doença cardiovascular e determinante de agudizações de insuficiência cardíaca. Na maioria dos casos

(90%) não se consegue identificar a etiologia (HTA essencial) e só em 5-10% há uma causa associada e potencialmente tratável (HTA secundária).

Caso clínico:

Mulher de 86 anos, foi levada ao SU por dispneia, alteração do estado de consciência e diminuição do débito urinário. Sofria de hipertensão de longa data, diabetes mellitus tipo 2 e doença renal crónica (estádio IIIb). À admissão estava prostrada, hipertensa, polipneica, com cianose labial, aumento do tempo expiratório e ralas inspiratórias nas zonas de declive à auscultação pulmonar, assim como edemas dos membros inferiores. Apresentava insuficiência respiratória global, elevação da PCR, agravamento da função renal, aumento do NT-proBNP (17 000 pg/mL) e sumária da urina sugestiva de infecção. Foi medicada com amoxicilina/ácido clavulânico e anticongestivos e internada para estabilização. Respondeu bem à terapêutica, mas no 6º dia de internamento sofreu pico hipertensivo e novo edema agudo do pulmão (EAP). Foi otimizada a terapêutica anti-hipertensora com recurso a bloqueador de canais de cálcio, dinitrato de isossorbido transdérmico, carvedilol, rilmenidina e furosemida em dose elevada. Após período de estabilidade com TA controlada, teve novo EAP com necessidade de perfusão de dinitrato e VNI, algo que repetiu em mais duas ocasiões, apesar de TA sistólica estabilizada nos 100-120 mm Hg fora das agudizações. Por isso, investigou-se a hipótese de HTA secundária. Não podendo interromper-se a terapêutica, os doseamentos de metanefrinas, catecolaminas, actividade de renina e aldosterona, cortisol, função tiroideia, cálcio, fósforo, não esclareceram a etiologia. Assim, realizou-se angioTC, que revelou a presença de estenose (EAR) hemodinamicamente significativa (>50%) na origem da artéria renal esquerda. A medicação anti-hipertensora foi otimizada com base em doses elevadas de inibidor da enzima conversora da angiotensina (IECA), com controlo da função renal, conseguindo-se finalmente a estabilização tensional persistente.

Discussão:

Não é habitual a pesquisa de causas de hipertensão secundária em idades avançadas, mas recomenda-se perante a hipertensão refratária ao tratamento, como neste caso. A prevalência de EAR ainda não é completamente conhecida, porém alguns estudos reportam taxas de cerca de 7% na população de idosos e a ocorrência de 'flash' EAP é muito sugestiva. Apesar de não se ter esclarecido totalmente a causa da HTA, a arteriografia renal permitiu dirigir a medicação utilizada, com doses altas de IECA, decisivo para a estabilização tensional da doente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO / NOVAS FORMAS DE CUIDADOS

P001

788 ANÁLISE CASUÍSTICA DA MORTALIDADE

Paulo César, Pedro Fortes, Catarina Graça, Vera Guerreiro, José Vaz

Hospital José Joaquim Fernandes, Beja

INTRODUÇÃO

A mortalidade hospitalar é um indicador importante dos cuidados prestados por um serviço clínico. É influenciada pelas características do doente, da patologia em causa e das atitudes terapêuticas tomadas adequadas. Concomitantemente, as comorbilidades podem ser avaliadas pelo nível de severidade, refletindo-se nas necessidades de consumo dos recursos hospitalares associadas a cada doente.

OBJECTIVOS: Examinar as características dos doentes falecidos num serviço de medicina interna, durante um ano, de um hospital periférico.

MATERIAL E MÉTODOS: Análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes falecidos e dos Grupos de Diagnósticos Homogêneos All Patient Refined, do gabinete de estatística.

RESULTADOS: Em 2016, verificaram-se 381 óbitos no serviço, que corresponde a uma taxa de mortalidade hospitalar de 15.59%. Destes 50.39% eram do sexo feminino e 49.61% do sexo masculino. A média de idades foi de 83 anos (Máx - 107 anos; Mín - 36 anos). O tempo médio de internamento foi de 8.18 dias (1 - 66 dias). Observou-se que 30.71% dos doentes exibiam um nível de severidade Major(3) e 6.04% nível Extremo(4). Em relação ao risco de mortalidade calculou-se que 29.66% apresentavam um risco Major(3), já 11.02% um risco Extremo(4). A patologia respiratória foi a principal causa de óbito (43.04%), sendo que destes casos 80.49% correspondiam a pneumonias. A patologia cardíaca foi causa em 16.80% dos óbitos, seguida da patologia neurológica (9.19%) e da renal (7.35%). Os quadros neoplásicos corresponderam a 5.51% dos óbitos.

CONCLUSÕES: De acordo com os dados, os doentes falecidos correspondiam a uma população de doentes com idade avançada, fragilizados e com quadros que exigiam recursos hospitalares consideráveis. O franco envelhecimento da população do interior do país, suscetível a comorbilidades, é bem representada pelos dados e justifica em grande parte a elevada mortalidade hospitalar observada e o elevado consumo de recursos hospitalares.

URGÊNCIA / CUIDADOS INTERMÉDIOS

P848

1191 DEXMEDETOMIDINA - UM FÁRMACO A TER EM CONTA FORA DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS?

Susana Escária, Inês Santos, Ana Bernardo, Margarita Urquiola, Conceição Barata
Hospital Espírito Santo de Évora

Introdução

A dexmedetomidina é um agonista selectivo do recetor alfa 2, indicado para sedação de doentes adultos entubados orotraquealmente em Unidades de Cuidados Intensivos que necessitem de um nível de sedação que lhes permita acordar em resposta à estimulação verbal, correspondente a 0 a -3 na escala Richmond de Agitação-Sedação (RASS). Tem como principais efeitos secundários a hipotensão e a bradicardia, sendo relativamente isento de efeitos depressivos respiratórios quando administrada em monoterapia.

Caso clínico: Mulher, de 65 anos, sem antecedentes médicos relevantes, trazida ao serviço de urgência (SU) por ter sido encontrada em casa a vomitar e com alteração do comportamento. À admissão hemodinamicamente estável, e ao exame objetivo destacava-se glasgow de 9, com agitação psicomotora e rigidez da nuca. Na avaliação analítica apresentava aumento dos parâmetros inflamatórios e CK elevado, sem outras alterações significativas. Realizou TAC de crânio, sem alterações. No SU objetivou-se pico febril, com dificuldade em ceder aos antipiréticos, tendo-se realizado punção lombar cujo exame citoquímico revelou 83,2 leucócitos/mm³, com 48% de polimorfonucleares. Perante este resultado, colocou-se a hipótese diagnóstica de meningoencefalite e iniciou terapêutica empírica com ceftriaxone, ampicilina e aciclovir. Por agitação psicomotora mantida e severa, e após várias tentativas de contenção farmacológica sem sucesso, decidiu-se iniciar perfusão de midazolam, não tendo sido possível encontrar nível de sedação adequado, já que a doente com pequenos ajustes de dose, alternava períodos de agitação psicomotora com exteriorização dos cateteres venosos com períodos de prostração e queda da língua. Decidiu-se, após discussão do caso com Unidade de Cuidados Intensivos, iniciar dexmedetomidina na Sala de Observações (SO) do SU, sob monitorização hemodinâmica e vigilância rigorosa, com o objetivo de manter a doente controlada sintomaticamente, sem necessitar entubação orotraqueal. A doente manteve-se sempre hemodinamicamente estável. Após cerca de 12 horas, com a doente vigil e mais colaborante, foi possível suspender a dexmedetomidina. A doente foi internada no Serviço de Medicina,

não se tendo isolado nenhum microorganismo no líquido, no entanto com recuperação total do estado de consciência e melhoria dos parâmetros inflamatórios.

Conclusão: A dexmedetomidina é um fármaco recente, utilizado maioritariamente no contexto de Unidades de Cuidados Intensivos, no entanto, dado que se trata de um fármaco sedativo, que não causa depressão respiratória clinicamente significativa, existe um potencial de outras utilizações. Estudos clínicos recentes comparam a utilização da dexmedetomidina com outros fármacos utilizados no tratamento de delírium em doentes não entubados, com resultados promissores. Mais estudos em doentes não entubados fora das unidades de cuidados intensivos são necessários, para a utilização segura e eficaz deste fármaco nesse contexto.

P849

1920 PARTICULARIDADES DA URGÊNCIA INTERNA DE MEDICINA – A PROPOSITO DE UM CASO DE SÍNDROME DE HAMMAN

João Alexandre Tavares, Mário Parreira, Ana Emídeo, Patrícia Carneiro, Carolina Palma, Ricardo Pereira, Ermelinda Pedrosa

Centro Hospitalar de Setúbal

Descreve-se o caso do que começou por ser uma chamada como tantas outras na urgência interna de medicina e que acabou por ser uma situação tão particular.

Trata-se de uma doente do sexo feminino, com 31 anos de idade, sem antecedentes patológicos de relevo, não fumadora, primípara, internada no serviço de obstetrícia após parto eutócico sem intercorrências. Destacava-se apenas um trabalho de parto prolongado, com cerca de 24 horas de evolução e um período expulsivo com necessidade de múltiplas manobras de Valsalva. Foi pedido apoio da urgência interna de medicina por queixas de dispneia ligeira, disfagia e assimetria da face. À observação, doente apresentava-se hemodinamicamente estável, normocárdica, eupneica e com uma saturação periférica de oxigénio de 99% em ar ambiente. Destacava-se enfisema subcutâneo extenso atingindo toda a região anterior e lateral do tronco e estendendo-se pela região cervical e face bilateralmente. Sem outras alterações ao exame físico, nomeadamente com auscultação cardiopulmonar sem alterações. Realizou radiografia de crânio e cervical que mostrava interposição de ar no tecido subcutâneo e tomografia computadorizada (TC) de tórax que mostrava marcado enfisema da parede torácica anterior bilateral com extensão ao pescoço, associado a marcado pneumomediastino distribuído por todos os recessos e ligeiro pneumotórax bilateral. Assumiu-se, neste contexto, um pneumomediastino primário com enfisema subcutâneo associado –

Síndrome de Hamman. Foi contactada a cirurgia torácica e a doente foi transferida. Foi observada, tendo sido decidido tratamento conservador com oxigenoterapia de alto débito, mantendo-se sob vigilância por período de 36 horas, ao fim do qual foi novamente transferida para o serviço de origem. Apresentou melhoria clínica progressiva ao longo do restante internamento, mantendo oxigenoterapia de alto débito. Verificou-se regressão quase completa do enfisema subcutâneo, tendo alta ao 7º dia de internamento. Realizou TC de tórax após 6 meses que mostrou resolução completa do quadro e ausência de alterações estruturais pulmonares.

O pneumomediastino pós-parto associado a enfisema subcutâneo, também conhecido como Síndrome de Hamman é uma complicação rara do parto vaginal, com apenas cerca de 200 casos descritos. Esta complicação ocorre geralmente em primíparas jovens e saudáveis. Pensa-se que esta síndrome ocorra por rutura de alvéolos marginais associada a uma sobreinsuflação repetitiva bem como a pressões intra-alveolares muito elevadas em contexto da manobra de Valsava na 2ª fase do parto. O diagnóstico diferencial é fundamental, com o objetivo de excluir complicações graves e com tratamento específico, nomeadamente enfarte agudo do miocárdio, embolia pulmonar ou disseção aórtica, uma vez que, na ausência de pneumotórax significativo que pode levar a instabilidade hemodinâmica, o Síndrome de Hamman é uma patologia benigna. Repouso, analgesia e oxigenoterapia são as bases terapêuticas e a recidiva é pouco comum.

P850

479 PHLEGMASIA CERULEA DOLENS - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL COM DISSECÇÃO AÓRTICA

Manuel Martins Barbosa, Elsa Araújo, Ana Pessoa, Gonçalo Marto

Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução

Phlegmasia cerulea dolens (PCD) refere-se a um tipo raro e extremo de trombose venosa profunda (TVP). É causada por obstrução do fluxo venoso, que conduz a um quadro súbito de edema generalizado do membro afetado, associado a descoloração azulada e dor. Pode complicar-se como gangrena venosa, compromisso arterial secundário, choque, tromboembolismo pulmonar e síndrome pós-flebítico.

Associa-se a estados pro-trombóticos como neoplasia, síndrome do anticorpo antifosfolípido (SAF), procedimentos endovenosos, insuficiência cardíaca e gravidez.

Diferentes estratégias terapêuticas têm sido bem sucedidas, com recurso a anticoagulação,

trombólise, trombectomia ou associação de ambas, dependendo da gravidade do caso.

Caso clínico:

Um homem de 44 anos, com antecedentes de excesso de peso, dislipidemia e hipertensão arterial recorreu ao serviço de urgência (SU) por lombalgia súbita que surgira horas antes ao levantar uma carga de pelo menos 30 quilos. O exame físico não revelou alterações de relevo, a mobilidade e sensibilidade distais estavam conservadas, apresentava tensão arterial (TA) de 145/70 mmHg e frequência cardíaca (FC) de 80 bpm. Foi-lhe administrada analgesia e assumida hipótese provável de patologia osteo-articular.

Após cerca de 45 minutos de espera o doente iniciou queixas de desconforto a nível do membro inferior esquerdo (MIE) e náusea. Ao exame físico era notório agora um edema generalizado do MIE, de coloração azulada, com pulso pedioso fino, mantendo-se a pele quente e sudorética. A reavaliação de TA documentou anisotomia (130/60mmHg MSD, 70/44mmHg MSE).

O doente foi transportado à Sala de Emergência (SE) por suspeita de disseção aórtica. Foi realizado ecocardiograma point-of-care que revelou boa função biventricular, sem evidência sugestiva de cor pulmonale agudo e sem alterações a nível da aorta proximal.

Uma reavaliação de TA revelava agora menor diferencial de valores (121/90 mmHg MSD, 112/86 mmHg MSE). Realizou angiografia da aorta por tomografia computadorizada (angio-TC) que excluiu patologia arterial e confirmou assimetria de diâmetro da veia ilíaca comum esquerda com conteúdo hipodenso no seu interior. A presença de trombo foi confirmada por estudo doppler.

Na alta foi medicado com rivaroxabano e iniciou seguimento em consulta de trombofilias, onde viria a documentar-se diminuição de níveis de Proteína C e anticoagulante lúpico positivo.

Discussão:

Este caso de PCD tem como um dos focos de interesse o diagnóstico diferencial com a disseção aórtica. A dor lombar e anisotomia documentada funcionaram como factores confundidores no diagnóstico, especialmente na presença de uma súbita alteração de coloração do MIE. A realização de angio-TC e o doppler venoso do MI vieram confirmar a existência de uma trombose venosa exuberante compatível com diagnóstico de PCD. O tratamento com anticoagulação foi bem sucedido, e o diagnóstico de SAF viria a ser confirmado, identificando-se assim o factor causal.

P851**1500 SUNDAY NIGHT FEVER: A CASE REPORT**

Marília Andreia Fernandes, Rita Ventura Alves, Diogo Drummond Borges, Madalena Vicente, Sara Castro, Heidi Gruner, Francisco Farrajota

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introduction: Acute cardiac rhythm disturbances related to acute alcoholic intake, regardless of prior cardiac disease, are a common presentation to the emergency department and known as holiday heart syndrome (HHS). The arrhythmogenic effect of alcohol is dose dependent and does not have any relation with underlying structural heart disease. Atrial fibrillation (AF) is the most typical rhythm disorder connected to HHS.

