ISSN 0872 - 671X

Medicina Interna

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

LIVRO DE RESUMOS
VOL.25
Edição Especial
MAI/JUN 2018

SPMI
Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

COPE 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

Luís Campos, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – Hospital São Francisco Xavier, Lisboa, Portugal

Editor-Chefe | Editor-in-Chief

João Sá, Hospital da Luz, Lisboa, Portugal

Editores Associados | Associated Editors

Lèlita 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

Margarida Rebelo

Consultora Técnica | Technical Consultant

Helena Donato

Consultora de Lingua Inglesa | English Language Consultant

Marisa Manteigas

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

Ad Médic, Lda.
Calçada de Arroios, 16 C. Sala 3. 1000-027 Lisboa
Tel.: 218 429 710 Fax: 218 429 719
Paula Cordeiro - paulacordeiro@admedic.pt
www.admedic.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

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

SciELO Scientific Electronic Library Online

Indexada na SciELO

ISSN 0872 - 671X

Listagem dos Revisores
04

Comunicações Orais
07

Imagens em Medicina
109

E-Posters
173

Índice de Autores
592

Listagem dos Revisores que participam na classificação dos Abstracts

Abílio Gonçalves
Adriano José Carvalho Rodrigues
Aida Cordero
Alexandra Reis
Ana Alexandra Duarte Martins
Ana Campar
Ana Catarina Pereira
Ana Catarina Rodrigues
Ana Fernandes Grilo
Ana Filipa Carvalh
Ana Gomes
Ana Isabel de Sá Pimenta de Castro
Ana João Sá
Ana Luísa Rodrigues Maia Patrocínio Cruz
Ana Paiva Nunes
Ana Rita Fernandes
Ana Rita Sanches
Ana Sofia Pinto Basto Teixeira
Ana Sofia Silva
Ana Tornada
Ana Glória Fonseca
Ana Luísa Broa
Anabela Barros
Anabela Raimundo
António H. Carneiro
Avelino Ferreira
Bruno Grima
Carlos Manuel Alves Cabrita
Carlos Vasconcelos
Carmélia Rodrigues
Carolina Guedes
Catarina Bekerman
Catarina Conceição
Catarina Mota
Catarina Valadão
Cesar Lourenço
Cláudia Rodrigues
Conceição Escarigo
Conceição Pires
Cristiana Batouxas
Cristina Duarte
Cristina Rosári
Diana Leite
Diogo Cruz
Domitília Faria
Duarte Silva Soares
Edna Gonçalves
Elena Pirtac
Elisa Tomé
Estevão Pape
Fátima Campante
Fátima Guedes
Fátima Lampreia
Fausto Roxo
Fernando Frioes
Fernando Salvador
Filipe Perneta
Filomena Esteves
Francisca Delerue
Francisco Araújo
Francisco Gonçalves Silva
Francisco San Martin
Helena Cristina Teixeira
Helena Sarmento
Hugo Martins
Inês Antunes
Inês Palma dos Reis
Isabel Maldonado
Isabel Maria Azevedo Madruga
Isabel Martins
Ivone Ferreira
Jaime Louro
Joana Mascarenhas
Joana Moreira
João Araújo Correia
João Madaleno
João Namora dos Santos
João Pessoa Cruz
Jorge Poço
José Barata

José Bernardes Correia
José Manuel del Águila
José Pereira de Moura
Juan Manuel Urbano Gálvez
Júlio Oliveira
Karolina Ewa Godula Sodré Aguiar
Luis Brito Avo
Luis Val Flores
Luís Pedro Alves Tavares
Luís Francisco Alvarenga Varela
Luisa Fonseca
Luisa Pinto
Luisa Rebocho
Luísa Azevedo
Luísa Eça Guimarães
Luísa Pereira
Madalena Lisboa
Manuel Calzado Criado
Márcia Ribeiro
Margarida Coelho
Celeste Guedes
Maria do Céu Dória
Maria do Céu Rocha
Maria João Lobão
Maria João Regadas
M. Teresa Cardoso
Mário Amaro
Martins Baptista
Melanie Ferreira
Miriam Cimbron
Nuno Cardoso
Nuno Bernardino Vieira
Patrícia Aguiar
Patrícia Monteiro
Paula Dias
Paula Felgueiras
Paula Lopes
Paulo Carrola
Pedro Correia Azevedo
Pedro Beirão
Pedro Caiano Gil
Pedro Costa
Pedro Marques da Silva
Pedro Miguel Guerra Ribeiro
Pedro Von Haffe
Raquel Calisto
Raquel Faria
Raquel Lopez
Ricardo Louro
Rita Jorge
Rita Nortadas
Rogério Vicente Ferreira
Rosas Vieira
Rubina Miranda
Rui Barros
Rui Carneiro
Rui Rodrigues
Rute Caçola
Sandra Mafalda Marques Santos
Sara Croca
Sara Rocha
Sílvia Rodrigues
Sofia Margarida Ribeiro Amálio
Sofia Mateus
Susana Bastos Heitor
Susana Coelho
Susana Livramento
Susana Marques
Suzana Calretas
Teresa Fonseca
Teresa Souto Moura
Teresinha Ponte
Tiago Judas
Umbelina Caixas
Vanda Spencer
Vera Salvado
Vitor Fagundes
Vitória Cunha
Wildemar Costa
Zélia Lopes

COMUNICAÇÕES ORAIS

02 DE JUNHO DE 2018

Sala Silves VI 09:00 - 10:00

Doença Infecciosa e Parasitárias

CO 001

383 QUANDO A PNEUMONIA SE COMPLICA

Vilma Laís Grilo, Ana Glória Fonseca, Francisca Delerue
Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução

A pneumonia necrotizante (PN) e o abcesso pulmonar (AP) são complicações raras da pneumonia da comunidade (PC) bacteriana, mas que condicionam elevada morbilidade e mortalidade. Os principais microorganismos associados a PN e AP são Staphylococcus aureus, Klebsiella pneumoniae e Pseudomonas aeruginosa. Dada a gravidade das complicações, a cirurgia é frequentemente essencial para o sucesso terapêutico.

Descrição

Homem de 57 anos, com antecedentes de cardiopatia valvular e tabagismo activo. Admitido por toracalgia pleurítica à direita, tosse e expectoração muco-purulenta com 5 dias de evolução. À admissão encontrava-se febril, polipneico, com murmúrio vesicular diminuído e fervores crepitantes na base direita. Apresentava parâmetros inflamatórios aumentados, insuficiência respiratória parcial e hipotransparência da base direita na radiografia de tórax. Admitiu-se PC hipoxemiante e iniciou amoxicilina/ácido clavulânico e claritromicina, isolando-se Klebsiella pneumoniae em hemoculturas. Apesar da terapêutica dirigida manteve febre diária, toracalgia e expectoração hemoptóica. A reavaliação imagiológica mostrou abcesso lobar inferior direito de grandes dimensões, condensação da base direita quase difusa e empiema loculado. Alargado espectro de antibioterapia, sem melhoria clínica, analítica e imagiológica após 26 dias de terapêutica dirigida, pelo que foi submetido a descorticação pulmonar/lobectomia.

A evolução desfavorável da PC apesar do tratamento é um problema comum, podendo estar relacionada com factores do hospedeiro e suas comorbilidades, resistências antibióticas, e desenvolvimento de PN e AP. Na presença de complicações com perpetuação de alterações estruturais pulmonares, o prognóstico é desfavorável mesmo com a instituição precoce de antibioterapia dirigida, carecendo de intervenção cirúrgica mutilante para adequado controlo do foco infeccioso, como se verificou neste caso clínico.

Sala Portimão 09:00 - 10:00

CO002

422 UM CASO RARO DE ENDOCARDITE FÚNGICA COM EMBOLIZAÇÃO SISTÉMICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Francisco Teixeira Da Silva, Fernando Rocha Correia, Ana Sofia Costa Matos, João Pedro Pais, Rosana Maia, Miguel Romano, Manuel Ferreira, Diana Guerra, Carmélia Rodrigues
ULSAM, Viana Do Castelo, Portugal

Introdução

A endocardite infecciosa (EI) fúngica é uma infeção rara, com incidência estimada de 2,9% nas 2 últimas décadas. Os agentes fúngicos mais frequentes são da família Candida [C.], sendo os mais frequentes a C.albicans e a C. parapsilosis.

Descrição

CASO CLÍNICO: Apresenta-se o caso de um homem de 81 anos, portador de bioprótese aórtica e com internamento recente para gastrectomia subtotal por adenocarcinoma gástrico, complicado por infeção nosocomial associada a catéter venoso central com fungemia por C. parapsilosis. Admitido no Serviço de Urgência por febre, astenia e anorexia com 1 mês de evolução. Ao exame físico apresentava sopro sistólico aórtico grau II/VI e esplenomegalia. Do estudo realizado, foi documentada bicitopenia, enfarte esplénico, massa aderente à face ventricular da valva protésica "coronariana direita" no ecocardiograma transesofágico (ETE) e isolamento de C. parapsilosis nas hemoculturas. Iniciada terapêutica antifúngica com anfotericina B lipossómica, suspensa por reação anafilática grave. Opção por caspofungina, suspensa após documentação de resistência in vitro em teste de susceptibilidade; iniciou terapêutica com fluconazol. Foi recusado para cirurgica de substituição aórtica, considerando risco anestésico elevado. Evolução favorável nos ETE sucessivos. Teve alta com terapêutica supressora com fluconazol oral. Readmitido posteriormente com dor lombar, febre e vómitos, tendo sido diagnosticada espondilodiscite séptica lombar. Desenvolvimento de resistência ao fluconazol, com evolução desfavorável, tendo sido verificado óbito.

DISCUSSÃO

São fatores de risco para EI fúngica a cirurgia valvular, antibioterapia prévia, dispositivos intravasculares e imunossupressão. O tratamento recomendado inclui intervenção cirúrgica precoce e curso longo de antibioterapia antifúngica. A EI fúngica de válvula protésica apresenta mau prognóstico e uma taxa de mortalidade elevada; mesmo no tratamento combinado, a taxa de mortalidade é cerca de 40% em séries recentes.

31 DE MAIO

Sala Portimão 14:00 - 15:30

CO003

630 SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO - UM SUSPEITO A CONSIDERAR

Sara Vilas-Boas, Inês Bargiela, Tiago Tomás, Luísa Figueiredo, Luísa Leal Da Costa, Maria João Gomes, Ana Sofia Ventura

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora, Portugal

Introdução

A síndrome hemofagocítica (SHF) é rara e potencialmente fatal, sendo causada por uma resposta imunológica descontrolada e ineficaz. As formas adquiridas ocorrem associadas frequentemente a infeções, neoplasia e doenças autoimunes. Pela apresentação inespecífica e pelo diagnóstico diferencial com as próprias patologias que a podem desencadear, é necessário um elevado nível de suspeição para o diagnóstico.

Descrição

CASO CLÍNICO: Mulher de 89 anos, sem antecedentes relevantes, internada por quadro consumptivo com 1 mês de evolução e tosse produtiva. À observação, mucosas descoradas e auscultação pulmonar com roncos à direita. Analiticamente com bicitopénia (Hemoglobina 6,2 g/dL, plaquetas 70000 µL) e elevação da proteína C reativa (PCR 9,53mg/dL).

Iniciou antibioterapia empírica, admitindo-se infeção respiratória. Apesar de descida da PCR, manteve febre e agravamento da bicitopénia. Pelo quadro constitucional, foi pedida tomografia axial computorizada que mostrou esplenomegalia (17cm). Perante a bicitopénia a agravar, fez mielograma e biópsia óssea que mostraram medula reativa, com histiócitos e hemofagossomas. Pela suspeita de SHF, pedido restante estudo, salientando-se ferritina 1494mcg/L, hipertrigliceridemia (575mg/dL), assumindo-se assim o diagnóstico pelo cumprimento de 6 dos critérios (febre, bicitopenia, hiperferritininémia, esplenomegália, hemofagossomas no mielograma e hipertrigliceridemia). Iniciou pulsos de metilprednisolona. Manteve agravamento clinico, verificando-se o óbito, ao 3º dia de corticoterapia endovenosa.

DISCUSSÃO: O diagnóstico atempado do SHF é essencial para iniciar a terapêutica antes que o dano provocado por citoquinas seja irreversível. Este caso mostra que esta síndrome pode ocorrer mesmo em doentes muito idosos e que a suspeita clinica é fundamental para o diagnóstico, uma vez que o quadro é frequentemente inespecífico, com formas de apresentação que se assemelham a patologias mais comuns e com tratamentos potencialmente diferentes.

02 DE JUNHO

Sala Portimão 09:00 - 10:00

CO004

678 KALA-AZAR E COLANGITE BILIAR PRIMÁRIA – UMA ASSOCIAÇÃO DUPLAMENTE RARA

Mónica Dinis De Mesquita, Ana Oliveira E Costa, Rita Rei Queirós, Ana Isabel Barreira, Paulo Carrola, Paula Vaz Marques

Centro Hospitalar de Trás-os-montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

Introdução

A leishmaniose é uma doença parasitária que pode ter atingimento cutâneo, mucocutâneo e visceral. A leishmaniose visceral (LV), ou Kala-Azar, é uma forma rara, disseminada e potencialmente fatal. Algumas das manifestações clínicas estão associadas a uma resposta imune do hospedeiro, podendo mimetizar doenças autoimunes.

Descrição

Mulher de 43 anos, com antecedentes de asma brônquica. Epidemiologicamente, a referir convivência com 3 cães vacinados. Recorreu ao serviço de urgência por hipersudorese noturna e astenia com 4 meses de evolução, febre de aparecimento na última semana e dor na fossa ilíaca esquerda contínua com irradiação ao quadrante superior do abdómen de início no próprio dia. Objetivamente apresentava hepatomegalia ligeira e esplenomegalia exuberante. Analiticamente com citocolestase e pancitopenia. No decurso da investigação apresenta evolução clínica desfavorável com disfunção hepatocelular crescente, agravamento da pancitopenia e discrasia da coagulação associadas a epistáxis e hematomas dispersos, com necessidade de suporte transfusional e introdução de antibioterapia de largo espectro por neutropenia febril. Do estudo realizado apresentava serologia positiva para leishmânia (com pesquisa negativa do parasita na medula óssea). Iniciou anfotericina B lipossómica, com evolução posterior favorável. Apresentou também positividade de anticorpos anti-mitocôndria (anti-M2 +). Iniciou ácido ursodesoxicólico 15mg/kg/dia na presunção de colangite biliar primária (CBP). Após 4 meses de “follow-up” apresenta-se assintomática sem citopenias e melhoria significativa da colestase.

Conclusão:

O presente caso clínico corresponde a uma apresentação de uma doença rara e potencialmente fatal (LV) concomitante com o diagnóstico de outra entidade incomum (CBP). Apesar de a LV poder ser responsável pela positividade de determinados auto-anticorpos na fase aguda, no presente caso essa positividade, assim como a colestase, manteve-se.

01 DE JUNHO

Sala Lagos III 09:00 - 10:30

CO005

750 LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESSIVA: A MESMA DOENÇA, 3 APRESENTAÇÕES DIFERENTES

Andreia Machado Ribeiro, Carla Tonel

Hospital de Vila Franca de Xira, Vila Franca De Xira, Portugal

Introdução

A leucoencefalopatia multifocal progressiva (LEMP) é uma doença desmielinizante do sistema nervoso central causada pelo vírus JC, que ocorre em indivíduos imunodeprimidos, nomeadamente com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) ou neoplasias hematológicas. Apresentam-se 3 casos clínicos de LEMP observados num serviço de Medicina Interna dum hospital distrital no ano de 2017.

Descrição

Casos clínicos

Caso 1: Homem, 54 anos, antecedentes irrelevantes. Trazido ao serviço de urgência (SU) por disartria, desequilíbrio da marcha e agitação psicomotora com heteroagressividade com 2 meses de evolução. Serologia para VIH positiva, carga viral 114.400cópias e CD4 172células. Ressonância magnética (RM): lesão da substância branca subcortical hemisférica cerebelosa bilateral. Punção lombar (PL): vírus JC positivo. Iniciou antirretrovíricos e teve alta referenciado à consulta.

Caso 2: Homem, 41 anos, antecedentes de infecção VIH não medicada e toxicofilia activa. Trazido ao SU por disartria com início 4 dias antes. RM: lesão subcortical frontal esquerda com extensão à região parietal, coroa radiária e cápsula interna e lesão subcortical frontal direita. Carga viral VIH1 147500cópias e CD4 42células. PL: vírus JC positivo. Iniciou antirretrovíricos, verificou-se agravamento clínico progressivo tendo vindo a falecer.

Caso 3: Mulher, 63 anos, antecedentes de linfoma não Hodgkin folicular. Trazida ao SU por febre, desorientação temporoespacial e hemiparésia esquerda. RM: lesões infiltrativas da região lateral e anterior do tálamo esquerdo e lenticular posterior; lesão cortical e subcortical frontal bilateral. Biópsia cerebral: tecido cerebral com macrófagos, linfócitos reactivos e células gliais, sugestivo de LEMP. A doente faleceu poucos dias após o diagnóstico.

Discussão

Não existe tratamento específico para a LEMP, é uma doença progressiva e frequentemente fatal. O prognóstico é mau com uma sobrevida média de 1,8 anos nos doentes com VIH e apenas 3 meses em doentes não VIH.

31 DE MAIO

Sala Portimão 14:00 - 15:30

CO006

899 TÉTANO GENERALIZADO COMPLICADO DE COMA SECUNDÁRIO A INTOXICAÇÃO POR BACLOFENO

Tania Afonso[1], Andreia Diegues[1], Rui Terras Alexandre[2], Diana Fernandes[1], Tiago Ceriz Mata[1], Domingos Fernandes[2]

[1]Serviço de Medicina Interna, ULSNE, Bragança, Portugal
[2]Serviço de Medicina Intensiva, ULSNE, Bragança, Portugal

Introdução

O tétano é uma doença rara, potencialmente fatal, causada por uma neurotoxina produzida pelo bacilo Clostridium tetani. O diagnóstico é clínico e o prognóstico depende da precocidade da intervenção. O baclofeno intratecal é uma das terapêuticas usadas com sucesso no controlo da tetania.

Descrição

Descreve-se o caso de uma mulher de 69 anos, sem antecedentes patológicos conhecidos ou medicação habitual, não havendo registo de imunização antitetânica. Admitida no serviço de urgência vigil, apirética, hipertensa, taquicárdica, polipneica, diaforética, com trismo, hiperextensão cervical, espasmos musculares generalizados caracterizados por flexão e adução dos membros superiores com os punhos cerrados, e extensão dos membros inferiores associados a períodos de apneia. A salientar ainda a presença de lesão traumática infetada no 1º dedo da mão direita. Analiticamente com leucocitose e neutrofilia, PCR de 0.99 mg/dL e rabdomiólise (CK 3651 U/L). TC CE e líquor sem alterações. Assumido o diagnóstico de tétano generalizado. Fez 3000 UI de imunoglobulina antitetânica, a vacina contra difteria/tétano e iniciou antibioterapia com metronidazol e ceftriaxona. Foi admitida em UCI por necessidade de suporte ventilatório invasivo e disfunção autonómica grave. A rigidez e espasmos musculares foram controlados com sedoanalgesia, bloqueio neuromuscular e baclofeno intratecal. No 24º dia de internamento, já sem sedoanalgesia, constatado coma (ECG 3T) e ausência de reflexos do tronco cerebral, com BIS entre 60 – 90. Na ausência de distúrbios metabólicos ou outros que pudessem justificar o quadro, equacionada a possibilidade de intoxicação por baclofeno. Fez-se washout do fármaco com recuperação.

Discussão: Apesar de raro em Portugal, o tétano continua a representar um problema de saúde pública sobretudo em franjas da população com menor cobertura vacinal. O caso apresentado alerta para a importância da suspeição diagnóstica e para uma complicação infrequente do tratamento.

CO007

915 SÍNDROME INFLAMATÓRIO DE RECONSTITUIÇÃO IMUNE NA TUBERCULOSE

Margarida Xavier, Maria Eduarda Lourenço, Glória Nunes Da Silva

Serviço de Medicina III, Hospital Pulido Valente - Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

Introdução

O síndrome inflamatório de reconstituição imune na tuberculose, resulta de uma resposta imune excessiva contra o Mycobacterium tuberculosis, na sequência de terapêutica antibacilar eficaz (em doentes não infectados por Vírus da Imunodeficiência Humana - VIH) ou de terapêutica anti-retroviral. Manifesta-se por agravamento de lesões iniciais ou por novas manifestações de tuberculose.

A frequência do síndrome em doentes não infectados por VIH é avaliada entre 2 e 23% e a mortalidade cerca de 3%. A corticoterapia tem impacto positivo na sintomatologia, morbilidade e qualidade de vida, mas não na mortalidade.

Descrição

Homem de 22 anos, guineense, seronegativo para VIH, com tuberculose extra-pulmonar – ganglionar retroperitoneal confluente, em extensas colecções nos psoas e espondiscite de L4, com múltiplos abcessos perivertebrais e intramusculares regionais. Foi efectuada drenagem percutânea das colecções retroperitoneais e identificado DNA de Mycobacterium tuberculosis no material aspirado.

No 5º dia de terapêutica anti-bacilar documentou-se pericardite sintomática (espessamento pericárdico persistente), pelo que foi instituída corticoterapia. No 36º dia de terapêutica foi documentado aumento da extensão das coleções retroperitoneais e extensão de espodilite a L3 e L5.

Verificou-se melhoria sintomática e laboratorial nas primeiras semanas de terapêutica e posteriormente, resolução de colecções retroperitoneais e melhoria de espondilite.

Discussão:

Tanto o envolvimento pericárdico sintomático "de novo" como a recrudescência paradoxal de lesões de tuberculose já identificadas, são diagnósticas de síndrome inflamatório de reconstituição imune neste doente.

Salienta-se a importância de considerar este fenómeno perante agravamento inesperado de tuberculose em doentes sob terapêutica anti-bacilar.

02 DE JUNHO

Sala Silves VI 09:00 - 10:00

CO008

995 TUBERCULOSE DISSEMINADA E MANIFESTAÇÕES ATÍPICAS – COINCIDÊNCIA OU CONSEQUÊNCIA?

Daniela Soares Santos, Ana Luísa Nunes, Jandira Lima, Rui M. Santos, Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

O espetro clínico da tuberculose é vasto, particularmente na tuberculose disseminada ativa que se associa a condições raras: líquen scrofulosorum, tuberculide por reacção de hipersensibilidade a antigénios de Mycobacterium; tromboembolismo venoso(TEV) para a qual existe maior propensão, apesar de não existir correlação documentada.

Descrição

Mulher, 20 anos, admitida por anorexia, astenia, perda ponderal, tumefação cervical esquerda dolorosa e exantema do tronco há um mês. Medicada com antibiótico sem melhoria. Febre vespertina desde há uma semana. Contacto três anos antes com doente com tuberculose e intradermorreacção(IDR) positiva, recusando tratamento. Objetivadas adenopatias cervicais e exantema micropapular abdominal e dorsal sugestivo de líquen scrofulosorum confirmado por biópsia cutânea. IDR positiva, desencadeando no local lesões de líquen. Pesquisa de micobactérias na expetoração com exame direto negativo. IGRA positivo. No internamento inicia dor torácica súbita, elevação do segmento ST em V1-V4 e dos marcadores de necrose miocárdica, com derrame pericárdico. Por miopericardite aguda inicia ácido acetilsalicílico com melhoria progressiva, substituído por colchicina por hepatite tóxica. TC exclui outras adenopatias e revela tromboembolia pulmonar bilateral e trombo na veia ilíaca esquerda. Inicia anticoagulação terapêutica. Anatomopatologia do gânglio cervical excisado com inflamação granulomatosa com necrose caseificada. Culturas do gânglio cervical e expectoração identificam Mycobacterium tuberculosis complex. Inicia antibacilares com ajuste da isoniazida por hepatite toxica e acetilação intermédia gene NAT2.

DISCUSSÃO: Trata-se de um caso de tuberculose disseminada ativa anos após exposição, que alerta para manifestações menos frequentes.O líquen scrofulosorum permite forte suspeita diagnóstica, como o caso demonstra. Apesar de não correlacionados, o desenvolvimento de TEV realça a necessidade de profilaxia atempada e início precoce de antibacilares.

31 DE MAIO

Sala Portimão 14:00 - 15:30

CO009

1006 MUCORMICOSE PULMONAR: UMA COMPLICAÇÃO RARA DE UMA DOENÇA FREQUENTE

Inês Ferraz De Oliveira, Pedro Campos, Micaela Caixeiro, Telma Sequeira

Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, Lisboa, Portugal

Introdução

A mucormicose pulmonar é uma infeção fúngica causada por Zygomycetes, com características angioinvasivas, que afeta sobretudo imunocomprometidos, nomeadamente diabéticos mal controlados com episódios de cetoacidose.

Descrição

Mulher de 37 anos, diabética tipo 1 insulinotratada com mau controlo metabólico e complicações microvasculares graves. Recorreu à urgência por febre, tosse, expectoração muco-purulenta, toracalgia esquerda com características pleuríticas e cansaço com 2 semanas de evolução já medicada com Amoxiclavulanato e Claritromicina. À observação polipneica, desidratada, com fervores sub-crepitantes na base esquerda. Nos exames complementares de diagnóstico destacava-se: leucocitose 18000/µL com neutrofilia (85%), creatinina 5,21mg/dL, acidose metabólica com anion gap aumentado, hiperglicemia 363mg/dL e cetonémia 4,2mmol/L e radiografia de tórax com consolidação e apagamento do seio costo-frénico esquerdo. Admitida por pneumonia da base esquerda, cetoacidose diabética e agudização da doença renal crónica.

Por agravamento clínico houve escalada antibiótica para Piperacilina/tazobactam e depois para Meropenem. Radiologicamente houve progressão com derrame pleural esquerdo volumoso, na toracocentese com características de transudado. A tomografia computorizada de tórax identificou pneumonia necrotizante extensa com necrose ganglionar associada. Na broncofibroscopia observaram-se placas esbranquiçadas com infiltração extensa da mucosa e estenose brônquica. A histologia brônquica identificou invasão tecidular com esporos e hifas sugestivos de mucormicose, confirmada por cultura com Rhizopus arrhizus. Iniciou anfotericina B lipossómica. A localização e envolvimento mediastínico impediram a ressecção cirúrgica imediata tendo-se associado posaconazol protelando a ressecção cirúrgica.

Com este caso pretende-se ressaltar a importância do estado de imunossupressão do doente diabético mal controlado como fator de risco para infeções oportunistas como a mucormicose.

01 DE JUNHO

Sala Lagos III 09:00 - 10:30

CO010

1137 FASCÍTE NECROTIZANTE, CAVITAÇÃO PULMONAR E ABCESSOS PROSTÁTICOS POR UM AGENTE UBÍQUO - NOCARDIOSE.

Inês Machado Leite, André Martins, Frederico Trigueiros, Filipa Ferreira, Marina Fonseca

Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

Introdução

A nocardiose é causada por espécies do género Nocardia, de apresentação aguda, subaguda ou crónica. É mais prevalente em doentes imunocomprometidos, contudo é possível em doentes imunocompetentes com comorbilidades. A infecção disseminada ocorre habitualmente por via hematogénia a partir de foco pulmonar.

Descrição

CASO CLÍNICO

Homem de 77 anos, admitido por dor excruciante do membro inferior direito, associada a rubor, edema da face posterior da coxa e impotência funcional.

Antecedentes de pneumonia organizativa criptogénica, medicado em ambulatório com metilprednisolona 32mg/dia e diabetes secundária a corticoterapia.

Análises com leucocitose 17719/uL, neutrofilia 92.1% e PCR 25.7mg/dL, função renal e provas hepáticas normais. Hemoculturas positivas para Nocardia cryiacigeorgica. Radiografia torácica sem alterações.

TC-membro inferior direito evidenciou volumosa coleção com bolhas gasosas nas partes moles da coxa e músculo ilíaco direito com extensão crânio-caudal de cerca de 50cm. Adicionalmente achados de trombose da veia femural e áreas de hipodensidade na próstata, sugestivos de abcessos.

Iniciou antibioterapia com cotrimoxazol, imipinem e amicacina, submetido subsequentemente a cirurgia emergente de controlo de foco. Isolado Nocardia no pus da loca.

Estudo complementar com TC torácica com imagem de cavitação no lobo superior esquerdo do pulmão. TC-crâneo sem imagens de lesão parenquimatosas focais com efeito de massa.

Apresentou evolução favorável, com recuperação funcional, tendo tido alta ao 30º dia de internamento, com indicação para manter antibioterapia com cotrimoxazol durante um ano.

DISCUSSÃO

O prognóstico da Nocardiose depende de factores como o local de infecção e sua extensão. O controlo de foco é essencial para o sucesso terapêutico.

A Nocardiose disseminada tem taxas de cura de 63% e a terapêutica de primeira linha recomendada é sulfonamidas. Recomenda-se habitualmente 6 meses de terapêutica que se prolonga a 1 ano em caso de imunossupressão.

31 DE MAIO

Sala Portimão 14:00 - 15:30

CO011

1165 MAIS UMA VEZ... TUBERCULOSE - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Leonor Coutinho Soares, Cleide Barriogoto, Johana Martins De Jesus, Laura Bonito Moreira, Catarina De Almeida Rodrigues, Helena Amorim, José Rola

Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital de São José, Serviço de Medicina 1.4, Lisboa, Portugal

Introdução

A tuberculose (TB) disseminada define-se como a afeção de pelo menos dois órgãos não contíguos após disseminação hematogénea do Mycobacterium Tuberculosis (MycTB). É rara em imunocompetentes correspondendo nesses doentes a apenas 2% dos casos de TB.

Descrição

Caso Clínico: Doente de 83 anos, sexo masculino, com antecedentes de hipertensão arterial, doença renal crónica e doença pulmonar obstrutiva crónica. Internado para estudo de quadro consumptivo (perda de 4kg em 8 meses) associado a anemia e leucopénia, com exame físico a objectivar 2 tumefacções - esternal e axilar direita. Assumiram-se inicialmente como hipóteses diagnósticas um processo neoplásico ou inflamatório granulomatoso. Em internamento realizou: TC-TAP que demonstrou adenopatias hilares e mediastínicas; biópsia óssea e mielograma normais; EDA e colonoscopia sem alterações a valorizar; broncofibroscopia e lavado broncoalveolar com alterações sugestivas de antracose e exame directo para BAAR e TAAN para MycTB negativos. Progrediu-se na marcha diagnóstica com colheita de suco gástrico com exame directo para BAAR negativo mas TAAN positivo para MycTB. Posteriormente excisou-se gânglio axilar com histologia a demonstrar linfadenite granulomatosa necrotizante com TAAN positivo para MycTB também. Aspirou-se ainda tumefacção esternal com TAAN positivo para MycTB. Foi assim feito o diagnóstico de TB disseminada não bacilífera - suco gástrico, ganglionar e partes moles, confirmado com resultado cultural positivo nas três amostras após a alta.

Discussão:A TB disseminada é uma entidade rara, cuja apresentação varia de acordo com os órgãos acometidos. A inespecificidade e a enorme variedade de sintomas torna-a um desafio diagnóstico. O caso apresentado evidencia essa mesma dificuldade, demonstrando a pertinência da consideração da TB no diagnóstico diferencial de patologias multissistémicas.

02 DE JUNHO

Sala Portimão 09:00 - 10:00

CO012

1398 INFEÇÃO POR CLOSTRIDIUM DIFFICILLE: ANÁLISE DAS COMPLICAÇÕES DE DOENTES INTERNADOS NUM CENTRO HOSPITALAR ENTRE 2009 E 2017

Marta Rebocho Alves, Sara Xavier Pires, Luísa Serpa Pinto, Ernestina Reis, João Araújo Correia

CHP, Porto, Portugal

Introdução

A infeção por Clostridium difficille (ICD) é causa de diarreia e colite associada à antibioterapia. O seu espectro clínico pode ir desde portador assintomático até à infeção grave – colite pseudomembranosa

Objetivos

Identificar fatores associados a complicações da ICD

Métodos

Estudo de coorte, unicêntrico, retrospetivo, com doentes observados de 1/01/2009 a 31/12/2017 com ICD documentada por pesquisa toxina e confirmação por biologia molecular. Foram consideradas complicações da ICD o megacólon tóxico, perfuração e morte.

Resultados

Identificaram-se 474 doentes com ICD. Apenas 9% não tinham história prévia de antibioterapia; 60% dos doentes tinham hospitalização nos últimos 6 meses dos quais 50% nas 4 semanas prévias; 29% eram doentes provenientes de instituições ou encontravam-se hospitalizados. Verificaram-se complicações em 38 (9%), dos quais 24 faleceram.

Considerando as complicações, estes doentes eram mais velhos (81 vs. 67 anos, $p<0.001$), com maior grau de dependência pelo índice de Karnofsky ($p<0.001$), maior grau de comorbilidades pelo índice de Charlson ($p<0,001$), internamentos mais prolongados (40 vs. 25 dias, $p<0.001$) e tratamentos mais longos (12 vs. 9 dias, $p=0.006$). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na distribuição por género, local da aquisição da infeção, internamento prévio, antibioterapia recente, corticoterapia crónica ou outras formas de imunossupressão.

Conclusões

A ICD está fortemente associada ao uso de antibioterapia. Com esta revisão podemos verificar que está também associada aos cuidados de saúde, uma vez que a maioria dos infetados ti-

nham internamento recente, encontravam-se em meio hospitalar ou institucionalizados. As complicações surgem em 9% dos doentes. Os maiores preditores de complicação encontrados nesta revisão foram a idade avançada, grau de dependência, grau comorbilidades, períodos de internamento prolongados e tratamentos mais longos (p<0.001).

31 DE MAIO

Sala Albufeira I 14:00 - 15:30

CO013

1657 SÍNDROME NEFRÓTICA COMO MANIFESTAÇÃO DE SÍFILIS SECUNDÁRIA

Renato Costa Reis, Francisco Santos Cunha, João Freitas, Rui M. M. Victorino, Patrícia Howell Monteiro

Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

Introdução

A síndrome nefrótica é uma patologia comum, de etiologia primariamente renal ou secundária a uma diversidade de patologias, sendo as mais comuns a diabetes, lúpus e infecções virais. A sífilis, cujas manifestações clínicas são variáveis ao longo da sua evolução natural, pode apresentar raramente envolvimento renal no seu estadio secundário. Descrevemos um caso de sífilis secundária que se manifestou sob a forma de síndrome nefrótica.

Descrição

Caso clínico: Homem de 59 anos, antecedentes de hipertensão arterial e fibrilhação auricular. Admitido por cansaço, urina espumosa, diminuição progressiva da diurese, edema generalizado e ganho ponderal com 3 semanas de evolução. Exame objectivo: diminuição do murmúrio vesicular na base direita, lesões cutâneas maculares, eritematosas, não pruriginosas, dispersas em todo o tegumento sem poupar palmas ou plantas e anasarca. Avaliação laboratorial: colestase, hipoalbuminemia (1,2g/dL), elevação da creatinina (1,6mg/dL) e hipercolesterolemia. Urina de 24h com proteinúria nefrótica (10537mg/24h). Radiografia de tórax com pequeno derrame pleural direito. Ecografia abdominal e renal com ligeira quantidade de liquido intra-peritoneal livre. Auto-anticorpos negativos. Sem gamapatia monoclonal. Serologias virais negativas. Anticorpo anti-treponemico, VDRL e RPR positivos. TC de corpo sem atipia. Estabelecido o diagnóstico de síndrome nefrótica em contexto de sífilis secundária. Iniciada terapêutica dirigida com Penicilina observando-se resolução clínica e laboratorial completa. Discussão: O envolvimento renal na sífilis secundária, em particular sob a forma de síndrome nefrótica, é raro, estando descritos na literatura apenas 11 casos nos últimos 25 anos. O mecanismo mais comum envolvido é a Glomerulonefrite Membranosa e o diagnóstico é suportado pela resolução da síndrome nefrótica após terapêutica dirigida.

02 DE JUNHO

Sala Silves VI 09:00 - 10:00

CO014

1931 PREDITORES DE MORTALIDADE NA DOENÇA PNEUMOCÓCICA INVASIVA

Rita Varudo, Inês Pimenta, Ana Luísa Broa, Tiago Judas

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução

A doença pneumocócica invasiva (DPI) está associada a importante morbilidade e mortalidade.

Objetivos

Identificar os preditores de mortalidade (PM) associados à doença invasiva por Streptococcus pneumoniae (SP).

Métodos

Os dados foram recolhidos através da informação registada nos processos clínico, exames laboratoriais, imagiológicos e microbiológicos. Avaliámos a existência de possível associação entre a idade, género, hábitos, comorbilidades, apresentação clínica, perfil de sensibilidade do SP, e mortalidade nos casos de DPI durante um período de 4 anos. A análise estatística foi realizada com recurso ao programa SPSS, versão 22. As variáveis que demonstraram uma associação estatisticamente significativa com a mortalidade (p<0,05), com recurso ao teste do Qui-quadrado, de Fisher ou teste T, foram analisadas através de regressão logística de modo a identificar os preditores independentes de mortalidade.

Resultados

O estudo engloba um total de 163 adultos, 62% do sexo masculino, com mediana das idades de 67 anos (AIQ 53-79). A forma de apresentação clínica mais frequente foi a pneumonia (84.1%) e registaram-se 46 óbitos (28.2%). Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre a mortalidade e doença hepática crónica (DHC), a apresentação como pneumonia adquirida na comunidade, bacteriémia com outro foco que não meníngeo ou pulmonar, alteração do estado de consciência, pressão sistólica <90 mmHg, pH <7,3, perfil de sensibilidade à penicilina e necessidade de ventilação mecânica invasiva (VMI). Após análise multivariada, a necessidade de VMI (OR 3,495; 95% IC 1,276 a 9,577), DHC (OR 4,169; 95% IC 1,150 a 15,114) e alteração do estado de consciência à admissão (OR 2,867, 95% IC 0,979-8,400) permaneceram significativamente associados à mortalidade.

Conclusões

A necessidade de VMI, existência de DHC e a alteração do es-

tado de consciência à admissão constituem preditores de mortalidade para DIP no presente estudo.

Tendo em consideração a elevada mortalidade da DPI apesar dos esquemas vacinais disponíveis, a identificação precoce dos fatores de risco associados a desfechos adversos poderá ser útil na definição da abordagem terapêutica inicial a adotar.

02 DE JUNHO

Sala Portimão 09:00 - 10:00

CO015

1977 ANTIBIOTERAPIA PRÉVIA E O SEU IMPACTO NA EMERGÊNCIA DE ENTEROBACTERIÁCEAS PRODUTORAS DE CARBAPENEMASES - EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO HOSPITALAR

Guiomar Pinheiro, Ana Vigário, João Gonçalves, Ana Rita Costa, Ernestina Reis, João Araújo Correia

Centro Hospitalar Universitário do Porto, Porto, Portugal

Introdução

O marcado aumento de enterobacteriáceas produtoras de carbapenemases (EPC) nos últimos anos constitui uma grave ameaça à Saúde Pública. Em estudos realizados, o uso generalizado e indiscriminado de antibioterapia de largo espectro tem surgido como um factor de risco importante no aparecimento destas bactérias.

Objetivos

Analisar o uso de antibioterapia nos 90 dias prévios à identificação de colonização/infeção por EPC.

Métodos

Análise de registo prospetivo de doentes com isolamento de EPC entre 20/10/2015 e 31/12/2017. Incluídos todos os doentes com isolamento microbiológico ou rastreio positivo para EPC.

Resultados

Dos 480 doentes identificados, 82% foram expostos a antibioterapia nos 90 dias prévios ao isolamento de EPC (86% em 2017 e 79% em 2016). O antibiótico com maior número de prescrições e dias de tratamento foi a Piperacilina/Tazobactam. Os doentes expostos a antibioterapia fizeram em média 29 dias de tratamento, sendo que 72% realizaram mais do 1 antibiótico (média de 3 por pessoa; máximo de 11). No ano de 2017, registou-se uma diminuição significativa do uso de colistina nos 90 dias prévios ao isolamento de EPC, como uma tendência a menor resistência a este fármaco por estas estirpes (p=0.139). O uso de carbapenemos no internamento manteve-se estável entre 2016 e 2017.

Conclusões

Um número importante de doentes foi exposto a antibioterapia de largo espectro nos 90 dias prévios à identificação de EPC, apresentando um tempo médio de tratamento prolongado, na maioria das vezes com mais do que 1 antibiótico. Estes dados sugerem que, de facto, a exposição a estes fármacos poderá constituir um factor de risco para EPC. No entanto, são necessários mais estudos para confirmar esta hipótese, nomeadamente comparativos com população controlo.

O decréscimo no uso de colistina em 2017, acompanhado de uma tendência na diminuição das resistências sugere que um uso mais regrado de antibióticos poderá reduzir a resistência destas estirpes.

01 DE JUNHO

Sala Lagos III 09:00 - 10:30

CO016

2002 MANIFESTAÇÕES CUTÂNEAS DE CITOMEGALOVÍRUS NUM DOENTE COM INFEÇÃO VIH 1 E TUBERCULOSE

Rita Gamboa Cunha, Adelaide Moutinho, Sandra Tavares, Nuno Azevedo, Paula Vaz Marques

CHTMAD, Chaves, Portugal

Introdução

A infeção sintomática causada por citomegalovírus (CMV) na população VIH-1 diminuiu significativamente com a introdução da terapêutica antiretrovírica. A doença orgânica ocorre em doentes com imunodepressão severa. A pneumonite, a corioretininte e a colite são as manifestações mais comuns. A infeção cutânea por CMV é rara. A co-infeção com tuberculose está pouco descrita.

Descrição

Os autores descrevem o caso de um homem de 57 anos, caucasiano, fumador de 41 UMA, com infeção VIH 1 conhecida desde 2011, sob tenofovir, emtricitabina e efavirenz, com contagem de células CD4 + de 442 células/mm3, carga vírica do VIH indetetável e hepatite C crónica genótipo 1a. Foi-lhe diagnosticada tuberculose pulmonar em 2017, medicado com terapêutica quádrupla. Concomitantemente, recorreu à consulta, apresentando uma erupção generalizada nos membros superiores e inferiores, nádegas e tronco. As lesões eram pápulas vermelho-acastanhadas, algumas em fase de crosta, que condicionavam prurido ligeiro e algumas escoriações. Referiu queixas de fezes mais líquidas e dor abdominal difusa, autolimitadas. Analiticamente apresentava trombocitopenia 101 000 /uL, função renal normal, citólise hepática com AST/ALT 117/103 U/L e GGT 1146 U/L. Verificou-se uma subida do título de anticorpos CMV IgG superior a 3 vezes o valor basal de 473.1AU/mL para > 2500 AU/mL, com IgM não reativo e antigenemia positiva.

Constatou-se uma descida dos linfócitos CD4+ 224 células/mm3 (33%). O RPR era negativo e a ecografia abdominal não revelou alterações. Foi excluída retinite e solicitada colonoscopia, que o doente recusou realizar. Foi instituído tratamento com Ganciclovir. O doente evoluiu favoravelmente, com desaparecimento das lesões.

Os autores realçaram a concomitância das duas entidades, tuberculose e infeção por CMV, num doente VIH positivo. Esta co-infeção está pouco descrita e relação imunopatológica de ambos é escassamente compreendida.

CO017

2019 BACTÉRIA (NÃO É) SINÓNIMO DE ANTIBIÓTICO: A PROBLEMÁTICA DA BACTERIÚRIA ASSINTOMÁTICA

Mariana Sousa, Andreia Nunes, Patricia Pereira, Jose Diogo, Margarida Coelho

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução

A bacteriúria assintomática (BA) é um diagnóstico microbiológico, comum na prática clínica, sendo mais prevalente em diabéticos e idosos institucionalizados. Nos últimos anos tem-se verificado um aumento exponencial de microrganismos resistentes em particular na urina. O tratamento indevido da BA parece ter uma relação estreita com a resistência antimicrobiana havendo necessidade de reforçar a adesão às orientações relacionadas.

Objetivos

Caracterização da população adulta com BA e abordagem da mesma. Identificação de eventuais fatores promotores de tratamento.

Métodos

Análise retrospetiva das uroculturas (UCs) positivas realizadas entre Setembro e Dezembro de 2017 em indivíduos com idade superior a 18 anos. Excluídas grávidas, doentes de cuidados intensivos/intermédios, submetidos a intervenção urológica/ginecológica nos 3 meses prévios, portadores de stents ureterais ou ureterostomias, sob tratamento antimicrobiano nas 48h previas à colheita, transplantados renais ou ausência de dados. Analisadas variáveis demográficas (sexo, idade, autonomia, residência), fatores de risco (diabetes mellitus, presença de cateter vesical (CV), incontinência, status pós acidente vascular cerebral (AVC), doenças neuromusculares, imunossupressão, parâmetros analíticos de inflamação e terapêutica instituída. Definido como assintomático: ausência de febre, disúria, polaquiúria, dor suprapúbica, urgência miccional, hematúria, dor lombar, vómitos ou alterações do estado de consciência, nas 48h prévias à colheita.

Resultados

Das 529 UCs realizadas, 329 cumpriam os critérios de inclusão. Sendo que 95 (29,1%) foram realizadas em doentes assintomáticos. Destes, a maioria eram mulheres (67,4%), sendo a mediana de idades 77 anos. A maioria (82,6%) não estava institucionalizada e era autónoma. Quarenta e dois doentes (44,7%) apresentavam CV 48h pré colheita, sendo que apenas 4,8% tinham CV cronicamente. A minoria eram diabéticos, imunosuprimidos, tinham status pós AVC ou doenças neuromusculares. A maioria apresentava leucocitúria e nitritúria, no entanto, sem repercussão nos parâmetros de fase aguda. 78,9% dos doentes com BA fizeram antibioterapia. Comparado o grupo submetido a tratamento com o não tratado, não se verificaram diferenças com significado estatístico, referentes aos fatores de risco ou parâmetros analíticos.

Conclusões

Nesta amostra, a BA foi predominante em idosos porém sem os fatores de risco tradicionalmente associados. A percentagem de doentes submetidos a tratamento antimicrobiano desnecessário traduz a realidade da administração inadequada e do eventual contributo para a resistência dos microrganismos.

CO018

2106 ABCESSO ESPLÉNICO - UM ACHADO INESPERADO

Susana Conceição, José Ribeiro, Júlio De Almeida

Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital São José, Lisboa, Portugal

Introdução

O abcesso esplénico é um processo supurativo que envolve o parênquima e/ou espaço subcapsular. Acredita-se que a maioria dos casos esteja relacionado com bacteriémia (75% casos, nomeadamente em contexto de endocardite bacteriana), no entanto, estão também descritos casos de infecção por contiguidade, associado a trauma, imunossupressão e hemoglobinopatias. Os microorganismos mais comummente envolvidos são o Staphylococcus aureus, Streptococcus viridans, bacilos bacilos Gram negativos (Klebsiella species e Salmonella enteritidis), e fungos (Candida species).

Os sintomas mais frequentes são a dor abdominal e a febre, no entanto outros sintomas como náuseas e vómitos podem estar presentes.

O abcesso esplénico é uma condição de risco de vida, uma vez que se não tratado, evolui para a mortalidade.

Descrição

Mulher de 66 anos, com história de fibrilhação auricular, e cardiopatia isquémica, sujeita a múltiplos cateterismos no passado, submetida a duplo bypass coronário no mês que antecedeu o internamento, complicado de hemorragia no local da ferida cirúrgica, o que motivou suspensão de anticoagulação.

Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por dor súbita no flanco esquerdo, tipo "facada", persistente, com 12 horas de evolu-

ção. Da investigação etiológica, sem leucocitose ou neutrofilia, com PCR 319 mg/L, e ecografia abdominal sugestiva de enfarte esplénico, confirmado por TAC abdominal. Ficou internada sob enoxaparina terâpeutica após colheita de hemoculturas (que se revelaram estéreis).

No internamento, com quadro álgico intenso (quadrante superior esquerdo), com necessidade de múltiplos ajustes de analgesia. Ao 2º dia de internamento, com pico febril (38.1 ºC), sem foco infeccioso evidente, tendo colhido novos exames culturais (também sem isolamentos). Realizou ecocardiograma TT que revelou "...imagem sugestiva de vegetação no folheto anterior da válvula mitral.." tendo sido solicitado ecocardiograma TE que não confirmou suspeita, mas documentou a presença de um foramen oval secundum não conhecido, pelo que se assumiu provável enfarte esplénico cardioembólico.

Por manutenção do quadro álgico, com alguns episódios de subfebrilidade (sob analgesia optimizada, incluindo antipiréticos), ao 7º dia de internamento, repetiu TAC abdominal que documentou "abcesso esplénico ...envolvendo o pólo esplénico inferior e medindo cerca de 75x65x60mm". Contactada Cirurgia Geral, tendo-se procedido a esplenectomia e pancreatectomia caudal (por aderências), sem intercorrências. Verificou-se boa evolução clínica, com isolamento de salmonella grupo C no exsudado do abcesso (colheita intra-operatória), pelo que cumpriu ciclo de antibioterapia dirigida com piperacilina + tazobactan.

Ainda que desde cedo considerada, a possibilidade de bacteriémia e/ou endocardite nunca foi provada, pelo que se ficará eternamente na dúvida quanto à etiologia deste abcesso esplénico.

02 DE JUNHO

Sala Portimão 09:00 - 10:00

CO019

2174 UM CASO DE ENDARTERITE BACTERIANA SUBAGUDA

Rosa Alves, Ana Rita Varudo, Tiago Lobo Ferreira, Sara Ramalho, Tiago Judas

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução

A embolização séptica é uma causa frequente de febre de etiologia oculta.

Descrição

Apresenta-se o caso de um homem, 65 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidémia, cardiopatia isquémica, insuficiência cardíaca, estenose carotídea direita (submetido a terapêutica endovascular percutânea 3 semanas antes do internamento) e ex-fumador. Internado por síndrome febril e perda ponderal. À admissão, apresentava-se febril e analiticamente com anemia normocítica normocrómica e elevação dos parâmetros inflamatórios. Iniciou antibioterapia com ceftriaxone e vancomicina. As hemoculturas (HC) isolaram Staphylococcus aureus sensivel a meticilina (MSSA). Descalada antibioterapia para flucloxacilina. Sob antibioterapia dirigida, manteve picos febris acompanhados de edema, dor, impotência funcional e sinais de embolia periférica a nível do membro inferior direito (MID). Para exclusão de focos sépticos, realizou ecocardiograma transesofágico, tomografia computorizada (TC) corpo e ressonância magnética da coluna lombo-sagrada, sem alterações relevantes. Realizou PET-scan com sinais inflamatórios a nível da artéria femoral direita (AFD). Admitido o diagnóstico de endarterite femoral direita a MSSA. Durante o internamento, verificou-se persistência da febre (HC seriadas estéreis) e agravamento de sinais de isquémia do MID. Intervencionado pela Cirurgia Vascular, que documentou presença de angioseal infectado e oclusão da AFD, com necessidade de reparação vascular. Após remoção do dispositivo, conseguida apirexia e melhoria da isquémia. Os dispositivos de encerramento cutâneo são utilizados com frequência crescente. As complicações infecciosas são extremamente raras. Os principais factores de risco são diabetes mellitus, obesidade e dispositivos anteriores. O diagnóstico baseia-se num elevado índice de suspeição, associando sinais inflamatórios à presença de um dispositivo infectado. O PET-scan tem valor diagnóstico na fase inicial, na ausência de alterações estruturais na TC.

01 DE JUNHO

Sala Lagos III 09:00 - 10:30

CO020

2194 INFEÇÃO POR ENTEROBACTERIÁCREAS PRODUTORAS DE CARBAPENEMASES – OS DESAFIOS APÓS DOIS ANOS DE COMBATE

João Gonçalves, Ana Vigário, Guiomar Pinheiro, Ana Rita Costa, Ernestina Reis, João Araújo Correia

Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal

Introdução

O surgimento de enterobacteriáceas produtoras de carbapenemases (EPC) tem-se apresentado como um crescente dilema mundial. A infeção causada por estes agentes emerge como um sério desafio pelas escassas terapêuticas existentes.

Objetivos

Caracterizar os casos de Infeção por EPC num Centro Hospitalar. Avaliar a evolução das resistências aos antimicrobianos.

Métodos

Estudo baseado em registo prospetivo, referente ao período entre 2016-2017, de doentes identificados como infetados/colonizados por EPC no projeto de vigilância da Comissão de

Controlo de Infeção e Resistência aos antimicrobianos (CCIRA) de um centro hospitalar.

Resultados

Foram identificados 106 casos de infeção por EPC, 58 em 2016 e 48 em 2017. Não se verificaram diferenças nas taxas de mortalidade entre estes períodos (33.9%vs30.0%, p=0.685). Contudo, a gravidade dos casos quando classificada pelo score de SOFA foi superior nos episódios de 2016 (5.714vs3.529, p=0.012) sendo que um score superior se associou a pior outcome nos casos de 2016 mas não nos de 2017 (8.53vs3.267, p<0.001 para 2016 e 5.556vs3.333, p=0.322 para 2017). Foi observada uma tendência para menor cobertura dos esquemas de antibioterapia empíricos para estas infeções no ano de 2017 (38.1%vs25%, p=0.386) o que poderá explicar estes achados. Verificou-se uma tendência a menor percentagem de resistência dos isolados de EPC a colistina, cotrimoxazole, gentamicina e fosfomicina. Não se verificaram diferenças significativas na proporção de doentes com terapêutica dirigida com combinação de antimicrobianos ou combinação contendo carbapenemo entre os dois anos.

Conclusões

Neste centro hospitalar verificou-se uma tendência a redução das resistências a antimicrobianos utilizados na terapêutica de infeções por EPC após a implementação de um plano de vigilância sistematizado. Contudo, é necessário otimizar a terapêutica dirigida às infeções por EPC o que poderá passar por uma maior interligação entre as equipas assistentes e as CCIRA.

31 DE MAIO

Sala Portimão 14:00 - 15:30

CO021

2201 UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE PARASITOSE HUMANA POR FASCIOLA HEPATICA

Sandra Santos[1], Sandra Simões[1], Filipa Pontes[2], Ines Vidal[1], Joao Melo[1], Adriano Rodrigues[1]

[1]Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Medicina Interna HG, Coimbra, Portugal

2Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - IPO, Coimbra, Portugal

Introdução

A Fasciola hepatica parasita tipicamente o gado bovino e caprino, mas pode parasitar humanos, sendo o consumo de agrião e a água contaminada por moluscos parasitados a principal causa de parasitose humana. As principais manifestações clínicas são a dor abdominal, hepatomegalia ou sintomas constitucionais, na fase aguda, e cólicas biliares e colangite na fase crónica. Manifestações extra-hepáticas, como infiltrados pulmonares, pleuropericardite, meningite ou linfadenopatia podem também ocorrer.

Descrição

Apresenta-se o caso clínico de uma mulher de 57 anos, que recorreu à urgência por odinofagia, cervicalgia com irradiação occipital, tosse não produtiva, anorexia e sudorese nocturna, com 15 dias de evolução. Negava alterações digestivas ou perda ponderal. Analiticamente apresentava leucocitose (22.10 x10^3/ul) com eosinofilia (33.4%), sem outras alterações. A ecografia cervical mostrou adenopatias laterocervicais esquerdas, as maiores com 19x10mm e 23x10mm e sinais de trombose da veia jugular interna esquerda (trombo endoluminal com 39x9mm), confirmada por angio-TC. A TC abdominal mostrou nos segmentos laterais do lobo esquerdo do fígado (S2/3) uma lesão espontaneamente hipodensa, de características infiltrativas, condicionando abaulamento do contorno posterior e inferior destes segmentos e condicionando a dilatação das vias biliares destes segmentos, com realce tardio no estudo dinâmico, medindo cerca de 71x61x39 mm, sugestiva de colangiocarcinoma intra-hepático. A doente foi medicada com enoxaparina para terapêutica da trombose da veia jugular interna e orientada para cirurgia hepato-biliar, tendo sido submetida a lobectomia hepática esquerda. A peça cirúrgica apresentava múltiplos abcessos necrotizantes com paliçada de células epitelioides e numerosos eosinófilos, sugerindo infestação parasitária. As serologias parasitárias foram positivas para Fasciola hepatica (Western-Blot). A doente foi medicada com praziquantel e a eficácia terapêutica já confirmada por serologia.

Conclusão: Apesar de uma apresentação clínica atípica e de os exames de imagem apoiarem um diagnóstico de malignidade, o estudo anátomo-patológico da peça cirúrgica e as serologias foram essenciais no correcto diagnóstico e tratamento da doença.

02 DE JUNHO

Sala Portimão 09:00 - 10:00

CO022

2227 KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUTORA DE CARBAPENEMASES (KPC) – A AMEAÇA – ESTUDO RETROSPECTIVO DE 1 ANO

Victor Espadinha, Miguel Araújo, Rita Jesus, Liliana Fernandes, João Machado

Hospital Prof. Fernando Fonseca, Lisboa, Portugal

Introdução

Desde a sua disseminação à escala mundial nos anos 2000, em Portugal desde 2008, a KPC está associada a infeções com elevada mortalidade. O conhecimento da epidemiologia, dos fatores de risco e uso de antibióticos(Abt) permite optimizar o seu tratamento.

Objetivos

Caracterizar os principais aspetos demográficos e clínicos de doentes que tiveram infecção por KPC. Determinar fatores de risco, esquemas(esq) de terapêutica(tx); avaliar sua resposta e impacto clinico.

Métodos

Estudo retrospectivo e descritivo, com consulta dos processos clinicos dos dts infectados por KPC num Hospital Distrital, em 2017. Análise efectuada em SPSS, com aplicação de Qui-Quadrado.

Resultados

Foram seleccionados 50 doentes. A média etária foi 73(39;89), 60% mulheres, com origem: Domicilio 82%, Lar 14%, e outro hospital 4%. Principais Serviços: Cirurgia 28%, Medicina 26% e Urgência 6%. Destes, 100% dos dts fizeram Abt nos 3 meses antes, 60% tinham algália e 12 % cateter central. Adicionalmente 28% tinham Diabetes e 12% Neoplasia. A Algália foi o único FR que se associou a maior mortalidade(p=0,04). Os focos primários de infecção: urinário 66%, cutâneo 14%, respiratório 6%, Cateter 4% e Ascitico 2%. Bacteriémia em 24%. O despiste foi positivo em 56%. A maioria dos dts foi tratada com monoterapia(9 esq) e 28% tx dupla(8 esq). Destes últimos a taxa de cura foi de 78%. Dos 12 dts com bacteriémia, 58% realizaram tx dupla com cura em 85%. Dos 15 dts com cistite não complicada, 87% efectuou monoterapia com cura em 54%. A média de dias internamento 66(1;516) e 28% de óbitos.

Conclusões

A infecção por KPC ocorreu numa população idosa, com comorbilidades, exposição de Abt prévia e submetida a procedimentos invasivos. A terapêutica combinada, parece estar associada a uma sobrevivência maior na infecção grave a KPC e os isolamentos em UC têm uma taxa de cura elevada com monoterapia. Estes resultados devem alertar para a necessidade de intensificar a vigilância ativa de KPCs e, definir critérios objectivos para melhorar a prescrição Abt.

31 DE MAIO

Sala Lagos III 14:00 - 15:30

Doenças Autoimunes e vasculites

CO023

334 GRANULOMATOSE COM POLIANGEÍTE: UMA APRESENTAÇÃO INICIAL ATÍPICA

Catarina Vilaça Pereira, Joana Correia Magalhães, Filipa Daniela Silva, Pedro Ribeirinho Soares, José Marques, Jorge Almeida

Centro Hospitalar São João, Porto, Portugal

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. Tem maior incidência em homens dos 60 aos 70 anos e > 80% apresenta anticorpos anticitoplasma neutrófilo (ANCA) positivos.

Descrição

Apresenta-se o caso de um homem, 23 anos, sem antecedentes de relevo, que recorreu ao Serviço de Urgência por poliartralgias e astenia com duas semanas de evolução, associado a tosse com expectoração hemoptóica. Exame objetivo à admissão sem alterações. Analiticamente, leucocitose de 13790/uL e velocidade sedimentação 3mm/1ªhora e radiografia de tórax normal. Foi medicado com ceftriaxone, azitromicina e oseltamivir. Nas primeiras 48h, apresentou agravamento clínico, com hemoptises em moderada quantidade, desenvolvendo insuficiência respiratória grave, interpretado como provável infeção por vírus influenza. Repetiu radiografia tórax que mostrou infiltrados algodonosos bilaterais e, pela necessidade de entubação e ventilação mecânica invasiva foi transferido para o nosso hospital. Fez lavado broncoalveolar, negativo para vírus influenza e positivo para vírus sincicial respiratório. Pedido estudo autoimune que revelou positividade para ANCA PR3 em título >200, tendo iniciado pulsos de metilprednisolona 1g (3 dias), plasmaferese e posteriormente ciclofosfamida, com melhoria clínica e resolução da insuficiência respiratória. Fez tomografia axial computorizada tórax alta resolução que mostrou áreas de densificação em vidro despolido difusas sugerindo capilarite/hemorragia alveolar e duas áreas nodular subpleurais sugestivas de vasculite granulomatosa e dos seios perinasais que mostrou sinusopatia crónica agudizada, com biópsia dos cornetos nasais.

Destarte, com este caso pretende-se evidenciar uma forma de apresentação exuberante e potencialmente fatal de hemorragia alveolar difusa que culminou no diagnóstico inaugural de vasculite granulomatosa num doente jovem.

CO024

576 ISQUEMIA E HEMORRAGIA CEREBRAL: PARADOXO DA ANTICOAGULAÇÃO NO SAF

Maria Inês Xavier Ferreira, João Figueira, Fernanda Paixão Duarte

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Almada, Portugal

Introdução

O Síndrome Antifosfolipídico (SAF) caracteriza-se por tromboses recorrentes. A anti-coagulação (AC) no SAF após eventos arteriais é consensual mas há discussão quanto à intensidade da AC. Expomos um caso de SAF com acidente vascular cerebral (AVC) isquémico, apesar de AC oral, e posterior transformação hemorrágica.

Descrição

Trata-se de mulher com diagnóstico de SAF após investigação etiológica de AVC isquémico aos 41 anos, em 2009, sem sequelas. Iniciou ácido acetilsalicílico (AAS) e varfarina (VKA). Entre 2009 e 2017, verifica-se labilidade de valores de INR (min 1.4, máx 8.9) apesar de controlo apertado.

A 13/12/2017, aos 50 anos, apresenta súbita disartria e redução da força do hemicorpo direito. Em angio-TAC verifica-se oclusão da artéria cerebral média esquerda, com enfarte temporo-occipital, sem evidência de hemorragia. Por apresentar INR de 2.2, é submetida a trombectomia endovascular, com necessidade de 5 passagens por reoclusão precoce recorrente. Um dia depois, sofre agravamento neurológico. TAC-CE com transformação hemorrágica extensa e desvio da linha média. Foi submetida a craniectomia descompressiva. Permaneceu em coma sob ventilação mecânica. Repetiu TC-CE a 17/12/2017 com correcção do desvio, mas com focos petequiais, hemorragia subaracnoideia sulcal e intraventricular. Iniciada AAS, protelado início de AC. Teve melhoria paulatina neurológica, extubada a 20/12/2017. Reintroduziu-se AC com enoxaparina. Dois meses após o AVC, apresenta-se vigil, mantendo hemiparesia direita e afasia, sem evidência de hemorragia nas imagens.

No SAF, após eventos arteriais, vários autores defendem AC com VKA para INR >3 para prevenção da recorrência trombótica. No entanto, o risco hemorrágico está aumentado e a labilidade de INR é frequente. Neste caso, a AC não foi protectora: verificou-se isquemia seguida de hemorragia. Os novos anticoagulantes, em particular o Rivaroxabano, poderão ser uma alternativa. Não há concordância quanto à reintrodução de AC após hemorragia grave.

CO025

627 MIOPATIA INFLAMATÓRIA NECROTIZANTE

Carina Ramalho, Francisco Gouveia, Isabel Fernandes, Mariana Almeida, Silvia Rodrigues, Fátima Campante

Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Barreiro, Portugal

Introdução

Miopatia necrotizante autoimune é uma miopatia idiopática com inicio progressivo de perda de força proximal e aumento de CK. Distingue-se de outras miopatias por apresentar na biópsia muscular sinais de necrose muscular com pouca atividade inflamatória. Atinge doente entre os 30 e os 70 anos e pode estar associada a estatinas, DTC, neoplasias ou HIV.

Descrição

Homem, 38 anos, sem antecedentes relevantes. Recorreu ao SU por parestesias das mãos e pés, algias generalizadas e diminuição da força nos membros inferiores e marcha miopática com 1 mês de evolução. Além disto apresentava diminuição dos reflexos osteotendinosos e diplegia facial periférica com CK>13.000 e mioglobina 6986. Ficou no Serviço de Neurologia, onde, por hipótese de S. de Guillian Barré foi medicado com Imunoglobulina humana durante 5 dias sem beneficio. Realizou EMG que mostrou lesão de axónios motores compatível com miopatia inflamatória e iniciou corticoterapia e Azatioprina. Auto-imunidade, Hudlesson, Widal , Weil-Felix e serologias virais negativas. Ecocardiograma e TC-TAP sem alterações; serologia para Borrelia positiva em baixo titulo e biópsia muscular sugestiva de “miopatia necrotizante sem infiltrado inflamatório”. Assumiu-se o diagnóstico de Miopatia Necrotizante em contexto de Doença de Lyme e fez antibioterapia dirigida. Teve alta para a consulta de doenças autoimunes onde manteve CK na ordem dos 1800-3000, incapacidade para a marcha e atrofia muscular. Reiniciou imunossupressão com diversos fármacos, sem benefício, optando-se por suspender terapeutica e repetir ANA’s (ELISA) que foram positivos. Por agravamento clínico, reiniciou corticoides e Rituximab, cuja resposta se aguarda. Da investigação destaca-se: EMG com lesão de axónios motores; biópsia muscular compatível com miopatia necrotizante; serologia para Borrelia positiva; ANA positivos. A ausência de resposta clínica ao tratamento para Doença de Lyme e à terapêutica com CE e imunossupressora não exclui eventual síndrome paraneoplásico.

01 DE JUNHO

Sala Lagos II 09:00 - 10:30

CO026

633 UM CASO DE DÉFICE DE FATOR VIII ADQUIRIDO ASSOCIADO A TIROIDITE E PANGASTRITE AUTOIMUNE

Joana Isabel Marques, Sara Freitas, Ana Isabel Reis, André Caiado, Ana Grilo, Fernando Martos Gonçalves, José Lomelino Araújo

Hospital Beatriz Ângelo, Loures, Portugal

Introdução

O défice de fator VIII adquirido é uma doença autoimune muito rara (incidência de 1.3 a 1.5 por milhão, por ano) que se deve à presença de anticorpos que interferem com a atividade do fator VIII. A forma de apresentação mais comum é a hemorragia anormal grave e potencialmente fatal.

Descrição

Caso de uma mulher de 69 anos, caucasiana com hipertensão arterial e hipotiroidismo, sem antecedentes hemorrágicos, não antiagregada nem anticoagulada que é admitida por hemartrose do joelho após trauma e hematoma retroperitoneal espontâneo (sem referência a trauma abdominal) com 10cm de maior diâmetro, documentado por tomografia computorizada. Da avaliação analítica destaca-se o prolongamento do tempo de tromboplastina parcial ativado (aPTT) de 56,0s (valor de referência de 21,4-31,2s) associado a tempo de tromboplastina não prolongado. Não houve correção do aPTT com o teste de mistura. O doseamento de fator VIII era <0,4% e foi detetada a presença de inibidor do fator VIII. Desta forma foi feito o diagnóstico de défice de fator VIII adquirido. A terapêutica para controlo hemorrágico foi com concentrado de complexo protrombínico e terapêutica imunossupressora com corticoide para eliminação de inibidor. Por falência terapêutica foi realizada imunoglobulina (5 dias) e por manutenção do prolongamento do aPTT associado rituximab ao corticoide. Do estudo etiológico verificou-se a presença de tiroidite auto-imune (autoanticorpos antiperoxidase microssomal e antitiroglobulina positivos) e pangastrite autoimune (aspetos de atrofia em exame endoscópico e cujo exame anatomo-patológico revelou lesões de gastrite crónica atrófica moderada, com autoanticorpos anticélula parietal do estômago positivo).

CONCLUSÃO: Reporta-se uma causa rara de hemorragia espontânea grave no adulto em que se associou o défice de fator VIII adquirido à tiroidite e pangastrite autoimune, cuja associação é feita apenas em estudos de caso.

CO027

645 RELAÇÃO ENTRE O METABOLISMO DA VITAMINA D E A ACTIVIDADE E CONTROLO DA DOR NA ARTRITE REUMATÓIDE.

Albina Moreira, Filipe Andrade, Rui Môço, Rosário Alves, Alexandre Vasconcelos, Eduardo Eiras, Carlos Soares, Anabela Ferreira

Unidade Local de Saúde Matosinhos - Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal

Introdução

Estudos recentes têm relacionado o défice de vitamina D com o aumento da prevalência e a actividade da artrite reumatóide (AR).

Objetivos

Avaliar a prevalência de défice de vitamina D em pacientes com AR e relacionar esta deficiência com o controlo de dor e marcadores inflamatórios de fase aguda.

Métodos

Estudo prospectivo realizado durante um ano. Foram incluídos 45 doentes com diagnóstico de AR (segundo os critério de classificação 2010 da American College of Rheumatology / European League Against Rheumatism), seguidos em consulta externa. Foram colhidos dados demográficos dos doentes, dados clínicos (sintomas e sinais), medidos níveis de 25-hidroxivitamina D3 [25 (OH) D3], hormona paratiróide (PTH), proteína C-reactiva (PCR) e albumina. A actividade da doença foi avaliada pelo cálculo do 28-joint Disease Activity Score (DAS28). A análise estatística foi realizada com o Pacote Estatístico para Ciências Sociais, versão 24 (SPSS Inc., Chicago, IL).

Resultados

Na amostra de doentes estudada 31 estavam em remissão e 11 apresentavam articulações dolorosas. A mediana de dor na escala visual analógica (EVA) foi de 30. O défice de vitamina D foi documentado em 41 doentes. Os níveis de vitamina D não mostraram associação com o DAS28 ($p = 0,59$), EVA ($p = 0,55$) ou PCR ($p = 0,16$). Os níveis de PTH relacionaram-se positivamente com a PCR ($p = 0,01$). Durante o período de seguimento em consulta (36 meses) ocorreram 6 fracturas ósseas osteoporóticas. O risco de fractura osteoporótica foi associado à actividade da AR conforme avaliado pelo score DAS28 ($p = 0,04$).

Conclusões

Este estudo comprovou a elevada prevalência de défice de vitamina D em doentes com AR. Não se encontrou relação entre o défice de vitamina D e a actividade da doença. Foi encontrada associação entre os níveis de PTH e elevação da PCR, podendo esta relação reflectir ausência de controlo da doença ou ser um reflexo do défice fisiológico de vitamina D.

31 DE MAIO

Sala Lagos III 14:00 - 15:30

CO028

1321 VASCULITE CRIOGLOBULINÉMICA EM DOENTE COM SÍNDROME DE SJÖGREN

Ryan Costa Silva, Joana Rodrigues Dos Santos, Joana Rosa Martins, Jorge Ruivo, Lígia Peixoto, José Luís Ducla Soares

Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

Introdução

A Síndroma de Sjogren (SS) é uma doença auto-imune sistémica que afecta principalmente as glândulas exócrinas. O espectro clínico é alargado, desde sintomatologia sicca ao envolvimento sistémico com manifestações extraglandulares. É habitualmente indolente, podendo no entanto associar-se ao desenvolvimento de doença linfoproliferativa ou vasculite crioglobulinémica (3% a 4% da SS primária).

Descrição

Os autores apresentam o caso de um doente do sexo feminino, 52 anos, com antecedentes de SS primária que é admitida por quadro de dor abdominal, perda ponderal significativa e diminuição da força e sensibilidade dos membros. Ao exame neurológico apresentava força muscular grau 2 nos territórios do nervo radial direito e ciático popliteu esquerdo com hipostesia álgica nos mesmos territórios. Foi realizado estudo electromiográfico que foi compatível com mononeuropatia múltipla. A colonoscopia revelou colite isquémica. Com o intuito de excluir doença linfoproliferativa, realizou TC toraco-abdomino-pélvica, mielograma, biopsia óssea, broncofibroscopia e PET, que foram negativas para esta hipótese. Dos exames laboratoriais, destacava-se positividade para anticorpos anti-SSA, anti-SSB, factor reumatóide em títulos elevados, consumo marcado de complemento. Tendo em conta o quadro de perda ponderal, mononeuropatia múltipla e hipocomplementemia, foi colocada a hipótese de vasculite crioglobulinémica, confirmada pela presença de crioglobulinas mistas em elevada concentração, assumindo-se crioglobulinemia mista tipo III em doente com SS com indicação para terapêutica imunossupressora, pelo que iniciou corticoterapia e rituximab.

O envolvimento do sistema nervoso periférico (mononeuropatia múltipla) na SS é raro (5%), podendo dever-se à presença concomitante de crioglobulinemia, pelo que esta deve ser pesquisada atendendo às potenciais implicações no prognóstico e terapêutica.

01 DE JUNHO

Sala Lagos II 09:00 - 10:30

CO029

1352 ARTRITE REUMATÓIDE E RISCO DE INFECÇÃO - EXPERIÊNCIA DE UMA CONSULTA DE DOENÇAS AUTO-IMUNES

Vânia Rodrigues, Filipa Amado, Adriana Santos Silva, Rita Rocha, Ana Ferrão, Alcina Ponte

Centro Hospitalar de Leiria, Leiria, Portugal

Introdução

A artrite reumatóide (AR) é uma doença inflamatória sistémica crónica associada ao aumento da frequência de infecções, que podem estar relacionadas a fatores do hospedeiro, inflamação ou efeitos adversos da terapêutica instituída.

Objetivos

Determinar a associação entre infecções e fármacos utilizados para tratar AR, comparando medicamentos biológicos com DMARDs tradicionais.

Métodos

Estudo observacional retrospectivo de 91 doentes com AR, seguidos numa consulta de doenças auto-imunes durante um período de seguimento de três anos. Foi utilizado o software SPSS para análise estatística dos dados.

Resultados

A amostra é constituída por um total de 91 doentes divididos em dois grupos: 10 doentes (10,99%) tratados com fármacos biológicos e 81 doentes (89,01%) tratados com DMARDs não biológicos, dos quais 33 sob corticoterapia. 74 doentes (81,32%) pertenciam ao sexo feminino enquanto 17 (18,68%) pertenciam ao sexo masculino, apresentando uma média de idades de 64,29 anos.

Durante o período de acompanhamento, verificámos um total de 34 infecções em 25 (29,67%) doentes, dos quais 23 (67,65%) eram do trato respiratório, 4 (11,76%) urinários e 7 (20,59%) cutâneos. Destes, apenas 4 doentes (11,76%) apresentaram uma infecção grave que exigiu internamento hospitalar.

Apenas 3 (12%) dos 25 doentes com complicações infecciosas estavam sob terapêutica com fármacos biológicos e 21 (88%) com DMARDs não biológicos, dos quais 11 doentes sob corticoterapia.

Dos doentes que necessitaram de internamento hospitalar, 25% estavam sob terapêutica com Metotrexato, 25% apenas sob corticoterapia e 50% com associação de metotrexato e corticoterapia.

Conclusões

Conforme descrito na literatura, os nossos resultados demonstram que não há associação entre doentes medicados com

fármacos biológicos e maior risco de infecções graves com necessidade de internamento hospitalar, no entanto, demonstramos uma grande prevalência de complicações em doentes com corticoterapia.

CO030

1564 UM CASO DE NEUTROPENIA - DESAFIOS DA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

Margarida Madeira, Susana Marques, Dias Eugénio, Ermelinda Pedroso

Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal, Portugal

Introdução

A neutropenia isolada, sem concomitante anemia ou trombocitopenia, é um motivo comum de referenciação à consulta de medicina interna (CMI). A determinação da necessidade de investigação exaustiva e intervenção pode ser desafiante.

Descrição

Os autores apresentam um caso de uma mulher de 69 anos referenciada à CMI por neutropénia. A doente negava dor torácica, dispneia ou tosse. Negava náuseas, vómitos, dor abdominal, sintomatologia urinária, febre, dores articulares, anorexia ou perda ponderal. Sem história de início de novos fármacos ou viagens recentes. Exame objetivo, sem alterações. Analiticamente com leucócitos 2100/µL e neutrófilos 300/ µL, sem anemia ou trombocitopenia. A velocidade de sedimentação era de 3 mm/1a hora e as serologias virais negativas. ´

A doente manteve-se assintomática, pelo que se optou pela vigilância aos 2 meses: análises com bicitopénia (Hemoglobina 11.4 g/dL e Neutrofilos 300/ µL), a biópsia óssea revelou medula hipercelular, sem doença linfoproliferativa. Da investigação de doenças autoimunes, resultou fator reumatoide de 2090 UI/mL e anticorpos anti-peptídeos citrulinados de >340 U/mL. Eco abdominal mostrou esplenomegalia. A hipótese diagnóstica assumida foi a de Síndrome de Felty (SF), como apresentação inaugural de um caso de Artrite Reumatóide (AR).