Case report: Italian male student, aged 18 years old, on holiday in Lisbon, admitted to an emergency department on a Sunday night due to altered state of consciousness after being found unconscious in the street. Previously healthy. On admission, Glasgow Coma Scale of 5, hypothermic (34 °C), tachycardic (170 beats per minute), hypotensive (99/77 mmHg) with oxygen saturation of 90% without supplemental oxygen. Pale and dehydrated. First and second heart sounds arrhythmic with no audible heart murmurs. No other physical examination findings.

The electrocardiograph showed AF with rapid ventricular response and no signs of structural damage. Chest radiograph showed normal cardiothoracic index. Bedside echocardiogram with no alterations. Blood tests revealed high level of ethanol (179 mg/dL; reference value: >100 mg/dL, for altered state of consciousness) and normal glucose. Anemia, alterations on corpuscular constants and elevation of infection parameters were excluded. Normal renal function and electrolyte balance, except for hypocalcemia (7.5 mg/dL; reference interval: 8.40 - 10.20 mg/dL). No alteration of international normalized ratio, liver enzymes even gamma-glutamyl transferase or pancreatic amylase were noted. Cardiac enzymes into reference range. No meth- or amphetamines, opioids nor cannabinoids were detected in urine.

The patient was re-warmed and hydrated. Administration of magnesium sulfate and correction of calcium were also performed. One hour and half after admission the patient was conscious and obeying simple commands. The cardiac rhythm converted into sinus rhythm three hours and half past the first evaluation. The patient left the emergency department 16 hours after admission.

Discussion: Binge drinking is the consumption of five or more alcoholic drinks on a single occasion, usually observed during the weekend or holiday. In patients without structural heart disease or common risk factors for AF. HHS should be suspected after ruling out life-threatening conditions. HHS usually

resolves within 24 hours with spontaneous recovery once alcoholic abstinence is initiated.

P852**36 3 HOMENS, 3 CENÁRIOS CLÍNICOS, 3 DISSECÇÕES- A MESMA URGÊNCIA**

Cristina Martins, João Pina Cabral, Pedro Ribeiro, Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Hospital Geral

Introdução

Define-se dissecção da aorta (DA) como uma separação na íntima da aorta que causa fluxo sanguíneo dentro de um canal falso composto pelas camadas interna e externa da média. É considerada aguda se tem menos de 14 dias de evolução, representando uma emergência médica. Os autores apresentam 3 casos clínicos de doentes do sexo masculino que se apresentaram no serviço de urgência com diferentes quadros clínicos, todos eles por DA.

Caso 1: 45 anos, hipertenso, recorre por toracalgia esquerda de início súbito e intenso, com 2h de evolução, em aperto, com sensação de ardor, com irradiação para a região dorsal. Sem alterações ao exame físico, com TA braço direito 147/103 e esquerdo 153/97 mmHg, com pulsos radiais e pediosos amplos e simétricos e gasimetria e ECG sem alterações. Muito queixoso, inquieto na maca, pálido e sudorético, o que motivou pedido imediato de realização de Vscan, que levantou suspeita de DA, confirmada posteriormente por angio-TC: DA tipo A, da aorta ascendente, com início na raiz da aorta. Iniciada perfusão com dinitrato, com intervenção cirúrgica cardíaca posterior, bem sucedida.

Caso 2: 81 anos, hipertenso, com história de cardiopatia isquémica, recorre por precordialgia de início súbito e intenso, com 2h de evolução, em aperto, sem irradiação, com náuseas associadas. Queixoso, com palidez e sudorese marcadas, TA braço direito 179/89 e esquerdo 149/75 mmHg, com pulsos radiais e pediosos amplos e simétricos. ECG com hemibloqueio de ramo esquerdo. Vscan levantou suspeita de DA, com angio-TC posterior a relatar: DA tipo A, com hematoma intramural, desde a aorta ascendente até à transição toraco-abdominal. Iniciada perfusão com labetalol, com intervenção cirúrgica cardíaca posterior, bem sucedida.

Caso 3: 50 anos, hipertenso e fumador, recorre por queixas de dor lombar e no membro inferior direito de início súbito e intenso, com 1h de evolução. Muito queixoso (referindo lombalgia intensa), inquieto na maca, com palidez e sudorese marcadas, extremidades frias e mal perfundidas, com pulsos radiais, femorais e pediosos simétricos, mas finos, e TA em ambos os braços e pernas

de cerca de 220/120 mmHg. Solicitada ecografia abdominal à cabeceira que levantou suspeita de DA, confirmada por angio-TC: DA tipo A, com início na aorta ascendente e que se estende até às ilíacas. Iniciada perfusão de labetalol e dinitrato, com intervenção cirúrgica cardíaca imediata, bem sucedida.

Discussão: Apesar dos avanços diagnósticos e terapêuticos, a DA apresenta ainda uma elevada mortalidade e um diagnóstico difícil, assente em dados clínicos e numa elevada suspeição inicial. Os casos apresentados, com características clínicas variadas, partilhavam, contudo, um denominador comum: o estado global do doente, que levou a investigação premente do quadro e ao diagnóstico atempado, com um contributo importante da ecografia, que permitiu o sucesso terapêutico.

P853

1054 ECOGRAFIA À CABECEIRA DO DOENTE NA SALA DE EMERGÊNCIA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Miguel Romano, Francisco Silva Teixeira, Francisca Silva Cardoso, João Pedro Pais, Ana Sofia Matos, Fernando Correia, Bárbara Azevedo Sousa, Daniela Alves, Manuel Ferreira, Diana Guerra

Unidade Local de Saúde do Alto Minho - Viana do Castelo

INTRODUÇÃO

A abordagem do doente crítico na sala de emergência (SE) constitui um desafio para o médico que o avalia. Qualquer informação adicional assume uma preponderância especial neste cenário, tornando fundamental o conhecimento e o conforto no uso das técnicas diagnósticas disponíveis.

CASO CLÍNICO: Homem de 64 anos, sem antecedentes de relevo, com início de dor intensa na anca e membro inferior em repouso. Durante o transporte para o serviço de urgência (SU), por meios próprios, início súbito de quadro de palidez cutânea, hipersudorese com episódio de perda de consciência com incontinência de esfíncter urinário sendo ativada equipa de emergência pré-hospitalar. À chegada, a VMER encontra-o doente prostrado, suado e hipotenso; levantada hipótese de crise convulsiva. A admissão no SU, apresentava-se vigil, orientado e colaborante com queixas álgicas na região lombar esquerda, discurso lentificado, hipotensão marcada e hipotermia; sem outras alterações ao exame objetivo. Admitido na SE, constatada acidemia metabólica com hiperlactacidemia e anemia de 10.2g/dL. Atendendo ao progressivo declínio do quadro clínico, realizou-se ecografia à cabeceira do doente. Através das imagens obtidas, foi possível identificar um aneurisma da aorta abdominal com cerca de 10cm de diâmetro. Procedeu-se a sedoanalgesia, entubação orotraqueal e instituição de suporte aminérgico, seguindo para Angio-TC abdominal

que confirmou um aneurisma volumoso da aorta abdominal com provável rotura ao nível da vertente anterior e distal deste aneurisma acompanhado de hematoma volumoso no retroperitонеu. Contactada Cirurgia Vascular de um hospital terciário, tendo sido aceite transferência do doente. Contudo, apresentou evolução clínica desfavorável, tendo-se verificado o óbito ainda no SU.

DISCUSSÃO: Qualquer abordagem a um doente crítico exige grande capacidade de integração de conceitos e de raciocínio clínico. Em contexto de emergência, surge ainda a necessidade de rapidez de atuação ao mesmo tempo que se realizam meios complementares para chegar ao diagnóstico de forma rápida permitindo uma atuação mais eficaz na busca dos melhores resultados. A Ecografia à Cabeceira do Doente através do protocolo de Ultrassonografia na Emergência Médica (USEM) permite a avaliação completa de um doente crítico através de 10 janelas ecográficas em cerca de 2-3 minutos. Por ser um exame rápido e acessível, surge como uma ferramenta fundamental nesta abordagem ao permitir de forma não invasiva e inócua a obtenção de informação in vivo de qualidade, capaz de orientar o médico nas suas decisões. Com uma curva de aprendizagem rápida e uma acessibilidade crescente nos hospitais portugueses, a ecografia revela-se como um fiel aliado ao exame físico na linha da frente de abordagem de patologia aguda.

P854

2079 PAPEL DE POCUS NA AVALIAÇÃO PRIMÁRIA DA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA

Jorge Mendes, Carla Fidalgo, Rafael Velho, João Filipe Gomes, Jorge Teixeira, José Mariz

Centro Hospitalar de Braga - Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência

O tromboembolismo pulmonar (TEP) é definido como uma obstrução da artéria pulmonar ou de um dos seus ramos, geralmente por um trombo originado noutro território vascular. O TEP é uma das formas mais graves de tromboembolismo venoso (TEV), sendo potencialmente fatal em alguns casos. Apesar de relativamente frequente, a verdade é que o diagnóstico de TEP nem sempre é fácil, dada a apresentação inespecífica, desde a ausência de sintomas até ao choque e paragem cardiorrespiratória. A abordagem dos doentes com suspeita do TEP deve ser feita com base na probabilidade clínica, evitando assim exames desnecessários e permitindo o início precoce de terapêutica dirigida.

Descreve-se caso clínico de uma mulher de 50 anos, com antecedentes conhecidos de hipertensão arterial e dislipidemia, que recorreu ao serviço de urgência (SU) por dispneia com 2 dias de evolução que agravava com o esforço e a obrigava a parar ao

final de 10 metros. Sem febre, tosse, expetoração, toracalgia ou dor nos membros inferiores (MI). Sem história de imobilização, viagens recentes ou cirurgia. À observação estava visivelmente ansiosa, taquipneica com saturação periférica de oxigénio em oximetria de pulso de 90% em ar ambiente e sem alterações à auscultação pulmonar. Hemodinamicamente estável. Sem alterações dos MI. Realizou inicialmente eletrocardiograma sem alterações sugestivas de patologia aguda e gasimetria arterial que mostrou insuficiência respiratória tipo 1 com hipocapnia (pH 7.48, pO₂ 57, pCO₂ 29, HCO₃ 21, Lactato 1.2, SaO₂ 89%). Colheu sangue para análises e realizou POCUS que mostrou: boa função sistólica global, contudo com aumento das cavidades direitas, salientando ventrículo direito de maiores dimensões que o esquerdo; veia cava inferior dilatada, com variabilidade respiratória diminuída (inferior a 50%); padrão A pulmonar bilateral, sem derrame pleural ou peritoneal; eixo venoso do MI direito com compressibilidade mantidas; à esquerda visualiza-se material hiperecogénico no interior da veia femoral comum, praticamente sem compressibilidade; poplítea também com material hiperecogénico no seu interior, sem compressibilidade. Nesse contexto iniciada terapêutica anticoagulante com enoxaparina 1 mg/Kg. Realizada tomografia computadorizada com angiografia, que mostrou sinais de TEP massivo bilateral. Realizou ecodoppler dos MI que confirmou trombose íleo-femoro-poplítea do MI esquerdo. A doente foi internada para vigilância na unidade de cuidados intermédios e posteriormente admitida na enfermaria para estudo etiológico.

A ecografia Point-of-Care (POCUS) é cada vez mais uma realidade na prática clínica, existindo relatos da sua utilização desde 1989, com Lichtenstein et al. A POCUS mostrou ser capaz de melhorar a capacidade de diagnóstico em diversos estudos publicados, permitindo um diagnóstico mais célere e assertivo e um início precoce da terapêutica definitiva.

P855

451 QUANDO SE SUBESTIMA A INTOXICAÇÃO POR ORGANOFOSFORADOS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Carolina Amado, Mariana Maranhas, Tiago Valente, Ana Rocha Oliveira, Marcelo Aveiro, Margarida Cruz
Centro Hospitalar Baixo Vouga - Aveiro

A intoxicação por organofosforados (OF) não é incomum em doentes com ideação suicida, sendo mais frequente nos homens. É uma emergência médica associada a elevada morbi-mortalidade.

Homem, 57 anos, antecedentes de Hipertensão Arterial, Síndrome depressiva e Diabetes Mellitus tipo 1, com nefropatia diabética, sob terapêutica imunossupressora por transplante renal. Recorreu

ao SU por quadro depressivo com ideação suicida, foi avaliado por Psiquiatria, com alta sob ajuste de terapêutica sedo-hipnótica, nomeadamente benzodiazepinas. Voltou ao SU no dia seguinte por prostração e alteração do estado de consciência. Negava intoxicação voluntária, com fármacos ou outras substâncias. Posteriormente, revelou consumo de reduzida quantidade de herbicida (OF). Ao EO, na admissão: identificado, mas colaborante, pupilas isocóricas e fotoreativas, hipertenso e normocárdico. Analiticamente, a destacar, hiperglicemia, leucocitose discreta com PCR negativa, consumo de colinesterase (71 U/L), doseamento de etanol normal e hiperlactacidemia (4 mmol/L). Pesquisa de drogas de abuso na urina positiva para benzodiazepinas. Realizou TC-CE, sem alterações agudas. Foi contactado o Centro de Informação Anti-Venenos, optando-se por vigilância, tendo em conta a ausência de sinais e sintomas muscarínicos.

Em D2 de permanência no SU, iniciou quadro de prostração, febre e dificuldade respiratória, com taquicardia reativa, mantendo perfil tensional estável. Apresentava insuficiência respiratória (IR) tipo 2 e radiografia do tórax com hipotransparência discreta à esquerda, sem infiltrados sugestivos de foco infeccioso pulmonar. Iniciou VNI, com melhoria inicial. No dia seguinte, agravamento do quadro neurológico, pupilas mióticas e não reativas, IR mantida, mas controlada com VNI, e broncorreia importante. Estabilidade hemodinâmica sustentada, sem bradicardia documentada. Em reavaliação analítica, PCR em crescendo, procalcitonina positiva, lesão renal aguda e colinesterases de 49 U/L. Repetiu TC-CE sem alterações de novo e radiografia de tórax compatível com pneumonia direita, em provável contexto de aspiração. Pesquisa de Influenza no exsudado nasal negativa.

Por sintomas compatíveis com intoxicação por OF, sobretudo disfunção neurológica tardia, iniciou atropina e obidoxima. Foi instituída antibioterapia empírica. Por estado de imunossupressão, associou-se oseltamivir. Em conjunto com a Medicina Intensiva, o doente foi estabilizado e transferido para centro de referência, com Unidade de Transplantação Renal, onde a evolução foi favorável.

A intoxicação com OF manifesta-se por sinais e sintomas mais ou menos frequentes, de forma precoce ou tardia. Os autores pretendem alertar para a possibilidade de uma sintomatologia inicial frustrante, com evolução progressiva, podendo ser fatal, caso se proteja o início de terapêutica adequada – tratamento e suporte de órgão. Assim, é fundamental um elevado grau de suspeição, com ênfase na história clínica, vigilância apertada e atuação precoce.

P856

1224 COAGULAÇÃO INTRAVASCULAR DISSEMINADA COMO COMPLICAÇÃO FATAL DE GOLPE DE CALOR: CASO CLÍNICO

Sérgio Brito, Marco Fernandes, Nuno Ferreira, António Pais Martins, Luís Campos

Serviço de Medicina Interna - Hospital de São Francisco Xavier; Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos - Hospital de São Francisco Xavier

INTRODUÇÃO

O golpe de calor define-se por temperatura corporal $>40^{\circ}\text{C}$, com disfunção sistémica e neurológica, por exposição a altas temperaturas ambientais ou exercício físico extenuante. Fisiologicamente os mecanismos de termorregulação permitem baixar a temperatura corporal porém, em situações extremas, tornam-se ineficazes levando a falência multiorgânica e morte.

CASO CLÍNICO: Homem, 56 anos, trabalhador da construção civil, saudável. Encontrado inconsciente na via pública após ter estado várias horas a trabalhar num telhado (temperatura externa = 37°C). À entrada no serviço de urgência estava em coma (Glasgow Coma Scale 3), com pupilas isocóricas e não reativas, gag reflex abolido, hipotonia generalizada e reflexos cutâneo-plantares indiferentes; sinais de má perfusão; temperatura timpânica = 41.1°C ; hipotensão (80/40mmHg); taquicardia sinusal (168bpm); bradipneico com uso de músculos acessórios e saturação periférica de oxigénio de 99% sob máscara de alto débito e anúrico. A gasimetria arterial revelou acidémia metabólica, hipercaliémia e hiperlactacidémia; analiticamente com lesão renal aguda AKIN III, citólise hepática e rabdomiólise, sem aumento de parâmetros inflamatórios ou alteração da coagulação. Doseamento de álcool, benzodiazepinas, opiáceos, antidepressivos tricíclicos, barbitúricos e canabinóides negativo. Ecocardiograma com sinais de depleção de volume. TC-crânio (TC-C) sem alterações. Admitido golpe de calor com disfunção multiorgânica. Iniciou arrefecimento externo, fluidoterapia e instilação gástrica e vesical de soro frio. Foi entubado, ventilado e transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

Na UCI evoluiu desfavoravelmente com choque cardiogénico, agravamento da função renal, dos marcadores de morte celular e da insuficiência hepática. Apresentou epistaxis abundante, hematemese e hematoquezias, com queda de 4g/dL de hemoglobina e subida do tempo de protrombina ($11.8 >> 18.1\text{seg}$) e aPTT ($25.8 >> 51.3\text{seg}$). Feito o estudo da coagulação por Tromboelastometria rotacional (ROTEM) que revelou compromisso grave da função plaquetária e fibrinogénio, prolongamento acentuado da via intrínseca e via extrínseca, sem formação de coágulo e iniciou transfusão de eritrócitos, plaquetas e fibrinogénio,

desmopressina e octaplex. Após suspender a sedo-analgesia apresentava midríase fixa e ausência de reflexo corneano. Repetiu TC-C que mostrou edema difuso com hemorragia do tronco cerebral, inundação ventricular, hemorragia subaracnoideia difusa e sinais de hidrocefalia ativa.

Dado o quadro de falência multiorgânica resistente à terapêutica foi decidida limitação terapêutica. Óbito registado às 48 horas após a admissão hospitalar.

DISCUSSÃO: O golpe de calor é uma situação potencialmente grave e que deve ser rapidamente abordada para impedir a progressão para disfunção multiorgânica irreversível. Assim, a população deve ser sensibilizada dos riscos da exposição solar prolongada nos dias de maior calor e as medidas a adotar.

P857

195 ESTADO DE MAL EPILÉPTICO SECUNDÁRIO A INTOXICAÇÃO COM TEOFILINA

Mariana Santos, Magda Sofia Ventura, Grimanese Sousa, Miriam Cimbron, Abel Alves, Clara Paiva
Hospital Divino Espírito Santo, E. P. E.

O estado de mal convulsivo é caracterizado por atividade convulsiva contínua ou mais do que 1 convulsão sem recuperação pós-ictal, com duração mínima de 5 minutos. Pode ser originado por lesão estrutural aguda no cérebro, incumprimento terapêutico em epilépticos, síndrome de abstinência alcoólica, de barbitúricos ou benzodiazepinas; distúrbios metabólicos, sépsis ou por intoxicação por fármacos (p.e. teofilina, múltiplos antibióticos, ADT, lítio, clozapina, flumazenil, ciclosporina, lidocaína, bupivacaína).

Trata-se de um caso de uma mulher de 60 anos, com antecedentes de obesidade, hipertensão arterial e asma medicada cronicamente com teofilina 225mg. Recorreu ao SU por convulsão no domicílio, sem prodromos, com dois novos episódios durante o transporte para o hospital e sem recuperação do estado de consciência. Ao exame físico encontrava-se hemodinamicamente estável mas em coma (GCS O1V1M4), com desvio conjugado do olhar para a direita e bradipneica, pelo que foi submetida a intubação orotraqueal e instituída ventilação mecânica invasiva, sob terapêutica sedativa com midazolam e propofol e terapêutica antiepilética com levetiracetam. Gasometria à entrada com acidose mista grave e hiperlactacidémia (pH 6,7, pCO₂ 124, pO₂ 77, bicarbonato 15,7, SatO₂ 79,2%, Lactato 12,86). Analiticamente com ligeiro agravamento da função renal (ureia 28mg/dl e creatinina 1,45mg/dL), hipocalémia (3,02mmol/L) e doseamento de teofilina muito elevado (73,7ug/mL). Foi realizado TC-CE que revelou enfartes lacunares antigos fronto-parietais. Fez punção

lombar (normal) e realizou um EEG que demonstrou atividade paroxística temporal frequente. Foi admitida na UCIP por impossibilidade de desmame de propofol e midazolam por novos episódios convulsivos. O quadro evoluiu favoravelmente com descida progressiva da teofilinemia sob fluidoterapia agressiva, sem necessidade de técnica dialítica, cursando com recuperação do estado de consciência e possibilidade de extubação. Após transferência para o Serviço de Medicina Interna apresentou períodos de confusão mental associados a alucinações visuais e auditivas. Apurou-se ainda que a doente tomava diariamente doses excessivas de teofilina (4-6cp/dia) pois acreditava que tal lhe permitia aliviar as queixas associadas à asma. Foi avaliada pela Psiquiatria, tendo sido diagnosticado quadro demencial de etiologia provável mista (vascular/senil) e com necessidade de seguimento regular em consulta.

Salienta-se a teofilina como fármaco amplamente usado em patologias respiratórias, por vezes de forma crónica e sem controlo regular, cuja intoxicação associa-se a elevada mortalidade por risco de convulsões, arritmias e hipotensão e a necessidade de intervenção médica precoce e célere.

P858

661 TOXICIDADE POR METOTREXATO COM ATINGIMENTO MULTISSISTÊMICO

Isabel Morgado Eira, Rosa Cardoso, Marta Soares Carreira, Inês Albuquerque, Rita Silva, Ana Lima Silva, Francisco Cunha, Fernando Friões

Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução

O metotrexato (MTX) é um fármaco com atividade antiproliferativa, anti-inflamatória e imunomoduladora usado em patologias neoplásicas e do tecido conjuntivo. O seu uso pode associar-se a efeitos adversos multissistémicos, dependentes da dose cumulativa.

Caso Clínico: Mulher de 67 anos com excesso de peso e dislipidemia. Diagnóstico de artrite reumatoide aos 65 anos, sob corticoterapia (deflazacort 30 mg por dia) durante 2 anos. Cerca de 1 mês antes da admissão hospitalar, prescrito MTX 7,5 mg por semana. Uma semana depois iniciou quadro de astenia e aparecimento de úlceras orais, sendo medicada com antifúngico tópico, sem melhoria. Posteriormente realizou estudo analítico que evidenciou pancitopenia e citólise hepática, sendo orientada para o serviço de urgência. Nesta altura, constatado que a doente se encontrava a fazer toma diária de MTX 7,5 mg em vez de semanal. Pancitopenia em agravamento (Hb 7,6 g/dL, leucócitos 410/μL e plaquetas 47.000/μL); sem sintomas respiratórios e radiografia torácica sem alterações. Internada para vigilância,

tendo iniciado leucovorina. Três dias depois, apresentou instalação de insuficiência respiratória hipoxémica de agravamento progressivo; iniciou-se ventilação não invasiva. Tomografia torácica com infiltrados peribroncovasculares bilaterais. Prescrita antibioterapia de largo espectro e corticoterapia (metilprednisolona 2 mg/Kg/dia). Agravamento clínico com necessidade de ventilação mecânica invasiva. Apresentou posteriormente melhoria clínica paulatina com extubação ao 10.º dia. Exames microbiológicos negativos (hemoculturas, secreções brônquicas e lavado broncoalveolar). Após suspender sedação, verificado síndrome confusional, que manteve durante o restante internamento. Sem alterações de relevo na tomografia cerebral e análise do líquido; eletroencefalograma sem atividade epileptiforme mas com disfunção global. Verificou-se resolução das alterações hematológicas e da citólise hepática. Orientada para unidade de reabilitação por miopatia de doente crítico.

Discussão: Neste caso de intoxicação accidental por MTX, com uma dose cumulativa intermédia (111 mg/m²), verificou-se inicialmente instalação de estomatite, toxicidade hematológica e hepática. Posteriormente, a doente desenvolveu disfunção respiratória grave e alterações imagiológicas compatíveis com pneumonite de hipersensibilidade ao MTX. O tratamento desta entidade envolve a descontinuação do fármaco, medidas de suporte (oxigenação e ventilação) e antibioterapia no caso de eventual infeção oportunista em contexto de imunossupressão pelo MTX; o papel da corticoterapia não se encontra ainda totalmente definido, mas parece existir benefício nos doentes com disfunção respiratória grave. Por fim, a doente apresentou quadro de encefalopatia subaguda cuja etiologia poderá estar relacionada com neurotoxicidade pelo MTX; o seu curso clínico é variável, com a maioria dos doentes a apresentarem estabilização ou melhoria após descontinuação do fármaco.

P859

955 "URGÊNCIA - DA QUEIXA COMUM AO DIAGNÓSTICO RARO

Rita Valente, Joana Costa Simões, Tiago Pacheco, Margarida Sá Pereira, Luís Borges

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central - Hospital S.José - Medicina 1.4

Introdução:

A dor abdominal motiva bastantes admissões em urgência hospitalar. Nesse contexto, nem sempre é possível apontar uma etiologia definitiva, sendo objectivos fundamentais distinguir causas médicas ou cirúrgicas, estratificar gravidade e risco.

O tumor do estroma gastrointestinal (GIST) é uma neoplasia rara, com clínica inespecífica, geralmente sintomática quando atingidas grandes dimensões,

sendo o tratamento maioritária e eminentemente cirúrgico.

Caso clínico:

Homem, 74 anos, autónomo, antecedentes de nevralgia do trigémio (sob carbamazepina) e evicção tabágica nos últimos 35 anos (20 UMA). Recorre a serviço de urgência por quadro com 2 dias evolução de dor abdominal epigástrica - tipo 'moínha', constante, irradiando inconsistentemente para hipocôndrio direito e região escapular bilateral - e tosse irritativa (sem predomínio horário). Nega febre, náuseas, vômitos, pirose, eructações, alterações do trânsito intestinal, disúria, polaquiúria, toracalgia, dispneia. Dieta equilibrada, sem modificações recentes. Ao exame objectivo, apenas dor à palpação profunda do hipocôndrio direito, esboço de Murphy vesicular, sem defesa ou dor à descompressão. Laboratorialmente sem desvios. Assintomático imediatamente após analgesia endovenosa - acordada reavaliação após ingesta alimentar, verifica-se recorrência de queixas álgicas, com observação sobreponível. Solicitada ecografia abdominal - imagem hipoecogénica (92x70mm) no hipocôndrio direito, vagamente em "pseudo-rim"; vesícula e vias biliares dentro da normalidade. Investigação adicional por tomografia computadorizada com angiografia revela: massa expansiva localizada na primeira e segunda porção do duodeno, com crescimento exofítico essencialmente lateral (83x58x66mm), áreas de necrose e atenuações aéreas (...) que contacta com a vesícula biliar - tumor duodenal com possível invasão vesicular. Após parecer de Cirurgia Geral, tem alta com endoscopia digestiva alta programada em 24 horas. Neste exame observa-se abaulamento bulbar e duas lesões ulceradas na 2ª porção do duodeno, confirmando-se histologicamente o diagnóstico de GIST. É electivamente submetido a duodenopancreatectomia com colecistectomia.

Discussão:

A epigastralgia é queixa recorrente e comum em urgência, constituindo verdadeira excepção um turno isento deste sintoma. A sua abordagem envolve - após anamnese, exame objectivo e exclusão de sinais de alarme-, controlo sintomático e, quando justificado, estudo laboratorial dirigido. O ambiente circundante (tantas vezes, caótico) favorece/precipita altas prematuras e/ou investigação insuficiente de quadros mais subtis ou sem critérios de gravidade. O caso supra expõe uma etiologia rara numa manifestação corrente e inespecífica, cujo diagnóstico dependeu dum período de vigilância relativamente prolongado e, sem dúvida, da acessibilidade de meios diagnósticos.

P860

286 O PAPEL DA MEDICINA INTERNA NA GRAVIDEZ

Inês Ferreira, Ana Monteiro, Tatiana Vieira, Vanessa Chaves, José Pereira

Centro Hospitalar São João

INTRODUÇÃO

O síndrome de HELLP é uma complicação grave da gravidez, caracterizando-se por hemólise, enzimas hepáticas elevadas e trombocitopenia. É considerado parcial se não forem cumpridas todas as premissas atrás referidas. Representa provavelmente uma forma severa de pré-eclâmpsia e desenvolve-se tipicamente entre as 28 e as 36 semanas de gestação.

CASO CLÍNICO

Apresenta-se o caso de uma mulher de 32 anos, primigesta de 36 semanas e 6 dias, com diabetes gestacional controlada com dieta e suspeita de restrição do crescimento fetal na última ecografia.

Recorreu ao serviço de urgência por dor intercostal direita, de início súbito. Ao exame objetivo encontrava-se hipertensa (180/85 mmHg), auscultação cardiopulmonar sem alterações, sem dor à palpação dos espaços intercostais. Combura com proteinúria e vestígios de sangue. Analiticamente apresentava Hb 12.9 g/dL, trombocitopenia 49000, citólise hepática (AST 138 U/L e ALT 251 U/L), DHL 422 U/L, sem hiperbilirrubinemia nem disfunção renal. Haptoglobina normal. Esfregaço de sangue periférico com esquizócitos. Proteinúria 0.52g/L. Estudo da coagulação normal. Realizou ecografia abdominal que excluiu hematoma subcapsular hepático.

Doente internada por Síndrome de HELLP parcial. Submetida a cesariana emergente, com transfusão de 1 pool de plaquetas, que decorreu sem intercorrências.

Internada na Unidade de Cuidados Intensivos no pós-operatório. Cumpriu profilaxia de convulsões com sulfato de magnésio nas primeiras 48 horas. Necessidade inicial de bólus de labetalol para controlo tensional, mas ao fim das primeiras 12 horas com bom controlo tensional. Verificou-se agravamento inicial da trombocitopenia (valor mínimo das plaquetas 35000), mas recuperação das contagens >100.000 ao terceiro dia pós-cesariana. Descida progressiva dos marcadores de citólise hepática. Manteve bom débito urinário e função renal normal. Por incompatibilidade Rh materno-fetal, fez isoimunização com imunoglobulina anti-D. Teve alta ao 7º dia após o parto.

DISCUSSÃO

O papel do internista torna-se preponderante na vigilância das grávidas/puérperas com síndrome

de HELLP. Apesar de o outcome para a mãe ser geralmente bom, complicações graves são relativamente comuns e os doentes devem manter vigilância apertada. É expectável que ocorra agravamento analítico nas primeiras 24 a 48 horas após o parto, mas a partir do 4º dia verifica-se uma melhoria progressiva da contagem plaquetas e diminuição das transaminases e DHL.