A AR é uma forma de artrite crónica com importantes manifestações extra-

articulares. O SF é uma manifestação extra-articular severa, caracterizada pela tríade de AR, neutropenia e esplenomegália. Além da probabilidade de um doente com AR vir a sofrer de SF ser inferior a 1%, este apenas se apresenta após uma doença de longa duração. Só em casos muito raros a neutropenia surge antes da artrite, sendo mais frequente o surgimento da artrite 10 anos antes da neutropenia.

CO031

1566 SINOVITE E DERRAME PLEURAL - UM CASO DE DIAGNÓSTICO INAUGURAL DE ARTRITE REUMATÓIDE

Miguel Monteiro, Ana Maria Gonçalves, Filipa Gomes, João Machado

Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca, Amadora, Portugal

Introdução

A Artrite Reumatóide (AR) é uma doença inflamatória crónica progressiva, caracterizada primariamente por poliartralgias periféricas simétricas, bem como por manifestações extra-articulares em 50% dos casos. O derrame pleural (DP) é uma das doenças pulmonares mais frequentes associadas a AR, embora seja raro, é mais frequente em homens e pode mimetizar outras doenças.

Descrição

Homem de 50 anos, fumador, internado por quadro sub-agudo de febre, sudorese noturna, perda ponderal e fadiga. Duas semanas antes iniciou queixas de poliartralgias simétricas, aditivas e de ritmo inflamatório das articulações dos punhos, mãos e pés com edema associado. Ao exame físico apresentava-se febril, com sinovite das mãos, punhos e pés. Analiticamente destacava-se anemia (10.3 g/dL), trombocitose (865.000 plaquetas/mm3), VS 100 mm/h e PCR 19 mg/dL. As hemoculturas e as serologias virais e bacterianas foram negativas. Identificou-se fator reumatóide (FR) 61 UI/mL e anticorpos anti-CCP2 30 U/mL. Procedeu–se a toracocentese de DP, evidenciado na TC torácica, que revelou exsudado pleural, com glicose 2 mg/dL, proteínas totais 5.4 g/dL, LDH 5847 U/L, adenosina desaminase 133 U/L e FR 16 UI/mL. Iniciou terapêutica antibacilar, hidroxicloroquina (HCQ) e prednisolona (PDN). Posteriormente, a biópsia pleural (BP) revelou pleurite granulomatosa e nódulo reumatóide, e os exames micobacteriológicos da BP, LP e lavado bronco-alveolar foram negativos. Constatou-se melhoria clínica, tendo sido suspendidos os antibacilares após 1,5 meses. Nove meses depois, o doente mantém-se assintomático sob HCQ 400mg/dia, PDN 5mg/dia e metotrexato 20mg/semana.

Neste caso foi evocado o diagnóstico de tuberculose pleural por síndrome febril e líquido pleural característico. Contudo, a clínica de sinovite, a positivação serológica, o nódulo reumatóide na BP e a negativação dos exames micobacteriológicos confirmaram o diagnóstico de AR. Realça-se a importância do diagnóstico diferencial de DP em contexto de síndrome febril.

02 DE JUNHO

Sala Lagos III 09:00 - 10:00

CO032

1593 O RISCO TROMBÓTICO NO LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO PODE SER MEDIDO? O PAPEL COMBINADO DOS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES E ANTICORPOS ANTIFOSFOLIPÍDICOS

Ângela Mota, Inês Cunha, Joana Andrade, Carla Eira, Sara Machado, João Tavares, Vera Romão, Rachel Silvério, Lúcia Rodrigues, Cláudia Martins

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E., Viseu, Portugal

Introdução

O Lupus eritematoso sistémico (LES) é uma patologia inflamatória crónica. O Síndrome Antifosfolipídico (SAF) é uma patologia trombótica associada à presença de anticorpos antifosfolipídicos (AAF) e a um aumento do risco cardiovascular (RCV). As escalas de Framingham (FR) e SCORE avaliam o RCV. O aGAPSS combina AAF e RCV, sendo nomeado para determinar o risco trombótico em doentes com AAF persistentemente positivos (AAFPP).

Objetivos

Determinar o papel dos fatores de risco trombótico nos doentes com LES, através da aplicação de diferentes escalas de risco.

Métodos

Estudo de coorte retrospetivo de 84 doentes com LES seguidos em consulta de um hospital central. O estudo avaliou: género, idade atual e ao diagnóstico, duração da doença, presença de outra doença autoimune (ODA), fatores de RCV [obesidade (OB), diabetes (DB), hipertensão arterial (HTA), dislipidémia (DL) e tabagismo (TB)], presença de AAF e tratamento. As escalas foram calculadas.

Resultados

O sexo feminino prevalece em 74% e a idade atual é de 52.3 anos (±16.2). ODA está presente em 30% (SAF: 60%). 12% são AAFPP. Os fatores de RCV são: HTA (43%), DL (21%), OB (12%), DB (11%) e TB (10%). Os AAF são anticoagulante lúpico (AL) [19%], anticorpo anticardiolipina (aCL) [15.5%] e anticorpo anti-β-2glicoproteína-I (anti-β2G) [7%]. O sexo masculino tem uma prevalência significativamente superior de HTA, DL e TB, com um risco de 11-20% na escala de FR, por outro lado, o sexo feminino correlaciona-se com a presença de ODA e DMARDs. Quando o risco é 6-20% na escala de FR, o risco é inferior na SCORE (p=0.000). A presença de AAF não se relaciona com o aumento do RCV. O aGAPSS associa-se, significativamente, a um score de 7-12 se ODA; 4-9 se SAF; >7 se AAFPP; 4-6 com DB, DL e HTA; >12 com anti-β2G, >7 com AL e aCL.

Conclusões

Este estudo realça a importância dos fatores trombóticos no LES, principalmente na presença de ODA. No LES os fatores RCV e AAF devem ser avaliados, não só pela escala de FR, mas também pelo aGAPSS para aferir o risco de trombose global.

CO033

1773 MIOSITE INFLAMATÓRIA: DOENÇA PRIMÁRIA OU SECUNDÁRIA?

Jorge Silva Ferreira, Nuno Vieira E Brito, Maria João Gomes

Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

Introdução

As miosites inflamatórias (MI) são entidades clínicas raras, estando por vezes associadas a doenças autoimunes, inflamatórias e neoplásicas. É reconhecida a associação entre MI e doença celíaca. Apresenta-se um caso clínico de uma doente com o diagnóstico provisório de doença celíaca enviada à consulta por mialgias.

Descrição

Mulher de 48 anos com Hx familiar de neoplasia mamária, inicia em 2009 estudo de anemia ferropénica. Em gastroenterologia foi feita biópsia de jejuno que mostrou infiltrado linfocitário compatível com doença celíaca em grau 1, apesar de anticorpos anti-gliadina e transglutaminase negativos. Enviada à consulta de Medicina por mialgias proximais. Ao exame apresentava bom estado geral, edema e dor à palpação dos músculos proximais, e impotência funcional pela dor. Não apresentava sinais de vasculite, nem lesões cutâneas. Da investigação inicial destaca-se Hb:12,6g/dL, VS de 100mm, função renal normal, LDH de 470 U/L, aldolase 14,8 U/L, gamapatia de base alargada e urina tipo II sem proteinúria. Alelo HLA DQ2. Auto-imunidade:anti-Jo1 e anti-célula parietal positivos. Restante estudo negativo. Mamografia sem alterações, TAC de corpo: aspetos de esteatose hepática e miomas uterinos. Colonoscopia normal. Indicação de dieta com restrição de glúten. Melhoria com prednisolona e negativação de anticorpos. EMG sem evidência de lesão da fibra. No desmame da corticoterapia recidiva. Introdução de metotrexato com nova melhoria clínica. Mamografias periódicas normais até 2015, aos 54 anos, altura em que deteta-se neoplasia mamária bilateral com diagnóstico histológico de carcinoma invasivo medular à direita e carcinoma invasivo lobular à esquerda. Submetida a mastectomia e ooforectomia, e iniciada terapêutica com tamoxifeno. Assume-se MI anti-Jo1 paraneoplásica. Interrompeu metotrexato por fibrose hepática (fibroscan). Atualmente, com resolução do quadro de miosite, VS 35mm. Os A.A. destacam a importância da associação entre Mi e doenças neoplásicas.

01 DE JUNHO

Sala Lagos II 09:00 - 10:30

CO034

1779 SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO: APLICAÇÃO E RELEVÂNCIA DAS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS "NON-CRITERIA"

Ângela Mota, Inês Cunha, Joana Andrade, Carla Eira, Sara Machado, João Tavares, Vera Romão, Rachel Silvério, Lúcia Rodrigues, Cláudia Martins

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E., Viseu, Portugal

Introdução

O síndrome antifosfolipídico (SAF) é uma patologia trombótica associada à presença de anticorpos antifosfolipídicos (AAF). As manifestações clínicas "non-criteria" (MCNC) são a trombose venosa superficial, trombocitopenia, microangiopatia renal, doença valvular cardíaca (DVC), livedo reticularis, enxaqueca, coreia, convulsões e mielite, encontrando-se em debate a sua inclusão nos critérios de classificação.

Objetivos

Caracterizar uma amostra de doentes com SAF e determinar a relevância das MCNC em doentes com AAF persistentemente positivos (AAFPP).

Métodos

Estudo de coorte retrospetivo de 40 doentes com SAF e AAFPP seguidos em consulta de um hospital central. O estudo avaliou: género, idade atual e ao diagnóstico, duração da doença, outra doença autoimune, circulação afetada, tipo e número de eventos trombóticos, presença de AAF, tratamento e MCNC.

Resultados

O sexo feminino prevalece em 70% e a idade atual é 50.2 anos (± 15.6). Outra doença autoimune está presente em 28%. A prevalência do SAF é de 75%. Os AAF são o anticoagulante lúpico (AL) [65%], anticorpo anticardiolipina (aCL) [60%], anticorpo anti-β-2glicoproteína-I (antiβ2G) [38%]. A circulação afetada é venosa (45%), arterial (39%) e obstétrica (16%). Os principais eventos trombóticos são a trombose venosa profunda (39%) e acidente vascular cerebral (29%). A maioria dos doentes vivenciou um evento (73%). Em relação ao SAF, o AL e aCL estão presentes em 60% e Antiβ2G em 43%. Em relação aos doentes com AAFPP, AL ocorre em 80%, aCL em 60% e antiβ2G em 20%. Os doentes estão anticoagulados em 68%, dos quais 11% são AAFPP. As MCNC estão presentes em 80% dos doentes com AAFPP, sendo as mais comuns a enxaqueca (40%), trombocitopenia (30%) e DVC (20%).

Conclusões

Os dados encontrados refletem a literatura existente. Os doentes que não cumprem os critérios atuais devem ter um seguimento regular. Os critérios de anticoagulação devem ser revistos dado que o tratamento efetivo altera o curso da doença.

31 DE MAIO

Sala Lagos III 14:00 - 15:30

CO035

2014 QUANDO O DIAGNÓSTICO NEM SEMPRE É EVIDENTE...

Fábio Almeida[1], Adriana Santos Silva[2], Luís Escada[3], Teresa Alfaiate[1], Luís Freitas[3], Rui Alves[3]

[1]Hospital Distrital da Figueira da Foz, Coimbra, Portugal

[2]Centro Hospitalar de Leiria, Leiria, Portugal

[3]Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

O diagnóstico diferencial de nódulos pulmonares não é linear, sendo necessário considerar diversas patologias.

Descrição

Homem, 72 anos, recorreu ao serviço de urgência por febre, tosse, epigastralgias, náuseas e diarreia, que associava aos antibacilares. Com internamento recente para estudo de nódulos pulmonares, assumiu-se diagnóstico de tuberculose. Tinha DPOC, dislipidémia, HTA, hiperuricémia, HBP e diverticulose cólica. Sob fluticasona+salmeterol, brometo de tiotrópio, lisinopril+hidroclorotiazida, alopurinol e sinvastatina.

Apresentava diaforese, murmúrio vesicular diminuído e abdómen pouco doloroso. Analiticamente com leucocitose, anemia e aumento da PCR, TGO e TGP. Rx tórax mostrava hipotransparências bilaterais heterogéneas e na TAC lesões nodulares bilaterais, opacidades centro-acinares espiculadas e adenopatias. Ecografia com fígado homogéneo, ligeiramente aumentado. TAC revelou 2 quistos biliares e densificação da gordura para-renal esquerda e mesentérica.

Inicia antibiótico e é internado por suspeita de quadro infecioso. Mantem-se febril e com expetoração raiada de sangue, sufusão conjuntival, petéquias do palato e gengivas e perda súbita da audição. Teve agravamento da função renal, apresentando proteinúria, eritrocitúria e relação proteínas/creatinina (RPC) 759mg/g. A biópsia transbrônquica sugeria processo inflamatório granulomatoso com necrose.

Ponderou-se granulomatose com poliangeíte e iniciou metilprednisolona e ciclofosfamida. Fez biópsia renal e confirmou vasculite por anticorpos anti-citoplasma neutrofílicos. Títulos do anticorpo anti-proteinase 3 (ac anti-pR3) eram elevados. Fez plasmaferese com melhoria clínica. Em consulta, suspendeu terapêutica, com aumento do ac anti-pR3 e RPC. Reiniciou medicação com nova melhoria.

A clínica inespecífica conduz ao diagnóstico tardio de doenças

autoimunes. Importa considerar detalhes que podem indicar uma vasculite, com lesão de vários órgãos. A avaliação regular e imunossupressão é relevante na remissão da doença.

02 DE JUNHO

Sala Lagos III 09:00 - 10:00

CO036

2058 CORTICOTERAPIA NA ESCLEROSE SISTÉMICA: DO TRATAMENTO À IATROGENIA

Mariana L. S. Magalhães, Joana Carneiro, Luís Val-Flores, Joana Louro, Rosa Amorim

Centro Hospitalar do Oeste - Caldas da Rainha, Caldas Da Rainha, Portugal

Introdução

A esclerose sistémica (ES) é uma doença rara, sistémica autoimune do tecido conjuntivo com fibrose da pele, órgãos internos e vasculopatia. Predomina no género feminino com maior incidência entre 3ª-5ª década de vida. Apresenta grande heterogeneidade de apresentações, complicações e prognóstico.

Descrição

Homem, 44 anos, com poliartralgias de ritmo inflamatório, rigidez matinal e espessamento difuso da pele, sobretudo mãos e pés, com 8 meses de evolução. Posteriormente, aparecimento de úlceras digitais e fenómeno de Raynaud, com incapacidade funcional. Em consulta privada foi diagnosticada esclerodermia e medicado com prednisolona 60mg/dia. Na Consulta de Medicina, verificou-se Hipertensão Arterial estadio 2 previamente inexistente, esclerodactilia, poliartralgias intensas nas mãos, e úlceras digitais no 3º dedo da mão direita. Analiticamente: creatinina 1,47mg/dL, taxa de filtração glomerular 57,2mL/min/1,73m2, Anticorpos Antinucleares e anti Scl70 positivos. Capilaroscopia: ES fase ativa-tardia. Ecografia renal normal. Assumiu-se diagnóstico de ES com esclerodermia difusa e crise renal esclerodérmica em provável contexto iatrogénico (corticoterapia em alta dose). Iniciou terapêutica analgésica e imunossupressora, bosentano e redução da dose de corticoterapia. Melhoria clínica e laboratorial significativa, apesar do quadro álgico de difícil controlo. Desde então várias intercorrências (úlceras digitais infetadas, osteomielite grave 5º dedo e bursite complicada cotovelo), com necessidade de ajustes terapêuticos. Mantém-se sem envolvimento pulmonar ou cardíaco.

Discussão: Apesar dos avanços na compreensão da patogénese e opções terapêuticas com consequente melhoria da sobrevida, a ES continua a ser um desafio. Com importante mortalidade e morbilidade, impõe um diagnóstico precoce e seguimento rigoroso, com estratégias terapêuticas imediatas e individualizadas. Este caso evidencia o risco da utilização de corticóides em altas doses, que desencadeou a crise renal esclerodérmica.

CO037

2192 DOENÇA DE BEHÇET: CASUÍSTICA DE UMA CONSULTA ESPECIALIZADA ENTRE 1981-2017

Luísa Serpa Pinto, Sara Xavier Pires, Fátima Farinha, Carlos Vasconcelos, João Araújo Correia

Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal

Introdução

A doença de Behçet (DB) é uma vasculite sistémica de causa indeterminada. O espectro da doença varia desde manifestações apenas muco-cutâneas até à doença de orgão com morbilidade relevante.

Objetivos

Caraterização da população seguida por DB.

Métodos

Estudo de coorte, retrospectivo, unicêntrico, com doentes seguidos em consulta externa especializada, entre 1981 e 2017, com DB segundo critérios do International Study Group. Os dados foram analisados no software SPSS.

Resultados

Neste coorte estão incluídos 235 doentes, maioritariamente mulheres (n=163, 69.4%), com idade média ao diagnóstico 34.85 (+/- 12.3) anos e ao início das manifestações de 28.2 (+/- 13.3) anos [mínimo-máximo: 5-67 anos]. Cento e oitenta e quatro (78%) têm HLA determinado, sendo que destes 100 (54%) são HLA-B51/B5 positivo. As manifestações mucosas estão presentes em todos os doentes; 54% (n=127) têm manifestações cutâneas, 43% (n=101) manifestações articulares, 29% (n=69) têm manifestações oculares que resultaram em amaurose em 7 doentes (3%), 19,6% (n=46) com manifestações neurológicas, 20.0% (n=47) vasculares, 7.7% (n=18) gastro-intestinais e 0.4% (n=1) cardíacas. Estes doentes têm, em média, 3 sistemas atingidos pela doença (mínimo 1, máximo 6). As manifestações mucosas foram as primeiras manifestações da doença em 72% (n=170) dos doentes, seguidas das cutâneas em 10% (n=24). O tempo que decorre desde o aparecimento das primeiras manifestações e o aparecimento de atigimento ocular foi de 11.8 (+/-9.6) anos, 11.6 (+/-9.6) anos para as manifestações articulares, 14.2 (+/-11.5) anos para as neurológicas, 9.9 (+/-9.0) anos nas vasculares, 10.6 (+/-7.9) anos para as GI e 31 anos no caso das cardíacas.

Conclusões

A DB é uma doença com caráter aditivo das manifestações e orgãos atingidos que parece evoluir no sentido de atingimento de orgão profundo pelo que é importante a manutenção do acompanhamento diferenciado nesta população.

CO038

2242 BICITOPÉNIA: MANIFESTAÇÃO INICIAL DE DOIS DIAGNÓSTICOS INESPERADOS

Ana Rita Pereira, Inês Pimenta Rodrigues, Catarina Patrão Correia, André Faria Esteves, Ana Raquel Miranda, Ana Luísa Broa, Francisca Delerue

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução

As citopenia de novo no idoso são motivo frequente de referenciação à consulta de Medicina Interna. O diagnóstico diferencial é amplo, mas a etiologia auto-imune é rara.

Descrição

Mulher, 85 anos, referenciada à consulta de Medicina Interna por anemia normocítica e normocrómica e trombocitopenia associadas a cansaço fácil e secura ocular e oral, com 3 anos de evolução. Ao exame objectivo, destacava-se apenas palidez mucocutânea. A avaliação laboratorial inicial revelou contagem de reticulócitos, função tiroideia, factores hematínicos e electroforese de proteínas séricas sem alterações, contudo, velocidade de sedimentação elevada e padrão de citocolestase hepática. Verificou-se evolução para pancitopenia e agravamento da anemia com necessidade de suporte transfusional. Admitiu-se, como diagnóstico mais provável, síndrome displásico ou neoplásico medular pelo que foi submetida a mielograma e biópsia óssea cujos resultados foram inconclusivos. Realizou então tomografia computorizada que revelou fígado cirrótico com sinais de hipertensão portal e esplenomegalia. Perante este achado, prosseguiu-se no estudo etiológico, verificando-se positividade para anticorpos anti-nucleares (anti-SSA, anti-Ro52 e anti-Mi2) e anti-mitocondrial, sugestivos de cirrose biliar primária (CBP). Por suspeita de síndrome de Sjögren (SS), realizou ainda cintigrafia e biópsia das glândulas salivares que mostraram, respectivamente, compromisso funcional grave e infiltrado linfocitário ligeiro. O teste de Schirmer foi igualmente positivo. Estabeleceram-se como diagnósticos finais: CBP e SS primário. Foi iniciada corticoterapia com melhoria das contagens hematológicas periféricas.

Este caso é singular dado o diagnóstico de SS e CBP, patologias auto-imunes frequentemente associadas, mas com apresentação inaugural rara em octagenários. Destaca-se ainda a complexidade da marcha etiológica, reflectindo a importância do diagnóstico diferencial.

31 DE MAIO

Sala Lagos III 14:00 - 15:30

CO039

2276 UM CASO DE GANGLIONOPATIA AUTONÓMICA AUTOIMUNE

João Neves Maia, Joana Tavares, Sara Abreu, Rosa Castro Ribeiro, João Araújo Correia

CHP, Porto, Portugal

Introdução

O atingimento do sistema nervoso autónomo (SNA) é relativamente comum em doenças do sistema nervoso central ou periférico. As manifestações podem ser limitadas e ligeiras ou generalizadas, com grave prejuízo na qualidade de vida.

Descrição

Homem de 71 anos sem antecedentes de relevo. Quadro com 1 mês de evolução de anorexia, náuseas e vómitos, com perda ponderal significativa. Várias vindas à urgência onde se objectivou distensão gástrica e intestinal sem oclusão mecânica aparente.

Internado para estudo tendo sido identificada pandisautonomia: hipotensão ortostática sintomática, gastroparésia (em cintigrafia gástrica), pseudo-oclusão intestinal, retenção urinária, síndrome sicca e hipohidrose (em sudoscan). Adicionalmente anasarca associada a hipoalbuminemia grave e anemia hipoproliferativa sem défice ferro ou vitaminas com eritropoietina inapropriadamente normal. Sem neuropatia sensorimotora concomitante. Foram excluídas sistematicamente outras etiologias de disautonomia e neoplasia subjacente.

Instituída paliação dos sintomas disautonómicos e perante ausência de diagnósticos alternativos assumida ganglionopatia autonómica auto-imune (GAA), tendo iniciado tratamento com imunoglobulina endovenosa com resolução gradual das manifestações disautonómicas. A anemia foi interpretada no contexto de diminuição do estímulo à síntese renal de eritropoietina pelos nervos simpáticos e a hipoalbuminemia por baixo aporte e diminuição da função digestiva, ambas melhoraram com o tratamento instituído.

A GAA é uma doença rara que se pensa ser mediada por anticorpos anti-receptor nicotínico da acetilcolina dos gânglios do SNA, presentes em metade dos casos, manifestando-se com disautonomia global, com uma resposta geralmente favorável a imunoterapia e um curso relativamente benigno.

02 DE JUNHO

SALA Lagos III 09:00 - 10:00

CO040

2305 LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO E HIPOTIROIDISMO AUTOIMUNE – CASO CLÍNICO E REVISÃO CIENTÍFICA

Inês Neves

CH Póvoa de Varzim, Porto, Portugal

Introdução

O lúpus eritematoso sistémico (LES) é uma doença associada a deposição de complexos imunes, activação do complemento e produção de autoanticorpos. Existe associação do LES com a presença de autoanticorpos tiróideus, havendo maior prevalência de patologia da tiróide em doentes com LES. A partilha imunopatogénica de predomínio linfocitário Th1 existe entre o LES e a patologia tiroideia autoimune (PTAI).

Descrição

Caso clínico de um jovem de 21 anos que recorreu ao serviço de urgência (SU) por dor torácica do tipo picada, agravada com inspiração profunda, associada a tosse produtiva com 3 dias de evolução, astenia e poliartralgias com 8 meses de evolução. Apresentava diagnóstico prévio de hipotiroidismo autoimune desde os 17 anos com valores de positivos de anticorpos antitiroideus tendo sido medicado com levotiroxina 50 µg. Apresentou agravamento progressivo tendo 3 anos mais tarde valores a justificarem aumento de dose de levotiroxina (75 µg) que não foi tolerada; na semana prévia à ida ao SU – Anti-peroxidase 498 UI/mL e anti-tiroglobulina 233 UI/mL, com reinício de levotiroxina.

À admissão: taquicardia, normotensão, febre; emagrecido, sopro sistólico grau 3 em 6, adenopatias cervicais, submandibulares, axilares e inguinais. Sinovite interfalângica. Análises alteradas: Hb 6,8 g/dL, leucócitos 3,12 10^9/L, plaquetas 506 10^9/L, Troponina T alta sensibilidade 0,026 ng/mL, LDH 981 U/L, proteinúria não nefrótica e eritrocitúria. Eletrocardiografia: alterações inespecíficas ST-T.Tomografia Computadorizada: adenopatias mediastínicas e axilares; pequena quantidade de líquido no fundo de saco de Douglas. Do estudo etiológico em internamento excluídas causas infeciosas, neoplásicas, hematológicas. O despiste autoimune: ANA positivos, AntiDs DNA 522 UI/mL, consumo C3/C4, antinucleossomas positivos. Melhoria com instituição de corticoterapia a 0,5 mg/Kg e Levotiroxina 100 µg. Após um mês, aparecimento de rash malar e febre (40,1º Celsius) a revelar flare lúpico e reinternamento. O LES e a PTAI estão muitas vezes associados mas os casos mais comuns de hipotiroidismo autoimune são em mulheres e de diagnóstico em tempos semelhantes, sem porém haver relação de gravidade

31 DE MAIO

Sala Lagos II 14:00 - 15:30

Doenças Cardiovasculares

CO041

143 ANTICORPOS CONTRA DIFERENTES COMPONENTES DAS LIPOPROTEÍNAS DE ELEVADA DENSIDADE (HDL) EM DIFERENTES DOENÇAS ASSOCIADAS A ATEROSCLEROSE

Joana R Batuca[1], Marta C Amaral[2], Catarina Favas[3], Paul RJ Ames[1], Ana L Papoila[4], José Delgado Alves[2]

[1]CEDOC, NOVA Medical School|Faculdade de Ciências Médicas, Universidade NOVA de Lisboa, Lisboa, Portugal

[2]CEDOC, NOVA Medical School|Faculdade de Ciências Médicas, Universidade NOVA de Lisboa e Serviço de Medicina IV / Unidade de Doenças Imunomediadas Sistémicas (UDIMS) do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Lisboa, Portugal

[3]Serviço de Medicina IV / Unidade de Doenças Imunomediadas Sistémicas (UDIMS) do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora, Portugal

[4]CEAUL e NOVA Medical School|Faculdade de Ciências Médicas, Universidade NOVA de Lisboa, Lisboa, Portugal

Introdução

As HDL são reconhecidas atualmente como um dos fatores mais importantes na aterogénese. Uma resposta auto-imune contra as HDL pode contribuir para a sua falência quantitativa e/ou qualitativa como fator protetor.

Objetivos

Este estudo pretende investigar se a resposta humoral contra as HDL tem valor adicional aos fatores de risco cardiovascular (CV) tradicionais no diagnóstico de doença arterial coronária (DAC), e acidente vascular cerebral (AVC) e estabelecer uma relação entre estes anticorpos e as propriedades anti-oxidante e anti-inflamatória das HDL.

Métodos

Estudo transversal caso-controle com 51 doentes com DAC, 53 com AVC e 55 controlos saudáveis em que se determinou os níveis séricos de anticorpos anti-HDL (aHDL), anti-apolipoproteínas (aApo A-I, aApo A-II e aApo C-I), anti-paraoxonase (aPON1), biomarcadores de disfunção endotelial, moléculas de adesão vascular e intracelular (VCAM-1 e ICAM-1), perfil lipídico e a atividade do enzima PON1. Realizaram-se ensaios in vitro para testar a capacidade dos anticorpos aHDL purificados de doentes com títulos elevados inibirem a atividade da PON1 e de reverter o efeito protetor das HDL em células endoteliais.

Resultados

Os doentes com DAC e AVC apresentam títulos de anticorpos

IgG aHDL, aApoA-I e aPON1 significativamente mais elevados do que controlos saudáveis (p<0.001). Títulos elevados destes anticorpos predizem negativamente a atividade da PON1 e positivamente os níveis de VCAM-1 e ICAM-1. Nos doentes com AVC adicionar aHDL e aApoA I a um modelo com fatores de risco CV tradicionais e nos doentes com DAC adicionar aHDL a um modelo similar obtém-se um melhor poder discriminativo de diagnóstico entre AVC ou DAC respetivamente e os controles saudáveis. Os anticorpos aHDL isolados de doentes com títulos elevados inibem in vitro a atividade da PON1 em 38% (p<0.01) e revertem o efeito protetor das HDL na expressão de VCAM-1 em 126% (p<0.001) quando com comparados com uma IgG humana inespecífica.

Conclusões

Os anticorpos contra componentes das HDL interferem nas propriedades anti-oxidantes e anti-inflamatórias da HDL e podem representar novos biomarcadores para doenças CV que precisam ser investigados em estudos prospetivos.

Este trabalho foi suportado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia / Ministério da Ciência e do Ensino Superior via uma bolsa de pós doutoramento SFRH/BPD/112411/2015 e a unidade de investigação iNOVA4Health - UID/Multi/04462/2013

02 DE JUNHO

Sala Lagos I 09:00 - 10:00

CO042

230 ECOCARDIOGRAFIA "POINT OF CARE" E TERAPÊUTICA DIURÉTICA NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

João Rosinhas[1], Filipe Andrade[1], Albina Moreira[1], Rita Baião[2], Luísa Guerreiro[1], Luís Moura[1]

[1]Hospital de Pedro Hispano - Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos, Portugal

[2]CIPsi, Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal

Introdução

Vários processos contribuem para o desenvolvimento da síndrome cardiorrenal, incluindo a hipervolémia ou hipovolémia induzida por diurético. As dimensões da veia cava inferior (VCI) podem estar correlacionadas com a volémia. A relação entre dimensões da VCI e a lesão renal aguda (LRA) em doentes com insuficiência cardíaca descompensada (ICD) não está definida.

Objetivos

O objectivo deste estudo foi analisar se a avaliação ecográfica da VCI 48h após início de tratamento diurético estaria associada a hipervolémia ou hipovolémia e

predizer o risco de agravamento da função renal.

Métodos

Após 48h da admissão hospitalar os doentes com o diagnóstico de ICD foram submetidos a um exame ecográfico, foram avaliadas as dimensões da VCI e recolhidos dados clínicos e laboratoriais.

Resultados

Foram analisados 66 doentes, quatro dos quais foram excluídos por impossível visualização da VCI. 55% dos doentes desenvolveram LRA. Não foram encontradas associações significativas entre dimensões da VCI e LRA. A colapsabilidade da VCI foi associada a morte por qualquer causa aos 6 meses (p = 0,002) e a reinternamento ou ida ao serviço de urgência por ICD (p = 0,003).

Conclusões

No nosso estudo, a avaliação ecográfica da veia cava inferior provou ser uma ferramenta útil e confiável para prever prognóstico, mas não foi encontrada uma associação com LRA. Estudos prospectivos maiores são necessários para aferir a relação entre a avaliação seriada de veia cava inferior e o risco de LRA.

01 DE JUNHO

Sala Lagos I 09:00 - 10:30

CO043

327 LEFT VENTRICULAR NON-COMPACTATION – UMA MIOCARDIOPATIA RARA

Mónica Palma Anselmo[1], Gustavo Nobre De Jesus[1], Rita Martins Fernandes[2], João Madeira Lopes[1], J Meneses Santos[1], Rui M. M. Victorino[1]

[1]Hospital Santa Maria, Lisboa, Portugal

[2]Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Faro, Portugal

Introdução

Left ventricular non-compactation é uma causa rara de miocardiopatia, de base genética, com uma prevalência de 0.014%.

Descrição

Os autores apresentam um doente de 47 anos, com hipertensão arterial, obesidade grau I e tabagismo (20 UMA), admitido por cansaço e dispneia de esforço, de agravamento progressivo, com 2 meses de evolução. Tem na história familiar morte súbita do pai aos 57 anos, sem conhecimento de doença cardíaca. Exame objectivo sem alterações. Hb 17.7 g/dL, Htc 50.3%, ureia 55 mg/dL, creatinina 1.12 mg/dL, NT-proBNP 1319 pg/mL, troponina I 0.12 ng/mL, serologias virais para CMV, EBV, parvovirus B19, adenovírus, coxsackie, HIV, HBV, HCV, Lyme, febre Q e sífilis negativas. ECG em ritmo sinusal, desvio esquerdo do eixo eléctrico, sistolia ventricular prematura frequente. Ecocardiograma com ventrículo esquerdo muito dilatado, hipocinésia difusa, fracção de ejecção de 10%, disfunção

diastólica grau III, ventrículo direito não dilatado e sem compromisso da função sistólica. Coronariografia sem alterações. RM cardíaca sem realce tardio, com critérios de não compactação ventricular esquerda. O estudo genético identificou a mutação SCN5A. Implantou CDI e iniciou bloqueio neurohormonal e terapêutica diurética com melhoria sintomática.Left ventricular non-compactation é uma miocardiopatia que decorre de perturbação da normal embriogénese endomiocárdica às 5-8 semanas de gestação. Estão identificadas várias mutações genéticas subjacentes, estando a SCN5A relacionada com maior risco de arritmias e insuficiência cardíaca. O diagnóstico decorre da avaliação ecográfica e do estudo por RM. O caso clínico apresentado sublinha a importância do estudo etiológico da insuficiência cardíaca para além dos habituais factores de risco cardiovasculares.

31 DE MAIO

Sala Lagos II 14:00 - 15:30

CO044

491 GRANULICATELLA – UMA ETIOLOGIA RARA DE ENDOCARDITE

Cátia Costa Oliveira, Isabel Durães Campos, Mariana Barbosa, Luciana Sousa, Ana Rita Marques, Marta Mendes, Isabel Apolinário, Ilídio Brandão

Hospital de Braga, Braga, Portugal

Introdução

A endocardite infecciosa (EI) é uma condição que se mantém associada a alta morbimortalidade. A Granulicatella, uma estirpe de streptococcus com variante nutricional, é uma etiologia rara, sendo responsável por apenas 25 casos descritos na literatura.

Descrição

Apresentamos o caso de um homem de 82 anos, com antecedentes de insuficiência mitral severa por degeneração mixomatosa que recorreu ao serviço de urgência por febre intermitente, anorexia, perda de peso e fadiga com 7 meses de evolução. Colheu hemoculturas (HC) e realizou ecocardiograma transesofágico que mostrou duas estruturas de 10 mm sugestivas de vegetações. Iniciou-se antibioterapia empírica com ampicilina, flucloxacilina e gentamicina. Todavia, após o 10º dia de antibioterapia, o doente teve recrudescimento do padrão de febre, tendo-se revisitado o estudo no sentido de identificar outras origens para o síndrome febril. Contudo, ao 20º dia de antibioterapia identificou-se nas HC iniciais uma estirpe bacteriana de crescimento lento, difícil de isolar nos meios de cultura convencionais, que apenas foi identificada através de sequenciação de DNA: Granulicatella adiacens. Neste contexto, o doente manteve terapêutica com ampicilina e gentamicina. No entanto, após 6 semanas de antibioterapia, necessitou-se de substituição valvular por fracasso terapêutico e instalação de insuficiência cardíaca. Após a cirurgia, o doente cumpriu mais 4 semanas de ampicilina e teve alta assintomático, sem sinais de recaída.

Os autores salientam o papel essencial de uma equipa multidisciplinar na abordagem à EI, que terá sido responsável pelo desfecho deste caso. O estudo microbiológico perseverante mostrou-se fundamental na compreensão e resolução deste caso que reflecte as características tipicamente descritas na EI por Granulicatella: curso indolente, vegetações de grandes dimensões, dificuldade no isolamento da bactéria, elevadas taxas de complicações, refractariedade ao tratamento antibiótico e necessidade de substituição valvular.

CO045

594 TROPONINA ELEVADA NOS DOENTES INTERNADOS EM MEDICINA INTERNA: QUAL O SEU SIGNIFICADO E QUAL A SUA CONSEQUÊNCIA? UM ESTUDO RETROSPECTIVO

Mafalda Carrington, Margarida Jacinto, Ana Sousa, Joana Sant'Anna, José Luis Muñoz, Tiago Tribolet De Abreu

Hospital do Espírito Santo de Évora, Évora, Portugal

Introdução

O enfarte agudo do miocárdio (EAM) tipo 2 resulta de um desequilíbrio entre o aporte/consumo de oxigénio. Desconhece-se se, na prática clínica, deve fazer-se a distinção do EAM tipo 2, da necrose miocárdica sem enfarte. O objectivo deste trabalho foi analisar retrospectivamente as características clínicas, possível etiologia, tratamento e prognóstico do enfarte tipo 2 e da necrose miocárdica sem enfarte em doentes internados num serviço de Medicina Interna.

Descrição

Métodos: Foram incluídos todos os doentes internados num serviço de Medicina Interna, ao longo de um período de 2 anos, a quem foram pedidos pelo menos 2 doseamentos de troponina I, ao critério do médico assistente, e que tiveram pelo menos um valor acima do limite de referência 0,1ng/ml. Analisaram-se retrospetivamente as características clínicas, laboratoriais, e relativas ao tratamento e prognóstico, a curto e longo prazo, destes doentes. Definiu-se EAM de acordo com a definição universal de EAM e as possíveis etiologias foram adjudicadas de acordo com critérios clínicos específicos. Resultados: De um total de 2,743 doentes internados neste período, 90(3%) tinham necrose miocárdica. Verificou-se que foi efectuado um doseamento de troponina em 9% dos doentes internados, dos quais apenas 35% tinham necrose miocárdica, e destes 69% preenchiam os critérios de diagnóstico de EAM. Identificaram-se como causas mais frequentes de necrose miocárdica a insuficiência respiratória(35%), seguida da hipertensão grave(21%), hipotensão grave(14%) e anemia(13%). A apresentação clínica

mais frequente nos nossos doentes foi de dispneia(44%) e em 66% não foi possível identificar qualquer alteração diagnóstica no electrocardiograma. O valor mediano de troponina I máxima foi de 0.75(0.24-3.00)ng/ml e houve uma variação muito lenta nos níveis de troponina I nesta amostra de doentes com necrose miocárdica. A prevalência de história prévia de hipertensão(89%), diabetes mellitus(50%) e insuficiência cardíaca congestiva(51%) foram desproporcionalmente elevadas nesta amostra, assim como as mortalidades intra-hospitalar(17%) e ao primeiro ano após o internamento(51%). À data da alta, 64% dos doentes foram medicados com estatina e em 58% dos casos foi prescrito pelo menos um anti-agregante plaquetário. Conclusões: Os autores apresentam a análise de uma amostra de doentes com necrose miocárdica, idosos e com múltiplas co-morbilidades. Metade dos doentes morreram ao final de um ano, apesar da elevada taxa de prescrição de medicação cardiovascular em prevenção secundária. Nestes doentes, há uma questão que se impõe, mas para a qual ainda não temos resposta: quem deverá receber terapêutica médica optimizada para cardiopatia isquémica e quem deverá ser avaliado por Cardiologia. Serão necessários mais estudos para esclarecer as implicações de um diagnóstico de enfarte tipo 2, no entanto sugere-se que estes sejam feitos com doentes internados em serviços de Medicina Interna, que têm maior risco de desenvolver este tipo de EAM

02 DE JUNHO

Sala Lagos I 09:00 - 10:00

CO046

602 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NO INTERNAMENTO DE MEDICINA INTERNA E DE CARDIOLOGIA

Mafalda Sá Pereira, Pedro Beirão, Conceição Escarigo, Pedro Correia Azevedo, Ana Rita Almeida, Francisca Delerue

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução

A insuficiência cardíaca (IC) tem importante morbimortalidade e é muito prevalente nas enfermarias de Medicina Interna (eMI) e Cardiologia (eC).

Objetivos

Caraterizar e comparar doentes internados com IC nas eMI e eC, o tratamento e o prognóstico.

Métodos

Estudo transversal dos doentes internados na eMI ou eC a 1 de fevereiro e 1 de junho de 2017.

Resultados

Identificaram-se 269 doentes, 99 dos quais com IC (36.80%). Os admitidos na eC eram mais jovens (63.86 vs 81.66 anos, p 0.002), apresentavam mais frequentemente fração de ejeção reduzida (40.3% vs 76.9%, p 0,045), sem diferenças na gravidade dos sintomas (NYHA IV 61.5% vs 60.3%, p 0.054) e realizavam mais ecocardiogramas (85.7% vs 38.8% p<0,001) do que nas eMI. A prevalência de diabetes mellitus (64.3% vs 53.6%, p 0.456), fibrilhação auricular (50.0% vs 50.6%, p 0.967) e anemia (57.1% vs 63.5%, p 0.647) foi semelhante, mas a hipertensão arterial foi mais prevalente nas eMI (91.8% vs 71.4%, p 0,025). Na terapêutica, o uso de espironolactona (57.1% vs 28.2%, p 0.032) e ivabradina (25.0% vs 0.0%, p <0.001) foi mais frequente na eC. O uso de iECA/ARA (78.6% vs 64.7%, p 0.308), beta-bloqueantes (71.4% vs 62.4% p 0.513), furosemida (85.7% vs 87.1%, p 0.089) e a mortalidade hospitalar (7.1% vs 11.8%, p 0.610) foram semelhantes. Todos os doentes da eC (100% vs 54.7%, p 0.008) mantiveram seguimento em consulta. Nas eMI os re-internamentos foram menos frequentes (69.2% vs 36.2%, p 0.009), mas a mortalidade aos 6 meses foi maior (0.0% vs 12.0%, p 0.008).

Conclusões

Os doentes nas eC e eMI representam populações distintas. A tipologia de doentes nas eMI, com mais comorbilidades, foram, com certeza, fator contributivo para as opções terapêuticas e prognóstico, realizando menos ecocardiogramas, menor uso de terapêutica otimizada e seguimento em ambulatório e maior mortalidade aos 6 meses. Ambas apresentavam prevalência do uso de terapêutica adequada com iECA ou beta-bloqueantes abaixo do recomendado.

01 DE JUNHO

SALA Albufeira II 09:00 - 10:30

CO047

607 PREVALÊNCIA DE ANEMIA E FERROPENIA EM DOENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA, NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Rita Reis Correia[1], Pedro Leite Vieira[1], Carolina Carvalho[1], César Vidal[2], Marisa Linhares[1], Fábia Cruz[1], Sandra Martin1, Maria Eugénia André1

[1]ULSCB - Hospital Amato Lusitano, Castelo Branco, Portugal

[2]Centro Hospital do Porto - Hospital de Santo Antonio, Porto, Portugal

Introdução

A ferropenia (FP) é a principal causa de anemia em doentes com Insuficiência Cardíaca (IC). Vários estudos demonstraram tratar-se de um fator independente de mau prognóstico na IC (independente da anemia).

Objetivos

Caraterizar a prevalência de anemia e FP nos doentes internados com IC aguda, num Serviço de Medicina Interna (SMI)

Métodos

Estudo observacional, prospetivo e transversal, de doentes internados com IC aguda, num SMI, no período de Abril a Dezembro de 2017. À admissão caracterizado o grau de IC pela escala NYHA. Avaliada a presença de comorbilidades. Aferido a presença de anemia (hemoglobina ♀ <12g/dL e ♂ <13g/dL), Ferropenia (ferro sérico<50µg/dL ou ferritina <16.4ng/mL). Realizaram ecocardiograma transtorácico para avaliação Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo (FE). Foram excluídos doentes com intuito paliativo. Análise realizada por SPSS

Resultados

Incluídos 75 doentes (57% mulheres, média idades 84anos). 82% com IC crónica agudizada. 88% em classes III e IV da escala de NYHA à admissão. BNP médio 796pg/mL. 34,7% com FE moderadamente reduzida ou reduzida. 66.7% apresentavam anemia e 56,9% ferropenia. Verificou-se uma associação entre a presença de anemia e ferropenia (p<0,05). Os doentes com ferropenia apresentaram valores significativamente inferiores de hemoglobina em relação àqueles sem ferropenia (10vs12.5g/dL;p<0.05). Os doentes com anemia tiveram internamentos significativamente mais prolongados (11.7 dias vs 7.6 dias;p<0.05). Os doentes com anemia apresentaram BNP mais elevados (890vs650pg/mL). Os doentes com FE reduzida apresentam valores médios ferro sérico mais baixos (49.5vs67.1µg/dL). Os doentes que faleceram apresentaram valores médios de ferro sérico inferiores (37vs60µg/dL).

Conclusões

A anemia ocorre em mais de metade da nossa amostra e afecta significativamente o tempo de internamento. A ferropenia, causa mais frequente da anemia na amostra, associa-se a anemia mais grave. Assim, a investigação da anemia e de ferropenia deve fazer parte de abordagem do doente com IC.

31 DE MAIO

Sala Lagos II 14:00 - 15:30

CO048

698 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NO JOVEM ADULTO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Giovana Ennis[1], Mariana Lopes[1], Joana Silva Marques[1], Cristina Andrade[1], Pedro Crespo[1], Luísa Mocho[1], Emanuel Correia[1], Graça Castro[2], António Correia[1]

[1]Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E., Viseu, Portugal

[2]Hospital da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

A Insuficiência Cardíaca (IC) tem um grande peso na medicina do adulto devido à elevada prevalência da doença coronária. Apesar de rara no jovem, tem ainda maior impacto na qualidade de vida nesta faixa etária. A maioria dos estudos são baseados em populações mais idosas e a informação sobre a IC no jovem é limitada. Segue-se um caso clínico e revisão da literatura.

Descrição

Homem, 24 anos, antecedentes de co-infeção VIH/vírus hepatite B em tratamento. Recorreu ao serviço de urgência por dispneia para pequenos esforços, aumento do volume abdominal e edemas dos membros inferiores, com 2 semanas de evolução. Objetivamente destacava-se: turgescência venosa jugular presente, auscultação cardíaca arrítmica, FC:120bpm, sem sopros; auscultação pulmonar com murmúrio vesicular diminuído nos 2/3 inferiores do hemitórax direito; hepatomegalia, ascite sem tensão; edemas pré-tibiais simétricos. ECG: fibrilhação auricular, desvio direito do eixo e inversão das ondas T em V1-V3; Rx-tórax: derrame pleural direito. Analiticamente destacava-se citólise hepática ligeira; BNP 635 pg/mL. O doente foi admitido com o diagnóstico de IC aguda inaugural, para estudo.

O ecocardiograma transtorácico mostrou dilatação severa das câmaras direitas e disfunção do ventrículo direito(VD), com desvio do septo interventricular para a esquerda; insuficiência tricúspide livre impossibilitando a estimativa da PSAP mas presença de sinais indiretos sugestivos hipertensão pulmonar (HTP); câmaras esquerdas de dimensões normais e redução ligeira da fracção de ejecção (42%).

O doente foi transferido para um centro de referência de HTP, onde realizou cateterismo cardíaco direito, excluindo HTP, e ressonância magnética que mostrou achados compatíveis com critério major para o diagnóstico de cardiomiopatia arritmogénica do VD (CAVD).

Ao contrário do idoso, as causas da IC no jovem são heterogéneas. A CAVD, cardiomiopatia herdada frequentemente subdiagnosticada, é uma importante causa de morte súbita nos jovens adultos.

02 DE JUNHO

Sala Lagos II 09:00 - 10:00

CO049

720 TAKO-TSUBO: UMA CONSEQUÊNCIA DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Raquel Costa, João Costelha, Tiago Mendes, Marta Pereira, Vitor Costa, Elsa Araujo, Manuel Barbosa, Joana Serôdio, Liliana Costa, Paula Brandão

Hospital Conde de Bertiandos - ULSAM, Ponte De Lima, Portugal

Introdução

O síndrome de Tako-Tsubo é uma doença em que surge uma cardiomiopatia aguda que mimetiza o síndrome coronário agudo, mas sem evidência de obstrução das artérias coronárias. O seu aparecimento é relativamente frequente após acidentes vasculares cerebrais, principalmente os que envolvem a região insular.

Descrição

Este caso clinico retrata uma mulher de 82 anos, parcialmente dependente, mas cognitivamente preservada. Como antecedentes tinha hipertensão arterial controlada e anemia multifatorial. Encontrava-se internada com diagnóstico de acidente vascular cerebral isquémico frontal e insular direito. À entrada, apresentava ecocardiograma e eletrocardiogramas seriados sem alterações. No dia 3 de internamento, a doente desenvolveu dor torácica com alterações eletrocardiográficas de novo (Bloqueio completo de ramo esquerdo e inversão das ondas T de V3 a V6), elevação da troponina I (máximo de 3300 pg/mL) e do peptídeo natriurético cerebral (4000 pg/mL). Doente foi transferida para o serviço de Cardiologia onde realizou ecocardiograma que revelou uma "fração de ejeção de 36% com acinésia do ápex, segmentos médio-apical do septo interventricular e da parede anterior". Assumida estratégia conservadora pelo que não realizou cateterismo cardíaco. Novamente no internamento de Medicina, a doente manteve-se sem dor torácica, com valores de troponina I e peptídeo natriurético cerebral a normalizarem. Repetiu ecocardiograma 8 dias depois, apresentando uma "fração de ejeção conservada (58%) e sem alterações significativas da contratilidade segmentar", confirmando o diagnóstico de Tako-Tsubo.

A região insular cerebral é conhecida por estar associada a disautonomia e a sintomas cardiovasculares. A isquemia desta região está associada a arritmias e a à morte súbita cardíaca. Este caso pretende mostrar a importância de diferenciar entre o diagnóstico de Tako-Tsubo e Síndrome Coronário Agudo, tendo em conta que têm tratamento e prognósticos diferentes

CO050

960 HIPERTENSÃO PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA – UM CASO DE SUCESSO

Priscila Diaz[1], Natália Fernandes[1], Filipa Ferreira[2], Maria José Loureiro[2]

[1]Hospital de Cascais, Cascais, Portugal

[2]Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução

Estima-se que entre 1-9% dos doentes com história de embolia pulmonar aguda desenvolva hipertensão pulmonar tromboembólica crónica.Na ausência de tratamento é uma condição progressiva com elevado risco de mortalidade por insuficiência cardíaca direita.

Descrição

Os autores apresentam o caso de um homem de 80 anos, autónomo, com antecedentes de tromboembolismo pulmonar, fibrilhação auricular (FA) paroxística, hipertensão arterial e dislipidémia. Admitido no Serviço de Medicina por Insuficiência Cardíaca Descompensada (Classe IV NYHA) e FA com resposta ventricular rápida (RVR), com diagnóstico de hipertiroidismo inaugural. O ecocardiograma transtorácico revelou marcada dilatação das cavidades direitas e compromisso grave da função sistólica do ventrículo direito. Insuficiência tricúspide moderada a grave e hipertensão pulmonar grave (PSAP 75-90 mmHg). Neste contexto, apesar da optimização terapêutica, à data de alta em Classe Funcional III, dependente de oxigenoterapia 24h/dia. Orientado para centro de referência nacional de Hipertensão Pulmonar, onde foi estudado, tendo realizado cateterismo direito que confirmou diagnóstico de hipertensão pulmonar com critérios de gravidade. Fez ainda cintigrafia de ventilação perfusão e angio-TC pulmonar que demonstraram persistência de defeitos graves de perfusão bilaterais. Foi proposto para cirurgia de tromboendarterectomia pulmonar. Submetido a tromboendarterectomia, como intercorrência no pós operatório episódio de FA com RVR. Com evolução clínica favorável e recuperação progressiva da capacidade funcional. Actualmente em NYHA I e o cateterismo 6 meses após a intervenção confirma a resolução da hipertensão pulmonar.

Nos últimos anos verificou-se o desenvolvimento e optimização de várias abordagens terapêuticas destacando-se a tromboendarterectomia cirúrgica como o único tratamento curativo. Este caso clínico reforça a importância da suspeição da presença de hipertensão pulmonar e da orientação precoce para um centro de referência.

01 DE JUNHO

Sala Albufeira II 09:00 - 10:30

CO051

1003 TERAPÊUTICA DE PREVENÇÃO CARDIOVASCULAR EM IDOSOS FRÁGEIS – QUAL A EVIDÊNCIA DO SEU BENEFÍCIO?

Mafalda Ferreira, Rita S. Gomes, Teresa Fraga, Helder Esperto, Manuel Teixeira Verissimo, Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

A idade, para além de ser um importante fator de risco cardiovascular (FRCV), associa-se a um número crescente de comorbilidades. Se nos doentes mais jovens, com uma esperança e qualidade de vida elevadas, a utilidade desta terapêutica é inquestionável, nos idosos com elevado grau de dependência existe uma lacuna da evidência científica.

Objetivos

Avaliar o benefício da terapêutica sobre os FCRV nos idosos dependentes e frágeis.

Métodos

Estudo retrospectivo, dos doentes com mais de 65 anos, dependentes (índice de Katz de 0 ou 1), admitidos num Serviço de Medicina Interna nos primeiros três meses de 2016. Seguimento feito através dos registos médicos durante 21 a 24 meses. Foi usado o software estatístico SPSS V.24, aceitando-se um erro tipo 1 de 0,05.

Resultados

Foram incluídos 284 doentes, 66,2% do sexo feminino, com uma média de idades de 84,9 anos (±6,9). Antecedentes: 72,5% tinham HTA, 7,4% cardiopatia isquémica e 31,3% AVC. À data de alta 24,3% estavam a tomar estatina, 14,2% estavam anticoagulados, 34,9% antiagregados, 38,7% sob terapêutica com IECA/ARA, 5,3% tomavam bloqueadores dos canais de cálcio (BCC) e 15,1% beta-bloqueantes (BB).

No final do seguimento observou-se a morte de 179 doentes e 10 eventos cardiovasculares. Não se verificou diferença estatisticamente significativa entre o grupo de doentes medicado e o não medicado com os diferentes fármacos na ocorrência de morte ou novo evento cardiovascular.

Conclusões

Observou-se uma redução global da utilização de todas as classes terapêuticas estudadas à data de alta. Não se confirmou beneficio no uso dos fármacos na prevenção de eventos cardiovasculares de novo ou morte. É provável que nestes doentes os FRCV tenham um menor peso na mortalidade e/ou que os efeitos adversos destas terapêuticas anulem os seus benefícios. São necessários estudos prospectivos para avaliar o efeito da manutenção ou suspensão destas terapêuticas.

01 DE JUNHO

Sala Lagos I 09:00 - 10:30

CO052

1136 TAMPONAMENTO CARDÍACO NUM HOSPITAL TERCIÁRIO

Joana João Fernandes

Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

Introdução

O tamponamento cardíaco é uma emergência médica resultante do acúmulo de líquido no espaço pericárdico sob pressão com consequente comprometimento do enchimento ventricular. O paradigma etiológico tem-se alterado nos últimos anos com a utilização mais frequente de técnicas de intervenção cardíaca percutânea. Contudo, perante um tamponamento cardíaco de causa mal esclarecida, há importantes diagnósticos diferenciais que necessitam ser excluídos.

Objetivos

Avaliar as caraterísticas epidemiológicas dos doentes internados num hospital terciário com o diagnóstico de tamponamento cardíaco e, em particular, conhecer a sua etiologia e a mortalidade associada.

Métodos

Métodos Estudo restrospectivo obtido a partir de dados administrativos. Selecionaram-se todos os doentes adultos internados entre 01/01/2012 e 31/12/2015 com o diagnóstico de tamponamento cardíaco; código 423.3, de acordo com a classificação internacional das doenças CID 9.

Resultados

Tamponamento cardíaco foi observado em 94 doentes, 60% do sexo masculino, com idade média de 66 anos. As principais etiologias foram a iatrogenia associada a intervenções cardíacas percutâneas (58%), pericardite aguda (10%), complicações após enfarte agudo do miocárdio (10%) e neoplasias (9%). A mortalidade global foi de 33%, sendo que a maioria faleceu no primeiro ano após o diagnóstico, observando-se uma mortalidade a 1 ano de 27%.

Conclusões

Este estudo mostra que as principais causas de tamponamento cardíaco se sobrepõem ao descrito na literatura. Contrariamente a estudos mais antigos, verifica-se que as complicações inerentes a intervenções cardíacas percutâneas são uma importante causa de tamponamento cardíaco na medicina contemporânea, contudo associam-se a melhor prognóstico que as restantes. As neoplasias apresentam uma incidência ligeiramente inferior ao descrito noutras séries, provavelmente por em

Portugal existirem hospitais diferenciados com seguimento mais regular deste tipo de doentes.

01 DE JUNHO

Sala Albufeira 09:00 - 10:30

CO053

1241 DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE PERICARDITE AGUDA NUMA SÉRIA RETROSPECTIVA DE 94 DOENTES

João Fernandes Serodio[1], Miguel Trindade[1], Miguel Achega[2], Daniel Faria[3], António Alho[4], Joana Mauricio[5], Catarina Favas[1], José Delgado Alves[1]

[1]Serviço de Medicina IV, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, Amadora, Portugal

[2]Serviço de Medicina II, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, Amadora, Portugal

[3]Serviço de Cardiologia, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, Amadora, Portugal

[4]Serviço de Medicina I, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, Amadora, Portugal

[5]Serviço de Medicina III, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, Amadora, Portugal

Introdução

A pericardite aguda trata-se de um síndrome inflamatório agudo do pericárdio. Na maioria dos casos, a etiologia é viral ou idiopáticam porém pode ocorrer como primeira manifestação de uma doença sistémica.

Objetivos

Caracterização de uma população de doentes internados por pericardite aguda quanto à sua etiologia.

Métodos

Análise retrospectiva por consulta dos processos clínicos dos doentes internados no Departamento de Medicina do nosso Hospital por pericardite aguda num período de cinco anos (2012-2016). Os doentes foram caracterizados quanto aos dados demográficos, diagnóstico etiológico admitido no internamento, terapêutica realizada e prognóstico.

Resultados

Incluídos 94 doentes, com média de idades de 48±19 anos, a maioria do sexo masculino (65%). Verificou-se que 68% dos casos de pericardite aguda foram de etiologia idiopática ou viral. Em 12% dos doentes a etiologia é auto-imune e em 5% neoplásica. Destes, a pericardite foi a manifestação inaugural em 18% e 80% dos doentes, respectivamente. De assinalar ainda a etiologia bacteriana em 7% dos casos e o síndrome pós-lesão miocárdica (Dressler) em 4%. Dos doentes analisados, 57% apresentavam derrame pericárdico, cerca de um terço teve miopericardite (34%) e 13% apresentaram recidiva da pericardite. Nove doentes (10%) necessitaram de pericardiocentese. Na avaliação da mortalidade um ano após a alta, 8 doentes (9%) faleceram (5 por neoplasia, 2 com pericardite purulenta e um com síndrome de Dressler). No subgrupo com pericardite aguda idiopática não se verificou nenhum óbito. Parece haver uma uma variação sazonal da pericardite aguda idiopática, pois aproximadamente dois terços dos casos (67%) foram diagnosticados nos meses frios (outubro a março).

Conclusões

Na maioria dos doentes a etiologia definida para a pericardite foi idiopática ou viral, porém numa percentagem relevante esta foi manifestação de uma doença sistémica. A pericardite aguda idiopática parece apresentar uma variação sazonal.

02 DE JUNHO

Sala Lagos I 09:00 - 10:00

CO054

1370 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA SEVERA INDUZIDA POR BORTEZOMIB

Ana Afonso, Nuno Moreno, Eduardo Eiras

Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal

Introdução

As manifestações clínicas dos efeitos colaterais cardíacos associados a fármacos antineoplásicos são diversas e podem variar de arritmias cardíacas induzidas de forma aguda a disfunção contráctil grave e insuficiência cardíaca potencialmente fatal. As antraciclinas e a toxicidade cardíaca do trastuzumab foram bem descritas e a avaliação da fracção de ejecção do ventrículo esquerdo (FEVE) é comumente realizada antes do seu uso. O bortezomib é um potente inibidor, específico e reversível, do proteossoma aprovado para o tratamento do mieloma múltiplo (MM). A incidência de insuficiência cardíaca associada à terapia com bortezomib em ensaios clínicos permanece baixa. Como resultado, a avaliação cardíaca não é normalmente solicitada antes da sua utilização.

Descrição

Apresentamos o caso de mulher de 57 anos ex-fumadora e seguida em consulta de Cardiologia por doença mitral reumática moderada com FEVE normal, habitualmente classe I NYHA. Recentemente diagnosticada com Doença de Depósito de Cadeias Leves Kappa com atingimento exclusivamente renal iniciou terapêutica com bortezomib-talidomida-dexametasona. Após o terceiro ciclo de quimioterapia apresentou quadro exuberante de descompensação cardíaca. À admissão electrocardiograma a mostrar fibrilhação auricular de novo com resposta ventricular rápida. O ecocardiograma mostrou depressão severa da função de novo – FEVE 28%. Do estudo etiológico: sem

alterações consistentes com depósitos de amilóide, fibrose ou doença coronária. Discussão: Com base na revisão da literatura levantámos a hipótese de que a interrupção do sistema ubiquitina-proteossoma pelo bortezomib foi o causador desta insuficiência cardíaca grave. Como tal recomendamos monitorizar rotineiramente os parâmetros cardíacos em pacientes submetidos a esta quimioterapia.

01 DE JUNHO

Sala Lagos I 09:00 - 10:30

CO055

1404 CLINICAL DECISION ABOUT INITIAL DOSING AND TITRATION OF SACUBITRIL+VALSARTAN IN THE SUMA REGISTRY – REAL LIFE DATA

Hugo Viegas[1], Alberto Esteban[2], Lourdes Vicent[3], Manuel Gómez-Bueno[4], Javier De-Juan[5], Pablo Díez-Villanueva[6], Ángel Manuel Iniesta[7], Ana Ayesta[8], Hugo González-Saldívar[3], Antonio Rojas[6], Ramón Bover-Freire[2], Diego Iglesias[9], Marcos García-Aguado[10], Jesús Aperea-Egido[11], Manuel Martínez-Sellés[12]

[1]Serviço de Medicina Interna. Hospital de São Bernardo, Setúbal, Portugal

[2]Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Clínico de San Carlos, Madrid, España

[3]Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. CIBERCV, Madrid, España

[4]Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, España

[5]Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid, España

[6]Servicio de Cardiología. Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España

[7]Servicio de Cardiología. Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

[8]Servicio de Cardiología. Hospital del Sureste, Arganda del Rey, Madrid, España

[9]Servicio de Cardiología. Hospital Infanta Sofía, Madrid, España

[10]Servicio de Cardiología. Hospital de Móstoles, Madrid, España

[11]Servicio de Cardiología. Hospital de Getafe, Madrid, España

[12]Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Gregorio Marañón, CIBERCV. Universidad Complutense, Universidad Europea., Madrid, España

Introdução

The new neprilisin inhibitor, sacubitril plus valsartan have arrived to the market and added to the guidelines with precise rules for first prescription and titration. The initial dose is 49/51mg with a few exceptions for dose reduction to 24/26 mg and should never be prescribed in full dose

Objetivos

Understand how the drug is prescribed in real life. To see it's accordance with the technical sheet and it's influence on titration and safety of the drug

Métodos

Madrid's SUMA registry was analyzed. The 425 patients were divided by initial dose into 5 groups: low dose (LD) correct incorrect, intermediate dose (ID) correct incorrect and high incorrect based on the technical sheet criteria (blood pressure, previous ACEihnibitors or ARBs, GFR and potassium levels)

Resultados

Most prescriptions were incorrect, 92% of 207 in LD, 65% of 183 in ID and 35 in full dose and the most common reason of incorrect prescription was the previous dose of RAS-blocker. The ID had more implantable cardio defibrillators p<0,0001. In the incorrect ID there was less hypertension (only 63% vs >74% in the other groups) and they were taking more B-Blockers 89% vs 98,4% p=0,003 and more aldosterone inhibitors 71 vs 92% p=0,003.

Incorrect groups had lower ejection fraction, 29±7 vs 34±8% p=0.01 in LD. Those in the correct groups had a bigger decrease in blood pressure, 15±18 vs 5±18 p=0.039 in LD, 12.3±15 vs 5.5±16 mmHg p=0.007 in ID. Potassium levels were similar

In the incorrect intermediate dose group only 42% achieved NYHA I, 9% had worsening in the functional class and improvement of Nt-ProBNP was only 349±4724 pg/mL to an average value of 3767±5320.

Mortality, adverse effects, admissions, total titration time was the similar through all groups

Conclusões

The initial dose of sacubitril+valsartan in based in the paradigm-HF trial design. However these orientations are not always complied with. There wasn't a difference in the most severe endpoints but the choice of an incorrect initial dose seems to restrain this new drug effectiveness

02 DE JUNHO

Sala Lagos I 09:00 - 10:00

CO056

1549 ECODOPPLER DOS VASOS DO PESCOÇO – IMPACTO REAL NA ACTIVIDADE CLÍNICA NA DOENÇA VASCULAR CEREBRAL

Inês Esteves Cruz, Ricardo Sousa, Francisco Silva, Alberto Mello E Silva

Hospital Egas Moniz - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

Introdução

Nos doentes com acidente vascular cerebral (AVC) agudo, o benefício da prevenção do novo evento tromboembólico é conse-

guido quando a intervenção carotídea é realizada nos primeiros 14 dias. A placa aterosclerótica condicionando estenose carotídea superior a 50% é responsável por cerca de 10 a 15% dos AVCs. O ecodoppler dos vasos do pescoço é recomendado para deteção de doença carotídea.

Objetivos

Avaliar a prevalência da doença carotídea com estenose superior a 50% em doentes internados por AVC secundário a doença aterosclerótica carotídea. Pretende-se avaliar quantos beneficiaram de intervenção cirúrgica/stent carotídeo e efectuar uma estimativa real do impacto terapêutico associado à realização de ecodoppler dos vasos do pescoço, nos doentes com AVC.

Métodos

Estudo retrospetivo realizado num período de 12 meses, em doentes internados numa enfermaria de Medicina, com o diagnóstico de AVC isquémico agudo e que fizeram ecodoppler dos vasos do pescoço nos primeiros 6 meses após o evento. No subgrupo de doentes que apresentavam estenose carotídea >50% avaliou-se a percentagem de doentes submetidos a intervenção cirúrgica.

Resultados

Dos 198 doentes com AVC, 144 (72%) realizaram ecodoppler. A idade média foi de 75 anos, 50% homens e 23.6% tinham AVC prévio. Destes 18 (12.5%) tinham estenoses >50%, mas apenas 9 com estenose ipsilateral à lesão, os restantes tinham AVC lacunar ou cardio-embólico. Dos doentes que fizeram ecodoppler dos vasos do pescoço, apenas 6.25% tinham AVC tromboembólico com placa aterosclerótica instável. Nenhum foi submetido a intervenção cirúrgica por diversos motivos (e.g: Rankin≥3).

Conclusões

A prevalência de estenose carotídea >50% foi de 12,5 % e apenas 6.25% apresentaram AVC tromboembólico com placa instável. Nenhum foi submetido a intervenção cirúrgica. Subsiste a dúvida quanto à utilidade do ecodoppler dos vasos do pescoço nos doentes com AVC lacunar e nos com Rankin elevado. Persiste a questão: ecodoppler de rotina para todos ou só para um determinado subgrupo de doentes com AVC?

31 DE MAIO

Sala Lagos II 14:00 - 15:30

CO057

1562 DE EMBRIÃO SE FAZ O CORAÇÃO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Rebeca Natal, Vasco Neves, Pedro Ventura

Unidade Local de Saúde da Guarda, Guarda, Portugal

Introdução

A Não Compactação do Ventrículo Esquerdo (NCVE) é uma miocardiopatia rara, com prevalência desconhecida, caracterizada por trabeculação exuberante do VE, cuja causa parece ser uma disfunção da embriogénese cardíaca. As manifestações clínicas podem surgir em qualquer idade, e incluem insuficiência cardíaca (IC), arritmias, eventos tromboembólicos e morte súbita.

Descrição

Caso Clínico:

Homem, 49 anos, antecedentes pessoais de obesidade de grau I, ex-fumador (19 UMAs), síndrome da apneia obstrutiva do sono, depressão, dilatação ligeira do VE documentada ecocardiograficamente há 15 anos após episódio de angor; sem seguimento posterior. Medicado habitualmente com amitriptilina. Antecedentes familiares irrelevantes. Recorreu à consulta externa do nosso hospital por fatigabilidade fácil de agravamento progressivo nos últimos 3 meses. Solicitados, em primeira instância, análises gerais: sem alterações relevantes; eletrocardiograma: bloqueio completo de ramo esquerdo previamente desconhecido; ecocardiograma transtorácico: cardiomiopatia dilatada com função sistólica severamente deprimida (fração de ejeção (FE) de 33%), hipocinésias do septo, ápex e parede inferior; holter 24h: sem alterações. Posteriormente solicitadas cintigrafia miocárdica: excluiu isquémia/necrose subjacente e, por fim, ressonância magnética cardíaca: miocárdio do VE trabeculado sobretudo nos segmentos médios e distais das paredes lateral, anterior e inferior, com critérios de não compactação.

Discussão:

Com o advento das novas técnicas de imagem cardíaca, a NCVE tem sido cada vez mais diagnosticada, podendo ser uma causa de IC mais comum do que o previamente pressuposto. Não existem critérios de diagnóstico standardizados. O tratamento consiste no tratamento da IC, se existente, e deve-se considerar anticoagulação, bem como implantação de cardiodesfibrilhador implantável. Neste caso, o doente foi referenciado para consulta de Cardiologia, onde iniciou a terapêutica clássica para IC com FE reduzida.

01 DE JUNHO

Sala Albufeira III 09:00 - 10:30

CO058

1609 PREDICTORS OF ADVERSE EVENTS OCCURRENCE IN PATIENTS UNDER VITAMIN K ANTAGONISTS

Ana Marques, Daniel Caldeira, Sofia Alegria, Ana Rita Pereira, Ana Catarina Gomes, Isabel João, Hélder Pereira
Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução

Vitamin K Antagonists (VKA) are widely prescribed oral anticoagulant drugs. However, these drugs' efficacy and safety depends on International Normalized Ratio (INR) monitoring.

Objetivos

To analyse the outcomes during follow-up (FUP) of pts anticoagulated with VKA and predictors of adverse events occurrence.

Métodos

Retrospective study that included outpatients who attended the cardiology anticoagulation clinic of our hospital (2011-2013). We selected pts whose target International Normalized Ratio (INR) was 2-3. We excluded pts with follow-up(FUP)<2 months or <6 International Normalized Ratio(INR) tests and pts with loss of FUP. Were analysed predictors of the composite endpoint (CE) of all-cause mortality, stroke, myocardial infarction and significant hemorrhagic event.

Resultados

Of a total of 501 pts, were included 323 pts that fulfil the criteria: 197 (61%) were male, mean age of 71±10 years. The majority was anticoagulated due to non-valvular atrial fibrillation (n=263;81%). Values of INR were obtained during a mean period of 485 days, on average 21 INR tests each patient. The mean time in therapeutic range (TTR) was 56%. The mean CHA2DS-2-VASc value was 3.5±1.5.

During a mean FUP of 52±23 months, the CE rate was 33% (106 pts). Were associated with CE event occurrence: TTR <70% (36 vs 23%, p=0.043), age (75 vs 69 years, p<0.001), previous history of heart failure (HF) (39 vs 28%, p=0.03), stroke (49 vs 30%,p=0.009) and vascular disease (45 vs 27%,p=0.002). TTR value tended to be associated with CE occurrence (53 vs 57%, p=0.09).

After multivariate analysis, the independent predictors of the CE were: age (HR=1.07 for each 1-year increase, CI 1.04-1.09, p<0.001), previous history of HF (HR=1.8, IC 1.2-2.7, p=0.003) or stroke (HR=1.7, CI 1.07-2.7, p=0.024).

Conclusões

In our study, the composite endpoint of all-cause mortality, stroke, myocardial infarction and significant hemorrhagic event occurred in 33%, with age, previous history of HF or stroke being independent predictors of its occurrence.

01 DE JUNHO

Sala Lagos I 09:00 - 10:30

CO059

1720 PREDICTORS OF NEW-ONSET ATRIAL FIBRILLATION AND ATRIAL FIBRILLATION WITH RAPID VENTRICULAR RATE DURING HOSPITALIZATION AFTER NON CARDIAC SURGERY

Ana Marques, Sofia Alegria, Ana Catarina Gomes, Ana Rita Pereira, Isabel João, Hélder Pereira
Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução

Preoperative assessment of the patient before noncardiac surgery is common in the clinical practice. Patients (pts) who undergo noncardiac surgery (NCS) may be at risk for atrial fibrillation (AF) during their recovery period.

Objetivos

To analyse predictors of new-onset AF and AF with rapid ventricular rate during hospitalization after NCS performance.

Métodos

Retrospective study that included pts that performed a transthoracic (TTE) or dobutamine echocardiography (DE) before NCS during a 5 year-period.

Resultados

Were included 123 pts: 69 (56%) were male, mean age of 69±13 years. Comorbidities were: arterial hypertension (73%),diabetes or dyslipidaemia (30%), history of coronary artery disease (18%) and AF (16%).

TTE was performed in 112 pts (90%) and DE in 12 pts. 108 (88%) pts had preserve left ventricle ejection fraction (LVEF), 10 pts (9%) had right ventricle systolic dysfunction and 10 pts (9%) had at least a moderate valvular heart disease, mainly aortic stenosis.

In 100 (81%) pts was performed an elective surgery, in 4 (3%) pts an urgent surgery and in 19 (15%) the surgery was performed during hospital stay. 19 (15%) pts undergone a high-risk surgery, 79 (64%) pts an intermediate-risk surgery and 25(20%) a low-risk surgery. The main surgeries were performed by general surgery. The mean time of hospital stay was 11±10 days, occuring AF with rapid ventricular rate in 4% and new-onset AF in 1.6%.

Previous chronic renal disease (29% vs 3%;p=0.038), high risk surgery (16% vs 3%;p=0.047) and a lower TAPSE value (17 vs

21 mm; p=0.034) were associated with new-onset AF/AF with rapid ventricular rate during hospital stay. Active smokers pts (18% vs 3.6%, p=0.09) tended to have more new onset AF/AF with rapid ventricular rate.

Conclusões

In our study, the incidence of new-onset AF or AF with rapid ventricular rate during hospital stay was low (5%), with pts with chronic renal disease, those submitted to a high-risk surgery and pts with lower TAPSE values in echocardiography having more of these episodes.

CO060

1751 HIPERTENSÃO PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA – UMA ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA INOVADORA.

Ana Vera Cruz[1], Filipa Ferreira[2], Rita Calé[2], Petra Pego[1], Maria José Loureiro[2]

[1]Hospital Distrital de Santarém, Santarém, Portugal

[2]Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução

A Hipertensão Pulmonar Tromboembólica Crónica (HPTEC) caracteriza-se pela obstrução das artérias pulmonares por trombos organizados e endotelizados, seguida de um remodelling vascular e de um aumento da resistência vascular pulmonar, que vai condicionar sobrecarga e disfunção do coração direito. Os mecanismos fisiopatológicos não são ainda inteiramente conhecidos, mas pensa-se que é uma complicação tardia de um tromboemboembolismo pulmonar agudo. O tratamento de primeira linha é cirúrgico, sendo a tromboendarterectomia pulmonar o procedimento de eleição. No entanto nem todos os doentes são elegíveis para este procedimento. A Angioplastia Pulmonar Percutânea por Balão (APPB) é uma técnica emergente que tem demonstrado melhoria hemodinâmica e funcional em alguns doentes com HPTEC não elegíveis para cirurgia.

O caso clinico que vamos apresentar é referente à primeira doente submetida a este procedimento num hospital Português.

Descrição

Mulher de 70 anos, diagnosticada com HPTEC grave em 2015, com apresentação inicial em classe funcional IV (vários episódios de síncope), tendo sido recusada para tromboendarterectomia pulmonar por elevado risco cirúrgico. Foi considerada candidata para APPB. Estava sob oxigenoterapia de longa duração (OLD) a 2l/min, terapêutica vasodilatadora pulmonar tripla e em classe funcional WHO III. Foi submetida a 5 sessões sequenciais de APPB entre Dezembro de 2017 e Fevereiro de 2018, sendo os procedimentos bem tolerados e sem complicações. À data da reavaliação encontrava-se em classe funcional II, sem OLD e mantinha o seu esquema terapêutico triplo.