O prognóstico pré-natal, por sua vez, relaciona-se com a idade gestacional e peso à data de nascimento e não com a morbilidade materna. O único tratamento curativo é o parto.

P861

407 PANCREATITE AGUDA EM CRÓNICA, COM PSEUDOCISTO PANCREÁTICO, COMPLICADA COM ROTURA DO BAÇO: RELATO DE UM CASO CLÍNICO.

Marta Vilaça, Lígia Freire, Marta Pina, Marina Morais, Carolina Guedes

Hospital Pedro Hispano

A rotura atraumática do baço é uma complicação rara, mas potencialmente fatal, associada a pseudocisto pancreático (PP) em contexto de pancreatite crónica.

Homem de 47 anos, com história de consumo excessivo de álcool e pancreatite crónica, com pseudocisto pancreático, com agudizações recorrentes. Recorre ao serviço de urgência por dor abdominal difusa, com 4 dias de evolução, com irradiação para a região lombar tipo cinturão e ombro esquerdo. Analiticamente apenas de destacar PCR 140.9 mg/dL e amilase 739 U/L. Assim, foi internado no Serviço de Cirurgia com o diagnóstico de pancreatite crónica agudizada, com boa resposta clínica às medidas instituídas, com descida sustentada da amilase. 7 dias após a admissão hospitalar, com dor abdominal de novo no hipocôndrio esquerdo que irradiava para o ombro esquerdo, associada a queda progressiva da hemoglobina, com mínimo de 7,0g/dL, e a necessitar de suporte transfusional. Por esta razão, foi pedida uma tomografia computadorizada abdomino-pélvica que mostrou baço com franca heterogeneidade textural, com áreas lineares hipodensas dispersas pelo seu parênquima, sugestivas de lacerações. Uma das lacerações estendia-se praticamente a toda a espessura do baço, com volumoso hematoma subcapsular esplênico, associado, que se continuava com hematoma posteriormente ao lobo esquerdo do fígado. Moderado hemoperitônio pélvico. Negada história pregressa de traumatismo antes do internamento e no hospital. Decidida abordagem conservadora. Desta forma, foi admitido na Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente para monitorização. Permaneceu hemodinamicamente estável com perfil tensional normotensivo, bom controlo da dor, sem queda significativa da hemoglobina. Por SIRS em

crescendo e febre, assumida provável translocação bacteriana/hematoma infectado, pelo que iniciou empiricamente antibioterapia com cefotaxima e metronidazol. Colheu hemoculturas, mas sem isolamento de agente. Cumpriu 8 dias de antibiótico com boa resposta clínica e analítica. Repetiu TC de controlo que mostrou...

As complicações envolvendo o baço são considerados eventos raros no curso da pancreatite aguda e crónica, e podem manifestar-se de várias formas. Os hematomas subcapsulares e a rotura esplênica são as mais comuns na pancreatite crónica, enquanto os enfartes esplênicos e a hemorragia intra-esplênica ocorrem mais comumente na pancreatite aguda. A relação anatómica entre a cauda do pâncreas e o hilo esplênico parece ser o fator responsável por estas complicações. A admissão destes doentes em unidades de cuidados intermédios é importante dada gravidade clínica, com potencial agravamento, e necessidade de monitorização mais apertada.

P862

2117 TROMBOCITOPENIA, ANEMIA HEMOLÍTICA E LESÃO RENAL AGUDA MEDIADA PELA RIFAMPICINA

Jorge Mendes, Carla Fidalgo, Ana Paula Pacheco, Ana Luísa Nunes, João Filipe Gomes, Jorge Teixeira, José Mariz

Hospital de Braga - Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência

A rifampicina mantém-se como terapêutica de primeira linha na terapêutica da tuberculose pulmonar. O efeito secundário mais frequente é a hepatotoxicidade, em muitos casos com necessidade de suspensão e substituição da terapêutica. Apesar de ser menos comum, a lesão renal aguda (LRA) já foi descrita na literatura. Ocorre geralmente em contexto da readministração do fármaco e tem um curso benigno com resolução completa da disfunção renal em 96% dos doentes aos 90 dias após a sua suspensão. Segunda a literatura o desenvolvimento de LRA é um fenómeno imunomediado. Outras reações imunomediadas estão descritas, nomeadamente casos de anemia hemolítica, trombocitopenia e mesmo coagulação intravascular disseminada. Pensa-se que esta reação pode estar associada à formação de anticorpos anti-rifampicina com reação cruzada contra antigénios localizados, por exemplo, na superfície dos eritrócitos ou parede dos túbulos renais.

CASO

Descreve-se o caso clínico de uma mulher de 39 anos, com antecedentes de tuberculose latente diagnosticada no contexto de uma infeção respiratória que se revelou ser viral, cerca de 5 meses antes do início do quadro atual. Foi medicada

com isoniazida que cumpriu durante cerca de mês e meio tendo sido interrompida por hepatite tóxica. Cerca de 1 mês e meio depois, após resolução do quadro de hepatite, foi introduzida terapêutica com rifampicina. Sem outros antecedentes ou medicação habitual, sem alergias conhecidas. Recorre ao serviço de urgência por 2 episódios de hematemese e petéquias generalizadas com cerca de 12 horas de evolução. Sem qualquer outra queixa. Do exame objetivo destaca-se petéquias generalizadas em todo o corpo, inclusivamente língua e gengivas sem qualquer outra alteração. Trouxe controlo analítico realizado 15 dias antes que não demonstrava qualquer alteração. Realizou controlo analítico que revelou trombocitopenia com plaquetas não mensuráveis, lesão renal aguda (LRA) não oligúrica de 1.8mg/ml e anemia de 11g/dl normocrômica e normocítica. Acrescentado estudo analítico complementar para exclusão de patologias infecciosas ou auto-imunes, apresentando critérios de anemia hemolítica que agravou até 8.1g/dl. LRA agravou até 7.1g/dl, sem critérios para realização de diálise urgente. Foi interrompida rifampicina e iniciou terapêutica com imunoglobulina e corticoterapia em altas doses. Realizou tomografia computadorizada com angiografia do tórax, abdómen e pélvis que não identificou alterações. Após internamento de cerca de 3 semanas, teve alta com resolução completa das disfunções tendo sido excluídas todas as outras possibilidades diagnósticas.

Apesar da ausência de biópsia renal a confirmar, o diagnóstico presuntivo de reação imunomediada pela Rifampicina é apoiado pela literatura, assim como pelo curso da doença. A administração de terapêutica corticoide sistémica pode ser benéfica nestes casos, com normalização da função renal mais rápida e menor taxa de hemodiálise.

P863

285 INTOXICAÇÃO POR ORGANOFOSFORADOS - UM PROBLEMA EM PORTUGAL

Inês Ferreira, Ana Monteiro, Tatiana Vieira, Vanessa Chaves, José Pereira

Centro Hospitalar de São João

INTRODUÇÃO

Os organofosforados são a principal causa de morte por intoxicação relacionada com produtos agroindustriais em Portugal. São potentes inibidores das colinesterases, sendo capazes de causar toxicidade colinérgica severa, por excesso de acetilcolina nos recetores muscarínicos e nicotínicos.

CASO CLÍNICO

Doente de 74 anos, diagnóstico recente de demência, sem outros antecedentes de relevo,

sem medicação habitual. História de ameaças de suicídio após o diagnóstico.

Encontrado no domicílio caído, com alteração do estado de consciência e incontinência de esfíncteres. No serviço de urgência com escala de coma de Glasgow 6 (O4V1M1), hipotenso e bradicárdico, pupilas mióticas, hálito a petróleo e sialorreia abundante. Gasimetricamente com acidemia mista e hipóxia com ratio pO_2/FiO_2 68, lactatos 8.7 mmol/L. Submetido a entubação orotraqueal e realizada lavagem gástrica e administrado carvão ativado, por suspeita de intoxicação com pesticida. Analiticamente com leucocitose e neutrofilia, sem outras alterações relevantes, nomeadamente função renal e coagulação normal. Pesquisa de drogas na urina e sangue negativos. Doseamento de colinesterases <1 U/L. TC cerebral sem alterações. Internado na Unidade de Cuidados Intensivos, após bônus de atropina e obidoxima.

Segundo familiares, presença em casa de frasco vazio de organofosforados (dimetoato).

Iniciou perfusão de atropina (variou entre 6-12.5 mg/h), que suspendeu ao 3º dia por resolução da broncorreia e sialorreia, e perfusão de obidoxina 10 mg/kg/dia durante 6 dias, com subida progressiva e consistente das colinesterases. Durante o internamento com início de fasciculações e epilepsia secundária a intoxicação por organofosforados, com necessidade transitória de terapêutica anti-epiléptica, entretanto suspensa. Vários episódios de fibrilação auricular paroxística, tendo sido hipocoagulado.

O desmame ventilatório foi complicado com ARDS secundário a pneumonia associada ao ventilador por MSSA. Múltiplos ciclos de antibioterapia nesse contexto. Desmame de sedoanalgesia complicado por agitação. Traqueostomizado ao 36º dia de internamento. À data de alta da unidade, cumpria ordens simples de forma inconsistente, com miopatia do doente crítico. Poderia também ser ponderado o diagnóstico de neuropatia tardia induzida por organofosforados, mas o dimetotato não é um dos agentes consistentemente implicados nesta entidade. Foi posteriormente orientado para unidade de convalescença para reabilitação.

DISCUSSÃO

A inibição das colinesterases torna-se irreversível em horas ou dias (fenómeno conhecido por "aging"). É essencial o reconhecimento rápido da intoxicação por organofosforados, já que o benefício do antídoto (oximas) só existe se este for administrado antes do processo de "aging" da enzima. Trata-se de uma intoxicação grave e potencialmente fatal quando não reconhecida atempadamente.

P864

740 CANABIS, UMA DROGA INOFENSIVA?

Ana Andrade Oliveira; Joana Moraes; Olga Pires; Inês Burmester; Margarida Fonseca; Maria João Regadas; Paulo Gouveia; Carlos Capela

Hospital de Braga

Introdução

A cannabis é uma droga recreacional cada vez mais popular entre adolescentes e adultos jovens. É frequentemente considerada segura entre os seus usuários. Os efeitos adversos mais comuns envolvem o sistema nervoso central. Todavia, várias complicações cardiovasculares estão documentadas, sendo os canabinoides sugeridos como percursos de taquiarritmias auriculares. Apresenta-se um caso de uma taquicardia supraventricular induzida pelo consumo de canabinoides inalados num usuário frequente.

Caso clínico: Um homem de 20 anos, autónomo, apresentou-se no serviço de urgência com queixas de palpitações, tonturas e náuseas, com cerca de 1 hora de evolução, que se iniciaram após o consumo de cannabis fumada. Consumia frequentemente canabinoides. Não apresentava antecedentes médicos, cirúrgicos ou medicação habitual. Negava consumo de outras drogas recreacionais e episódios anteriores de palpitações. O exame objetivo era normal à exceção de se encontrar taquicárdico (frequência cardíaca 180 batimentos por minuto (bpm)). A investigação laboratorial revelou a presença de canabinoides urinários e uma hipocaliemia. O eletrocardiograma era sugestivo de taquicardia supraventricular com frequência cardíaca de 180 batimentos por minuto. Foi administrada adenosina intravenosa (6mg + 12mg + 12mg), com manutenção do ritmo e frequência. Posteriormente, foi realizada terapêutica com metoprolol (5mg + 5mg) com diminuição da frequência para 120 bpm. Ao final de 2 horas o ritmo reverteu a sinusal com 70 bpm.

Discussão: O potencial arritmogénico da cannabis fumada é conhecido, apesar de pouco reportado. As alterações típicas no eletrocardiograma são consistentes com aumentos da frequência cardíaca e alterações inespecíficas e transitórias das ondas P e/ou T. Estes efeitos cardiovasculares relacionam-se com o efeito bifásico da cannabis no sistema nervoso autónomo. Com uma dose baixa-moderada causa ativação simpática e redução da atividade parassimpática resultando em taquicardia e aumento do débito cardíaco, enquanto em doses elevadas causa inativação da atividade simpática e aumento da parassimpática cursando com bradicardia e hipotensão. Apesar dos seus efeitos cardiovasculares não se associarem a riscos sérios em utilizadores jovens e saudáveis, existem referências a enfarte agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e outros efeitos adversos, pelo

que se pretende com este caso alertar para os riscos deste consumo, cada vez mais frequente.

P865

1941 UMA COMPLICAÇÃO INESPERADA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Vasco Neves, Sandra Lucas, Ana Bernardo, Mariana Soares, Maria Menezes, Andreia Rei, Nuno Veloso, Ireneia Lino, Luisa Rebocho, Francisco Azevedo, Conceição Barata

Hospital Espírito Santo de Évora

Introdução

A hemorragia digestiva alta (HDA) é uma emergência médica que se pode associar a elevada taxa de morbimortalidade. Situações clínicas que envolvam trombólise em tais circunstâncias podem exacerbar exponencialmente esse risco.

Caso clínico: Homem de 70 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, recorre ao serviço de urgência (SU) por dor torácica atípica acompanhada de períodos de discurso incoerente com 24 horas de evolução. No estudo analítico (EA) tinha Hemoglobina (Hb) 10.7 g/dl e ocorreu aumento da troponina I de 0.082 para 0.117 ng/ml. Eletrocardiograma e ecocardiograma sem alterações. Ainda no SU ocorreu descida da Hb para 5.9 g/dl. Colocou-se sonda nasogástrica, com saída de sangue vermelho vivo. Fez transfusão de 2 unidades de concentrado eritrocitário e realizou endoscopia digestiva alta que mostrou uma úlcera duodenal com hemorragia ativa (Forrest IB). Efectuada injeção local de adrenalina e aplicados 2 clips com hemostase. O doente cumpriu 72 horas de esomeprazol em perfusão, mantendo-se hemodinamicamente estável e sem evidência de recidiva hemorrágica. No 8º dia de internamento inicia queixas de epigastria e ao exame objetivo apresenta taquipneia (32cpm), hipotensão (90/60mmHg), taquicardia sinusal (132bpm) e dessaturação de 79% de oxigénio a ar ambiente. Auscultação pulmonar normal e palpação abdominal ligeiramente dolorosa. Gasimetria com máscara de venturi (MV) 60% revela pCO₂ 25mmHg, pO₂ 140 mmHg, lactatos de 5mmol/L. EA com Hb 10g/dl sem outras alterações e D-dímero em curso. Eletrocardiograma com bloqueio completo ramo direito, inversão das ondas T V1 – V4. Iniciou fluidoterapia, com agravamento clínico, hipotensão 79/51mmHg, mantendo dificuldade respiratória. Colocou-se a hipótese de tromboembolismo pulmonar (TEP), que foi confirmada após realização de tomografia axial computadorizada (TAC) torácica com angiografia. Após discussão do caso com colega de Gastroenterologia e dada a instabilidade hemodinâmica doente, decidiu-se iniciar trombólise com rtPA 100mg intravenosa. Ocorreu evolução clínica e laboratorial favoráveis após trombólise com estabilização hemodinâmica, sem complicações hemorrágicas ou necessidade de

oxigenoterapia suplementar.

Conclusão: Dentro das principais causas de HDA, as úlceras pépticas e as varicosas são as mais frequentes. Apesar do agravamento clínico do doente com choque e dor epigástrica sugerirem inicialmente recidiva hemorrágica de úlcera duodenal, a suspeição clínica de TEP e realização de Angio-TAC confirmaram TEP maciço. A trombólise revelou-se eficaz na estabilização do doente, sem recidiva hemorrágica. O presente caso pretende salientar a importância desta difícil decisão, tomada mediante um trabalho de equipa multidisciplinar, que permitiu um tratamento eficaz com desfecho favorável.

P866

1987 ANAFILAXIA: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA NEGLIGENCIADO

Tatiana Salazar, Diana Fernandes, Margarida Almeida, Teresa Boncoraglio, Marília Silva, Carolina Lopes, Adriana Alves, Joana Simões

Centro Hospitalar do Médio Ave

Introdução:

A anafilaxia é causada por uma reação de hipersensibilidade multissistémica aguda, potencialmente fatal, em que ocorre uma libertação súbita de mediadores pelos mastócitos e/ou basófilos na circulação. Na maioria das vezes resulta de reações mediadas por IgE a alimentos, drogas e picadas de insetos, mas qualquer agente capaz de incitar uma desgranulação sistémica pode despertá-la.

Descrição do caso:

Homem, 40 anos, antecedentes de tabagismo ativo. Sem história de alergias alimentares ou medicamentosas. Admitido no serviço de urgência por quadro súbito de vômito, dispnéia e lipotímia após o jantar. Queixas compatíveis com síndrome gripal com 2 semanas de evolução. Apresentava-se com alteração do estado de consciência, cianose central e periférica, edema da face e lábios, insuficiência respiratória com acidemia e hiperlactacidemia, hemodinamicamente estável, apirético, sem estridor ou pieira. Foi medicado com broncodilatadores, hidrocortisona e clemastina endovenosas e iniciou ventilação não invasiva (VNI). Analiticamente sem leucocitose, proteína C reativa elevada (60mg/L). ECG sem alterações de relevo. Angio-TAC torácico excluiu condensações parenquimatosas e tromboembolismo pulmonar. Admitido na Unidade de Cuidados Intermediários para tratamento e vigilância de insuficiência respiratória. Melhoria do estado de consciência em poucas horas, com desmame de VNI. Apurada a história, o doente referia ter comido lapas pela primeira vez no dia da admissão. Documentados níveis de triptase elevados, com curva em perfil descendente, e

níveis de complemento e imunoglobulinas normais, excepto IgE elevado. Admitiu-se tratar-se de reação anafilática pelo que foi orientado para consulta de imunoalergologia com indicação para evicção de moléculas, medicado com adrenalina injetável em SOS.

Discussão:

As situações de anafilaxia são de forma geral subreconhecidas e subtratadas. O envolvimento de órgão na anafilaxia é variável e imprevisível e pode diferir entre indivíduos, bem como entre episódios num mesmo indivíduo. Pode ser leve e resolver espontaneamente devido à produção endógena de mediadores compensatórios ou ser grave e progredir em questão de minutos para falência cardiocirculatória e morte. Este doente, apesar de insuficiência respiratória grave, evoluiu favoravelmente sem necessidade de adrenalina o que pode ser explicado por este facto. A colheita de uma história clínica detalhada na abordagem do doente crítico é de extrema importância. A falha no reconhecimento de um episódio inaugural de anafilaxia pode acarretar riscos potencialmente fatais para o doente e comprometer o tratamento de novos episódios. O objetivo do tratamento deve passar pelo reconhecimento e instituição de adrenalina precocemente para prevenir a progressão para manifestações ameaçadoras de vida, incluindo choque.

P867

561 QUANDO A RAPIDEZ É AMIGA DA PERFEIÇÃO

Patrícia Varela Ramos, Ana Oliveira, Marta Quaresma, Sofia Cruz, Ana Nunes, Zara Soares, Ana Palricas, José Barata

Hospital Vila Franca de Xira

Introdução

No Ocidente, a incidência das úlceras duodenais é de 6-15%. Os fatores preditores de mau prognóstico são: as múltiplas comorbilidades, a idade avançada e o estado fisiológico do doente. Os fatores de risco para complicações são: hemorragia da úlcera, dimensões da úlcera e a presença de fibrose.

Caso clínico:

Os autores apresentam o caso de um doente, do sexo feminino, 94 anos, com história de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, doença renal crónica e anemia crónica, encaminhada para o Serviço de Urgência por quadro de hematemeses e melenas com 2 dias de evolução.

Por episódio de hematemeses e hematoquezias activas, é abordada na sala de reanimação.

Ao exame objectivo, a salientar: GCS 12 (O4,M5,V3), prostrada. Palidez cutânea e sudorese. Hipotensão

TA 50/30 mmHg. FC 90 bpm – pulso filiforme à palpação. Foram puncionados 2 acessos venosos e iniciou fluid challenge com soro fisiológico.

Foi realizada gasimetria arterial, destacando-se hiperlactacidemia (Lactato 6.8) e Hb 6.6g/dL.

Foi colocada sonda nasogástrica em drenagem passiva com saída de sangue vivo.

Assumido quadro de choque hipovolêmico, realizou 2U de concentrado eritrocitário (CE) e iniciou protocolo com ácido tranexâmico.

Contactada Gastroenterologia, tendo sido encaminhada para endoscopia digestiva alta urgente, que revelou na região do bulbo com três úlceras de 6 mm na face anterior, uma das quais de fundo hematínico e volumoso coágulo na face posterior (classificação de Forrest IIB). Procedeu-se à injeção de adrenalina na base do coágulo que se destacou parcialmente, observando-se lesão ulcerada de 15 mm com fundo necrótico – colocado 1 clip mas sem encerramento da úlcera.

Admitida na Unidade de Cuidados Intensivos para vigilância, tendo mantido inibidor da bomba de prótons endovenoso durante 72 horas. Na reavaliação analítica, Hb 9.3g/dL após as 2 transfusões de CE.

Evoluiu favoravelmente, registrando-se apenas a registrar 1 novo episódio de melenas em pequena quantidade, com necessidade de transfusão de mais 1UCE.

A doente esteve internada durante 10 dias, tendo alta com melhora clínica.

Discussão:

A abordagem das úlceras gastroduodenais complicadas é complexa mas possível através de uma boa e rápida coordenação entre as várias especialidades, demonstrado neste caso clínico, que permitiu a recuperação de uma doente que tinha todos os fatores para mau prognóstico ou complicação.

P868

1949 POLISEROSITE EM DOENTE JOVEM: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Joana Silva Ferreira, Patrícia Domingues, Ana Rita Piteira, Filipa Silva, Telma Caleça, Rita Silvério, Diana Pedreira, Pedro Freitas, Pedro Carreira, Susana Marques, Paula Lopes, Manuela Fera, Ermelinda Pedroso

Centro Hospitalar de Setúbal

A poliserosite, inflamação e derrame de várias membranas serosas, pode estar associada a múltiplas causas, nomeadamente neoplásica, infecciosa e auto-imune. No entanto, o seu diagnóstico etiológico continua a constituir um desafio, com a maioria dos casos a ser ainda

considerada idiopática.

Apresenta-se o caso clínico de uma mulher de 27 anos, com antecedentes pessoais de psoríase e tabagismo. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por mialgias e toracalgia anterior, agravada com inspiração profunda e decúbito. Encontrava-se febril, sem outras alterações ao exame objetivo. Apresentava elevação de parâmetros inflamatórios (PI), troponina negativa e eletrocardiograma (ECG) com ligeiro supradesnivelamento ST de concavidade superior em DII e aVF, bem como ligeira depressão PR em DII e V4-V6. Assumiu-se traqueobronquite e teve alta sob analgesia e antibioterapia empírica com amoxicilina+ácido clavulânico.

Por recorrência de toracalgia, com as mesmas características pleuríticas e com irradiação ao ombro esquerdo, regressou ao SU dez dias depois. Negava contexto epidemiológico de infeção. Objetivou-se febre e diminuição do murmúrio vesicular nas bases pulmonares. Analiticamente, tinha PI em rampa ascendente e mantinha troponina negativa. Realizou ECG, que apresentava taquicardia sinusal, já sem supra ST. A radiografia torácica revelou alargamento da silhueta cardíaca, pelo que realizou ecocardiograma, que constatou derrame pericárdico circunferencial grave, com boa função biventricular. Realizou-se pericardiocentese com drenagem de 840cc de líquido sero-hemático com características de exsudado com predomínio de polimorfonucleares e com adenosina desaminase 21 UI/L.

Admitiu-se pericardite aguda e a doente ficou internada para estudo etiológico, sob ibuprofeno e colchicina. Realizou tomografia computadorizada torácica, abdominal e pélvica, que detetou derrame pleural bilateral e pequena quantidade de líquido no fundo-de-saco de Douglas. Realizou também estudo microbiológico e citológico do líquido pericárdico, Interferon Gamma Release Assay, serologias virais e estudo auto-imune.

Por persistência de febre e PI em crescendo, iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone e vancomicina, com descida de PI e apirexia ao 3º dia.

Os autores apresentam o caso para discussão de diagnósticos diferenciais de poliserosite no adulto jovem e também para evidenciar como a integração de pequenas alterações do ECG com a clínica se pode revelar essencial para um diagnóstico precoce.

P869

1020 ALTERAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA DE ETIOLOGIA TÓXICA

Sara Correia, Ana Bernardo, Vera Sarmento, Maria José Piteira, Mariana Soares, Margarida Massas, Ana Pedrosa, Leila Barrocas

Hospital do Espírito Santo de Évora

Introdução

As alterações do estado de consciência são comuns na prática clínica. Representam uma emergência médica pela elevada mortalidade a que estão associadas, e por isso, exigem atuação rápida no sentido do diagnóstico e tratamento.

Caso clínico: Mulher de 80 anos de idade, autónoma, encontrada caída em casa com alteração do estado de consciência (Glasgow Coma Scale de 11). Antecedentes relevantes: síndrome depressivo major, medicada com benzodiazepinas. À entrada no Serviço de Urgência e acompanhada pela VMER, a doente apresentava-se incapaz de fornecer história, e já sob oxigenoterapia com máscara de alto débito. Iniciou-se um exaustivo estudo etiológico, do qual se destaca: gasimetria arterial com Carboxigemoglobina de 4,6; avaliação analítica com troponina I de 3,5; pesquisa de drogas de abuso na urina positiva para benzodiazepinas; Tomografia Axial Computorizada crânio-encefálica (TC-CE) com evidência de lesões cerebrais dos globos pálidos e hipocampo à esquerda; ecocardiograma a revelar boa função sistólica global. Foi administrada uma fórmula de flumazenilo que não surtiu efeito na recuperação do estado de consciência, pelo que a hipótese de intoxicação por benzodiazepinas foi descartada.

Após interpretação dos exames complementares de diagnóstico realizados e esclarecida a história, admitiu-se intoxicação por monóxido de carbono – a doente teria tido uma braseira ligada no sítio onde foi encontrada caída, e teria também verbalizado previamente, ideiação suicida.

Neste seguimento a doente foi transferida para o Hospital das Forças Armadas onde cumpriu tratamento em câmara hiperbárica (2,5 atmosferas durante 90 minutos). Regressou ao Hospital do Espírito Santo de Évora onde foi internada, e por manter alteração do estado de consciência, repetiu TC-CE e realizou ressonância magnética cerebral, que continuaram a identificar as mesmas lesões descritas inicialmente – “restrição na difusão nos hipocampos com expressão bilateral e a nível dos globos pálidos bilateralmente, sendo este envolvimento dos globos pálidos bastante sugestiva de encefalopatia por monóxido de carbono.”

Discussão: A afetação dos globos pálidos é descrita na literatura como a lesão típica por excelência na intoxicação por monóxido de carbono. Este achado imagiológico associado a uma alteração do estado

de consciência com lesão de órgão-alvo múltipla (cardíaca e cerebral), num contexto sugestivo, confirmaram a hipótese diagnóstica colocada, e sustentaram a terapêutica instituída. Ao valor da carboxihemoglobina não se atribuiu especial ênfase por já estar condicionado pela oxigenoterapia instituída precocemente.

Durante o tempo que permaneceu internada, a doente manteve o seu estado neurológico sobreponível às distintas observações, sem melhoria, inferindo-se desta forma que provavelmente o tempo de exposição ao tóxico seja o fator determinante para a recuperação do estado de consciência ou para a permanência de sequelas por este tipo de intoxicação.

P870

1127 CHEIA DE ADRENALINA AOS 82 ANOS

Cláudia Antunes, Cátia Santos, Adélia Miragaia
Centro Hospitalar de Leiria (CHL), Hospital de Santo André (HSA), Leiria, Portugal

Introdução

As reacções anafilácticas podem manifestar-se de diversas formas, embora predominem os sintomas mucocutâneos, o seu diagnóstico é maioritariamente clínico e habitualmente afectam pelo menos dois sistemas de órgãos. A maioria das reacções anafilácticas ocorre na primeira hora após a exposição ao desencadeante, a administração de adrenalina está indicada e não deve ser adiada por custo de evolução desfavorável.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, 82 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes Mellitus tipo 2, doença hepática crónica alcoólica, trazida ao serviço de urgência por queda da própria altura sobre o hemicorpo direito cujas queixas álgicas foram medicadas com metamizol endovenoso. Analiticamente apresentava anemia 11.4 g/dl normocítica, normocrómica, sem outras alterações de relevo. Realizou Tomografia Computorizada (TC) Cranioencefálica e cervical sem alterações agudas. Posteriormente a doente inicia quadro de prostração com polipneia, estridor com edema dos lábios, sem angioedema, hipotensão arterial 55/42mmHg, taquicardia 100-120bpm com sinais de hipoperfusão periférica e exantema cutâneo urticariforme generalizado. Foram administradas hidrocortisona, fluidoterapia, três doses de adrenalina Intramuscular (500 µg a cada 5 minutos) sem reversão do quadro pelo que foi iniciada perfusão de adrenalina. Cerca de quatro horas depois foram objectivadas hematoquézias. Neste contexto realizou TC abdominal e pélvica que revelou espessamento e hipodensidade da parede do cólon descendente e sigmóide com densificação anómala da gordura adjacente em provável relação com colite isquémica a integrar no contexto clínico-laboratorial da examinada. Foi

observada pela Gastroenterologia com realização de retossigmoidoscopia com progressão apenas até cerca de 35 centímetros da margem anal pela exuberância dos achados endoscópicos sugestivos de colite isquêmica severa, com estrias necróticas, e úlcera no recto com sangue vivo. Analiticamente verificou-se descida da hemoglobina para 7.6 g/dL com necessidade de administração de duas unidades de concentrado eritrocitário. Foi realizada terapêutica conservatória tendo cumprido metronidazol com ciprofloxacina com evolução clínica favorável e recuperação do trânsito gastrointestinal.

Discussão: A administração de metamizol na forma parentérica continua a ser a privilegiada em meio hospitalar apesar de associada a um risco mais elevado de reacções anafiláticas. A abordagem que assenta no algoritmo ABCDE implica uma intervenção por etapas, cuja ausência de resolução de cada uma delas condiciona a progressão para a seguinte. Apesar das consequências que daí possam advir, como no caso exposto, a colite isquêmica, a aplicação do algoritmo possibilitou a preservação da vida da doente.