Discussão:

A APPB é uma opção terapêutica emergente, em grandes centros a nível mundial, com poucos estudos observacionais publicados. É uma terapêutica pioneira em Portugal. O caso clinico apresentado é considerado um grande sucesso terapêutico, pois a doente apresentou melhoria importante da sua capacidade funcional após 5 sessões de tratamento, sendo que será posteriormente submetida a mais sessões com vista à normalização da hemodinâmica vascular pulmonar e correção da insuficiência cardíaca direita.

CO061

1834 PREVALÊNCIA E CARACTERIZAÇÃO DA FIBRILHAÇÃO AURICULAR NOS DOENTES INTERNADOS EM PORTUGAL AO LONGO DE 14 ANOS (2000-2014).

Sandra Rebelo, Ana Tornada, Carlos Moreira

Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

Introdução

A fibrilhação auricular (FA) é a arritmia mais frequente, sendo responsável pela diminuição do débito cardíaco e formação de trombos, o que pode acarretar elevada morbimortalidade. Associa-se frequentemente a outras doenças cardiovasculares, o que aumenta o risco cardiovascular global e condiciona a decisão da estratégia terapêutica a adotar.

Objetivos

Caracterização da prevalência nacional, entre 2000-2014, de acordo com a idade, sexo, tempo de internamento, área, ano de internamento, patologias associadas e mortalidade intra-hospitalar.

Métodos

Foi utilizada a base de dados de codificação para GDH (Grupos de Diagnósticos Homogéneos), onde foram selecionados os códigos correspondentes a FA.

O modelo estatístico utilizado foi o ANOVA, regressão linear, correlação de Pearson tendo-se considerado significativo valores de $p<0,01$.

Resultados

Verificou-se que a prevalência da FA duplicou nesse período (4,2% dos internamentos no ano 2000, para 9,2% em 2014), sobretudo à custa do aumento da prevalência no grupo etário acima dos 80 anos (aumentou de 14,7% em 2000 para 26,5% em 2014), mantendo-se estável abaixo dos 40 anos (0,2% dos internamentos).

A mortalidade intra-hospitalar nos doentes com FA aumentou no período analisado, ocorrendo em cerca de 20% dos internamentos com idade superior a 80 anos. A associação da FA com hipertensão arterial (HTA) tem aumentado ao longo dos

anos, ocorrendo sobretudo entre os 66-80 anos (36,7% em 2000 e 66,4% em 2014). O mesmo se verifica na associação com a diabetes (12,2% em 2000 para 29,6% em 2014). Já a coexistência de FA e insuficiência cardíaca (IC) é mais expressiva acima dos 80 anos, ocorrendo em mais de 50% dos doentes internados no ano 2014.

Conclusões

Esta análise permite confirmar que a FA é uma doença de prevalência crescente, que se associa com frequência a HTA, diabetes e IC, apresentando elevada mortalidade, sobretudo nas idades mais avançadas com um impacto significativo nos custos directos e indirectos no sistema nacional de saúde.

02 DE JUNHO

Sala Lagos II 09:00 - 10:00

CO062

1852 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRACÇÃO DE EJECÇÃO NÃO REDUZIDA: VALOR PROGNÓSTICO DAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS À ADMISSÃO

Ana Rita Pereira, André Faria Esteves, Catarina Patrão Correia, Ana Luísa Broa, Francisca Delerue

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução

Apesar da extensa investigação sobre a insuficiência cardíaca (IC) crónica, pouco se sabe sobre a forma aguda desta síndrome clínica, uma das principais causas de internamento em Portugal.

Objetivos

Avaliar o valor prognóstico das características clínicas, à admissão, em doentes (dts) internados por IC aguda com fracção de ejecção ventricular esquerda (FEVE) não reduzida.

Métodos

Estudo unicêntrico em que foram revistos os dts internados nos Serviços de Medicina Interna, durante 2016, por IC aguda (de novo ou descompensação de IC crónica), definida segundo as guidelines europeias. Seleccionados aqueles com FEVE maior ou igual 40%. Definidos como outcome primário morte no internamento e como outcome secundário morte no follow-up (FU) e reinternamento de causa cardiovascular (CV).

Resultados

Incluídos 116 dts: 61 (61,2%) mulheres; idade média 76 ± 13 anos; 46 dts (39,7%) apresentavam internamento por IC há menos de 1 ano. À admissão, o perfil clínico-hemodinâmico mais comum foi o B [húmido e quente, 101 dts (87,1%)], apresentando-se 38 dts em edema agudo do pulmão; o perfil L (seco e frio) ocorreu em 7 dts (6%). As disritmias foram a causa mais frequente de descompensação, ocorrendo a fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida em 30 dts (25,9%). O outcome primário foi observado em 9 dts (7,8%). Num FU médio de 20 ± 4 meses, 47 dts (40,5%) morreram e 53 (45,5%) foram reinternados por causa CV. Verificou-se associação significativa entre a ocorrência do outcome primário e o perfil L à admissão (p = 0,01), bem como, a ocorrência do outcome secundário e o internamento por IC no ano anterior (p = 0,02) e a descompensação por disritmia (p = 0,02).

Conclusões

Os resultados do presente estudo validam os encontrados na literatura. O perfil L, reconhecido como o de pior prognóstico, associou-se a morte intra-hospitalar. De forma semelhante, o internamento por IC no ano anterior foi associado à ocorrência de eventos adversos a médio prazo, reforçando a hospitalização per se como marcador prognóstico na IC.

02 DE JUNHO

Sala Lagos I 09:00 - 10:00

CO063

1856 UM CONJUNTO EXPLOSIVO

Isabel Montenegro Araújo, Sofia Mateus, Maria João Serpa, Susana Franco, Diana Repolho, Margarida Pimentel Nunes, Inês Branco Carvalho, Adriana Paixão Fernandes, Salomão Fernandes, Ricardo Dinis Sousa, António Martins Baptista, José Lomelino Araújo

Hospital Beatriz Ângelo, Lisboa, Portugal

Introdução

A endocardite de dispositivos protésicos cardíacos é uma complicação pouco frequente mas muito grave. A intervenção cirúrgica é quase sempre necessária mas o momento ideal para a realização da mesma é controverso.

Descrição

Mulher de 61 anos, autónoma, com hipertensão arterial e dislipidemia. Em outubro de 2016 admissão hospitalar urgente por disseção da Aorta tipo A, tendo recusado cirurgia urgente por convicções religiosas e recusa de transfusões. Após internamento prolongado foi possível estabilização com terapêutica neuro-humoral optimizada. Foi seguida durante 6 meses em hospital privado e foi feito condicionamento cirúrgico com suplementação com ferro e auto-transfusão tendo sido submetida a cirurgia de correção da disseção da Aorta e substituição valvular em Maio de 2017, sem complicações mecânicas imediatas. Cerca de 1 semana após a alta inicia quadro de febre, inicialmente interpretado como pneumonia e medicado empiricamente com amoxicilina-clavulanato e a seguir piperacilina-tazobactam. Por recorrência de febre e precordialgia foi admitida no Serviço de urgência do nosso hospital tendo sido internada

para investigação complementar. Iniciou empiricamente meropenem após colheita de exames culturais e realizou ecocardiograma transtorácico que mostrou derrame pericárdico em pré-tamponamento com instabilidade clínica e hemodinâmica tendo equacionada a hipótese de sindrome de Dressler, medicada colquicina e ibruprofeno com redução do volume de derrame e resolução da precordialgia. Manteve febre persistente com ecocardiograma transesofágico com imagem suspeita de abcesso peri-protésico confirmado com extensão ao conduto aórtico por tomografia de emissão de positrões. Proposto tratamento cirúrgico do extenso abcesso valvular e do conduto aórtico que foi recusado pela necessidade de suporte transfusional. Exames culturais sem agente isolado pelo que cumpriu antibioterapia empirica com vancomicina, gentamicina e ceftriaxone durante 42 dias. Apirexia sustentada, estabilidade clínica e hemodinâmicas a permitir a alta. Follow-up de 6 meses sem febre ou outros sintomas.

Este quadro clínico traduz a complexidade da gestão global do doente na perspectiva da diagnóstico e tratamento mais adequados mas respeitando crenças religiosas e a vontade do doente.

CO064

1858 A IMPORTÂNCIA DA DETERMINAÇÃO DA ONDA DE PULSO EM DOENTES HIPERTENSOS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Cristina Alcântara[1], Paula Alcântara[2], Vitor Ramalhinho[2], Fátima Veloso[3], Carlos Moreira[2]

[1]Centro Hospitalar Lisboa Norte - Serviço de Medicina I, Lisboa, Portugal

[2]Faculdade de Medicina de Lisboa - Serviço de Medina I - Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

[3]Centro Hospitalar Lisboa Norte - Serviço de Medina I, Lisboa, Portugal

Introdução

A função arterial diminui com o envelhecimento, devido a aumento da rigidez das artérias. Este fato é particularmente marcado a nível da aorta., onde se demonstrou ser um importante factor independente de risco cardiovascular e indicador de lesão a nível de órgão-alvo.

Objetivos

O objectivo deste estudo foi avaliar a rigidez dos grandes vasos, nomeadamente da aorta, com o intuito de determinar relações entre a velocidade da onda de pulso e parâmetros cardíacos.

Métodos

Foram considerados três grupos de 75 doentes cada: um com disfunção sistólica (SD), um com disfunção diastólica (DD) e o outro com função normal (NLV).

Doentes sem sinais típicos de insuficiência cardíaca. Contudo doentes com hipertensão, diabetes mellitus não controlados, bem como aqueles com história de enfarte agudo miocárdio ou acidente vascular cerebral nos últimos 3 meses não foram incluídos. Foram de igual forma excluídos doentes com fibrilhação auricular, doença valvular cardica, ou doença vascular periférica estabelecida.

Resultados

A nível da idade, sexo, pressão arterial diastólica ambulatório não determinamos diferenças entre os grupos, contudo a pressão sistólica no consultório e em ambulatório apresentavam valores significativamente diferentes. A pressão sistólica (ASBP) e diastólica (ADBP) eram diferentes nos três grupos (SD SBP 118 + 18; DD SBP 136+ 21; NLV SBP 128 + 18, p<0,01), (SD ASBP 108 + 17; DD ASBP 124+ 20; NLV ASBP 116 + 16, p<0,01), (SD ADBP 65 + 9; DD ADBP 80+ 11; NLV ADBP 73 + 11, p<0,01). A velocidade da onda de pulso carotida-femural era igualmente diferente (SD PWV 12.7 + 4.3; DD PWV 13,6+ 4.1; NLV PWV 11.6 + 3.3, p<0,01) bem como o central augmentation index (SD CAI 23,2 + 14.1; DD CAI 26,2+ 13,5; NLV CAI 21,3 + 13.3, p<0,01). Encontramos uma regressão significativa entre PWV e o indicie de massa do ventrículo esquerdo, bem como entre CAI e a relação das ondas A/E e E/E´.

Conclusões

O presente estudo encontra relações entre os parâmetros cardíacos e vasculares nos doentes com insuficiência cardíaca e hipertensão, podendo estes parâmetros vasculares serem utilizados como indicador de risco cardiovascular. Assim ao demonstrarmos uma relação entre as lesões cardicas e vasculares nestes doentes, devemos no seu tratamento incluir igualmente o tratamento deste componente.

01 DE JUNHO

Sala Albufeira III 09:00 - 10:30

CO065

1883 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRACÇÃO DE EJECÇÃO PRESERVADA E INTERMÉDIA: SERÃO AS CARACTERÍSTICAS BASAIS E OS OUTCOMES DIFERENTES?

Ana Rita Pereira, André Faria Esteves, Catarina Patrão Correia, Ana Luísa Broa, Francisca Delerue

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução

As guidelines europeias de insuficiência cardíaca (IC), publicadas em 2016, introduziram um novo conceito de IC com fracção de ejecção ventricular esquerda (FEVE) intermédia (40-49%), uma presumida zona cinzenta entre a IC com FEVE preservada e reduzida.

Objetivos

Comparar características clínicas e outcomes entre doentes (dts) com IC com FEVE intermédia e preservada.

Métodos

Estudo retrospectivo unicêntrico em que foram revistos os dts internados, nos Serviços de Medicina Interna, com descompensação de IC, definida de acordo com as guidelines europeias, durante 2016. Seleccionados aqueles com FEVE não reduzida (maior ou igual a 40%). Definidos como outcome primário morte no internamento e como outcome secundário morte no follow-up (FU) e reinternamento de causa cardiovascular (CV).

Resultados

Incluídos 116 dts: 61 (61,2%) mulheres; idade média 76 ± 13 anos. Em termos de co-morbilidades: 111 dts (95,7%) tinham hipertensão arterial; 88 (75,9%) dislipidemia; 57 (49,1%) diabetes mellitus; 21 (18,1%) doença cerebrovascular conhecida. A etiologia não isquémica foi a mais comum [94 dts (81%)], particularmente, as formas hipertensiva [54 (46,6%)] e valvular [39 dts (33,6%)]. Quarenta e seis dts (39,7%) apresentavam FEVE intermédia. O outcome primário foi observado em 9 dts (7,8%). Num FU médio de 20 ± 4 meses, ocorreram 100 eventos secundários: 47 dts (40,5%) morreram e 53 (45,5%) foram reinternados por causa CV. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre dts com IC com FEVE intermédia e preservada relativamente a características demográficas, co-morbilidades, etiologia e outcomes (primário, p = 0,69; secundário, p = 0,78). A sobrevida avaliada pelas curvas de Kaplan-Meier foi igualmente semelhante entre os dois grupos (p = 0,37).

Conclusões

Na população estudada, não se observaram diferenças entre dts com IC com FEVE intermédia e preservada. Apesar do melhor prognóstico associado à IC com FEVE não reduzida, a morbi-mortalidade observada a médio prazo foi elevada em ambos os grupos.

01 DE JUNHO

Sala Albufeira III 09:00 - 10:30

CO066

1935 LIPOPROTEÍNAS DE ALTA DENSIDADE (HDL) E RESPOSTA IMUNITÁRIA MEDIADA POR LINFÓCITOS T

Marisa Fernandes Das Neves, Joana Carvalho, José Delgado Alves

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, Amadora, Portugal

Introdução

As lipoproteínas de alta densidade (HDL) estão associadas à diminuição do risco de doença vascular aterosclerótica. O seu papel no efluxo do colesterol em excesso nas células é um dos principais mecanismos, sendo também reconhecidos os seus efeitos anti-trombóticos, anti-oxidantes e anti-inflamatórios. Ao nível da resposta imune tem sido estudada sobretudo a acção da HDL sobre o sistema imune inato, sendo escassa a evidência actual sobre a acção da HDL sobre a resposta imune adaptativa.

Objetivos

O principal objectivo desde estudo é esclarecer a influência das HDL sobre a função de linfócitos T.

Métodos

Foram isoladas células mononucleadas do sangue periférico (PBMCs) de 10 dadores saudáveis. As PBMCs foram cultivadas in vitro na presença e ausência de HDL (concentrações 50, 300 e 600 µg/mL), previamente à estimulação CD3/CD28. A proliferação de linfócitos T foi medida por citometria de fluxo, através da marcação Ki-67 e da quantificação do número de gerações. Foi também realizada fenotipagem de células T reguladoras (T regs) e foi avaliada a cinética de ativação do recetor de células T (TCR). A produção de citocinas em resposta à estimulação foi avaliada após cultura com e sem HDL nas concentrações de 50, 300 e 600 µg/mL.

Resultados

A presença de HDL inibiu a proliferação de linfócitos T CD4, sendo o efeito maior na concentração de 600 µg/mL. A prevalência de Tregs não variou na presença de HDL. Contudo, as HDL parecem influenciar o fenótipo desta subpopulação de linfócitos T. As HDL inibiram também a activação do TCRzeta. A presença de HDL induziu o aumento de expressão de interferão-gama e de interleucina 10 pelos linfócitos T CD4.

Conclusões

Este trabalho evidencia a complexidade da acção moduladora das HDL sobre o sistema imunitário adaptativo, com efeitos que podem ser pró e anti-inflamatórios. O conhecimento das funções imunomoduladoras das HDL tem importância para a compreensão do seu papel na protecção cardiovascular e poderá ser útil para o desenvolvimento de fármacos com influência sobre as HDL.

01 DE JUNHO

Sala Albufeira III 09:00 - 10:30

CO067
1972 AVALIAÇÃO DOS PRINCIPAIS FACTORES DE DESCOMPENSAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA

Vanda Jorge, Árcia Chipepo, Sofia Mateus, Ana Isabel Reis, Yasmin Mamade, Rita Gameiro, Isabel Araújo, Rodolfo Gomes, Sara Fernandes, Pedro Simões, Francisco Araújo

HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO, Lisboa, Portugal

Introdução

A insuficiência cardíaca (IC) apresenta uma elevada incidência e prevalência mundiais, associada a um aumento da sobrevida da população e das suas comorbilidades, nomeadamente doença renal crónica (DRC), hipertensão arterial (HTA), fibrilhação auricular (FA), doença coronária ou diabetes mellitus (DM). Apesar de um grande investimento no desenvolvimento de novos fármacos, a IC permanece como uma das principais causas de hospitalizações em vários países, com elevadas taxas de morbi/mortalidade e custos em saúde.

Objetivos

Identificar e avaliar as principais causas de descompensação da IC em doentes internados num Serviço de Medicina Interna. Caracterização da população tendo em conta os dados demográficos, nível de escolaridade, grau de dependência (índice de Barthel), comorbilidades, demora média (dias) e causas de descompensação.

Métodos

Realização de um Estudo observacional transversal de doentes internados por IC descompensada, entre 1 de Maio e 31 de Julho/2017.

Resultados

Dos 1243 doentes internados, 162 (13,0%) o foram por IC descompensada. Cerca de 54,7% eram do sexo feminino, com uma idade média de 79,6 anos e uma demora média de internamento de 9,4 dias. A maioria tinha ensino básico (80,3%) e algum grau de dependência (77,6%). Relativamente às comorbilidades, destaca-se a HTA em 90,1%, FA em 52,5%, dislipidemia em 50,6%, DM em 43,2% e DRC em 40,7%. As principais causas de descompensação da IC foram a insuficiência terapêutica (40,1%), infecções (39,5%) e disritmia (16,7%). A maioria (80,2%) tinha tipo pelo menos 1 internamento prévio e a mortalidade intra-hospitalar ocorreu em 7,4%.

Conclusões

Como seria expectável trata-se de uma população maioritariamente idosa, com um número significativo de comorbilidades. Foi possível constatar que a insuficiência terapêutica, infecções e disritmia são as principais causas de descompensação, salientando os autores para a necessidade crescente, de uma vigilância apertada destes doentes em ambulatório.

02 DE JUNHO

Sala Lagos II 09:00 - 10:00

CO068
2072 O PAPEL DO PACEMAKER NA SÍNCOPE REFLEXA VASOVAGAL CARDIOINIBITÓRIA RECORRENTE: REVISÃO SISTEMÁTICA COM META-ANÁLISE

Gonçalo Cunha[1], Rita Gomes[1], Bruno Rocha[1], Beatriz Silva[1], Rui Morais[1], Inês Araújo[1], Cândida Fonseca[2]

[1]Clinica de IC, S. Medicina III/Hospital Dia de Especialidades Médicas, Hospital S. Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental., Lisboa, Portugal

[2]Clinica de IC, S. Medicina III/Hospital Dia de Especialidades Médicas, Hospital S. Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

Introdução

O reflexo vasovagal constitui a principal causa de síncope, uma entidade clínica considerada benigna. Contudo, um subgrupo de doentes apresenta episódios recorrentes e trauma major, com compromisso da qualidade de vida. Existem dois algoritmos que podem ser usados na programação do pacemaker definitivo (PMD) na síncope reflexa vasovagal recorrente (SRVR): o Rate Drop Response (RDR) e o Closed Loop Stimulation (CLS). Este último tem-se mostrado promissor na síncope cardioinibitória (frequência cardíaca <40bpm durante >10 segundos e/ou assistolia >3 segundos).

Objetivos

Definir o papel do PMD-DDD na SRVR cardioinibitória.

Métodos

Revisão sistemática e meta-análise dos ensaios clínicos aleatorizados, controlados com placebo e de simples ou dupla ocultação, com qualquer tempo de seguimento, existentes na literatura sobre o papel do pacemaker na SRVR.

Resultados

Cinco ensaios clínicos satisfizeram os critérios de elegibilidade, incluindo um total de 254 doentes. Quatro eram de dupla ocultação e quatro seguiram os doentes durante pelo menos um ano. Dois deles usaram o algoritmo CLS e 3 o RDR. Quando analisados todos os estudos (N=5) ou apenas aqueles com dupla ocultação com seguimento superior a um ano (N=3), não se verificou um benefício estatisticamente significativo na redução dos episódios recorrentes de síncope (RR: 0,53; 95% IC: 0,21–1,34; RR: 0,58; 95% IC: 0,32-1,05, respetivamente). Por sua vez, o uso de PMD com algoritmo CLS mostrou uma redu-

ção de 22% dos eventos de síncope, comparativamente com o grupo de doentes sem tratamento ativo (RR: 0,22; 95% IC: 0,08-0,62). Pelo contrário, a redução de eventos com o algoritmo RDR não foi significativa (RR: 0,74; 95% IC: 0,42-1,29).

Conclusões

Os resultados desta meta-análise sugerem que o PMD DDD-CLS poderá ter um papel nos doentes com SRVR e componente cardioinibitório. Os dados publicados são ainda escassos, pelo que o uso do PMD, nestas situações, deve ser criteriosamente ponderado caso a caso, tendo em conta a relação risco-benefício.

CO069

2127 O PAPEL DA EMPAGLIFLOZINA NO DOENTE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: UMA ANÁLISE NA POPULAÇÃO DO "MUNDO-REAL".

Bruno Rocha[1], Rita Gomes[1], Gonçalo Cunha[1], Beatriz Silva[1], Rui Morais[1], Inês Araújo[1], Cândida Fonseca[2], Luís Campos[3]

[1]Clinica de IC, S. Medicina III/Hospital Dia de Especialidades Médicas, Hospital S. Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental., Lisboa, Portugal

[2]Clinica de IC, S. Medicina III/Hospital Dia de Especialidades Médicas, Hospital S. Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

[3]Serviço de Medicina, Hospital S. Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental., Lisboa, Portugal

Introdução

A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma síndrome com prevalência crescente, associada a mortalidade, morbilidade e custos significativos. A presença de comorbilidades agrava o seu prognóstico, incluindo a diabetes mellitus (DM). O ensaio clínico EMPA-REG OUTCOMES mostrou que a empagliflozina, comparada com o placebo, reduziu significativamente a hospitalização por IC nos doentes diabéticos.

Objetivos

Determinar quais os doentes com IC e DM que são potenciais candidatos para iniciar empagliflozina.

Métodos

Esta análise baseou-se numa coorte prospetiva que incluiu 771 doentes admitidos numa enfermaria de Medicina Interna entre Outubro de 2013 e Outubro de 2014. Destes doentes foram selecionados e analisados aqueles com IC. Os critérios de seleção de candidatos a empagliflozina estão de acordo com o protocolo do estudo EMPA-REG OUTCOMES (HbA1C 7-10%, eventos de elevado risco cardiovascular e taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) ≥30mL/min/1,73m2. Considerou-se também o critério da Agência Europeia do Medicamento (AEM), que restringe o início do fármaco para TFGe >60mL/min/1,73m2.

Resultados

Da coorte considerada, 41,1% (n=317) tinham IC. Destes, 40,4% (n=128) apresentavam concomitantemente DM tipo 2. Nove doentes (7,0%) foram excluídos da análise por morte intra-hospitalar. A causa hipertensiva (60,2%) e isquémica (33,9%) foram as mais frequentemente documentadas. De acordo com os critérios do ensaio EMPA-REG OUTCOMES, 17 (14,3%) doentes seriam excluídos devido a TFGe <30mL/min/1.73m2; 17,6% (n=21) dos diabéticos com IC (6,6% de toda a população com IC) teriam indicação para iniciar a empagliflozina. Quando considerada a restrição da AEM, apenas 6,7% (n=8) seriam candidatos a este fármaco.

Conclusões

Apesar do ensaio EMPA-REG OUTCOMES mostrar os potenciais benefícios da empagliflozina nos outcomes relacionados com a IC, a aplicabilidade deste fármaco no mundo real está restrita apenas a um pequeno subgrupo de doentes com IC de elevado risco.

31 DE MAIO

Sala Lagos II 14:00 - 15:30

CO070

2184 SÍNDROME PLATIPNEIA – ORTODEÓXIA

Joana Rodrigues Morais, Carolina Paiva, Marta Amaral, Ana Marçal, Nuno Moreno, Andreia Vilas Boas

Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal

Introdução

A síndrome platineia-ortodeóxia é uma entidade rara que requer elevado índice de suspeição, podendo ser despoletada por diversas entidades clínicas.

Descrição

Apresentamos o caso de um homem de 83 anos, internado por acidente vascular cerebral hemorrágico, a condicionar hemiparésia esquerda de predomínio braquial e flutuação da consciência. Ao 3º dia de internamento iniciou dispneia com cianose central e insuficiência respiratória com fraca resposta à oxigenoterapia.

Do estudo realizado, gasimetria com hipoxemia grave, sem hipoventilação; análises sem elevação dos parâmetros inflamatórios e radiografia do tórax sem condensações. Efectuada Angio-TC que excluiu tromboembolismo pulmonar, mas mostrou fibrose pulmonar de predomínio basal e enfisema paraseptal. Na presunção de contributo de fibrose pulmonar para o quadro iniciou ciclo de corticoterapia sistémica, sem melhoria.

Por disfagia decorrente da flutuação da consciência, condicionando fenómenos de microaspiração, foi colocada sonda nasogástrica, novamente sem melhoria expressiva.

Perante a refratariedade clínica e discrepância entre os registos

de saturação periférica diurna e noturna, testada a variação da saturação com a posição corporal, tendo-se constatado dessaturação periférica com o ortostatismo. Realizou ecocardiograma transesofágico (EcoTE) que evidenciou septo interauricular aneurismático e presença de foramen ovale patente (FOP) com exuberante shunt D-E exacerbado aquando da elevação a 45º, a suportar o diagnóstico de Síndrome Platipneia-Ortodeóxia.

O caso reflecte a apresentação típica de uma síndrome rara. A manifestação predominante é a platipneia, devendo a síndrome platipneia-ortodeóxia ser incluída nos diagnósticos diferenciais de dispneia com hipoxemia refractária. O exame mais sensível para confirmação é o EcoTE com manobras de aumento de pressão nas câmaras cadíacas direitas. O tratamento é dependente da causa, passando pelo encerramento do FOP, quando pertinente.

01 DE JUNHO

Sala Albufeira II 09:00 - 10:30

CO071

2209 TERAPÊUTICA MODIFICADORA DA DOENÇA NUMA UNIDADE DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: OTIMIZAÇÃO, LIMITAÇÕES E DESAFIOS

Rui Morais[1], Rita Pocinho[2], Gonçalo Mendes[3], Rita Gomes[4], Bruno Rocha[5], Inês Araújo[1], Cândida Fonseca[1]

[1]Clinica de IC, S. Medicina III/Hospital Dia de Especialidades Médicas, Hospital S. Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

[2]Hospital de São José, Lisboa, Portugal

[3]Hospital de São Bernardo, Setúbal, Portugal

[4]Hospital de Vila Franca de Xira, Vila Franca De Xira, Portugal

[5]Hospital de São Francisco de Xavier, Lisboa, Portugal

Introdução

A abordagem da insuficiência cardíaca (IC) evoluíu nos últimos anos, guiada pela evidência de que certas classes farmacológicas previnem a evolução da IC com fração de ejeção reduzida (ICFEr). A complexidade dos doentes reais, as comorbilidades e os efeitos secundários inerentes à medicação podem dificultar a titulação até às doses preconizadas.

Objetivos

Análise da terapêutica modificadora da doença (TMD) de doentes consecutivos internados por ICFEr numa unidade de IC e posteriores alterações/limitações à otimização em ambulatório.

Métodos

Estudo retrospetivo dos doentes com ICFEr internados numa unidade de IC em 2014. Recolha de dados do internamento, das reavaliações em hospital de dia (HD) pós-alta e da primeira consulta de IC pós-estabilização. Excluídos os óbitos e transferências hospitalares.

Resultados

Avaliados 41 doentes com ICFEr (25% dos 164 internados), 65% sexo masculino, m=72±13 anos. À alta, 23 doentes medicados com IECA, 6 com ARA II – 96% em titulação, limitada por hipotensão arterial em 80% dos casos. 32 sob bloqueador adrenérgico, início da terapêutica limitada em 9 por bradicardia. 34 doentes sob espironolactona, destes 18 com dose máxima e 8 em titulação - nos restantes, introdução limitada por lesão renal. Média de reavaliações em HD até à 1º consulta de IC crónica de 1.9 (±2). 13 doentes abandonaram seguimento/faleceram. À data da consulta de IC crónica, 12 doentes (43%) tinham progredido na titulação de 1 ou mais fármacos da TMD. As principais limitações à otimização terapêutica foram: hipotensão (20), bradicardia (7) e lesão renal (3).

Conclusões

Apesar da titulação da TMD no internamento, até às doses máximas então toleradas, esta foi frequentemente limitada por fatores inerentes à fase aguda e/ou comorbilidades. Cuidados de transição organizados no pós-alta permitiram a rápida titulação de 1 ou mais fármacos da TMD em 43% dos doentes que mantiveram seguimento. Mesmo quando estabilizados, vários fatores condicionaram a otimização terapêutica de grande parte dos doentes com ICFEr.

02 DE JUNHO

Sala Lagos II 09:00 - 10:00

CO072

2225 SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO NUMA UNIDADE DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA - RESULTADOS PRELIMINARES

Rita Gomes[1], Joana Barbosa Rodrigues[1], Rui Morais[1], Rita Pocinho[1], Bruno Rocha[1], Gonçalo Mendes[1], Inês Araújo[1], Luis Campos[2], Cândida Fonseca[3]

[1]Clinica de IC, S. Medicina III/Hospital Dia de Especialidades Médicas, Hospital S. Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

[2]Serviço Medicina, Hospital São Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

[3]Clinica de IC, S. Medicina III/Hospital Dia de Especialidades Médicas, Hospital S. Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

Introdução

O défice de ferro (DF) é comum nos doentes com Insuficiência Cardíaca (IC). A carboximaltose férrica (CMF) endovenosa (EV) é o tratamento recomendado. O óxido férrico (OF) é uma opção menos dispendiosa.

Objetivos

Comparar a suplementação EV de ferro com CMF e OF.

Métodos

Estudo prospectivo de doentes admitidos na Unidade de IC, com IC e DF, aleatorizados para CMF ou OF e seguidos durante 7 meses.

Resultados

Foram incluídos 62 doentes, 77,3±10,1 anos, 51,6% homens. 46,8% tinham IC com fração de ejeção do ventrículo esquerdo preservada. 66,1% com défice funcional de ferro (DFF) e 33,9% défice absoluto (DAF). 58,1% tinham anemia (Hb 11,7±2,3g/dL). 50% realizou CMF. As diferenças verificadas entre os dois grupos foram o tipo de DF (grupo OF 80,6% tinha DFF, p=0,016) e a saturação de transferrina (ST; 11,9±4,2% na CMF vs 15,0±6,2% no OF, p=0,035).

Níveis de ferritina daqueles com DAF: na admissão 54,7±25,9µg/L na CMF vs 61,2±35,4µg/L no OF (p=0.647); aos 6 meses 508,6±430,0µg/L na CMF vs 114,5±112,4 µg/L no OF (p=0,239).

No DFF ferritina: à admissão 164,5±64,0µg/L na CMF vs 139,4±72,4µg/L no OF (p=0,264); aos 6 meses 462,3±62,5µg/L na CMF vs 333,1±171,9µg/L no OF (p=0,228). A ST: na admissão 11,9±4,6% na CMF vs 14,0±4,7% no OF (p=0,155); aos 6 meses 24,3±20,5% na CMF vs 25,1±9,0% no OF (p=0,955).

48,4% dos doentes dos 2 grupos completaram dose total de ferro no internamento. Os que fizeram OF estiveram mais dias internados (9,5±6,2 vs 8,5±3,8 dias na CMF; p=0,433).

A 6 meses, 87,1% na CMF completaram a dose total de ferro vs 83,9% no OF. 100% na CMF vs 41,9% precisaram só de 1 ou 2 administrações (p<0.001). 6,5% na CMF e 9,7% no OF não a completaram devido a reações adversas (p=0,671).

Conclusões

Não se verifica diferenças no que diz respeito ao completar a dose total, mas na CMF verifica-se menor número de administrações e uma tendência para valores superiores de ferritina. Sugerindo menor necessidade de nova suplementação e menor custo, corroborando os resultados do estudo nacional de avaliação económica.

01 DE JUNHO

Sala Albufeira II 09:00 - 10:30

CO073

2250 QUALIDADE DA ANTICOAGULAÇÃO ORAL COM ANTAGONISTAS DA VITAMINA K: 10 ANOS DE EXPERIÊNCIA

Renato Guerreiro, Susana Quintão, Catarina Bastos, Juliana Campos, Inês Sarmento, Irene Verdasca, Jorge Dantas, Rui Morais, José Guia, Filipa Marques, Inês Araújo, Ana Leitão, Cândida Fonseca

Clínica de Anticoagulação Oral, Hospital Dia de Especialidades Médicas, H. S. Francisco Xavier, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

Introdução

Na era dos anticoagulantes diretos, os antagonistas da vitamina K (AVK) continuam a desempenhar um papel relevante na anticoagulação oral. São conhecidas as dificuldades no juste do INR para uma ACO eficaz. O tempo dentro do intervalo terapêutico (TIT) >60% é o indicador recomendado para avaliar a eficácia do tratamento com AVK.

Objetivos

Avaliar a qualidade do tratamento com AVK numa clinica de ACO ao longo dos últimos 10 anos.

Métodos

Numa população sob ACO com AVK, monitorizados os INR por point-of-care e através do programa informatizado Hyt-Gold e posteriormente Gota v.8.1.3 em consulta de enfermagem com apoio médico durante 10 anos consecutivos, quantificámos o TIT, % eventos trombóticos e hemorrágicos relacionados com ACO.

Resultados

De 2008 a 2017 foram monitorizados, em média, 765 (+/- 139) doentes/ano, 51% homens, 65% (+/-5) com mais de 70 anos. A indicação mais frequente para ACO é Fibrilhação Auricular/Flutter auricular (média de 52% (+/-1)/doentes/ano), seguida dos eventos trombóticos agudos e doença valvular cardíaca. Efetivamos em média 10285 (+/-2118) consultas/ano. De 2008 a 2017 o TIT médio foi 74, 73, 74, 75, 79, 82, 82, 84, 81 e 82% respetivamente. O TIT foi >60% em 72, 72, 68, 72, 79, 84, 84, 81, 81, 82%, respetivamente. As hemorragias major foram 0.19, 0.49, 0.56, 0.47, 0.54, 0.46, 0.85, 1.37, 0.97, 0.19%, respetivamente. As hemorragias minor foram 5.57, 1.09, 2.81, 4.85, 4.03, 4.91, 4.96, 4.34, 6.12, 5.57%, respectivamente. Os eventos trombóticos foram 0.96, 0.24, 0.22, 0.12, 0.22, 0.0, 0.36, 0.96, 0.81, 0.96%, respetivamente.

Conclusões

Os elevados TIT, mantidos ao longo dos últimos 10 anos, com taxas mínimas de eventos trombóticos e/ou hemorrágicos re-

lacionados com a ACO, atestam da eficácia da metodologia utilizada e da elevada qualidade da monitorização da ACO com AVK na nossa clínica de ACO.

01 DE JUNHO

Sala Silves VI 09:00 - 10:30

Doenças Cerebrovasculares e do Sistema Nervoso Central (SNC)

CO074

65 UM CASO DE SÍNDROME DEJÈRINE-ROUSSY

António Novais[1], Cátia Cabral[1], Joana Capelo[1], Inês Carvalho[2]

[1]Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Viseu, Portugal

[2]Hospital de Braga, Braga, Portugal

Introdução

O AVC é uma patologia potencialmente devastadora, frequentemente deixando sequelas que condicionam significativas limitações físicas, psicológicas e/ou sociais. Por vezes, mesmo sem significativa inacapacidade motora, podem surgir manifestações não imediatas do AVC que podem comprometer a realização das atividades de vida diária e influenciar negativamente a qualidade de vida dos afetados.

Descrição

Apresentamos uma senhora de 75 anos, hipertensa não medicada trazida ao SU por cefaleia e diminuição da força muscular e parestesias à direita, com mais de 12 horas de evolução. Estava hipertensa e ao ENS apresentava hemiparesia direita grau 4+. TC-CE apresentava hematoma agudo tálamo-capsular esquerdo; enfartes lacunares não recentes. Admitida a internamento por hemorragia intracerebral espontânea hipertensiva. Iniciou fisioterapia em internamento, tendo sido referenciada a UCC de reabilitação (aguardou em internamento). Após uma semana, iniciou disestesia no hemicorpo direito, apresentando dor a um estímulo não doloroso no hemicorpo direito. Diagnosticado síndrome de dor central pós AVC, iniciou analgesia sem alívio completo sob opiáceos e antidepressivos.

Discussão: Síndrome Dejèrine-Roussy (síndrome de dor central pósAVC) é raro (8%-55%). Geralmente desenvolve-se após lesão vascular atingindo o tálamo, habitualmente semanas a meses depois desta. Carateriza-se por dor espontânea e /ou precipitada por estímulos habitualmente não dolorosos no hemicorpo envolvido. Resistente aos analgésicos tradicionais, tentam-se opióides, antidepressivos e antiepilépticos. Pode limitar significativamente a qualidade de vida dos doentes pós AVC.

Este caso é relevante, dado o seu aparecimento após hemorragia intracerebral em localização que deve fazer pensar na possibilidade do aparecimento do síndrome de dor central pós AVC, pelo impacto deste sobre a sua qualidade de vida e pelo seu difícil controlo.

31 DE MAIO

Sala Lagos I 14:00 - 15:30

CO075

479 INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA TIPO 2 COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA: DIAGNÓTICO DE EXCLUSÃO

Joana Couto[1], Luís Pontes Santos[1], António Ferreira[1], Nuno Morais[2], Amélia Ferreira Mendes[3], Raquel López[1], Augusta Silva[1]

[1]Serviço de Medicina Interna 1 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana Do Castelo, Portugal

[2]Unidade de Cuidados Intermédio - Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana Do Castelo, Portugal

[3]Serviço de Neurologia - Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana Do Castelo, Portugal

Introdução

A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é uma doença neurodegenerativa causada pela perda progressiva de neurónios motores. A insuficiência respiratória (IR) é comum em estadios avançados de (ELA), sendo raro apresentar-se como manifestação inicial. Quando presente inicialmente, a IR é fator de mau prognóstico

Descrição

Caso Clínico: Homem 69 anos, com antecedentes de síndrome depressivo, hipertrofia benigna da próstata e refluxo gastro-esofágico. Internado recentemente por traumatismo lombar com hematoma renal após lipotímia, constatada IR tipo 2 – considerada doença respiratória crónica não estratificada por exposição a biomassa (padeiro) e secundária a aumento de dosagem recente de terapêutica hipnótica (orientado para consulta de Pneumologia), recusou VNI (ventilação não invasiva). A 28/03/17 encontrado inconsciente, à chegada da VMER, em coma (ECG:3) com respiração ineficaz pelo que foi entubado. Estudo analítico sem alterações excepto acidemia respiratória. Radiografia torácica com elevação da hemicúpula direita. Após extubação 2 dias depois, manteve acidose respiratória com necessidade de VNI durante o período noturno. Manteve IR tipo 2 persistente com hipoxemia e sinais de dificuldade respiratória, após exclusão exaustiva de causas pulmonares, cardíacas, traumática ou infeciosas, considerada hipótese de doença neuro-muscular, solicitada avaliação por Neurologia que ao exame neurológico pormenorizado objetivou atrofia muscular a nível dos membros superiores, com hiperreflexia e fasciculações dis-

cretas. Realizou RMN cervical (sem alterações) e Electromiografia que confirmou doença do neurónio motor.

Conclusão:

Neste doente uma aprestação inicial rara de ELA ilustra o desafio diagnóstico dos casos com apresentação atípica. A apresentação por disfunção respiratória é rara, nestes casos os doentes recorrem sobretudo a urgência/consulta de Medicina Interna e Pneumologia e o diagnóstico de ELA é de exclusão, tornando-se extremamente difícil.

01 DE JUNHO

Sala Silves VI 09:00 - 10:30

CO076

540 TROMBOSE VENOSA CEREBRAL: UMA DOENÇA AUTO-INFLIGIDA

Sara Moreira Pinto, Miguel Borges Da Silva, Adelina Pereira, António Furtado

Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal

Introdução

A trombose venosa cerebral é uma causa rara de acidente vascular cerebral e o hipertiroidismo, sobretudo na forma de doença de Graves e seu estado de hipercoaguabilidade, tem vindo a ser reconhecido como possível fator de risco para o mesmo.

Descrição

Mulher, 59 anos, hipertensa, com dislipidemia e tiróide multinodular com hipotiroidismo suplementado desde há vários anos. Um mês antes do evento que motivou o internamento, estaria sob 250mcg de levotiroxina, com um valor de TSH indoseável <0.010 mIU/L e T4 livre 1.21 ng/dL que motivaram a redução da dose para 150mcg. À posteriori dirigiu-se ao serviço de urgência por cefaleia holocraneana, com evolução para depressão do estado de consciência e crise tónico-clónica generalizada em poucas horas, tendo sido admitida numa unidade de cuidados intensivos (UCI) sob ventilação invasiva. Documentadas em TC CE e RM CE múltiplas hemorragias parenquimatosas (justacortical frontoparietal esquerda; frontal justa-cortical anterior direita e foco lenticular direito). Permaneceu internada 28 dias numa UCI com melhoria das lesões e recuperada dum estado de mal não convulsivo. Na reavaliação com angiografia cerebral, passaram a ser aparentes sinais imagiológicos inequívocos de trombose venosa a nível dos seios sagitais. O estudo de trombofilias após a fase aguda foi negativo. Após recuperação da consciência e confrontada com a situação clínica, a doente acabou por admitir o uso de sobredosagens de levotiroxina, assim como de outros fármacos (metformina) com o objetivo de emagrecer. Manteve reabilitação motora, com recuperação completa dos défices neurológicos ao fim de três meses, estando a fazer suplementação de hormona tiroideia com apenas 75mcg de levotiroxina.

Este caso pretende retratar a importância da avaliação da função tiroideia no doente com AVC, especialmente nos que têm doença tiroideia conhecida. Este doseamento permite detetar sobredosagens de fármacos, com consequente hipertiroidismo exógeno e maior estado de hipercoaguabilidade.

31 DE MAIO

Sala Lagos I 14:00 - 15:30

CO077

578 IMPACTO DO DELIRIUM NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA

Filipa Quaresma, Amélia Lérias, Júlio Almeida

Centro Hospitalr de Lisboa Central, Lisboa, Portugal

Introdução

O delirium é uma síndrome aguda, flutuante, com alteração do pensamento e comportamento, atenção e consciência (1), com elevado impacto para os cuidados de saúde (2,3), contudo permanece subdiagnosticada.(3)

Objetivos

Caracterizar o impacto do delirium numa enfermaria de Medicina Interna.

Métodos

Estudo observacional prospectivo de 3 meses sobre o delirium à admissão e na primeira semana de internamento. Analisaram-se as características epidemiológicas e factores associados ao desenvolvimento de delirium, a sobrevida à alta e 3 meses depois, e as readmissões aos 3 meses.

Resultados

Em 340 admissões, houve 76 casos de delirium, segundo o DSM 51, dos quais 72% à admissão (a maioria do tipo hipoactivo -56%). 50% resolveram na 1ª semana e 90% do delirium incidente na primeira semana foi hiperactivo (90%).

Globalmente, a maioria eram mulheres (62%), residentes no domicílio (79%), com idade média superior aos doentes sem delirium (82 ± 10.56 anos; p<0,001), mais dependentes (p<0.0001), com mais comorbilidades (p=0.277), nomeadamente demência (39%; p< 0.001), e 66% estavam polimedicados. O uso de fármacos de risco (p=0.002), como antipsicóticos (63%), a obstipação (p=0.013), a infecção (p<0.0001), alterações do sódio (p=0.018) e potássio (p=0.026), alterações da glicémia (p=0.002), uso de algália (p=0.026) ou úlceras de pressão (p<0.0001), alterações do sono (p=0.006) e a contenção física (p<0.0001) foram mais frequentes neste grupo. Houve 35 chamadas do médico de urgência para controlo sintomático e foi

pedido apoio da Psiquiatria de Ligação em 11 casos.

O delirium associou-se a internamento mais prolongado (p=0.035) e menor sobrevida à alta e aos 3 meses (p=0.03 e p=0.015). Verificaram-se 48% readmissões aos 3 meses (p=0.516).

Conclusões

O delirium é frequente, preditor de mau prognóstico e com elevado impacto na dinâmica da enfermaria, pelo que é fundamental a formação para o seu reconhecimento e prevenção.

CO078

591 NT-PROBNP COMO MARCADOR PROGNÓSTICO EM DOENTES COM HEMORRAGIA CEREBRAL ESPONTÂNEA - ESTUDO DE COORTE.

Vasco Oliveira Neves[1], Inês Albuquerque[2], Tiago Gregório[3]

[1]Hospital Espirito Santo, Évora, Portugal

[2]Centro Hospitalar São João, Porto, Portugal

[3]Centro Hospitalar Vila Nova Gaia e Espinho, Gaia, Portugal

Introdução

Os peptídeos natriuréticos são neurohormonas produzidas no coração em resposta a sobrecargas de pressão ou volume. Estudos demonstraram que estes peptídeos estão aumentados na lesão cerebral traumática e no Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Objetivos

1) Correlacionar o NT-proBNP com a extensão da hemorragia cerebral; 2) Avaliar o valor predictivo independente do NT-proBNP para mortalidade e independência funcional (mRankin≤2).

Métodos

O NT-proBNP foi doseado à admissão em 201 doentes consecutivos tratados numa unidade de AVC por hemorragia cerebral espontânea. A avaliação da extensão da hemorragia incluiu 2 componentes: a dimensão do hematoma de acordo com a regra ABC/2 e a extensão da hemorragia cerebral de acordo com a escala de Graeb. O valor preditivo independente deste biomarcador foi estudado usando modelos de regressão logística baseados em duas escalas prognósticas validadas para mortalidade (score ICH) e recuperação funcional (score FUNC).

Resultados

O NT-proBNP mostrou uma correlação significativa com o volume do hematoma (r=0.240, p=0.001) e com a extensão da hemorragia cerebral (rho=0.253, p<0.001). Os modelos multivariados mostraram que valores mais elevados de NTproBNP se associam a uma maior probabilidade de morte (Exp(ß) [logNT-proBNP]=1.927, p=0.001) e menor probabilidade de independência funcional (Exp(ß) [logNT-proBNP]=0.586, p<0.001).

Conclusões

O NT-proBNP mostra-se um biomarcador prognóstico promissor na hemorragia cerebral espontânea. Estudos futuros deverão avaliar o seu valor incremental para os modelos prognósticos já existentes.

01 DE JUNHO

Sala Silves VI 09:00 - 10:30

CO079

911 UMA CAUSA RARA DE SÍNCOPE

Inês Almeida, Carla Nobre, Filomena Carneiro, Fátima Campante

CHBM, Barreiro, Portugal

Introdução

A síndrome de roubo da subclávia é uma entidade rara, caraterizada por estenose grave ou oclusão da artéria subclávia, ocorrendo inversão do fluxo da artéria vertebral. Na maioria dos casos é assintomática mas pode apresentar sintomas decorrentes de hipoperfusão cerebral vertebro-basilar ou isquemia do membro superior acometido.

Descrição

Doente do sexo masculino, 74 anos, sem antecedentes de relevo. Referenciado a consulta de Medicina Interna por síncopes de repetição. Da investigação etiológica, analiticamente sem alterações. Ecocardiograma revelando ventrículo esquerdo com boa função sistólica global, sem alterações da contractilidade segmentar nem valvulopatias significativas. Holter 24 horas sem identificação de arritmias. Doppler carotídeo e vertebral revelando pequenas placas dispersas a nível das carótidas com inversão completa do sentido de fluxo da artéria vertebral direita, dominando relativamente à homóloga contralateral, não sendo identificável lesão estenosante a nível do ostio. Pedido angio-tomografia computorizada dos vasos pescoço para melhor caraterização da lesão, que revelou oclusão da artéria subclávia direita na origem do tronco braquio-cefálico, com reperfusão distal através de fluxo descendente proveniente da artéria vertebral direita e, possivelmente, de outros troncos cervico-escapulares, a configurar síndrome de roubo da artéria subclávia direita. Oclusão da vertebral esquerda na origem da subclávia com reperfusão dos segmentos v2 e v3 através de anastomoses com troncos cervicais e com a artéria occipital, dos quais assim depende em grande parte a irrigação do sistema vertebro-basilar e subclávia direita. Admitida síncope em contexto de síndrome de roubo da artéria subclávia, pelo que o doente foi encaminhado para cirurgia vascular, que aguarda.

Conclusão: Com este caso pretende relatar-se uma causa rara mas facilmente tratável de síncope, pelo que o seu diagnóstico é de extrema relevância para a sua atempada correção .

31 DE MAIO

Sala Lagos I 14:00 - 15:30

CO080

1050 UMA CAUSA NÃO ESPERADA DE AVC

Margarida Cabral, Lídia Ribeiro, Maria Conceição Escarigo, Pedro Azevedo

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução

O acidente vascular cerebral é uma entidade clínica com ampla lista etiológica e diversidade de apresentação clinica, dificultando por vezes o diagnóstico e, consequentemente, protelando o início de terapêutica adequada.

Descrição

Os autores apresentam o caso clínico de uma mulher de 58 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e síndrome depressivo. Recorre ao serviço de urgência por quadro de cefaleias intensas com 1 mês de evolução, de predomínio bifrontal, refratárias a tratamento sintomático. Na admissão, encontrava-se hipertensa, sem alterações relevantes ao exame objectivo, nomeadamente défices focais. A tomografia computorizada crânio-encefálica (CE) não apresentava alterações agudas. Apesar do controlo da pressão arterial em internamento, o quadro de cefaleias persistiu, pelo que realizou ressonância magnética CE, documentando-se múltiplas lesões vasculares isquémicas recentes interessando diversos territórios vasculares em ambos os hemisférios cerebrais. Neste sentido, prosseguiu estudo com eco-doppler dos vasos do pescoço e transcraniano, holter 24horas e ecocardiograma transtorácico (ETT), sem qualquer alteração de relevo. Somente o ecocardiograma transesofágico (ETE) permitiu aferir a provável chave etiológica, revelando alterações compatíveis com miocardiopatia não compactada do ventrículo esquerdo (MNCVE). Foi iniciada anticoagulação oral e, após estabilização sintomática, a doente teve alta.

A MNCVE é uma entidade rara, para a qual os clínicos devem estar atentos face a fenómenos tromboembólicos, arritmias ou insuficiência cardíaca, não explicados por outras causas. O diagnóstico pode ser realizado por ETT/ETE ou RMN-cardíaca, e a necessidade de anticoagulação profilática tem sido alvo de várias controversas. Urge a necessidade de acompanhamento especializado, no sentido de minimizar as complicações decorrentes desta patologia.

01 DE JUNHO

Sala Silves VI 09:00 - 10:30

CO081

1212 AVC HEMORRÁGICO - CARACTERIZAÇÃO DE UMA POPULAÇÃO COM ALTA DE UMA UNIDADE DE AVC

Catarina Faria[1], Renato Guerreiro[2], Marco Fernandes[1], Sofia Cruz[1], Nuno Ribeiro[3], Ana Lourenço[3], Fátima Grenho[3], Luís Campos[4]

[1]Serviço de Medicina IV - Hospital São Francisco Xavier (CHLO), Lisboa, Portugal

[2]Serviço de Medicina III - Hospital São Francisco Xavier (CHLO), Lisboa, Portugal

[3]Serviço de Medicina IV e Unidade de AVC - Hospital São Francisco Xavier (CHLO), Lisboa, Portugal

[4]Director do Serviço de Medicina Interna do Hospital São Francisco Xavier (CHLO), Lisboa, Portugal

Introdução

O acidente vascular cerebral (AVC) hemorrágico está associado a elevada morbi-mortalidade. Constitui cerca de 9 a 23% dos AVC e tem múltiplas etiologias. O tratamento destes doentes em unidades diferenciadas permite uma optimização da abordagem terapêutica e melhoria no outcome.

Objetivos

Caracterização da população internada com AVC hemorrágico documentando etiologia, factores predisponentes identificados, intervenção efectuada e outcome funcional à data de saída da unidade. Foi obtida informação clínica registada em processo clínico informatizado (SClínico e HCIS).

Métodos

Realizou-se um estudo rectrospectivo transversal, seleccionando todos os doentes com o diagnóstico de AVC hemorrágico internados na Unidade de AVC de Janeiro de 2016 a Dezembro de 2017.

Resultados

Seleccionaram-se 61 doentes (13%) com o diagnóstico de AVC hemorrágico (amostra total de 458), 58% do sexo masculino, com média de idades 70±13 anos, sendo que 16% tinham 55 anos ou menos. A admissão foi pela via verde de AVC em 31%, 68% com activação extra-hospitalar. Mais de 80% dos doentes tiveram alta com o diagnóstico de HTA, sendo o diagnóstico prévio ao evento em 92%. A etiologia hipertensiva foi a mais prevalente correspondendo a mais de 50% dos casos como factor isolado. 18% dos casos foram atribuídos a complicação da hipocoagulação, estando 7 destes associados a HTA. A maior parte dos doentes (85%) não necessitou de intervenção neurocirúrgica. O score de Rankin à data de saída da unidade era 4 ou 5 em 57%.

Conclusões

Os resultados obtidos reforçam a importância já conhecida da HTA na fisiopatologia do AVC hemorrágico tendo-se apurado ser um diagnóstico muito frequente e na maioria já pré-existente. Tal dado toma particular importância na população portuguesa, pela elevada prevalência de HTA, reforçando a necessidade de controlo deste factor de risco. A hipocoagulação constituiu uma etiologia isolada pouco comum, tornando-se mais importante quando associada a HTA. Constatou-se também a elevada morbilidade desta patologia.

CO082

1283 EXISTE RELAÇÃO DOS MARCADORES DE INFLAMAÇÃO SISTÉMICA COM A APRESENTAÇÃO E PROGNÓSTICO FUNCIONAL DOS AVC?

Sérgio Brito[1], Nuno Ferreira[2], Eduardo Gonçalves[3], Teresa Neves[4], Mariana Malheiro[4], Rita Vaz[1], Ana Lourenço[2], Fátima Grenho[2], Luís Campos[2]

[1]Serviço de Medicina IV, Hospital São Francisco Xavier – Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

[2]Unidade de AVC e Serviço de Medicina IV, Hospital São Francisco Xavier – Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

[3]Serviço de Medicina Física e Reabilitação, Hospital São Francisco Xavier - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

[4]Unidade de Oncologia Médica, Hospital São Francisco Xavier - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

Introdução

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a principal causa de morbimortalidade em Portugal. Nos últimos anos têm-se tentado identificar biomarcadores com capacidade preditiva da gravidade e do prognóstico funcional no AVC agudo. Os rácios neutrófilos-linfócitos (NLR), monócitos-linfócitos (MLR) e plaquetas-linfócitos (PLR) são marcadores de inflamação sistémica que mostraram valor prognóstico em doenças como neoplasias, Enfarte Agudo do Miocárdio e Insuficiência Cardíaca, mas pouco estudados no AVC.

Objetivos

Apurar se o aumento do NLR, MLR e PLR reflete maior gravidade clínica na apresentação ou pior outcome a curto e longo prazo.

Métodos

Estudo retrospetivo de doentes admitidos numa Unidade de AVC com diagnóstico de AVC isquémico (AVCi) ou hemorrágico (AVCh) no ano de 2016. Foram excluídos os doentes com patologia mielocítica ou linfocítica. Os NLR, MLR e PLR foram calculados pela divisão do valor de neutrófilos, monócitos e plaquetas pelo valor de linfócitos nas primeiras 24 horas, respetivamente. A gravidade foi avaliada pelo National Institute of Health Stroke Scale à entrada (NIHSS-e) e o prognóstico pelo NIHSS à saída (NIHSS-s), o modified Rankin scale à saída (mRs-s) e o mRs aos 6 meses (mRs-6m).

Resultados

Foram incluídos 214 doentes (190 AVCi, 24 AVCh) de um total de 254 doentes. Verificou-se relação do NLR com NIHSS-e (s=0.3,p<0.01), NIHSS-s (s=0.41,p<0.01), mRs-s (s=0.42,p<0.01) e mRs-6m (s=0.45,p<0.01); do MLR com NIHSS-e (s=0.27,p<0.01), NIHSS-s (s=0.36,p<0.01), mRs-s (s=0.36,p<0.01) e mRs-6m (s=0.41,p<0.01) e do PLR com NIHSS-s (s=0.2,p<0.01), mRs-s (s=0.2,p<0.01) e mRs-6m (s=0.3,p<0.01) mas não com o NIHSS-e (s=0.08,p=0.25). A correlação foi superior no subgrupo AVCi.

Conclusões

Os autores pretendem mostrar que há relação entre o aumento dos marcadores inflamatórios sistémicos e a gravidade e prognóstico do AVC e, também, que o grau de inflamação atrasa e prejudica a recuperação funcional dos doentes . Assim, o NLR, MLR e PLR podem ser marcadores de gravidade e prognóstico pós-evento.

31 DE MAIO

Sala Lagos I 14:00 - 15:30

CO083

1401 PARÉSIA ISOLADA DO III NERVO CRANIANO SECUNDÁRIA A APOPLEXIA PITUITÁRIA

Inês Pintassilgo, Francisca Abecasis, Henrique Santos

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução

A apoplexia pituitária (AP) corresponde à hemorragia ou isquémia da hipófise, habitualmente em relação com adenoma. Manifesta-se pela instalação súbita de cefaleia, alterações da acuidade visual, campimetria ou oculomotricidade e sintomas associados aos défices hormonais. Como fatores predisponentes a realçar a gravidez, procedimentos cirúrgicos ou angiográficos, traumatismo craniano e fármacos anticoagulantes.

Descrição

Homem de 78 anos com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, fibrilhação auricular sob anticoagulação com acenocumarol e neoplasia da sigmóide submetida a hemicolectomia esquerda. Internado por um quadro com 3 dias de evolução de cefaleia frontal intensa, pulsátil, que impedia o sono, associada a náuseas. Referia obstrução nasal há 3 semanas. Não apresentava alterações ao exame neurológico. Realizou tomografia computorizada crânio-encefálica que revelou macroadenoma hipofisário e pansinusopatia inflamatória. Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios. Realizou punção lombar, sem alterações. Admitindo-se o diagnóstico de sinusite

aguda iniciou empiricamente amoxicilina/clavulanato. Ao quinto dia de internamento iniciou queixas de diplopia, constatando-se parésia incompleta do III nervo craniano direito. Realizou ressonância magnética encefálica que evidenciou alterações sugestivas de AP. Foi observado por Neurocirurgia, tendo sido estabelecida uma estratégia terapêutica conservadora. Apresentava análises compatíveis com pan-hipopituitarimo, tendo iniciado terapêutica com hidrocortisona e levotiroxina. Assistiu-se a melhoria progressiva do quadro com remissão das queixas, tendo tido alta referenciado às consultas de Endocrinologia e Neurocirurgia.

A AP pode evoluir para um quadro clínico catastrófico pelo que a sua rápida deteção é imperativa assim como a avaliação da necessidade de descompressão por via transesfenoidal. A deteção e correção das alterações hormonais é essencial, especialmente pelo risco de insuficiência supra-renal.

01 DE JUNHO

Sala Silves VI 09:00 - 10:30

CO084

1797 UM ACHADO QUE SE REVELOU "COMUM"

Daniela Brito, Cármen Ferreira, Mário Santos, Samba Baldé, Fernanda Coutinho, Fátima Pimenta

Centro Hospitalar do Médio Tejo, Abrantes, Portugal

Introdução

Metade dos tumores cardíacos primários são mixomas. São geralmente benignos e em 90% dos casos solitários. Um terço apresenta-se na aurícula esquerda (AE) e são dos tumores que mais frequentemente embolizam, sendo a sintomatologia diferente conforme o órgão afetado.

Descrição

Mulher de 79 anos com diabetes mellitus tipo 2, acidente vascular cerebral (AVC), status pós-trombose venosa profunda do membro inferior direito e amaurose. Internada no Serviço de Medicina Interna por disartria e desorientação temporo-espacial, assumido como AVC no Serviço de Urgência. Durante o internamento houve regressão do quadro neurológico, tendo a tomografia computorizada (TC) craneoencefálica identificado apenas alterações crónicas. Houve agravamento do edema crónico e empastamento do membro inferior direito pelo que realizou ecodoppler que mostrou heterogeneidade envolvendo a região da veia femoral comum, sugerindo algum conteúdo endoluminal trombótico. Paralelamente apresentou alteração do padrão respiratório tendo realizado angio-TC torácica para exclusão de tromboembolismo pulmonar. O exame foi inconclusivo e identificou imagem suspeita a nível do coração. Fez ecocardiografia transtorácica e cintigrafia de ventilação-perfusão, tendo-se excluído a hipótese de tromboembolismo. Após realização de ecocardiografia transesofágica identificou-se "Presença de imagem arredondada com +/- 2cm de diâmetro na AE, aderente ao septo interauricular, praticamente imóvel, sugestiva de mixoma". Foi posteriormente avaliada pela Cirurgia Cardiotorácica que, dadas as comorbilidades da doente, julgou não existirem condições operatórias, dando indicação para manter anticoagulação oral e antiagregação.

O mixoma é uma causa rara de AVC, mas não deverá ser desconsiderado. O caso presente mostrou diferentes complicações da embolização provocada pelo tumor cardíaco, demonstrando que um aparente achado durante o percurso diagnóstico poderá justificar a patologia apresentada.

31 DE MAIO

Sala Lagos I 14:00 - 15:30

CO085

1800 SÍNDROME DE SNEDDON, TROMBOSE VENOSA E ALERGIA CUMARÍNICA: UM DESAFIO DE ANTICOAGULAÇÃO.

Clara Matos, Miguel Leal Rato, Catarina Lameiras, Maria Ana Rafael, Susana Baptista De Almeida, Maria Inês Silva, Maria Ferreira, Pedro Neves, João Peres, Teresa Branco

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora, Portugal

Introdução

O Síndrome de Sneddon (SSn) é uma entidade clínica rara definida por doença cerebrovascular, incluindo acidentes isquémicos transitórios e acidentes vasculares cerebrais (AVC) múltiplos, e pela presença de livedo racemosa (LR).

Os principais mecanismos fisiopatológicos incluem uma vasculopatia arterial não-trombótica com predominância de fenómenos arteriais e/ou um estado de hipercoagulabilidade sugerido pela presença frequente de anticorpos antifosfolipídicos (AAFL).

O tratamento é controverso, pondo-se em causa qual a estratégia mais eficaz: hipocoagulação, antiagregação plaquetária ou imunossupressão.

Descrição

Caso clínico

Apresentamos o caso de um homem de 57 anos com história de doença renal crónica, epilepsia e SSn sob Rivaroxabano, diagnosticado no contexto de dois AVC, declínio cognitivo progressivo e LR documentada. O doente recorreu ao serviço de urgência com uma trombose venosa profunda (TVP) do membro inferior esquerdo. Foram excluídas outras causas de TVP, nomeadamente síndromes protrombóticos e presença de

AAFL. Iniciou hipocoagulação com varfarina, tendo desenvolvido um exantema urticariforme que manteve após substituição por acenocumarol. Admitiu-se reação alérgica cutânea a cumarínicios e teve alta hipocoagulado com enoxaparina.

Discussão

A ocorrência de uma TVP num doente com uma vasculopatia predominantemente arterial, além de um desafio de contextualização fisiopatológica, provou-se um desafio terapêutico de abordagem multidisciplinar.

Apesar de estarem descritos casos de trombose venosa no SSn, não encontrámos na literatura relatos de TVP em doentes sem coagulopatia identificável. Existe evidência limitada que sugere maior eficácia da varfarina comparativamente a antiagregação plaquetária na prevenção de fenómenos trombóticos, reforçando a hipótese da existência de uma coagulopatia não identificada associada ao SSn. Neste doente, o Rivaroxabano não foi eficaz, nem está estudado, tendo-se optado por manter anticoagulação com enoxaparina em ambulatório.

CO086

1842 FENÓMENO DE UHTHOFF - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.

Juliana Magalhães, José Pereira, Inês Antunes, Ivone Barracha, Rosa Amorim

Centro Hospitalar do Oeste - Unidade de Torres Vedras, Torres Vedras, Portugal

Introdução

A Esclerose Múltipla é uma doença crónica, caracterizada por inflamação, desmielinização e gliose do SNC, com consequente perda neuronal. A EM trata-se da doença desmielinizante mais comum, com múltiplas variações na sua apresentação clínica, podendo apresentar-se desde uma doença benigna até uma doença de evolução rápida e incapacitante.

Descrição

Apresenta-se o caso de uma mulher de 39 anos, com antecedentes de incontinência urinária de urgência e patologia osteoarticular da coluna, sem medicação habitual, que recorreu ao SU por febre com 3 dias de evolução, associada a parestesias nos membros inferiores e alteração da marcha durante os picos febris, que melhoravam com medicação anti-pirética. Os sintomas distésicos terão surgido a primeira vez há 4 anos, com episódio de hipoestesia da hemiface esquerda com duração de alguns meses e resolução espontânea. À observação, apresentava-se subfebril, taquicardica, sem alterações no exame neurológico sumário. Analiticamente apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios e sedimento com leucocitúria. Realizou TC-CE que documentou "hipodensidades focais subcorticais frontais esquerdas" e posteriormente RM-CE que confirmou doença desmielinizante primária, com algumas lesões em atividade. Foi ainda realizada Punção Lombar com evidência de bandas oligoclonais IgG no LCR. Admitiu-se diagnóstico de Esclerose Múltipla, tendo sido iniciada corticoterapia em pulsos, com melhoria clínica. Teve alta encaminhada para a consulta de Neurologia.

Os autores expõem este caso para salientar uma forma de apresentação de EM – Fenómeno de Uhthoff, no qual os doentes apresentam alterações/agravamento dos sintomas neurológicos com o aumento de temperatura. Apesar de comum nos doentes com EM, tendo em conta a sua subjectividade, pode facilmente ser ignorado, adiando o diagnóstico da doença e comprometendo assim o seu prognóstico.

01 DE JUNHO

Sala Silves VI 09:00 - 10:30

CO087

1997 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NO ADULTO JOVEM: UMA REALIDADE EM EXPANSÃO

Renato Guerreiro[1], Catarina Faria[1], Sofia Cruz[1], Nuno Ferreira[2], Ana Lourenço[2], Fátima Grenho[2], Luís Campos[2]

[1]Serviço de Medicina, H.S. Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

[2]Unidade de AVC e Serviço de Medicina,H.S. Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

Introdução

Com mortalidade de 33 %, o Acidente Vascular Cerebral(AVC) é a 2ª causa de morte no mundo(6 milhões em 2015). Cerca de 2/3s dos sobreviventes ficam com incapacidade importante. Com preocupação a comunidade científica constata o aumento da incidência do AVC no adulto jovem. É premente identificar as causas e inverter esta tendência.

Objetivos

Caracterizar uma amostra de adultos jovens(≤ 55 anos) da população internada numa unidade de AVC (UAVC), nomeadamente, tipo de evento, fatores de risco associados e outcome funcional à data da alta.

Métodos

Realizou-se um estudo transversal selecionando os doentes com ≤ 55 anos internados numa UAVC entre JAN2016 e DEZ2017. Foi obtida informação clínica registada em processo clínico electrónico(SClinico, HCIS e PDS).

Resultados

De 458 doentes internados, foi estudada a amostra com ≤ 55 anos, 56 doentes(12% da população). A idade média da amostra foi 47+/-6 anos, 57 % homens. 70% tiveram AVC isquémico, 14% hemorrágico e 13% AIT. Em 21% identificou-se a etiologia à data da alta. Os territórios vasculares mais afetados foram o

carotídeo esquerdo e direito, 30% e 25% respectivamente. 23% tinham evento vascular cerebral prévio(AVC/AIT). Em 9% não foram identificados factores de risco vasculares (FRV), em 29% foi identificado 1 FRV, e 20% tinham > 3. Os FRV mais frequentes foram: tabagismo ativo(49% dos doentes), HTA(48%), hipercolestrolémia(29%), dislipidémia mista(21%) e cardiopatia hipertensiva(16%). Quanto ao outcome funcional, 55% dos doentes tiveram alta com modified Ranking Scale de 0 ou 1, 7% de 2, 7% de 3, e 23% 4 ou 5.

Conclusões

Estes resultados foram coincidentes com a literatura internacional. O tabagismo, HTA, dislipidémia, cardiopatia hipertensiva e diabetes são FRV a considerar também no jovem. Verifica-se um impacto funcional importante, com elevado grau de incapacidade para muitos doentes. É incontornável a necessidade de desenvolver mecanismos para reduzir os FRV modificáveis, e inverter a tendência de aumento do AVC no adulto jovem.

01 DE JUNHO

Sala Albufeira III 09:00 - 10:30

CO088

2340 ECG NO AVC - ALÉM DA FA

Inês Oliveira, Luís Nogueira, Mari Mesquita, Paula Pinto
CHTS, Penafiel, Portugal

Introdução

Além da FA, outros fenómenos no ECG têm sido alvo de estudo, para averiguar se traduzem um risco acrescido de ocorrência de AVC ou influencia na morbi-mortalidade. De destacar o prolongamento do intervalo QT e critérios de hipertrofia do ventrículo esquerdo (HVE).

Objetivos

Avaliar se a presença de critérios de HVE e de QT longo se relaciona com uma maior morbilidade e mortalidade nos doentes com AVC.

Métodos

Estudo retrospetivo observacional. Amostra constituída por doentes internados na Unidade de AVC (uAVC) no ano de 2016. Excluídos doentes internados por etiologias não vasculares e doentes sem ECG disponível para consulta. Dados colhidos por consulta do processo clínico eletrónico.

Avaliada presença de HVE pelos critérios de voltagem de Sokolow-Lyon (HVE-SL), Cornell (HVE-C) e Produto de Cornell (HVE--CP). Duração do intervalo QT corrigida com a fórmula de Bazett.

Avaliada a morbilidade com a escala de Rankin modificada (mRankin), e a mortalidade intra-hospitalar e aos 6 meses.

Resultados

Amostra composta por 286 doentes, idade média de 62,5 12.1 anos, 61.2% do sexo masculino.

Objetivada FA em 14.4% dos doentes, com prevalência superior no sexo feminino (20,8% vs 10.2%) (p=0,02) e idade mais avançada (p<0,001).

16.9% apresentaram critérios de HVE-C, 11.7% tinham HVE-SL e 10.1% HVE-CP. A presença de critérios de HVE-C foi mais prevalente no sexo feminino (27,1 vs 10,5%) (p< 0,01). A prevalência de HVE-C e HVE-CP aumenta com a idade (p<0,001).

Prolongamento do intervalo QT em 44.9%.

O mRankin à data de alta foi mais elevado nos doentes com HVE-C, HVE-CP e QTc longo (p<0,01), bem como nos doentes com FA. A mortalidade intra-hospitalar foi superior nos doentes com HVE-C (p<0,05).

Conclusões

Como presente na literatura este estudo mostra uma relação entre critérios de HVE e QTc longo e a morbilidade pós-AVC. A mortalidade intra-hospitalar foi mais elevada nos doentes com HVE-C, mostrando que estes critérios no ECG podem ser encarados como marcadores da severidade do AVC.

31 DE MAIO

Sala Silves VI 14:00 - 15:30

Doenças Endocrinas e metabólicas

CO089

390 ESTUDO ANUMEDI - AVALIAÇÃO NUTRICIONAL EM MEDICINA INTERNA

Ricardo Marinho[1], Marta Lopes[1], Ana Pessoa[2], João Rosinhas[3], Rosa Cardoso[4], Ana Amado[5], Joana Ferrão[5], Ricardo Fernandes[6], Sandra Silva[5], Sara Pereira[2], Catarina Machado[7], Ruben Reis[8], João Pinho[2], Cátia Pereira[9], Isabel Caballero[10], Marta Brás[11], Joana Rigor[6], Pedro Verão[12], Paulo Almeida[13], Daniela Carneiro[14], Bráulio Gomes[15], Inês Pintassilgo[16], Mariana Alves[17], Helena Moreira[18], Rita Martins[19], Ana Carvalho[20], Rita Costa[1], Mário Bibi[3], Alexandra Esteves[21], Maria Duarte[22], Helena Gonçalves[23], Fernanda Almeida[1]

[1]Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal

[2]Centro Hospitalar Médio Ave, Famalicão, Portugal

[3]Unidade de Saude Local de Matosinhos, Matosinhos, Portugal

[4]Hospital de Braga, Braga, Portugal

[5]Faculdade de Nutrição da Universidade do Porto, Porto, Portugal

[6]Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho, Gaia, Portugal

[7]Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, Terceira, Portugal

[8]Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Barreiro, Portugal

[9]Unidade Local de Saúde do Nordeste, Bragança, Portugal

[10]Centro Hospitalar Cova da Beira, Covilhã, Portugal

[11]Hospital Distrital Figueira da Foz, Figueira Da Foz, Portugal

[12]Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, Santiago Do Cacém, Portugal

[13]Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro, Portugal

[14]Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, Portugal

[15]Centro Hospitalar Universitario de Coimbra, Coimbra, Portugal

[16]Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

[17]Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

[18]Centro Hospitalar São João, Porto, Portugal

[19]Hospital de Vila Franca de Xira, Vila Franca De Xira, Portugal

[20]Centro Hospitalar de Leiria, Leiria, Portugal

[21]Unidade de Saude Local do Alto Minho, Viana Do Castelo, Portugal

[22]Centro Hospitalar Póvoa de Varzim - Vila do Conde, Vila Do Conde, Portugal

[23]Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

Introdução

A desnutrição é frequente nos doentes hospitalizados, contudo é subdiagnosticada e subtratada. Estudos demonstram aumento de complicações e mortalidade associadas à desnutrição hospitalar. Assim, é importante o rastreio nutricional aquando da admissão de forma a abordar este problema precocemente.

Objetivos

Avaliação da prevalência de doentes em risco de desnutrição e desnutridos à admissão na enfermaria de Medicina Interna.

Métodos

Análise transversal da prevalência do risco de desnutrição dos doentes admitidos nas enfermarias de Medicina Interna de 24 hospitais. A colheita de dados foi iniciada em Fevereiro de 2017 e terminada a 31 de Dezembro de 2017, tendo sido realizadas colheitas em dias predefinidos intervalados em 15 dias. Foram recolhidos dados demográficos, tipo de admissão, internamentos no último ano e diagnóstico principal. Para avaliação do risco de desnutrição foram aplicadas as escalas Nutritional Risk Screening (NRS) 2002 e Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA).

Resultados

Num total de 729 doentes avaliados, com mediana de idade de 78 anos (18-101 anos), 50,6% eram do sexo masculino. A maioria dos doentes foi admitida por doença infeciosa e 86,8% foram admitidos pelo serviço de urgência. Cerca de 38% apresentava internamentos no último ano. Segundo o NRS 2002, 50,9% dos doentes apresentava um risco de desnutrição elevado. Pelo PG-SGA, 27,2% encontrava-se bem nutrido (estadio A), 55,8% estava moderadamente desnutrido ou em risco de desnutrição (estadio B) e 17% estava gravemente desnutrido (estadio C).

Conclusões

Os doentes internados nas enfermarias de Medicina Interna apresentam habitualmente múltiplas comorbilidades e uma idade avançada, sendo por isso doentes vulneráveis. O presente estudo mostra uma elevada prevalência de doentes em risco de desnutrição grave, aumentando ainda mais a sua morbimortalidade. Assim, rastrear e intervir é essencial, permitindo prevenir doença e melhorar a qualidade de cuidados prestados.

CO090

467 DA ESQUIZOFRENIA À HIPOGLICEMIA SEVERA– EFEITO ADVERSO MUITO RARO DE UM ANTIPSICÓTICO AMPLAMENTE UTILIZADO

Joana Couto[1], Luís Pontes Santos[1], Liliana Alves Costa[2], Raquel López[1], Augusta Silva[1], Diana Guerra[1]

[1]Serviço de Medicina 1 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana Do Castelo, Portugal

[2]Serviço de Medicina 2 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana Do Castelo, Portugal

Introdução

Os neurolépticos são utilizados como terapêutica para o tratamento do delirium, sendo o haloperidol o preferido pela baixa incidência de efeitos anticolinérgicos e experiência já adquirida. Apresenta-se um caso de hipoglicemia iatrogénica prolongada e grave relacionada com o aumento recente da dose e frequência de toma de haloperidol.

Descrição

Caso Clínico: Mulher, 67 anos, antecedentes de esquizofrenia

paranoide (seguida em consulta de Psiquiatria desde 1980), epilepsia, adenocarcinoma do endométrio e dislipidemia. Medicada com ácido valpróico, biperideno, mirtazapina, sinvastatina, haloperidol e haloperidol decanoato 2/2 semanas (aumento recentemente – antes 1 vez por mês). Trazida ao Serviço de Urgência (SU) por prostração, hipotermia e alteração do estado de consciência. Ao exame objetivo pouco reativa, hipoglicemia de 24 mg/dL, bradicardia (Fc:38 bpm) e hipotermia (Tªax:30,7ºC). Iniciadas medidas de correcção (aquecimento corporal, administradas 2 ampolas de glicose 30%) com melhoria do estado de consciência. No entanto e apesar de fluidoterapia (glicose 10%) e alimentação oral rica em sacarose horária, repetiu hipoglicemia -44 mg/dL passadas 6h. Não apresentou alterações no restante estudo realizado. Por suspeição clínica de iatrogenia foi suspenso haloperidol 12h após a entrada no SU. Durante os 2 dias seguintes, ainda apresentou vários períodos de hipoglicemia com necessidade de manter perfusão de glicose 10% e alimentação rica em sacarose. Após 48h, resolução do quadro, com normalização dos níveis de glicose e recuperação do estado de consciência habitual.

Conclusão

De acordo com o nosso conhecimento à data este é o 4º caso descritivo de reação hipoglicémica severa por haloperidol. Sendo que os antipsicóticos se tratam de drogas amplamente usadas é importante estar atento a estes efeitos adversos. É fundamental realizar na avaliação inicial a medição da temperatura corporal e glicemia capilar nos doentes sob estes fármacos.

CO091

629 DESNUTRIÇÃO NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Regina Costa, Vieira Borba, Ana Borges, Nelson Pedro, Lèlita Santos, Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

A desnutrição caracteriza-se pelo desequilíbrio entre o aporte calórico e as necessidades energéticas do organismo com consequente alteração na composição corporal. A sua prevalência é largamente subestimada, nomeadamente a nível hospitalar, pelo que se torna pertinente o seu rastreio e adequadas medidas de prevenção.

Objetivos

Determinar e caracterizar a prevalência da desnutrição num Serviço de Medicina Interna.

Métodos

Estudo prospectivo transversal com duração de um dia. Foram colhidos dados clínicos, demográficos, antropométricos e analíticos dos doentes internados num Serviço de Medicina Interna. Foram utilizados os critérios do consenso de 2015 da ESPEN (European Society of Clinical Nutrition and Metabolism) para diagnosticar desnutrição. Os resultados obtidos foram submetidos a análise estatística com Excel e SPSS versão 23.

Resultados

Foram incluídos 95 doentes, 51,6% homens, média de idades de 80,3 anos. A demora média foi de 9,4 dias, 38,9% tinham como diagnóstico principal infecção respiratória. A taxa de mortalidade foi de 11,6%.

Relativamente ao estado nutricional, 35,8% dos doentes apresentavam critérios de desnutrição, sendo 61,8% mulheres. Encontravam-se desnutridos 61,3% dos analfabetos, 64,7% dos doentes totalmente dependentes e 35,1% dos doentes com infecção respiratória. Observou-se que o índice de Charlson era superior nos doentes internados desnutridos ($p<0,05$). A taxa de reinternamento a um mês foi de 29,4% (versus 17,9% na amostra total).

Conclusões

Maioritariamente mulheres cumprem critérios de desnutrição, assim como os doentes menos instruídos e os totalmente dependentes. Os doentes desnutridos tinham um maior número de comorbilidades e de reinternamentos.

A desnutrição propicia incapacidade funcional, associando-se a um agravamento das patologias de base, prognóstico, aumento da demora média, mortalidade e custos hospitalares. Este tipo de estudo é importante para criar rotinas de avaliação do risco e estado nutricional, a fim de prevenir as suas consequências.

CO092

676 UM DIAGNÓSTICO DE "CARAS" – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Mónica Dinis De Mesquita, Ana Oliveira E Costa, Rita Rei Queirós, Joana Almeida Calvão, Paulo Carrola, Paula Vaz Marques

Centro Hospitalar de Trás-os-montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

Introdução

A acromegalia é uma patologia rara causada pela hipersecreção da hormona de crescimento (GH) que, por sua vez, estimula a produção do fator de crescimento semelhante à insulina (IGF-1), mediador dos efeitos metabólicos da GH. Tem um atingimento mutissistémico, caracterizado por crescimento tecidular especialmente nas regiões acrais e facial e múltiplas comorbilidades, associadas a mortalidade precoce.

Descrição

Homem de 40 anos, com antecedentes de hipertensão arterial com 10 anos de evolução, síndrome da apneia obstrutiva do sono desde há 6 anos sob ventilação por pressão positiva contínua noturna, artralgias frequentes, cirurgia por síndrome do túnel cárpico bilateralmente e diagnóstico recente de dia-

betes mellitus. Recorre ao serviço de urgência por descontrolo glicémico (glicemia > 500mg/dL). Objetivamente, proeminência da região frontal, alargamento da mandíbula e regiões acrais (alterações anatómicas com cerca de 10 anos de evolução). Encaminhado para consulta, onde prosseguiu estudo, do qual se destaca IGF-1 1094 ng/mL (N: 109-324 ng/mL). Atendendo ao facto de ter diabetes mellitus e IGF-1 > 3x o limite superior do normal, prescindiu-se de prova da supressão glucídica da GH. A ressonância magnética revelou lesão centrada na sela turca com expressão no seio esfenoidal e a nível suprasselar compatível com macroadenoma da hipófise. Do rastreio de panhipopituitarismo, a destacar défice de gonadotrofinas. Foi referenciado à consulta de tumores hipofisários com a proposta de terapêutica cirúrgica.

Conclusão:

O presente caso expõe a pertinência da integração clínica de diferentes entidades, frequentemente com fator subjacente comum. A presença de determinadas comorbilidades em doentes mais jovens deve pautar pela exclusão de causas primárias.

01 DE JUNHO

Sala Albufeira III 09:00 - 10:30

CO093

1112 ENIGMAS POR TRÁS DA HIPONATRÉMIA

Sara Almeida Ramalho, Filipa Bastos, João Capelinha, Elena Pirtac, João Namora

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução

Os autores apresentam um caso clínico de doente internada por hiponatrémia que se revelou de etiologia complexa.

Descrição

Mulher, 52 anos, natural de Cabo Verde, a residir em Portugal há 1 ano. Recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal esquerda, inconstante, náuseas, vómitos e diarreia. Negava outras queixas. Como antecedentes pessoais há a referir anemia de causa desconhecida e menopausa aos 27 anos desconhecendo-se causa. À admissão destacava-se dor à palpação abdominal sem dor à descompressão e sem outras alterações ao exame objectivo. Analiticamente hemoglobina 10.6g/dL, sódio 118 mmol/L, osmolalidade 246mOsmoL/kg, sódio urinário 84mmol/L, osmolalidade urinária 294 mOsmoL/kg, sem outras alterações. Ficou internada para correcção e esclarecimento de hiponatrémia. No estudo complementar destaca-se hipopituitarismo com hipotiroidismo (T3 total 57ng/dL, T3 livre 1.06pg/mL, T4 total 1.4ug/dL, T4 livre 0.24ng/dL, TSH 10.61mU/L, AcTPO 262 UI/mL, AcTg 167 UI/mL), insuficiência suprarrenal (ACTH 38.6pg/mL, cortisol sérico 0.3ug/dL, cortisol salivar <0.54ng/mL, cortisol livre urinário 2.4ug/24h) e hipogonadismo (FSH e LH baixas). Ressonância magnética crânio encefálica revelou "sela turca vazia, não se conseguindo praticamente individualizar a glândula hipofisária". Admitiu-se hiponatrémia em provável relação com hipotiroidismo (etiologia primária/auto-imune ou mista com hipopituitarismo) e insuficiência supra-renal secundária. A doente iniciou terapêutica com levotiroxina e hidrocortisona, verificando-se melhoria clínica e analítica.

Este caso exemplifica a complexidade de alterações endocrinológicas que podem condicionar alterações iónicas, nomeadamente hiponatrémia. Uma sela turca vazia é um dos possíveis factores que pode ser considerado, ilustrando a importância da investigação complementar dos distúrbios electrolíticos.

31 DE MAIO

Sala Silves VI 14:00 - 15:30

CO094

1801 RETALHOS DA VIDA DE UM OSSO

Isabel Montenegro Araújo, Sofia Mateus, Maria João Serpa, Susana Franco, Diana Repolho, Margarida Pimentel Nunes, Inês Branco Carvalho, Adriana Paixão Fernandes, Salomão Fernandes, Ricardo Dinis Sousa, António Martins Baptista, José Lomelino Araújo

Hospital Beatriz Ângelo, Lisboa, Portugal

Introdução

Hipercalcemia é um achado relativamente comum. Surge com a diminuição da excreção renal de cálcio ou o aumento da sua absorção intestinal ou óssea. O hiperparatiroidismo primário e as neoplasias são as causas mais comuns de hipercalcemia (90% dos casos). No hiperparatiroidismo primário verifica-se uma ativação osteoclástica mediada pela hormona paratiroideia promovendo a reabsorção óssea do cálcio, na maioria dos casos por adenoma da paratiróide.

Descrição

Descreve-se o caso de uma mulher de 32 anos, com antecedentes de litíase renal há 3 anos e previamente autónoma. Admitida no serviço de urgência (SU) por dores ósseas na anca, com 1 semana de evolução, agravamento progressivo com total incapacidade para a marcha. Associado a náuseas e vómitos ocasionais. Nos últimos meses com múltiplas observações em SU e médico assistente por queixas álgicas múltiplas e astenia progressiva. À admissão, hemodinamicamente estável e apirética, com dor à palpação da 8ª-10ª costelas e mobilização dos membros inferiores limitada pela dor. Ainda, nódulo cervical/tiroideu, à direita, com cerca de 2cm de maior eixo, móvel, indolor à mobilização e nódulo na mama direita retroaureolar, com 2-3cm de maior eixo, não aderentes a planos. Radiografia complementada por tomografia da bacia com múltiplas ós-

seas sugestivas de lesões líticas. Analiticamente, cálcio sérico 14,7mg/dL e ionizado de 1,99mmol/L. ECG em ritmo sinusal com FC 76bpm, sem alterações do período QT. Foi internada para investigação complementar. Após exclusão de neoplasia da mama e tiróide, com suspeita de acordo com exame objectivo, foi identificado na ecografia do pescoço imagem nodular da paratiroide direita confirmada com cintigrafia e com diagnóstico histológico de adenoma da paratiroide após excisão cirúrgica completa.

Pós operatório complicado de sindrome do osso faminto grave e com necessidade de suplementação em doses elevadas de cálcio mas, na reavaliação imagiológica 2 meses após a cirurgia, observou-se regressão quase total das imagens ósseas com melhoria franca da funcionalidade e recuperação total após 6 meses.

Embora a hipercalcemia fosse grave, pela sua cronicidade, não conferiu risco de vida para a doente e, apesar de francamente sintomático e limitador, o diagnóstico adequado e intervenção multidisciplinar permitiu a total recuperação e cura da doente.

CO095

2255 DAPAGLIFLOZINA NA NEFROPATIA DIABÉTICA

Clara Cunha[1], Ricardo Capitão[1], Francisco Sousa Santos[1], Carlos Bello[1], Catia Ferrinho[1], Catarina Saraiva[1], João Sequeira Duarte[1], Carlos Vasconcelos[1], Dora Lameiras[2], Rita Reis[2], Manuela Veiga[2], Alberto Mello e Silva[2]

[1]Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo - Hospital Egas Moniz, Lisboa, Portugal

[2]Serviço de Medicina Interna - Hospital Egas Moniz, Lisboa, Portugal

Introdução

A nefropatia diabética constitui a causa mais frequente de doença renal crónica a nível mundial. Os inibidores do co-transportador renal de sódio-glicose 2 (SGLT-2) apresentam um potencial efeito de nefroprotecção pela melhoria do controlo glicémico, bem como por diminuição da hiperfiltração glomerular, pressão intraglomerular e pressão arterial.

Objetivos

Este estudo tem como objectivo avaliar o efeito da dapagliflozina ao nível da Taxa Filtração Glomerular estimada (TFGe) e albuminúria em doentes com Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2).

Métodos

Estudo retrospectivo, observacional, longitudinal que avaliou a evolução da TFGe (CKD-EPI) e a relação albumina/creatinina em doentes com DM2 expostos a dose diária de dapagliflozina de 10 mg com um seguimento mínimo de 6 meses e compararam-se os resultados com uma população controlo não exposta a inibidores SGLT-2.

Resultados

São analisados 108 doentes diabéticos, 54% do género feminino, com uma idade média de 56 anos e um seguimento médio de 77 meses. Na população estudada a DM2 tinha uma evolução média de 14,4 anos. Das comorbilidades apresentadas na amostra destaca-se: hipertensão arterial (95%), dislipidemia (92%), obesidade (80%). Constatou-se que 89% da amostra encontrava-se sob IECAs ou ARAs. No início do estudo não se verificou diferença estatisticamente significativa na média da TFGe e da albuminúria entre os dois grupos. Verificou-se um menor agravamento da função renal, em média, nos doentes sob terapêutica com dapagliflozina comparativamente ao grupo controlo aos 3 meses (0,68 vs 3,50 mL/min, p=0,042), 6 meses (0,95 vs 2,74 mL/min, p=0,003), 12 meses (1,44 vs 4,52 mL/min, p=0,026) e 15 meses (2,52 vs 8,40 mL/min, p=0,001). No que diz respeito à albuminúria, verificou-se ao fim de 15 meses uma redução não estatisticamente significativa da albuminúria no grupo dos doentes expostos à dapagliflozina, contrariamente ao controlo no qual se verificou um agravamento (albuminúria -9,74 vs 65,04 mg/g, p=0,41). Relativamente ao controlo metabólico, nos doentes sob dapagliflozina apurou-se ao fim de 12 meses uma redução média de 0.7 na HbA1c (p<0.05).

Conclusões

Este estudo sugere o benefício da dapagliflozina na evolução da nefropatia diabética. A dimensão da amostra, bem como o carácter retrospectivo constituem limitações da análise.

01 DE JUNHO

Sala Albufeira III 09:00 - 10:30

CO096

2274 INSUFICIÊNCIA SUPRA-RENAL SECUNDÁRIA

Rita Homem, Catarina Araujo, Mariana Brito, Ricardo Meireles Mateus, Vanda Spencer, Francisca Delerue

Hospital Garcia de Orta, Lisboa, Portugal

Introdução

A insuficiência supra-renal secundária envolve deficiência de ACTH causada pela hipófise ou, com menos frequência, causas hipotalâmicas. O diagnóstico é clínico, através de achados laboratoriais (concentrações plasmáticas baixas de ACTH e cortisol) e testes de imagem do Sistema Nervoso Central. O tratamento em geral inclui reposição de glucocorticoides.

Descrição

Apresentamos o caso de um homem de 73 anos com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, trombose venosa profunda e higroma frontal esquerdo, sem uso prévio de corticoides. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de tonturas, prostração e desorientação com perda de consciência nessa noite (sem traumatismo cranioencefálico), referia ainda astenia, anorexia e emagrecimento gradual. Apresentava-se fe-

bril e hipotenso, com insuficiência respiratória parcial, aumento dos parâmetros inflamatórios, ionograma normal e radiografia do torax com hipotrânsparência. Iniciou antibioterapia empírica com melhoria. Durante o internamento manteve perfil tensional hipotensivo e hipoglicemias, apesar de fluidoterapia endovenosa com soro dextrosado. Realizou-se estudo de possível insulinoma ou insuficiência supra-renal do qual resultou diminuição do cortisol sérico e ACTH, sem alterações a nível do restante eixo hipofisário. A RM CE efectuada não revelou alterações. Admitiu-se assim insuficiência supra-renal secundária e foi medicado com hidrocortisona em dose de stress moderado. Foi posteriormente feito desmame de glucocorticoides para realização de Prova de Synacthen - Cortisol basal 0.3 ug/dL, aos 15 minutos 0.4, 30 minutos 3.5, 60 minutos 4.8. O doente mantém corticoterapia e seguimento em consulta com boa resposta clinica, com recuperação do apetite e aumento ponderal. A insuficiência supra-renal requer especial atenção no que se refere ao conhecimento dos sintomas e sinais, pois caso não seja prontamente diagnosticada e tratada pode resultar em morbilidade e mortalidade consideráveis.

31 DE MAIO

Sala Albufeira III 14:00 - 15:30

Doenças Gastroenterológicas

CO097

528 UMA CAUSA INCOMUM DE DIARREIA CRÓNICA

Sara Sintra, Filipe Taveira, Catarina Canha, Carlos Filipe, Adélia Simão, Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

A enteropatia induzida por olmesartan (EIO), descrita pela primeira vez em 2012, é uma causa incomum de diarreia crónica, de difícil reconhecimento dadas as suas semelhanças clínicas e histológicas com entidades como doença celíaca e enteropatia autoimune.

Descrição

Mulher de 75 anos recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por diarreia, náuseas e vómitos há 1 mês. Medicada previamente com ciprofloxacina e metoclopramida, sem melhoria clínica. Referia episódios semelhantes desde há 2 anos, com perda ponderal progressiva, por vezes com vómitos e cólicas abdominais. Sem febre. Dos antecedentes pessoais, destacava-se hipertensão arterial sob olmesartan há 4 anos. Sem outra medicação crónica. Teve 4 internamentos e várias vindas ao SU por diarreia aguda ou persistente, tendo sido sempre associada a etiologia infeciosa. Foi-lhe recomendada dieta isenta de glúten, que cumpria, sem melhoria. Exame objetivo sem alterações. Analiticamente sem leucocitose, hipocaliémia (2,8mmol/L) e creatinina 1,9mg/dL. Microbiologia de fezes negativa. Submetida a endoscopia digestiva alta e baixa com biópsias: duodenite crónica com atividade ligeira e hiperplasia críptica reativa; gastrite crónica atrófica moderada no antro, sem atividade; colite ligeira. Suspendeu olmesartan por hipotensão e teve resolução da diarreia, à semelhança dos internamentos prévios. Assumiu-se o diagnóstico de EIO e recomendou-se suspensão definitiva do antihipertensor. No seguimento, aos 2 anos, mantém remissão clínica, reforçando a hipótese diagnóstica.

Discussão: A doente mantinha episódios recorrentes de diarreia apesar da dieta sem glúten, verificando-se recuperação rápida com a suspensão de olmesartan. Estando poucos casos descritos de EIO com clínica que mimetiza a doença celíaca e graus variáveis de lesão da mucosa gastrointestinal, este caso serve para alertar para a possibilidade de enteropatia spruelike associada a este e outros fármacos, devendo estar presente no diagnóstico diferencial de diarreia crónica.

CO098

744 PANICULITE LOBULAR GRANULOMATOSA COMO MANIFESTAÇÃO INAUGURAL DE NEOPLASIA MUCINOSA PAPILAR INTRADUCTAL

Aldara Faria[1], Ana Júlia Pedro[1], J. Meneses Santos[1], Luís Soares-De-Almeida[2], Paulo Filipe[2], Rui M. M. Victorino[1]

1Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria, Serviço de Medicina 2, Lisboa, Portugal

[2]Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria, Serviço de Dermatologia, Lisboa, Portugal

Introdução

A paniculite pancreática é de natureza lobular sem vasculite e ocorre em 2 a 3% dos casos de patologia pancreática, sobretudo de natureza neoplásica e inflamatória. Carateriza-se pelo aparecimento de nódulos subcutâneos, eritematosos com ulceração espontânea, localizados mais frequentemente nos membros inferiores, mas com possível expansão a outros territórios. O aparecimento das lesões pode ser prévio, simultâneo ou posterior ao quadro clínico da patologia pancreática subjacente. O achado histopatológico de uma paniculite lobular sem vasculite, com extensa necrose dos adipócitos, originando os denominados "ghost adipocytes", é muito característico.

Descrição

Apresenta-se o caso de uma doente de 64 anos com dermatose dos membros superiores e inferiores e regiões abdominal e dorsal com três meses de evolução, posteriormente acompanhada de perda de peso e anorexia. A histologia das lesões cutâneas revelou paniculite lobular granulomatosa sem vasculi-

te. Em avaliação imagiológica foi identificada lesão pancreática sugestiva de neoplasia mucinosa papilar intraductal (NMPI). Foi submetida a pancreatectomia corpo-caudal e a peça operatória confirmou o diagnóstico. Na sequência da cirurgia observou-se regressão espontânea das lesões cutâneas.

Discussão: A paniculite pancreática como manifestação inicial de NMPI é extremamente rara, estando descritos atualmente na literatura mundial apenas quatro casos. A sua fisiopatologia permanece ainda pouco clara mas a libertação de enzimas pancreáticas para a corrente sanguínea ou linfática, parece ser um desencadeante provável. Na maioria dos casos, a paniculite pancreática evolui de modo paralelo à patologia pancreática de base, observando-se tendência à sua regressão após o tratamento e resolução da doença pancreática, tal como observado no caso clínico apresentado.

CO099

2341 UM CASO DE MIOCARDITE ASSOCIADA A DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

Filipa Ramalho Rocha, Sérgio Baptista

Hospital da Luz Lisboa, Lisboa, Portugal

Introdução

As manifestações extra-intestinais atingem cerca de metade dos doentes com doença inflamatória intestinal (DII). Contudo, o envolvimento cardiovascular é pouco frequente e, em particular, a miocardite associada à DII é excecionalmente rara. A sua fisiopatologia é incerta e presume-se poder ser um efeito adverso farmacológico ou expressão da própria doença.

Descrição

Homem de 26 anos, caucasiano, fumador, com história de DII não classificável com 9 anos de evolução, sob manutenção da remissão com azatioprina 150 mg/dia. Apresenta-se com um quadro de vómitos, dor abdominal, tenesmo e diarreia sanguinolenta com cerca de 30 dejeções diárias com 3 semanas de evolução. Medicado em ambulatório com corticoterapia sistémica (CTS), mesalazina oral e retal sem melhoria. À admissão com critérios de exacerbação de DII grave e colonoscopia compatível com Colite Ulcerosa esquerda com Score Mayo 3. Iniciou CTS endovenosa, antibioterapia e subida da dose de aminossalicilatos. Foram excluídas complicações locais e etiologia infeciosa. Após 5 dias de terapêutica assumida exacerbação cortico-refratária, com indicação para infliximab. Simultaneamente desenvolveu queixas de dor retroesternal e cansaço em repouso com aumento dos biomarcadores cardíacos, confirmando-se miopericardite aguda por ressonância magnética cardíaca. Após discussão multidisciplinar considerou-se existir contra-indicação formal para terapêutica biológica e decidiu-se suspender a mesalazina. Uma vez que manteve degradação clínica do ponto de vista cardíaco e gastrointestinal, endoscopicamente com sinais de colite fulminante, iniciou terapêutica de resgate com ciclosporina sob a qual se assistiu a melhoria global do quadro clínico.

A investigação etiológica e a abordagem terapêutica da miocardite associada à DII não estão definidas, baseando-se a literatura em escassos relatos de casos. Este caso reflete o desafio diagnóstico e terapêutico de uma manifestação extra-intestinal rara num doente com colite cortico-refratária.

31 DE MAIO

Sala Albufeira II 14:00 - 15:30

14:00 - 15:30

Doenças Hematológicas

CO100

235 DOENÇA DE ERDHEIM-CHESTER, UM DIAGNÓSTICO IMPENSÁVEL

Vanessa Ventura Vieira[1], Joaquim Calado[2], Fernando Nolasco[2]

[1]Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, Angra Do Heroísmo, Portugal

[2]Hospital Curry Cabral, Lisboa, Portugal

Introdução

A Doença de Erdheim-Chester (DEC), é uma histiocitose de células não- Langerhans, rara, com maior incidência no género masculino, entre os 40-70 anos. O diagnóstico é histopatológico num contexto clínico e radiológico adequados, sendo a biópsia das lesões imprescindível. Os autores descrevem uma caso cujo diagnóstico inicial foi de ataxia cerebelosa genética, o que atrasou o diagnóstico e motivou a progressão para uma doença irreversível.

Descrição

Mulher, 66 anos, com antecedentes de Hipertensão Arterial, inicia quadro com 6 anos de evolução de disartria, diminuição da acuidade visual à direita e ataxia da marcha. Realizou TC e RMN de crâneo que revelaram lesão orbitária direita, em relação com o nervo óptico, diagnosticado como Hemangioma,- sem intervenção cirúrgica. Iniciou estudo de Ataxia Cerebelosa nomeadamente, TC toraco-abdomino-pélvica com lipomatose subcapsular renal, espessamento irregular das fascia perirrenais e caliectasias focais. 5 anos após inicio do quadro, inicia agravamento da função renal e hemodiálise. Por agravamento das alterações neurológicas, realiza RMN CE que revela várias massas peri-vasculares com reforço de sinal após perfusão de gadolíneo. Por tumefacção do joelho esquerdo, faz radiogra-

fia com otosclerose das extremidades dos ossos longos dos membros inferiores. É colocada hipótese diagnóstica de DEC e efetuadas biópsias da cápsula renal e da extremidade superior da tíbia esquerda, nas quais os aspetos citoarquitecturais e imunohistoquímicos sugeriam DEC. No estudo genético é detectada mutação em V600E no DNA do material extraído do osso e da cápsula renal. Iniciou terapêutica com Interferão peguilhado, sem progressão das lesões.

A ECD é rara e poucas vezes tida em conta como causa de ataxia cerebelosa ou de doença renal. Há que integrar todos os achados clínicos e imagiológicos para um diagnóstico atempado, uma vez que a evolução natural da doença confere um tempo de sobrevida médio de 5 anos, sem terapêutica.

02 DE JUNHO

Sala Silves II 09:00 - 10:00

CO102

461 HEMOFILIA ADQUIRIDA DISFARÇADA PELA VARFARINA: A PROPÓSITO DE UM CASO

Guilherme Cunha, Marina Boticário, Ana Rita Moura, Maria Filomena Roque

*Hospital de Santarém EPE, Santarém, Portuga*l

Introdução

A hemofilia adquirida é uma doença rara, que se caracteriza pelo desenvolvimento de anticorpos contra determinado factor de coagulação. Tem uma incidência de 1,3 a 1,5 casos por milhão de pessoas por ano.

Descrição

Caso Clínico: Mulher de 65 anos recorre ao serviço de urgência por dor na região inguinal direita e hematomas em ambas as pernas. Sem história pregressa de traumatismo. De antecedentes destaca-se hemiparésia esquerda sequelar, fibrilhação auricular, obesidade e insuficiência venosa crónica. Medicada habitualmente com perindopril, varfarina, amiodarona, e furosemida. Analiticamente com anemia (Hemoglobina 6.0g/dL), sem leucocitose, international normalized ratio (INR) 4.6 e Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (APTT) de 81.3 segundos (valor de referência 25.0-35.0). Realizou tomografia abdominal que revelou hematoma retroperitoneal volumoso. Admitindo-se intoxicação dicumarínica com hemorragia ativa, foi submetida a terapêutica transfusional (2 unidades de concentrado eritrocitário), vitamina K e plasma fresco congelado. Apesar de normalização de INR, a doente manteve anemia e aumento do APTT, Por níveis diminuidos de fator VIII (11%) e suspeita de inibidor da coagulação, iniciou corticóide. Analiticamente com inibidor fator VIII positivo, fator 7, 9 e 11 normais, admitindo-se o diagnóstico de hemofilia adquirida. Por manutenção de hemorragia ativa e com o objetivo de realizar tratamento dirigido -complexo protrombínico ativado (FEIBA) ou fator VII recombinante ativado - optou-se pela transferência hospitalar. Assistiu-se à diminuição do valor de APTT e estabilização dos valores de hemoglobina.

Discussão: Apesar de ser uma doença potencialmente tratável, a hemofilia adquirida possui alta mortalidade pelo risco de hemorragia maciça e pelo risco infeccioso secundário ao tratamento imunossupressor. Embora rara, é uma entidade que exige reconhecimento clínico precoce e rápida instituição de tratamento adequado.

31 DE MAIO

Sala Albufeira II 14:00 - 15:30

CO103

551 SÍNDROME HIPEREOSINOFILICA IDIOPÁTICA

Mafalda Ferreira, Iolanda Alen Coutinho, José Eduardo Mateus, Helder Esperto, Manuel Teixeira Verissimo, Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

No estudo de hipereosinofilia deve ser investigado o consumo de medicamentos ou tóxicos, alergias e viagens para exclusão de causa reactiva ou secundária; deve equacionar-se causa primária/clonal ou idiopática. A síndrome hipereosinofílica é definida por eosinofilia superior a 1,5x10^9/L ou persistente pelo menos durante 6 meses sem causa identificada, associada a sinais de envolvimento/disfunção orgânica.

Descrição

Mulher, 80 anos, independente, com diagnóstico de DPOC, que recorreu ao SU por dispneia, tosse produtiva e astenia com 3 semanas de evolução, obstipação há 10 dias, cólicas abdominais, náuseas e anorexia. Sem toracalgia, palpitações ou febre. Insuficiência respiratória tipo 2, com manutenção da sintomatologia e necessidade de oxigénio suplementar apesar de terapêutica instituída. Leucocitose (30,2x10^9/L) com eosinofilia (19,9x10^9/L). Durante o internamento a eosinofilia aumentou até 25x10^9/L (79,7%). TC-tórax sem alterações sugestivas de aspergilose, vasculite ou pneumonite de hipersensibilidade; biópsia óssea com medulograma evidenciou “hiperplasia da série granulocítica eosinofílica, sem desvios da maturação”; sem reordenamento do gene FIP1L1-PDGFRA; pesquisa de gene BCR/ABL e de mutação V617F no gene JAK 2 negativas. No internamento surgiram lesões petequiais nos membros inferiores, tendo a biópsia cutânea demonstrado infiltrado abundante de eosinófilos perivascular, com ligeiro componente intersticial, permitindo o diagnóstico de vasculite eosinofílica. A doente teve alta, mantendo o seguimento em consulta onde se confirmou

normalização dos valores de eosinófilos no sangue periférico e melhoria clinica global após um mês de corticoterapia, que a doente suspendeu, apesar de recomendação em contrário. Actualmente bem sem necessidade de corticóides.

A boa resposta deste caso à corticoterapia, está em linha com as recomendações internacionais para o tratamento da síndrome hipereosinofílica idiopática, sendo esta a primeira linha de tratamento.

02 DE JUNHO

Sala Silves II 09:00 - 10:00

CO104

1095 UMA FORMA RARA DE MIELOMA MÚLTIPLO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Cleide Barrigoto[1], Leonor Coutinho Soares[1], Patricia Pereira[1], Margarida Fevereiro[2], Catarina De Almeida Rodrigues[1], Umbelina Caixas[1], Helena Amorim[1], José Rola[1]

[1]Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital de São José, Serviço de Medicina 1.4, Lisboa, Portugal

*[2]Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital Santo António dos Capuchos, Serviço de Hematologia, Lisboa, Portuga*l

Introdução

O Mieloma Multiplo (MM) corresponde a uma proliferação neoplásica de um clone de plasmócitos na medula óssea. O MM IgD é um subtipo raro (2% dos MM), com particularidades clínicas e laboratoriais que o diferenciam dos outros subtipos de MM.

Descrição

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, 64 anos, sem antecedentes patológicos de relevo, que se apresenta no serviço de urgência com perda de peso, toracalgia do tipo pleurítica, diminuição da força e sensibilidade dos membros inferiores, com nível sensitivo em D8 e retenção urinária. Realiza RM da coluna que revela metastização óssea com compressão medular e raquidiana em D5-6 ficando internada para estudo de neoplasia oculta. Nas análises apresentava disfunção renal, anemia, LDH elevada e pico monoclonal na região gama da electroforese de proteínas pelo que realizou imunofixação do soro que revelou componente monoclonal IgD/lambda. Do estudo medular apenas se destaca aumento da celularidade no mielograma, sem alterações valorizáveis na biópsia óssea. Realizou TC-CE evidenciando múltiplas lesões líticas na calote craniana e ainda uma lesão expansiva na calote frontal de provável natureza secundária, que se biopsou. Clinicamente verificou-se uma melhoria progressiva dos défices neurológicos sob terapêutica com dexametasona, mantendo um nível sensitivo D11-12 e necessidade de algaliação por retenção urinária. Perante diagnóstico de MM IgD, foi observada por Hematologia e orientada para Hospital de Dia de forma a iniciar tratamento dirigido.

Discussão: O MM representa 10% das neoplasias hematológicas contudo,o subtipo IgD tem uma prevalência muito mais baixa correspondendo a 2% de todos os MM. O caso apresentado é ilustrativo deste subtipo, demonstrando maior envolvimento extramedular, maior frequência de lesões osteolíticas e doença avançada à data do diagnóstico, contribuindo tudo isto para um pior prognóstico e para a necessidade de um diagnóstico célere.

01 DE JUNHO

Sala Albufeira I 09:00 - 10:30

CO105

1102 HEMOFILIA A ADQUIRIDA: A RARIDADE NA PONTA DA LÍNGUA.

Joana Almeida Calvão, Nuno Silva, Joana Vaz Cunha, Fernando Salvador, Paula Vaz Marques

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro - Hospital de Vila Real, Vila Real, Portugal

Introdução

A Hemofilia A adquirida é uma condição rara que se caracteriza pela produção de anticorpos que inibem o fator VIII (FVIII), pode ser idiopática ou associada a neoplasias, doenças autoimunes ou fármacos. Clinicamente cursa com púrpura cutânea extensa e hemorragia interna e analiticamente com diminuição do FVIII, prolongamento do tempo de tromboplastina parcial ativada (APTT), mas com contagem e função plaquetárias normais. O seu diagnóstico e tratamento devem ser céleres pelo risco hemorrágico associado.

Descrição

Homem de 81 anos, antecedentes de patologia reumática não específica e hipertensão arterial essencial, medicado cronicamente com acido acetilsalicílico 100mg, prednisolona 5 mg, telmisartan 80mg e diltiazem 120mg. Recorreu ao serviço de urgência por hemorragia do olho direito e hematomas no membro superior direito (MSD) e inferior esquerdos (MIE) e na porção distal da língua. Sem evidência de hemorragia ativa. Sem fármacos anticoagulantes, ou introdução de novos fármacos. Sem clínica infeciosa recente. Objetivamente apirético e hemodinamicamente estável, com hiperemia conjuntival bilateral, equimose e cianose da metade externa da língua e hematoma extenso da face interna do MSD e da face anterolateral do MIE. Do estudo efetuado: hemoglobina 11,04 g/dL, plaquetas 282x109/L, APTT 52,5seg, Coombs negativo, haptoglobina normal, FVIII 0.6%, inibidor anti-FVIII 11 unidades Bethesda (UB), estudo autoimune sem alterações, tomografia toracoabdominopelvica com hematoma do musculo iliopsoas, sem lesões sugestivas

de neoplasia. Medicado com concentrado de complexo protombínico ativado e prednisolona 1mg/Kg com resolução dos hematomas e melhoria analítica com FVIII 9,7% e inibidor anti-FVIII 4 UB após uma semana de tratamento.

Discussão:

Em mais de metade dos casos a hemofilia A adquirida é idiopática. A resposta à terapêutica imunossupressora é excelente, podendo ser necessário associar ciclofosfamida, azatioprina ou rituximab para supressão da formação do inibidor de FVIII.

CO106

1105 UM "MISTO" DE PROBLEMAS - CASO CLÍNICO

Simone Costa, Catarina Canha, João Madaleno, Adélia Simão, Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

Dois linfomas diferentes ocorrem simultaneamente em 1 a 4% de todos os casos, apresentando-se como combinações de 2 linfomas não Hodgkin (LNH) ou um LNH e linfoma de Hodgkin, sendo esta última ainda menos frequente.

Descrição

Caso clínico: Doente de 27 anos, sexo masculino, recorre ao Serviço de Urgência por dor torácica, tipo pontada, com 2 meses de evolução e agravamento progressivo. Apresentava sudorese noturna, sensação de edema cervical, rouquidão, odinofagia e dor nos membros superiores com 2 semanas de evolução. Negava febre, dispneia, tosse ou perda de peso. Referia hábitos tabágicos e toxicómanos. Encontrava-se eupneico, taquicárdico, com diminuição do murmúrio vesicular à auscultação pulmonar bilateralmente e apresentava circulação venosa colateral abdominal até à região torácica. Tinha elevação discreta de parâmetros inflamatórios e marcadores cardíacos negativos, sem insuficiência respiratória ou citopenias. Na radiografia do tórax era evidente um alargamento do mediastino e ecograficamente a presença de trombose da veia jugular interna esquerda e da veia subclávia ipsilateral. Em angiotomografia do tórax identificou-se uma volumosa formação expansiva no mediastino superior e anterior, que envolvia de forma circunferencial a veia cava superior. Foi realizada uma biópsia por mediastinoscopia, que caracterizou a lesão como sendo um linfoma misto: linfoma B difuso de grandes células e Hodgkin. O doente foi proposto para tratamento com quimioterapia e radioterapia

Discussão: Os linfomas mistos podem ser observados numa faixa etária dos 26-88 anos, mas são mais comuns em idosos. Estes linfomas representam um desafio clínico em termos de diagnóstico, complicações (como síndrome da veia cava superior) e tratamento, uma vez que não há consenso nesta matéria.

CO107

1288 HEMOGLOBINÚRIA PAROXÍSTICA NOCTURNA: UM CASO TÍPICO COM ASPECTOS ATÍPICOS

Inês Colaço[1], Luís Falcão[2], Sara Fernandes[2], Adriana Fernandes[2], Mário Góis[3], Mário Raimundo2, Edgar Almeida[2], Diogo Fonseca Da Cruz[1], J.L. Ducla-Soares[1]

[1]CHLN-Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

[2]Hospital Beatriz Ângelo, Lisboa, Portugal

[3]Hospital Curry Cabral, Lisboa, Portugal

Introdução

A hemoglobinúria paroxística nocturna (HPN) é uma causa rara de doença genética (gene PIG-A, phosphatidylinositol-glycan proteinA) das células progenitoras hematopoiéticas. que resulta numa activação contínua do complemento e anemia hemolítica; outros sintomas incluem outras citopénias, dor abdominal, insuficiência renal e fenómenos trombóticos.

Descrição

Apresenta-se um homem de 50 anos com episódios recorrentes de dor abdominal e hematúria; a avaliação laboratorial identificou anemia grave (Hb 6.2g/dl) caracterizada como hemolítica (LDH 1572 UI/L, haptoglobina indoseável e raros esquizócitos no sangue periférico), trombocitopénia de 127.000 plaquetas/mm3 e insuficiência renal aguda (creatinina sérica 7,38mg/dl) com rins ecograficamente aumentados. Iniciou terapêutica de suporte e plasmaferese, com completa recuperação da função renal. Da investigação adicional destaca-se: marcadores víricos (VIH, VHC e VHB) negativos. Autoimunidade e teste de Coombs negativo. Atividade ADAMTS13 98%. Realizado o diagnóstico de HPN por citometria de fluxo (tipo III - presença de clone HPN em 85.7% dos granulocitos, 74.3% dos monocitos e 44.7% dos eritrocitos). Biópsia renal com muitos depósitos de ferro.

Biópsia óssea e mielograma sem alterações; tendo sido proposto para terapêutica com eculizumab sob a qual se encontra, assintomático durante 6 meses de follow-up meses com hemoglobina de 10,7 g/dl, LDH normalizada, hiperbilirrubinémia conjugada de 0,3 mg/dl contudo com haptoglobina ainda indoseável.

Discussão: a anemia obriga a um diagnóstico diferencial bem estruturado que deve ter em conta sintomas acompanhantes assim como a consideração de alterações laboratoriais concomitantes. No contexto de hemólise e insuficiência renal, deve ser considerada a possibilidade de microangiopatia trombótica. O diagnóstico definitivo da HPN é obtido por citometria de fluxo com elevada sensibilidade e especificidade, sendo essencial para iniciar terapêutica com anticorpo monoclonal.

CO108

1349 ANEMIA POR DÉFICE DE FERRO: EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Tiago Rabadão, Leonor Naia, Margarida Eulálio, João Calhau, Rosa Jorge

Hospital Infante D. Pedro, Aveiro, Portugal

Introdução

O défice de ferro é a causa mais comum de anemia. As perdas gastrointestinais (GI) são a principal etiologia, tornando o estudo digestivo imprescindível.

Objetivos

Caracterização dos doentes com anemia ferropénica.

Métodos

Estudo retrospectivo, baseado na revisão dos processos clínicos dos doentes internados no Serviço entre 2011 e 2016, com idade < 65 anos e diagnóstico de anemia ferropénica.

Resultados

Foram identificados 118 doentes, 60% com idade idade >50 anos e 52% eram homens; 68% apresentavam Hb<7g/dL, 67% microcitose (VGM<80fL) e 75% ferritina <100mg/dL; 85% realizaram endoscopia digestiva alta (EDA) e 64% colonoscopia. As perdas GI foram a principal etiologia (88%), na sua maioria altas (77%). As principais fontes foram: gastrite erosiva (n=33), varizes esofágicas (n=22), pólipos do cólon (n=17), hérnia do hiato (n=14), gastrite por Helicobacter pylori (n=14) e neoplasia do cólon (n=12). Em 60% dos doentes foi identificada mais que uma fonte de perdas e em 30% lesões altas e baixas simultâneas; em 9 doentes não se identificou qualquer lesão. Em 15% dos casos foi diagnosticada neoplasia GI: 87% tinham mais de 50 anos, 78% eram homens e 67% neoplasia do cólon. Do total das mulheres (n=56), em 80% foi identificada uma lesão digestiva e destas, 42% tinham menos de 50 anos. Foram identificadas 14 mulheres com perdas ginecológicas: todas realizaram EDA e 11 colonoscopia, sendo que 7 mulheres apresentaram perdas GI concomitantes, na sua maioria altas.

Conclusões

Os resultados encontram-se em conformidade com a literatura quanto à prevalência das fontes GI altas como principal causa de anemia, pelo que enfatizamos o papel crucial da EDA na abordagem destes doentes. Porém, é importante excluir perdas baixas concomitantes, sobretudo em doentes mais idosos, também pela elevada prevalência de neoplasias. O estudo digestivo também não deve ser negligenciado nas mulheres em idade fértil pela grande prevalência de lesões GI em doentes mais jovens.

31 DE MAIO

Sala Albufeira II 14:00 - 15:30

CO109

1471 SÍNDROME HEMOFAGOCITICO E LINFOMA T PERIFÉRICO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Francisco Santos Cunha, Tânia Matos, Renato Costa Reis, Rui M. M. Victorino, Patrícia Howell Monteiro

Centro Hospitalar Lisboa Norte Hospital Santa Maria, Lisboa, Portugal

Introdução

Os linfomas de células T periféricos (LCTP) correspondem a 10-15% dos linfomas não Hodgkin, apresentando com frequência um comportamento agressivo com envolvimento sistémico. A linfohistiocitose hemofagocítica (LH), síndroma rara de ativação imune inapropriada, pode ser primária (hereditária) ou secundária a infecções, neoplasias, doenças reumatológicas ou metabólicas. Apresenta-se um caso de LH secundária a LCTP.

Descrição

Caso Clínico: Homem, 58 anos, antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e psoríase. Internado por perda ponderal não intencional >10%, sudorese noturna, febre vespertina e adinamia. Na observação a destacar febre e lesões cutâneas eritematopapulosas duras dispersas. Estudo complementar: pancitopenia, hipofibrinogenémia (134mg/dl), hiperferritinémia (12946 ug/L), hipertrigliceridémia (182 mg/dL), elevação da lactato desidrogenase (568 U/L) e B2-microglobulina (7,79 mg/L), haptoglobina consumida e velocidade de sedimentação normal. Serologias virais/bacterianas e autoimunidade negativa. Punção lombar (PL) sem alterações. Biópsia óssea com hemofagocitose, sem infiltração linfoproliferativa. TC torácica, abdominal e pélvica com hepatoesplenomegalia. Biópsia cutânea compatível com LCTP sem outra especificação. Estabelecido diagnóstico de LH secundária a LCTP, com exuberante expressão cutânea. Iniciada terapêutica com ciclofosfomida, doxorrubicina, etoposido, vincristina e prednisolona. Documentado envolvimento secundário do sistema nervoso central em 2ª PL. Deterioração clínica progressiva, culminando em óbito. Discussão: Face à sua baixa incidência (1.2 casos/milhão pessoas/ano) e apresentação pleomórfica, o diagnóstico de LH constitui um desafio diagnóstico. No adulto 50% dos casos de LH são associados a neoplasias, nomeadamente linfomas. O presente caso é ilustrativo da associação da LH com o LCTP, um subtipo de linfoma raro, conferindo esta associação um pior prognóstico.

CO110

1518 DOENÇA DE CASTLEMAN E FEOCROMOCITOMA, UMA ASSOCIAÇÃO MUITO RARA

Rosana Maia, Lúcia Brandão, Duarte Silva, Pedro Pinto, Edgar Torre, Carmélia Rodrigues, Diana Guerra

ULS Alto Minho - Hospital Santa Luzia, Viana Do Castelo, Portugal

Introdução

A doença de Castleman (DC) é uma doença linfoproliferativa rara e a sua apresentação e epidemiologia são variáveis. Pode ser classificada em unicêntrica ou multicêntrica e um dos diagnósticos diferenciais é o Feocromocitoma (F).

Descrição

Caso Clínico: Mulher, 43 anos, hipertensa e com dislipidemia, ex-fumadora, enviada à consulta por tumefação na região cervical esquerda, móvel e indolor. Sem anorexia ou emagrecimento. HIV 1-2 não reativo, EBV (IgG reativo e IgM indeterminado), TC cervical: volumosa adenopatia da cadeia jugular interna esquerda. Submetida a resseção cirúrgica complicada com Edema Agudo do Pulmão Hipertensivo (EAPH) e Síndrome Coronário Agudo. Ecocardiograma: hipocinésia da metade distal de todas as paredes e ápex, Cateterismo cardíaco: sem doença coronária, assumindo-se Miocardiopatia de Takotsubo. Por paresia facial esquerda, realizou RMN Cerebral (CE): prováveis lesões isquémicas recentes nas regiões corticosubcorticais bilaterais, compatíveis com provável etiologia embólica, pelo que iniciou hipocoagulação. Anti- HHV-8 não reativos, imunofenotipagem de sangue periférico sem alterações e histologia compatível com DC. Orientada para Consulta de Hematologia e solicitado PET-scan: provável envolvimento de DC a nível retromandibular esquerdo, volumosa massa abdominal com hipermetabolismo marcado de 18F-FDG. Submetida a biópsia de massa abdominal guiada por TC. Após procedimento, novo EAPH. Febre e afundamento progressivo do estado de consciência, com necessidade de ventilação invasiva e posteriormente ECMO. TC-CE com múltiplas lesões vasculares isquémicas agudas. Faleceu ao D5 internamento. Conhecido resultado histológico de massa abdominal: Feocromocitoma.

Discussão: A DC está associada a várias doenças endócrinas, no entanto apenas existe um caso descrito de associação entre DC e F. Torna-se pertinente pensar nesta associação improvável, uma vez que neste caso poderia ter alterado a orientação terapêutica e prognóstica da doente.

CO111

1522 TROMBOCITOPÉNIA COMO MANIFESTAÇÃO DE DOENÇA RARA

Mafalda Ferro Teixeira[1], Joana Caetano[2], Bruno Grima[2], José Delgado Alves[2]

[1]Medicina IV, Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca, Lisboa, Portugal

[2]Medicina IV/UDIMS, Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca, Lisboa, Portugal

Introdução

O diagnóstico diferencial da trombocitopénia é extenso e deve ser orientado pelo exame objectivo (EO) e pela presença de outras alterações analíticas. A presença de esplenomegália limita as hipóteses diagnósticas, sendo que as doenças metabólicas são um grupo de patologias que importa considerar.

Descrição

Mulher de 42 anos, leucodérmica, sem antecedentes relevantes. Sem medicação habitual. Foi encaminhada do médico de família por trombocitopénia isolada (entre 98 e 118 x 10^9/L). Sem sinais de discrasia hemorrágica, perda ponderal ou anorexia. Ao EO a destacar discreta hepatoesplenomegália. Analiticamente com trombocitopénia, sem outras citopénias; esfregaço de sangue periférico, enzimologia hepática, electroforese de proteínas e doseamento de imunoglobulinas dentro dos valores de referência. Serologias de EBV e CMV compatíveis com infecção passada, e serologias HIV 1/2, VHB e VHC negativas. ANA's negativos. Teste respiratório para H. pylori negativo. A ecografia abdominal confirmou ligeira hepatoesplenomegália de estrutura homogénea. Por apresentar adicionalmente leucopénia com linfopénia, fez biópsia óssea e mielograma que mostrou "infiltração de células histiocitárias, com citoplasma amplo e morfologia "em papel amarrotado"", compatível com Doença de Gaucher. O estudo bioquímico lisossomal confirmou a deficiência enzimática de glucocerebrosidade (GBA) em leucócitos totais do sangue periférico, e o estudo molecular detectou variantes do gene GBA descritas como causais da doença. A doente foi referenciada a Hematologia para tratamento. Discussão: A Doença de Gaucher é uma doença genética rara causada pela deficiência de uma enzima lisossómica que resulta na acumulação de glicosilceramida no sistema reticulo-endotelial. A descrição deste caso visa alertar para a possibilidade de uma alteração analítica tão frequente na prática clínica como a trombocitopénia, quando associada a esplenomegália, poder ser manifestação de uma doença rara como são as doenças infiltrativas.

CO112

1550 O QUE É RARO É RARO, O QUE É FREQUENTE...ÀS VEZES É RARO.

Jorge Rodrigues Fernandes, Joana Cristóvão Marques, Miguel Vasques, Matilde Fraga, Rui Barata, Vera Bernardino, Ana Catarina Rodrigues, Catarina Pereira, António Panarra

Hospital Curry Cabral, CHLC, Lisboa, Portugal

Introdução

A diabetes mellitus (DM) do adulto tem etiologia diversa, incluindo processo oncológico, inflamatório ou autoimune. Apresenta-se um caso raro de DM que representou um desafio diagnóstico.

Descrição

CASO CLÍNICO: Homem, 41 anos, com hábitos tabágicos e etílicos acentuados, sem outros antecedentes. Internado por DM inaugural (apresentação com polis e perda ponderal; glicemia capilar de 712mg/dL, cetonemia de 2.6mg/dL, sem alterações gasimétricas). O estudo inicial revelou hemoglobina glicada A1C 12%, peptídeo C baixo e autoimunidade negativa. Para avaliar alterações estruturais do pâncreas, realizou tomografia computorizada (TC) abdominal, que excluiu alterações pancreáticas mas revelou formações nodulares hepáticas e esplénicas, sugestivas de secundarismo. Complementou-se o estudo com TC-Torácica: "múltiplas lesões nodulares pulmonares, hipodensas, bilaterais, algumas das quais cavitadas e ausência de adenopatias. O estudo endoscópico digestivo foi inocente e uma biópsia transbrônquica foi inconclusiva. A restante avaliação excluiu processo infeccioso e sarcoidose. Após redução de consumo tabágico e etílico, repetiu TC: "regressão do número e volume das lesões hepáticas, esplénicas e pulmonares". Optou-se por biópsia transtorácica de nódulo pulmonar: "infiltrado inflamatório de mono e polimorfonucleares, presença de histiócitos que marcaram para S100 e CD1a". Diagnosticada histiocitose de células de Langerhans (HCL). Iniciou prednisolona e após 8 meses mantém-se clínica e imagiologicamente estável.

Discussão: A HCL é uma entidade rara, possivelmente subdiagnosticada na população adulta. Caracteriza-se por expansão clonal de células dendríticas patológicas que infiltram os tecidos e causam disfunção orgânica de grau variável. Exigindo um elevado nível de suspeição, o diagnóstico é muitas vezes de exclusão. As manifestações endócrinas são frequentes, sendo a diabetes insípida comum. A DM é uma forma rara de apresentação, estando descritos menos de 10 casos na bibliografia.

01 DE JUNHO

Sala Albufeira I 09:00 - 10:30

CO113

1759 LOMBALGIA AOS 40…

Bianca Vaz, Inês Marques, Rita Coelho, Rita Nortadas, Vitória Cunha, Pedro Beirão

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução

O mieloma múltiplo (MM) é uma doença maligna clonal da linhagem dos linfócitos B. Corresponde a 10% das doenças hematológicas malignas e é raro em indivíduos com idade inferior a 40 anos (apenas 2% dos casos), sendo as características clínicas e laboratoriais, bem como o prognóstico destes doentes similares às do idoso.

Descrição

Caso clínico: É reportado o caso de uma mulher de 38 anos, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo que recorre ao Serviço de Urgência por quadro de agravamento progressivo ao longo de uma semana de dorsolombalgia, gengivorragia e perda ponderal (4kg em sete dias). Analiticamente, anemia (Hb 7.6g/dL), hipercalcémia (Ca sérico 10.1mg/dL), lesão renal aguda (Cr 1.1mg/dL) e pico monoclonal da gamaglobulina em electroforese de proteínas séricas. Para investigação do quadro foi internada no Serviço de Medicina onde realizou: radiografia crânio com aspeto de padrão em "sal e pimenta", tomografia computorizada toraco-abdomino-pélvica e ressonância magnética total da coluna que mostraram envolvimento ósseo lítico da cintura pélvica e ossos longos, bem como, colapsos somáticos fraturários vertebrais de natureza neoplásica de D6, D9, L2, L4 e L5, com extensão à região epidural anterior ao nível de L1 e sacro, que condicionava compressão medular. Foi realizado estudo complementar com mielograma, biópsia óssea, imunofenotipagem, FISH e cariótipo, que foram consistentes com neoplasia de plasmócitos (CD138), TP53 negativa IgG lambda Estadio IIIB (Durie-Salmon). Iniciou posteriormente quimioterapia com protocolo VTD (bortezomib, talidomida e dexametasona). Conclusão: Apresenta-se este caso clínico raro pela manifestação do mieloma em idade jovem com envolvimento medular, com chamada de atenção para a valorização dos sintomas nos doentes mais jovens, que mesmo não sendo o expectável podem ser tradutores de doença.

02 DE JUNHO

Sala Silves II 09:00 - 10:00

CO114

1998 UM CASO DE ANEMIA NUM MILHÃO

Ana Cardoso[1], José Agapito Fonseca[2], Patrícia Semedo[1], Joana Gameiro[2], Daniela Alves[3], Nuno Jacinto[1], Sofia Jorge[2], José António Lopes[2]

[1]Serviço de Medicina 2, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

[2]Serviço de Nefrologia e Transplantação Renal, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

[3]Serviço de Hematologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

Introdução

A anemia como complicação da doença renal crónica presente nos doentes em hemodiálise carece de estudo quando se torna refractária aos incrementos de terapêutica marcial e agentes estimuladores da eritropoiese. A alteração concomitante de outras séries hematopoiéticas deve alertar para patologia subjacente não associada com a doença renal crónica.

Descrição

CASO CLÍNICO

Mulher de 33 anos com diabetes mellitus tipo 1 lipoatrófica e hipertensão arterial mal controladas com doença renal crónica G5D. Internamentos recorrentes por febre e sudorese nocturna associados a dispneia em repouso, mialgias sem outra sintomatologia associada. Exame físico com lipodistrofia generalizada, hepatomegália de 3 cm abaixo rebordo costal e ligeira esplenomegália. Laboratorialmente pancitopenia (Hb 5.5g/dL, normocítica e normocrómica, Leuc 2750x106L, Plaq 139x109L), PCR 3.1mg/dL. Macro-ovalócitos em esfregaço de sangue periférico, índice reticulocitário de 0.06, sem défice de factores hematínicos, elevação da LDH ou bilirrubina, haptoglobina normal, com hipogamaglobulinémia e Coombs equívoco. Etiologia infecciosa excluída por hemoculturas, IGRA e serologias de EBV, CMV, Coxiella, Coxsackie, Chlamydia, Micoplasma negativos. Ecografia abdominal com moderada hepatoesplenomegalia. Mielograma com 36% de linfócitos policlonais, imunofenotipicamente normais. Estudo da membrana eritrocitária sem fragilidade e citometria de fluxo de sangue periférico com clone de 1,8% granulócitos, 0.67% monócitos e 0.08% eritrócitos CD55 e CD59+. Sem melhoria sob prednisolona 1 mg/kg/dia, faleceu por complicações infecciosas.

DISCUSSÃO

A hemoglobinúria paroxística nocturna é uma doença rara e adquirida das células estaminais hematopoiéticas com clínica inespecífica e amplo espectro de gravidade. Não sendo a forma de apresentação tradicional, a pancitopenia pode ocorrer em mais de 15% dos doentes com síndrome de overlap com patologia da medula óssea, como anemia aplásica ou síndromes mielodisplásicos.

CO115

2012 HIPERVISCOSIDADE E SÍNDROME CONFUSIONAL, UMA CAUSA RARA E UMA APRESENTAÇÃO COMUM

Mafalda Corrêa Figueira, Patrícia Carneiro, Telma Caleça, Bárbara Lobão, Sonia Serra, José Pedro Villa De Brito, Amadeu Prado Lacerda

Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal, Portugal

Introdução

O síndrome confusional agudo(SCA), de etiologia multifactorial na sua maioria, pode afectar até 30% dos doentes internados em meio hospitalar, sendo também uma apresentação comum no Serviço de urgência (SU).

O síndrome de hiperviscosidade é, por outro lado, raro, podendo ocorrer em associação com mieloma múltiplo.

Descrição

Os autores apresentam um caso de um homem de 80 anos, previamente autónomo, admitido no Serviço de Medicina por SCA de etiologia a esclarecer. Para além de uma história de alterações do comportamento com uma semana de evolução, havia ainda referência a uma queda da própria altura, após tropeçar num objecto, o que motivou a vinda ao SU, tendo o doente sido medicado com oxicodona/naloxona.

À admissão, encontrava-se confuso, agitado, descorado, desidratado. Foi-lhe prescrito naloxona com pouco benefício. Por agravamento do quadro realizou punção lumbar que revelou discreta proteinorraquia e tomografia computorizada cranioencefálica que se revelou normal.

Da avaliação analítica salienta-se: anemia normocitica normocrómica, hipercalcémia, elevação dos parâmetros de função renal e velocidade de sedimentação superior a 120 mm/h mas sem outros parâmetros inflamatórios. O estudo das proteínas pedido em seguida revelou hiperproteinémia (11,7 g/dL) com hipoalbuminemia e uma electroforese das proteínas com pico monoclonal cuja imunofixação foi positiva para IgG Lambda. O mielograma revelou 63% de plasmocitos dos quais 39% eram plasmablastos e a biopsia ossea tinha 100% de infiltração por plasmocitos atipicos. Realizou radiografia do esqueleto onde se observaram várias lesões líticas.

Devido ao rápido agravamento da função renal o doente foi submetido a 5 sessões de plasmaferese com normalização da função renal e com melhoria progressiva do estado confusional.

Posteriormente, durante seguimento em consulta, assitiu-se a uma normalização dos valores de hemoglobina e de função renal tendo ainda recuperado a sua autonomia, de forma parcial.

02 DE JUNHO

Sala Silves III 09:00 - 10:00

CO116

2220 A AMILOIDOSE AL COMO MODELO DE DOENÇA MULTISSISTÉMICA - CASUÍSTICA DE UM CENTRO

Carolina Afonso, Adriana Roque, Catarina Geraldes, Letícia Ribeiro

Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

A amiloidose AL é uma patologia rara, caracterizada pelo depósito extracelular de cadeias leves de imunoglobulinas monoclonais em diversos órgãos e tecidos, nomeadamente coração, rim, fígado e sistema nervoso. Pode existir isoladamente ou em associação com Mieloma Múltiplo (MM). Tem habitualmente uma apresentação insidiosa e heterogénea, o que dificulta o seu diagnóstico.

Objetivos

Caracterização dos doentes diagnosticados com amiloidose AL num Centro Hospitalar, entre 2006 e 2017.

Métodos

Análise retrospetiva das características clínicas e laboratoriais, tratamento e "outcomes" dos doentes diagnosticados com amiloidose AL.

Resultados

Diagnosticados 31 doentes, com idade mediana de 68 anos (39-89); 64,5% do sexo masculino e 48,4% com ECOG 0-1. O intervalo entre a suspeita clinica e a comprovação histológica foi de 2,5 meses (0-23), sendo o rim o local de diagnóstico mais frequente (54,8%), seguido do coração e fígado (16,9%). Relativamente às manifestações, 67,7% dos doentes apresentavam proteinúria nefrótica, 35,5% cardiomiopatia restritiva, 16,1% hepatomegália e 9,7% neuropatia periférica. A gamapatia monoclonal mais comum foi a de cadeias leves livres λ (41,9%); 41,9% dos casos coexistiam com MM. 35,5% dos doentes foram tratados com esquema baseado em bortezomib, e 12,9% com transplante autólogo de progenitores hematopoiéticos; os restantes foram tratados com quimioterapia (n=13) ou faleceram após diagnóstico (n=7). Nenhum realizou transplante cardíaco. A sobrevivência mediana após o diagnóstico foi de 4,8 meses, sendo superior nos doentes tratados com bortezomib (HR 0,15; 1,7 vs 56,7 meses; p=0,001) e inferior naqueles com envolvimento cardíaco (HR 12,22; 0,9 vs 7,3 meses; p=0,001). A coexistência com MM e a lesão renal não influenciaram significativamente a sobrevivência (p=NS). A principal causa de morte foi a sépsis (72,7%).

Conclusões

A amiloidose AL é uma entidade multissistémica que requer uma elevada suspeição clínica. Tem prognóstico reservado, sobretudo na presença de envolvimento cardíaco.

01 DE JUNHO

Sala Albufeira I 09:00 - 10:30

CO117

2263 O DESAFIO DIAGNÓSTICO DA NEUTROPÉNIA FEBRIL

Joana Barbosa Rodrigues, Marta Freixa, André Rodrigues, Sara Úria, Glória Nunes Da Silva

Hospital Pulido Valente, CHLN, Lisboa, Portugal

Introdução

A neutropenia febril apresenta diversas etiologias constituindo muitas vezes um desafio diagnóstico.

Descrição

Mulher, 76 anos, 2 semanas antes do internamento por abcesso dentário foi medicada com amoxicilina+ácido clavulânico e metamizol, sem melhoria e inicio de febre. A avaliação por Estomatologia na urgência confirmou abcesso odontogénico de 1.3 e foi realizada pulpectomia e desinfecção do canal. Apresentava 3120 leucócitos/mL, 40 neutrófilos/mL, pelo que foi internada e iniciou piperacilina+tazobactam e amicacina. Verificou-se apirexia, resolução das queixas odontológicas e descida da PCR, mas manteve neutropenia, tendo iniciado filgastrim, que cumpriu 20 dias sem resposta. O estudo etiológico: culturas, serologias e estudo auto-imune negativo; mielograma e biópsia óssea - eritropoiese e megacariocitopoiese normais, granulócitos imaturos; TC - alterações focais hepáticas com captação de contraste; ecografia abdominal - pequenas imagens sub-nodulares hipoecogénicas dispersas; EDA, colonoscopia, ecografia ginecológica, mamografia e ecografia mamária sem lesões; ecografia da tiroide - imagem nodular quística no lobo direito, biopsada que revelou hiperplasia folicular; marcadores tumorais negativos; PET - captação fisiológica hepática. Ao 29º dia de internamento verificou-se inicio de aumento dos neutrófilos com posterior normalização.

Caso de neutropenia febril associada a infecção, mas sem normalização com a sua melhoria, sem diagnóstico de doença auto-imune, neoplásica ou outra doença hematológica, admitindo-se agranulocitose iatrogénica a metamizol. A favor verifica-se normalização dos neutrófilos 29 dias após interrupção do fármaco, ausência de anemia e de trombocitopenia, e mielograma com alteração apenas da linhagem granulocítica. Tratou-se de um caso desafiante, não só por estar associado

a iatrogenia de um fármaco de uso tão comum, mas também pela obrigatoriedade de investigação exaustiva para exclusão de outras causas.

02 DE JUNHO

Sala Silves II 09:00 - 10:00

CO118

2288 POLIADENOMEGALIAS GENERALIZADAS: LINFOMA T ANGIO-IMUNOBLÁSTICO OU INFECÇÃO LATENTE POR VÍRUS EPSTEIN-BARR

Rosa Alves, Ana Rita Varudo, Tiago Lobo Ferreira, Filipa Campos, Rita Gerivaz, Tiago Judas

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução

O Vírus Epstein-Barr (EBV) é um vírus com potencial oncogénico, habitualmente relacionado com incidência aumentada de linfoma, particularmente em doentes imunodeprimidos.

Descrição

Homem, 67 anos, com história de asma, tabagismo e hábitos alcoólicos. Internado para estudo de quadro consumptivo associado a artralgias generalizadas. À admissão apresentava adenopatias axilares múltiplas, de consistência elástica e indolores. Analiticamente, anemia de doença crónica, marcadores inflamatórios negativos. Do estudo serológico de referir anticorpos para EBV IgM negativo e IgG positivo. A tomografia computorizada de corpo evidenciava derrame pleuropericárdico e múltiplas adenopatias supra e infra-diafragmáticas. A biópsia ganglionar aspirativa evidenciava alterações compatíveis com linfoma Não-Hodkgin com áreas de linfoma folicular. A bióspia osteomedular apresentava raras células EBV positivas (EBV+), sugestiva de medula reactiva. Dada a incongruência entre as biópsias, feita revisão histológica do gânglio biopsado que evidenciava proliferação nodular de blastos com inúmeros blastos EBV+, admitindo-se proliferação linfóide folicular secundária a infecção por EBV. Para confirmação do diagnóstico, nova biópsia ganglionar excisional que documentou aspectos compatíveis com linfoma de células T angio-imunoblástico (LCTAI) e inúmeras células EBV+. Por apresentar marcada carga viral sérica EBV, admitido o diagnóstico de reactivação de infecção latente por EBV associada a LCTAI, tendo inicio tratamento com ganciclovir. Para estadiamento, realizou PET-TC scan que traduzia doença linfoproliferativa activa supra e infra-diafragmática. Concluiu-se LCTAI estádio III/IV B. Iniciou seguimento em consulta de Hematologia, actualmente sob quimioterapia com melhoria clínica, ainda sem remissão de doença. O caso apresentado demonstra a associação etiopatogénica da infecção EBV com o linfoma T, sendo de salientar a dificuldade na diferenciação das alterações histológicas entre as duas entidades.

31 DE MAIO

Sala Albufeira III 14:00 - 15:30

Doenças Hepáticas

CO119

1180 SÍNDROME DE CHANARIN-DORFMAN: UMA CAUSA RARA PARA DOENÇA HEPÁTICA

Rita Costa, Francisco Laranjeira, Ramon Vizcaíno, Filipe Santos, Filipe Nery

Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal

Introdução

A síndrome de Chanarin-Dorfman (SCD) é uma doença rara e hereditária do metabolismo, de acumulação dos lípidos neutros, causada por mutações no gene ABHD5. O envolvimento pode ser multisistémico e induzir doença hepática.

Descrição

CASO CLÍNICO: Homem, 61 anos, referenciado a consulta pré-transplante hepático por carcinoma hepatocelular (CHC) enxertado em cirrose classificada, desde há 30 anos, como esteatohepatite não alcoólica (NASH). Na primeira avaliação, documentada ictiose congénita e surdez neurosensorial. Documentada história de consanguinidade na família (pais que eram primos em primeiro grau). Na ausência de fatores de risco para NASH ou outras causas de cirrose, e pelo supramencionado, adiantada a possibilidade diagnóstica de SCD, pelo que realizou de imediato um esfregaço de sangue periférico, que demonstrou a anomalia de Jordan em inúmeras células. O estudo genético subsequente identificou uma mutação "missense" em homozigotia no gene ABHD5 (previamente descrita apenas num doente heterozigótico composto), o que confirmou a SCD como causa da cirrose hepática. O CHC (nódulo único) foi inicialmente tratado com termoablação por microondas e, após recidiva local, quimioembolização. O doente encontra-se, de momento, em lista para transplante hepático.

DISCUSSÃO: O gene ABHD5 codifica a proteína ABHD5, que é um co-factor da enzima ATGL na degradação intracitoplasmática dos triglicerídeos. A acumulação intracelular de triglicerídeos em diferentes órgãos e sistemas na SCD é precipitada pelo inadequado funcionamento deste co-factor. Existem menos de 100 casos publicados mundialmente e a presente mutação é descrita, pela primeira vez na literatura, em homozigotia.

CONCLUSÃO: A SCD, pelos depósitos lipídicos no parênquima hepático, pode mimetizar achados sugestivos de NASH, conduzindo ao atraso do diagnóstico. Esta é uma síndrome rara,

com diagnóstico realizado em idade avançada e com uma mutação nunca previamente descrita no mundo, em homozigotia.

CO120
1418 PSICOSE INDUZIDA POR HEMOCROMATOSE HEREDITÁRIA – CASO RARO OU SUBDIAGNOSTICADO?

Carolina Chálim Rebelo[1], João Mendes Coelho[1], João Bicudo Melo[2], Paula Macedo[1], José Renato Pereira[1], Clara Paiva[1]

[1]Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE, Ponta Delgada, Portugal

[2]Unidade de Saúde de Ilha do Faial, Horta, Portugal

Introdução

A Hemocromatose Hereditária (HH) é uma doença autossómica recessiva, que resulta numa sobrecarga sistémica de ferro. Alterações comportamentais e distúrbios psiquiátricos têm sido cada vez mais referenciados na literatura médica como a primeira manifestação de HH. O tratamento com flebotomias é eficaz na melhoria dos quadros psiquiátricos, por vezes sem necessidade de medicação psicotrópica.

Descrição

Homem de 34 anos é levado ao Serviço de Urgência por agitação psicomotora no contexto de um quadro com cerca de 12 meses de evolução de comportamentos disruptivos, ideação persecutória e consumo abusivo de álcool, com agravamento progressivo e ameaça da sua segurança e de terceiros. O estudo de exclusão de causas orgânicas como justificação da psicose mostrou um padrão de citocolestase hepática e uma Ferritina de 3805.8 ng/mL. No estudo complementar de diagnóstico fez-se a pesquisa molecular que revelou a mutação homozigótica 845G>A do gene HFE, compatível com os achados analíticos. Foi feita a exclusão de outras causas de sobrecarga de ferro. O doente encontra-se a cumprir flebotomias semanais, já com melhoria do padrão de citocolestase. Com a terapêutica psicotrópica e as flebotomias objetivou-se uma melhoria do estado mental do doente, com aumento do juízo crítico e diminuição das ideações persecutórias. Não é claro, no entanto, se esta melhoria se deve exclusivamente às flebotomias ou à sua associação com os fármacos. Com a continuação das flebotomias ficará claro se o quadro psicótico se resolve sem necessidade de medicação psicotrópica crónica.

A HH pode não se manifestar da forma clássica relacionada com excesso de deposição de ferro nos tecidos cardíacos, hepáticos e hipofisários. Pretende-se com este caso alertar para o diagnóstico de HH em doentes com alterações comportamentais e psicoses inexplicadas, principalmente se resistentes a psicotrópicos. O diagnóstico e tratamento atempados minimizam os danos causados pela sobrecarga sistémica de ferro.

CO121
1828 LESÃO HEPÁTICA INDUZIDA PELA ESPIRONOLACTONA

Ana Cristina Pereira Martins, Sofia Sousa, Helena Assunção, Inês Vidal, Leonor Aleluia, Pedro Ribeiro, Adriano Rodrigues

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Hospital Geral, Coimbra, Portugal

Introdução

O fígado é o principal orgão responsável pela metabolização de fármacos e toxinas, função que o predispõe a situações de toxicidade, de natureza frequentemente idiossincrásica. Desde elevações transitórias das enzimas hepáticas a hepatites fulminantes, o espectro das lesões hepáticas induzidas por tóxicos é extenso, sendo ainda mais complexo pela dificuldade frequente em definir uma relação causal.

Descrição

Os autores relatam o caso de um doente, de 87 anos, que recorre ao Serviço de Urgência por um quadro de icterícia, prurido, náuseas e vómitos, com 48h de evolução. A admissão, objectivada icterícia cutânea e das escleróticas, bem como um eritema maculo-papular disperso, com elevação analítica da FA, GGT, TGO, TGP e da bilirrubina total (BT), à custa da directa, com abdómen clinicamente sem alterações. Realizada ecografia abdominal, sem alterações, sendo o doente internado para estudo de hepatite colestática. Realizado estudo analítico (nomeadamente vírico e auto-imune) e imagiológico (TAC abdominal e Colangio-RMN), sem evidência de alterações, verificando-se um agravamento progressivo e marcado das alterações clínicas e analíticas descritas, com desenvolvimento de pequenas lesões cutâneas pustulosas, que motivou realização de biópsia, compatível com Pustulose Exantemática Aguda Generalizada. Atendendo ao quadro, ponderado diagnóstico de lesão hepática induzida por tóxicos, apurando-se terapêutica habitual com Levodopa/Carbidopa e início de Furosemida e Espironolactona 8 semanas antes do início do quadro. Realizada biópsia hepática que revelou a presença de colestase hepatocanalicular, de etiologia tóxica/medicamentosa ou séptica, assumindo-se diagnóstico de lesão hepática induzida pela Espironolactona, dado que doente havia reiniciado Furosemida, sem reagravamento clínico. Verificada boa evolução posterior.

As lesões hepáticas induzidas por fármacos são diagnósticos complexos, muitas vezes de exclusão, que surgem habitualmente 7-90 dias após início de um fármaco, com melhoria progressiva após descontinuação do mesmo. Ainda que raros, estão descritos casos associados à Espironolactona, tal como o apresentado.

31 DE MAIO

Sala Silves I 14:00 - 15:30

Doenças Oncológicas

CO122

89 METÁSTASES CEREBRAIS - CASUÍSTICA DE 7 ANOS NUM HOSPITAL DISTRITAL

Carolina Morna, Jéssica Chaves, Catarina Lume, Nélia Abreu, Tiago Esteves Freitas, Maria Luz Brazão

Hospital Central do Funchal, Funchal, Portugal

Introdução

As metástases cerebrais sãos os tumores intracranianos mais comuns em idade adulta, correspondendo a mais de metade dos tumores cerebrais. A incidência de metastização cerebral é crescente. A maioria dos tumores primários são neoplasias do pulmão, mama, rim, colorrectal e melanomas.

A sobrevida média de doente com metástases cerebrais de tumores sólidos, não tratadas, é aproximadamente 1-2 meses, 3 meses se metástase única.

Objetivos

Estudo retrospectivo de doentes com diagnóstico de metastização cerebral num hospital distrital

Métodos

Casuística de doentes com diagnóstico principal e secundário de metastização cerebral entre 2010 e 2017, a nível hospitalar. Estudaram-se variáveis demográficas e clínicas. Análise descritiva.

Resultados

Foram identificados 88 casos, dos quais 37.5% mulheres e 62.5% homens, com idade média de 62 anos.

Apresentação metácrona em 49%, síncrona em 14.6% e precoce em 36.4%.

Identificação do tumor primário foi conseguida na maioria dos casos: 69.3% pulmão, 7.9% mama, 3.4% linfoma, 3.4% melanoma, 6.9% gastrointestinal, 4.6% outros. 4.5% permaneceram ocultos.

64.8% dos casos apresentavam metástases cerebrais múltiplas, 35.2% com metastização única. Distribuição das metástases: 72.7% hemisférica, 6.8% cerebelo, 20.5% metastização hemisférica e cerebelosa.

Aquando do estadiamento da doença, verificou-se metastização de outros órgãos em 53.4%, sendo os locais mais comuns: supra-renal, ganglionar, fígado, pulmão.

Faleceram 85.2% dos doentes, com tempos de sobrevida de 1 mês em 34.1%, 3 meses em 17%, 6 meses em 5.7%, 1 ano em 15.9%.

Conclusões

Os resultados obtidos na amostra são concordantes com a literatura existente, apontando para as neoplasias do pulmão e mama como tumores primários mais frequentes, com distribuição hemisférica significativamente predominante.

Mais de metade dos casos apresentam outros locais de metastização sistémica, sendo mais comum: suprarrenal, ganglionar e hepática.

Mortalidade a 3 meses de 51.1% e a 1 ano de 72.7%.

02 DE JUNHO

Sala Albufeira I 09:00 - 10:00

CO123

306 INVESTIGAÇÃO DE SINTOMAS CONSTITUCIONAIS - UM DESAFIO !

José González, Andreia Silva, Cláudia Rodrigues, Rui San-Bento, Clara Paiva

Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada, Portugal

Introdução

A metastização de tumor primário desconhecido representa 5% das neoplasias invasivas. Tipicamente manifesta-se de forma insidiosa e a investigação inicial geralmente é insuficiente para identificar a localização primária.