P871

1939 CISTITE ENFISEMATOSA: UMA COMPLICAÇÃO RARA DA DIABETES MELLITUS TIPO 1

Domingos Sousa, Rita Martins Fernandes, Ana Isabel Rodrigues, Mourão Carvalho, Hugo Calderon, Sílvia Castro, Javier Moreno, Cristina Granja

Centro Hospitalar Universitário do Algarve - SMI1

A cistite enfisematosa (CE) é uma complicação rara da infeção do trato urinário (ITU) caracterizada por gás na bexiga (intramural e/ou transmural). A fisiopatologia da formação de gás permanece desconhecida. Contudo existem agentes microbiológicos produtores de gás claramente implicados: *Escherichia coli* (E.coli) e *Klebsiella pneumoniae*.

Mais de 50% dos doentes com casos de CE apresentam diabetes mellitus (DM). Outros fatores de risco são a bexiga neurogénica e o género feminino. A apresentação clínica é inespecífica variando entre assintomáticos, sintomatologia compatível com ITU inferior, a dor abdominal, pneumatúria ou choque séptico.

CASO CLÍNICO

Género feminino, 24anos, antecedentes de DM1 com 15 anos de evolução com retinopatia e nefropatia estabelecidas.

Apresenta-se com dor, distensão abdominal e pneumatúria com 3 dias de evolução. Analiticamente com Leucocitose, Proteína C-reativa 116mg/L, exame sumário de urina com leucocitúria e hematúria microscópica. Foi medicada empiricamente com

ceftriaxone 2gr/dia IV.

Após 3 dias de admissão, apresentou agravamento clínico com a TC-abdominal a descrever "gás na parede vesical inferior com possível solução de continuidade pelo que se admite provável perfuração intraperitoneal da bexiga secundária a cistite enfisematosa." A telerradiografia de abdómen revelou bexiga com bolhas de gás intraluminal em forma de "colar de pérolas". Dada a dor abdominal, contexto de sépsis e suspeita de rotura vesical, foi submetida a laparotomia exploradora que revelou bexiga sem lesões aparentes e sem fuga de azul de metileno. A urocultura identificou E.coli multissensível.

Foi admitida na Unidade de Cuidados Intermédios sob antibioterapia e tratamento de suporte. Assistiu-se a melhoria clínica e imagiológica, com desaparecimento do gás intravesical ao 2º dia. Teve alta da UCInt e do hospital aos 9 e 35 dias.

DISCUSSÃO

A CE é uma complicação rara de ITU caracterizada por gás na bexiga. É mais frequente em mulheres diabéticas e a suspeição clínica é importante no seu diagnóstico, juntamente com a imagiologia e a história clínica.

Devem ser prontamente colhidas urocultura e hemocultura dado o risco de evolução para bacteriémia e choque séptico, tendo uma taxa de mortalidade descrita de 7%.

A maioria dos casos de cistite enfisematosa pode ser tratada com antibioterapia imediata se diagnosticados numa fase precoce e sempre que não surgirem complicações como perfuração vesical e peritonite secundária, que motivam necessidade de intervenção cirúrgica de urgência.

Assim, pretendemos alertar para o risco de cistite enfisematosa em doentes diabéticas e esclarecer que o prognóstico é favorável se a antibioterapia adequada for iniciada de imediato, bem como a intervenção cirúrgica precoce nas perfurações. Salientamos igualmente a importância destes doentes serem tratados em ambiente de unidades de cuidados intermédios e o seu relato dados os poucos casos descritos na literatura.

P872

1059 FEBRE PUERPERAL: UM DIAGNÓSTICO OBSTÉTRICO NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA DE MEDICINA INTERNA

Miguel Romano, Francisco Teixeira da Silva, Francisca Silva Cardoso, João Pedro Pais, Ana Sofia Matos, Fernando Correia, Rita Sarabando, Sara Passos Silva, Manuel Ferreira, Diana Guerra

Unidade Local de Saúde do Alto Minho - Viana do Castelo

INTRODUÇÃO

Num serviço de urgência, dos mais comuns aos mais rebuscados, passa pelos internistas uma grande variedade de diagnósticos. A tromboflebite pélvica séptica é uma entidade de apresentação clínica grave, mas de fácil diagnóstico e tratamento. CASO CLINICO: Doente de 29 anos, com antecedentes uma gestação, submetida a cesariana a 23/11/2018 (sem intercorrências descritas) e anemia pós-parto (sob ferro oral); sem outros antecedentes de relevo. Recorre ao serviço de urgência(SU) de Ginecologia/Obstetrícia (Gin/Obs) a 2/12 por febre associada a episódios de arrepios. Não foram encontradas alterações de relevo ao exame físico, nem no estudo analítico e ecográfico realizado a exceção de anemia previamente conhecida, tendo alta com indicação para manter vigilância. Regressa ao SU a 10/12, novamente para observação por Gin/Obs por febre intermitente (máximo de 38º), com cerca de 1 semana de evolução. Apresentava sensação calor mamário e hipersensibilidade mamilar motivo pelo qual não amamentava há 5 dias. À admissão com temperatura corporal de 37,8º sem outras alterações. Do estudo complementar realizado destacava-se aumento dos parâmetros inflamatórios, trombocitose ($502 \times 10^9/L$), anemia microcítica (hemoglobina 9,0 g/dL). Por não apresentar aparente causa ginecológica ou obstétrica para o quadro, a doente é transferida para avaliação por Medicina Interna. O exame objetivo revela-se sem alterações de relevo à exceção de taquicardia ligeira. Por suspeita de complicação associada a cesariana recente, optou-se pela realização de TC abdomino-pélvica que confirmou o diagnóstico de tromboflebite pélvica séptica, descrevendo uma "(...) trombose extensa e completa da veia ovárica direita (...) com cerca de 10 mm de diâmetro transversal e tem uma extensão longitudinal aproximada de 10 cm (...)". A doente foi posteriormente admitida no serviço de Gin/Obs, cumprindo hipocoagulação com enoxaparina 80 mg 12/12h e antibioterapia dupla (ampicilina + gentamicina) com melhoria clínica do quadro, tendo tido alta a 16/12 com indicação para manter hipocoagulação durante 6 semanas. DISCUSSÃO: Em mulheres no período de puerpério, sobretudo pós-cesarianas e com história de infeção peri/pós-parto, a tromboflebite pélvica séptica deve ser tida em conta. Entidade rara, com prevalência de cerca de 1 para 3000 partos, pelo que exige um elevado grau de suspeição principalmente em casos atípicos. Este caso clínico vem alertar para a importância de o internista ser capaz de integrar diferentes dados e conceitos e elaborar uma lista de possíveis diagnósticos abrangente mas concisa, fazendo com que se torne possível a atuação e tratamento rápidos. Patologias como esta, muito raras no âmbito da Medicina Interna, não devem ser postas de parte, uma vez que o seu diagnóstico precoce é fundamental para uma evolução favorável.

ÍNDICE DE AUTORES



Adriana Eloísa Paixão Fernandes	CO100, IMG018	Ana De Matos Valadas	CO017, IMG058, P701
Adriana Girão P064	CO164, IMG059, P064	Ana Duarte Coimbra	P171, P647
Adriano Pacheco Mendes	IMG235, IMG280	Ana Figueiredo Albuquerque	CC014, IMG125, P323
Alexandra Briosas Neves Pinto Gomes	CO065, CO066, CO133, P710	Ana Filipa Abreu Cardoso	P129, P424, P666
Alexandra C. A. Lourenço Coimbra	P751	Ana Filipa Da Silva Leal	IMG255, P172
Alexandra Dias P588	IMG200, P347, P588	Ana Filipa Pires	CC104, P106, P245
Alexandra Pousinha	P033, P577	Ana Francisca Moura Pereira	P103, P436, P544
Alexandra Sofia Moreira Esteves	P223, P520, P551, P826, P846, PO105	Ana Gorgulho	IMG158, IMG201, P301, P556, P597
Ana Alfiate	P819	Ana Inês Ferreira Ponciano	CC105, CO039, P382, P617
Ana Bárbara Pedro	P504, P560	Ana Isabel Barreira	CC025, P026, P832
Ana Beatriz Santos Amaral	CC078, IMG087	Ana Isabel Brochado	P165, P425
Ana Bernardo	P643, P695	Ana Isabel Correia	P426
Ana Bravo	CC001, CO206, IMG048, P765	Ana Isabel Da Silva Martinho	PO042
Ana Canoso	CO203	Ana Isabel Dias Rodrigues	IMG237
Ana Carlota Vida	CO096, P749	Ana Isabel Ferreira Pacheco	CO126, IMG145, P419, PO012
Ana Carolina Cadório Simões	P680	Ana Isabel Godinho Oliveira	IMG095
Ana Carolina Martins Silva	CO044, P564	Ana Isabel Gonçalves Ferreira	P449
Ana Carolina Mazeda Pereira	PO090	Ana Isabel Lopes	CC004, CC092, CO001, P818, PO029
Ana Carolina Rocha Paiva De Oliveira	IMG068, P793, PO041, PO050	Ana Isabel Oliveira Cruz	P078, P463
Ana Carolina Soares Oliveira	IMG085	Ana Isabel Oliveira E Costa	CO087, P326, P481
Ana Catarina Alves Trigo	CC015, IMG001, IMG144, P132, P157	Ana Lourenço	IMG276
Ana Catarina Dionísio	P071	Ana Luisa Afonso Azevedo	P792
Ana Catarina Ferreira De Brito	CO136	Ana Luísa Gomes Pereira Campos	IMG011, P343, PO070
Ana Catarina Lameiras	CO032, IMG215	Ana Luísa Leal Neto	CO174, P532
Ana Catarina Lourenço De Simas	CC040, IMG055, P669, P728	Ana Luísa Silva Sousa Nunes	CC059, P316
Ana Catarina Magalhães Maciel	IMG213, P693	Ana Mafalda B. M. de Garcia Baleiras	CO037, IMG130, IMG152, P204
Ana Catarina Pereira Mateus	CC100	Ana Margarida Lopes Dos Santos	P274, P723, PO089
Ana Catarina Pinto Carvoeiro	CC083, IMG279, P119, P393, P646	Ana Margarida S. Dos Santos Mosca	P089, P247, P363
Ana Catarina Ramalho	P116, P235, P820	Ana Maria Linhares Gonçalves	CO054, IMG249, IMG250, PO036
Ana Cerqueira	P070	Ana Maria Sacchetti Corte-Real	P524
Ana Cláudia Caseiro Antunes	P060, P870	Ana Oliveira	CO195, IMG043, IMG094, IMG208, P344, P465, P525, P805, P864,
Ana Correia Sá	P594	Ana Paula Antunes	CO090, CO193
Ana Costa	P595, PO071	Ana Raquel Da Costa Afonso	P611
Ana Cristina Galvão Oliveira Monteiro	CC102, IMG021, P022, P120, P263, P534, P821	Ana Raquel Silva Fontes	IMG098, PO067
Ana Cristina Pereira Martins	P173, P253, P852	Ana Rebeca Calado	PO076
Ana Da Silva Pereira Ferro	CC012, IMG044, IMG045, IMG242, P717, P830	Ana Rita Amorim Da Costa	P228

Ana Rita Barradas P209	IMG013, P036,	Andreia Margarida Carvalho De Matos	IMG273
Ana Rita Belo Duarte Silvério Pires	P828	Andreia Nunes	IMG102, P381, P568, P783
Ana Rita De Jesus Pereira	P310	Andreina F. Vasconcelos Amorim	IMG113, IMG114
Ana Rita De Jesus Rodrigues	P376, P538	Angela Ghiletti	P196
Ana Rita Dos Santos Gomes	PO053	Ângela S. Almeida	IMG023, P200
Ana Rita Fernandes Matos	CC089, P814	Antonio Agripino Oliveira	CO043
Ana Rita Gonçalves Costa	CO030, P686	Antonio Amaro Da Costa Luz Carneiro	IMG017, P039, P041, P262, P495
Ana Rita Horta Varudo	IMG004, P536	Antonio F. M. Baição Simões Eliseu	P457, P640
Ana Rita Marcelino Abrantes	PO059	António Grilo Novais	IMG137, PO094
Ana Rita Rei Queirós	CO020, P405, P496	António José Falcão Peres Braga	P808
Ana Rita Ribeirinho PO072	CO075, PO001,	António Luís Figueiredo Trigo	P207
Ana Rita Seixas Lambelho P631	P051, P411, P622,	António Luís Lamas	IMG263
Ana Rita Sousa Gomes	CO086	António Mesquita P519	CC049, CC065,
Ana Sá IMG083, P498	IMG071, IMG082,	Anusca Paixão	P024
Ana Silva Rocha	CO008	Arsénio Miguel Barbosa	CC071, IMG037, P194, P255, P539, P665, P771, P803, P813, P834
Ana Sofia Corredoura	CO130	Artur Tiago Baptista De Vasconcelos	CO210
Ana Sofia Furtado	PO096	Aurea Rosa Nunes Pereira Lima	IMG187
Ana Sofia Garcês Ferreira Soares	P074	Barbara Azevedo De Sousa	P259, P317
Ana Sofia Magalhães Pinelas	P186	Bárbara Filipa Da Silva Soeiro	P152, P256, P697, P825
Ana Sofia Morais Do Nascimento Alves	IMG138, P629, P696, P747	Bárbara Palos Saraiva	IMG231
Ana Teresa Costa P581	IMG198, P488,	Bárbara Pessoa Silvestre Batista	IMG073, IMG076, IMG077
Ana Teresa Melo	IMG049	Beatriz Braga	IMG278
Ana Vera Cruz	CO057, P489	Beatriz Donato	P801
Ana Viegas P705	IMG146, P445,	Beatriz Maria Valente Da Silva	CO201
Ana Vigário	P097	Beatriz Porteiro	P511, P540
André Alexandre	CO109, CO143, IMG096	Bela Machado	P019, P100, P380, P389
André Augusto de O. Matos Gonçalves	P589	Bernardo Canhão	IMG080
André Dias Mendes Martins	IMG245, P491, P796	Bruno Daniel Dos Santos Besteiro	CC090, P229
Andre Filipe Dias Santos	IMG268	Bruno David Freitas	P482
André Filipe Gonçalves Goulart	IMG157	Bruno Miguel Gonçalves De Sousa	IMG016, P340
André Gomes Maia	P351	Bruno Miguel Matos Gomes	IMG121
André Santos Pinto	P420	Camila Carvalho De Oliveira	P764
Andreia Brito	P151, P475	Carina	PO007
Andreia Diegues	P261	Carina Costa E Silva	IMG169
Andreia Filipa Lopes Tavares	CO194	Carina Isabel Pereira Ramalho	IMG142, IMG143, P044, P776, PO056
Andreia Freitas	CO168, P575	Carla Falcão	P231, P372, P522
Andreia Machado Ribeiro	P499	Carla Maria Marques Pires Rodrigues	IMG091, IMG100, IMG104, P202, P203, P550, PO017