Descrição

Homem de 53 A, caucasiano, pedreiro; hábitos de 30g de álcool/dia; não fumador. Recorreu à Urgência pela 2ª vez no período de 15 dias, por dor e aumento do perímetro abdominal com 1 mês de evolução, anorexia, astenia e perda ponderal não quantificada. Do exame objetivo, de referir ascite, sem outros estigmas de doença hepática crónica. Análises: PCR 9 mg/dL, anemia mista (ferritina 634 ng/ml e saturação transferrina 13%), VS 54 mm, albumina 1.6 g/dL e TSH N. Serologias hepáticas negativas. Eco abdominal com ascite, sem outras particularidades. Das 2 paracenteses realizadas, o gradiente sero-ascítico excluiu hipertensão portal e os estudos citológicos e microbiológicos foram negativos. Prosseguiu-se a investigação: EDA - gastrite crónica Helicobacter pylori + e colonoscopia - adenoma tubular com displasia de baixo grau, ressecado. TC tóraco-abdómino-pélvico: “marcado e extenso espessamento do folheto peritoneal anterior, sugestivo de carcinomatose peritoneal. Coexistência de alguns nódulos tecidulares, igualmente atribuíveis a implantes peritoneais”. Dos marcadores tumorais, de referir discreta elevação do CA 15.3. Realizou laparoscopia exploradora, cujo resultado histológico revelou tratar-se de um mesotelioma peritoneal maligno e o doente foi referenciado à Oncologia, para seguimento.

O mesotelioma peritoneal é uma neoplasia extremamente rara, de mau prognóstico (sobrevida de 6-12M), com incidência de 1-2 casos/ 1.000.000 habitantes/ ano, mais frequente no homem (2:1), com cerca de 75% dos doentes a apresentar idades entre os 50 e 60 A. A relação entre a exposição às fibras de amianto e a doença peritoneal não se encontra tão bem estabelecida como no caso do mesotelioma pleural, existindo história prévia de contacto em apenas 50% dos casos.

CO124

525 UMA CORRIDA CONTRA O CANCRO

Rita Gameiro, Vanda Jorge, Fernando Martos Gonçalves, José Lomelino Araújo

Hospital Beatriz Ângelo, Loures, Portugal

Introdução

As neoplasias foram a segunda causa de morte em 2015 em Portugal, sendo responsáveis por 24,5% dos óbitos. Os tumores da traqueia, brônquios e pulmão são a primeira causa de morte, seguido por tumores do trato digestivo.

Objetivos

Caracterizar a população internada num serviço de Medicina Interna com o diagnóstico inaugural de neoplasia em termos demográficos, caracterização da doença, sobrevida após diagnóstico e comorbilidades.

Métodos

Foram identificados todos os doentes com diagnóstico de neoplasia em 2016 e 2017 através da consulta de processo informático.

Resultados

1771 internamentos, estando a doença oncológica presente em 406 doentes. 53 doentes com diagnóstico inaugural, com prevalência do sexo masculino (59%), idade média de 75±9 anos e sendo 72% previamente autónomos. 94% dos doentes foram admitidos através da urgência, tendo uma duração média de internamento de 19±15 dias. A prevalência de neoplasia foi de 23%, com uma incidência de 3%. 30% dos doentes tinham tumor gastrointestinal, seguido de pulmão (17%) e neoplasia oculta (15%). 49% apresentavam metastização à distância. À data da alta, apenas 35% permaneciam autónomos. 60% dos doentes tiveram indicação para terapêutica paliativa: 42% paliação estrita, 42% quimioterapia (QT) paliativa, 8% radioterapia (RT) paliativa e 8 % QT/RT paliativa. Em termos de comorbilidades, realça-se a presença de hipertensão arterial (60%), tabagismo (42%) e história prévia de neoplasia (30%).

19% dos doentes faleceram durante o internamento, subindo a taxa de mortalidade para 75% ao fim de uma média de 3 meses após o diagnóstico.

Conclusões

Apesar da implementação de programas de rastreio nacional, ainda há um número elevado de doentes cujo diagnóstico inaugural de neoplasia é feito durante o internamento hospitalar, sendo o estadio avançado e a sobrevida a curto prazo reduzida. Deste modo, os autores reforçam a importância da educação para a saúde e autovigilância de sintomas de alarme.

CO125

640 DIAGNÓSTICO INAUGURAL DE NEOPLASIA EM INTERNAMENTO: 3 ANOS DE ESTUDO RETROSPETIVO

Joana Isabel Marques, Rita Gameiro, Ana Isabel Reis, Joana Filipa Oliveira, Ana Grilo, Fernando Martos Gonçalves, José Lomelino Araújo

Hospital Beatriz Ângelo, Loures, Portugal

Introdução

Assiste-se atualmente a um aumento da incidência de neoplasias no mundo, com crescimento de novos diagnósticos todos os anos principalmente devido à melhor acuidade diagnóstica e implementação de programas de rastreio populacionais.

Objetivos

Caracterização dos doentes com diagnóstico inaugural de neoplasia em internamento, durante 3 anos, incluindo demografia, tipo de neoplasia, estadiamento e desfecho.

Métodos

Estudo retrospetivo; identificados entre os doentes internados numa enfermaria de medicina no período de 1 de Janeiro de 2015 a 31 de Dezembro de 2017 (n=2697), aqueles a que foi realizado o diagnóstico inaugural de neoplasia no decorrer do internamento.

Resultados

Identificaram-se 98 doentes com diagnóstico inaugural de neoplasia (4% de todos os internamentos), maior prevalência no sexo masculino (62%), média de idade de 73 anos (máx 96, mín 32). O diagnóstico mais comum foi de neoplasia do pulmão (22%), seguido de neoplasias hematológicas (13%), neoplasia do cólon (11%) e estômago (9%), com neoplasia oculta em 11% dos casos. Evidência de metastização à distância em 55% dos casos e doença localizada em apenas 13% dos casos. A taxa de mortalidade durante o internamento foi de 24%, verificando-se que 75% destes doentes apresentavam evidência de metastização à distância. Subida da taxa de mortalidade para 52% a três meses.

Da análise comparativa de 2015 a 2017, assistiu-se a uma diminuição do número diagnósticos inaugurais, com redução da taxa de mortalidade em internamento de 36%, 16% e 14% para os anos 2015, 2016 e 2017, respetivamente, bem como uma melhoria da sobrevida (13% em 2015, 23% em 2016 e 32% em 2017).

Conclusões

Tipo de neoplasias mais diagnosticado concordante com a literatura. O diagnóstico inaugural de neoplasias durante o internamento permanece um diagnóstico associado a mau prognóstico pela presença de metastização à distância na maioria dos casos. Na análise anual, verifica-se uma discreta melhoria da taxa de mortalidade em internamento associado a diminuição de doença metastizada.

CO126

837 PNEUMONITE A BORTEZOMIB: UMA REALIDADE!

Filipa Guimarães, Adriana Soares, Carlos Sottomayor, Raquel Calisto, Marta Pereira, Nidia Pereira

ULSM - Hospital Pedro Hispano, Porto, Portugal

Introdução

O bortezomib é um inibidor reversível da atividade do poteossoma 26S utilizado no tratamento do mieloma múltiplo (MM) e do linfoma de células do manto. A sua aprovação impulsionou uma nova era na terapêutica molecular. São inequívocos os seus benefícios, tendo já sido identificados alguns efeitos colaterais: dos mais frequentes (> 30%) a fadiga, queixas gastrointestinais e a neuropatia periférica; menos comummente a insónia, artralgia e edema periférico. O atingimento pulmonar está descrito, sem frequência conhecida.

Descrição

Caso clinico: Homem, 72 anos, diagnóstico MM em Abril de 2017 com anemia, lesões ósseas e atingimento renal, iniciou Bortezomib, Melfalano e Prednisolona em 11 de Maio. Apresenta-se no serviço de urgência dias depois, por exuberante edema e rubor dos membros inferiores. Fraca resposta diurética pelo que foi realizada biopsia cutânea cuja resultado foi inconclusivo. Pela inexistência firme de associação farmacológica, foi reiniciado bortezomib a 19 de Junho. Readmitido dia 26 de Junho, por quadro sugestivo de infeção respiratória com insuficiência respiratória tipo 1 grave. Instituída antibioterapia sem resposta com deterioração clinica. TC do tórax com infiltrados pulmonares bilaterais, em "pedra de calçada". Realizou broncofibroscopia cujo lavado broncoalveolar revelou linfocitose, relação CD4/CD8 diminuída e características imunofenotipicas sugestivas de reação de hipersensibildade, a favor de pneumonite intersticial farmacológica. Foram excluídas causas infeciosas. Iniciada corticoterapia com excelente resposta clinica e imagiológica.

Os autores pretendem com este caso realçar a importância dos novos tratamentos da doença neoplásica, mas também sensibilizar os clínicos para o reconhecimento dos seus efeitos colaterais. A descrição de atingimento pulmonar pelo bortezomib é muito rara, estando descrita em alguns artigos, principalmente em doentes Japoneses. Até à data, não se conhecem descrições desta manifestação em doentes portugueses ou europeus.

02 DE JUNHO

Sala Silves III 09:00 - 10:00

CO127

1156 COMPARAÇÃO ENTRE OS ÍNDICES MASCC E CISNE NA NEUTROPENIA FEBRIL: UMA COORTE RETROSPECTIVA DE 5 ANOS

Francisco Teixeira Da Silva, Miguel Romano, João Pedro Pais, Fernando Rocha Correia, Ana Sofia Costa Matos, Manuel Ferreira, Diana Guerra, Carmélia Rodrigues

ULSAM, Viana Do Castelo, Portugal

Introdução

Uma das complicações mais grave do uso de citotóxicos no tratamento de neoplasias é a neutropenia febril (NF). Há vários modelos de estratificação de gravidade neste contexto: os mais utilizados são o Índice da Multinational Association for Supportive Care of Cancer (MASCC) e o Clinical Index of Stable Febrile Neutropenia (CISNE).

Objetivos

Caracterizar os episódios de NF admitidos num hospital distrital, durante 5 anos. Aplicar e avaliar o poder discriminatório do índices MASCC e CISNE para complicações no internamento.

Métodos

Coorte retrospectiva de todos os casos codificados no ICD-9 como NF entre 2012 e 2016 (N=83). Excluídos casos pediátricos e aqueles em que a neutropenia não foi atribuível a esquemas de quimioterapia. Analisados dados epidemiológicos, clínicos e laboratoriais à data de diagnóstico e complicações durante o internamento. Calculados e analisados os índices à admissão. A análise estatística foi realizada com SPSS ® 23.

Resultados

Foram identificados 55 casos: 65.5% do sexo feminino e com idade média de 63 anos. A maioria apresentava neoplasias sólidas (apenas 7.3% com doença hematológica). 54.4% corresponderam a situações de alto risco segundo o MASCC enquanto que 67.3% foram classificados na classe III (alto risco) do CISNE. A concordância entre modelos foi pobre (kappa 0.137; p>0.05). As complicações mais frequentes no internamento foram os distúrbios hidroeletrolíticos, alterações da coagulação/hemostase e insuficiência respiratória (23.6%, 21.8% e 16.4%, respectivamente); a taxa de mortalidade intra-hospitalar foi de de 9%. O MASCC apresentou melhor capacidade discriminatória do que o CISNE para o desenvolvimento de complicações no internamento: AUROC= 0.738 (MASCC) e 0.405 (CISNE).

Conclusões

A grande maioria dos episódios corresponde a situações de gravidade em ambos os modelos. O desenvolvimento de novas ferramentas mais precisas e validadas em estudos prospectivos pode ajudar na tomada de decisão, mas não substitui o juízo clínico quanto a orientação dos doentes com NF.

CO128

1777 QUANDO ATÉ O MAIS FORTE VIRA FRACO

Bianca Vaz, Inês Marques, Rita Coelho, Rita Nortadas, Vitória Cunha, Pedro Beirão

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução

As lesões orais malignas têm diversas etiologias possíveis, sendo que as lesões secundárias correspondem apenas a 1% de todas estas. A metastização para a cavidade oral é um fenómeno infrequente e que está associado a doença maligna agressiva e de crescimento rápido. As neoplasias primárias que mais frequentemente metastizam para a cavidade oral são: pulmão, mama e órgãos dos tratos genitourinário e gastrointestinal. A primeira manifestação ser a metastização para a língua ocorre em apenas 30% dos casos.

Descrição

Caso clínico: Os autores descrevem o caso de um homem de 51 anos, fumador ativo, que recorre ao serviço de urgência por crise convulsiva inaugural e massa cervical com crescimento progressivo ao longo de uma semana. Exames complementares de diagnóstico realizados durante o internamento demonstraram neoplasia do pulmão de pequenas células com metastização da base e ponta da língua bem como metastização cerebral. Apesar da marcha diagnóstica célere com início de quimioterapia (QT) ainda durante o internamento com carboplatina, etopósido e ácido zoledrónico, o doente acabou por falecer 3 dias após início de QT o que revela bem a agressividade da doença. Conclusão: A incidência de cancro do pulmão tem vindo a aumentar nos últimos anos, no entanto a metastização para a língua continua a ser uma situação muito rara, sobretudo como forma de manifestação inicial da doença, sendo este o 11º caso relatado na literatura.

02 DE JUNHO

Sala Albufeira I 09:00 - 10:00

CO129

2015 SÍNDROME DE LISE TUMORAL ESPONTÂNEO EM NEOPLASIA DA PRÓSTATA

João Pina Cabral, Braulio Gomes, Rafael Pinto Silva, João Rua, Joana Coelho, Adriano Rodrigues

CHUC, Coimbra, Portugal

Introdução

A síndrome de lise tumoral é considerada uma emergência oncológica em que há libertação de grande quantidade de potássio, fosfato e ácidos nucleicos para a circulação sanguínea. Os efeitos nefastos da hipercaliémia, da hiperfosfatémia e da hiperuricemia podem levar à morte do doente, sendo uma entidade que deve ser tida em conta quando se trata um doente oncológico. Raramente associada a tumores sólidos, esta entidade representa um grupo de alterações que, se não forem tratadas, podem levar a morte do doente.

Descrição

Doente de 59 anos com diagnóstico de cancro da próstata com metástases ósseas. Recorre ao serviço de urgência por dor no hipocôndrio direito, com múltiplos nódulos hepáticos na ecografia abdominal, sugestivos de lesão secundária, pelo que é internado para estudo. Apresentava dor de difícil controlo, havendo necessidade de doses crescentes de analgésicos.

Apresentou um agravamento súbito do estado geral, com sudorese profusa, febre, aumento da dor e diminuição do débito urinário. Colheram-se amostras para hemocultura e urocultura e iniciou-se antibioterapia empírica com Piperacilina/tazobactam. O controlo analítico evidenciava hipercaliémia e hiperuricemia, assim como títulos elevados de lactato desidrogenase (LDH) e diminuição marcada da função renal. Assumiu-se o diagnóstico de síndrome de lise tumoral espontânea, tendo-se iniciado Rasburicase, hidratação e.v. e diuréticos de ansa.

DISCUSSÃO

A síndrome de lise tumoral está normalmente associada a doenças neoplásicas hematológicas, mais comumente a linfomas não-Hodgkin de alto grau e leucemias agudas, após o início de terapêutica citotóxica ou, em raros casos, corticoterapia. Considerados de baixo risco, os tumores sólidos também podem apresentar esta complicação, devendo estar presente em todos os clínicos que tratam doentes oncológicos. Raramente, esta síndrome apresenta-se previamente ao tratamento diferenciando-se do pós-tratamento por não apresentar níveis elevados de fosfato, como neste caso.

02 DE JUNHO

Sala Silves III 09:00 - 10:00

CO130

2074 A RARIDADE POR DETRÁS DE UMA CANDIDA: HISTIOCITOSE DE CÉLULAS DE LANGERHANS

Luís Pontes Santos[1], Joana Sá Couto[1], Edite Mendes[1], Vera Teixeira[2], Raquel López[1]

[1]ULSAM - Hospital de Santa Luzia, Serviço de Medicina 1, Viana Do Castelo, Portugal

[2]ULSAM - Hospital de Santa Luzia, Serviço de Dermatologia, Viana Do Castelo, Portugal

Introdução

A Histiocitose de células de Langerhans (LCH) é uma doença rara que atinge todos os grupos etários, sendo mais comum entre os 1 e 3 anos. Origina-se em células precursoras mieloides da medula óssea. Pode afectar inúmeros órgãos como osso, pele, gânglios linfáticos, fígado, baço, mucosa oral, pulmões ou sistema nervoso central. Com base na extensão da doença divide-se em SS-LCH quando afecta um único sistema (sendo o mais frequente o osso) ou MS-LCH quando afecta dois ou mais.

Descrição

Mulher de 44 anos, com antecedentes de hipertensão, obesidade de grau III e debilidade socioeconómica. Avaliada em consulta de Dermatologia em 2015 por suspeita de candidíase cutânea com 2 anos de evolução na região inframamária, prega abdominal inferior e inguinal. Nesta altura, foi medicada com antifúngico oral que não terá cumprido e faltou às consultas de seguimento. Entretanto, mantém seguimento intermitente no médico de família. Em Janeiro/2017 é enviada ao Serviço de Urgência pelo médico de família por agravamento da dermatite fúngica. Apresentava extenso eczema exsudativo nas mesmas localizações com duas pequenas úlceras inframamárias, associado a maus cuidados de higiene. Internada e medicada com fluconazol oral e associação tópica de corticoide e antifúngico com melhoria das lesões cutâneas. Orientada para consulta de Dermatologia após a alta. Regressa ao Serviço de Urgência em Julho/2017, com novo agravamento e suspeita de sobreinfecção bacteriana. Internada e medicada com Flucloxacilina e Itraconazol. Isolados em zaragatoa das lesões E.coli, P.mirabilis e S.Aureus. Realizou biópsia cutânea que revelou o diagnóstico de Histiocitose de células de Langerhans. Orientada para Hematologia encontrando-se a realizar quimioterapia.

Conclusão: Apresenta-se este caso pela raridade do diagnóstico de LCH e para destacar a importância da sua suspeição diagnóstica perante um exantema grave que se assemelha ao de uma infecção por Candida.

02 DE JUNHO

Sala Albufeira I 09:00 - 10:00

CO131

2153 TAMPONAMENTO CARDÍACO COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

Joana João Fernandes, Diana Macedo Martins, Emanuel Araújo, Maria Teresa Antunes

Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

Introdução

O tamponamento cardíaco é uma emergência médica que se pode revelar um desafio diagnóstico em doentes previamente saudáveis. Apesar de o derrame pericárdico ser uma manifestação inicial rara de neoplasia, o desenvolvimento de tamponamento cardíaco aumenta significativamente a probabilidade desse diagnóstico.

Descrição

Senhora de 49 anos que apresentava dispneia com 3 semanas de evolução e de agravamento progressivo, dor torácica retroesternal, turgescência venosa jugular e taquicardia. A radiografia de tórax mostrou apagamento do ângulo costo-frénico à esquerda e discreto alargamento da silhueta cardíaca. Foi realizada angio-TC torácica que revelou derrame pericárdico de grande volume, confirmando-se tamponamento cardíaco por ecocardiograma transtorácico. Foi realizada pericardiocentese com drenagem de 1100 mL de líquido sero-hemático, contudo a análise bioquímica e citológica do líquido pericárdico mostrou-se inconclusiva. Entre os estudos efectuados para esclarecimento etiológico, a TC abdominal revelou um espessamento parietal gástrico que foi biopsado e que confirmou tratar-se de adenocarcinoma gástrico difuso com células em anel de sinete. Por fosfatase alcalina em aumento progressivo e lombalgia foi pedida cintigrafia óssea que mostrou múltiplas áreas com actividade osteoblástica, correspondendo a metástases de adenocarcinoma gástrico confirmadas por biópsia óssea. A doente iniciou quimioterapia paliativa, apresentando recorrência de pericardite com derrame pericárdico de pequeno volume aos 6 meses, sem melhoria do grau de metastização e marcadores tumorais séricos em crescendo. O envolvimento pericárdico e a metastização óssea são dois achados incomuns associados a neoplasia gástrica. Apesar de o tamponamento cardíaco estar mais associado a neoplasia da mama e do pulmão, devem-se ponderar outros focos primários menos comuns perante um derrame pericárdico de grande volume de etiologia mal esclarecida.

02 DE JUNHO

Sala Silves III 09:00 - 10:00

CO132

2294 ASCITE NEOPLÁSICA?

Catarina Araujo, Rita Homem, Anilda Barros, Mariana Brito, Vanda Spencer, Francisca Delerue

Hospital Garcia de Orta, Lisboa, Portugal

Introdução

O mesotelioma maligno é um tumor raro. Envolvimento pleural é o mais frequente, ocorrendo a nível do peritoneu em apenas 30% dos casos, sendo mais prevalente no sexo masculino. Dada a inespecificidade e caráter indolente dos sintomas, o diagnóstico é geralmente tardio. Existe forte associação entre o mesotelioma peritoneal maligno e a exposição a asbestos, com período de latência de 20-30 anos e o risco relaciona-se com a duração e intensidade da exposição.

Descrição

Apresenta-se o caso de um homem, 55 anos, pescador, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus e cardiopatia isquémica. Ex-fumador e hábitos alcoólicos. Tinha exposição prévia prolongada a amianto (armazém onde guardava o pescado). Recorreu ao Serviço de Urgência por aumento do volume abdominal com 1 ano de evolução e agravamento no último mês. Ao exame objetivo: ascite sob tensão, sem massas abdominais ou organomegalias palpáveis nem estigmas de doença hepática crónica associados. Analiticamente parâmetros inflamatórios, função hepática, renal e tiroideia sem alterações. NT pró-BNP e ecocardiograma normais. Fez paracentese com exame citoquímico com gradiente sero-ascítico de albumina aumentado, elevada celularidade com predomínio de polimorfonucleares e exame microbiológico negativo. O exame anatomopatológico sugeriu adenocarcinoma, efetuando-se estudo exaustivo de neoplasia oculta inconclusivo. Optou-se por laparoscopia exploradora, visualizando-se múltiplos implantes peritoneais em que as biópsias permitiram o diagnóstico de mesotelioma peritoneal maligno do tipo epitelióide. O doente foi proposto para peritonectomia e quimioterapia intraperitoneal intra-operatória. Realça-se que no mesotelioma peritoneal a paracentese tem baixa sensibilidade diagnostica pelo reduzido número de células malignas presentes no líquido ascítico. A laparoscopia com biópsias de implantes peritoneais deve ser feita de forma cautelosa e por cirurgião experiente, pelo risco de disseminação local da parede abdominal.

31 DE MAIO

Sala Silves I 14:00 - 15:30

CO133

2300 DERRAME PLEURAL: QUE ETIOLOGIAS CONSIDERAR

Sara Irina Almeida, Ana Gonçalves, Carlos Ramalheira, Rita Dutschmann, João Machado

Hospital Fernando Fonseca, Amadora, Portugal

Introdução

O quilotórax é a acumulação de linfa no espaço pleural por obstrução do ducto torácico. É uma causa de derrame pleural pouco frequente, mas importante, pois impõe um diagnóstico definitivo por vezes difícil. As causas mais comuns são as neoplasias, o trauma, as infeções, trombose da veia cava superior e causas congénitas.

Descrição

Apresentamos o caso de um homem de 78 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, que recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de cansaço e dispneia com 2 semanas de evolução. Referia também perda ponderal de 8 Kg num ano. À observação apresentava diminuição do murmúrio vesicular nos 2/3 inferiores do campo pulmonar direito, assumindo-se derrame pleural em contexto de insuficiência cardíaca, tendo sido medicado com diurético, com resposta inicial favorável.Por recorrência do derrame pleural é internado, destacando-se à observação no internamento adenopatia cervical. Analiticamente Hb: 10.2g/dL, normocítica e hipocrómica; sem leucocitose; VS: 96 mm/h; LDH: 262 U/L; NT pró-BNP: 819 pg/mL; Ecocardiograma com função sistólica conservada. Toracocentese: líquido leitoso, 427 células, predomínio de linfócitos, Triglicéridos no liquido pleural: 138 mg/dL, imunofenotipagem liquido pleural positiva para linfoma B (CD19 +); Tomografia computadorizada de corpo “incontáveis adenomegalias supra diafragmáticas e conglomerados adenoapticos intraabdominais, alguns envolvendo em manga os vasos abdominais…”; Mielograma: Linfócitos de tamanho aumentado, com núcleos irregulares, com escasso citoplasma, com aspetos compatíveis com Linfoma Não Hodgkin B; Biópsia de gânglio: CD20 +, BCL2+, CD10 +/-, BCL6+, CD3-, CD5-, CD23-, Ciclina D1-, compatível com Linfoma Folicular de padrão folicular predominante, grau 2”.

O quilotorax é uma complicação rara no Linfoma Não Hodgkin de qualquer tipo ou grau, sabendo-se pouco acerca dele. Surge de forma insidiosa na maioria dos casos, podendo apresentar-se de forma aguda, atrasando assim, o seu correcto diagnóstico.

02 DE JUNHO

Sala Silves III 09:00 - 10:00

CO134

2313 TUMOR DA BAINHA DOS NERVOS PERIFÉRICOS - UMA DOENÇA RARA COM UMA RARA APRESENTAÇÃO

Nuno Gaibino, Ana Luisa Martins, Sara Croca, Daniel Costa Gomes

CHLN - HSM, Lisboa, Portugal

Introdução

Os Tumores malignos da bainha dos nervos periféricos caracterizam-se por uma apresentação tão rara quanto altamente agressiva, representando menos de 10% de todos os tumores dos nervos periféricos.

Descrição

O presente caso reporta uma rara apresentação de um massa mediastínica num jovem do género masculino sem antecedentes pessoais relevantes. Recorre ao Serviço de Urgência com dor torácica de característica pleurítica com dias de evolução. Identificado em Rx de tórax lesão extensa de provável localização mediastínica posterior.

Realizado estudo complementar com TC de tórax com biopsia guiada com identificação de tumor da bainha do nervo periférico do mediastino irressecável. Proposto para quimioterapia com doxorrubicina e ifosfamida (1º linha) e posteriormente com trabectidina (2ª linha). Evidência de progressão sob terapêutica tendo iniciado RT paliativa.

Da evolução do doente destaca-se cefaleias holocranianas de agravamento progressivo, associada a lesão neurológica de novo com parésia do nervo motor ocular externo à esquerda.

Efectuado dirigido por TC e RM cranioencefálica para possível disseminação do Sistema Nervoso Central com documentação envolvimento leptomeníngeo e hidrocefalia activa.

Foi decidida colocação de cateter Omaya com intuito de controlo sintomático bem como início de terapêutica de resgate com metrotrexato intra-tecal.

Apesar das medidas implementadas verificou-se uma evolução desfavorável com instalação de um quadro de estado de mal convulsivo, sendo instituídas medidas de conforto.

O diagnóstico de um tumor da bainha dos nervos periféricos constitui uma raridade na prática clinica. Acresce a este caso a identificação de um tumor maligno, com comportamento similar a um sarcoma, bem como uma localização atípica, mediastínica posterior. A secundarização ao SNC reveste o caso de uma relevância única dada a quase inexistência de evidencia de caso semelhantes descritos.

31 DE MAIO

Sala Albufeira I 14:00 - 15:30

Doenças Renais

CO135

118 LESÕES MÍNIMAS EM IDADES MÁXIMAS

Eugeniu Gisca, Mário C. Amaro

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução

O Síndrome Nefrótico (SN) é uma manifestação rara de doença renal, caracterizado por proteinúria (PT) na faixa nefrótica, hipoalbuminémia (HA), edema periférico (EP) e hipercolesterolemia (HCol). A Doença de Lesões Mínimas (DLM) é uma causa invulgar de SN na idade adulta, sendo ainda menos frequente no idoso. O diagnóstico (Dx) etiológico de SN por DLM tem implicações prognósticas e terapêuticas (Tx), pela boa resposta à corticoterapia (CT) e consequente melhoria da proteinúria e função renal (FR).

Descrição

Mulher, 77 anos, admitida por cansaço, dispneia para esforços progressivamente menores, ortopneia e marcado EP com 1 mês de evolução. Apresentava mucosas pálidas, fervores crepitantes em ambas as bases pulmonares e anasarca. Analiticamente, verificou-se: agravamento da FR; diminuição da taxa de protrombina; hipoproteinémia com HA grave; Hcol; urina ocasional com PT 400 mg/dL e rP:C de 25.5; PT de 15.5 g/24h. Ecografia renal mostrou rins de dimensões e espessura parenquimatosa conservadas e aumento difuso da ecogenicidade parenquimatosa em relação com nefropatia. Admitiu-se hipótese Dx de SN de etiologia a esclarecer. Iniciou Tx de suporte com medidas dietéticas, restrição hidrossalina, albumina, diuréticos, Inibidor da enzima conversora de angiotensina, estatina e tromboprofilaxia, com ligeira melhoria clínica e analítica. Posteriormente, a biópsia renal estabeleceu o Dx etiológico de DLM. Em ambulatório, iniciou CT em alta dose, agora com excelente resposta clínico-laboratorial - remissão completa da proteinúria após 1 mês de Tx e normalização da FR.

Os autores pretendem realçar a particularidade deste caso de SN em contexto de DLM no idoso, uma entidade rara nesta faixa etária. Neste caso de SN, foi importante a Tx de suporte e essencial o Dx etiológico através da BR. Destaca-se ainda uma resposta clínico-laboratorial boa e precoce à CT, poucas vezes descrita, já que, habitualmente, os adultos com DLM precisam de um curso de CT mais prolongado para remissão completa.

CO136

457 UMA CAUSA RARA DE HIPOCALIÉMIA

Ana Pastor, Nadine Silva, Fábio Almeida, Sara Joana Faria, Ana F. Costa, Abilio Gonçalves, Helena Vaz Santos, Amelia Pereira

Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE, Figueira Da Foz, Portugal

Introdução

A hipocaliémia constitui um desequilíbrio hidroeletrolítico comum. A valorização no contexto adequado pode suscitar a pesquisa da etiologia subjacente.

Descrição

Mulher de 26 anos, recorre ao Serviço de Urgência por diarreia e vómitos com um dia de evolução. Sem antecedentes patológicos, medicação habitual ou contexto epidemiológico. Negava antecedentes familiares relevantes. Ao exame objetivo encontrava-se subfebril, normotensa, taquicárdica e com ruídos hidro-aéreos abdominais aumentados. Analiticamente, elevação ligeira dos parâmetros inflamatórios, função renal normal, hipocaliémia de 2,1mmol/L. Eletrocardiograma sem alterações. A doente ficou internada, realizou suplementação endovenosa com KCl e teve alta assintomática com K+ sérico de 2,9mmol/L, sob suplementação oral. Orientada para consulta de Medicina Interna. Na consulta, estava assintomática, normotensa, mantendo hipocaliémia moderada. Analiticamente, função renal normal e ausência de elevação dos parâmetros inflamatórios; hipomagnesiémia ligeira e cálcio sérico no limite superior da normalidade, com metabolismo do cálcio normal. Gasimetria arterial com alcalose metabólica compensada. Do estudo hormonal, salienta-se actividade da renina plasmática aumentada. Auto-imunidade negativa. Exame sumário de urina sem alterações; ionograma urinário com hipocalciúria, hipermagnesiúria e doseamento do potássio normal mas com aumento da fracção de excreção. Ecografia reno-vesical com doppler e tomografia axial abdomino-pélvica sem alterações. Por suspeita de tubulopatia, foi solicitada a sequenciação do gene SCL12A3, que foi positiva para mutação bialélica em homozigotia. A doente mantém-se sob suplementação de KCl e magnésio e liberalização do consumo de sal. Por intenção de engravidar, foi referenciada para aconselhamento genético. O Síndrome de Gitelman é uma tubulopatia hereditária rara. Neste caso, a hipocaliémia que poderia ter sido ser contextualizada na doença aguda, foi devidamente valorizada.

CO137

752 GLOMERULONEFRITE PÓS-INFECIOSA IGA-DOMINANTE (APIGN) – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Flávio Pereira[1], Joel Pinto[1], Tiago Valente[1], Teresa Mota[1], Clara Batista[1], Vitor Sousa[2], Nuno Figueiredo[1], Susana Cavadas[1]

[1]Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Aveiro, Portugal

[2]Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

A Glomerulonefrite pós-infeciosa IgA-dominante (APIGN-IgA) é uma variante morfológica da Glomerulonefrite pós-infeciosa (APIGN) descrita recentemente e cujo diagnóstico pode ser desafiante. Geralmente surge durante uma infeção por Staphylococcus, sendo mais prevalente em doentes com mais de 60 anos. A diabetes mellitus é um fator de risco importante.

Descrição

CASO CLÍNICO: Homem, 70 anos, diabético e hipertenso, recorre ao Serviço de Urgência por vómitos, mal-estar e febre (39,2ºC). Ao exame objetivo apresentava sopro sistólico aórtico III/VI, higiene oral precária e edentulismo. Analiticamente tinha leucocitose (18.20x109/L) com neutrofilia (16.80x109/L), creatinina de 1.20mg/dL e Proteína C Reativa de 3.93mg/dL. Restante bioquímica, sedimento urinário e gasimetria sem alterações. Após rastreio séptico, iniciou amoxicilina/clavulanato. No internamento, foi diagnosticada endocardite infeciosa por ecocardiograma transtorácico. Iniciou Flucloxacilina e Gentamicina, com suspensão desta após isolamento de Staphylococcus aureus sensível a Meticilina (MSSA). Ao dia 7 de antibioterapia, objetivado agravamento progressivo da função renal apesar de eliminados todos os fármacos nefrotóxicos (creatinina máxima 4.70 mg/dL), com hematúria e proteinúria (1925mg/24h). Efetuada biópsia renal cuja histologia revelou lesões de "glomerulonefrite proliferativa com formação de crescente celular e com depósitos de IgA e C3, compatível com APIGN-IgA. Foi referenciado para Consulta de Nefrologia aquando da alta, com melhoria progressiva da função renal.

DISCUSSÃO: O diagnóstico diferencial entre a APIGN-IgA e a Nefropatia de IgA pode ser muito difícil, mas é de extrema importância já que o tratamento com corticoides não está indicado na APIGN-IgA e as implicações prognósticas são diferentes. É uma patologia rara, cuja incidência tem aumentado e que deve ser lembrada perante doentes idosos, diabéticos, com infeções por Staphylococcus e agravamento rápido da função renal.

31 DE MAIO

Sala Silves III 14:00 - 15:30

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

CO138

194 PROCEDIMENTOS DE OXIGENOTERAPIA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Jéssica Chaves, Carolina Morna, Helena Freitas Luis, Catarina Lume, Nélia Abreu, Luis Correia, Alexandra Malheiro, Augusto Barros, Maria Da Luz Brazão

Hospital Central do Funchal, Funchal, Portugal

Introdução

A prescrição de oxigénio é frequente nos Serviços de Medicina Interna (SMI). Recomendações como aquelas da British Thoracic Society (BTS) estabelecem o uso apropriado de oxigénio em cuidados de saúde.

Objetivos

Auditar os procedimentos de oxigenoterapia num SMI à luz das recomendações BTS 2017.

Métodos

Realizou-se um estudo observacional que incluiu aqueles doentes internados num SMI num período de 48 horas aos quais foi prescrita oxigenoterapia. Avaliou-se o motivo da prescrição (de acordo com o valor da hipoxemia ajustada à idade), o tipo de prescrição (dose fixa, objectivo de intervalo de saturação periférica de oxigénio), a conformidade entre a prescrição e a administração, e a monitorização (prescrição e registo da mesma).

Resultados

Dos 116 doentes internados, 114 (98,27%) tinham prescrição de oxigenoterapia, 6 (5,26%) não apresentavam hipoxemia e 57 (50,00%) não tinham avaliação da hipoxemia. Dos 114 doentes com prescrição, apenas 36 (33,33%) eram apontados objectivos de intervalo de saturação. Destes, 60,53% não tinham prescrito o objectivo de saturação máxima e apenas 7,89% tinham os dois limites de intervalo definidos. Setenta e oito doentes (68,42%) tinham prescrição fixa. Destes, nenhum apresentava a totalidade dos 4 parâmetros recomendados, 8 (10,53%) não faziam oxigenoterapia e 39 (51,32%) estavam a realizar um débito de oxigénio diferente do prescrito. Quanto à monitorização, esta foi realizada, em média, 2,16 vezes em 24h. Cinco doentes (4,31%) não tinham qualquer registo de monitorização.

Conclusões

A maioria das prescrições de oxigenoterapia não cumpre as recomendações mais recentes, nomeadamente o recurso a prescrições por dose fixa e ausência de discriminação dos alvos de saturação periférica. Verificou-se portanto haver espaço para a optimização da prescrição, administração e monitorização da oxigenoterapia. Assim é necessária sensibilização dos profissionais de saúde e posterior aferição dos resultados atingidos.

CO139

1310 "PNEUMONIA NO JOVEM: UMA ETIOLOGIA INVULGAR"

Maria Inês Santos, Martim Alçada, Helena Judite Vieira, Sofia Mendes

Hospital Distrital de Santarém, Santarém, Portugal

Introdução

Ao contrário das congénitas, as fístulas traqueoesofágicas adquiridas são raras e com taxa de incidência mal documentada. Contudo apresentam uma elevada taxa de mortalidade e morbilidade.

Descrição

Homem de 43 anos, fumador (25 UMA), com história de alvejamento com alojamento de projéctil no cérebro e sinusite. Recorre ao serviço de urgência por quadro de tosse produtiva de predomínio noturno e vespertino, dispneia, cansaço e febre. Diagnosticada Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) envolvendo o lobo inferior direito com insuficiência respiratória associada motivo pelo qual foi internado.

Durante o internamento observou-se um agravamento progressivo do quadro clínico e um aumento dos parâmetros inflamatórios, pelo que foi efetuado escalamento da antibioterapia e realizado TC Tórax. No TC Tórax observou-se fístula traqueoesofágica (FTE), condensação completa do lobo inferior direito com evidentes secreções preenchendo os brônquios aferentes e parênquima pulmonar sugestivo de depósitos alimentares com derrame pleural associado. Posteriormente realizou Endoscopia Digestiva Alta que confirmou a nível do esófago, pouco abaixo do cricofaríngeo, orifício amplo e irregular com cerca de 15-20mm de maior diâmetro, ultrapassando-se facilmente com o endoscópio, sem lesões neoplásicas.

Contactou-se o serviço de Cirurgia Torácica que aceitou transferência do doente para encerramento cirúrgico.

A PAC no indivíduo jovem é uma entidade pouco frequente e raramente associada a insuficiência respiratória, pelo que devem ser investigados factores de risco ou etiologias menos comuns.

A FET adquirida, apesar de rara, deve ser considerada pois pode ocorrer em indivíduos de idades jovens, para além de ser uma causa tratável que, se não for devidamente diagnosticada, associa-se a elevada taxa de morbilidade e mortalidade.

Relativamente às causas, estima-se que ocorram em 0.5% dos doentes traqueostomizados, em 4.5% dos tumores primários do esófago e em 0.3% dos tumores malignos do pulmão.

CO140

1470 IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA NO SERVIÇO DE MEDICINA

Alexandra Ferreira, Luisa Arez, Lourdes Cabezuelo, Claudia Dias

Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Lagos, Portugal

Introdução

A Ventilação Mecânica Não Invasiva (VMNI) representa uma excelente alternativa às técnicas de Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) permitindo, em situações especificas, assegurar ventilação e oxigenação sem necessidade de invasão da Via Aérea(-VA). As vantagens desta técnica, em doentes com insuficiência respiratória crónica, aguda ou crónica agudizada, estão largamente demonstradas. Estima-se que apenas 4% da população mundial em falência respiratória usufrui da VMNI. O Serviço de Medicina é por excelência um serviço que abrange um grande número de pessoas com múltiplas patologias e que em muitas situações a função respiratória está comprometida.

Objetivos

Construção de um Protocolo de Inicio de VMNI no serviço de Medicina. Pretende-se assim, identificar precocemente os candidatos a VMNI por forma a corrigir a hipoventilação alveolar, recrutamentamento alveolar e estabilização da VA.

Métodos

Iniciou-se um ciclo de Formações no serviço de Medicina sobre VMNI, quais os critérios, indicações e contraindicações, parâmetros ventilatórios, equipamentos e acessórios. Seguindo-se posteriormente com o desenho do protocolo com

o principal enfoco na identificação cuidadosa das indicações e limitações da VMNI, sendo que as orientações clinicas são de acordo com a patologia, a FR e valores gasométricos, tendo em conta as Guidelines da ATS/ERS.

Resultados

Protocolo de VMNI baseado nas guidelines da ATS/ERS no Serviço de Medicina.

Conclusões

As atuais evidencias dá claros benefícios a esta técnica. Os efeitos positivos da VMNI e a sua aplicação precoce com equipamentos CPAP ou de bi-nivel concluem que estas tecnologias melhoram a oxigenação e os sintomas dos pacientes com insuficiência respiratória aguda secundaria a edema pulmonar cardiogénico além de reduzir a frequência de VMI e as suas complicações. Representando uma boa alternativa no tratamento da falência respiratória, sendo essencial a adequada escolha do local, equipamentos, monitorização continua, profissionais com formação e motivação.

01 DE JUNHO

Sala Silves III 09:00 - 10:30

CO141

1643 PREDITORES DE FALÊNCIA DE VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA

Inês Pimenta Rodrigues, Rita Varudo, Tiago Judas, Ana Luísa Broa

Hospital Garcia de Orta, Lisboa, Portugal

Introdução

A ventilação não invasiva (VNI) quando aplicada em doentes (dts) selecionados com estado de consciência e perfil hemodinâmico adequados mostrou aumentar a sobrevida, principalmente na doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) agudizada e edema pulmonar cardiogénico. No entanto, a taxa de falência de VNI é elevada e com o uso crescente de VNI em enfermarias médicas é importante conhecer a taxa e razões de falência terapêutica.

Objetivos

Caracterizar o uso de VNI nos dts com insuficiência respiratória aguda (IRA) no Serviço de Medicina Interna e determinar a taxa e os preditores de falência.

Métodos

Estudo retrospetivo dos dts que realizaram VNI durante o internamento no Serviço de Medicina Interna entre Janeiro 2015 e Dezembro 2016 por IRA.

Resultados

Foram incluídos 157 dts, a maioria mulheres (54,1%), com idades entre os 41 e 99 anos (média 77 anos) e índice de Charlson médio de 7 pontos. A maioria dos dts apresentava insuficiência respiratória global (IRG) (92,4%) e as principais indicações para iniciar VNI foram edema pulmonar (44,6%) e DPOC agudizada (23,6%). Verificou-se falência de VNI em 19 (12,1%) doentes, com necessidade de ventilação invasiva em 26,3% destes e morte em 57,9%. A presença de IRG associou-se a maior falência de VNI (OR 4.33 [1.16 - 16.13]; p=0,04). A gasimetria antes da conexão ou alteração do estado de consciência (AEC) não se associaram a diferença estatisticamente significativa no sucesso terapêutico. Da mesma forma, a indicação para VNI, a história de doença pulmonar ou imunossupressão não se associaram a falência de VNI.

Conclusões

A taxa de falência de VNI verificada é inferior à reportada na literatura, possivelmente pelo reduzido uso desta técnica nas enfermarias ou menor gravidade dos dts selecionados. Contrariamente a estudos anteriores que mostravam associação entre doença pulmonar, AEC ou hipoxemia, no nosso estudo apenas

a IRG se relacionou com falência de VNI.

CO142

1694 PNEUMONIA ORGANIZATIVA CRIPTOGÉNICA - UM DIAGNÓSTICO DE EXCLUSÃO A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Alexandra Esteves, José Carvalho, Paula Felgueiras, Diana Guerra, Carmélia Rodrigues

ULSAM, Viana Do Castelo, Portugal

Introdução

A pneumonia organizativa é uma doença do interstício pulmonar, com sinais e sintomas muitas vezes indolentes e inespecíficos, mas potencialmente fatal.

Descrição

Mulher, 49 anos. Exposição a biomassa, aves no domicílio (pombos, canários e agaponis), a pó de cerâmica e a bolor no domicílio. Dispneia para esforços e tosse produtiva com expetoração mucopurulenta e febre vespertina com 2 meses de evolução. Múltiplas vindas ao SU, cumpriu vários cursos de antibioterapia sem melhoria. Recorre ao SU por persistência das queixas. À admissão com infiltrados alveolares bilaterais em radiografia de tórax, confirmados por TC torácico. Admitida no internamento sob antibioterapia de largo espectro com persistência de parâmetros inflamatórios elevados, febre e com insuficiência respiratória hipoxémica em agravamento apesar de ajustes da antibioterapia. Agravamento clinico concordante com imagem típica do "halo invertido" e aumento das áreas de consolidação pulmonar em repetição do TC. Biópsia pulmonar sugestiva de pneumonia, sem outros sinais de especificidade e LBA de características inflamatórias sem sinais de malignidade. Estudo autoimune alargado negativo. Sem evidência de etiologia infeciosa com exames microbiológicos, micológicos, micobacteriológicos, serologias víricas e serologias para aspergillus, criptococcus, histoplasma, coccidioides e chlamydia negativas. Assumida POC severa, iniciou prednisolona em dose de 1mg/kg/dia, com melhoria clinica progressiva e sustentada. Reavaliação em consulta externa 6 semanas após início da corticoterapia com resolução praticamente completa das áreas de consolidação.

DISCUSSÃO: A presença de pneumonia organizativa pode estar associada a múltiplas etiologias, nomeadamente doenças do tecido conjuntivo, toxicidade a drogas ou medicamentos ou em relação com outras pneumonias de hipersensibilidade. Assim, a denominação de POC é um diagnóstico de exclusão que apenas pode ser feito após estudo sistemático das várias etiologias.

CO143

1902 PNEUMONIA ORGANIZATIVA SECUNDÁRIA - SÉRIE DE CASOS

João Ananias Gonçalves, Marli Cruz, Luís Magalhães, Alfredo Martins, António Carneiro

Hospital da Luz Arrábida, Vila Nova De Gaia, Portugal

Introdução

A pneumonia organizativa (OP) é uma entidade clínica, com sintomas e alterações radiológicas inespecíficas e padrão histopatológico caracterizado por inflamação e preenchimento irregular de alvéolos e bronquíolos por rolhões de tecido de granulação. Pode ser primária (COP) ou secundária. A COP é um diagnóstico de exclusão que obriga a despiste de todas as doenças associadas a OP secundária. Os autores apresentam três casos de OP secundária.

Descrição

1-Mulher de 75 anos, fibrilação auricular com amiodarona há 3 anos. Queixas respiratórias há 1 mês sem resposta a antibiótico (ATB) e insuficiência respiratória (IR). Rx e TC de tórax com "pneumonia bilateral". Lavado broncoalveolar (LBA) com celularidade normal mas neutrofilia relativa e microbiologia negativa. Biopsia pulmonar evidenciou OP. Diagnóstico: OP secundária a amiodarona.

2-Homem de 73 anos, com dispneia e IR, edemas palpebrais e eritema descamativo das mãos, xerostomia, anorexia e emagrecimento significativo. ANAs positivos, título 1/320, anti Ro 52 e anti MDA5 positivos. TC de tórax com doença pulmonar intersticial difusa e biopsia pulmonar a confirmar OP. Iniciou corticoterapia com boa resposta. Diagnóstico: OP secundária a síndrome anti-sintetase.

3-Homem de 63 anos, linfoma folicular em tratamento. Sintomas respiratórias há meses, refratários a vários ciclos ATB. TC de tórax com condensação do lobo inferior direito, áreas em vidro despolido e áreas de condensação peribroncovascular e centrilobular nos lobos superior e médio direitos. LBA com microbiologia negativa e exclui linfoma. Biopsia pulmonar com processo inflamatório agudo e áreas de OP. Diagnóstico: OP associada a infeção, imunossupressão e linfoma.

Discussão : O diagnóstico de OP requere caracterização histológica e implica um estudo etiológico criterioso já que muitas são secundárias. O tratamento da OP secundária inclui o tratamento da causa ou afastamento do agente etiológico.

CO144

2048 NEOPLASIA DO PULMÃO - OU TALVEZ NÃO!

Francisca M. Pereira, Daniela Alves, Márcia Ribeiro, Carla Lemos Costa, Carlos Oliveira

Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. Barcelos, Barcelos, Portugal

Introdução

O cancro do pulmão é a neoplasia com maior mortalidade em Portugal, sobretudo no sexo masculino. De entre os fatores de risco destaca-se o tabagismo, idade, exposição ocupacional e causas hereditárias.

Descrição

Homem, de 50 anos, vendedor, sem patologias conhecidas, não fumador, com queixas de dor pleurítica esquerda, associada a cansaço para médios esforços com 3 semanas de evolução. Radiografia tórax com imagem nodular periférica no hemitórax esquerdo. TC tórax com "consolidação do parênquima nodular, com cerca de 3 cm, de contorno irregular e espiculado, com broncograma aéreo e densificação do parênquima adjacente. Formações ganglionares para-traqueais, pré-vasculares e aorto-pulmonares; imagem lítica em D9." Internado para estudo e iniciada antibioterapia com amoxicilina/acido clavulâmico e azitromicina. Efetuada videobroncofibroscopia (VBF) - citologia negativa para células malignas; microbiologia: isolamento de K. pneumonia multissensível.

A biópsia aspirativa transtorácica (BAT) guiada por TC foi compatível com carcinoma do pulmão não pequenas células (CPNPC). Realizou PET para estadiamento com "foco de captação em nódulo na língula do pulmão esquerdo, suspeito de neoformação maligna. Lesão lítica no corpo vertebral de D9." Submetido a lobectomia superior esquerda, com exame anatomopatológico a revelar "necrose do parênquima rodeada por histiócitos em paliçada e granulomas epitelioides. No centro da área de necrose observa-se estrutura igualmente necrosada com características compatíveis com estrutura de parasita. Lesões extensas de pneumonia organizativa. Sem sinais de malignidade". RM coluna compatível com lipoangioma.

Os achados da BAT e PET, apontaram para o diagnóstico de CPNPC com metastização óssea. No entanto, a histologia da peça cirúrgica mostrou tratar-se de pneumonia organizativa parasitária. Ressalta-se a existência e importância dos falsos positivos, que apesar de raros, podem condicionar abordagens desnecessárias - como lobectomia, no presente caso.

31 DE MAIO

Sala Silves III 14:00 - 15:30

CO145

2159 DERRAME PLEURAL: OS SUSPEITOS DO COSTUME, UM CULPADO INESPERADO

Ana Rita Pereira, Inês Pimenta Rodrigues, Ana Raquel Miranda, André Faria Esteves, Margarida Barata, Ana Oliveira, Ana Luísa Broa, Francisca Delerue

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução

O derrame pleural (DP) é um problema médico comum com múltiplas etiologias. O caso clínico apresentado é exemplo de uma forma pouco frequente desta entidade.

Descrição

Homem, 80 anos, antecedentes pessoais de tabagismo e exposição ocupacional aos asbestos. Encaminhado ao Serviço de Urgência por dispneia de esforço, tosse seca e dor pleurítica direita com 6 meses de evolução. A radiografia torácica mostrou hipotransparência ocupando a metade inferior do hemitórax direito. Foi submetido a toracocentese e biópsia pleural (BP) cega com drenagem de 700cc de líquido pleural (LP) amarelo citrino, compatível com exsudado com predomínio de mononucleares. As imunofenotipagem, citologia, microbiologia e pesquisa de Mycobacterium tuberculosis do LP foram negativas. A histologia da BP revelou fragmentos de pleura com fibrose e infiltrado inflamatório, sem granulomas ou tecido neoplásico. Do estudo laboratorial, destacaram-se função tiroideia e NT-proBNP normais e auto-imunidade negativa. A tomografia computorizada demonstrou espessamento difuso dos folhetos pleurais da base pulmonar direita com calcificações grosseiras e atelectasia redonda nos lobos médio e inferior direitos. Por ausência de diagnóstico, foi submetido a broncofibroscopia com escovado brônquico e biópsias transbrônquicas e, posteriormente, a BP por videotoracoscopia que foram igualmente negativas para neoplasia e granulomas. Desta forma, assumiu-se o diagnóstico de doença pleural por exposição aos asbestos, mantendo o doente seguimento em consulta de Pneumologia.

Este caso clínico ilustra várias formas de envolvimento pleural, benigno, resultantes da exposição aos asbestos: DP (descrito em 3% dos expostos), espessamento pleural e atelectasias redondas. Ao mesmo tempo que revê o diagnóstico diferencial destes achados clínico-imagiológicos, pretende relembrar as formas não malignas de doença relacionada com a exposição aos asbestos que ainda assim se associam a risco elevado de malignidade.

CO146

2173 PNEUMONIA ORGANIZATIVA SECUNDÁRIA À NITROFURANTOÍNA

Paulo Almeida, Ana Araújo, Eduarda Seixas, Pedro Ferreira, Eliana Araújo

CHBV, Aveiro, Portugal

Introdução

A toxicidade pulmonar da nitrofurantoína (NTF) foi descrita em 1957. Desde aí têm sido relatadas várias patologias pulmonares, tanto agudas como crónicas, secundárias à NTF, destacando-se a pneumonia organizativa (PO).

Descrição

Mulher, 82 anos, sem hábitos tabágicos, com antecedentes de hipertensão arterial, estenose aórtica, incontinência urinária e história de internamento há cerca 3 meses por pneumonia adquirida na comunidade. Recorreu à urgência por agravamento da dispneia em repouso, tosse irritativa, febre e toracalgia pleurítica. Objetivamente taquipneica e com roncos bilaterais à auscultação pulmonar. Analiticamente com proteína C reativa de 3,0mg/dL e insuficiência respiratória hipoxémica. Consolidações multifocais difusas na radiografia torácica. Colheu hemoculturas e foi internada sem antibioterapia. Tomografia computorizada torácica de alta resolução com áreas de densificação parenquimatosa irregulares, dispersas bilateralmente, com áreas de broncograma aéreo e alguns brônquios com parede espessada. Apurou-se que fazia regularmente NTF por infeções urinárias de repetição. Efetuou broncofibroscopia com lavado broncoalveolar (LBA) com perfil de celularidade compatível com PO (63% de linfócitos,ratio CD4/CD8 0.7, 8% de neutrófilos e 26% de macrófagos). Exame bacteriológico e micobacteriológico de LBA negativos. Provas funcionais respiratórias (PFR) com síndrome obstrutivo com prova de broncodilatação negativa e capacidade de difusão do monóxido de carbono de 29,7%. Excluiu-se patologia infeciosa, tiroideia e autoimune. Iniciou corticoterapia e suspendeu NFT com melhoria clínica, das PFR e resolução imagiológica completa.

DISCUSSÃO: A relação causal imputada à NTF sugerida pela evolução clínica favorável após a sua suspensão e pela ausência de recorrência após o término da corticoterapia apoiam o diagnóstico de PO secundária à NTF. Tendo consideração a forte suspeita diagnóstica, a idade e contexto clínico da doente, dispensou-se a realização de biópsia.

CO147

2179 IMPACTO DO RASTREIO OPORTUNISTA DE DISTÚRBIOS VENTILATÓRIOS

Sara Raquel Pereira Martins, Ana Oliveira, Catarina Castelo Branco, Tânia Ferreira, Filipa Silva, João Neves, Andrea Mateus, Pedro Leuschner, João Araújo Correia

Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal

Introdução

A doença pulmonar obstrutiva crónica(DPOC) é a 4ª causa de morte.Várias organizações recomendam a realização de espirometria simples(ES) em doentes com exposição de risco ou sintomáticos.A síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono(SAOS) apresenta prevalência crescente e associa-se a morbimortalidade significativa.Pode ser rastreada por questionários validados.

Em 2017 a SPMI organizou a Festa da Saúde, um evento focado na prevenção em saúde onde foram realizados rastreios oportunísticos aos voluntários.

Objetivos

Avaliação do impacto dos rastreios 8 meses após a sua realização.

Métodos

Rastreio oportunista de DPOC e SAOS a voluntários presentes na Festa da Saúde, através da aplicação dos questionários STOP-Bang e Epworth e realização de ES.Considerou-se como rastreio positivo de SAOS STOP-BANG≥3 ou Epworth≥10pontos;na DPOC FEV1/FVC<70%.Os voluntários com rastreio positivo receberam informação clínica dirigida ao médico assistente(MA).Foram convidados a serem contactados posteriormente para avaliação das medidas adotadas.

Resultados

O rastreio de SAOS foi aplicado a 76 voluntários e positivo em 41%(n=31).5 perderam seguimento;18 informaram o MA;9 realizaram estudo adicional,tendo apenas 1 já realizado polissonografia,a qual confirmou o diagnóstico e motivou instituição de medidas terapêuticas.

No rastreio de DPOC participaram 60 voluntários, 52%(n=31) com história de tabagismo.9 doentes apresentaram rastreio positivo para DPOC,1 foi perdido no seguimento.7 recorreram ao seu MA, 2 foram orientados para a realização de provas funcionais respiratórias e 3 iniciaram terapêutica.

Conclusões

As ações de sensibilização e rastreio podem permitir diagnósticos precoces e introdução atempada de terapêutica modificadora de prognóstico.Os rastreios oportunistas, pela facilidade de acesso e grande número de voluntários envolvidos,podem ser úteis.Este estudo demonstra a necessidade de uma melhoria de articulação com os cuidados primários de forma a dar sequência a um rastreio positivo.

01 DE JUNHO

Sala Silves III 09:00 - 10:30

CO148
2361 UM CASO DE TROMBOSE DAS VEIAS PULMONARES

Paulo Almeida, Ana Araújo, Eliana Araújo

CHBV, Aveiro, Portugal

Introdução

A trombose das veias pulmonares (TVP) é uma patologia rara, mas potencialmente fatal. De prevalência ainda não esclarecida, pode ser idiopática ou ocorrer como complicação de patologia neoplásica, cirurgia pulmonar ou fibrilação auricular. Clinicamente, poderá ser assintomática ou manifestar-se com tosse, hemoptises ou dispneia.

Descrição

Homem, 69 anos, com antecedentes tabágicos e etílicos marcados, admitido na urgência por queda da própria altura em contexto de intoxicação etílica. Referia apenas dispneia ligeira. Objetivamente com fratura da rótula esquerda, sendo submetido a tratamento conservador por Ortopedia. Analiticamente com D-Dímeros elevados e insuficiência respiratória hipoxémica discreta. Realizou angiotomografia computorizada torácica que revelou sinais de tromboembolia venosa bilateral, nos ramos segmentares das veias pulmonares que se dirigem para os segmentos dos lobos inferiores e formações ganglionares infracentimétricas. Foi internado para estudo complementar. Estudo analítico exaustivo sem alterações, nomeadamente com serologias víricas negativas. Eletrocardiograma com registo de Holter sem achados disrítmicos. Realizou broncofibroscopia que não revelou lesões endoscópicas suspeitas. Lavado broncoalveolar (LBA) sem alterações e com exame bacteriológico e micobacteriológico negativos. Excluídas outras neoplasias. O estudo de trombofilias confirmou que o doente era portador das variantes c.677C>T (genótipo C/T) e c.1298A>C (genótipo A/C) do gene MTHFR, ambas em heterozigotia e da variante 4G na posição -675 do gene PAI-1 em homozigotia (genótipo 4G/4G). Iniciou hipocoagulação oral com tolerância.

DISCUSSÃO:Realça-se a importância do diagnóstico precoce de TVP devido possibilidade de complicações graves e potencialmente fatais. Contudo, reconhece-se a dificuldade no seu reconhecimento devido à escassez de sintomas clínicos. O tratamento e a mortalidade dependem da etiologia.

31 DE MAIO

Sala Silves I 14:00 - 15:30

Medicina Cuidados Paliativos

CO149
925 USO DE FUROSEMIDA SUBCUTÂNEA EM CONTEXTO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Margarida Oliveira, Hugo Oliveira, Maria Do Céu Rocha

Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos, Portugal

Introdução

O uso de furosemida subcutânea (sc) é comum em cuidados paliativos, embora o seu uso subcutâneo não esteja licenciado. O efeito diurético da furosemida por via sc foi demonstrado num estudo prospectivo randomizado, bem como em séries retrospectivas.

Objetivos

Análise do uso de furosemida sc por uma Equipa de Suporte de Cuidados Paliativos (ESCP) no domicílio.

Métodos

Análise observacional retrospectiva dos doentes que efectuaram furosemida sc, em acompanhamento domiciliário por uma ESCP entre 2014 e 2017.

Resultados

Dos 789 doentes em acompanhamento domiciliário entre 2014 e 2017 pela ESCP, 39 (idade média 75,9±12,9, 62% sexo feminino) efectuaram furosemida sc. Destes, 29 (74%) tinham insuficiência cardíaca, 21 (54%) tinham doença renal crónica e em 20 (51%) doentes estas doenças ocorriam concomitantemente. Oito (21%) doentes apresentavam outras patologias. Em 25 (64%) casos o recurso à furosemida sc foi motivado pela impressão clínica de resistência a diurético oral, em 9 (23%) por ausência de via oral e em 5 (13%) com o intuito de facilitar a alta de doentes internados sob furosemida endovenosa. A média de recurso ao serviço de urgência nos 6 meses antes do início de furosemida sc foi de 3,3±12,8, comparando com 0,6±1,5 nos 6 meses depois do início de furosemida sc ($p<0,01$). O número médio de internamentos antes do início de furosemida sc foi de 1,4±1,5, comparando com 0,4±0,5 depois do início de furosemida sc ($p<0,01$). Não foram documentados efeitos laterais decorrentes da administração sc.

Conclusões

A furosemida sc representa uma mais valia por permitir que a administração possa ser efectuada no domicílio de forma segura. Nesta análise encontramos uma redução, estatisticamente significativa, no recurso aos cuidados de saúde após inicio de furosemida sc. No entanto, não estão definidos na literatura

critérios para a escolha de doentes a efectuar o fármaco por esta via. São necessários estudos prospectivos que comparem o seu uso por via oral versus sc, avaliando o alívio sintomático e a qualidade de vida.

CO150

1139 PREVALÊNCIA E TRAJETÓRIA DE DOENTES COM NECESSIDADES PALIATIVAS NOS SERVIÇOS AGUDOS DE SAÚDE

Miguel Oliva Teles, Rita Ivo, Margarida Fonseca, Ana Rita Barradas, Sérgio Pereira, Pedro R. Santos, Rita Reis, Isabel Madruga, Alberto Mello E Silva

Hospital Egas Moniz (Centro Hospitalar Lisboa Ocidental), Lisboa, Portugal

Introdução

Os sistemas de saúde têm sido, ao longo do tempo, maioritariamente desenhados para responder a problemas de natureza aguda. O aumento da longevidade para que este modelo contribuiu pode torná-lo agora insuficiente ou desadequado, face a um número cada vez mais prevalente de doentes em estádio paliativo.

Objetivos

Determinar a prevalência de doentes com necessidades paliativas (NP) num serviço de Medicina Interna (MI) e a sua trajetória pós-alta.

Métodos

Estudo de coorte retrospetivo, incluindo doentes internados num ano num serviço de MI. Aplicada a ferramenta SPICT (Supportive and Palliative Care Indicators Tool), agrupando-os em doentes com e sem necessidades paliativas (NP). Follow-up de 2 anos. Análise estatística em SPSS 2.0. Realizados two-way-ANOVA e curvas de Kaplan-Meyer com um $p<0,05$.

Resultados

303 doentes (idade média 78 anos, 44% mulheres e 56% homens). 1/3 (100) dos doentes tinha NP, relacionadas com demência (63%), doença cerebrovascular (25%) e oncológica (18%). Os principais motivos de internamento foram intercorrências infeciosas e eventos agudos não relacionados com a doença de base. A sobrevida cumulativa aos 6 meses dos destes doentes foi significativamente menor (55% vs. 90%), apresentando ainda taxas de internamento maiores (1-2 vs. 0-1 internamentos a cada 3 meses), mesmo após o ajuste para o nível de co-morbilidade. Não houve diferenças na taxa de idas ao serviço de urgência. Foram referenciados à Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados 40% dos doentes com NP, dos quais 75% (30) foram colocados numa das suas tipologias. Dentro deste grupo, essa colocação não teve efeito sobre a taxa de internamentos ou idas à urgência.

Conclusões

Identificou-se uma elevada prevalência de doentes com NP num serviço de MI. Estes apresentaram sobrevida marcadamente menor e uma elevada recidivância nos serviços agudos de saúde. A consciência deste problema exige uma adequação da sua abordagem, tanto ao nível dos serviços de MI como dos cuidados pós-hospitalares e da articulação entre estes.

CO151

1963 VALIDADE DUM MODELO PREDITIVO DE COMPLEXIDADE NUMA ÓTICA DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Filipa Tavares

Unidade de Medicina Paliativa, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE; Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética - Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal

Introdução

A complexidade é crucial para o envolvimento da Medicina Paliativa (MP) nos cuidados a doentes em situação avançada. Os preditores incluídos no modelo PALCOM (sintomas não controlados, dor de difícil manejo, nível funcional, risco sociofamiliar e questões ético-existenciais) são de fácil identificação, viabilizando o acesso precoce dos casos de complexidade intermédia e elevada a equipas especializadas.

Objetivos

explorar a validade do PALCOM numa população distinta da original

Métodos

para todos os falecidos por neoplasia, ao longo de 9 meses, avaliados um programa hospitalar de MP, anotaram-se dados demográficos, diagnóstico e situação à admissão [tratamento ativo, Karnofsky (KPS), sintomas não controlados, dor (sistema de Edmonton de dor oncológica), fatores de risco sociofamiliar e dilemas ético-existenciais]. A validade convergente do PALCOM foi explorada em função do uso de recursos após a avaliação inicial estabelecendo-se que "alta / orientação para cuidados primários", "seguimento por MP" e "pedido de ingresso (hospitalar ou unidade de cuidados paliativos UCP)" traduziriam, respetivamente, complexidade baixa, intermédia e elevada.

Resultados

dos 145 casos (52% homens, mediana 73 anos, 47% cancro digestivo, 46% em tratamento ativo, 43% instáveis, sobrevivência mediana 37 dias), 6 (4%) foram classificados pelo PALCOM como situações de baixa, 60 (41%) intermédia e 79 (55%) alta complexidade. Após avaliação inicial, a MP manteve 55% em seguimento e solicitou ingresso de 51 (2:3 em UCP). A pontuação PALCOM associou-se ao tipo de intervenção proposta ($p<0.001$) e sobrevivência ($p<0.001$) mas não ao local de morte. A área sob a curva ROC para um cut-off PALCOM de 3 (complexidade intermédia a elevada) foi 0.80 (IC95% 0,72-0,87).

Conclusões

demonstra-se a validade do modelo numa perspetiva distinta da perceção subjetiva dos profissionais. A exígua categoria baixa complexidade, expectável, pode ter limitado a força da correlação com o tipo de recursos alocados.

01 DE JUNHO

Sala Silves II 09:00 - 10:30

Medicina de Urgência e Cuidados Intermédios

CO152

818 POCUS NA AVALIAÇÃO DA DISPNEIA AGUDA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Rafael Silva, José Mariz, Jorge Teixeira

Hospital de Braga, Braga, Portugal

Introdução

Point-of-care ultrasonography (POCUS) assume-se hoje em dia como uma ferramenta emergente na avaliação do doente crítico. O conceito da ecografia realizada a cabeceira do doente tem vindo a ganhar reconhecimento na medicina interna, por ser uma ferramenta rápida de avaliação que permite orientar decisões terapêuticas imediatas.

Descrição

Homem 26 anos, fumador social sem antecedentes de relevo medicado com levofloxacina 500 mg id por infeção respiratória. Recorre ao serviço de urgência por dispneia súbita associada a dor torácica pleurítica. Ao exame objetivo apresentava-se polipneico, saturações de 92% em ar ambiente PaO2 de 62 mmHg e PaCO2 32 mmHg. Auscultação pulmonar apresentava diminuição marcada do MV na base esquerda sem outras alterações. Presença de edema assimétrico do MI direito. Realizou avaliação POCUS no qual identificou-se uma veia poplítea não compressível compatível com trombo endoluminal, restante trajecto venoso compressível. Da avaliação pulmonar destacava-se um padrão A em todo o pulmão direito. Na base esquerda observa-se um padrão C compatível com consolidação parênquimatosa que levantou a suspeita de pneumonia ou enfarte pulmonar. A avaliação cardíaca não mostrou dilatação das cavidades direitas nem da veia cava inferior. Assumiu-se o diagnóstico de TEP tendo iniciado enoxaparina 80 mg 2id. AngioTC pulmonar relatava falhas de enchimento ao nível da artéria pulmonar direita até a emergência das artérias dos lobos superior, médio e inferior. Pequeno foco de consolidação de forma triangular na base esquerda compatível com enfarte pulmonar. Ecodoopler dos MI's confirmava presença de trombo na poplitea direita. Apresentou boa evolução e teve alta ao fim de 5 dias para o domicilio com um dos novos anticoagulantes orais.

Este caso clínico exemplifica a importância que o POCUS poderá ter na pratica clínica do internista , somando mais uma valência que poderá encurtar o tempo entre a avaliação do doente e início da terapêutica adequada.

31 DE MAIO

Sala Silves II 14:00 - 15:30

CO153

965 USO DA ECOGRAFIA "POINT-OF-CARE" NA AVALIAÇÃO DO DOENTE COM SUSPEITA DE PNEUMONIA

Luís Magalhães, João Ananias Gonçalves, Marli Cruz, Rui Barros, Nuno Cortesão

Hospital da Luz - Arrábida, Porto, Portugal

Introdução

Pneumonia define-se por infeção, geralmente aguda, do parênquima pulmonar. O seu diagnóstico definitivo requer a presença de contexto clínico adequado associado a opacidades presumivelmente de novo, numa radiografia torácica (Rx tórax). O seu diagnóstico é suspeito quando não há as referidas alterações imagiológicas. Neste caso, ou se aceita um diagnóstico suspeito, ou se opta por clarificá-lo com recurso a TC torácica, que é o gold standard para a avaliação por imagem. A ecografia pulmonar pode ser um método de imagem potencialmente útil no diagnóstico e monitorização de pneumonias, com melhor performance diagnóstica que a Rx tórax, mais barata e segura que a TC torácica.

Descrição

Caso 1: Mulher de 45 anos, sem antecedentes de relevo, admitida no serviço de urgência por febre e tosse seca com 1 semana de evolução. SpO2 (0.21) 90%. Sem alterações à auscultação pulmonar. Leucocitose e PCR 6mg/dL (normal <0.5mg/dl). Radiografia do tórax sem opacidades.

Caso 2: Homem de 60 anos, fumador ativo, sem outros antecedentes conhecidos. Dispneia aguda com cerca de 1 dia de evolução. SpO2 (0.21) 88%. Auscultação pulmonar com crepitações dispersas bibasais. Rx tórax com infiltrado reticular difuso, sem opacidades sugestivas de consolidação.

Caso 3: Mulher de 72 anos, com antecedentes de insuficiência cardíaca. Dispneia aguda, tosse com expectoração e febre. SpO2 (0.21) 95%. Auscultação pulmonar com diminuição dos sons à esquerda. Rx tórax com opacidade no ângulo costofrénico esquerdo.

Em todos os casos foi realizada ecografia pulmonar para melhor esclarecimento do diagnóstico. Foi possível observar o espectro de apresentações que a pneumonia pode apresentar (Padrão B focal, padrão C, derrame pleural). Os doentes realizaram TC tórax, que confirmou o diagnóstico de pneumonia.

CONCLUSÃO: A ecografia pulmonar pode ser um meio de imagem importante na confirmação diagnóstica de pneumonia, podendo acrescentar informação à radiografia do tórax, em doentes com apresentação clínica sugestiva.

CO154

1076 AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE UM CURSO DE 2 DIAS EM ECOGRAFIA À CABECEIRA DO DOENTE PARA MÉDICOS PÓS-GRADUADOS: AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTO, CONFIANÇA DOS PARTICIPANTES E SEGUIMENTO DE APLICAÇÃO

José Mariz[1], José Diogo Martins[2], Rafael Silva[3], Manuel João Costa[2], Dario Fernandes[4], Marco António Carvalho-Filho[5], Jorge Teixeira[1]

[1]Hospital de Braga, Braga, Portugal

[2]Escola de Medicina da Universidade do Minho, Braga, Portugal

[3]Centro Hospitalar e Universitario de Coimbra, Coimbra, Portugal

[4]Center for Education Development and Research in Health Professions (CEDAR), Groningen, Países Bajos

[5]Escola de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, Brasil

Introdução

A ecografia à cabeceira do doente (POCUS) tem benefícios comprovados para o cuidado dos doentes do foro da Medicina Interna. Por ser uma abordagem recente e em rápida evolução, o treino dos médicos é importante para o desenvolvimento de competências. Pouco se sabe sobre a melhor abordagem metodológica do ensino de POCUS e impacto na sua aplicabilidade no retorno à prática real.

Objetivos

Avaliar o impacto de um curso de POCUS de 2 dias e seguir os participantes no retorno ao local de trabalho.

Métodos

O curso incluiu aulas didáticas e treino prático em modelos e em contexto real de urgência. Os participantes foram submetidos a testes teóricos acerca de ecografia pulmonar, cardíaca e abdominal. O conhecimento foi testado antes das aulas e depois da prática. Autoconfiança foi questionada nestes momentos e após as aulas. O seguimento foi realizado através de inquéritos, que abordavam a autoconfiança, a aplicação da ecografia e problemas encontrados na aplicação. Os resultados dos inquéritos, os testes e as confianças foram reportados utilizando estatísticas descritivas e analisadas com os testes estatísticos apropriados.

Resultados

61 médicos participaram no estudo, 62,7% internistas. A média de notas evoluiu de 78,3 ± 14,6% (antes do curso), para 93,1 ± 5,90% (depois da prática em modelos) e 89,1 ± 6,45% (depois da prática em contexto real). A autoconfiança evoluiu positivamente ao longo do curso, sendo significativa a subida até a prática nos modelos ($p < 0,001$). A aplicação de POCUS foi de 4,00 ± [2,00-7,00] doentes/mês. A acessibilidade no local de trabalho foi avaliada com 5,82 ± 3,05 (numa escala de 0-10).

Conclusões

Foram obtidos ganhos em conhecimento e na confiança nos participantes, através do curso. Houve um desenvolvimento relevante de conhecimento através das aulas didáticas e da simulação, que foi sustentada com o treino em contexto real. A aplicação da ecografia foi inferior ao esperado graças à falta de equipamentos.

CO155

1101 DOENTES ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS INTERMÉDIOS: CASUÍSTICA DE UMA UNIDADE POLIVALENTE

Sara Camões, Adriana Alves, Luísa Guerreiro

Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal

Introdução

A incidência de neoplasias está a aumentar no nosso país, assim como a sobrevida dos doentes oncológicos. Na literatura, a mortalidade intra-hospitalar não é significativamente diferente nos doentes com patologia oncológica versus outros doentes crónicos. A decisão de admitir estes doentes em ambiente de cuidados intermédios/intensivos estará cada vez mais presente no nosso dia-a-dia.

Objetivos

Caracterizar clínica e demograficamente os doentes com patologia oncológica admitidos numa Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente (UCIP), os motivos de admissão, e se existiu definição de limite terapêutico e/ou referenciação a Cuidados Paliativos.

Métodos

Estudo retrospetivo, observacional e descritivo, que inclui os doentes com neoplasias conhecidas aquando da admissão na UCIP, entre Abril de 2011 e Outubro de 2016. Recolha de dados através do SClínico e base de dados da UCIP.

Resultados

Foram identificados 342 doentes, na sua maioria homens (67%), com média de idades de 68 anos. A demora média do internamento rondou os 3,4 dias, com uma taxa de mortalidade de 1,5% na Unidade.

Cerca de 73,4% das admissões (251 doentes) estavam diretamente relacionadas com a neoplasia, a maioria provenientes do bloco operatório de Cirurgia Geral. Excluídos os pós-operató-

rios, a sépsis foi o principal motivo de admissão (41%), seguida dos síndromes coronários agudos (14%), maioritariamente para abordagem conservadora.

Em 60 doentes foi expressa definição de limite terapêutico no processo clínico; destes, 57% (37 doentes) foram avaliados e seguidos por Medicina Paliativa.

Conclusões

A sobrevida dos doentes oncológicos está a aumentar, fruto de admissões precoces e avanços terapêuticos na gestão da neoplasia e das disfunções associadas. Quando a definição de limite terapêutico não é linear, a literatura sugere um trial de 3 a 5 dias numa unidade diferenciada.

A gestão integrada com os Cuidados Paliativos é fundamental, benéfica para o doente e família.