Carla Sofia Silvestre Pereira	P383	Catarina Semedo Graça	P644
Carlos	CC041, P027	Catarina Sofia Martins Nóbrega	CO038, P461
Carlos António Dias Da Silva	IMG054, P408	Catarina Vilaça Pereira	P096, P102, P779, P843
Carlos Dinis Gomes S. Cruz Morim	IMG229, P270	Cátia Alexandra Oliveira Carvalho	CO056, P661
Carlos Fernando Dias Rodrigues	IMG225	Cátia Correia	IMG281
Carlos Manuel Dos Santos Moreira	CO059	Cátia Faria	P046, P571, PO011
Carlos Pinhão Raalheira	CO095, IMG185, P378	Cátia Margarida Sousa Teixeira	IMG257, P333, P433
Carolina Amado	IMG057, P468, P567, P855	Cátia Oliveira	P136
Carolina Brites Coelho	P224	Cátia Ribeiro Santos	CC009, CC048, P299, P479
Carolina Carrilho S. Coelho da Palma	CO053, IMG205, P523	Cecília Maria Rodrigues	CO024
Carolina Fabião R. de Brito Sequeira	IMG202, P320	Célia Cruz	CO083
Carolina Marques Chaves	CO127	Círia Leandra Martins De Sousa	CO015, P760
Carolina Midões Correia	P188, P655	Clara Gomes	PO078
Carolina Morna	IMG150, P587, PO010	Clara Margarida M. da Silva Soares	IMG174, P009, P049, P576, P626
Carolina Pereira	IMG243, P289, P742	Claudemira Fernanda Pinto	CC005, IMG030, P177, P329, P642, P806, P824
Carolina Sofia Martins Teles De Oliveira	P398, P579	Cláudia Isabel Góis Lemos	CO094, P227, P607
Carolina Trabulo	P685, P729	Claudia Janeiro	CO153, CO188, IMG012, P286, P703
Carolina Vasconcelos Barros	CC093, CO171, CO219, P199	Claudina Sofia O. S. Vicente Da Cruz	IMG238, IMG248, P726
Catarina Azevedo De Araújo Faria	CO192	Cleopatra Goric	P658
Catarina Bekerman	PO085	Cristiana Lopes Martins	P021
Catarina Bernardete Fernandes Jorge	IMG108, P246, P530	Cristiana Rosa Pires Ribeiro Fernandes	IMG090, P073, P804
Catarina Cabral	P075, P338	Cristina Isabel Moreira Marques	P184
Catarina Cardoso De Almeida	IMG038, P439	Cristina Marisa Carvalho Gouveia	CO035, CO036, P786
Catarina Carvalho	CO048, IMG002, P387	Cristina Silva	IMG052, P827
Catarina C. B. De Sousa Fernandes	P815	Cristina Torrão	P111, PO075
Catarina Correia	CO197	Dalila Parente	P390
Catarina D. Teles de B. Moreira Neto	P252	Daniel Costa Marques	CO157
Catarina De Jesus Rodrigues	P528	Daniela Brito	CC029, P545, P841
Catarina De Sousa Gonçalves	P526	Daniela Dantas Barreto Rodrigues	P309, P659
Catarina Estrela Bastos	P283	Daniela Félix Brigas	P637
Catarina Fernandes Medeiros	P429, P592	Daniela Filipa Miranda Barroso	IMG244, P153
Catarina Isabel Da Silva Couto	IMG092, P527	Daniela Filipa Soares Santos	P733
Catarina Marques	IMG112, P127	Daniela Guerreiro Carneiro	CO173
Catarina Nascimento	P318	Daniela Madeira	CO115
Catarina Parente	P345	Daniela Nascimento Meireles	P355
Catarina Pires	P197, P428, PO043, PO084	David	IMG161, P048
Catarina Reigota	P034	David Campoamor Durán	CO142

David Gabriel Ferreira	P284, P623	Estefânia Turpin	CC013
David Prescott	P141	Fábia Sofia Albino Cruz	CO151
David Rocha Paiva	IMG140, PO100	Fabiana Costa Pimentel	P313, P837
David Veríssimo	PO095	Fabiana Maria Remédios De Gouveia	CO169, IMG266
Débora Sousa	CC026	Fábio José Da Silva Murteira	P013
Diana Carvalho	P250	Fani Ribeiro	PO092
Diana Costa Alves	CO163	Fernando Guilherme Ribeiro Mané	IMG224
Diana Cristina Buendia Palacios	CC052, P131	Fernando Miguel Miranda Nogueira	P325, PO024
Diana Filipa Martins Oliveira	CO025, IMG153, P401	Filipa Abelha Pereira	P221
Diana Isabel Dias	P312	Filipa Alexandra B. Rodrigues Taborda	IMG139, IMG141, P029, P032, P656
Diana I. dos Reis Barradas Coutinho	IMG026, P143, P297, P542, P635	Filipa Bacalhau Lima	IMG065, IMG086, P328, P430
Diana Isabel Pinho dos Santos	P294, PO073	Filipa Brochado	P440
Diana Marinho Silva Mendes Oliveira	P104, P797, P839, PO031	Filipa Cardoso	CO050, P181
Diana Martins Falcão	IMG127, P557	Filipa Costa Sousa	P067, P349
Diana Pimenta	CO046, P838	Filipa De Sousa Gonçalves	P361
Diana Seixas Ferrão	P095, P304, P314, P315	Filipa Isabel Patrício Gardete Leitão	P501
Dina Rochate	CO042, P008, P370	Filipa Madalena Fernandes Gonçalves	CC020, IMG028, IMG184
Diogo Bernardo Moura	P226	Filipa Martins Duarte	CO007
Diogo José Batista De Brito Canudo	P295	Filipa Raquel da Silva F. Guimarães	CC042, IMG131, P189, P225
Diogo Miguel Monteiro Canhoto	PO068	Filipa Ribeiro Crespo Lucas	P195, PO038
Diogo Morgado Conceição	P264	Filipa S Pinho	P211
Diogo Raposo André	CO166, P780	Filipa Sofia Camacho Alves Da Silva	IMG034, P298, P752
Diogo Santos	CO080, CO202, IMG042	Filipe José Silva Machado	CC011, P578
Diogo Teixeira Faustino	IMG168	Flávia Santos	IMG031, P272
Domingos Sousa	CC099, IMG265, P871	Flávio Godinho Pereira	P415, P785
Dora Catarina Dias Gomes	P047, P614	Francelino José Gomes Ferreira	IMG199, IMG227, P369, P450
Dora Lameiras Xete	CO014, CO040, P458, P692, P781	Francisca Abecasis	P750, PO106
Duarte André Sousa Ferreira	P169	Francisca Martins	CO082, P324
Duarte Calado	P166	Francisca Pulido Valente	P762
Duarte Lages Silva	CC021, CO076	Francisca Saraiva Santos	P423, P689
Eduarda M. da C. F. Gonçalves Alves	CO079, IMG179	Francisco António Lopes Morgado	IMG079, P052
Eduardo José Carvajal Ronderos	P187	Francisco Castro Simões De Carvalho	CO180
Elsa Carina Alves Araújo	P084, P117	Francisco Da Mata Alves	CO062, CO064, CO128, CO129
Ema Neto	IMG135, P233	Francisco Pulido Adragão	CO106, P170
Emanuel Davide Ferreira Da Costa	P183, PO009, PO035	Francisco Santos Cunha	CC053, IMG210
Emanuel Francisco Cadavez Ferreira	CO055, P011	Francisco Torres Pombo	P059, P206, P516, P573, P621
Érica Mariano Barata	PO097	Gabriel Atanásio	CO145, CO146, CO147, P072, P144, PO102
Ernestina Natália Mota	P734		

Gabriela Gonçalves Venade	P088	Inês Salomé Branco Ferreira	CC045, CC085, IMG022, P015, P441, P480, P493, P860, P863,
Gabriela Sobreira Pereira	P407, P676, P741	Inês S. Fidalgo De Almeida Urmal	CC016
Gisela Vasconcelos	CC066, P473, P610	Inês Sofia Ferreira Da Silva	CO078
Gonçalo Alcobia Santos	P584	Inês Sofia Henriques Vieira	CO187
Gonçalo Calheiros Cruz	IMG191	Inês Vieira Santos	P178, PO027
Goncalo Fonseca Carvalho	CO117	Inna Kozyar	IMG035
Gonçalo Miguel Amaral Mendes	P362	Irene Cortes Verdasca	CO181
Grace Staring	IMG173, IMG178	Isa	CC096, PO021
Grimanesa Azevedo Sousa	IMG103	Isabel C. Taveira Dos Santos Silva	CO139, IMG118, PO082
Guilherme Assis	P056	Isabel Cruz Carvalho	PO008
Guilherme Quinaz Romana	CO023	Isabel Maria Dias Martins De Freitas	P192, PO022
Helena Greenfield	IMG067, P135, P145, P748	Isabel Maria Duque Carreira Pinheiro	P212, PO006
Helena Neves Rodrigues	CO101, P554	Isabel Maria Moniz Borges	IMG051, IMG116, P236, P254
Helena Ribeiro Pires	P553	Isabel Montenegro Araújo	IMG228
Helga Eliana Mamede Vicente	CO176, P745	Isabel Morgado Eira	P858
Hélio Filipe Da Silva Martins	PO074	Isabel Pulido Valente Bastos Machado	CO191
Henrique Jorge Rijo M. Martins Elvas	P774	Iuliana Cusnir	IMG269, P645
Hugo Filipe Raposo Inácio	CO184	Ivanna Ostapiuk	CO156
Inês Albuquerque	CC070, P537, P682, PO069	Jéssica Chaves	CO134, P230, P508, P719
Inês Bargiela	P087, P671, P678	Joana Almeida Calvão	CC074, IMG008, IMG009, IMG014, P158
Inês Branco Carvalho	CC095, IMG183, P562, PO066	Joana Alves Vaz	P208, P580, P711
Inês Costa	P743, PO046	Joana Correia Lopes	CC044
Inês Costa Santos	P267	Joana Da Silva Braga	CO155, P098, P800
Inês Cunha Teixeira Gomes Ferreira	CC037, CC057	Joana Duarte	CO131
Inês Dos Santos Marques	CO085	Joana Faria Silva	IMG277
Inês Egídio De Sousa E Silva Pereira	CO212, P845	Joana Ferreira Castro	IMG053, P287, P466
Inês Fróis De Sá E Cunha	CO148, CO149, IMG149, PO30	Joana Filipa De Azevedo Carvalho	CO098, CO132, PO58
Inês Goulart	IMG176, P375, P599, P724, P770	Joana Filipa Lopes Ferreira	P593
Inês Grenha	P319, P650, P731, P740	Joana Fontes	IMG211, IMG223, P632, P691
Inês I. Marcos de Almeida Moreira	PO018	Joana Gaspar G. Ferreira de Carvalho	P533, P547
Inês Manuel Gonçalves	IMG275	Joana Isabel De Fraga Nascimento	P431
Inês Mata	P327, P757	Joana Isabel Silva Marques	P122, P795, PO016
Inês Mendes	P368	Joana Luísa Da Silva Carneiro	CC047, P083
Inês Nabais	CO213, P271, P397	Joana Micaela Abreu Caires	CO091, P354
Inês Nogueira Da Fonseca	P003	Joana Paixão	CC017, PO079
Inês Pereira Oliveira	IMG203, P148	Joana Patrícia Almeida Borges	P707
Inês Rego De Figueiredo	IMG084	Joana Patrícia Baptista Diogo	CO112, CO118
Inês Rueff Rato	IMG081, P443	Joana Patrícia Dias Antunes	P700, P739, PO088

Joana Raquel De Sá Couto	IMG006, IMG007, IMG033, IMG056, IMG246, P215, P394, P474, PO025, PO052	Jorge Miguel Bastos Mendes	P854, P862
Joana R. Teixeira Da Silva Monteiro	IMG267, P559	Jorge Ricardo Sousa Rodrigues	CO034, IMG101, P766
Joana Ricardo Pires	PO107	Jorge Rodrigues Fernandes	P555
Joana Rita Andrade	CO073, IMG197	Jorge Silva Ferreira	P670
Joana Rita Ferreira Lopes	P291, P565	José Alberto Da Cunha Marques	P788
Joana Rodrigues Dos Santos	IMG170, P698	José António Briote Mariz	CO190
Joana Rua	P101	José Eduardo Mateus	CC051, CO158
Joana Silva Ferreira	P868	José Filipe Teixeira Pinto Bessa	P759
Joana Silva Marques	CC046, P427	Jose J. Ribeiro De Melo Silva Martins	CC064
Joana Sofia Rodrigues Morais	P076, P709	José Luís Alves Costa Carvalho	IMG003, IMG010, IMG063, P242, P531, P667
Joana Sotto Mayor	P010, P712	José Manuel Pereira De Sousa	P392
Joana Sousa Morais	P080, P167, P606, P755, P761	José Miguel Araújo Alves Ferreira	P507, PO005
Joana Tender Rodrigues Vieira	P118	José Miguel Lessa Silva	P641
João	CO092, IMG222	José Morgado Pereira	IMG177, P017, P840
João Alexandre Tavares	CO138, P849, PO077	José Nuno Brito Da Silva	P769
João André Freitas Silva	CC103, P054	José Pedro Manata	CO102, P155
João Carlos A. Da Silva Gonçalves	CO004	José Pedro Oliveira Abreu Fernandes	IMG194, P066, P237, P402
João Diogo Rodrigues Barros	P653	José Pedro Portela Cidade Silva	IMG126, P406, P543
João Francisco Abreu Alves Teixeira	CC002	José Pedro Sousa Baptista	IMG039
João Gramaça	CO217, IMG282	José Vale	PO101
João Guilherme Patrocínio	P154	Josiana Duarte	CO031, CO182, CO216, PO063, PO099
João Luís Diogo Cavaco	IMG163, P330	Juliana Chen Xu	P086
João Neves Maia	P434	Juliana Mendes Magalhães	CO152, IMG259
João Oliveira	P549	Juliana Sá	CC082
João Paulo Araújo Carvalho	CC063, IMG216, P014	Laura Machado	CO049, P285
João Paulo Caldas	P069	Laura M. Gonçalves Araújo Da Costa	PO045
João Pedro Abreu	P115, P620, P746	Laura Xavier De Sá Pais Pereira	P730
João Pedro Dias Ferrão Fonseca	P244	Leonor Naia	P446, P591, P690
João Pedro Enes Silva	P418, P558, P790	Leticia Dos Santos	CO107, CO119, IMG271
João Pedro Figueira	IMG207, PO015	Lídia Sousa Gomes	IMG159, P438
João Pedro Franco Pais	IMG261, IMG262	Lígia Rodrigues Dos Santos	P603, P694, PO040, PO065, PO103
João Pinto Machado	CC032, P176	Liliana Maria Marques De Jesus Pedro	P159
João Queirós	IMG066, P112	Liliana Ribeiro Dos Santos	CO144, IMG214, P168, P386, P675
João Victor Mendonça Freitas	P275	Lorena Lozano Real	CO058, P065, P469, PO080
João Vitor Silva Araújo	CC018	Lourenço Cruz	P146, P809
Joaquim Felisberto	P277	Lúcia Moreira Gil	P238
Joel Filipe Baptista Pinto	P472, PO055		
Jorge Gama Prazeres	IMG061, IMG062		
Jorge M. Trigo Vaz de R. Lourenço	CC101, P012		
Jorge Miguel Aldinhas Ramos Ferreira	PO026		

Luciana Brito Bouça Faria	CO175	Margarida Rodrigues Fonseca	CO097, CO137,
Luciana De Fátima Amâncio Frade	PO020	P243, P335, PO093	
Luís Diogo Martins Magalhães	IMG099, IMG239	Margarida Rosa Paixão Ferreira	CC030, IMG230,
Luis Filipe Mendes Reis De Almeida	P109, P456	P258, P471	
Luís Filipe Monteiro Soares Dias	IMG089, P346,	Margarida Temtem	CO161, IMG204,
PO049, PO104		IMG218, IMG226	
Luis Filipe Pereira Tavares	CO018	Maria Ana Canelas	P437
Luís Gonçalves Vicente	P220	Maria Bairos Menezes	P269
Luis Miguel Fernandes Teles	CC036, CO003	Maria Beatriz Santos	IMG241, P300
Luís Miguel M. Vieira Castro de Lemos	P251, P293, P651	Maria De Araújo Barros Maia	P664
Luís Miguel Pereira	P624	María Dolores González Vázquez	P412
Luísa Serpa Pnto	PO002	Maria Duarte	CC043, PO039
Madalena	CO070, CO185	Maria Fátima Grenho	PO060
Madalena Faria Paulino	CC098, P442	Maria Francisca Vaz Pinto De Beires	IMG064, IMG075,
Madalena Lobao	PO064	P057, P497	
Madalena Vicente	CO120	Maria Guiomar Sousa Pinheiro	CO045, CO071,
Mafalda Corrêa Figueira	P608	P031, P348, P384	
Mafalda Costa Aguiar Mourisco	P124	Maria Inês Braga Dos Santos	IMG162, IMG166
Mafalda De Fátima Alves Ferreira	IMG122, P260	Maria Inês Campos Nunes Da Silva	CO208, P002
Mafalda Sá Pereira	CC010, P038	Maria Inês Da Fonseca Marques	P775, P844
Magda Ferreira Da Costa	IMG019	Maria Inês Felizardo Lopes	CC038, P400
Magda Joana Ponta Garça	IMG189, P674	Maria Inês Gonçalves	P113
Magda Sofia Gaspar Silva	P605, P636	Maria Inês Ribeiro	IMG160
Magda Sofia Queiroz Ventura	P213, P619	Maria Inês Xavier Ferreira	CO167
Manuel António Monteiro	CC058, P453, P799	Maria Isabel Vilas-Boas	P699
Manuel Bento Barqueira Toscano	CC056, CC084,	Maria João Cordeiro Gomes	P773
P510		Maria João Marelo Tavares	IMG097, P248
Manuel Martins Barbosa	CO200, IMG025,	Maria João Palavras	IMG175, IMG180
IMG027, P784, P850		Maria João Pedro Correia	PO033
Manuel Serrano Martins	P435	Maria João Rego De Castro	IMG206, P163
Márcia Alexandra Marques Pacheco	P648	Maria José Dias Piteira	P725
Márcia Cravo Ferreira Da Silva	CO196, P028,	Maria Leonor Coutinho Soares	CO028
P416, PO032		Maria Leonor Pires Da Silva	CO179
Márcia Menodnça Souto	IMG120, P367	Maria Lima Costa	P198
Marcia Pereira	P308	Maria Manuel Costa Da Costa	P561
Marco Armando Ferreira Fernandes	P720	Maria Manuel Moreira	IMG167
Margarida Cabral	P273, P791, P835	Maria Margarida Pereira	CC069, P214
Margarida G.Coelho	IMG093, P414,	Maria Pinheiro Gaio Seabra Rato	P281
P513, PO014		Maria Teresa Boncoraglio	IMG221, P108
Margarida Leitão Do Nascimento	P590, P736	Maria Teresa Piteira	P529
Margarida Madeira	P704, P798	Mariana Alexei Popovici	P257, P535, P754
Margarida Maria Silva Cruz Silva Cruz	CC061, CC062,	Mariana Brandão Fidalgo	IMG148, P179,
PO047		P180, P768	
Margarida Monteiro	CO077	Mariana Costa	P388, P477
Margarida Pimentel Nunes	CC080, P164	Mariana De Almeida Teixeira	IMG117

Mariana De Sousa Certal Gomes	P282, P706, P829	Marta Matos Pereira	P634
Mariana Filipa Mendes Gomes	CO211	Marta Monteiro	CO026, CO141
Mariana Formigo IMG088, P266	IMG046, IMG047,	Marta Pina IMG072, P512, P569, PO003, PO062	CC087, IMG069,
Mariana Guerra	CC034, CC039	Marta Rodrigues de Jesus M. Cunha	P421, P602
Mariana Isabel C. Barros Da Cruz CO111, P444, P596	CC097, CO108,	Marta Santos Silva Costa Ilharco	CC073
Mariana Isabel Dos Remédios Bilreiro	P005, P006	Marta Soares Carreira P615, P714	P175, P470, P500,
Mariana Lessa Lopes Simões	IMG285, P563	Marta Sofia Rafael Marques	CO009, P138
Mariana Lourenço Figueiras	CO124	Martim Santos Vaz Baltazar Alçada	P063, P515, P753
Mariana M. Fonseca Da Silva Leal	P020, P099	Matilde Nunes Vicente Fraga	P290, P486
Mariana Massa Oliveira	P062	Maurício	P735
Mariana Pacheco	IMG032, P140	Mauro Fernandes	P660
Mariana Rebordão Pires	CO081	Maxim Suleac	P503
Mariana Ribas Laranjeira	CO069	Micael Mendes	P409
Mariana Santos P082	IMG036, P081,	Micaela Raquel Raul Manuel	PO057
Mariana Sardinha	P462	Miguel A. Bento B. Gonçalves Alves P265, P494, PO054, PO086	IMG253, P130,
Mariana Shore Mourato De Almeida P718	IMG124, P404,	Miguel Costa	CO154, IMG024
Mariana Silva Santos	P857	Miguel Fernandes R. Simões Martins P485	CO063, IMG107, P279,
Mariana T. A. A. Pimentel Lavrador	CO177, IMG196	Miguel Maria Escoval Lopes E. Martins	IMG078
Marília A. Da Conceição Fernandes	P851	Miguel Rodrigues Monteiro	P050
Marília Santos Silva P133, P134, P276	CC067, IMG015,	Miguel Romano	P853, P872
Marina Mendes	P777	Miguel Sousa Leite	CO052
Marina Vitorino	CC055, P162	Miguel Trigo Coimbra	P663
Marinha E. Ribeiro G. Sousa Silva	P399, P831	Mónica I. Ferreira Dinis de Mesquita	P035, P055
Mário	P150, P306	Mykhailo Iashchuk	P683
Mário Alberto Pinheiro Santos Ferreira	CO113	Mylene Costa P085, P185	IMG264, P025,
Mario Espiga Macedo	CO060, CO125	Nádia Simas	CC091, IMG182
Mario Ferraz	CC077	Natacha Nória Da Silveira	IMG193
Mário Sérgio Nascimento Bibi	CO160, P280, P616	Natália Nunes Teixeira	CO183
Marisa I. De Sousa Ferreira Rosete	CC081, P288, P668	Neuza Alves Soares	P836
Marli Cruz CO099, IMG233, P447, P546	CC060, CO021,	Nina Jancar	P364, P570
Marli Ferreira Ferreira	CC006, PO051	Nuno A. de Sousa Reis Carreira PO019	P239, P241, P767,
Marta Araújo Morgado Vilaça	CC019, P861	Nuno Cercas Pinheiro	CO140
Marta Braga Martins P737	IMG234, P454,	Nuno Filipe Rodrigues De Melo	P322
Marta Cerol IMG254	P601, CO186,	Nuno Francisco T. S. e Zarcos Palma	P126, P303, P505
Marta Custódio	IMG155	Nuno Leal	P077, P174
Marta Filipa Lemos Mendes	IMG284	Nuno T. M. Condado Maia das Neves	IMG147, P548
Marta Fonseca	CO218, P628	Nuno Vieira E Brito	P121, PO058
Marta Freixa	P459, P502	Núria Jorge	CC003
		Olinda Rodrigues Lima Miranda	IMG020, P566

Patrícia	P210, P509	Ricardo Miguel Sá Reis Veloso	CC079, IMG251, IMG252, P778
Patrícia Baptista	CO047, P521	Rita Catarina Ornelas Saraiva	P467
Patrícia Carneiro	CO093	Rita De Sousa Gameiro	CO084, CO189, P161, P356, P654
Patricia Chow Liu	CC086, PO061	Rita Gamboa Pinto Da Cunha	IMG212, P053
Patrícia Fragata	P716	Rita Homem	CO103, P149, P353, P600, P687, P758
Patrícia Varela Ramos	IMG070, P867	Rita Isabel Martins Calixto	CC072, CC076, P789
Paula Alexandra Gonçalves Costa	P842	Rita João Leite Dias Soares	P307, P385
Paula Cristina Pires Da Costa	CO019	Rita Lencastre Monteiro	CC094, P137, P490, P492, P585
Paula Sofia Araújo	P125	Rita Lizardo Grácio	CO068, P598
Paulo Duarte Araújo Leite Medeiros	P182	Rita Martins Fernandes	P090
Paulo Ricardo De Sousa Almeida	CO041, CO074, CO114, IMG272	Rita Passos Coelho	IMG209, P609, P639
Paulo R. Pernadas Marchante César	IMG109, IMG110, P001, P460, P612	Rita Portugal	P336
Pedro Alexandre Da Silva Gaspar	P068	Rita Rego	CO027, P478, P672
Pedro D. Araújo Fernandes Rodrigues	IMG236	Rita Reigota	CO116
Pedro Daniel Boto Carlos	P332, P802	Rita Reis Correia	CO011, CO013, CO214, P816
Pedro Gomes Santos	P292	Rita Silva	P091, P205
Pedro Luís Neves Tavares	P738	Rita Tourais Martins	IMG260
Pedro Madeira Marques	IMG074, P744	Rita Valente	IMG132, P240, P859, PO048
Pedro M. B. Barreiro de Magalhães	CO005, PO087	Rodolfo Viríssimo Gomes	CO022, P321, P334, P357, P713, P833
Pedro M. F. Dos Santos Leite Vieira	IMG190, P517	Rodrigo Maia Alves	P627, PO091
Pedro Manuel Vieira Alves De Oliveira	P422, P483	Rosa Cristina Morgado Alves	P396, P684, P817
Pedro Miguel Fernandes Custódio	CO061	Rosa M. Almeida Cardoso Araújo	P574, P673
Pedro Miguel Fernandes Pinto	IMG283, P302	Rosana Magalhães Maia	CO016, P331, P451, P652, PO044
Pedro Miguel Vicência Cota	IMG256	Rosario Blanco	IMG154
Pedro Ribeirinho Soares	CC028, CC031, CC088, P156	Rúben Miguel Da Silva Ruben Reis	CC054
Pedro Silva Rodrigues	IMG111, P110, P222, P649, P787	Rúdi Fernandes	P630
Penélope A. Saraiva Gomes de Almeida	CO010	Rui Barata	P079
Priscila Melo	P702	Rui Filipe Soares Correia	P190, P191, P484, P582
Rafael Nuno Ferreira Nascimento	P810	Rui Miguel Mateus Isidoro	IMG219, P727
Rafaela Carla Costa Pereira	CO205, IMG165, IMG186	Rui Osorio	CO170, CO198
Ramiro Sá Lopes	P105	Rui Pedro Files Flores	P822, PO108
Raquel	P350, P366	Rui Seixas	IMG041, IMG115, PO013
Raquel Filipa Da Silva Costa	P715	Rute Sousa Martins	P023, P092, P506, PO081
Raquel Gil	CO207, IMG134	Ryan Do Rosário Costa Silva	P043
Raquel Romão	PO034		
Raquel Santos	CC008, IMG195		
Renata Carvalho	P782		
Renato Afonso Guerreiro	CO165		
Ricardo Antunes Pereira	IMG050		
Ricardo Fernandes	P688		

Salomão Assism Campos Fernandes	P514	Sofia Gonçalves	CO033, CO209, P812
Salvador Morais Sarmento	P448	Sofia Guerreiro Cruz	P365, P583
Sandra C. Dias Rebelo Dias Rebelo	CC027, P677	Sofia Marques Santos	P216
Sandra Lucas	PO028	Sofia Perdigao	IMG164, P218, P413
Sandra M. Domingues Dos Santos	IMG188, P847	Sofia S. B. P. de Magalhães Marques	IMG105, IMG106
Sara Aleixo Duarte	PO023	Sónia Da Costa Fernandes	CC022, CC035
Sara Alexandra Da Silva Correia	P869	Sónia Martins Santos	CO204
Sara A. Ferreira Costa Pires Ramos	P391	Soraia Andreia Proença E Silva	P040
Sara Brandão Lopes	IMG192, P352, P756	Susana Conceição	IMG128, P586, P721
Sara Cardoso Fernandes	P217	Susana Escária	P339, P848
Sara Cristina Mendonça Freitas	CO135, P249, P379	Susana Marques De Sousa	P604, P625
Sara Esteves Ferreira	P342	Tânia Araújo Ferreira	IMG151
Sara Freire	CO029	Tânia Batista	CC075, P296
Sara Joana Faria	P061	Tânia Sofia Mendonça Madureira	CO199
Sara Luísa Gomes Magno	CO051	Tânia Strecht	CO172, IMG123
Sara M. S. Costa Marques Macedo	IMG232, IMG258, P618, P732	Tatiana Andreia Fernandes Gonçalves	P772
Sara Moreira Pinto	CO162	Tatiana Oliveira	P234
Sara Nicolau	P763	Tatiana Salazar	IMG240, P657, P866
Sara Ramalho	CC068, P007, P455, P633	Telma Elias	IMG119, P337
Sara Raquel Pereira Martins	CO067, IMG029, P018	Telmo Borges Coelho	P341, P794
Sara Santos	PO098	Teresa Furtado	P452
Sara Sarmento Rodrigues	P432	Teresa M. da Silva Freitas Carvalho	P417
Sara Viana	P268	Teresa Martins Mendes	IMG156, P093, P094
Sara Xavier Pires	CC033	Teresa Medeiros	IMG133, IMG136, P722, P807
Sérgio Antunes Da Silva	IMG172	Teresa Salero	P042
Sérgio Costa Monteiro	IMG060	Teresa Tomásia Silva	CO104, CO105, CO159, IMG247, P278
Sérgio Emanuel Martins De Brito	CO006, P856	Tiago De Melo Seco	P193
Sérgio Ferreira Cristina	PO004	Tiago Filipe Ceriz	P147, P613
Sérgio Filipe Monteiro Pereira	IMG220	Tiago Filipe Fiúza Araújo	CC050, CO150, P0037
Sérgio Manuel Resende Alves	P142	Tiago Martins Branco	CC007, CO178
Sérgio Miguel Menezes Pina	P518	Tiago Mendes	CC024
Sheila Jamal	P541	Tiago Osório Petrucci	P107, P487
Sílvia Alão	CO002, CO121, CO122	Tiago Rabadão	CO123, CO215, P359, P373
Sílvia Daniela de M. Teixeira Nunes	P128, P662	Tiago Valente	P410, P572
Sílvia Dos Santos Balhana	CC023, CO072	Torcatto Moreira Marques	P358, P476
Silvia Santos Pereira	CO110	Vanessa Meireles Chaves	CO012
Sofia António Monteiro	IMG005, P395		
Sofia Brazão	CO088, P232, P371, P552		
Sofia Dinis Ferreira	P311, P638		

Vanessa Ventura Vieira P045	IMG129, IMG270, P045
Vânia Mendes Junqueira	P016
Vasco P201, P377, P403	CO089, P160,
Vasco Gaspar	PO083
Vasco Oliveira Neves	P865
Vera Seara P823	P114, P360, P374, P823
Vilma Laís de Paulo F. da Rocha Grilo P811	IMG217, P305, P811
Virginia Visconti	IMG171, P681
Whine Mota Pedro	P037
Yair Felipe Zuluaga Gamboa P708	IMG181, P123, P708
Yasmin Brum Mamade P464	IMG040, P139, P464
Yolanda De Sá Pereira P679	IMG274, P219, P679