CO156
1131 MORTALIDADE COM USO DE NORADRENALINA VERSUS DOPAMINA

Simone Costa, Catarina Canha, Sara Sintra, Adélia Simão, Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

A dopamina (DP) é muito utilizada no choque, dado o seu baixo custo e melhor tolerabilidade em relação à noradrenalina (NA), mas alguns autores referem menor mortalidade com o uso de NA em comparação com DA.

Objetivos

Comparar a mortalidade intra-hospitalar, a 8 e a 30 dias após a alta em doentes tratados com NA versus DP num Serviço de Medicina Interna.

Métodos

Estudo observacional longitudinal retrospetivo, com base na pesquisa de todas as prescrições de DP e NA, de Janeiro-Julho de 2017, em doentes internados em Medicina Interna. Considerados dois grupos, doentes que receberam DP (G1) ou NA (G2), comparados com recurso aos testes qui-quadrado, Likelihood ratio (LR) e de homogeneidade de Levine.

Resultados

Foram incluídos 86 doentes, 58% do sexo feminino, com idade média de 79 ± 11 anos. A DP foi prescrita de forma isolada (G1) em 46,5% (n=40), a NA (G2) em 37,2% (n= 32) e ambas em 16,3% (n=14). Os G1 e G2 são semelhantes quanto a comorbilidades, idade, género e índice de Katz (Levine: p=0,58, p=0,17, p=0,76, p=0,29 repectivamente). O principal motivo de prescrição dos fármacos foi choque séptico (G1: 46,5%; G2: 44,2%), seguido de choque cardiogénico (ambos 7%). A mortalidade intra-hospitalar foi de 42,6% (n=23) no G1 e 37% (n=17) no G2, diferença não significativa ($\chi 2$: p=0,45); a mortalidade a 8 dias após a alta para o G1 foi de 9,5% (n=2) e para o G2 de 0% (LR: p=0,19); a mortalidade a 30 dias após a alta para o G1 foi de 19% (n=4), enquanto para o G2 foi de 12% (n=2) (LR; p=0,19).

Conclusões

Apesar da tendência para menor mortalidade com a NA, quer intra-hospitalar, quer após a alta, a diferença não foi estatisticamente significativa nos nossos doentes.

CO157
1510 CHOQUE CIRCULATÓRIO- A ABORDAGEM NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS

Rita Ivo, Ana Pãosinho, Pedro Santos, João Delgado, Alberto Mello E Silva

Hospital Egas Moniz, CHLO, Lisboa, Portugal

Introdução

O choque circulatório (CC) está associado a uma elevada morbilidade e mortalidade. A sua identificação e abordagem terapêutica inicial é fundamental para alterar significativamente o prognóstico desta entidade.

Objetivos

O objectivo principal deste trabalho é caracterizar os doentes com diagnóstico de CC numa Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina Interna (UCIMI).

Métodos

Análise retrospectiva de doentes internados com diagnóstico CC durante o período de 1/1/2017 a 31/12/2017.

Resultados

Dos 177 doentes tratados, 25 tinham diagnóstico de entrada CC e provinham maioritariamente do serviço de urgência. O choque distributivo foi identificado em 80% dos casos, sendo neste grupo mais frequente o choque séptico (CSept) (64%). Obteve-se um Sequential Organ Failure Assessment médio inicial (SOFAmi) de 6,64 e um lactato médio inicial (LACTmi) de 1,8 mmol/L, sendo a disfunção cardiovascular (88%) e renal (76%) as mais identificadas. Iniciou-se suporte aminérgico em 20 doentes (80%), com a noradrenalina como fármaco de eleição. Foram transferidos para Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) 6 doentes (24%), maioritariamente com CSept e SOFAmi de 8; verificando-se aos 7 dias uma morte. A taxa de mortalidade na UCIMI foi de 28%. Destes 7 doentes, 5 apresentavam disfunção neurológica à entrada sendo esta verificada apenas neste grupo. Verificou-se um SOFAmi mais elevado (8,7) que os restantes e um LACTmi apenas ligeiramente superior (2,04 mmol/L).

Conclusões

Na nossa série os doentes mais graves, transferidos para UCI ou óbito, eram aqueles com SOFAmi mais elevado, havendo apenas uma ligeira diferença no LACTmi. Obteve-se uma taxa de mortalidade de doentes com CC semelhante a estudos rea-

lizados num nível de cuidados superior. Pretende-se destacar a importância da identificação precoce destes doentes e possibilidade de serem abordados de forma segura e eficaz numa Unidade de Cuidados Intermédios.

01 DE JUNHO

Sala Silves II 09:00 - 10:30

CO158

2171 RETROSPECTIVE ANALYSIS OF CLINICAL AND ANALYTICAL PATTERNS OF CARDIORENAL SYNDROME IN A SERIES OF 58 PATIENTS ADMITTED TO A LEVEL 2 ICU. A PILOT STUDY ABOUT THE DIFFERENT MECHANISMS OF CARDIORENAL SYNDROME

Hugo Viegas, Gonçalo Mendes, Pedro Freitas, Bárbara Lobão, Susana Marques

Serviço de Medicina Interna, Hospital de São Bernardo, Setúbal, Portugal

Introdução

In recent years new data on physiopathology of cardiorenal syndromes has been collected but the impact in acute management is still to be found

Objetivos

We tried to find different patterns using simple clinical and analytical data that could point to the main decompensated mechanism using a retrospective cohort sample of patients from a level 2 intermediate care unit. We also accessed the impact of Non-invasive ventilation (NIV), the previous renin angiotensin inhibition and the diuretic strategy, bolus vs perfusion, on these different patterns.

Métodos

We selected 110 patients with decompensation of heart or renal function but excluded 52 for not having cardiorenal syndrome or with acute type 5 (sepsis).

Resultados

Mean age was 76,2 yo. 55,2% males. Mortality was 20,7%. The most common comorbidity was Arterial Hypertension in 70%, Atrial Fibrillation in 44% and Type 2 Diabetes mellitus 39%. 77,6% had CRS type 1 and 22,4% type 3. 72,41% had preserved left ventricular function. There were 2 peaks of time/worst renal function, at first 24hrs and between day 3 and 4. Patients with isolated pulmonary congestion were worst at 2,1 days and peripheral only at 4,3 days p=0,0862. Those with peripheral congestion had the same worsening of renal function with furosemide in bolus versus perfusion in higher doses. Isolated pulmonary congestion higher dose of furosemide administered by perfusion (higher doses) had a mode severe AKI. Patients doing Non Invasive Ventilation with Jugular Venous Distention or Congestive Liver (N=4 of 37) had worst AKI than those without (p=0,0473). Previous RAS-inhibitors at maximum dose were protective vs no RAS-inhibition

Conclusões

We can conclude that there are more than this traditional classification of these patients. The attending physicians needs to understand the pathophysiology behind the specific patient condition to prescribe a personalized treatment. Some big but old studies could be reanalyzed given the newer data

31 DE MAIO

Sala Silves II 14:00 - 15:30

CO159

2291 ESTUDO PROSPETIVO: QSOFA COMO UMA FERRAMENTA PARA ESCALAÇÃO ANTIBIÓTICA

Rafael Nascimento, António Oliveira, Bela Machado, Mariana Bilreiro, João Miguel Freitas, Luz Brazão

Hospital Central do Funchal, SESARAM EPE, Funchal, Portugal

Introdução

Os critérios da sépsis foram revistos em fevereiro de 2016, tendo sido desenvolvida uma nova definição para sépsis. Nas novas definições foi introduzido um novo conceito designado por quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA) sendo constituído por três variáveis clínicas, nomeadamente: estado de consciência, frequência respiratória e pressão arterial sistólica. O qSOFA apresenta validade preditiva semelhante ao score Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) fora de unidades de cuidados intensivos, contudo tem a vantagem que não necessita de testes laboratoriais ao contrário do score SOFA e pode ser rapidamente avaliado no leito do doente.

Objetivos

Avaliar de forma prospetiva a utilização do qSOFA como uma ferramenta de escalação antibiótica.

Métodos

Durante um ano foram observados doentes internados no serviço de Medicina Interna com os diagnósticos de pneumonia, infeção do trato urinário (ITU) e erisipela que estivessem a realizar antibioterapia de forma adequada para as diversas patologias. Diariamente foi avaliado o qSOFA, calculando o SOFA nos que apresentavam agravamento clínico, sendo observado a escalação antibiótica e a sobrevivência. Foram excluídos doentes totalmente dependentes ou cujo diagnóstico de entrada não foi validado por critérios específicos.

Resultados

O estudo englobou 132 doentes dos quais 48% eram do sexo masculino com uma idade média de 66 anos. Relativamente aos diagnósticos de entrada 61,4% correspondiam a pneumonias, 24,2% a ITU e 14,4% a erisipela. Das pneumonias 79% seriam adquiridas na comunidade e as restantes 21% associadas aos cuidados de saúde, já nas ITU 78,1% corresponderam a pielonefrite aguda e 21,9% a cistite. Utilizado o teste de Fischer foi observado que em doentes com agravamento clínico existe uma relação de dependência entre a escalação antibiótica e a sobrevivência bem como entre não escalar e falecer (valor $p < 0.05$).

Conclusões

Os autores concluem que o qSOFA poderá ter utilidade no futuro como uma ferramenta para ponderar o início da escalação.

31 DE MAIO

Sala Albufeira I 14:00 - 15:30

Medicina Geriátrica

CO160

116 RABDOMIÓLISE NO IDOSO: CARACTERIZAÇÃO E PREDITORES DE PROGNÓSTICO

Ana Ponciano, Sónia Santos, José Leite, Célio Fernandes

Centro Hospitalar de Leiria, Leiria, Portugal

Introdução

A rabdomiólise é definida como uma síndrome clínico-laboratorial que decorre da lise das células musculares esqueléticas, com a libertação de substâncias intracelulares para a circulação.

Apesar da natureza multifactorial, as causas mais frequentes são o consumo de álcool, o exercício físico intenso, a compressão muscular traumática e a utilização de determinados fármacos e drogas. No doente idoso, a rabdomiólise é frequente mas pouca informação existe sobre epidemiologia e prognóstico.

Objetivos

Análise demográfica e etiológica da população idosa com diagnóstico de rabdomiólise bem como factores de prognóstico.

Métodos

Análise retrospectiva de todos os doentes com idade superior a 80 anos admitidos com o diagnóstico de rabdomiólise durante 1 ano. Foi realizada análise descritiva e regressão logística multivariada

Resultados

Dos 170 doentes incluidos em estudo, a maioria era de sexo masculino e com maior grau de comorbilidades. 80% apresentaram insuficiência renal aguda. Registaram-se 10 mortes. A causa mais prevalente foi queda. Na análise multivariada, o número de fármacos pré-admissão e a presença de insuficiência renal aguda foram factores preditores independentes de sobrevivência.

Conclusões

A rabdomiólise no idoso é frequente e associa-se a um pior prognóstico. Existem ainda poucos estudos em relação a epidemiologia no idoso, uma patologia com elevada morbilidade e mortalidade.

02 DE JUNHO

Sala Albufeira 09:00 - 10:00

CO161

545 MORTALIDADE DE DOENTES IDOSOS COM FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO FÉMUR DURANTE INTERNAMENTO NUMA UNIDADE DE ORTOGERIATRIA

Ana Pedroso[1], Sofia Duque[1], Ines Migueis Ferreira[2], Filipa Bianchi-De-Aguiar[1], Sara Trevas[1], Joana Lopes[1], Mafalda Sequeira[1], Ana Lopes Santos[1], Cristina Carvalho Gouveia[1], Andre Ferreira[1], Jose Guimaraes Consciencia[1], Luis Campos[1]

[1]Hospital Sao Francisco Xavier / Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

[2]Faculdade de Medicina / Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

Introdução

A fratura da extremidade proximal do femur e uma causa imporatante de mortalidade na populacao idosa. Estao documentados varios fatores que determinam pior prognostico, como idade mais elevada, sexo masculino, comorbilidades, declinio do estado funcional, cognitivo e capacidade para a marcha previos.

Objetivos

Analisar a taxa de mortalidade dos doentes idosos com fratura da extremidade proximal do fémur durante o internamento na Unidade de Ortogeriatria. Caracterização socio-demográfica e clínica e identificação das causas de óbito dos doentes falecidos.

Métodos

Revisão dos processos clínicos dos doentes internados de junho de 2016 a agosto de 2017.

Resultados

Entre os 257 doentes assistidos verificaram-se 15 óbitos (5.8%), dos quais 76% mulheres, idade média 84 anos. A taxa de mortalidade foi superior nos homens (11.1 vs 4.1%). 5 não foram

submetidos a cirurgia. Dos 10 operados o tempo de espera média pela cirurgia foi de 7.1 dias (vs 4.6 dias nos sobreviventes). Da análise comparativa entre falecidos (F) e sobreviventes (S) destaca-se nos doentes F: maior dependência nas atividades de vida diária (AVD) instrumentais (Lawton e Brody médio 3.8 vs 4.2 pontos) e ferritina média mais elevada (557 vs 331 ng/dL). Outros parâmetros da avaliação geriátrica global foram idênticos nos F e S, nomeadamente: autonomia nas AVD básicas (Barthel, capacidade para a marcha, estado nutricional (MNA-sf), comorbilidades (CIRS-G) e estado cognitivo (GDS).

Conclusões

A mortalidade dos doentes idosos com fratura da extremidade proximal do fémur durante o internamento na Unidade de Ortogeriatria foi coincidente com a documentada na literatura. Parecem ser fatores de pior prognóstico o sexo masculino, a dependência nas AVD instrumentais, a elevação da ferritina e o tempo de espera pela cirurgia.

CO162

615 USO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INADEQUADOS NUMA POPULAÇÃO IDOSA – CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E CUIDADOS DE SAÚDE HOSPITALARES

Mafalda Sá Pereira[1], Catarina Neto[2], Raquel Freitas[1], Conceição Escarigo[1], Pedro Correia Azevedo[1]

[1]Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

[2]USF S. João do Pragal, Almada, Portugal

Introdução

O envelhecimento condiciona a excreção e metabolização dos fármacos, alterando a relação benefício/risco. Apesar dos critérios para a terapêutica no doente idoso, nomeadamente os critérios START/STOPP e Beers, o uso de medicamentos potencialmente inadequados (MPI) é uma realidade.

Objetivos

Estudar o cumprimento de critérios STOPP selecionados numa amostra de população idosa em seguimento numa unidade de saúde familiar (USF) e num internamento hospitalar de Medicina Interna.

Métodos

Estudo retrospetivo descritivo numa população idosa de uma lista de USF e a 100 idosos internados em Medicina Interna, de Junho a Outubro de 2017. Foram avaliados: uso de inapropriado de digoxina, antidepressivos tricíclicos, benzodiazepinas, inibidor de bomba de protões (IBP) e anti-inflamatórios não-esteróides (AINE).

Resultados

Foram avaliados 164 idosos na USF e 100 no internamento. Na USF, a maioria era do sexo feminino (67%) e tinha <85 anos (43% entre 65 e 74 anos, 39% entre 75 e 84 anos). No universo hospitalar, a maioria era do sexo feminino (75%); a maioria tinha >85 anos (42%), 22% tinha entre 65 e 74 anos. Na alta, 21% dos doentes internados estava sob mais de 10 fármacos, 34% entre 7 a 9 fármacos, apenas 13% entre 1 a 3 fármacos. Na USF, 38% dos doentes estavam inadequadamente medicados com IBP, 27% com benzodiazepinas e 9% com AINE. No internamento, 49% dos doentes estavam inadequadamente medicados com IBP, 31% com benzodiazepinas e 1% com AINE.

Conclusões

O uso de MPI é muito frequente tanto nos cuidados de saúde primários, como nos cuidados hospitalares, nomeadamente no que diz respeito aos IBP e às benzodiazepinas. Isto é particularmente preocupante no internamento, em que os doentes são muito idosos e estão polimedicados. Devem ser adotadas estratégias de sensibilização dos médicos para a prescrição no doente idoso, particularmente no que toca a MPI.

31 DE MAIO

Sala Silves I 14:00 - 15:30

CO163

1158 RESULTADO DE UMA EXPERIÊNCIA DE "DESPRESCRIÇÃO" NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA: APLICAÇÃO DOS CRITÉRIOS STOPP/START

Miguel Oliva Teles[1], Ana Pãosinho[1], Ana Parola[2], Ana Cláudia Vieira[3], Ana Rita Terra[1], Diogo Santos[1], Dora Lameiras[1], Margarida Fonseca[1], Rita Saúde Conde[4], Sara Augusto[1], Alberto Mello E Silva[1]

[1]Serviço de Medicina I (Hospital Egas Moniz - CHLO), Lisboa, Portugal

[2]Serviços Farmacêuticos (Hospital Egas Moniz - CHLO), Lisboa, Portugal

[3]Serviço de Pneumologia (Hospital Egas Moniz - CHLO), Lisboa, Portugal

[4]Serviço de Oncologia Médica (Instituto Português de Oncologia de Lisboa), Lisboa, Portugal

Introdução

Uma abordagem para lidar com a medicação desadequada e a polifarmácia no doente idoso poderia ser cunhada de “desprescrição”. A ferramenta STOPP/START (Screening Tool Of Older Person´s Prescription / Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment) permite não só simplificar e reduzir

terapêutica, como avaliar a potenciais omissões de prescrição.

Objetivos

Avaliar o impacto da aplicação de uma ferramenta de “desprescrição” numa enfermaria de Medicina Interna (MI).

Métodos

Estudo de coorte prospetivo. Randomização simples dos doen-

tes com mais de 65 anos e mais de 5 fármacos para braços de "recomendação" (R) e "não recomendação" (NR). Ao braço R foi aplicada a ferramenta STOPP/START, seguindo-se o envio de uma mensagem à equipa assistente (via programa de prescrição hospitalar) com a recomendação de descontinuação dos medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) ou de início dos potencialmente omissos (MPO). Ao braço NR foram fornecidos os cuidados habituais. Análise estatística realizada através de SPSS 2.0 com p<0.05.

Resultados

65 doentes no braço R e 63 no NR (idade média – 82 anos – e distribuição por sexo – 48% masculino, 52% feminino – semelhante entre os braços). A média do número de medicamentos (9) e de comprimidos por doente (11) manteve-se inalterada à saída em ambos os braços. No braço R, entre a entrada e a saída, observou-se uma redução global em 50% dos MPI (113 para 58) e em 30% dos MPO (71 para 50), tendo esta sido significativamente maior que no braço NR (12% e 9%). A nível individual, no braço R, cada doente teve em média a redução de 1 ponto no somatório dos MPI à saída, redução esta não presente no braço NR.

Conclusões

A prescrição inadequada é uma área de importante intervenção pelo internista. Este resultado, apesar de modesto e mais notório a nível global que individual, foi positivo. Assim, tanto as limitações da ferramenta e da metodologia de "desprescrição" empregues poderão ser refinadas para permitir resultados futuros de maior impacto.

02 DE JUNHO

Sala Silves VI 09:00 - 10:00

CO164

1223 AVALIAÇÃO FUNCIONAL DO IDOSO E MORTALIDADE PÓS-INTERNAMENTO

João Abranches Carvalho, Yolanda Martins, Luís Pedro Tavares

CHEDV, Santa Maria Da Feira, Portugal

Introdução

Com o envelhecimento da população, o internista é cada vez mais exposto à temática dos cuidados curativos versus paliativos. Como tal, compete ao internista fazer uma avaliação holística do doente de modo a elaborar um plano individual de cuidados adaptado a cada doente.

O AVD-DezIs representa na forma de escala percentual a avaliação funcional do idoso, com 100% sendo a melhor pontuação, e correlaciona-se com a mortalidade, readmissões no serviço de urgência e reinternamentos.

Objetivos

Relacionar o índice AVD-DezIs com outcomes clínicos em doentes com insuficiência cardíaca (IC) e doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)

Métodos

Estudo prospetivo sobre todos os doentes idosos internados no Serviço de Medicina Interna de Janeiro de 2016 a Dezembro de 2017. Efetuada subanálise no grupo de doentes com diagnóstico de insuficiência cardíaca agudizada e doença pulmonar obstrutiva crónica agudizada no ano de 2016.

Resultados

Foram internados 5445 idosos entre 2016 e 2017, incluídos 5067 doentes na análise geral e sobrevivência a 30 dias e 2259 na análise de sobrevivência a 1 ano. Incluídos na subanálise 323 doentes internados por ICC e 361 por DPOC.

Nos dois anos, o AVD-DezIs médio foi de 54.8% com um desvio padrão de 28.43%.

Verificou-se a correlação entre o AVD-DezIs e a sobrevivência a 30 dias e 1 ano ($p < 0.001$).

Tanto no grupo ICC como DPOC verificou-se correlação com a mortalidade e sobrevivência a 30 dias e 1 ano, mesmo quando controlado para a idade ($p < 0.001$).

Foram construídos 4 subgrupos de doentes consoante a avaliação funcional (0-30%; 30,1-60%; 60.1-90%; 90.1-100%), verificando-se uma diferença significativa com a idade, mortalidade e sobrevivência a 1 ano.

Conclusões

Além da idade do doente, a caracterização funcional permite estimar a reserva biológica do individuo. O índice de AVD-DezIs é uma ferramenta importante como preditor de vários outcomes (nomeadamente mortalidade e sobrevida) e permite identificar indivíduos que beneficiariam de intervenções personalizadas.

02 DE JUNHO

Sala Albufeira 09:00 - 10:00

CO165

1396 AVALIAÇÃO FUNCIONAL NO IDOSO - O ÍNDICE AVD-DEZIS

Filipa Brochado, Yolanda Martins, Luis Pedro Tavares

Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, Santa Maria Da Feira, Portugal

Introdução

O aumento da esperança de vida levou a uma maior prevalência de doenças crónicas, com fortes implicações na utilização de cuidados de saúde. Os idosos são responsáveis pela maioria dos internamentos hospitalares e por grande parte dos gastos em saúde. A avaliação funcional do doente idoso é um dado

importante para prever a necessidade de cuidados.

Objetivos

Relacionar o índice funcional do doente idoso com os resultados clínicos.

Métodos

O índice AVD-DezIs avalia a capacidade funcional do doente (0-100%). É calculado através de um formulário com 20 itens: 4 sobre atividades básicas da vida diária, 5 sobre atividades instrumentais e 11 da Avaliação DezIs (dor/depressão, instabilidade, imobilidade, incontinência, inanição, incoerência, insónia, insegurança, isolamento, insuficiência financeira e iatrogenia). Realizou-se um estudo retrospetivo sobre o índice funcional dos doentes idosos internados no Serviço de Medicina Interna de 1 de janeiro 2014 a 31 de dezembro 2017 e a sua relação com: demora média de internamento, mortalidade intra e extra-hospitalar aos 30 dias, reinternamentos e readmissões no Serviço de Urgência (SU). Análise estatística no SPSS.

Resultados

Foram incluídos 8796 doentes idosos com o índice AVD-DezIs preenchido. Verificou-se diminuição da autonomia com o aumento da idade (p=0.00). A demora média foi de 9.38 dias, sendo maior nos doentes menos idosos (p=0.00) e com menor índice funcional (p=0.004). A taxa de mortalidade intra-hospitalar foi 15.1% e a extra-hospitalar 6.3%. Um índice menor é preditor de maior mortalidade intra e extra-hospitalar (p=0.00), mas o mesmo não se verificou com a idade. As readmissões no Serviço de Urgência aos 30 dias foram 33.2% e os reinternamentos 15.6%. Um índice menor é preditor de maior taxa de readmissão e reinternamento (p=0.00), mas a idade não.

Conclusões

No doente idoso, o índice funcional é melhor preditor de morbilidade, mortalidade e necessidade de cuidados do que a idade. O índice funcional é uma ferramenta essencial na avaliação destes doentes.

CO166

1428 DELIRIUM E MORTALIDADE

Joana Rigor[1], Rita Pereira[1], Inês Rueff Rato[1], Paula Marques Ferreira[1], Catarina Ribeiro[2], Diogo Teixeira[3], Pedro Mesquita[1], Ana Mafalda Silva[1], Sofia Pereira[1], Ingride Costa[1], Paula Ferreira[1], Daniela Martins-Mendes[4], Manuela Sequeira[4]

[1]Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E. - Serviço de Medicina Interna, Vila Nova De Gaia, Portugal

[2]Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E. - Serviço de Nefrologia, Vila Nova De Gaia, Portugal

[3]Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E. - Serviço de Dermatologia, Vila Nova De Gaia, Portugal

[4]Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E. - Serviço de Medicina Interna; Departamento de Bioquímica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; i3S - Instituto de Investigação e Inovação em Saúde da Universidade do Porto, Vila Nova De Gaia, Portugal

Introdução

O Delirium é diagnóstico frequente nos internamentos em enfermarias médicas, tendo sido estabelecida a sua importância na morbi-mortalidade a curto e longo prazo.

Objetivos

Determinar fatores associados com a mortalidade pós-alta de internamento em Medicina Interna em doentes idosos, nomeadamente no que diz respeito ao Delirium.

Métodos

Todos os doentes com ≥65 anos internados num serviço de Medicina Interna entre 1 de Agosto e 31 de Dezembro de 2016 foram avaliados para incidência de Delirium usando o Short Confusion Assesment Method, sendo também colhidas variáveis demográficas e de co-morbilidades (Índice de Charlson). Posteriormente, foi determinada a mortalidade até aos 12 meses.

Resultados

Foram analisados 198 internamentos com 53.5% homens e idade média de 79,9 (± 7,5) anos. A taxa de mortalidade intrahospitalar foi de 13,6%; dos restantes, verificou-se o óbito aos 12 meses em 45,6%, com uma mediana de sobrevida de 97 (amplitude interquartil 185) dias. Não foi encontrada associação entre Delirium e óbito no internamento [odds ratio (OR) 1,5, intervalo de confiança (IC) 95% 0,6-3,8], mas sim no óbito em ambulatório até aos 12 meses (OR 2,3, IC 95% 1,2-4,5). Dos outros fatores analisados, tiveram associação com a mortalidade aos 12 meses o Índice de Charlson (OR 1,2, IC 95% 1,0-1,3), a presença (confirmada ou presumido) de demência (OR 2,2, IC 95% 1,2-4,0), a duração do internamento (OR 1,0, IC 95% 1,0-1,0) e o número de fármacos administrados em internamento (OR 1,1, IC 95% 1,0-1,1). Ajustando para estes fatores, a presença de Delirium não se manteve associada à mortalidade.

Conclusões

Nesta população, encontrou-se uma elevada mortalidade aos 12 meses, com associação com o Índice de Charlson, a presença de demência, a duração de internamento e a presença de Delirium. Todavia, a associação do Delirium foi perdida na análise multivariada. São necessários mais estudos com populações maiores para verificar qual o impacto desta patologia na mortalidade.

CO167

1515 PSICOFÁRMACOS EM IDOSOS POLIMEDICADOS INTERNADOS NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Tatiana Gonçalves, Mariana Gonçalves, Jorge Leitão, Elsa Gaspar, Lèlita Santos, Armando Carvalho

Serviço de Medicina Interna A - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

Os psicofármacos são uma das principais causas de reações adversas medicamentosas. A polimedicação e as alterações fisiológicas, farmacocinéticas e farmacodinâmicas, associadas ao envelhecimento, aumentam o risco iatrogénico medicamentoso nesta faixa etária.

Objetivos

Analisar a prevalência de toma de psicofármacos em doentes idosos polimedicados, internados num serviço de Medicina Interna. Caracterizar o perfil do idoso e identificar as classes de psicofármacos mais utilizadas .

Métodos

Estudo descritivo, observacional e transversal, durante um dia, incluindo doentes de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 65 anos, internados num serviço de Medicina Interna. Foram analisadas as características clínicas e demográficas e a medicação do ambulatório.

Resultados

Na amostra foram incluídos 91 doentes, 53,8% dos doentes eram do sexo feminino e a idade média foi de 82,4±7,9 anos. À entrada, 50,5% dos doentes eram totalmente dependentes (índice de Katz modificado de 5 e 6). Cerca de 58,2% tinham diagnosticadas patologias psiquiátricas e/ou neuropsiquiátricas. Em média, cada doente fazia como medicação habitual 9±2,8 fármacos. Da medicação habitual, cerca de 62,6% dos fármacos eram psicofármacos. A classe mais prevalente foi a dos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, nomeadamente 53,8% de benzodiazepinas, seguida dos antidepressivos com 36,2% e dos antipsicóticos (25,3%). No total e em relação aos psicofármacos, foram identificados 48 casos de medicamentos potencialmente inadequados, segundo os Critérios de Beers. À entrada, no internamento, cerca de 9,9% doentes apresentaram sintomatologia atribuível à toma de psicofármacos, nomeadamente síndrome confusional e quedas frequentes.

Conclusões

O uso crónico de psicofármacos, sobretudo nos doentes polimedicados, pode aumentar o número de interações medicamentosas, reações adversas, desenvolvimento de dependência e/ou tolerância. A redução da prescrição deve ser avaliada de forma individualizada com o objetivo de reduzir o número de prescrições inadequadas.

CO168

2114 POLIFARMACIA: QUANDO MAIS É MENOS…

Rui Morais, Sara Trevas, Ana Lopes Dos Santos, Maria João P Correia, Fátima Alves, Vanisa Rosário, Susana Jesus, Ana Leitão, Candida Fonseca, Luis Campos

Hospital São Francisco Xavier - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

Introdução

Apesar da Word Health Organization considerar > 5 fármacos, o conceito de polifarmacia é mais abrangente, considerando-se como a utilização sem beneficio evidente ou situações em que os efeitos laterais/interações suplantam o beneficio. A alta prevalência de doentes cada vez mais idosos, com múltiplas comorbilidades torna esta população particularmente exposta a interações medicamentosas e reações adversas relacionadas com polifarmacia. Estima-se que em cerca de 25 a 40% de doentes >65 anos sejam prescritos pelos menos 5 fármacos.

Objetivos

Caracterização da polifarmácia em doentes internados no Serviço de Medicina (SM) de um hospital central durante os primeiros seis meses de 2017.

Métodos

Estudo observacional retrospetivo de todos doentes internados no SM de 1 Janeiro a 30 Junho de 2017, através da consulta do processo clinico e GDH.

Resultados

Incluídos 248 doentes: 60,5% (150) do género feminino, com idade média 80±12 anos, com demora de internamento média de 10± 9 dias Foram verificados em média 9±3 diagnósticos secundários à data de alta. À admissão, cada doente encontrava-se medicado em media com 7±4 fármacos e, à data da alta, com 9±4 fármacos. Objectivou-se que 61,6% (1158) dos fármacos prescritos à data da alta eram anti-hipertensores, hipolipidemiantes, antitrombóticos e/ou antidiabéticos.

Conclusões

Verifica-se elevada prevalência de polifarmacia em doentes idosos e muitos idosos, sendo que grande partes dos fármacos prescritos se destinam a controlo de factores de risco cardiovasculares e modificadores de doenças crónicas a longo prazo. A adequação da prescrição na faixa etária mais elevada deve ter

em consideração a sobrevida do doente, uma vez que a polifarmacia poderá não beneficiar o prognóstico do doente, mas potenciar o risco de eventos adversos. O internamento hospitalar deve ser encarado como uma oportunidade para reconciliação terapêutica, tendo em conta as características da população internada nos serviços de medicina interna.

02 DE JUNHO

Sala Silves VI 09:00 - 10:00

CO169

2330 INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA - UM MAL MENOR?

Maria João Correia, Ana Lopes Santos, Rui Morais, Sara Trevas, Ana Leitão, Fatima Alves, Cândida Fonseca, Luis Campos

CHLO-HSFX, Lisboa, Portugal

Introdução

O aumento da longevidade está associado a maior prevalência de doenças, pressupondo a utilização de múltiplos fármacos segundo as diversas guidelines. A estimativa de interações medicamentosas aumenta significativamente (20-82%) quanto maior o número de fármacos prescritos (>7), o que predispõe ao aparecimento de efeitos adversos graves e diminuição de eficácia do tratamento.

Objetivos

Identificação das interações medicamentosas de doentes com idade superior a 65 anos internados num serviço de medicina de um hospital central.

Métodos

Estudo observacional retrospetivo de doentes consecutivamente internados no período compreendido entre 1 janeiro e 30 Junho de 2017. Através da consulta do processo clinico foi recolhida a informação demográfica, clínica e a medicação do doente à entrada e à saída do internamento. Para identificação da interação medicamentosa utilizou-se o software online "Multi-drug interaction checker" do Medscape.

Resultados

Nos 6 meses de estudo, foram avaliados 249 doentes, 60% do sexo feminino, com média de idade de 80±12 anos, demora média de 10±9 dias e 9±3 diagnósticos secundários por doente à data alta. O número médio de fármacos por doente à admissão foi 7,5±4,2 e à saída 8,9±3,8. À admissão mais de metade dos doentes (60%) apresenta interações medicamentosas que se perpetuaram à data da alta. Nesta população a média de interações medicamentosas identificadas por doente foi à entrada 8,7±8,1 e à saída 9,6±7,9, das quais foram consideradas interações graves 10,4 e 11,2%, respectivamente.

Conclusões

Neste estudo verificou-se uma taxa elevada de interações medicamentosas que se manteve inalterada à saída do internamento.

Nesta população idosa e muito idosa o foco de tratamento centrado na(s) doença(s) e não no doente com pluripatologia condiciona a polifarmacia muitas vezes justificada pela aplicação de recomendações nacionais e/ou internacionais dirigida a cada uma das patologias presentes.

01 DE JUNHO

Sala Silves II 09:00 - 10:30

Medicina Intensiva

CO170

100 QUICK SEQUENTIAL ORGAN FAILURE ASSESSMENT (QSOFA) SCORE COMO PREDITOR DE READMISSÕES NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS – UM ESTUDO DE CASO-CONTROLO

André Rosa Alexandre, José Andrade Gomes

Hospital da Luz - Lisboa, Lisboa, Portugal

Introdução

O quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA) Score foi recentemente proposto com instrumento para a identificação precoce, fora das Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), de doentes com alto risco de mortalidade intra-hospitalar por suspeita de infecção. Um qSOFA ≥ 2 prediz uma elevada mortalidade intra-hospitalar e internamento em UCI ≥ 3 dias.

Objetivos

Testar o qSOFA como preditor de readmissões precoces na UCI (≤ 48 horas após transferência) quando calculado no momento da transferência para a enfermaria.

Métodos

Neste estudo retrospectivo de caso-controlo avaliámos as readmissões precoces na nossa UCI, de Janeiro de 2008 a Dezembro de 2016, com recurso aos processos clínicos electrónicos. Recolhemos dados epidemiológicos, a tipologia de internamento (médico vs. cirúrgico), duração do internamento inicial na UCI, variáveis para o cálculo do qSOFA na transferência para a enfermaria e mortalidade na readmissão na UCI (para os casos). Cada caso foi emparelhado aleatoriamente com um controlo pelo género, idade e tipologia de internamento. Usou-se o teste de Mantel-Haenszel e a área sob a curva de receiver operating

characteristic (AUROC).

Resultados

Identificámos 114 readmissões precoces: 64% das quais do sexo masculino, 70,2% admitidas inicialmente por causas cirúrgicas e com uma média de idades de 66,3 ± 15,4 anos. A duração média do primeiro internamento na UCI foi de 3,4 ± 4,9 dias. Um valor de qSOFA ≥ 1 aumentou o risco de readmissão precoce 2,9 vezes (odds ratio [OR] 2,9; intervalo de confiança [IC] 95%: 1,6-5,3; p<0,001) e mostrou uma precisão como seu preditor de 0,61 calculada pela AUROC. Observámos uma mortalidade intra-UCI de 14% nas readmissões.

Conclusões

Este é o primeiro estudo que sugere a utilidade do qSOFA como preditor de readmissões precoces em UCI. O seu cálculo pode apoiar a decisão de transferência para a enfermaria (qSOFA = 0) ou atrasá-la para ser realizada com maior segurança (qSOFA ≥ 1). O carácter retrospectivo deste estudo limita conclusões adicionais.

CO171

1056 VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA VS INVASIVA E PNEUMONIA EM MEDICINA INTENSIVA

Alexandre Fontoura, LP Trindade E Silva, Rita Fernandes, Filipa Fernandes, Hugo Almeida, Nuno Sousa, Maria Holgado, Pedro Santos, Ana Paula Gonçalves, João Correia, Luísa Lopes

Unidade Local de Saude da Guarda, Guarda, Portugal

Introdução

A pneumonia, uma das causas mais frequentes de internamento em unidade de cuidados intensivos, carateriza-se pela inflamação do parênquima pulmonar, sendo por norma secundária a uma infeção bacteriana ou viral.

Nas suas formas mais graves, pode cursar com falência respiratória, condicionando necessidade de suporte ventilatório, quer seja ventilação mecânica invasiva (VMI) ou não invasiva (VNI).

Objetivos

Avaliar o impacto da utilização da VNI na abordagem inicial (previamente à utilização da VMI) do doente com pneumonia, em doentes admitidos com este diagnóstico num Serviço de Medicina Intensiva (SMI).

Métodos

Estudo retrospetivo de doentes admitidos com diagnóstico de pneumonia no SMI de um hospital distrital, no período de um ano (2017).

Criados 2 grupos:

-G1: doentes que realizaram VNI previamente à VMI.

-G2: doentes que realizaram apenas VMI.

Foram analisadas variáveis demográficas, APACHE II, SAPS, SOFA, demora média, mortalidade, dias de VMI e dias de antibioterapia (AB).

Resultados

Foram incluídos 57 doentes com diagnóstico de pneumonia, 38 realizaram VMI.

G1: 12(31,6%) G2: 26(68,4%):

Idade média(anos): 68,9±18,6(G1) vs 72,7±14,7(G2),p>0,05.

APACHE II: 21,6±7,9(G1) vs 26,6±8,81(G2),p>0,05.

SAPS: 52±19,24(G1) vs 60,04±16,27(G2),p>0,05.

SAPS: 9,5±3,47(G1) vs 9,38±3,13(G2),p>0,05.

Mortalidade: 4(33,3%)(G1) vs 8(30,76%)(G2),p>0,05.

Demora média(dias): 20,42±22,73(G1) vs 9,27±7,75(G2),p<0,05.

Dias VMI: 14,33±23,94(G1) vs 6,61± 5,95(G2),p>0,05.

Dias AB: 16,75±23,5(G1) vs 7,42±5,1(G2),p>0,05.

Conclusões

Apesar da reduzida dimensão da amostra poder influenciar os resultados, sendo necessários estudos comprovativos mais alargados, verificou-se que os doentes com pneumonia submetidos a VNI, antes do início de VMI, apresentaram demora média superior aos doentes que apenas realizaram VMI.

Apesar de não se terem verificado diferenças significativas, em termos estatísticos, nas restantes variáveis, a realização de VNI, numa fase inicial da admissão dos doentes, esteve associada a um tempo superior de VMI e de AB.

CO172

2069 INTOXICAÇÃO POR MONÓXIDO DE CARBONO E CIANETO: UMA ASSOCIAÇÃO A RECORDAR

Ana Marçal[1], Daniela Coelho[2], Rui Araújo[2]

[1]Serviço de Medicina Interna, Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos, Portugal

[2]Serviço de Medicina Intensiva, Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos, Portugal

Introdução

O cianeto (CN) é uma toxina mitocondrial letal. A intoxicação por CN é rara, mas a suspeição clínica é fundamental, pois possui antídoto life-saving. Com este caso os autores pretendem alertar para a associação frequente de intoxicação por CN e monóxido de carbono (CO) em contexto de incêndios domésticos, e respectivo tratamento.

Descrição

Homem, 78 anos, vítima de incêndio doméstico, e intoxicação grave por CO com queimadura de via aérea, coma, rabdomiólise, hiperlactacidemia e carboxihemoglobina de 18.7%. Admiti-

do no Serviço de Medicina Intensiva, onde permaneceu entubado e sedoanalgesiado durante 48h, tendo realizado 2 sessões de oxigenoterapia hiperbárica (OTH), de acordo com protocolo.

Em D3 de internamento, quadro de agitação, hipertensão, taquicardia, flushing facial e reaparecimento de hiperlactacidemia. Iniciou tratamento empírico com hidroxocobalamina 5g e tiossulfato de sódio 12,5g, endovenosos, em dose única, com resolução clínica completa e normalização do lactato. Verificou-se eritema generalizado de resolução rápida e cromatúria, ambos efeitos benignos da administração de hidroxocobalamina. Apresentou ainda pneumonite química, sem necessidade de retomar suporte ventilatório, e delirium, a merecer 24h de tratamento com dexmedetomidina e benzodiazepinas.

Evolução favorável, com alta para a enfermaria geral após 5 dias de internamento.

DISCUSSÃO: A fonte mais comum de CN em países industrializados é a combustão de plásticos e tecidos em contexto de incêndios domésticos, frequentemente concomitante com intoxicação por monóxido de carbono (CO). O diagnóstico de intoxicação por CN é clínico. Neste caso o enquadramento clínico, associado à boa resposta ao tratamento, suportam o diagnóstico. A apresentação tardia interpretou-se no contexto da OTH, que mobiliza o cianeto dos tecidos para a circulação, sem aumentar a sua excreção. O tratamento deve ser instituído o mais precocemente possível, podendo até ser considerado no pré-hospitalar.

01 DE JUNHO

Sala Portimão 09:00 - 10:30

Organização de Serviços de Saúde e Qualidade

CO173

103 ATIVIDADE ANUAL DE UM SERVIÇO DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIARIA.

Pedro Miguel Pereira Fernandes[1], Mercè Díaz Gegúndez[2], Isabel Gómez De Argila[1]

[1]Hospital Sant Jaume de Calella, Calella, Barcelona, España

[2]Corporació de Salut del Maresme i la Selva, Calella, Barcelona, España

Introdução

Na atual conjuntura socioeconómica é cada vez mais necessário apostar na evolução do sistema sanitário, facilitar e ampliar o aceso aos cuidados de saúde, tendo sempre em conta as limitações do sistema. Neste sentido emerge a via da hospitalização ao domicilio (HaD), dispositivo capaz de dispensar um conjunto atenções e cuidados (médicos, de enfermagem) de dimensão hospitalar no próprio domicilio dos doentes, que já mostrou resultados positivos em diversos países.

Objetivos

Demonstrar os resultados da atividade geral, epidemiologia, patologias dos doentes e evolução da despesa económica num serviço de hospitalização domiciliaria.

Métodos

Realizou-se uma revisão detalhada da memoria científica 2016.

Resultados

Ao longo de 2016 foram produzidas 807 altas desde as unidades de HaD, com uma estância media de 7,2 dias em comparação com os 9,5 dias em medicina interna, e uma taxa de ocupação media de 89.1% do serviço. A distribuição por idade e sexo mostrou que 52.7% dos pacientes eram mulheres, e 80% tinham mais de 65 anos. Também destacar que 41.1% dos doentes padecia algum tipo de deterioro cognitivo.

Em relação à procedência dos doentes, 68.6% procedem do serviço de urgência, 14% do internamento convencional (sobretudo em medicina interna). A patologia mais frequentemente tratada é a respiratória (35.9%), em particular a DPOC agudizada (54.8%). Seguem-se a infecção urinaria e as pneumonias. Observa-se uma tendência à diminuição da despesa por alta hospitalar com a media a rondar os 61,5€ (81€ em 2015), valor que inclui gastos de farmácia, deslocações, material sanitário e de escritório.

Conclusões

Este serviço consolida-se assim como uma alternativa valida e fiável à hospitalização convencional na nossa área de influencia, não só em termos de alivio de carga asistencial mas também na redução da despesa.

01 DE JUNHO

Sala Silves I 09:00 - 10:30

CO174

234 REINTERNAMENTOS HOSPITALARES DO 1º SEMESTRE DE 2017

Erico Costa, Valter Rocha, Bruno Guimarães, Rita Maciel, Joana Sequeira, Fatima Pais

CHEDV, Santa Maria Da Feira, Portugal

Introdução

Os reinternamentos são internamentos não programados até 30 dias após alta hospitalar. Estes relacionam-se com decréscimo da qualidade dos cuidados de saúde e aumento de mortalidade hospitalar. Assim, para diminuir altas precoces criou-se

este indicador.

Objetivos

Analisar os reinternamentos no serviço de Medicina Interna e identificar as causas potencialmente evitáveis

Métodos

Análise retrospetiva das altas hospitalares do primeiro semestre de 2017 do serviço de Medicina Interna

Resultados

Registaram-se 1973 internamentos com uma demora média de 8,3 dias, idade média de 75.8 anos e 194 reinternamentos (9,8% dos internamento). Estes doentes apresentavam menor grau de autonomia avaliado por score AVD-Dezis (básico 2,5 vs 1,7; instrumental 3,4 vs 2,6 e Dez-is 4 vs 3) e índice de Charlson 3,1 vs 2,3.

As principais causas de admissão inicial foram as infeções respiratórias (IR), insuficiência cardíaca (IC) e lesão renal aguda (LRA). Os motivos de readmissão destes internamentos foram analisados em grupos: recorrência da causa inicial (1), descompensação de problemas crónicos (2), infeções associadas a cuidados de saúde (3) e não relacionadas com os anteriores (4). O grupo 1 consistia em IC (17,3% dos reinternamentos) e LRA (1,8%), o grupo 2 em agudização de doença pulmonar crónica (18,2%), IC (10%) e doença renal crónica (2,7%) e o 3 em IR (25,5%), infeção urinária (10,9%) e infeção abdominal (0,9%). Os doentes reinternados, comparativamente aos sem reinternamento, apresentaram taxa de mortalidade de, respetivamente, 37,6% vs 19%; 81,1 vs 75,4 anos de idade, menor autonomia (AVD-Dezis básico 3,3 vs 2,1; instrumental 4,3 vs 3,0 e Dez-is 4,8 vs 3,6) e Charlson 4,0 vs 2,7). A principal causa de mortalidade dos doentes reinternados foi a IR

Conclusões

Dos 1973 internamentos, 194 foram reinternamentos (9,8%). Estes doentes apresentavam idade superior, menor grau de autonomia, mais comorbilidades e maior taxa de mortalidade. As principais causas de reinternamento foram a IR e a IC. Os dados são semelhantes aos de outras instituições

01 DE JUNH0

Sala Portimão 09:00 - 10:30

CO175

359 RECONCILIAÇÃO TERAPÊUTICA - CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Mafalda Corrêa Figueira, Catarina Abrantes, Daniela Brigas, Filipa Silva, Francisco Vale, Lúcia Gil, Margarida Madeira, Patrícia Carneiro, Bárbara Lobão, Ermelinda Pedroso

Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal, Portugal

Introdução

As discrepâncias de medicação (DM) são inconsistências entre listas de medicação de um utente e podem ser intencionais ou não intencionais. Ocorrem frequentemente em doentes geriátricos polimedicados, colocando a sua segurança em risco e aumentando a probabilidade de reações adversas e de reinternamentos.

A Reconciliação terapêutica (RT) consiste na comparação, verificação e retificação de listas de medicação.

Objetivos

Os objectivos primários foram: verificar a prevalência da RT à data da alta e avaliação da conformidade dos registos (CR). Como objectivos secundários os autores avaliaram a qualidade da prescrição e caracterizaram a população internada.

Métodos

Realizou-se um estudo de prevalência, descritivo e transversal cuja amostra incluiu todos os doentes internados num Serviço de Medicina num determinado dia. Os dados foram obtidos através de consulta de processo clínico informático.

Foram registados todos os fármacos, dosagem e posologia relativos às terapêuticas de ambulatório, descrita na nota de entrada e confirmada com o doente/pessoa significativa, de internamento e constante na nota de alta.

Resultados

Foram avaliados 52 doentes, cuja mediana de idade foi 78 anos, tinham uma média de 3,9 comorbilidades, metade eram totalmente dependentes e 72,7%, estavam medicados com 5 ou mais fármacos em ambulatório.

Foram comparados 1201 fármacos não se tendo verificado conformidade em 61% dos registos, tendo ocorrido pelo menos um erro de fármaco, dosagem ou posologia.

Não houve RT em 47% dos doentes. A RT foi menor no grupo de doentes em que não houve CR. As DM observadas foram, na sua totalidade, não intencionais.

Conclusões

As DM são frequentes e resultam de fatores que poderão ser

modificáveis. A RT, além de um elemento essencial da boa prática médica, relaciona-se com a segurança do doente e com menores custos associados à saúde. Os resultados serviram como iniciativa para implementação de uma norma de RT que incluirá o preenchimento de um formulário para comparação e retificação de listas de medicação.

01 DE JUNHO

Sala Silves I 09:00 - 10:30

CO176

521 A IMPORTÂNCIA DE UM HOSPITAL DE DIA NO TRATAMENTO DE DOENTES COM DOENÇA AUTOIMUNE

Ana Vieira Dos Santos, Andreia Teixeira, Francine Mascarenhas, Aida Cordero, José Águila

ULSNA - HSLE, Elvas, Portugal

Introdução

Os doentes auto-imunes são mais propensos a contrair infeções, em especial aqueles sob tratamentos biológicos. Nestes, o seu seguimento numa unidade especifica permite minimizar as complicações infecciosas e a sua melhor gestão

Objetivos

Descrever o numero de infeções, tipo e complicações por doença

Avaliar a eficácia do seguimento no Hospital de Dia (HD) dos doentes auto-imunes

Avaliar a toma de decisões sobre a continuidade de tratamento biológico

Métodos

Através do processo clínico do Hospital de Dia dos pacientes com doença auto-imune, realizámos um estudo retrospetivo de todos os pacientes sob terapêutica biológica no ano de 2016, identificando infeções que surgiram e avaliando intervenções realizadas pelo pessoal de enfermagem (presencial/telefónico) e médico (registo clínico/prescrição eletrónica/análises/ internamentos)

Resultados

58 pacientes com tratamento biológico (51mulheres/7homens) - 46 Artrite Reumatoide, 7Espondilite Anquilosante e 5Artrite Psoriatica

58 episódios infecciosos em 37 pacientes (63,79%). Infeções do foro genito-urinário-13(22.4%), respiratório-9(15.5%), gastro-intestinal-6(10.3%), dermatológico-11(18.9%), ocular 1(1.7%), oral-7(12.1%) e outras-2(3.45%). Em 41.4 %, a origem é bacteriana, 20.7% viral e 10.3% fúngica. 100%dos pacientes contactaram com a equipa de enfermagem do HD, não necessitando outro recurso médico.

Foi instituído tratamento ambulatório em 98.3% dos pacientes, necessitando internamento hospitalar apenas 1 doente.

O tratamento biológico foi atrasado em 31 casos (53,45%), e foi suspendido em 1 paciente(1.73%)

Identificamos uma baixa % de pacientes com vacina da gripe (4 de 58 - 6.9%)

Conclusões

O estado de imunosupressão destes pacientes é evidente, sendo detetado em mais de 63% da nossa amostra alguma ocorrência infeciosa.

Entre as mais frequentes estão as do foro genito-urinário, talvez por uma maior % de mulheres na nossa amostra. A prevalência de infeções respiratórias pode estar diretamente correlacionado com a baixa % de doentes com a vacina da gripe neste grupo de risco (4 de 58 pacientes vacinados).A disponibilização de uma consulta aberta de enfermagem e medicina permite uma deteção precoce das ocorrências infecciosas e a sua rápida resolução, evitando o consumo de recursos hospitalares, sendo que neste caso só registamos o internamento em 1doente.Por sua vez, a avaliação dos doentes pelos médicos prescritores da terapêutica biológica permite a não descontinuação da terapêutica biológica, exceto em casos estritamente necessários, minimizando a reativação das doenças auto-imunes (suspensão do tratamento de 1 doente).

As ocorrências infecciosas em doentes com patologia auto-imune são uma complicação frequente.

A gestão destas complicações num HD específico para a patologia auto-imune demonstra, neste estudo reduzir o consumo de recursos hospitalares, uma otimização da terapêutica e um melhor e um melhor controlo da doença de base.

Concluímos também que devemos melhorar a adesão à vacinação para a gripe neste grupo de risco.

01 DE JUNHO

Sala Portimão 09:00 - 10:30

CO177

563 EQUIPA DE SUPORTE A DOENTES CRÓNICOS COMPLEXOS

Jorge Martins, Céu Rocha, Eduarda Almeida, Miguel Pereira

ULS Matosinhos, Senhora Da Hora, Portugal

Introdução

Nas últimas décadas o panorama da saúde alterou-se, havendo recurso aos serviços de saúde de doentes mais idosos, com várias doenças crónicas com cada vez maior complexidade. A saúde da população mudou, mas não mudaram as respostas

do sistema. Na tentativa de dar uma nova resposta, foi implementada na Unidade Local de Saúde (ULS) a Equipa de Suporte a Doentes Crónicos Complexos (ESDCC).

Objetivos

Prestar apoio continuado e coordenado a doentes com doenças crónicas complexas residentes no concelho da ULS e evitar recurso ao Serviço de Urgência e internamentos hospitalares.

Métodos

Usando a estratificação da pirâmide de Kaiser Permanent, estes doentes situam-se no topo da pirâmide. São doentes que têm várias comorbilidades e critérios de fragilidade, cerca de 5% dos doentes crónicos, os chamados doentes crónicos complexos (DCC). No seu percurso de saúde, têm necessidade de uma abordagem individualizada. São para isso integrados numa equipa multidisciplinar, constituída por médicos internistas e enfermeiros na comunidade. Estes enfermeiros, com competências específicas, são responsáveis pelo cumprimento e monitorização do Plano Individual de Cuidados (PIC) e por orientar o doente no sistema de saúde. A identificação destes doentes é efectuada quer na comunidade quer no hospital pelo médico assistente. Para orientação foram definidos critérios de referenciação: idade igual ou superior a 75 anos; 5 ou mais recursos

ao Serviço de Urgência num ano; 3 ou mais internamentos num ano; 3 ou mais comorbilidades em estadio avançado; 6 ou mais fármacos como medicação crónica. A presença de 3 ou mais destes critérios justifica a referenciação. Aos doentes referenciados é validada ou não a inclusão na Equipa, tendo por base vários parâmetros. Ao doente incluído é elaborado um PIC pela equipa multidisciplinar, cuja monitorização é da responsabilidade do enfermeiro "gestor de caso", em estreita ligação com a Equipa de Saúde Familiar e o médico internista. Quando há uma agudização o doente é observado em Consulta Aberta – consulta não programada com acesso facilitado a exames complementares de diagnóstico e possibilidade de prescrição de fármacos para administração em domicílio em situações particulares

Resultados

De Novembro de 2016 a Janeiro de 2018, foram observados 100 doentes, dos quais 58 foram integrados na Equipa. Considerando os 42 doentes que tiveram mais de 3 meses de acompanhamento pela Equipa, houve uma redução de 52,6% do número de episódios de urgência se atendermos ao período homólogo do ano anterior ou de 63,7% se for considerado o período imediatamente antes da integração na Equipa e houve uma redução de 39,1% do número de episódios de internamento se atendermos ao período homólogo do ano anterior ou de 66,3% se for considerado o período imediatamente antes da integração na Equipa.

Conclusões

Os dados sugerem que um acompanhamento personalizado e dedicado de uma Equipa Multidisciplinar consegue reduzir o número de episódios de urgência e de internamentos de uma população de DCC.

CO178

654 UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA – DOIS ANOS DEPOIS

Elvis Arias Guevara, João Correia, Vitoria Cunha, Rita Nortadas, Pedro Azevedo, Ana Gomes, Conceição Escarigo, Pedro Beirão, Claudia Viegas, Francisca Delerue

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução

A Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD), tem por objectivos proporcionar um melhor nível de cuidados de saúde a doentes com patologia aguda ou crónica agudizada que necessitem transitoriamente de cuidados de nível hospitalar; reduzir as complicações inerentes ao internamento convencional; criar um ambiente psicológico mais favorável ao doente durante o internamento; valorizar o papel da família/cuidador e prevenir a rejeição, o abandono e a institucionalização

Objetivos

Descrever e analisar a atividade médico-assistencial nos 2 primeiros anos da UHD de doentes em Portugal

Métodos

Analise retrospectivo – descritivo dos dados dos doentes da UHD desde novembro de 2015 até novembro de 2017

Resultados

De 1070 avaliações realizadas, foram admitidos 619 doentes e 609 tiveram alta neste período, sendo maioritariamente do sexo feminino. A demora média foi 8,3 dias, totalizando 5205 dias de Internamento.

Na admissão, a maioria era independente nas AVDs, mas havia uma percentagem considerável de dependentes. As comorbilidades mais frequentes foram hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, insuficiência cardíaca (IC), acidente vascular cerebral prévio e fibrilação auricular. Os diagnósticos principais na alta foram: pneumonia bacteriana, IC, pielonefrite aguda, cistite aguda e erisipela. O diagnóstico secundário mais frequente foi insuficiência respiratória. O retorno ao hospital foi de 9,3%; houve 56 chamadas de prevenção; a taxa de mortalidade foi de 1,29%. A taxa de satisfação dos utentes e familiares foi de 91,4% e 90,7% respectivamente. O custo por doente tratado na UHD no ano 2016 e 2017 foi de 895,43 e 881,79 euros, respectivamente

Conclusões

A UHD é um projeto pioneiro em Portugal. Os doentes admitidos até o momento contemplam maioritariamente patologias infeciosas e cardiovasculares. Está associada a redução na

demora média e de complicações, e constituiu uma alternativa segura, eficaz e custo - efetivo ao internamento convencional, associada a elevada satisfação dos utentes e seus familiares

01 DE JUNHO

Sala Silves I 09:00 - 10:30

CO179

776 COMPLICAÇÕES CLÍNICAS EM INTERNAMENTOS PROLONGADOS POR MOTIVO SOCIAL APÓS ALTA CLÍNICA, CARACTERIZAÇÃO DE UM SERVIÇO DE MEDICINA

Isabel Taveira, Tiago Fiúza, Cláudia Vicente, Isabel Maria, José Sousa E Costa

Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, Santiago Do Cacém, Portugal

Introdução

A perspetiva integradora de cuidados de saúde pressupõe uma abordagem multidisciplinar, englobando os aspetos biopsicos-sociais, culturais e espirituais dos doentes.

O envelhecimento populacional e o concomitante aumento de doenças crónicas tem aumentado a incidência de doentes com situação social complexa, dificultando as respostas da sociedade aos problemas que se encontram associados (nomeadamente aos estados de dependência).

Objetivos

Caracterização da população com prolongamento do internamento após alta clínica, por motivos sociais e as complicações clínicas decorrentes.

Métodos

Estudo prospetivo, descritivo, realizado de 15 de Janeiro a 15 de Fevereiro, através do acesso ao sistema informático hospitalar de todos os doentes com alta clínica que permaneceram internados por motivos de cariz social.

Resultados

Durante o período de 1 mês identificaram-se 13 protelamentos de alta social (7 homens, 6 mulheres), com média de idades de 71 anos, perfazendo um período cumulativo de 230 dias (mín. 2 dias; máx. 101 dias). Destes doentes, 9 não apresentaram intercorrências (prolongamento < 15 dias). Os restantes tiveram intercorrências infeciosas (2 infeções urinárias; 1 pneumonia), ortopédicas (fratura osteoporótica do fémur) e 1 tromboembolismo pulmonar.

Os 4 doentes que sofreram estas complicações mantêm-se ainda a aguardar resolução social, sendo responsáveis pela ocupação de 8% das camas do serviço.

Conclusões

Verifica-se que não existem, claramente, respostas adequadas e suficientes para, em tempo útil, fazer face a esta realidade. O protelamento da alta social traduz-se num aumento das complicações, sendo fundamental delinear estratégias para resolução da problemática (medidas de apoio à família, alargamento da rede de instituições, entre outras).

01 DE JUNHO

Sala Silves II 09:00 - 10:30

CO180

810 FEBRE E ANTIBIOTERAPIA NA URGÊNCIA

Marli Cruz, Rui Barros, António Carneiro

Hospital da Luz Arrábida, Vila Nova De Gaia, Portugal

Introdução

Febre é um estado fisiológico que se caracteriza pela elevação da temperatura (T) corporal acima do intervalo circadiano normal e pode ter diferentes etiologias. A boa prática médica faz supor que a antibioterapia seja apenas instituída em casos de patologia infeciosa bacteriana e, não apenas, pelo estado febril.

Objetivos

Analisar os diagnósticos e adequação da antibioterapia instituída em doentes que se apresentaram com febre no atendimento urgente durante o ano de 2015.

Métodos

Estudo retrospetivo com dados recolhidos a partir da base de dados do hospital. Selecionaram-se os indivíduos adultos que apresentaram febre (T auricular ≥ 38°C) à admissão. Foram divididos por grupo diagnóstico à data de alta ("patologia infeciosa", "patologia não infeciosa" ou "sem diagnóstico") e identificaram-se aqueles que foram medicados com antibiótico.

Resultados

Os critérios de inclusão abrangeram 1478 episódios de urgência, destes 52 corresponderam a reavaliações em menos de 15 dias. Do total de 1426 doentes avaliados, 966 (67.7%) foram medicados com antibiótico. Nos grupos de "patologia não infeciosa" e "sem diagnóstico", 32,8% e 49% dos doentes, respetivamente, tiveram alta sob antibioterapia. Dentro do grupo "patologia infeciosa", no subgrupo de doenças sem indicação para prescrição de antibiótico (ex: gripe) 59,7% dos doentes foram medicados com estes fármacos.

Conclusões

Uma percentagem elevada de doentes em que não se esperaria encontrar medicação antibiótica teve alta sob antibioterapia. Este facto pode estar relacionado com a incerteza do diagnós-

tico e impossibilidade da sua confirmação a curto prazo. Estratégias de formação médica, informação dos doentes e organização dos serviços de urgência poderão contribuir para a otimização da prescrição antibiótica.

01 DE JUNHO

Sala Silves I 09:00 - 10:30

CO181

1196 READMISSÃO HOSPITALAR POTENCIALMENTE EVITÁVEL AOS 30 DIAS DE DOENTES PROVENIENTES DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS E INTEGRADOS (RNCCI)

Ana Luísa Nunes, Daniela Santos, Jandira Lima, Rui M Santos, Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

A readmissão hospitalar (RH) como critério de qualidade de desempenho é controversa, pela disparidade de valores encontrados na literatura, que dependem de vários fatores associados à sua ocorrência. É crucial a compreensão dos motivos que estão na sua origem, para identificação dos doentes em maior risco de serem readmitidos. Provir do domicilio, lar ou rede de cuidados continuados integrada (RNCCI) pode constituir um parâmetro de avaliação de algumas das ferramentas elaboradas.

Objetivos

Determinar a taxa de RH evitável aos 30 dias dos doentes provenientes da RNCCI, comparando-a com a dos doentes com outras proveniências. Avaliar se a existência de uma rede apropriada de apoio após a alta terá impacto na redução da RH.

Métodos

Todos os doentes com alta entre 1 de Janeiro e 15 de Março de 2015 foram retrospetivamente estudados. Os reinternamentos foram classificados como evitáveis ou inevitáveis de acordo com o algoritmo SQLape.

Resultados

Foram avaliados 1212 doentes, dos quais foram excluídos falecidos, transferidos para outro Serviço/Hospital e aqueles sem informação clínica no processo único, resultando num total de 993 doentes incluídos no estudo. A média de idade foi de 78,7 anos, sendo 543 (54,7%) do sexo feminino. Encontravam-se em domicilio 724 doentes (72,91%), em lar 182 (18,33%) e em RNCCI 87 (8,76%). Os doentes provenientes de lar e RNCCI apresentavam maior média de idade, 85 e 80,9 anos, respetivamente. Foram reinternados 21,98% dos doentes institucionalizados em lar; destes 60% eram evitáveis. Dos doentes residentes em domicilio, 16,02% foram reinternados; destes 50% eram evitáveis. Por fim, 13,79% dos doentes em RNCCI foram reinternados, sendo 66,67% RH evitáveis.

Conclusões

Apesar de uma menor taxa de RH, os doentes provenientes da RNCCI apresentam maior número de RH evitável, pelo que se coloca a questão de uma referenciação hospitalar demasiado precoce ou incapacidade de garantir qualidade na prestação de cuidados.

01 DE JUNHO

Sala Portimão 09:00 - 10:30

CO182

1409 O INTERNISTA NO SERVIÇO DE ORTOPEDIA - 3 ANOS DE ESPERIÊNCIA DE MEDICINA PERI-OPERATÓRIA

Joana Castro, Paula Macedo, Clara Paiva

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, Ponta Delgada, Portugal

Introdução

Neste estudo retrospetivo apresentam-se as razões da criação de um Plano de Apoio ao Internamento de Ortopedia e a atividade desenvolvida entre 2015 e 2017, inclusive.

Esta atividade de consultadoria interna permitiu a sua diferenciação em Medicina peri-operatória, onde o Internista é o responsável/coordenador de uma equipa multidisciplinar.

Objetivos

Este modelo de atuação pretende diminuir a duração do internamento, prevenir as complicações no pré e pós-operatório, reduzir as transferências para a Unidade de Cuidados Intensivos e os reinternamentos. Pretende igualmente melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados ao doente e melhorar o grau de satisfação dos médicos e enfermeiros do serviço.

Métodos

Apresenta-se a casuística global dos doentes agudos internados, relativamente ao número total de doentes observados, com distribuição por grupo etários e sexo, número de dias de internamento, demora média de internamento, número de óbitos, taxa de mortalidade e numero médio de observações por doente. Foram igualmente avaliados os principais motivos de observação, as intercorrências médicas durante o internamento e o destino dos doentes após a alta do Plano de Apoio ao Internamento de Ortopedia.

A destacar neste trabalho a intervenção médica na abordagem precoce das infeções nosocomiais, nos quadros de agitação psico-motora e no controlo de comorbilidades médicas cróni-

cas como a Hipertensão arterial, Insuficiência cardíaca e Diabetes. Foi igualmente implementado protocolo de atuação para os doentes anticoagulados e antiagregados.

Resultados

Verificou-se redução da duração média do internamento, da taxa de mortalidade e das intercorrências médicas com necessidade de transferência para outros serviços.

Conclusões

Esta atividade evidencia o papel da Medicina Interna como Especialidade mestra no diagnóstico e tratamento de situações clínicas de maior complexidade, sendo fulcral na orientação clínica destes doentes com múltiplas comorbilidades, melhorando as condições do período peri-operatório.

31 DE MAIO

Sala Albufeira I 14:00 - 15:30

CO183

1465 CATETERIZAÇÃO VESICAL NO DOENTE INTERNADO: COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS AO PROCEDIMENTO – UM ESTUDO PROSPETIVO

Daniela Félix Brigas, Margarida Madeira, Catarina Abrantes, Eugénio Dias, Clara Rosa, Susana Marques, Ermelinda Pedroso, Amadeu Lacerda

Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital de São Bernardo EPE, Setúbal, Portugal

Introdução

A cateterização vesical (CV) é o dispositivo médico mais frequentemente esquecido pelos profissionais de saúde, apesar de ser reconhecidamente um importante fator de risco para infeções urinárias (ITU) nosocomiais. Estudos demonstram que 25% dos doentes hospitalizados são algaliados, embora não exista uma indicação formal em cerca de metade dos casos.

Objetivos

Analisar a incidência e indicação para algaliação num Serviço de Medicina Interna e relacionar com a respetiva taxa de complicações associadas ao procedimento.

Métodos

Trata-se de um estudo prospetivo observacional que incluiu a consulta do processo clínico de todos os doentes submetidos a CV durante o internamento no Serviço de Medicina, num período de 3 meses. Excluíram-se os doentes algaliados cronicamente e doentes transferidos para outra instituição.

Resultados

Dos 413 doentes internados, 103 foram submetidos a CV. Destes, a maioria era do sexo feminino, com uma média de idades de 80 anos.

A média do nº de dias de algaliação foi 12,6, com um mínimo de 1 e máximo de 67 dias.

Relativamente à taxa de complicações, registou-se hematúria traumática em 8% e retenção urinária pós-desalgaliação em 9% dos casos. Foi diagnosticada ITU nosocomial em 44 doentes (23%), com isolamento de Escherichia coli ou Pseudomonas aeruginosa na maioria dos casos.

Verificou-se uma taxa de mortalidade de 15% (29 doentes), o que representou mais de metade da mortalidade do serviço nesse período. 55 doentes foram readmitidos no SU nos 30 dias após alta clínica e 27 foram re-internados.

Conclusões

Verificou-se uma taxa de doentes submetidos a CV (46%) muito superior ao descrito em outros países europeus, bem como um período de algaliação inapropriada excessivamente prolongado. As ITU nosocomiais constituem uma das principais complicações da algaliação, contribuindo significativamente para a mortalidade e morbilidade destes doentes.

Este trabalho pretende assim consciencializar os profissionais de saúde para uma maior racionalização do uso de CV nos doentes internados.

01 DE JUNHO

Sala Portimão 09:00 - 10:30

CO184

1707 MORTALIDADE NUM SERVIÇO DE MEDICINA

Patrícia Martins, Liliana Ribeiro Santos, Ana Teresa Melo, Ana Paula Vilas

Centro Hospitalar Lisboa Norte / Hospital de Santa Maria - Serviço de Medicina 2B, Lisboa, Portugal

Introdução

A utilização de dados de mortalidade hospitalar pode ser um indicador útil da qualidade de assistência hospitalar no internamento, permitindo avaliar o nível de desempenho de um hospital ao longo do tempo.

Objetivos

Avaliar a mortalidade num Serviço de Medicina Interna nos últimos 2 anos e procurar identificar factores responsáveis por eventuais diferenças na taxa de mortalidade (TM) em períodos diferentes.

Métodos

Estudo retrospetivo com base na consulta de Processos Clínicos, tendo sido colhidos os seguintes dados: idade, sexo, admissão (semana/fim-de-semana (FSD)), causa de morte, motivo de internamento, número de comorbilidades, grau de autonomia, dias de internamento, hospital de proveniência (área/fora

de área), óbito (semana/FDS), hora da morte, taxa de ocupação na altura da morte. Procedeu-se à análise estatística em que as diferenças entre os grupos foram avaliadas por test t usando p value para um nível de significância <0,05.

Resultados

Nos últimos anos ocorreu uma tendência para o aumento do número de internamentos e diminuição da TM. Porém, entre 2016 e 2017 verificou-se um aumento da TM de 10,8%. Das variáveis avaliadas, encontraram-se diferenças com significado estatístico na % de doentes que morreram tendo sido admitidos ao FDS, no número de óbitos ocorridos durante o FDS, na hora do óbito, taxa de ocupação média e no hospital de proveniência.

Conclusões

O número de internamentos tem aumentado ao longo dos anos mas a TM tem diminuído, refletindo um aumento da qualidade dos cuidados prestados. No período avaliado o número de internamentos de facto aumentou, mas a TM também. Os autores procuram identificar possíveis responsáveis por este aumento, discutindo algumas hipóteses, como um maior número de internamentos de doentes em fase terminal de doença (com o fim das áreas de referenciação hospitalar) e uma eventual alteração na qualidade dos cuidados prestados por burnout do pessoal de saúde, consequência de maiores taxas de ocupação.

01 DE JUNHO

Sala Silves I 09:00 - 10:30

CO185

2181 MEDICINA INTERNA, GRAVIDADE E MORTALIDADE.

Maria Ana Canelas Ana Canelas[1], Fatima Seabra Seabra[2], Rafaela Veríssimo Rafaela Veríssimo[1]

[1]Centro hospitalar Gaia-Espinho, Porto, Portugal

[2]Centro hospitalar Gaia-Espinho, Paredes, Portugal

Introdução

O agrupador All Patient Refined expande a estrutura dos Grupos de Diagnósticos Homogéneos adicionando dois conjuntos de subclasses. Cada conjunto de subclasse consiste em quatro subclasses: uma aborda as diferenças de pacientes relacionadas à gravidade da doença e a outra aborda diferenças no risco de mortalidade. A gravidade da doença é definida como a extensão da descompensação fisiológica ou perda de função do sistema orgânico. O risco de mortalidade é definido como a probabilidade de morrer.

Objetivos

Identificar a gravidade e risco de mortalidade no internamento da medicina interna.

Métodos

Utilização de uma amostra dos dados GDH do hospital do ano 2016 e sua caraterização: idade e grupo etário, sexo e comorbilidades. Foi estratificada a gravidade e risco de mortalidade em elevada e baixa probabilidade. O método estatístico utilizado foi o risco relativo (RR) para valor p< 0,05

Resultados

Foram selecionados aleatoriamente10656 casos, ½ dos episódios de internamento, com mediana da idade de 66 anos e 54.1% de mulheres. O grupo etário ≥65anos foi 53.2%, sendo que com idade ≥75 foi de 33%. A comorbilidade mais frequente foi HTA em 55.6%, sendo que 16.3% tinham 3 comorbilidades e 70.9% multicomorbilidade. Houveram 17.5% dos episódios na medicina interna. Comparando o risco de mortalidade e grau de severidade com os restantes serviços, na MI o elevado grau de severidade foi 68.1% versus 16.1% (RR= 4.2) e risco de mortalidade 63.9% versus 11.9% (RR= 5.4). A mortalidade global intra-hospitalar foi de 7.2%, na MI foi 17.9% e nos restantes de 4.9%.

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 admite fundamentalmente este grupo etário de elevada gravidade e risco de mortalidade. Apesar do risco de mortalidade ser 2/3 dos episódios este cifrou-se em 1/6 dos episódios.

01 DE JUNHO

Sala Silves III 09:00 - 10:30

Outros

CO186

373 INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS MÚLTIPLAS – A PROPÓSITO DE UM CASO DE IMUNODEFICIÊNCIA COMUM VARIÁVEL.

Pedro Duarte, Beatriz Amaral, Alexandra Carreiro, César Lourenço, Clara Paiva

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPER, Ponta Delgada, Portugal

Introdução

A imunodeficiência comum variável é uma imunodeficiência primária de apresentação heterogénea, caracterizada por um aumento da suscetibilidade a infecções resultante da incapacidade em produzir anticorpos com défice de IgG, IgM ou IgA.

Descrição

Caso Clínico: Doente do sexo masculino, 50 anos. Antecedentes pessoais de alcoolismo, tabagismo (36 UMA) e infecções respiratórias de repetição. Recorre ao SU por tosse com expectoração mucopurulenta, ocasionalmente hemoptoica, noção

de febre, perda ponderal e desconforto epigástrico. À observação doente emagrecido, auscultação pulmonar com roncos bilaterais, empastamento à palpação da região epigástrica. Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios, radiografia de tórax com condensação e imagem para-hilar esquerda espiculada. Internado no SMI por pneumonia adquirida na comunidade. Realiza TC-TAP que identifica no lobo inferior esquerdo, uma consolidação pulmonar, uma imagem nodular com 35x25mm e adenomegálias mediastínicas, mesentéricas e sub-carinais. Após resolução do quadro infecioso, em ambulatório realiza broncofibroscopia com presença de secreções mucopurulentas abundantes, sem alterações na árvore brônquica. LBA com microbiologia e citologia negativa. Eletroforese de proteínas com hipogamaglobulinemia grave. Imunofixação no soro e urina negativa. Medulograma sem alterações. Estudo auto-imune negativo. IGRA negativo. Do estudo imunológico: IgA<27; IgM<17; IgG<30; IgE total<2; IgD<13. Imunofenotipagem com Inversão relação CD4/CD8+; linfopenia B acentuada; diminuição células B switched e não switched. Atc anti-Strepto. 0.6mg/L e Anti-toxóide tetânico 0.03IU/mL, após vacinas. Admitida, imunodeficiência comum variável, tendo o doente iniciado terapia com Imunoglobulina humana. Passados 7 meses sem intercorrências infeciosas.

Discussão: A imunodeficiência comum variável, enquanto diagnóstico de exclusão, apresenta-se como um desafio. A complexidade do seu diagnóstico pode atrasar tratamentos e piorar o prognóstico.

02 DE JUNHO

SALA 6 09:00 - 10:00

CO187

589 SÍNDROME DE OSLER-WEBER-RENDU, UMA MÁ HERANÇA

Rita Reis Correia, Carolina Carvalho, Pedro Leite Vieira, Rui Isidoro, Fábia Cruz, Isabel Antunes, Maria Eugenia André

ULSCB - Hospital Amato Lusitano, Castelo Branco, Portugal

Introdução

Síndrome de Osler-Weber-Rendu ou telangiectasias hemorrágicas hereditária (HHT), é causada por mutações nos genes das proteínas moduladoras do endotélio vascular, levando à formação de vasos anormais como microdilatações ou malformações arteriovenosas (MAV). Frequentemente apresentam epistaxis e telegiantasias isoladas. Um terço apresenta anemia crónica, cuja incidência aumenta com a idade.

Descrição

Caso Index: Homem, 71 anos. História de dois acidentes vasculares cerebrais (AVC) isquémicos. Epistaxis abundantes e frequentes. Trazido ao Serviço de Urgência por prostração. Pele descorada. Telangiectasias da face e lábios. Sem perdas gastrointestinais visíveis. Hemoglobina de 3.0g/dL, ferropriva. Fez transfusão. Internado no serviço de medicina interna para estudo. Endoscopia digestiva alta: sem alterações. Excluídas MAV hepáticas. TAC Tórax: duas fístulas arteriovenosas no lobo inferior esquerdo. Após epistaxis abundante observado por otorrino que cauteterizou angioma nasal. Estudo genético para HHT positivo para mutaçao do gene ACVRL1 em heterozigotia.

Familiar 1 (irmão): Homem, 65 anos, história de epistaxis abundante e frequente e anemia crónica sob ferro oral e necessidades transfusionais esporádicas. Telangiectasias na face e mucosas. Sem diagnóstico de malformações arteriovenosas. Colonoscopia sem telangiectasias. Estudo genético para HHT positivo para mutaçao do gene ACVRL1 em heterozigotia. Familiar 2 (filho): Homem, 35 anos. Epistaxis frequente e abundante. Enviado a consulta de genética.

O diagnóstico de HHT tem sido facilitado pelos testes genéticos. A necessidade de investigação de todos os familiares deve ter em conta o risco benefício, mas, mesmo assintomáticos podem apresentar complicações MAV: AVC isquémico ou hemorrágico, abcesso cerebral, doença hepática e hipertensão pulmonar grave. Deste modo o aconselhamento genético deve ser oferecido às famílias.

CO188

823 UM CAMINHO REPLETO DE ADVERSIDADES – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Luísa Nunes, Laura Machado, Jandira Lima, Rui M Santos, Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

A linfohistiocitose hemofagocítica é uma doença rara e potencialmente fatal. Consiste numa resposta imune ineficaz caracterizada por um estado hiperinflamatório descontrolado. Apesar de mais frequente na infância, acredita-se que esteja subdiagnosticada no adulto.

Descrição

Mulher de 50 anos que se apresenta com temperatura elevada de 6/6h, vómitos, disúria e astenia desde há 9 dias, medicada com 3 antibióticos diferentes, sem melhoria do quadro. História de consumo de queijo “caseiro” e viagem aos Açores. Diagnóstico de doença celíaca no mês prévio. Febril e taquicárdica. Analiticamente: PCR 19,6 mg/dL, ferritina >3000ug/L, plaquetas 63000/uL e leucócitos 3200/uL. Apesar da ciprofloxacina e posteriormente, doxiciclina, manteve sintomas. Radiografia torácica normal, culturas e serologias negativas. Durante o internamento desenvolve pancitopenia severa, insuficiência hepática aguda (biopsia hepática com esteatose microvaculolar), coagulação intravascular disseminada e máculas eritematosas no tó-

rax e abdómen. Medulograma e esfregaço de sangue periférico sugestivos de processo reativo. PET compatível com estado hiperinflamatório generalizado. Colocada hipótese de linfahistiocitose hemofagocítica ao 11º dia de internamento, confirmada por imagens de hemofagocitose no tecido de biopsia óssea. CD25s: 6614pg/mL. Resposta clínica e analítica após dexametosona, com recorrência da doença após 1 semana. Fez 2 sessões de etoposídeo, tendo sido suspenso por intercorrência infeciosa. Inicia encefalopatia difusa da qual recupera sem sequelas. Ao 51º dia de internamento diagnostica-se pneumonia nosocomial com necessidade de ventilação mecânica invasiva, pelo que foi transferida para a Medicina Intensiva. Certificado o óbito nessa noite, por hemorragia alveolar incontrolável.

DISCUSSÃO Apesar de várias etiologias subjacentes, o trigger pode não ser identificado, como no caso descrito. A sobrevivência sem tratamento é de 2 a 6 meses, sendo de pior prognóstico naqueles sem fator desencadeante.

CO189

1331 DOENÇA DE DARIER WHITE: APRESENTAÇÃO MULTISSISTÉMICA

Luzia Bismarck, Carla Neves, Lisete Nunes, Ivone Barracha, Rosa Amorim

Centro Hospitalar do Oeste - Unidade de Torres Vedras, Torres Vedras, Portugal

Introdução

A Doença de Darier White (DDW) é uma genodermatose rara, de herança autossómica dominante com penetrância completa e expressividade variável. As mutações nos genes APT2A2 resultam na perda da adesão celular suprabasal (acantolise) e a indução de apoptose (disqueratose). Existem associações documentadas a alterações neurológicas e psiquiátricas nesta doença. Já mais raramente, afectação ocular ou outros órgãos.

A incidência estimada da doença é de 4 para 1 milhão, em 10 anos. Sem preferência por género. As primeiras manifestações ocorrem geralmente entre os 6 e os 20 anos de idade.

Descrição

Doente do sexo feminino de 70 anos, com antecedentes a destacar de Diabetes Mellitus II, Hipertensão Arterial (HTA), Epilepsia, Transtornos Psiquiátricos, Doença renal Crónica (DRC), Insuficiência Cardíaca (IC). Internou-se com os diagnósticos de DRC agudizada, anemia em investigação etiológica, HTA de difícil controlo, IC Descompensada, história de lesões cutâneas desde a infância. História familiar de alterações cutâneas. Durante o internamento pelas lesões cutâneas dispersas de tipo hiperqueratótico, lesões na mucosa oral e eritroníquia realizou biopsia cutânea com confirmação histológica da DDW.

Realizou endoscopia com biopsia da mucosa gástrica que revelou acantose e papilomatose. Ecocardiograma com ventrículo esquerdo de aspecto mosqueado e infiltrativo, tendo sido descartada amiloidose.

No caso reportado existe provável correlação da afectação dos órgãos alvo com a manifestação precoce da doença.

As alterações histológicas apresentadas a nível da mucosa gástrica e oral, alterações visuais e alterações infiltrativas ventriculares associadas a epilepsia e transtornos da personalidade, indiciam que mais do que uma doença dermatológica, esta entidade pela variabilidade de expressão e gravidade, possa cursar com afectação multissistémica.

CO190

1580 CARACTERIZAÇÃO PROSPECTIVA DA UTILIZAÇÃO DA ECOGRAFIA POINT OF CARE NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA

João Galaz Tavares, Bernardo Baptista, Bebiana Gonçalves, Alexandra Bayão Horta, João Sá

Hospital da Luz, Lisboa, Portugal

Introdução

A ecografia à cabeceira do doente (point of care ultrasound) é uma técnica que consiste na aquisição de imagens ecográficas para esclarecimento de dúvidas clínicas concretas.

Objetivos

Caracterização prospectiva da utilização da ecografia à cabeceira do doente numa enfermaria de Medicina Interna.

Métodos

Foram incluídos consecutivamente todos os doentes a cargo de um assistente hospitalar que necessitassem de esclarecimento ecográfico numa enfermaria de Medicina Interna, num período de 5 meses. Os dados do doente, o motivo principal da realização da ecografia à cabeceira e os principais achados ecográficos foram registados. Todas as avaliações foram efectuadas por um único observador com experiência limitada: ensino teórico em plataforma e-learning, seguido de estágio prático supervisionado em enfermaria de Medicina Interna durante 1 mês.

Resultados

Foram seleccionados 77 doentes no período definido, tendo-se realizado cerca de 154 ecografias à cabeceira (vasos do pescoço N=4, coração N=36, veias dos membros inferiores N=15, torácico N=50, abdominal N=49). As situações clínicas que motivaram a ecografia à cabeceira foram: insuficiência cardíaca N=21, dor abdominal N=6, lesão renal aguda N=14, avaliação volémica N=12, dispneia N=12, doença tromboembólica N=12, suspeita de ascite N=2, suspeita de doença do pericárdio N=5, outros motivos N=13. Dos achados ecográficos encontrados mais prevalentes destaca-se: hidronefrose N=2, ascite N=5, esplenomegalia N=5, litíase vesicular N=3, síndrome intersticial aguda N=22, derrame pleural N=35, hipertrofia ventricular esquerda N=16, dilatação cavidades direitas N=3, alterações segmentares N=3, alterações valvulares N=11, derrame peri-

cárdico N=7, trombose venosa profunda N=4. Nos 77 doentes, em 70% (N=54) a ecografia à cabeceira forneceu informação com interesse clínico.

Conclusões

A ecografia à cabeceira do doente é uma técnica promissora com utilidade clínica na enfermaria de Medicina Interna.

02 DE JUNHO

Sala Silves VI 09:00 - 10:00

CO191

1892 UM CASO DE SÍNDROME FEBRIL INDETERMINADO PROLONGADO

Francisco Vale, Isabel Casella, Bianca Ascenção, Telma Azevedo, Nuno Luís, Catarina Gonçalves, Paula Brito, Joana Sá, José Poças

Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal, Portugal

Introdução

As síndromes hereditárias de febre periódica são doenças raras caracterizadas por episódios autolimitados e recorrentes de febre. Compreendem, entre outros, a Febre Mediterrânica Familiar (FMF) e a Síndrome de Muckle-Wells (MWS).

Descrição

Homem de 38 anos de idade, português, sem antecedentes pessoais e familiares relevantes. Refere desde 2001, episódios esporádicos de hipertermia que variavam de uma semana a um mês de duração, associada a astenia e adinamia marcadas e que cediam parcialmente aos antipiréticos. Do estudo realizado em internamento, salientava-se pequeno derrame pleural bilateral, hepatoesplenomegalia e adenopatias intra-abdominais. Realizou biópsia ganglionar que revelou hiperplasia linfóide reativa, tendo a caracterização das populações linfóides do sangue periférico e do gânglio sido normais. Pela presença de pancitopénia efectuou-se estudo da medula óssea com imunofenotipagem que não evidenciou doença mielo ou linfoproliferativas. A avaliação laboratorial de agentes infecciosos e exames microbiológicos culturais foram todos negativos bem como o estudo da autoimunidade, doseamento de imunoglobulinas e das subpopulações linfocitárias, dentro dos parâmetros da normalidade. O doente apresentou, entretanto, um episódio de surdez neuro-sensorial que reverteu espontaneamente, mantendo vários surtos febris anuais. Foi colocada a hipótese de se tratar de uma síndrome auto-inflamatória, pelo que se solicitou estudo genético que revelou mutações em heterozigotia dos genes MEFV e NLRP3, compatíveis com FMF e MWS. Foi iniciada terapêutica com colchicina (2 mg/dia), com diminuição franca do número e duração dos surtos febris, pelo que passou a fazer apenas 1 mg/dia. Após 6 meses surgiu um novo surto com mais de 3 semanas de evolução, rash, episclerite e sintomas constitucionais marcados pelo que se decidiu aumentar para 3 mg/dia a dose daquele fármaco com controlo da doença de base.

As síndromes hereditárias de febre periódica, apesar de raras, são entidades que devem fazer parte do diagnóstico diferencial de doentes com febre recorrente após exclusão de doenças infeciosas, autoimunes e neoplásicas. Presentemente estão em estudo terapêuticas inovadoras que poderão alterar o curso evolutivo para amiloidose dos casos refratários ao tratamento convencional.

02 DE JUNHO

Sala Albufeira III 09:00 - 10:00

CO192

2105 DOENÇA RELACIONADA AO IGG4 – UM DIAGNÓSTICO DIFÍCIL

Pedro Oliveira, Ana Mondragão, Fábio Murteira, Ana Filipa Geraldo, Agostinho Sanches, Marta Barbedo, Vitor Paixão Dias

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova De Gaia, Portugal

Introdução

A doença relacionada ao IgG4 é caracterizada por pseudotumores com infiltrado linfoplasmocítico positivo para IgG4. Os órgãos mais afetados são o pâncreas, glândulas salivares e órbitas. Em 1/3 dos casos os níveis de IgG4 séricos são normais pelo que o diagnóstico exige um elevado índice de suspeição.

Descrição

Homem, 39 anos, antecedentes de hipertensão arterial. Por quadro de sintomatologia geral realizou tomografia computadorizada (TC) que revelou rim direito globoso e múltiplas adenopatias dispersas, levantando hipótese provável de neoplasia. Feita biópsia renal que revelou processo inflamatório, excluindo neoplasia. TC de reavaliação aos 4 meses revelou desaparecimento espontâneo da massa renal. Manteve-se estável, em seguimento na consulta. Após 3 anos de seguimento, iniciou quadro de edema e rubor periorbitário com proptose e diplopia; realizou ressonância magnética (RM) que revelou massa retro-ocular sugestiva de doença linfoproliferativa. Biopsia mostrou presença de granulomas; pesquisa de BK negativo, imunofenotipagem negativa. RM de reavaliação aos 3 meses com diminuição espontânea parcial da lesão orbitária. Após 2 anos verificou-se reaparecimento da massa renal; excluídas causas infeciosas, neoplásicas e infiltrativas; estudo imunológico sem alterações nomeadamente com doseamento sérico de IgG4 normal. Foi pedida reobservação das biópsias realizadas para contemplar hipótese de doença relacionada ao IgG4, sendo que tanto a

biópsia renal como a ocular demonstraram infiltrado linfoplasmocítico com plasmócitos positivos para IgG4 e fibrose, coincidente com o diagnóstico de doença relacionada ao IgG4.

Sendo uma doença recentemente reconhecida, trata-se de um diagnóstico difícil. Não sendo comum, os laboratórios de anatomia patológica muitas vezes não testam esta hipótese diagnóstica, o que enfatiza a importância da informação clínica quanto à suspeita.

CO193

2143 QUANDO A EMERGÊNCIA VEM DA CURA E NÃO DA DOENÇA! – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Rui Miguel Ferreira[1], Marisa Rosete[2], Margarida Gaudêncio[2], Ana Pastor[2], Susana Magalhães[2], Helena Santos[2], Ana Henriques[2], Amélia Pereira[2]

[1]Hospital Distrital da Figueira da Foz, Pena, Portugal

[2]Hospital Distrital da Figueira da Foz, Coimbra, Portugal

Introdução

Reação adversa medicamentosa (RAM) é uma resposta prejudicial que surge quando um fármaco é utilizado nas doses corretas, para um determinado fim. Em 2016 foram notificadas 5698 RAM em Portugal, sendo que este número tem vindo a aumentar, contribuindo para uma percentagem significativa dos motivos de urgência e de internamento, particularmente nos indivíduos idosos.

Descrição

Mulher de 79 anos, enviada à urgência por lipotímia enquanto aguardava consulta de Neurologia. A doente tinha iniciado recentemente quadro de desequilíbrio da marcha e disartria, pelo que recorreu a neurologista que, admitindo quadro de parkinsonismo, medicou a doente com pramipexole (0,26mg/dia). À admissão, apresentava-se bradicárdica, em ritmo juncional com 30 batimentos por minuto, hipotérmica (30ºC), hipotensa (65/40mmHg) e com midríase bilateral. Iniciou fluidoterapia, perfusão de isoprenalina e suporte aminérgico por choque. Avaliada a sintomatologia da doente e admitido o diagnóstico de degenerescência estiatonígrica concluiu-se que a sintomatologia é explicada pela introdução recente de pramipexole, cujos efeitos secundários incluem hipotensão, midríase, alterações do ritmo cardíaco e da temperatura corporal, sendo utilizado como indutor de hipotermia em modelos animais. O fármaco foi suspenso, com resolução progressiva da clínica.

A iatrogenia deve ser sempre uma hipótese a considerar na abordagem de um doente idoso, inclusivamente em doses terapêuticas. No caso apresentado, relatamos o caso de uma doente, com provável susceptibilidade por disautonomia de base, admitida em estado crítico precipitado por efeitos adversos do pramipexole, o que poderá condicionar a sua utilização em alguns doentes com doença de Parkinson.

01 DE JUNHO

Sala Silves I 09:00 - 10:30

CO194

2231 SÍNDROME DE PAGET SCHOETTER COM SINAL DE URSCHEL

Ana De Carmo Campos, Sara Sarmento, Inês Spencer, Onassis Silva, Teresa Fonseca

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Hospital Pulido Valente, Lisboa, Portugal

Introdução

A síndrome Paget Schroetter (SPS) traduz-se por uma trombose condicionada por uma compressão associada a um esforço repetido e que ocorre com mais frequência nas veias subclávia e/ou axilar. Constitui uma forma primária de trombose profunda dos membros superiores (TPMS) que, sendo rara (incidência 1-2 casos/100.000 habitantes/ano), revela-se um desafio diagnóstico, em particular nas formas de apresentação crónica.

Descrição

Homem de 46 anos, caucasiano, tipógrafo, apresenta-se em consulta externa de medicina interna com queixas álgicas no hemitórax e no membro superior esquerdos (MSE) associado a edema ligeiro ipsilateral, quadro com cerca de 2 meses de evolução, com períodos de agudização com limitação funcional. Apresenta antecedentes de hemocromatose sob hemaferese terapêutica, psoríase e fatores de risco cardiovascular; nega hábitos toxifílicos. Apresenta edema ligeiro do MSE, na região supraclavicular e cervical ipsilateral, com circulação colateral na região torácica esquerda (sinal de Urschel), sem adenopatias ou massas palpáveis. Foi realizado estudo analítico, negativo para estados de hipercoagulabilidade, D-dímeros aumentados. A angio-TC torácica revelou sinais sugestivos de obliteração das veias umeral e axilar esquerdas, com sinais de circulação venosa colateral no MSE e na parede torácica, sem compromisso de outros vasos, nem anomalias anatómicas obstrutivas. O eco-doppler venoso do MSE revelou oclusão focal na veia braquial esquerda distal. Assumiu-se TPMS e foi iniciada anticoagulação oral que cumpriu por 3 meses, sendo referenciado a consulta de cirurgia vascular para vigilância.

Conclusão: A SPS é uma entidade rara, subdiagnosticada ou diagnosticada como uma lesão musculoesquelética, ocorrendo em indivíduos activos e que não apresentam os habituais fatores de risco para eventos trombóticos. O seu diagnóstico precoce permite a correta referenciação e o início da terapêutica com bom prognóstico, evitando complicações como o tromboembolismo pulmonar ou a síndrome pós trombótica.

IMAGENS EM MEDICINA

Imagens Medicina de Urgência e Cuidados Intermédios

IMG001

1218 "DISPNEIA – UMA ETIOLOGIA SUI GENERIS"

Maria Inês Santos, Helena Judite Vieira

Hospital Distrital de Santarém, Santarém, Portugal

Descrição

Abcesso da língua é uma entidade clínica que pode ser potencialmente "life threatning", devido à possibilidade de comprometimento da via aérea e disseminação da infeção para as estruturas circundantes. Trata-se de uma condição clínica extremamente rara desde a descoberta dos antibióticos apesar de a língua estar frequentemente exposta a trauma por mordedura.

Mulher, 27 anos, recorre ao serviço de urgência por dispneia, odinofagia, otalgia, trismo, afonia por impossibilidade em abrir a boca e febre com 3 dias de evolução. Submetida a extração dentária e colocação de placa há 5 dias. TC Maxilo-Facial: lesão nodular na região central da língua, paramediana direita, medindo cerca de 17x15x14mm, com realce após contraste na periferia, sugestiva de corresponder a abcesso.

Doenças Respiratórias

IMG002

2346 "QUAL A SUA PROFISSÃO?"

Pedro Ribeirinho Soares, Carla Andrade, Margarida Mesquita, Tânia Proença, Sara Catarino, José Da Cunha Marques, Catarina Vilaça Pereira, Jorge Almeida

Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

Descrição

Sexo masculino, 65 anos. Recorre ao Serviço de Urgência por agravamento da dispneia de base para os pequenos esforços, associada a ortopneia e tosse sem expetoração com 4 dias de evolução. Ao exame objetivo, polipneico, com diminuição dos sons respiratórios bilateralmente, crepitações bibasais e edemas dos membros inferiores até à raiz das coxas. Foi admitido no Serviço de Medicina Interna por insuficiência cardíaca congestiva com insuficiência respiratória hipoxémica. Realizou radiografia tórax que revelou infiltrado micronodular bilateral e apagamento bilateral dos ângulos costo e cardiofrénicos. A imagem relembra-nos da importância da avaliação do risco ocupacional: o doente é ex-mineiro e apresenta Silicose com 10 anos de evolução. Foi proposto para transplante pulmonar, que recusou.

Doença Infecciosa e Parasitárias

IMG003

1462 "WHAT THE HECK" - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Marta Leal Dos Santos[1], André Ferreira Dias[1], Stepanka Betkova[1], Adriana Bandeira[2], Yenny Azola[3], Ana Corte Real[4], Diana Seixas[1], Diana Póvoas[1], Fernando Maltez[1]

Hospital de Curry Cabral - CHLC, Lisboa, Portugal

Centro Hospitalar de Leiria, Leiria, Portugal

Centro Hospitalar do Oeste, Torres Vedras, Portugal

Centro Hospitalar do Oeste, Caldas Da Rainha, Portugal

Descrição

Homem de 32 anos, natural da Guiné Bissau, sem antecedentes pessoais relevantes. Apresentava pápulas dispersas na face interna do lábio inferior e bordos laterais da língua, da mesma cor da mucosa, bem definidas, múltiplas, planas, coalescentes, com aspecto em "pedra de calçada". O exame anatomopatológico foi compatível com Hiperplasia Epitelial Focal, que, tipicamente, apresenta paraqueratose, acantose e elevado número de coilócitos. Também denominada Doença de Heck, esta é uma entidade rara, benigna, que afecta a mucosa oral de crianças e adultos jovens. Tem uma correlação com o papiloma vírus humano (HPV), geralmente dos tipos 13 e 32, contudo, já foram identificados outros factores predisponentes associados, nomeadamente, genéticos, desnutrição e má higiene.

Doenças Oncológicas

IMG004

1219 "BRADICARDIA DE ORIGEM CERVICAL"

Daniana Condado, Cátia Carvalho, Ana Almeida Pereira, Lurdes Venâncio, Maria Helena Pacheco

CHLC- Hospital de Santo António dos Capuchos, Lisboa, Portugal

Descrição

Doente do sexo masculino, 77 anos, história pessoal de tumor da valécula esquerda diagnosticado em Julho, seguido no IPO. Recorreu ao SU por tonturas e lipotimia. À admissão vígil, sem défices neurológicos focais, normotenso, bradicárdico (FC: 40 bpm), com massa cervical esquerda exsudativa. Analiticamente, anemia NN (Hb 11.7 g/dL), leucocitos 11730, neutrófilos 83.1%, VS 81 mm/h e PCR 80.5 mg/L. Eletrocardiograma sem alterações. TC do pescoço com compressão do seio carotídeo pela extensão do tumor da valécula esquerda, oclusão da jugular interna e ainda encarceramento pelo tumor dos nervos cranianos IX, X, XI. Alterações imagiológicas que justificam o motivo da ida ao SU.

Doenças Hematológicas

IMG005
2254 "O QUE UMA MASSA PÉLVICA PODE ESCONDER?"

Rita Monteiro, Joana Diogo, Bernardo Ferreira, José Jácome, Graça Martins, Maria Conceição Loureiro
Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, Portugal

Descrição

Doente do sexo masculino, 81 anos, com antecedentes de hiperuricemia sem medicação usual. Recorreu ao SU por queixas álgicas intermitentes desde há 1 mês na região sacroilíaca esquerda, com irradiação para a perna e zona inguinal ipsilateral, acompanhado de edema progressivo do membro inferior esquerdo (MIE). Referia perda ponderal de 14kg nos últimos 2 meses. À observação, destacava-se no MIE linfedema e uma massa inguinal volumosa e dolorosa. Realizou tomografia computorizada abdominal e pélvica que documentava volumosa lesão osteolítica do ilíaco esquerdo com volumoso componente de partes moles, envolvendo as estruturas musculares, a que se associavam adenopatias nas cadeias inguinal, ilíacas externas e primitivas. A anatomia patológica revelou um linfoma difuso de grandes células B.

Medicina de Urgência e Cuidados Intermédios

IMG006
1251 "ODINOFAGIA POR ENFISEMA SUBCUTÂNEO DO PESCOÇO E PNEUMOMEDIASTINO"

Maria Inês Santos, Helena Judite Vieira
Hospital Distrital de Santarém, Santarém, Portugal

Descrição

Enfisema subcutâneo cervical e pneumomediastino espontâneo, sem causa aparente ou factor precipitante, é uma condição rara com uma incidência estimada de 1 em 30000 casos observados no serviço de urgência. Caracteriza-se pela presença de ar ou gás livre nos tecidos subcutâneos ou estruturas mediastínicas. Habitualmente apresenta sintomas mínimos. Homem, 27 anos, que recorre ao serviço de urgência por quadro de odinofagia com dificuldade na deglutição associado a febre persistente com 1 semana de evolução e que não cede à antibioterapia instituída. Sem história de trauma e exame objectivo sem alterações relevantes. No TC pescoço com contraste observou-se extenso enfisema subcutâneo e pneumomediastino em contexto de processo infecioso peri e retrofaríngeo (fasceíte necrotizante).

Doenças Respiratórias

IMG007
1232 "PNEUMONIA DE ASPIRAÇÃO POR FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA"

Maria Inês Santos, Martim Alçada, Helena Judite Vieira, Sofia Mendes
Hospital Distrital de Santarém, Santarém, Portugal

Descrição

Fístulas traqueoesofágicas (FTE) adquiridas são relativamente raras, pelo que a taxa de incidência não está bem documentada. Podem ocorrer em indíviduos de várias faixas etárias, apresentando uma elevada taxa de mortalidade e morbilidade. Relativamente às causas, estima-se que ocorram em 0.5% dos doentes traqueostomizados, em 4.5% dos tumores primários do esófago e em 0.3% dos tumores malignos do pulmão. Homem de 43 anos que recorre ao serviço de urgência por quadro de infecção respiratória. Internado no serviço de Medicina por pneumonia lobar direita e realizado TC Tórax, onde apresentava FTE com cerca de 15-20 mm de diâmetro e condensação completa do lobo inferior direito com evidentes secreções preenchendo os brônquios aferentes e associando derrame pleural homolateral.

IMG008
1952 A BOCA NO CENTRO DE TODAS AS ATENÇÕES

Isa Peixoto, Joana Gouveia, Teresa Sequeira, João Correia
Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal

Descrição

Homem de 62 anos, ex-fumador, com consumo moderado de álcool e história pregressa de abcessos dentários. Admitido por tosse seca, hipersudorese noturna e mialgias. Analiticamente com síndrome inflamatório sistémico. Tomografia Computorizada (TC) com massa cavitada no lobo superior esquerdo (A) com contorno espiculado e nível hidroaéreo. Broncofibroscopia sem alterações e sem isolamento de agentes microbiológicos. Anatomia patológica negativa para células malignas. Ortopantomografia com granuloma periapical em 4.1 (B). Assumido abcesso pulmonar com porta de entrada em granuloma periapical, sendo instituída antibioterapia com piperacilina/tazobactam e clindamicina. TC de reavaliação com resolução do abcesso pulmonar com elementos lineares de natureza fibro-atelectásica (C).

Doenças Oncológicas

IMG009

1755 A CULPA NÃO É SEMPRE DOS ASBESTOS...

Ana Oliveira, Ana Machado, José Ricardo Brandão, Sara Silva, João Araújo Correia

Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal

Descrição

Mulher de 70 anos, sem patologias ou exposição relevantes conhecidas. Quadro de astenia e tosse seca com meses de evolução. Derrame pleural esquerdo de grande volume [A], exsudativo, de predomínio mononuclear com ADA baixa. Documentação de espessamento e massas pleurais em TC, com áreas de necrose, sugestivas de tumor primário da pleura, já com invasão da parede torácica [B-D]. Anatomia patológica de biópsia pleural compatível com mesotelioma [E]. Iniciou terapêutica paliativa. Veio a falecer cerca de 4 meses após o diagnóstico.

Doenças Gastroenterológicas

IMG010

2089 A GRANDE FINGIDA

Gonçalo Miguel Mendes, Ana Catarina Emídio, Hugo Viegas, Mafalda Figueira, Margarida Madeira, Daniela Brigas, Catarina Abrantes, Eugénio Dias, Maria Clara Rosa, Amadeu Prado Lacerda

Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal, Portugal

Descrição

A isquemia mesentérica aguda tem uma elevada mortalidade,podendo transformar-se num quadro clínico complicado,desafiante e de diagnóstico difícil.Apresentamos uma doente 74 anos de idade,trazida ao serviço de urgência por pirexia,hipotensão e episódio único de vómito conteúdo alimentar.Exame objectivo com desidratação,queixas álgicas à palpação abdominal.Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios,gasimetricamente com hiperlactacidémia.Tomografia computorizada abdomino-pélvica com distensão de todo o quadro cólico,ampola rectal com diâmetro de 90mm.Efectuou laparotomia exploradora que mostrou isquemia da artéria mesentérica inferior com gangrena colon esquerdo, tendo tido alta após internamento de 20 dias.Salientamos com este caso o impacto positivo no outcome do doente.

Outros

IMG011

64 A GRAVIDADE DE UMA PSORÍASE NÃO TRATADA...

Andreia Costa, Fernando Salvador, Paula Vaz Marques

CHTMAD - Hospital de Vila Real, Vila Real, Portugal

Descrição

Masculino,41anos, com alcoolismo marcado e oligofrenia. Recorre ao serviço de urgência por lesões cutâneas eritematodescamativas exuberantes no tronco e membros, sugestivas de psoríase em placas, com anos de evolução, sem seguimento prévio. Agravamento nos últimos 2meses, com edema e eritema marcado das mãos e múltiplas fissuras. Iniciou tratamento tópico e ciclosporina, com melhoria clínica. Teve alta orientado para consulta onde compareceu apenas uma vez, questionando-se o cumprimento terapêutico e desconhecendo-se a evolução da doença. Com este caso destaca-se a raridade da extensão das lesões e salienta-se a problemática do alcoolismo e falta de apoio social, com desvalorização da situação clínica e incumprimento terapêutico, com risco para terapêutica imunossupressora a longo prazo.

Doenças Cerebrovasculares e do Sistema Nervoso Central (SNC)

IMG012

416 A IMAGEM QUE NINGUÉM QUER

Ana Carolina Andrade1, Cristina Marques2, Mónica Pedro1, Fernanda Martins1, Fátima Campante1

Serviço de Medicina Interna - Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE, Barreiro, Portugal

Serviço de Radiologia - Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE, Barreiro, Portugal

Descrição

Homem de 49 anos diabético tipo 1 encontrado na via pública em paragem cardiorrespiratória com retorno da circulação espontânea, após 40 minutos de manobras de Suporte Avançado de Vida. A TC crânio-encefálico revelou edema cerebral difuso de etiologia hipóxico-isquémica, traduzido pela presença de hipodensidade global, abrangendo o tronco cerebral, com "reversal sign" (imagem 1), ou seja, a substância cinzenta aparece mais hipodensa do que a substância branca, com consequente pseudohemorragia falcotentorial (Imagem 2).

Doença Infecciosa e Parasitárias

IMG013

1416 A PROPOSITO DE UM ABCESSO PULMONAR

Filipe Morais Almeida, Isaac Pereira, Filipa Lage, Paulo Cesar, Patricia Marujo, José Vaz

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo - Hospital José Joaquim Fernandes, Beja, Portugal

Descrição

Homem, 76 anos, com 3 meses de evolução de perda ponderal, astenia, anorexia dispneia de esforço e ortopneia. Antecedentes de tabagismo, alcoolismo e deficiente higiene oral. Ao exame objectivo salientava-se emagrecimento, desidratação, palidez cutânea e diminuição global do murmúrio vesicular. Analiticamente apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios. Radiografia torácica com imagem cavitária de paredes espessadas e irregulares na metade inferior do hemicampo pulmonar direito.

Doenças Cardiovasculares

IMG014

2287 A PROPÓSITO DE UMA CAUSA TRATÁVEL DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.

Lúcia Meireles Brandão, Duarte Silva, Soraia Azevedo, Rosana Maia, Pedro Pinto, Irene Miranda, Carla Dias, Conceição Santos, Cristina Roque, Carmélia Rodrigues, Diana Guerra

ULSAM, EPE - Hospital de Santa Luzia, Viana Do Castelo, Portugal

Descrição

Mulher, 72 anos, antecedentes de DM tipo 2, HTA e dislipidemia. Assintomática até há 3 meses quando refere emagrecimento de 15 kg. Desde há um mês com dispneia de esforço com agravamento progressivo e nos últimos 8 dias com dispneia em repouso, ortopneia e DPN. Ecocardiograma (ambulatório): massa volumosa na AE. Orientada para o Serviço de Urgência: subfebril, polipneica, taquicardica e com saturação periférica de 81%. Repetiu ecocardiograma: massa volumosa na AE de contornos irregulares (78x30mm) com pedículo ao nível da região inferior da fossa ovalis, móvel com protrusão para o ventrículo esquerdo (VE) ultrapassando a região médio ventricular e obstrução do trato de entrada do VE; PSAP 86 mmHg. Realizou exérese do mixoma e plastia do septo interauricular. Posteriormente assintomática.

Doença Infecciosa e Parasitárias

IMG015

1171 ABCESSO LOMBAR – UMA COMPLICAÇÃO DE PUNÇÃO LOMBAR

Tânia Strecht, Ana Paula Antunes, Catarina Vizinho De Oliveira

Hospital de Cascais, Lisboa, Cascais, Portugal

Descrição

A punção lombar (PL) é um procedimento relativamente seguro, mas não isento de complicações. As mais frequentes são: cefaleia, lombalgia, infecção, hemorragia subaracnoideia ou epidural, dor radicular, parestesias, tumores epidermoides do saco tecal.

As imagens ilustram o caso de um doente diabético com internamento prévio em que foi sujeito a PL. Na primeira imagem observa-se uma celulite que progressivamente evolui para abcesso. A história de PL recente, o local da lesão e a sua forma fazem suspeitar de complicação secundária a queimadura pelo cloreto de etilo (anestesia local pelo frio), em doente com risco acrescido por ser diabético. Este caso alerta-nos para a importância de uma boa assepsia nos procedimentos invasivos, bem como para a vigilância de sinais de alarme após os mesmos.

IMG016

512 ABCESSO PULMONAR

José Costa Carvalho, António Ferreira, Augusta Silva, Carlos Ribeiro

ULSAM - Viana do Castelo, Viana Do Castelo, Portugal

Descrição

Homem de 47 anos. História de tosse não produtiva, com 1 semana de evolução associada a mialgias, cefaleias e dispneia que agravava com o decúbito. Antecedente de alcoolismo crónico. Objetivamente apresentava sinais de dispneia, febre e sons respiratórios abolidos à direita. A radiografia torácica mostrou lesão cavitada volumosa com nível hidroaéreo no hemitórax direito compatível com abcesso. Crescimento em hemoculturas de Staphylococcus aureus sensível à Meticilina. Colocado dreno guiado por tomografia computorizada para drenagem e antibioterapia, inicialmente Ceftriaxone e Clindamicina com posterior alteração para flucloxacilina após resultados microbiológicos. Registada boa evolução clínica.

Doenças Respiratórias

IMG017
1726 ABCESSO PULMONAR – DOIS CASOS, O MESMO DIAGNÓSTICO, DOIS DESFECHOS DIFERENTES

Catarina Patronillo, Ângela Coelho, Luciana Faria, Sónia Fernandes, Vera Seara

CHPVVC, Póvoa De Varzim, Portugal

Descrição

Jovem, 30 anos. Antecedentes de Epilepsia e consumo mantido de álcool e drogas de abuso. Episódio de crise convulsiva e posterior início de tosse hemoptóica, dorsalgia direita e astenia (4 semanas de evolução). Recorreu ao serviço de urgência onde realizou radiografia torácica (1A) que revelou Abcesso Pulmonar. Internado sob antibioterapia com franca melhoria clínica e radiológica (resolução do abcesso confirmada em 8 semanas -1B).

Homem, 85 anos com queixas de tosse hemoptóica internado por pneumonia bilateral (2A). Evolução precária apesar de antibioterapia instituída. Repetiu radiografia torácica sugestiva de lesão abcedada do lobo pulmonar inferior direito (2B), confirmada por tomografia torácica. Prosseguiu estudo com broncofibroscopia que revelou neoplasia, culminando em óbito.

IMG018
350 ABCESSO PULMONAR... OU ALGO MAIS?!

Ana Costa, Bárbara Lima, Sílvia Nunes, Fernando Esculcas, Rosa Maria Ferreira

Hospital Sra. da Oliveira - Guimarães, Guimarães, Portugal

Descrição

Sexo masculino, 52 anos. Autónomo. Fumador de 30 cigarros/dia (desde adolescência).

Recorreu ao SU por apresentar dispneia, cansaço e tosse com expectoração amarelada com cerca de 15 dias de evolução.

Emagrecimento acentuado entre Agosto e Dezembro de 2017, com perda ponderal de 20% (15 Kg) nos seis meses prévios à vinda ao SU.

Imagiologicamente, abcesso pulmonar (46 x 53 mm), associado a hidropneumotorax (comunicação com lesão abcedada) (A e B) Após 13 dias de antibioterapia (Piperacilina / Tazobactam), evolução imagiológica (C e D)

Doenças Reumatológicas

IMG019
870 ABCESSOS ESCONDIDOS EM IMAGEM 2D: ARTRITE SÉPTICA DA ARTICULAÇÃO ESTERNO-CLAVICULAR COMPLICADA COM ABCESSOS DA PAREDE TORÁCICA

Cristiana Lopes Martins, Miguel Varela, Mihail mogildea, Natercia Joaquim, Ignacio Moreno, Ana Lopes

Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, Faro, Portugal

Descrição

Homem, 77 anos, transferido para o nosso Hospital com diagnóstico de pneumonia do lobo superior direito. Antecedentes de Diabetes Mellitus e doença renal crónica. O doente tinha queixa de dispneia e omalgia direita. Ao exame objetivo, tinha uma discreta tumefação adjacente à zona medial da clavícula. A radiografia mostrou radiopacidade no lobo superior do pulmão direito. A tomografia computorizada (TC) revelou artrite séptica da articulação esternoclavicular (ASAEC) direita, com formação de abcessos extensíveis para a parede torácica e do mediastino. A ASAEC é rara, afetando principalmente pacientes imunocomprometidos. Por poder evoluir para complicações potencialmente fatais (osteomielite, abscessos, mediastinite), torna-se mandatória a realização de TC, quando existe elevada suspeição

Doenças Cardiovasculares

IMG020
2303 ACHADOS RADIOGRÁFICOS NO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Sara Pipa

Serviço de Medicina Interna - Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, vila Nova De Gaia, Portugal

Descrição

A radiografia do tórax (RT) apresenta baixa sensibilidade e especificidade no diagnóstico de tromboembolismo pulmonar. Contudo, em alguns casos sugere o diagnóstico. Caso clínico: homem de 67 anos, com biópsia recente de nódulo hepático e queixas de dispneia de esforço; à admissão com insuficiência respiratória hipoxémica e auscultação pulmonar normal; eletrocardiograma normal e RT a revelar área de oligoémia focal no pulmão direito (sinal de Westermark). A angiografia pulmonar por tomografia computadorizada confirmou o diagnóstico, pelo que iniciou heparina de baixo peso molecular. A biópsia do nódulo hepático revelou tratar-se de metástase de adenocarcinoma gástrico pelo que foi proposto para quimioterapia paliativa.

Outros

IMG021

523 ACROQUERATODERMIA AQUAGÉNICA

Marli Ferreira, Inês Henriques Ferreira, João Araújo Correia

Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal

Descrição

Mulher, 21 anos, sem antecedentes relevantes, com episódios desde há um ano de edema/espessamento cutâneo palmar, irregular, após contacto (10-15minutos) com água. Associa-se sensação de ardor e prurido local com resolução espontânea em minutos após secagem das mãos. Sem história de hiperhidrose, farmacológica ou familiar de relevo. Objectivamente, após contato com a água, aparecimento de placas hipopigmentadas, translucentes, restritas às palmas das mãos. Após revisão da literatura foi assumido diagnóstico de acroqueratodermia aquagénica (AA) com realização de teste de suor (negativo). Esta trata-se de uma entidade rara mais comum em jovens do sexo feminino, estando descrita uma associação com fibrose quística (FQ) com a estimativa de que entre 40-82% dos casos de AA têm FQ diagnosticada.

Doença Infecciosa e Parasitárias

IMG022

1911 ADENOPATIAS CERVICAIS, UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Lígia Rodrigues Dos Santos, Gisela Evaristo Vasconcelos, Margarida Silva Cruz, Alice Castro, Mari Mesquita

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Porto, Portugal

Descrição

Homem, 80 anos, tumefações cervicais desde há 6 meses, perda ponderal e febre de predomínio vespertino. Identificadas adenopatias cervicais com sinais inflamatórios, de consistência dura, indolores, algumas com fistulização cutânea e drenagem espontânea; linfopenia, VIH negativo e elevação dos parâmetros inflamatórios. Tomografia computadorizada com múltiplas adenopatias de dimensão variável e distribuição dispersa por todas as cadeias ganglionares cervicais, algumas com área central necrótica, a sugerir processo inflamatório/infecioso. Realizada aspiração do conteúdo com isolamento de Mycobacterium tuberculosis Complex. Quadro compatível com tuberculose ganglionar, manifestação extrapulmonar comum desta doença que representa um desafio diagnóstico pela mimetização de outras patologias.

Doenças Gastroenterológicas

IMG023

1084 AEROPORTIA E PNEUMATOSE INTESTINAL - UM ACHADO MORTAL

Teresa Salero, Sérgio Pina, Micael Mendes, Pedro Cavaleiro, Juan Hidalgo, Javier Moreno, Cristina Granja

Centro Hospitalar e Universitário do Algarve - Faro, Faro, Portugal

Descrição

A Aeroportia e a Pneumatose Intestinal constituem um achado típico da isquemia mesentérica, acarretando um prognóstico sombrio. A clínica de ventre agudo acompanhada de imagem de Aeroportia associada a Pneumatose Intestinal, exige laparotomia exploradora emergente. As Imagens 1 e 2 revelam Aeroportia e Pneumatose Intestinal, respectivamente, em doente com clínica de sepsis de aparente foco abdominal. A Imagem 3 mostra a extensão da distensão gástrica, sendo a gastroparesia outra consequência possível da Isquemia Mesentérica Aguda.Na Imagem 4 é visível uma obstrução ao nível da artéria mesentérica superior, que confirma o diagnóstico de Isquémia Mesentérica Aguda. O desfecho deste doente foi fatal.

Medicina de Urgência e Cuidados Intermédios

IMG024

2239 ALGALIAÇÃO COMPLICADA COM PERFURAÇÃO VESICAL IATROGÉNICA

Rui Isidoro, Pedro Vieira, Carolina Carvalho, Paula Paiva, Alexandre Louro, Maria Eugénia André

ULS Castelo Branco, Castelo Branco, Portugal

Descrição

Homem, 77 anos. Antecedentes de adenocarcinoma da próstata metastizado, portador de sonda vesical crónica, substituída no dia anterior. Admitido no Serviço de Urgência por quadro clínico com início há um dia de: febre, prostração, dor abdominal difusa e dor lombar. À admissão: febril, hipotenso, taquicárdico, prostrado. Abdómen difusamente doloroso com palpação e defesa, sinal de Murphy renal à esquerda presente. Saco colector de urina com ligeiro resíduo sero-hemático. Perante elevada suspeição de sépsis com ponto de partida urinário iniciou antibioterapia empírica e solicitou-se estudo por tomografia computorizada para melhor caracterização, com evidência de perfuração vesical pela algália (Fig 1,2 e 3), com compressão extrínseca do ureter esquerdo pelo balão insuflado da mesma (Fig. 4).

Doenças Endocrinas e metabólicas

IMG025
1758 ALTERAÇÕES COGNITIVAS EM DOENTE COM HIPOPARATIROIDISMO PRIMÁRIO – UM CASO DE DOENÇA DE FAHR

Ana Rita Nogueira, Diana Ferreira, Mafalda Ferreira, António Aragão, Manuel Teixeira Veríssimo, Armando Carvalho

CHUC, Coimbra, Portugal

Descrição

Doente de 65 anos internada por quadro de agitação psicomotora, amnésia anterógrada e incapacidade funcional, com alectuamento e necessidade de institucionalização, com 1 semana de evolução. Como antecedentes pessoais, destaca-se tiroidectomia total por carcinoma folicular há 45 anos. Foi realizada TC crânio-encefálica que revelou extensas calcificações dos gânglios da base, compatíveis com Doença de Fahr. Analiticamente, apresentava hipocalcémia (Cálcio ionizado de 2,5mg/dL), com PTH indoseável (< 2,5 pg/mL) e diminuição dos níveis de 25-hidroxivitamina D (18ng/mL). Foi realizada punção lombar e electroencefalograma, sem alterações. Após a correcção da calcémia e suplementação com calcitriol, registou-se melhoria das queixas cognitivas e normalização das alterações do comportamento.

Doenças Cardiovasculares

IMG026
543 ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL

Adriana Gameiro1, Natacha Silveira2, Luciano Almendra3, Fernando Silva3, Manuel Fonseca3

USF Portus Alacer, Portalegre, Portugal

Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Portimão, Portugal

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Descrição

Aneurisma gigante da aorta abdominal, fusiforme, com cerca de 15 cm de extensão, do tronco celíaco até à bifurcação, com calibre máximo de 13x11cm e trombo circunferencial, numa espessura máxima de 4cm.

Achado imagiológico no decurso da investigação de limitação funcional dos membros inferiores e diminuição progressiva da destreza manual à direita, num homem de 67 anos com antecedentes de estenose carotídea direita e tabagismo.

IMG027
878 ANEURISMA DA AORTA TORÁCICA: ACHADO E GRAVIDADE

Joana Esteves, Ana Francisca Pereira, Teresa Boncoraglio, Inês Pinho, Miguel Costa

Hospital Santa Maria Maior, EPE - Barcelos, Barcelos, Portugal

Descrição

Homem, 78 anos, admitido por pneumonia e EAP. Por disfonia de novo, é avaliado por ORL e faz TC torácico que mostra ruptura de pseudoaneurisma da crossa da aorta, com hematoma mural associado. Discutido com Cir. Cardiotorácica: pela localização e aterosclerose extensa, sem condições para intervenção cirúrgica ou endovascular - assumido tratamento conservador. Tem alta ao 15º dia. Recorre ao SU por 2 vezes (D60 e 89), por estridor e dispneia, revertidos. Ao 96º dia recorre novamente por dispneia e omalgia esquerda, com má evolução, tendo falecido no dia seguinte. Os aneurismas da aorta torácica são frequentemente diagnosticados no contexto de complicações agudas como disseção ou rutura. Neste caso a disfonia antecipou esse cenário. Apresenta-se a evolução radiológica da lesão desde o 1º dia

IMG028
323 ANEURISMA GIGANTE DA AORTA – A EXPRESSÃO MÁXIMA DE UMA PATOLOGIA SILENCIOSA...

Ana Rita Alves Lopes, Rita Silva, Andreia Diegues, Elisa Tomé, Cristiana Batouxas, Jorge Poço

ULSNE - UH Bragança, Bragança, Portugal

Descrição

Mulher, 89anos, sem antecedentes relevantes. Avaliada no SU por hemorragia excessiva, após exodontia. No decurso da investigação de pancitopenia, detetada no estudo analítico, realizou radiografia torácica que mostrou alargamento do mediastino. Tomografia computorizada do tórax a demonstrar dilatação aneurismática de todos os segmentos da artéria aorta e expressivo derrame pericárdico. Diagnosticada neoplasia hematológica de que veio a falecer dois meses depois.

Doenças Autoimunes e vasculites

IMG029
501 ANGEÍTE LEUCOCITOCLÁSTICA CUTÂNEA APÓS ADMINISTRAÇÃO DE NAPROXENO

José Costa Carvalho, Helena Terleira, Joana Urbano, Carlos Ribeiro

ULSAM - Viana do Castelo, Viana Do Castelo, Portugal

Descrição

Doente de 47 anos com petéquias dispersas pelos membros inferiores e nádegas após toma de Naproxeno cerca de uma semana antes. Tratou-se do segundo episódio semelhante após toma de anti-inflamatórios não esteróides (AINE's). O anterior, cerca de um mês antes, teria sido menos exuberante e com resolução espontânea. Orientado para consulta com indicação de evitar AINE's.

Medicina de Urgência e Cuidados Intermédios

IMG030
935 APENAS MAIS UMA DOR TORÁCICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA?

Ana Gomes Tavares, Liliana Pedro, Dilia Valente, Luisa Monteiro, Jorge Brito, Domitília Faria, Luísa Arez

Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Portimão, Portugal

Descrição

Homem de 69 anos recorre ao Serviço de Urgência por dor torácica e lipotimia. Antecedentes familiares de Síndrome de Marfan. Hipotensão no membro superior direito e normotensão nos restantes membros. Analiticamente, D-Dímeros 11002 ng/ml. Angiografia por Tomografia Computorizada Toraco-abdomino-pélvica: "imagem sugestiva de dissecção aórtica tipo A da classificação de Stanford, tipo I da classificação de DeBakey. A dissecção estende-se ao tronco arterial braquiocefálico e, daí bilateralmente ás artérias carótidas comuns, distalmente a dissecção estende-se à artéria ilíaca comum esquerda. Hemopericárdio moderado. Doente estabilizado hemodinamicamente e transferido para Serviço de Cirurgia Torácica onde foi intervencionado com sucesso.

Doenças Cardiovasculares

IMG031
1945 APRESENTAÇÃO DE ANEURISMA DISSECANTE DA AORTA

Mariana Teixeira, Joana Ricardo Pires, Margarida Ferreira, Clarinda Neves

CHBV, Aveiro, Portugal

Descrição

Homem, 62 anos, trazido à Urgência por alteração do estado de consciência não presenciada, triado como via verde de AVC. Antecedentes pessoais desconhecidos. À admissão com recuperação parcial da consciência, pressão arterial 77/68mmHg; pulso 120bpm, apirético, obnubilado, sem défices neurológicos focais evidentes, auscultação cardíaca irrelevante, ausência do murmúrio vesicular em todo o campo pulmonar esquerdo. Realizados Rx e posteriormente tomografia torácica, esta mostrando aneurisma dissecante da aorta torácica, com início distal à emergência dos vasos supra-aórticos, exuberante espessamento mural ao nível da crossa, com várias áreas laminares espontaneamente mais densas traduzindo hematoma da parede do aneurisma, bem como volumoso derrame pleural esquerdo compatível com hemotórax.

Doenças Autoimunes e vasculites

IMG032
108 ARTRITE PSORIÁTICA MUTILANTE

Cármen Ferreira, Mário Monteiro, Telma Elias, Eva Claro, Daniela Brito, Fernanda Coutinho, Fátima Pimenta

CHMT - Centro Hospitalar do Médio Tejo, Abrantes, Portugal

Descrição

A Artrite Psoriática é uma doença crónica inflamatória das articulações, associada à Psoríase, que afeta entre 0,05 e 0,025% da população, é de causa desconhecida. A Psoríase é uma doença crónica da pele que afeta 2 a 3% da população. A Artrite Psoriática Mutilante é uma forma particularmente grave de Artrite Psoriática, rara, representando menos de 5% dos casos, rapidamente deformante e destrutiva. Afeta principalmente as pequenas articulações das mãos e pés, com reabsorção do osso (osteólise) e destruição da articulação, levando a deformação e encurtamento dos dedos afetados, com excesso de pele. Os autores apresentam o caso de um homem, 52 anos, com prostração, dores generalizadas, perda ponderal e degradação do estado geral, caquexia e lesões dérmicas, com artroses dos 4 membros.

Doenças Respiratórias

IMG033
25 ASPERGILOMA

Luís Flores, Joel Silva, Francisco Nóvoa, Inês Costa, Clara Gomes, Maria João Pinto, Manuela Dias, Jorge Almeida

Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

Descrição

Doente do sexo feminino, 86 anos, é internada por infeção respiratória por vírus Influenza A com insuficiência respiratória. Tinha história tuberculose pulmonar aos 16 anos e clínica de bronquite desde os 60 anos. Para esclarecimento de patologia parenquimatosa pulmonar (radiografia de tórax com alterações) pedida TC de tórax. Objetivaram-se bronquiectasias calcificadas e uma lesão cavitada de paredes finas, com sinal de crescente de cerca de 24mm. Negava perda ponderal, anorexia, cansaço, hemoptises, febre, sudorese, sem eosinofilia ou elevação de marcadores inflamatórios, IgG e precipitinas Aspergillus negativo, discreta elevação IgE Aspergillus, sem elevação IgE total, pelo que se assumiu aspergiloma isolado, como diagnóstico provável.

Doenças Autoimunes e vasculites

IMG034
2157 BELIMUMAB EM RESPOSTA A LÚPUS CUTÂNEO REFRACTÁRIO

Joana Rosa Martins, Ana Bento Rodrigues, Ryan Costa Silva, Alba Janeiro Acabado, Paulo Cantiga Duarte

CHLN-HSM, Lisboa, Portugal

Descrição

Doente do sexo feminino, 29 anos, com antecedentes de lúpus eritematoso sistémico com quadro com dois anos de evolução de lesões cutâneas malares (lúpus discóide). Neste contexto encontrava-se sob imunossupressão com prednisolona 20mg (com efeitos secundários associados a corticoterapia sistémica de longa data) e azatioprina 2.5mg/kg mantendo lesões cutâneas exuberantes. Previamente tinha realizado terapêutica com micofenolato de mofetil que interrompeu por intolerância e metotrexato suspenso por ausência de melhoria clínica. Iniciou terapêutica com belimumab com resolução das lesões cutâneas, permitindo desmame de corticoterapia. Concomitantemente observou-se melhoria sintomática franca (artralgias e fadiga) e resolução da hipocomplementémia (que mantinha com a terapêutica prévia).

Outros

IMG035
1388 BISALBUMINÉMIA

Isabel Pinheiro, Mariana Simões, Bianca Cristea, Maria Inês Alexandre, Nuno Raimundo, Luiz Menezes Falcão

Hospital de Santa Maria, CHLN, EPE, Lisboa, Portugal

Descrição

Bisalbuminemia is a qualitative disorder of albumin and it is defined by the coexistence in the same individual of two types of serum albumin with different electrophoretic mobility, that occur with a population frequency of 1:10,000 to 1:1000. There are two forms: hereditary and permanent, or acquired and transient as when the patient is medicated with high doses of beta-lactam antibiotics and severe pancreatitis for instance. Some albumin variants have altered affinity for steroid hormones, thyroxine or drugs although no adverse clinical effects have been attributed to bisalbumins.

IMG036
224 BISALBUMINEMIA, UM ACHADO INCOMUM NA ELETROFORESE SÉRICA

Carla Pereira Fontes, Samuel Fonseca

Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga (CHEDV), Santa Maria Da Feira, Portugal

Descrição

A imagem apresentada é referente a um caso de bisalbuminemia (aloalbuminemia) hereditária num homem de 35 anos. Trata-se de uma variação qualitativa rara da albumina, caracterizada por um padrão bífido na fração da albumina na eletroforese sérica, refletindo a presença de 2 tipos de albumina com mobilidade eletroforética diferente (a albumina normal e uma albumina modificada). Esta condição pode ser hereditária (permanente) ou adquirida (transitória). A forma hereditária é de transmissão autossómica codominante e implica uma mutação pontual no gene da albumina. Geralmente é um diagnóstico incidental, sem significado patológico. Contudo, certas variantes da albumina possuem afinidade alterada para alguns iões, hormonas e fármacos, podendo afetar as suas concentrações séricas.

IMG037

1868 BISALBUMINEMIA: MAIS DO QUE UMA PAISAGEM MONTANHOSA

Luís Pontes Santos, Joana Sá Couto, Raquel Afonso, Raquel López

ULSAM - Hospital de Santa Luzia, Serviço de Medicina 1, Viana Do Castelo, Portugal

Descrição

Apesar de antiga, a electroforese de proteínas continua a ser um exame bastante útil. Para além das alterações mais conhecidas, detaca-se a Bisalbuminemia que se representa por dois picos de albumina. Esta alteração rara pode ser hereditária ou adquirida. A forma adquirida associa-se à toma de doses elevadas de Beta-lactâmicos, Pseudocistos pancreáticos, Diabetes mellitus, Mieloma múltiplo ou Macroglobulinemia de Waldenstrom. No estudo de uma anemia N/N numa mulher de 82 anos diabética, foi solicitada uma electroforese de proteínas (figura 1), que apresenta uma bisalbuminemia associada hipoalbuminemia e ainda elevação de alfa-1, alfa-2 e gamma no contexto de elevação dos parâmetros inflamatórios. A bisalbuminemia era adquirida, não se observando em electroforese anterior (figura 2).

Doenças Cardiovasculares

IMG038

1979 CALCIFICAÇÃO CASEOSA DO ANEL MITRAL

Juliana Magalhães, José Pereira, Inês Antunes, Teresa Vilaça, Ivone Barracha, Rosa Amorim

Centro Hospitalar do Oeste - Unidade de Torres Vedras, Torres Vedras, Portugal

Descrição

Mulher de 77 anos, internada por AVC isquémico temporoinsuloparietal esquerdo para estudo etiológico. Na radiografia torácica visualiza-se formação ovalóide hiperdensa sob a sombra cardíaca e no Ecocardiograma TT descreve-se a presença de volumosa massa esferóide envolvendo o anel mitral. Para esclarecimento, realizou TC torácica onde se visualiza exuberante calcificação na zona de projeção da válvula mitral e RM cardíaca que descreve calcificação caseosa do anel mitral. Os autores apresentam as presentes imagens pela exuberância da calcificação e pela raridade do achado.

Doenças Respiratórias

IMG039

97 CALCIFICAÇÕES EXUBERANTES EM CASCA DE OVO

Mário Bibi, Isabel O. Cruz, Mariana Taveira

ULSM, Matosinhos, Portugal

Descrição

Calcificação em casca de ovo é uma calcificação em anel da periferia de uma adenomegalia, sendo um sinal característico, mas não patognomónico de silicose. São também encontradas na pneumoconiose de mineiros de carvão e, mais raramente, na sarcoidose, amiloidose, esclerose sistémica, pós-radioterapia, blastomicose e histoplasmose. Trata-se de homem de 65 anos que trabalhou como pedreiro e com múltiplos internamentos prévios por pneumonia e com nova intercorrência infeciosa que motivou internamento. Realizou TAC torácica que mostrou, além de consolidação pneumónica, adenomegalias hilares e mediastínicas com calcificação periférica em casca de ovo. Não foram encontradas adenomegalias em qualquer outro órgão. A investigação não sugeriu outras entidades, pelo que se assumiu silicose.

Doenças Reumatológicas

IMG040

1182 CALCINOSE CUTÂNEA

Fabiana Pimentel, Lisete Nunes, Ivone Barracha, Rosa Amorim

Centro Hospitalar do Oeste - Unidade de Torres Vedras, Torres Vedras, Portugal

Descrição

A calcinose cutânea é uma condição clínica em que os sais de cálcio se depositam no tecido subcutâneo e na pele. É classificada de acordo com a etiologia em distrófica, iatrogénica, idiopática, metastática ou calcifilaxica. A calcificação distrófica é a causa mais comum, secundária a uma patologia subjacente e associada a valores laboratoriais normais de cálcio e fósforo. Ocorre tipicamente em doentes com síndrome de CREST, forma limitada de esclerose sistémica. Apresenta-se o caso de uma doente do sexo feminino, 64 anos de idade, com antecedentes pessoais de Artrite Reumatóide e síndrome de CREST. Ao exame objectivo apresentava fenómeno de Raynaud, limitação da mobilidade e calcinose cutânea visível.

Doenças Autoimunes e vasculites

IMG041

2057 CALCINOSE EM DOENTE COM ESCLEROSE SISTÉMICA

Rafaela Pereira, Ana Pimentel, Alexandra Martins, Helena Brito, Mário Lázaro

Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Faro, Portugal

Descrição

Mulher, 58 anos, com Esclerose Sistémica sob terapêutica com Metotrexato 12,5 mg/semana com queixas persistentes de dor a nível da anca esquerda com impotência funcional. Objectivamente apresentava placa de consistência pétrea na região coxo-femoral esquerda que se estende pelo 1/3 superior da coxa e tumefação com saída de conteúdo esbranquiçado em pouca quantidade. Efectou radiografia da bacia que revelou múltiplas e dispersas opacidades densas no tecido mole ao nível da articulação coxo-femoral esquerda que correspondem à calcinose distrófica. A calcinose distrófica desenvolve-se em aproximadamente 25% dos doentes com esclerose sistémica. Os depósitos de cálcio são compostos por cristais de hidroxiapatita de cálcio e depositam-se mais frequentemente em sítios de microtrauma.

IMG042

1621 CALCINOSE NA SÍNDROME DE CREST

Joana Carreira, Mário Parreira

Centro Hospitalar de Setúbal - Hospital de São Bernardo, Setúbal, Portugal

Descrição

A síndrome de CREST é uma forma de Esclerose Sistémica limitada e o seu nome é um acrónimo para as manifestações clínicas cardinais da doença: Calcinose, fenómeno de Raynaud, alterações da motilidade Esofágica, Esclerodactilia e Telangiectasias. Nesta síndrome, tal como nas outras Doenças Difusas do Tecido Conjuntivo, a calcinose ocorre mais frequentemente nas mãos e punhos. A imagem apresentada mostra calcinose ao nível das mãos numa doente de 72 anos com o diagnóstico de síndrome de CREST há cerca de 30 anos.

Doenças Renais

IMG043

2213 CÁLCULO CORALIFORME - IMAGEM RARA.

Mylene Costa, Ana Pinho, Ana Marçal, Marta Pereira

ULSM - H. Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal

Descrição

Mulher de 84 anos admitida por urossépsis com íleo paralítico. A radiografia abdominal mostrou imagem radiopaca ramificada, no quadrante superior direito do abdómen, sugestiva de cálculo coraliforme (confirmada em tomografia computorizada). Evolução favorável após início de antibioterapia, sem isolamento de agente. O cálculo coraliforme está associado a infeções urinárias por bactérias produtoras de urease, que aumentam o pH da urina, induzindo a formação e aderência de cristais (estruvite) no trato urinário. Esta imagem mostra um cálculo exuberante moldado no sistema pielocalicial, adotando uma imagem típica de coral. A clínica é indolente mas acarreta grande morbilidade, exigindo diagnóstico e tratamento precoces, pelo risco de progressão para atrofia e consequente perda de função renal.

Medicina de Urgência e Cuidados Intermédios

IMG044

2110 CAUSA RARA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA

Catarina Medeiros, Daniela Brito, Rita Serras Jorge, Fátima Pimenta

Centro Hospitalar Médio Tejo, Abrantes, Portugal

Descrição

A imagem apresentada refere-se a um homem, 69 anos, que recorreu ao serviço de urgência por hematoquézias e dor inguinal esquerda com um dia de evolução. Ao exame objectivo apresentava hipotensão, palidez mucocutânea e massa palpável na região abdominal. Analiticamente com queda de hemoglobina de 3.6 g/dL, aumento da creatinina quinase e lactato desidrogenase. A tomografia abdominal apresentava rutura de volumoso aneurisma fusiforme da aorta abdominal (12 cm de calibre), com início abaixo das artérias renais até à bifurcação da aorta (14 cm longitudinalmente). A ocorrência de hemorragia digestiva como manifestação da ruptura de aneurisma da aorta é bastante rara. Um elevado grau de suspeição aliado um exame físico detalhado são cruciais na colocação desta hipótese diagnostica.

Doença Infecciosa e Parasitárias

IMG045

1375 CAVITAÇÕES NA TUBERCULOSE PULMONAR

Ana Areia Reis, Margarida Bela, Ana Filipa Pires, Dalila Parente, Diana Cruz, Mari Mesquita

Centro Hospital do Tâmega e Sousa, Penafiel, Portugal

Descrição

Masculino, 59 anos. Quadro com 3 semanas de tosse purulenta,dor torácica pleurítica,dispneia para grandes esforços,anorexia,perda ponderal(30Kg), hipersudorese noturna. Objetivamente eupneico, apirético, murmúrio vesicular globalmente diminuído. Analiticamente PCR167 mg/L. Radiologicamente duas volumosas condensações extensamente cavitadas no lobo superior direito e lobo médio,ambas com nível hídrico. Suspeita de tuberculose pulmonar, iniciou antibacilares, diagnóstico confirmado posteriormente.

Outros

IMG046

2180 CEFALEIA SEM MARGENS - MAS QUE GRANDE GALO!

Francelino Ferreira, Ruben Reis, Magda Silva, Paula Pona, Anneke Joosten

Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Barreiro, Portugal

Descrição

Mulher de 98 anos, que recorreu ao serviço de urgência por cefaleias e tumefacção dolorosa por traumatismo craneo-encefálico, sem perda de conhecimento, após queda há 5 dias. A TAC craneo encefálica mostrou um volumoso hematoma contusional epicraniano frontal à esquerda, sem outras alterações relevantes. Devido às grandes dimensões do hematoma foi realizada drenagem cirúrgica do mesmo. Teve alta sem complicações.

Medicina de Urgência e Cuidados Intermédios

IMG047

1528 CHOQUE HEMORRÁGICO

Jorge Gama Prazeres, Tânia Vassalo

Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

Descrição

Homem de 77 anos com antecedentes de hipertensão arterial e aneurisma da aorta torácica operado. Admitido no Serviço de Urgência em contexto de acidente de viação de baixa cinética, com posterior alteração do estado de consciência. À chegada, doente em choque, com acidémia metabólica grave e hiperlactacidémia. Foi sujeito a avaliação imagiológica que revelou ruptura de aneurisma da aorta torácica descendente, com exuberante extravasão activa de contraste e volumoso hematoma mediastínico. Apresentou deterioração clínica rápida, pouco depois da sua admissão

Doença Infecciosa e Parasitárias

IMG048

1209 CHOQUE SÉPTICO COMO APRESENTAÇÃO DE CISTITE ENFISEMATOSA

João Pedro Pais, Francisco Silva, Ana Sofia Matos, Miguel Romano, Ana Nascimento, Diana Guerra

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana Do Castelo, Portugal

Descrição

Sexo masculino, 79 anos de idade, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2. Recorreu ao serviço de urgência por febre (máx. 38,5ºC) e hematúria macroscópica com 2 dias de evolução. Na sequência de síncope, admitido na sala de emergência, objetivando-se hipotensão (90/53 mmHg) e hipoxemia. Do estudo complementar destaca-se ecografia vesical, que levantou a hipótese de cistite enfisematosa, confirmada por tomografia computorizada pélvica, que revelou áreas de disseção aérea da parede vesical. Medicado empiricamente com meropenem e admitido na Unidade de Cuidados Intensivos por choque séptico com ponto de partida urinário. Microbiologicamente, isolamento de Escherichia coli, sensível apenas a carbapenemes, pelo que manteve meropenem com boa evolução clínica e analítica.

IMG049

913 CISTICERCOSE MUSCULAR

Catarina Dantas Rodrigues, Alexandra Vaz

Centro Hospitalar Tondela Viseu, Viseu, Portugal

Descrição

Mulher de 92 anos, dependente para as atividades de vida diária, trazida à Urgência por queda do leito com dor nos membros inferiores. Nas Radiografias salientam-se os seguinte achados: lesões calcificadas incrustadas nos tecidos muscular e subcutâneo com aspeto de “grão de arroz” cujos eixos longos parecem acompanhar os planos das fibras musculares. Isto é altamente sugestivo de cisticercose que ocorre por disseminação hematogénica de larvas de Taenia solium, que se podem alojar no cérebro, olhos, coluna e músculos, sendo a gravidade da doença variável. A forma muscular é menos frequente e geralmente assintomática ou com sintomas inespecíficos, constituindo um achado em exames radiológicos.

IMG050

1752 CISTICERCOSE MUSCULAR – UMA FORMA DE APRESENTAÇÃO INFREQUENTE

Pedro Leite Vieira, Rui Isidoro, Paula Paiva, Alexandre Louro, Maria Eugénia André

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco - Hospital Amato Lusitano, Castelo Branco, Portugal

Descrição

Mulher, 82 anos, recorre ao serviço de urgência por trauma do joelho. Da história clínica e exame objetivo salienta-se: criação de suínos e seu consumo até há 8 anos, cefaleias frontais desde há 3 anos, sensação de corpo estranho e mialgias nos membros com cerca de 1.5 anos. Sem alterações visuais ou convulsões. Fundoscopia sem lesões. Dos exames complementares: Radiografia do joelho com calcificações fusiformes dos tecidos moles; TC-CE sem alterações; TC-TAP com calcificações fusiformes nos músculos torácicos, abdominais e glúteos; parasitológico de fezes negativo e Imunoblotting sérico para Taenia solium positivo. A cisticercose muscular isolada é rara, mas é mandatório investigar a história epidemiológica e excluir envolvimento de outros órgãos, nomeadamente do sistema nervoso central.

IMG051

686 CISTITE ENFISEMATOSA – UMA ENTIDADE INCOMUM

Mónica Dinis De Mesquita, Ana Oliveira E Costa, Rita Rei Queirós, Ana Isabel Barreira, Nuno Silva, Paula Vaz Marques

Centro Hospitalar de Trás-os-montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

Descrição

Homem, 92 anos, dependente para as atividades de vida diária com antecedentes de doença renal crónica, diabetes mellitus tipo 2 e hiperplasia benigna da próstata pela qual é cronicamente algaliado. Admitido por doença renal crónica agudizada e hematúria após algaliação traumática. Imagiologicamente com evidência de cistite enfisematosa (CE). Iniciou antibioterapia com piperacilina/tazobactam, com isolamento de Escherichia coli (E. coli) em urocultura sensível à antibioterapia instituída. Apesar das medidas, acabou por falecer ao 13º dia de internamento na sequência de sépsis com disfunção multiorgânica. A CE é uma entidade rara, cuja fisiopatologia não está bem esclarecida, sendo a diabetes o maior fator de risco. A E. coli é o microorganismo mais frequentemente associado a esta patologia

Doenças Hepáticas

IMG052

887 CUIDADO PARA NÃO PETRIFICAREM!

Bárbara Batista, Tiago Tribolet De Abreu

Hospital Espírito Santo de Évora, Évora, Portugal

Descrição

Na doença hepática crónica podem ser observados ao exame objectivo vários estigmas decorrentes da fisiopatologia natural da doença. Um deles surge com permeabilização da veia umbilical pela hipertensão portal, chamada cabeça de medusa (caput medusa) graças à aparência das veias periumbilicais proeminentes em direcção à veia umbilical. Na imagem encontra-se representada a cabeça de medusa pertencente a um homem de 79 anos, que após vários anos de abuso alcoólico pesado (>100g de álcool por dia), desenvolveu cirrose hepática com hipertensão portal (varizes esofágicas, gastropatia) associada a ainda a ginecomastia, eritema palmar e a esplenomegália, perfazendo um Child Pugh A.

Outros

IMG053

835 CVC - COMPLICAÇÕES RARAS E GRAVES

Raul Neto, Filipa Duarte-Ribeiro, Raquel Barreira, Margarida Correia, Janine Resende, João Valente

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova De Gaia, Portugal

Descrição

Mulher de 78 anos internada em Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina por choque séptico com ponto de partida em colangite pós-CPRE. Para suporte vasopressor foi colocado pelo método ecoguiado cateter venoso central (CVC) jugular direito, sem intercorrências. Evolução clínica favorável, sendo transferida ao 5ºdia de internamento para enfermaria, mantendo CVC por ausência de acessos venosos periféricos. Ao 11º dia de internamento apresenta alteração súbita do estado de consciência. A TC-CE realizada demonstrou embolia gasosa difusa, por provável manipulação inadequada do CVC (setas – bolhas gasosas). Apesar de tratamento com oxigenoterapia hiperbárica evoluiu para enfarte cerebral extenso, acabando por falecer.

Doenças Cardiovasculares

IMG054

450 DA FATALIDADE À CURA

Ana Teresa Goes, Sofia Sobral, Ana Fernandes, Henrique Rita

Unidade Local de Saúde Litoral Alentejano, Santiago Do Cacém, Portugal

Descrição

O desafio diagnóstico na Medicina é o que a caracteriza como arte. Caso de mulher de 85 anos transportada ao Serviço de Urgência por Hematemeses, com 3 horas de evolução, seguida de síncope. À observação, palidez mucocutânea. Hemograma com anemia "de novo" (Hemoglobina 9 g/dL). Endoscopia Alta sem alterações. Tomografia computadorizada (TC) torácica com lesão espiculada, paramediastínica com envolvimento aórtico. Internada para estudo de provável atipia pulmonar. Ao terceiro dia de internamento, intercorrência de hemoptises maciças com necessidade de ventilação mecânica e suporte aminérgico, com transferência para unidade de cuidados intensivos. Angio-TC revelou aneurisma da aorta torácica em ruptura (imagem 1). Intervencionada para cirurgia vascula com sucesso.

Doenças Endocrinas e metabólicas

IMG055

2021 DA LITÍASE RENAL À ALCAPTONÚRIA

Cátia Figueiredo, Sara Macedo, Tânia Sousa, Jesus Garrido, Sérgio Lemos

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Viseu, Portugal

Descrição

Mulher de 80 anos seguida em consulta de Nefrologia por litíase renal no contexto de Alcaptonúria. Trata-se de uma doença rara, autossómica recessiva, causada por défice da oxidase do ácido homogentísico(AHG). Tem como consequência o depósito desta substância no tecido conjuntivo (ocronose), nomeadamente, na esclera, pavilhões auriculares e cápsulas articulares. O AHG é excretado na urina, conferindo-lhe cor escura após exposição à luz. O seu diagnóstico é feito pelo doseamento do ácido homogentísico na urina de 24h, que no caso concreto foi de 4406mg/24h (intervalo de referência 0-10mg/24h). O tratamento desta patologia é, apenas, de suporte.

Doença Infecciosa e Parasitárias

IMG056

1781 DE HIDATIDOSE A PIONEFROSE

Sónia Almeida, Marta Valentim, Catarina Neto, Ana Gameiro, Margarida Cabrita

Hospital de Santarém, E.P.E., Santarém, Portugal

Descrição

Mulher de 94 anos, internada por febre de etiologia a esclarecer, acompanhada de dor abdominal à direita. Realizou ecografia abdominal que descreve no lobo direito do fígado três formações quísticas não puras com conteúdo ecogénico, o maior com cerca de 92 mm sugestivas de quistos hidáticos. A tomografia computorizada exclui alterações hepáticas relevantes, mas revela rim direito com redução da espessura parenquimatosa e múltiplos quistos corticais de crescimento predominantemente exofítico e sinusal, o maior com cerca de 9,5 cm, bem como espessamento das fáscias pararrenais, densificação da gordura e pequena quantidade de líquido perirrenal à direita. Colocada nefrostomia percutânea, com drenagem de conteudo purulento e isolamento de Enterococus fecalis.

Doenças Respiratórias

IMG057

1368 DEFORMIDADE DA CAIXA TORÁCICA E SUAS CONSEQUÊNCIAS

Sónia Silva Guerra, Jorge Vale

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Viseu, Portugal

Descrição

Homem de 77 anos, não fumador. Antecedentes de deformidade da caixa torácica, de provável etiologia traumática na infância, e insuficiência cardíaca (IC), com dispneia para médios esforços com cerca de 20 anos de evolução. Seguido em consulta de Pneumologia, após internamento por insuficiência respiratória global secundária a IC descompensada e deformidade da caixa torácica, sob ventilação não invasiva e inaloterapia. Na radiografia torácica (RT) póstero-anterior com retificação de arcos costais, aumento do índice cardio-torácico, apagamento dos ângulos costofrénicos por derrame pleural bilateral e ligeira escoliose. (Figura 1). A RT perfil, evidencia aumento do diâmetro ântero-posterior torácico e cifose dorsal acentuada, condicionando uma diminuição global do volume pulmonar (Figura 2).

Doenças Oncológicas

IMG058

1637 DIAGNÓSTICOS INESPERADOS

Daniel Almeida Pinto, Cátia Figueiredo, Joana Lemos

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Viseu, Portugal

Descrição

Mulher de 81 anos, recorreu ao Serviço de Urgência por lombalgia esquerda e febre. Diagnosticada pielonefrite aguda obstrutiva, e colocado tubo JJ. Como achado, a ecografia abdominal revelou nodularidade hepática maciça e a radiografia torácica mostrou múltiplas lesões nodulares hipotransparentes em "largada de balões" (figura 1). Foi internada para estudo de neoplasia oculta. Teve como intercorrência Trombose Venosa Profunda femoral esquerda, iniciando enoxaparina em dose terapêutica. Por súbita dor abdominal difusa intensa e choque, fez tomografia computorizada abdominal urgente que evidenciou líquido intraperitoneal por provável rutura e hemorragia de metástase hepática (figura 2). Foi revertida anticoagulação e decidido multidisciplinarmente por medidas de conforto.

Doenças Gastroenterológicas

IMG059

410 DISFAGIA LUSÓRIA

José Costa Carvalho, Carlos Ribeiro, João Batista Neto

ULSAM - Viana do Castelo, Viana Do Castelo, Portugal

Descrição

Mulher de 66 anos, com história de hipertensão arterial e queixas há cerca de 3 anos de disfagia para sólidos. Realizou endoscopia digestiva alta e manometria esofágica, ambos sem alterações. Em tomografia computorizada do tórax verificada presença de artéria subclávia direita anómala a emergir como último ramo da crossa da aorta e com um trajeto retroesofágico, condicionando compressão extrínseca do esófago. A raridade e o carácter insidioso das queixas leva a que poucas vezes este diagnóstico seja considerado no estudo de disfagia. Menos frequente ainda é a apresentação clínica apenas neste escalão etário, podendo contribuir para isso fenómenos de arteriosclerose e rigidez arterial.

IMG060

1438 DISPNEIA AGUDA – UM CASO DE ENTEROTÓRAX NÃO TRAUMÁTICO

Tatiana Gonçalves, Jorge Leitão, Lèlita Santos, Armando Carvalho

Serviço de Medicina Interna A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Descrição

Mulher, 83 anos, de idade, com antecedentes de hérnia diafragmática e sem história de traumatismo. Referenciada ao serviço de urgência por dispneia súbita e dor abdominal generalizada. O estudo radiológico mostrou desvio do mediastino para a direita, com câmara de gás intratorácica a ocupar a metade inferior do campo pulmonar esquerdo. Foi internada para estudo e devido às comorbilidades da doente optou-se por medidas conservadoras. Esta imagem tem interesse pois a sintomatologia não revelava a etiologia dos sinais apresentados e porque a presença de enterotórax sem história de traumatismo é rara.

Doenças Cardiovasculares

IMG061

1542 DISSEÇÃO AÓRTICA TIPO B DE SANFORD

Rosana Maia, Lúcia Brandão, Duarte Silva, Pedro Pinto, Edgar Torre, Carmélia Rodrigues, Diana Guerra

ULS Alto Minho - Hospital Santa Luzia, Viana Do Castelo, Portugal

Descrição

Homem, 80 anos, com aneurisma da aorta ascendente e descendente, seguido em consulta de Cardiologia e Cirurgia Cardiotorácica. Recorre ao Serviço de Urgência por dor retro-esternal e epigástrica muito intensa com irradiação dorsal, hipersudorese e dispneia. Radiografia de tórax: aorta de grandes dimensões. Angio-TC toraco-abdominal: extensa dissecção desde aorta até à artéria renal: Disseção aórtica tipo B de Sanford com falso lúmen, havendo um atraso global do efeito nefrográfico no rim direito e sinais de enfarte renal isquémico. De referir trombo endoluminal no lúmen verdadeiro do trajeto da aorta torácica. Tendo em conta o local de dissecção e a idade avançada, sem indicação para tratamento cirúrgico, tendo vindo a falecer.

IMG062

1025 DISSEÇÃO DA AORTA: DIAGNÓSTICO RÁPIDO, TRATAMENTO EFICAZ

Duarte Silva1, Cátia Barreiros1, Lúcia Meireles Brandão1, Rosana Maia1, Pedro Pinto1, Carmélia Rodrigues1, Diana Guerra2

ULSAM - Hospital de Santa Luzia, Serviço de Medicina 1, Viana Do Castelo, Portugal

ULSAM - Hospital de Santa Luzia, Viana do Castelo, Viana Do Castelo, Portugal

Descrição

Mulher, 76 anos, hipertensa, com antecedentes de dissecção da aorta tipo B. Dorsalgia inter-escapular, súbita e irradiação torácica difusa, 4 horas de evolução, náuseas, cefaleia occipital e lipotímia. Tensão arterial de 107/70mmHg, normocárdica, pulsos periféricos simétricos. Sem sinais de hipoperfusão. Ligeira elevação da creatinina (1.1g/dl). ECG sem alterações. Angio-TC tronco supra-aórtico, tórácico e abdominal com dissecção da aorta torácica tipo A (A e B), estendendo-se ao segmento proximal do tronco braquiocefálico e artéria subclávia esquerda e porção descendente (C) até ao plano da emergência da artéria renal principal direita, com consequente enfarte renal na metade superior - D (permeabilidade de ramo arterial acessório inferior). Cirurgia eficaz e sem intercorrências.

IMG063

2066 DISSEÇÃO, ANEURISMA E TROMBOSE AÓRTICA

Joel Pinto, Fani Ribeiro, Paulo Almeida, Teresa Mota, Susana Cavadas

CHBV, Aveiro, Portugal

Descrição

Mulher de 84 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, recorreu ao serviço de urgência por dorsalgia com vários dias de evolução. Estava apirética e hemodinamicamente estável, palpando-se massa pulsátil no hipocôndrio. Analiticamente sem alterações relevantes. O eletrocardiograma revelou taquicardia sinusal e a radiografia torácica mostrou dilatação acentuada da aorta (1). Realizou angiotomografia computorizada toracoabdominal que revelou dilatação aneurismática da aorta torácica com extenso trombo mural, sinais de dissecção desde o início da aorta torácica descendente até à região proximal da aorta abdominal e volumosa dilatação aneurismática infra-renal com trombo volumoso (2,3,4). Sem indicação cirúrgica após avaliação por cirurgia vascular, pelo que iniciou hipocoagulação.

IMG064

2085 DISSECÇÃO DA AORTA TIPO B DE STANFORD

Ana Rita Fernandes Matos, Margarida Fonseca

Hospital de Braga, Braga, Portugal

Descrição

Doente do sexo masculino de 40 anos com sarcoma sinovial metastizado, em tratamento quimioterápico paltiativo, e hipertensão arterial conhecida recentemente. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro com cerca de 3 horas de evolução de dor retroesternal, constante, tipo aperto. Negava irradiação e referia melhoria da dor com a posição ortostática. Apresentava-se eupneico em ar ambiente, hemodinamicamente estável e sem sinais de má-perfusão periférica. Electrocardiograma e estudo analítico, com marcadores de necrose miocárdica, normais. Realizou tomografia computadorizada torácica com contraste endovenoso que demonstrou uma dissecção da artéria aorta envolvendo a aorta ascendente desde a raiz, arco aórtico e toda a aorta descendente abrangida (tipo B de Stanford) e pneumotórax bilateral.

Doença Infecciosa e Parasitárias

IMG065

2095 DISTENSÃO ABDOMINAL EM DOENTE CENTENÁRIA

Rita Passos Coelho, Pedro Beirão, Vitória Cunha

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Descrição

Mulher de 100 anos, angolona e residente em Portugal há 62 anos, seguida em consulta de Cirurgia Geral entre 2012 e 2015 por formação quística hepática com 17x12cm, tendo recusado tratamento cirúrgico. CEA, Ca 19.9 e αfetoproteína negativos, anticorpos anti-Echinococcus positivos. Internada em Janeiro de 2018 por febre e dor abdominal com elevação dos parâmetros inflamatórios, sem alterações das provas de função hepática ou outras. TAC abdómino-pélvica evidenciando progressão da lesão, medindo 20x19x13cm, com efeito de massa e origem duvidosa mas sugestiva de falso quisto pancreático. Foi feita drenagem ecoguiada de 1000cc de líquido purulento com isolamento de Enteroccocus species. À data permanece internada para controlo evolutivo da lesão, com resposta clínico-laboratorial favorável.

Doenças Cerebrovasculares e do Sistema Nervoso Central (SNC)

IMG066

681 DO DENTE AO CÉREBRO: RELATO DE UM ABCESSO CEREBRAL

Tiago Fiúza, Isabel Taveira, Yulia Shigaeva, Teresa Bernardo, José Sousa E Costa

Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, Santiago Do Cacém, Portugal

Descrição

Homem, 49 anos, sem antecedentes. 3-4 semanas após terapêutica para abcesso dentário, apesentou quadro de cefaleia de agravamento progressivo, com despertar noturno, associada a náuseas e vómitos. Objetivamente, apresentava quadrantanopsia superior esquerda. Em TC-CE, volumosa lesão hipodensa temporo-parietal direita com marcado edema envolvente e efeito de massa, condicionando desvio das estruturas da linha média, colapso do corno temporal direito e herniação do uncus. Realizada pequena corticectomia com drenagem de conteúdo purulento, confirmando-se o diagnóstico de Abcesso cerebral por Streptococcus Constellatus. Iniciou antibioterapia dirigida endovenosa, com boa evolução clínica e imagiológica, sem intercorrências posteriores.

Doenças Autoimunes e vasculites

IMG067

33 DOENÇA DE BUERGUER OU ARTERIOSCLEROSE?

Inna Kozyar, Nataliya Polishchuk, Susana Livramento, Francisco Silva, Luisa Fontes, Cristina Duarte, Teresa Cruz

Hospital Cuf Descobertas, Lisboa, Portugal

Descrição

Mulher de 40 anos de idade com antecedentes de Tabagismo. Iniciou cerca de um mes antes do internamento dor no pé esquerdo com acrocianose no 1º dedo, duas semanas depois menciona aparecimento de uma zona de necrose. Concomitantemente constatou-se quadro de Raynaud. Analiticamente estudo pro-trombótico foi negativo, bem como estudo de auto-imunidade. Eco Doppler arterial dos membros inferiores revelou diminuição dos fluxos de ambos os membros inferiores. Angio TC abdominal e dos membros inferiores evidenciou placas ateromatosas dispersas, na aorta abdominal e eixos ilíacos e dos membros inferiores, a mais expressiva na origem da ilíaca comum esquerda, no entanto condicionando estenose inferior a 50%. Após terapêutica assistiu-se regressão dos sinais de hipoperfusão.

Outros

IMG068

1641 DOENÇA DE GAUCHER TIPO 1 – COMPLICAÇÕES ÓSSEAS

Ana Sá, Carla Fidalgo, Narciso Oliveira

Hospital de Braga, Braga, Portugal

Descrição

A Doença de Gaucher tipo 1 é causada por défice ou diminuição da atividade da glucocerebrosidase, com acumulação de glucocerebrosídeos nos macrófagos do fígado, baço e medula óssea, levando a hepatoesplenomegalia, doença óssea e citopenias progressivas, tendo no passado sido por vezes diagnosticada após esplenectomia, procedimento que acelera as manifestações ósseas. Apresentam-se imagens duma mulher de 38 anos, diagnosticada aos 16 anos após esplenectomia. Esteve em tratamento de substituição enzimática, abandonado por emigração. Regressou por astenia, dorsalgias, coxalgias e gonalgias intermitentes, com hepatomegalia palpável e anemia e trombocitopenia no estudo laboratorial. Observam-se imagens de necrose avascular da cabeça do fémur(1), lesões de Erlenmeyer(2) e lesões osteolíticas(3).

Doença Infecciosa e Parasitárias

IMG069

1045 DOENÇA DE HANSEN

Elvis Arias Guevara1, Lara Távora2, Alexandra Reis1, Francisca Delerue1

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Hospital São José de Doenças Infecciosas, Fortaleza, Brasil

Descrição

Doente feminino 28 anos, com historia de hanseníase terminou tratamento em 2014. Desde então com episódios recorrentes de reação hansenica. Uso de prednisolona 60mg/dia. Refere que há 3 dias iniciou com quadro de lesões bolhosas disseminadas

Ao exame objetivo apresenta abdômen: flácido, eritema nodular, lesões bolhosas disseminadas em membros superiores e inferiores, e na região cervical. Assumiou-se reação hansenica com lesões infectadas, tendo iniciado tratamento com oxacilina e mantendo esquema de prednisolona com boa resposta

IMG070

82 DOENÇA DE POTT

Sílvia Nunes, Gabriela Pereira, Sara Freitas, Ussamané Embaló, Nuna Vieira, Jorge Cotter

Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães, Portugal

Descrição

Mulher com 71 anos com quadro de lombalgia intensa, associada a picos de febre sustentada. Realizou TC da coluna lombar com anterolistesis de L5, em contexto de lise ístmica da vértebra. Para esclarecimento da imagem solicitada RMN com marcado hipersinal em T2 do disco L4-L5, com captação de contraste e espessamento de tecidos moles adjacentes. Iniciada antibioterapia empírica com Meropenem e Linezolide. Apesar de antibioterapia doente manteve sintomatologia álgica com agravamento imagiológico. No rastreio microbiológico sem isolamento de agente. Durante a discectomia colhido material biológico para pesquisa de micobactérias, também foi negativo. Tendo em conta progressão imagiológica, iniciada prova terapêutica com antibacilares, com melhoria sintomática e imagiológica significativas.

Doenças Renais

IMG071

946 DOENÇA POLIQUÍSTICA RENAL – HEMORRAGIA OU INFEÇÃO?

Ana Paula Antunes, Tânia Strecht, Carolina Sequeira, Catarina Oliveira

Hospital de Cascais, Cascais, Portugal

Descrição

A doença poliquística renal (DPR), apesar de rara, é das doenças hereditárias mais frequentes em Portugal. O diagnóstico em doentes com história familiar carece da presença de ≥ 3 quistos (uni ou bilaterais) dos 15 aos 39 anos ou ≥ 2 em cada rim dos 30 aos 59 anos. Falamos do caso de uma mulher de 74 anos com DPR com atingimento hepático, cujo pai e irmão padeciam da mesma patologia. Doente foi internada por febre alta e dor epigástrica. Objetivamente apresentava dor à palpação do epigastro, hipocôndrio e flanco direito, sem defesa ou massas. As imagens de TAC abdominal demonstram múltiplas formações quísticas renais com conteúdo espontaneamente denso traduzindo conteúdo hemático. Dada a clínica e parâmetros inflamatórios elevados, cumpriu ciclo de 1 mês de antibioterapia com boa evolução.

Doenças Endocrinas e metabólicas

IMG072

642 DOENÇA PULMONAR POR ACÚMULO DE ESFINGOLÍPIDOS - NIEMAN PICK TIPO B

Arlindo Guimas, Sara Rocha, Rosa Ribeiro

Centro Hospitalar do Porto, Oporto, Portugal

Descrição

Homem de 62 anos com diagnóstico de Niemann-Pick tipo B há várias décadas, em contexto de ruptura espontânea do baço. Apresenta hepatomegalia e doença pulmonar intersticial difusa com hipóxia em repouso e diminuição moderada da DLCO. A terapêutica enzimática de substituição, quando disponível, poderá permitir a remoção dos esfingolípidos acumulados e, eventualmente, reverter a doença pulmonar.

Doenças Renais

IMG073

1188 DOENÇA RENAL POLIQUÍSTICA

Filipa Lage, Filipe Morais De Almeida, Margarida Paixão Ferreira, Paulo César, Carlos Costa Marques, José Vaz

ULSBA, Beja, Portugal

Descrição

Imagem de uma tomografia computadorizada tóraco-abdomino-pélvica de um homem de 38 anos que foi encaminhado ao Serviço de urgência por suspeita de dilatação da aorta proximal no contexto de realização de estudo cardiovascular por queixas de precordialgia. Sem antecedentes pessoais de relevo, mas com história familiar de doença poliquistica renal. Exame objetivo, no serviço de urgência, sem alterações descritas. Analiticamente apresentava alteração da função renal (ureia 53mg/dL, creatinina 1,34mg/dL). A presença de rins poliquisticos de grandes dimensões apesar de ter sido um achado, seria expectável, uma vez a história familiar apresentada mas pouco valorizada pelo doente.

IMG074

110 DOENÇA RENAL POLIQUÍSTICA ADQUIRIDA DO ADULTO

Sofia Gonçalves, Pedro Vieira, Luís Resende, Gil Silva

Hospital Central do Funchal, Funchal, Portugal

Descrição

Doente do sexo feminino, 44 anos de idade, com doença renal crónica estadio 5, secundária a doença renal poliquística adquirida do adulto, em programa de hemodiálise. Antecedentes de múltiplas infeções dos quistos renais. A tomografia computorizada de abdómen e vias urinárias revelou "fígado com múltiplas imagens hipoecogénicas. Aumento do volume de ambos os rins

pela presença de inúmeras imagens hipoecogénicas arredondadas, algumas espontaneamente hiperdensas por hemorragia e algumas com pequenas calcificações; perda do parênquima renal" (primeira imagem). Por suspeita de lesão tumoral a nível do rim direito, foi realizada RM abdominal que revelou "rins poliquísticos de dimensões variadas, alguns simples, outros complexos" mas excluiu lesão neoplásica (segunda e terceira imagens).

IMG075

1124 DOENÇA RENAL POLIQUÍSTICA AUTOSSÓMICA DOMINANTE

Sara Ramos, Hugo Oliveira

ULSM, Matosinhos, Portugal

Descrição

A Doença Renal Poliquística Autossómica Dominante (DRPAD) afeta 1:400-1000 indivíduos e em 85% dos casos deve-se à mutação do gene da Pocistina-1. A clínica e evolução são altamente variáveis, sendo os quistos hepáticos a manifestação extra-renal mais comum, contudo de forma massiva quase exclusivos em mulheres. O diagnóstico baseia-se na história familiar positiva e em estudos de imagem. Não há tratamento específico e associa-se a alta mortalidade pelas complicações cardiovasculares e aneurismas cerebrais, cujo risco é 4-5x superior à população em geral. Apresentam-se imagens da Tomografia Computorizada com achados sugestivos DRPAD, com extenso atingimento renal e hepático, de uma doente de 41 anos com antecedentes familiares positivos. O estudo genético encontra-se em curso.

Doenças Gastroenterológicas

IMG076

478 DOR ABDOMINAL SURPREENDENTE

Carolina Aguiar, Catarina Nóbrega, Joana Jacinto, Maria Da Luz Brazão

Hospital Central do Funchal, Funchal, Portugal

Descrição

Mulher, 74 anos, antecedentes de hipertensão arterial, obesidade e hérnia umbilical desde 2012. Recorreu à urgência por início súbito dor abdominal intensa e vómitos. Objetivamente a salientar aumento do perímetro abdominal com volumosa hérnia, dolorosa à palpação superficial e profunda, com reação peritoneal. Realizou tomografia computorizada abdomino-pélvica que confirmou hérnia abdominal com 286 mm de maior eixo longitudinal e colo de 61mm, passando parte do corpo e antro gástrico, a maioria das ansas jejunais e ileais e o cólon transverso, com sinais de importante hidro-pneumoperitoneu traduzindo rotura de víscera oca, provavelmente de origem gástrica. Submetida a intervenção cirúrgica com excisão parcial atípica da pequena curvatura.

Doenças Cardiovasculares

IMG077

1762 ECG WARNING! QUANTO A HIPOCALIÉMIA SIMULA UM PADRÃO DE WELLENS

Daniela Guerreiro Carneiro, Felisbela Gomes, Cláudia Neves, Inês Urmal

Hospital de Santo António dos Capuchos, Lisboa, Portugal

Descrição

ECG com inversão das ondas T de V1-V6, sugestivo de padrão de Wellens de estenose da coronária descendente anterior, numa doente medicada com furosemida e indapamida. Sem elevação de parâmetros inflamatórios nem marcadores de necrose miocárdica, com potássio de 2,9mEq/L. A ponta da onda T da tira de ritmo não corresponde à ponta da onda T das derivações precordiais, mas à sua deflexão positiva terminal (tracejado), sugerindo que não se tratam de ondas T invertidas, mas de ondas T positivas seguidas de ondas U de hipocaliemia. Com a descontinuação da terapêutica diurética e a reposição de potássio, observou-se progressivo desaparecimento de ondas U e maior definição de ondas T positivas nas derivações precordiais.

Doenças Hematológicas

IMG078

958 ECTIMA GANGRENOSO: UMA JANELA DA PELE PARA O SANGUE.

Fábio Murteira, Paula Marques Ferreira, Filipe Breda, Nuno Leal, Ana Rita Costa, Carina Silva, Vítor Paixão Dias

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova De Gaia, Portugal

Descrição

O Ectima Gangrenoso (EG) é um achado cutâneo raro mas típico, classicamente associado à bacteriemia por Pseudomonas Aeruginosa (PA) em doentes imunocomprometidos. As lesões de EG começam habitualmente por ser pápulas avermelhadas indolores, que progridem em áreas de enduração e se desenvolvem em pústulas e/ou bolhas; por fim, há exsudação e estas tomam a forma de úlceras gangrenosas com bordos eritematosos. Habitualmente são lesões de progressão rápida (12-18h). As imagens apresentadas mostram lesões de EG em diferentes estadios (a da esquerda com conteúdo pustuloso e a da direita já ulcerada), numa doente de 24 anos com Neutropenia grave em estudo, com quadro febril associado a isolamento de PA em hemoculturas; após antibioterapia dirigida à PA evoluiu favoravelmente das lesões cutâneas.

Medicina de Urgência e Cuidados Intermédios

IMG079
1132 EDEMA ANGIONEURÓTICO – UMA VISÃO INTERIOR

Ana Isabel Barreira, Joana Almeida Calvão, Mónica Dinis Mesquita, Fernando Guimarães, Paula Vaz Marques

Centro Hospitalar Trás os Montes e Alto Douro - Unidade Vila Real, Vila Real, Portugal

Descrição

Um homem de 59 anos com hipertensão sob perindopril, cirrose e carcinoma hepatocelular (CHC), recorreu ao SU por edema facial e lingual que progrediu com disfagia e dispneia apesar de terapêutica antialérgica parenteral. Iniciou antibiótico, depois suspenso. A TAC (Figura) mostrou opacificação da gordura facial e espessamento dos tecidos moles da região jugal, paralingual, para e retrofaríngea, abaulamento lateral da faringe e laringe, obliteração dos recessos periglóticos e edema da mucosa laríngea, todos os aspetos mais à direita. Admitiu-se edema angioneurótico (EAN), que resolveu. Sem história pessoal ou familiar; níveis de C1q, CH50 e Inibidor da esterase de C1 normais. Admitimos possível relação com IECA. Encontrámos raros casos de EAN associado a carcinomas, mas não devido a CHC.

Doenças Cerebrovasculares e do Sistema Nervoso Central (SNC)

IMG080
1920 EMBOLIA GASOSA DOS SEIOS CAVERNOSOS: UMA ENTIDADE RARA

Antonio Costa Carneiro, Priscila Diaz, Mariana Vieira, Madalena Silva, Isa Silva, Marta Custodio, Magda Faria, Ana Boquinhas

Hospital de Cascais, Lisboa, Portugal

Descrição

A presença de ar nos seios cavernosos é um fenómeno raro e, geralmente, diagnosticado acidentalmente, estando classicamente associada à trombose séptica do seio cavernoso, fractura do esfenóide, barotrauma ou injecção de contraste endovenoso; contudo, por vezes, a sua etiologia permanece indeterminada.

Apresenta-se um doente com 87 anos, admitido por insuficiência cardíaca descompensada e síndrome confusional aguda, sem outros défices neurológicos. Foi solicitada TC-CE que demonstrou bolhas de ar nos seios cavernosos, veias das órbitas, seio longitudinal superior e seio recto. Os exames subsequentes demonstraram absorção completa dos componentes gasosos. A etiologia da embolia gasosa permaneceu indeterminada e não se observaram défices neurológicos de novo.

Doenças Cardiovasculares

IMG081
638 EMBOLIZAÇÃO SÉPTICA

Mafalda Sá Pereira, Raquel Freitas, Vilma Grilo, Conceição Escarigo, Pedro Correia Azevedo, Vitoria Cunha, Rita Nortadas, Ana Glória Fonseca

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Descrição

Homem de 63 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e insuficiência cardíaca, internado por insuficiência cardíaca descompensada, desenvolve febre e alteração de consciência ao 6.º dia de internamento. Ecocardiograma transesofágico com massa sugestiva de vegetação no folheto anterior da válvula mitral. TC revelou isquémia hepática, renal e esplénica, sem alterações na permeabilidade dos vasos mesentéricos. Foi admitida endocardite infecciosa da válvula mitral nativa com embolização séptica.

Doenças Respiratórias

IMG082
1941 ENFISEMA PULMONAR SOBREINFETADO

Rute Sousa Martins, Diana Mano, Sérgio Lima, Sara M. Rocha, Fátima Farinha, João Araújo Correia

Centro Hospitalar do Porto - Hospital Geral de Santo António, Porto, Portugal

Descrição

Mulher de 53 anos, autónoma com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) Gold 3 grupo B, tabagismo e passado de toxicodependência, bronquiectasias, enfisema bilateral, insuficiência respiratória tipo 2 crónica e hipertensão pulmonar classe III. Admitida em coma hipercápnico por agudização infeciosa de DPOC e intoxicação medicamentosa com necessidade de suporte ventilatório invasivo. Melhoria clinica a permitir desmame ventilatório e extubação. Evolução com intercorrência infeciosa com isolamento de Staphylococcus Meticilino-resistente em secreções respiratórias;TC de tórax com hidropneumotórax septado de médio volume e preenchimento líquido de bolhas de enfisema à direita e sinais de sobreinfeção do pulmão esquerdo. Iniciou Vancomicina e Clindamicina. À alta assintomática sob VNI noturno.

IMG083

2289 ENFISEMA SUBCUTÂNEO ESPONTÂNEO POR PROVÁVEL TRAUMA NÃO IDENTIFICADO

Mariana Silva Leal, Carolina Amado, Marcelo Aveiro, Clara Batista, Flávio G. Pereira, Mariana Sousa, Rosa Jorge

Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro, Portugal

Descrição

Mulher de 92 anos, internada por infeção respiratória a condicionar prostração, com necessidade de colocação de sonda nasogástrica (SNG). Após ter retirado acidentalmente a SNG, na tentativa de recolocação da mesma desenvolveu enfisema subcutâneo exuberante. Este foi autolimitado e o estudo complementar posteriormente realizado (nomeadamente endoscopia alta e tomografia computorizada do pescoço e tórax), nomeadamente avaliação por Otorrinolaringologia, não permitiram detetar a origem do mesmo.

Doenças Gastroenterológicas

IMG084

1767 ERA UMA VEZ UM HIDROTÓRAX...

Joana Cancela

Hospital Pedro Hispano, Porto, Portugal

Descrição

Mulher, 60 anos, com cirrose alcoólica Child Pugh C, com ascite de grande volume, refratária à terapêutica, iniciou queixas respiratórias, à ascultação com sons respiratórios diminuídos e diminuição do frémito toracovocal à direita com ascite sem tensão. Realizou radiografia do tórax que evidenciou hipotransparência na metade inferior do hemicampo pulmonar direito.

Pensou-se em derrame pleural, uma complicação que surge em 5% dos doentes com cirrose avançada.

Antes da toracocentese diagnóstica, fez tomografia computorizada, verificando-se ascite de tal volume que provocou incursão do diafragma direito na cavidade torácica, simulando um hidrotórax hepático na radiografia. Salienta-se, assim, a importância de obter uma imagem radiológica esclarecedora antes de técnicas mais invasivas.

Doenças Autoimunes e vasculites

IMG085

1901 ERITEMA INDURATUM

Luísa Afonso Azevedo, Ana Raquel Fontes, Anna Knoch, Maria João Araújo, Olinda Sousa Caetano, Carlos Capela

Hospital de Braga, Braga, Portugal

Descrição

Mulher de 42 anos com aparecimento de lesões nodulares subcutâneas, eritematosas e dolorosas nos membros superiores, inferiores e nádegas, com cerca de 1 ano de evolução. Medicada com contraceptivo oral.

Do estudo efetuado, sem evidência de infeção vírica, bacteriana (nomeadamente tuberculose), sarcoidose ou patologia tumoral. Auto-imunidade positiva para anticorpos antinucleares e anti-DNA, sem critérios diagnósticos de doença. Biópsia das lesões revelou tratar-se de paniculite granulomatosa sugestiva de eritema induratum. Suspendeu contraceptivo oral e fez curso curto de anti-inflamatório. Mantém seguimento em consulta, apresentando melhoria progressiva das lesões, sem surgimento de novas.

Doença Infecciosa e Parasitárias

IMG086

257 ERITEMA MULTIFORME

Mariana Formigo, Laura Castro, Jorge Cotter

Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães, Portugal

Descrição

Doente do sexo masculino, 20 anos, estudante, com antecedentes de episódios recorrentes de herpes labial, recorreu ao serviço de urgência por lesões vesiculares nas mãos e antebraço com halo eritematoso e algumas hemorrágicas. Diagnóstico de eritema multiforme em provável contexto de herpes vírus, medicado com antihistamínico oral, antibioterapia e corticóide tópicos. Enviado para seguimento em consulta de Dermatologia.

Doenças Reumatológicas

IMG087

740 ERITEMA NODOSO COMO MANIFESTAÇÃO DE SARCOIDOSE

Carolina Amado, Inês Zão, Fani Ribeiro, Marcelo Aveiro, Mariana Leal, Daniela Meireles, Margarida Cruz

Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro, Portugal

Descrição

Homem, 49 anos, hipocoagulado com varfarina por válvula aórtica mecânica, internado por febre e sinais inflamatórios exuberantes do membro inferior esquerdo. Por quadro clínico suges-

tivo de celulite, iniciou antibioterapia, com evolução favorável. No internamento, apresentou, de novo, nódulos subcutâneos, eritematosos e violáceos, dolorosos e com distribuição bilateral atípica, até à raiz da coxa. Após estudo etiológico, foi assumido eritema nodoso em contexto de sarcoidose. Verificou-se uma evolução favorável após corticoterapia e iodeto de potássio.

Doenças Autoimunes e vasculites

IMG088
357 ESCLEROSE SISTÉMICA EM IMAGENS

Cristina Silva, Sara Freitas, Jorge Cotter

Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, Portugal

Descrição

|A1-4| Sexo feminino,54 anos, seguida na consulta de Doenças Autoimunes por Esclerose Sistémica. Apresenta espessamento cutâneo da face, mãos, antebraços, telangiectasias faciais e microstomia. Episódios de fenómeno de Raynaud com dor incapacitante e úlceras digitais. Na imagem A2-4, com erosão das falanges distais, sobretudo do 1º dedo da mão, com limitação funcional. Medicada com AAS, bosentano e metotrexato. Na última consulta, dor controlada e sem úlceras. |B1-2| Sexo feminino, 32 anos, seguida na consulta de Doenças Autoimunes por Esclerose Sistémica e fibromialgia reumática. Episódios de fenómeno de Raynaud com úlceras digitais. Na imagem, observam-se placas de morfeia, com documentação histológica. Na última consulta, grávida de 17 semanas, sem lesões cutâneas, medicada com AAS.

Doença Infecciosa e Parasitárias

IMG089
1535 ESOFAGITE POR CITOMEGALOVÍRUS E HERPES VÍRUS

Cátia Figueiredo, Daniel Almeida Pinto, Juliana Pinho, Joana Lemos

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Viseu, Portugal

Descrição

Mulher de 74 anos, com antecedentes de hipotiroidismo e hipertensão arterial. Queixas de odinofagia e disfagia de intensidade crescente com evolução de 5 dias. Realizou endoscopia digestiva alta (EDA) que revelou úlceras esofágicas superficiais extensas, biopsadas. A histologia foi compatível com esofagite herpética, tendo iniciado aciclovir. Repetiu EDA ao sexto dia de terapêutica, que demonstrou melhoria da esofagite e um padrão vilositário duodenal de atingimento contínuo e superficial não previamente presente. A biopsia foi compatível com duodenite erosiva associada a citomegalovírus. Revistas as lâminas das primeiras biopsias que apresentavam anticorpo anti-citomegalovírus positivo, tratando-se assim de uma coinfeção por vírus Herpes e Citomegalovírus.

Doenças Hepáticas

IMG090
1974 ESPLENOMEGÁLIA – NEM SEMPRE A DOENÇA HEPÁTICA É A ÚNICA RESPONSÁVEL!

Catarina Medeiros, Rui Assis, Rita Serras Jorge, Fátima Pimenta

Centro Hospitalar Médio Tejo, Abrantes, Portugal

Descrição

A esplenomegália maciça está habitualmente relacionada com doenças hematológicas, Doença de Gaucher ou Sarcoidose. A imagem apresentada refere-se a um homem, 48 anos, angolano, com antecedentes de hipertensão portal por Schistossomíase por S.mansoni, Hepatite C (F3) com dois anos de evolução, trombose parcial do ramo esquerdo e calcificação do ramo direito da veia porta, trombose parcial da veia esplénica e paludismo. Analiticamente apresentava bicitopénia (leucócitos 1.69 G/L e plaquetas 41 G/L) e sinais de hemólise muito discretos, sem anemia. Na tomografia computorizada abdominal apresentava esplenomegália com 22 cm de eixo craneocaudal. Assim, assume-se que a esplenomegália maciça é justificada pelo conjunto de patologias apresentadas pelo doente.

Medicina de Urgência e Cuidados Intermédios

IMG091
1774 ESTA IMAGEM É UM CHOQUE (HEMORRÁGICO)!

Vasco Pinto Neves, Rebeca Natal, Maria Ines Silva Gonçalves, Pedro Daniel Carneiro Ventura

ULS Guarda, Guarda, Portugal

Descrição

Homem, 82 anos, autonomo, trazido ao SU por quadro clinico de choque hipovolémico subjacente a hemorragia digestiva baixa massiva. Antecedentes conhecidos de Fibrilhação auricular, hipocoagulado com varfarina, doença de parkinson, além de cirurgia gastrointestinal pregressa a volvo intestinal. Analiticamente a destacar ligeira anemia aguda, INR supra-terapeutico e hiperlactacidémia severa (9.8) A imagem apresentada representa o topograma pré-TC abdomino pélvico de onde se destaca extensa aerocolia com elevação franca da hemicupula diafragmática esquerda a condicionar atelectasia do pulmão ipsilateral. O diagnóstico definitivo foi possível através da colonoscopia que

mostrou extensa dissecção cólica, do recto até ao angulo esplénico, contendo volumoso hematoma da parede sangrante.

Doenças Cardiovasculares

IMG092
1826 EXUBERANTE ANEURISMA DA SUBCLÁVIA!

Joana Diogo, Daniana Condado, Adriana Santos, Maria Conceição Loureiro

Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, Portugal

Descrição

Sexo masculino, 63 anos, antecedentes de hipertensão arterial com mau controlo, AVC henorrágico, ex-fumador. Admitido por síncopes ortostáticas de repetição, com recuperação imediata, não acompanhadas de qualquer outra sintomatologia. Sem alterações ao exame objectivo. Laboratorialmente com DDímeros aumentados pelo que realizou AngioTC Tórax que evidenciou aneurisma fusiforme da artéria subclávia esquerda com 49 mm de maior diâmetro desde a sua origem.

Doença Infecciosa e Parasitárias

IMG093
318 FASCEÍTE NECROTIZANTE UM CASO CLÍNICO

Francisca Vasconcelos, Fernando Salvador, Paula Vaz Marques, Catarina Maciel

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

Descrição

Sexo masculino, 56 anos com diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e dislipidemia.

Recorre por diminuição da força dos membros inferiores, lombalgia e cistite por Staphylococcus Aureus Meticilina Sensível. Iniciou Ceftriaxona. Detetada inflamação na região glútea e das coxas bilateralmente e celulite do braço esquerdo. A tomografia computorizada revelou duas coleções periprostáticas abcedadas (Imagem 1) e coleção abcedada da raiz das coxas intersectando os adutores, regiões peritrocantericas e nadegueiras (Imagem 2). Extenso processo abcedado na raiz do braço esquerdo, com processo miosítico e componente aéreo (Imagens 3 e 4). Adicionado Metronidazol. Efetuada drenagem dos abcessos, fasciotomia e oxigenoterapia hiperbárica. Após internamento prolongado, recuperou a autonomia.

IMG094
1928 FASCEÍTE NECROTIZANTE: EVOLUÇÃO FLUMINANTE

Rita Gamboa Cunha, Adelaide Moutinho, Sandra Tavares, Pedro Costa, Paula Vaz Marques

CHTMAD, Chaves, Portugal

Descrição

Homem de 84 anos com diabetes mellitus tipo 2, arteriopatia, neuropatia periférica, retinopatia e nefropatia diabética em hemodiálise. Admitido por dor, edema e equimoses no membro superior direito (MSD) e ombro de instalação súbita, sem história de traumatismo. Apresentava febre, hipotensão, sinais inflamatórios e bolhas de conteúdo sero-hemático no MSD. Verificou-se uma evolução rapidamente progressiva, visível em horas, das lesões. Admitida fascite necrotizante, confirmada na TAC, que revelou enfisema ao nível do MSD, cervical inferior e toda a parede do hemitórax direito, com coleção líquida complexa na região axilar homolateral e na articulação gleno-umeral e cavidade medular do úmero com conteúdo heterogéneo e bolhas de ar. Evoluiu desfavoravelmente, num curto espaço de tempo.

Doenças Respiratórias

IMG095
1555 FIBROSE PULMONAR - MÚLTIPLAS COMPLICAÇÕES

Rosana Maia, Lúcia Brandão, Duarte Silva, Pedro Pinto, Edgar Torre, Carmélia Rodrigues, Diana Guerra

ULS Alto Minho - Hospital Santa Luzia, Viana Do Castelo, Portugal

Descrição

Homem, 73 anos, com Fibrose pulmonar (Bissinose), Insuficiência respiratória crónica (sob ventilação não invasiva e OLD), é trazido ao Serviço de Urgência por agravamento súbito da dispneia habitual associado a enfisema subcutâneo. AP: sons respiratórios globalmente diminuídos. TC tórax: Aspetos compatíveis com fibrose pulmonar, volumoso pneumomediastino e enfisema subcutâneo, pneumotórax de pequeno volume à direita; no lobo superior do pulmão esquerdo neoformação de contornos lobulados (Tumor de Pancoast). Explicada situação clínica à família, tendo vindo a falecer.

IMG096
2283 FIBROTÓRAX, UMA CAUSA DE SÍNDROME VENTILATÓRIA RESTRITIVA

Filipa Sousa, Ilídia Carmezim, Francisco Pires, Ana Nunes, João Olivério Ribeiro, João Machado, Mafalda Miranda

Centro Hospitalar Tondela Viseu, Viseu, Portugal

Descrição

O fibrotórax caracteriza-se pela acumulação de tecido fibroso a

nível da pleura visceral e pode cursar com o desenvolvimento de uma síndrome ventilatória restritiva. As causas mais comuns de fibrotórax são a tuberculose pulmonar, o empiema e o hemotórax.

Esta imagem representa uma radiografia do tórax, em incidência anteroposterior, de um doente de 83 anos, com antecedentes patológicos de tuberculose pulmonar e síndrome ventilatória restritiva. É possível a visualização de uma imagem hipotransparente na região superior do hemicampo pulmonar esquerdo, apresentando zonas de maior densidade, compatíveis com focos de calcificação. É ainda possível observar uma outra hipotransparência a nível da região hilar direita compatível com provável foco pneumónico.

Doenças Hepáticas

IMG097
1964 FÍGADO EM RUPTURA

Sara Raquel Pereira Martins, Tânia Ferreira, João Neves, João Araújo Correia

Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal

Descrição

Mulher, 70 anos, com cirrose por hepatite B e carcinoma hepatocelular submetido a terapêutica percutânea em 2016. Internada por metastização vertebral lombar com compressão radicular, submetida a descompressão cirúrgica. No internamento desenvolve choque,ascite, insuficiência respiratória tipo 1 e derrame pleural direito. Realizado TC toraco-abdomino-pélvico a mostrar hepatocarcinoma disperso, com ruptura da cápsula e exteriorização tumoral para a superfície hepática e peritoneu (figuras 1 e 2) e trombose tumoral da veia porta. Instituídos cuidados de conforto.

Doenças Oncológicas

IMG098
787 FÍSTULA ENTERO-CÓLICA

Tânia Gago, Ana Catarina Cunha, Joana Roseira, Pedro Campelo, André Ramos, Horácio Guerreiro

Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Faro, Portugal

Descrição

Mulher de 80 anos, antecedentes de adenocarcinoma do cólon ascendente, diagnosticado há 1 ano, submetida a hemicolectomia direita e quimioterapia adjuvante. No seguimento, objectiva-se em tomografia computorizada, massa com 5cm, em localização sub-hepática, sem plano de clivagem com o fígado e o duodeno, que sugere recidiva local. Nesta altura a doente inicia queixas de vómitos escuros, fétidos, recorrentes, pós-prandiais. Na endoscopia alta realizada observa-se marcada deformação antro-pilórico-bulbar, provocada por abaulamento da face posterior, com mucosa congestionada e de aspecto infiltrativo, sugestivo de compressão extrínseca. Na vertente bulbar extensa ulceração com trajecto fistuloso para o cólon (fistula entero-cólica).

Doenças Respiratórias

IMG099
345 FÍSTULA TRAQUEOBRONQUICA

Yenny Shirley Anzola1, Adriana Bandeira2, André Ferreira Dias3, Marta leal Dos Santos4, Ana Corte Real5, Stepanka Betkova6, Diana Póvoas6, Fernando Maltez6

CHOEste Torres Vedras, Torres Vedras, Portugal
Centro Hospitalar de Leiria, Leiria, Portugal
Centro Hospitalar Lisboa Central-Hospital Curry Cabral, Lisboa, Portugal
Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, Portugal
Centro Hospitalar do Oeste - Caldas da Rinha, Caldas Rinha, Portugal
Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital Curry Cabral, Lisboa, Portugal

Descrição

Homem de 56 anos com história de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica tabágica e etanolismo crónico e toxicodependência internado por tuberculose extensivamente resistente com Insuficiência respiratória global e necessidade de suporte ventilatório invasivo prolongado e posterior necessidade de traqueostomia percutânea.

Após introdução da alimentação entérica oral, desenvolvimento de vários autolimitados de dificuldade respiratória. Por suspeita de fístula traqueobrônquica foi feito estudo de transito esofágico, confirmou o diagnostico revelando: opacificação da via aérea, envolvendo a traqueia e predominando no brônquio lobar inferior direito e traqueia, com passagem do contraste ao iniciar-se, imediatamente abaixo da traqueostomia.

IMG100
1918 FISTULIZAÇÃO DE CARCINOMA ESOFÁGICO, CAUSA DE ABCESSO PULMONAR

Vânia Rodrigues, Filipa Amado, Adriana Santos Silva, Ana Ferrão, Alcina Ponte

Centro Hospitalar de Leiria, Leiria, Portugal

Descrição

Os autores apresentam o caso de um homem de 49 anos, que recorreu ao serviço de urgência por tosse produtiva com expectoração purulenta com cheiro fétido e febre com 15 dias de evolução. Do estudo efectuado salienta-se radiografia torácica sugestiva de abcesso pulmonar em localização para-cardíaca direita e tomografia computorizada torácica (Imagem 1) com volumosa massa pulmonar em situação interna no lobo inferior direito com características de abcesso, pequenos abcessos satélite, e massa mediastínica com características sugestivas de carcinoma do esófago aparentemente fistulizado, megaesófago a montante e extensão de lesão esofágica à carina, brônquio principal

esquerdo, aurícula esquerda e aorta descendente, apresenta ainda adenopatias mediastínicas e no espaço retroperitoneal".

Doença Infecciosa e Parasitárias

IMG101
2196 FOCALIZAÇÃO À DISTÂNCIA

Sara Almeida Ramalho, Filipa Bastos, Elena Pirtac, João Namora

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Descrição

Mulher, 87 anos, residente no domicílio com filha, dependente. Internada por prostração. Negava febre, tosse, dispneia, alterações urinárias ou cutâneas. Analiticamente: aumento de parâmetros inflamatórios; urocultura ambulatório com E. coli em crescimento. Internada com hipótese diagnóstica de Infecção Urinária, colheu culturas e iniciou antibioterapia empírica. Verificou-se bacteriémia a Staphylococcus aureus sensível à meticilina e efectuou-se estudo complementar. Em tomografia abdómino-pélvica (imagem): "área colectada de aspecto multiloculado na espessura do corpo muscular do ilíaco direito com cerca de 11x6x2,5cm com conteúdo líquido e lipomatoso". Realizada drenagem de abcesso (20cc líquido purulento). Completou terapêutica dirigida com flucloxacilina e melhoria clínica e analítica.

Doenças Cerebrovasculares e do Sistema Nervoso Central (SNC)

IMG102
1263 FOCOS DE CEREBRITE POR EMBOLIZAÇÃO SÉPTICA

José Pereira1, Juliana Magalhães1, Inês Antunes1, Ivone Barracha1, Rosa Amorim2

Centro Hospitalar do Oeste - Unidade de Torres Vedras, Torres Vedras, Portugal

Centro Hospitalar do Oeste, Caldas Da Rainha, Portugal

Descrição

Mulher de 78 anos, sem antecedentes patológicos conhecidos, recorreu ao SU por síndrome confusional agudo e febre. Laboratorialmente com aumento dos parâmetros inflamatórios, sem alterações metabólicas ou eletrolíticas de relevo. Realizou TC crânio-encefálica (TC-CE) relatada sem alterações significativas, e punção lombar com citoquímica sem alterações. Por agravamento do quadro neurológico, sem etiologia aparente, repetiu TC-CE, que revelou lesões hipodensas múltiplas, com aspeto sugestivo de focos de cerebrite em evolução. Realizou de seguida ecocardiograma, que confirmou suspeita de endocardite de válvula mitral nativa, com vegetação volumosa, da qual resultou embolização séptica.

Doença Infecciosa e Parasitárias

IMG103
643 GLOSSITE HERPÉTICA

Adriana Bandeira1, Ana Corte Real2, André Dias3, Marta Leal Santos4, Stepanka Betkova3, Yenny Anzola5, Diana Póvoas3, Fernando Maltez3

Centro Hospitalar de Leiria, Leiria, Portugal

CHO - Hospital Caldas da Rainha, Caldas Da Rainha, Portugal

CHLC - Hospital Curry Cabral, Lisboa, Portugal

CHLC - Hospital Curry Cabral, Leiria, Portugal

CHO - Hospital Torres Vedras, Torres Vedras, Portugal

Descrição

Homem de 44 anos, natural do Nepal, imunocompetente internado por suspeita de tuberculose pulmonar bacilífera. À admissão apresentava múltiplas máculas eritematosas bem delimitadas com cerca de 3mm de diâmetro na face superior da língua e áreas ulceradas de bordo esbranquiçado/fibroso com 5mm de diâmetro no bordo externo da língua. Lesões dolorosas que limitavam o intake de dieta oral a pastosos e frios. Zaragatoa das lesões revelou positividade para virus herpes simplex tipo 1 (HSV-1). Distintas das lesões vesiculares herpéticas da pele ou de reactivações de HSV-1 tipicamente nas superfícies queratinizadas da boca, úlceras aftosas são a apresentação típica de glossite herpética. As lesões apresentaram evolução favorável, sob terapêutica com aciclovir, resolvendo completamente em 7 dias.

Doenças Reumatológicas

IMG104
191 GOTA - UMA IMAGEM DO PASSADO

Carolina Vidal, Beatriz Braga, Luís Dias, Clara Paiva

Serviço de Medicina Interna do Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE, Ponta Delgada, Portugal

Descrição

A artrite gotosa caracteriza-se pela deposição intra-articular de cristais de monourato de sódio. O espectro de doença articular varia entre crises recorrentes de artrite, artropatia crónica e gota tofácea. Descrevemos o caso de uma doente de 67 anos, com crises recorrentes de artrite nas metacarpofalângicas, interfalângicas proximais com 8 anos de evolução. Descrevia desenvolvimento progressivo de múltiplos tofos gotosos nas mãos e olecrânios. Recusou investigação e terapêutica dirigida. À data da hospitalização por osteomielite do pé direito por tofo sobreinfetado, apresentava tofos exuberantes nas mãos (a), olecrânio (b), com pavilhões auriculares poupados (c). Apesar de uricémia:5.7 mg/dL foram observados cristais de monourato de sódio na biópsia óssea confirmando-se o diagnóstico.

Doenças Gastroenterológicas

IMG105

1627 GRÃO DE CAFÉ - É SEMPRE UM VOLVO?

Rita Santos, Cláudia Janeiro, Felisbela Gomes, Sofia Salvo, Pedro La Feria, Inês Santos, João Teixeira, Madalena Lisboa

CHLC - HSAC, Lisboa, Portugal

Descrição

O sinal do grão de café descreve o aspecto radiológico de uma obstrução de ansa fechada, habitualmente associado a um volvo.

Os autores apresentam um caso de um homem de 89 anos, com quadro de distensão e timpanismo abdominal, e ausência de emissão de fezes. Na radiografia abdominal apresentava distensão marcada do cólon com sinal de grão de café, a sugerir volvo intestinal. Realizou TC Abdominopélvico que mostrou dólico-sigmoide marcadamente dilatada, com cerca de 15 cm de maior diâmetro, sem sinais de volvo, sendo esta dilatação atribuível à presença de volumoso fecaloma rectal, com cerca de 15 cm de extensão longitudinal.

Alerta-se para o possível aumento de mortalidade ao não reconhecer este achado, que pode levar a aumento do risco de isquémia, enfarte e perfuração intestinal.

IMG106

929 HEMANGIOMA HEPÁTICO

Mariana Almeida, Isabel Fernandes, Carina Ramalho, Joaquim Peixoto, Rosário Ginga

Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Lisboa, Portugal

Descrição

Doente do sexo masculino, internado para estudo de dor abdominal no hipocôndrio direito, de intensidade 10 em 10. Volumosa lesão com cerca de 15 x 16 x 11 cm de diâmetros longitudinal, transversal e ântero-posterior, que ocupa todos os segmentos inferiores do lobo direito hepático. É uma lesão marcadamente heterogénea, com algumas áreas captantes e uma grande área central hipocaptante.

Medicina de Urgência e Cuidados Intermédios

IMG107

1372 HEMATOMA EXTRAPLEURAL: UMA FORMA RARA DE TRAUMATISMO TORÁCICO

Jorge Lourenço, Joana Coelho, Andrea Salgueiro, Adriano Rodrigues

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Hospital Geral, Coimbra, Portugal

Descrição

Mulher, 76 anos,autónoma,antecedentes de obesidade,cardiopatia isquémica e hipertensiva. Enviada ao Serviço de Urgência por sincope com queda da própria altura e consequente traumatismo torácico.A admissão apresentava-se hipotensa, normocárdica, eupneica em ar ambiente,com dorsalgia localizada a nível vertebral,sem irradiação ou compromisso sensitivomotor. O estudo excluiu arritmia cardiaca,isquemia do miocárdio ou AVC. Apresentava insuficiência respiratória global sem acidemia,elevação de D-dímeros (10x o valor de referência), fraturas dos 4º-5º arcos costais direitos e processo transverso de D5.Por suspeita de tromboembolismo pulmonar realizou angioTC que identificou um hematoma extrapleural adjacente à face posterior da grelha costal direita com dimensões 9x5x3 cm (retângulo amarelo)

Doenças Renais

IMG108

2081 HEMATOMA PERI-RENAL APÓS LITOTRÍCIA

Fabiana Gouveia, Rafael Nascimento, Rita Vieira, João Miguel Freitas, Luz Brazão

Centro Hospitalar do Funchal, Funchal, Portugal

Descrição

Homem de 56 anos com antecedentes de litíase renal e que recorre ao serviço de urgência cerca de oito horas após ter feito litotrícia, apresentando uma dor no flanco direito associado a macrohematúria. Ao exame objetivo destacava-se uma massa no flanco direito dolorosa à palpação, tendo-se realizado uma tomografia axial computorizada sem administração de contraste endovenoso que revelou um volumoso hematoma peri-renal direito (15x10x9 cm/LxAPxT) com espessura máxima de 5,3 cm que condicionava desvio anterior do rim direito, associado a componente hemático para-renal e hemoperitoneu de predomínio peri-hepático. O hemograma inicial apresentava-se sem alterações e o exame sumário da urina com muitos eritrócitos e proteinas, tendo o hemograma de controlo às 24 horas uma hemoglobina de 7,8g/dL.

Doenças Cardiovasculares

IMG109
622 HEMOPTISES EM DOENTE INTERVENCIONADO POR ANEURISMA DA AORTA

Nina Jancar, Inês Colaço, Tânia Vassalo, Diogo Cruz, J.L. Ducla-Soares

CHLN-Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

Descrição

Homem de 65 anos seguido em consulta de Angiologia e Cirurgia Vascular por aneurisma da aorta, já tendo sido submetido a resseção de aneurisma do arco aórtico e da aorta toracoabdominal, com reconstrução da aorta torácica com endoprótese, foi internado por anemia de novo e agudização de doença renal prévia.. Durante o internamento, são objectivadas hemoptises que o doente refere terem alguns meses de evolução, em pequena quantidade e auto-limitadas. A tomografia computorizada torácica demonstrou fístula bronco-aórtica: "Documentam-se as endopróteses na metade distal do arco aórtico e dois terços proximais da aorta ascendente, (…) lúmen extraprótese, o qual se observa preenchido praticamente só por gás. Parece-nos existir comunicação entre estruturas brônquicas e o lúmen extrapotésico".

Doenças Gastroenterológicas

IMG110
893 HERNIAÇÃO DIAFRAGMÁTICA

Ana Catarina Cunha, Paulo Luz, Mariana Figueiras, Eduarda Carias, Ana Ribeiro

Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Faro, Portugal

Descrição

Apresenta-se iconografia em corte coronal de TC do tórax (janela de pulmão) a propósito de um caso de insuficiência respiratória global em doente com asma tardia/do idoso com necessidade de ventilação não invasiva. Da radiografia de tórax realizada à admissão sobressaía uma elevação substancial da hemicúpula diafragmática direita com hipotransparência heterogénea subjacente. Apesar de instituída terapêutica médica dirigida e otimizada persistia necessidade de oxigénio suplementar em alto débito pelo que se pediu TC do tórax. As imagens revelaram uma hérnia diafragmática anterior com herniação de grande quantidade de gordura peritoneal e de ansas intestinais, nomeadamente parte do cólon transverso para sede intratorácica, com um saco herniário medindo cerca de 11 x 8,8 cm.

IMG111
349 HERNIAÇÃO PANCREÁTICA EM DOENTE IDOSA: UM CASO RARO

Manuel Toscano, Ana Rafaela Alves

Hospital de Cascais, Cascais, Portugal

Descrição

Doente do sexo feminino, 96 anos, com antecedentes de cardiopatia hipertensiva com insuficiência cardíaca classe III NYHA e doença renal crónica estadio IIIb, admitida por dispneia e insuficiência respiratória tipo 2 com acidemia. A radiografia do tórax mostrou opacificação de todo o hemitórax esquerdo com imagem hipertransparente, sugestiva de câmara de ar gástrica, achados confirmados por TC torácica, que revelou volumosa hérnia diafragmática com migração gástrica, pancreática (seta amarela) e cólica (seta vermelha), com colapso pulmonar passivo e compressão cardíaca. Dada a idade e ausência de oclusão gastrointestinal, optou-se por tratamento conservador, com evolução favorável. O tipo IV representa 5-7% dos casos de hérnia do hiato, sendo o envolvimento pancreático extremamente raro.

Doença Infecciosa e Parasitárias

IMG112
1540 HERPES LABIAL EM DOENTE COM SÉPSIS

Luís Flores, Daniela Salazar, Maria João Pinto, Diana Oliveira, Clara Gomes, Jorge Oliveira, Jorge Almeida

Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

Descrição

Doente do sexo masculino, 80 anos, com doença vascular cerebral e hipertensão arterial, foi internado por sépsis, com ponto de partida em infeção do trato urinário, com disfunção renal, respiratória e hematológica associadas. Antibioterapia com piperacilina/tazobactam por isolamento de Klebsiella pneumoniae ESBL+ em hemoculturas. Durante a fase de convalescença, desenvolve várias lesões labiais sangrantes, que se alastraram ao palato e região nasolabial. Iniciou aciclovir, empiricamente, tendo-se isolado vírus Herpes simplex tipo 1 em zaragatoa. Pela exuberância do quadro, teve necessidade de nutrição parentérica. Completou 8 dias de aciclovir endovenoso, com posterior cicatrização das lesões. Teve alta com total resolução das infeções.

IMG113

1574 HERPES ZÓSTER DISSEMINADO

Cátia Pereira, Joana Costa, Amilcar Silva, Adriano Rodrigues

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Descrição

O herpes-zóster manifesta-se como uma erupção cutânea vesicular dolorosa resultante da reativação do vírus varicela-zóster, geralmente décadas após a infeção primária de varicela. O aparecimento das lesões em vários dermátomos designa-se por herpes zóster disseminado e é mais frequente em imunocomprometidos. Após a cicatrização cutânea, a dor pode persistir provocando a neuralgia pós-herpética. Os autores apresentam uma imagem de um homem de 79 anos com várias comorbilidades que recorreu ao serviço de urgências por dispneia. Durante a exploração física objetivou-se erupção cutânea cicatrizada na região abdominal abrangendo mais que um dermátomo compatível com herpes zóster disseminado. Este doente manteve-se medicado com aciclovir até cumprir 14 dias tendo apresentado melhoria clínica.

IMG114

1683 HIDATIDOSE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

André Goulart1, Gonçalo Cruz2, Mª Conceição Ventura2, Eduardo Rabadão2, Saraiva Da Cunha2

Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira, E.P.E.R., Angra Do Heroísmo, Portugal

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Descrição

Mulher de 72 anos, referenciada por "3 imagens quísticas hepáticas heterogéneas sugestivas de quistos hidáticos" em ecografia abdominal realizada no estudo etiológico de elevação de transaminases.

A equinococose é uma zoonose parasitária provocada por helmintas do género Echinococcus, em 2-6% de populações endémicas, com principais factores de risco: más condições sanitárias, ovinocultura e contacto com cães não domesticados. 50-70% dos quistos são hepáticos, e a infeção é frequentemente assintomática. Sintomatologia ou complicações ocorrem em <10% e devem-se habitualmente ao efeito de massa das lesões. Não existe tratamento óptimo da equinococose quística e recomenda-se uma abordagem ajustada à dimensão e localização, sintomatologia, idade e comorbilidades do doente.

Doenças Endocrinas e metabólicas

IMG115

163 HIPERTENSÃO MAL CONTROLADA E DURADOURA EM DOENTE JOVEM... SURPRESA!

Ana Cerqueira, Pedro Von Hafe, Cristina Cunha, Jorge Cotter

Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães, Portugal

Descrição

Mulher de 47 anos, com história de HTA desde há mais de 10 anos, mau controlo, e DM tipo 2. Recorreu ao SU por quadro com 1 semana de evolução caracterizado por cefaleias, palpitações, dor torácica e vómitos biliares paroxísticos. A imagem da admissão mostrava uma massa ovoide de contorno regular na dependência da suprarrenal direita com 9,5 cm de maior eixo. Os doseamentos de catecolaminas sustentaram a suspeita inicial de feocromocitoma. Realizou adrenalectomia com confirmação histológica. Cirurgia e pós-operatório decorreram sem intercorrências. Alta assintomática e hemodinamicamente estável.

Doenças Hematológicas

IMG116

2253 HISTIOCITOSE DE CÉLULAS DE LANGERHANS

Joana Rodrigues Ferreira, Gonçalo Castelo Branco, Maria João Tavares, Tiago Seco, Jorge Cotter

Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães, Portugal

Descrição

Masculino, 64 anos. Antecedentes de HTA e fibrilação auricular. Recorreu ao Serviço de Urgência por icterícia, colúria e acolia. Transferido para Medicina Interna por icterícia colestática / colangite de etiologia não esclarecida, anemia, trombocitopenia, lesões cutâneas para estudo. Ao exame objetivo, icterícia da pele e escleróticas, lesões eritematosas purpúricas, dispersas pela superfície corporal. Biopsia de pele favorecendo o diagnóstico de Histiocitose de Células de Langerhans. Por suspeita de envolvimento hepático, realizada biopsia, que não foi conclusiva.

Doença Infecciosa e Parasitárias

IMG117
397 IMUNOSSUPRESSÃO NA DIABETES E UMA COMPLICAÇÃO INESPERADA

Sofia Nóbrega, Carolina Morna, Dina Santos, Maria Da Luz Brazão

Hospital Central do Funchal, Funchal, Portugal

Descrição

Homem, 36 anos, diabético tipo 1, com abandono terapêutico, recorre à urgência por febre, celulite na região retroauricular esquerda com pústulas, tosse não produtiva, toracalgia e dispneia. Febril, roncos dispersos à auscultação pulmonar. Elevação da proteína C reactiva (600mg/L) e radiografia torácica com hipotransparências nodulares dispersas. Isolamento de Staphylococcus aureus meticilinossensível no pus, hemoculturas e expectoração. Tomografia computorizada com múltiplos abcessos pulmonares com disseminação bilateral. Este quadro de celulite com bacteriémia e pneumonia complicada com abcessos pulmonares enquadra-se no estado de imunossupressão causado pela diabetes, com mau controlo metabólico, sendo fundamental motivar a adesão terapêutica e excluir complicações nestes doentes.

Doenças Cardiovasculares

IMG118
658 INCIDENTALOMA

Maria João Rego De Castro, Rita Silva, Andreia Diegues, Elisa Tomé, Miriam Blanco, Jorge Poço

ULSNE, Bragança, Portugal

Descrição

A dissecção aórtica aguda é uma condição potencialmente letal, com morbimortalidade significativa e taxa de mortalidade de 1-2% a cada hora se não tratada, necessitando de diagnóstico rápido e intervenção precoce. A dissecção tipo A, necessita de cirurgia emergente. Os autores apresentam um caso clínico de um homem 78 anos, que se encontrava a realizar uma tomografia axial computorizada do tórax pedida pelo médico de família, quando a equipa de Medicina foi contactada pelo Serviço de Imagiologia.Após visualização de imagens onde se apreciava disseção da artéria aorta torácica do tipo A foi transferido para o Serviço de Urgência, sem sinais de instabilidade hemodinâmica, referindo apenas agravamento do angor nas últimas 2 semanas.Foi transferido para realização de Cirurgia Cardiotorácica.

Doenças Respiratórias

IMG119
2107 INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGRAVADA APÓS DRENAGEM DE DERRAME PLEURAL: UM MECANISMO ESQUECIDO

Rui Morais[1], Bruno Rocha[1], Rita Gomes[2], Gonçalo Cunha[1], Rita Pocinho[3], Gonçalo Mendes[4], Inês Araújo[1], Cândida Fonseca[5]

Clinica de IC, S. Medicina III/Hospital Dia de Especialidades Médicas, Hospital S. Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

Hospital de Vila Franca de Xira, Vila Franca De Xira, Portugal

Hospital São José - CHLC, Lisboa, Portugal

Hospital de Setúbal, Setúbal, Portugal

Clinica de IC, S. Medicina III/Hospital Dia de Especialidades Médicas, Hospital S. Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

Descrição

O edema de reexpansão pulmonar é uma complicação infrequente após drenagem de derrame pleural. Tipicamente, o pulmão colapsado é o mais afetado. Neste caso apresenta-se um doente com pneumonia e atelectasia pulmonar esquerda com concomitante derrame pleural exuberante (1-A e 1-B). Procedeu-se a drenagem de líquido pleural sugestivo de transudado. Após 4 horas ocorreu agravamento da hipoxemia e necessidade de aumento da suplementação de O2, clinicamente e imagiologicamente (2-A) compatível com edema de reexpansão do pulmão contralateral. Após medidas de suporte houve rápida reversão desta entidade (2-B). Este caso ilustra que o edema de reexpansão pulmonar pode ocorrer em pulmão saudável após drenagem de um derrame pleural contralateral importante.

Medicina de Urgência e Cuidados Intermédios

IMG120
945 INTOXICAÇÃO VOLUNTÁRIA POR FERRO

Ana Bento Rodrigues, Joana Rosa Martins, Sandra Carmo Pereira, António Pedro Machado, Paulo Cantiga Duarte

CHLN-Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

Descrição

A intoxicação voluntária com ferro não é muito frequente. É mais frequente em mulheres jovens. Na literatura, a intoxicação com este metal é mais frequente em crianças e é acidental, na sua maioria.

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 24 anos, admitida na urgência por intoxicação voluntária com comprimidos de ferro. A dose minima considerada tóxica e a dose letal não

são conhecidas. O quadro clínico é caracterizado por alterações gastrointestinais, podendo progredir em acidémia metabólica grave, choque e coagulopatia por insuficiência hepática. A radiografia de abdomen é útil pois os comprimidos são, na sua maioria,radiopacos. É importante a lavagem gástrica, a utilização de carvão activado e nos casos mais grave é possivel recorrer à deferoxamina como antídoto.

IMG121
1311 ISQUEMIA GÁSTRICA COMO CAUSA RARA DE ANGINA ABDOMINAL

Helena Miguel Moreira, Luís Flores, Sérgio Andrade, Jorge Almeida

Centro Hospitalar São João, Porto, Portugal

Descrição

Homem, 81 anos. Antecedentes pessoais de Hipertensão Arterial, Dislipidemia, Doença coronária, Doença cerebrovascular e Ex-fumador. Recorreu ao SU por dor abdominal súbita, após almoço, sem náuseas/vómitos, acompanhado de lipotímia. À avaliação, normotenso, taquicárdico, ruídos hidroaéreos aumentados e timpanismo à percussão do abdómen. Gasometria arterial, sem insuficiência respiratória, com hiperlactacidemia 6,02mmol/L. Realizou RX abdominal simples de pé que mostrava dilatação de ansas e Angio-tomografia abdominal a mostrar isquemia gástrica com pneumatose parietal do esófago distal e de grande parte do estômago. Sem evidência de trombose dos principais eixos arteriais mesentéricos. Realizada gastrectomia total com exclusão bipolar do esófago, jejunostomia e esofagostomia cervical.

Doenças Autoimunes e vasculites

IMG122
917 LACERAÇÃO ESPONTÂNEA DOS PEQUENOS LÁBIOS – APRESENTAÇÃO INVULGAR DA D. BEHÇET

Maria Inês Xavier Ferreira, João Figueira, Sara Nascimento, Teresa Matos, Fernanda Paixão Duarte

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora, Portugal

Descrição

Mulher, 25 anos, recorreu à Urgência de Ginecologia por edema e dor vulvar refractária a analgesia, com 4 dias de evolução e agravamento progressivo. Negou febre ou traumatismo. Verificaram-se úlceras necrosadas vulvares, avulsão dos 2/3 superiores do pequeno lábio direito e laceração com 3 cm do pequeno lábio esquerdo. Ficou internada em Ginecologia e foi pedido apoio à Medicina Interna para esclarecimento diagnóstico. Na anamnese, apurou-se dor orofaríngea de repetição desde há anos, interpretada como amigdalites recorrentes e presente neste internamento, sem melhoria sob antibioterapiaObservou-se aftose na orofaringe. Colocou-se a hipótese de D. Behçet. Iniciou prova terapêutica com colchicina e verificou-se melhoria da dor e das lesões vulvares e orofaríngeas.

Doenças Reumatológicas

IMG123
921 LADY IN GREY

Rita Ivo, Carina Lopes, Rita Reis, Alberto Mello e Silva

Hospital Egas Moniz, CHLO, Lisboa, Portugal

Descrição

O uso de prolongado de hidroxicloroquina (HCQ) no tratamento do Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) está associado a uma incidência de 7% de hiperpigmentação cutânea. Estas imagens referem-se a uma doente de 84 anos com diagnóstico de LES com Síndrome de Sjögren medicada com prednisolona 5mg/dia e HCQ 400mg/dia durante, pelo menos, 11 anos. No internamento identificaram-se lesões cutâneas azul-acinzentadas na face, região anterior dos braços e pernas. A biopsia cutânea revelou pigmento na derme superficial correspondendo a hemossiderina. Estas lesões estão associadas ao uso prolongado de HCQ, fragilidade cutânea e localizam-se em zonas de trauma prévio com hemorragia. Com este caso pretendemos alertar para este efeito adverso que, apesar de raro, pode surgir nesta terapêutica tão frequente.

Doenças Oncológicas

IMG124
2087 LARGADA DE BALÕES

Pedro Neves Tavares, Paula Gonçalves Costa, Catarina Duarte Santos, Carla Falcão, Dolores Gomes, Alcina Ponte

Centro Hospitalar de Leiria, Leiria, Portugal

Descrição

Mulher de 31 anos, com antecedentes de neoplasia maligna da mama, mastectomizada, recorre ao SU por quadro de tosse e dispneia com 1 mês de evolução. Estudo radiográfico do tórax revelou múltiplas lesões nodulares pulmonares com padrão em “largada de balões”. Para melhor caracterização realizou tomografia computorizada do tórax que revelou “incontáveis nódulos pulmonares, disseminados por todos os segmentos pulmonares em relação com metastização múltipla”.

IMG125

1803 LARGADA DE BALÕES, SEGUIMENTO DE NEOPLASIA

Vânia Rodrigues, Adriana Santos Silva, Filipa Amado, Rita Rocha, Ana Ferrão, Alcina Ponte

Centro Hospitalar de Leiria, Leiria, Portugal

Descrição

Os autores relatam o caso de uma mulher de 74 anos, com antecedentes pessoais de Carcinoma renal de células claras diagnosticado em Outubro de 2016 e submetida a cirurgia e quimioterapia neste contexto. Recorreu ao serviço de urgência em Fevereiro de 2018 por quadro de tosse seca e dispneia de agravamento progressivo. Realizou estudo radiográfico de tórax com nodularidade pulmonar bilateral com padrão em "largada de balões" (imagem 1), já existente em radiografia torácica realizada previamente em 2017, assumindo-se como diagnóstico provável uma metastização pulmonar.

IMG126

1463 LARGADA DE BALÕES: METASTIZAÇÃO PULMONAR DE CARCINOMA UROTELIAL

Ana Garrido Gomes, Bruna Nascimento, Marta Guisado Orantos, Maryna Telychko, Stela Calugareanu, Sandra António

Hospital de Santarém, E.P.E., Santarém, Portugal

Descrição

Mulher de 91 anos, ex-fumadora, com carcinoma urotelial papilar de alto grau diagnosticado em maio de 2016, estável até fevereiro de 2017, altura em que se verificou recidiva uretero-vesical e foi submetida a resseção transuretral. Admitida no internamento de medicina interna por dispneia de agravamento progressivo. O raio-X tórax (imagem 1) revelou hipodensidades bilaterais, sugestivas de metástases pulmonares com padrão em largada de balões. Foi realizada tomografia computorizada do tórax que mostrou incontáveis formações nodulares dispersas em todos os segmentos pulmonares, sugerindo disseminação secundária. Verificou-se agravamento progressivo do estado geral tendo vindo a falecer ao 24º dia de internamento com o diagnóstico de carcinoma urotelial com metastização pulmonar.

IMG127

922 LEIOMIOSSARCOMA RETROPERITONEAL

Isabel Fernandes, Mariana Almeida, Carina Ramalho, Joaquim Peixoto, Rosário Ginga, Fátima Campante

Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Lisboa, Portugal

Descrição

Leiomiossarcoma retroperitoneal: imagem 1: corte axial; imagem 2: corte coronal; imagem 3: corte sagital

Doente com quadro de quatro meses de evolução de edema duro do membro inferior associado a aumento da temperatura local; referia ainda, anorexia e perda ponderal de 10kg. Trata-se de uma extensa lesão retroperitoneal com 20 cm de extensão crânio-caudal e 13 cm de diâmetro transversal e anteroposterior. A lesão envolve a ilíaca primitiva direita com redução do respetivo lúmen e uretero-hidronefrose homolateral.

Doença Infecciosa e Parasitárias

IMG128

1085 LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA

Elvis Arias Guevara1, Lara Távora2, Alexandra Reis1, Francisca Delerue1

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Hospital São José de Doenças Infecciosas, Fortaleza, Brasil

Descrição

Doente masculino de 14 anos, residente em área rural. Apresenta quadro de 3 meses de evolução, de lesão tipo ulcera de 35mmx30mm em face posterior de braço direito. Associado a linfonodos perilesional em cordão e gânglio axilar direito. O teste de hipersensibilidade tardia utilizando antígeno de Leishmania (teste de Montenegro) foi reativo.

Doenças Cerebrovasculares e do Sistema Nervoso Central (SNC)

IMG129

1776 LESÃO NEUROLÓGICA SECUNDÁRIA A TERAPÊUTICA ALTERNATIVA

Pedro Leite Vieira, Rui Isidoro, Paula Paiva, Alexandre Louro, Maria Eugénia André

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco - Hospital Amato Lusitano, Castelo Branco, Portugal

Descrição

Homem, 50 anos. Após ter recorrido a "endireita" por cervicalgia, veio ao serviço de urgência por instabilidade da marcha, parestesias dos membros superiores e agravamento da cervicalgia. Antecedentes de prótese aórtica mecânica, sob varfarina. À observação: dor à mobilização cervical e te-

traparésia com instabilidade da marcha. TC-CE sem lesões agudas e TC-coluna cervical: "hematoma epidural (HE) cervical de C2-C7, 100mm de extensão crânio-caudal e 8x17mm de maiores eixos, com marcada estenose canalar central e compressão medular antero-posterior". O HE pós-traumático é incomum, mas mais frequente em doentes hipocoagulados. O tratamento cirúrgico emergente associa-se a melhor prognóstico. Neste caso, pelos antecedentes, foi submetido a tratamento conservador com melhoria neurológica.

Medicina de Urgência e Cuidados Intermédios

IMG130
1452 LESÃO RENAL AGUDA - UM CASO EMERGENTE

Alexandra Leitão, Joana Braga, Márcia Ribeiro, Carlos Oliveira

Hospital de Santa Maria Maior,E.P.E, Barcelos, Portugal

Descrição

Homem, 90 anos, diabético tipo2, doente renal crónico estadio 4, FA paroxística, com quadro de dor abdominal nos quadrantes esquerdos e epigastro com 2 dias de evolução. Hemodinamicamente estável, palpação abdominal sem defesa. Analiticamente hemoglobina 9.4g/dl, creatinina 6.66mgdl, ureia 186mg/dl. Gasimetricamente com acidose metabólica, diurese mantida. Realizou uro-TC que mostrou extenso aneurisma da arteria iliaca esquerda com 8x9cm com sinais de ruptura contida, e extenso aneurisma da aorta abdominal infra-renal com 9.5cm; dilatação da árvore excretora esquerda por obstrução devido a efeito de massa pelo aneurisma da ilíaca esquerda. Transferido para Centro com Cirurgia Vascular. Submetido a colocação de endo-prótese aórtica, tendo tido alta orientado para consulta externa.

Doença Infecciosa e Parasitárias

IMG131
131 LESÕES CUTÂNEAS EM CONTEXTO URBANO

Ana Isabel Lopes1, Raquel Santos1, Isabel Cruz1, Raquel Basto2, Filipe Teixeira Andrade1, Sofia Moreira-Silva1

Serviço de Medicina Interna, Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos, Portugal

Serviço de Oncologia Médica, Instituto Português de Oncologia de Coimbra, Coimbra, Portugal

Descrição

Homem de 29 anos, saudável. Admitido por febre e lesões cutâneas eritemato-violáceas, pruriginosas e dolorosas no tronco e membros, associadas inicialmente a edema e exsudado sanguinolento (Fig.1). Viagem recente a Barcelona e referência a picada de um artrópode. Analiticamente com leucocitose, sem outras alterações de relevo. Tratado durante 14 dias com doxiciclina, com resolução das lesões. Do estudo: reação de Weil-Felix positiva e anticorgos IgM anti-rickettsia positivo e IgG negativo. Reavaliação analítica com IgM negativa. A febre escaronodular é causada pela R.conorii e é endémica em Espanha. A tache noire, típica no local da inoculação, embora seja geralmente única, ao contrário deste caso, ajudou na suspeição diagnóstica.

IMG132
2360 LESÕES TÍPICAS MAS INESPERADAS

Cristina Correia

Centro hospitalar são joão, Porto, Portugal

Descrição

Homem, 31 anos, caucasiano, admitido por quadro clínico com 2 dias de evolução de febre e artralgias intensas, localizadas às articulações das mãos, punhos e tibiotársicas, acompanhadas de lesões na face palmar da mãos e nos tornozelos indolores e não pruriginosas com 12 horas de evolução. Ao exame objectivo destacam-se máculas com base eritmatosa nas palmas das mãos com zona de pústula hemorrágica central e artrite punhos e tornozelos. Internado com suspeita inicial de vasculite, efectuou-se estudo serológico e imunológico exaustivo, inconclusivo. Ao terceiro dia de internamento constatado isolamento de Neisseria gonorrhoeae em hemoculturas.

Doenças Hematológicas

IMG133
839 LINFOMA - APRESENTAÇÃO EXUBERANTE

Raul Neto, Filipa Duarte-Ribeiro, Raquel Barreira, Margarida Correia, Janine Resende, João Valente

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova De Gaia, Portugal

Descrição

Homem, 26 anos, HIV positivo. Admitido no Serviço de Urgência por dispneia. Ao exame objetivo hipotenso, febril, com adenomegalias cervicais, supraclaviculares e axilares esquerdas palpáveis e edema exuberante do membro superior esquerdo. TC evidenciou: (A) conglomerados adenopáticos na região jugulocarotídea esquerda e aumento do volume do músculo esternocleidomastoideu e musculatura escalena esquerda; (B) Aumento volume musculatura paravertebral e cintura escapular esquerdas, com adenomegalias no cavado supraclavicular e região axilar homolaterais; (C) adenomegalias mediastínicas paratraqueais, periaórticas e infracarinais. Análise histopatológica e imunofenotipagem sugestivas de Linfoma de Burkitt. Actualmente em remissão comple-

ta após cumprir tratamento segundo protocolo Burkimab.

Doenças Oncológicas

IMG134
466 LOMBALGIA - A IMPORTÂNCIA DA SUSPEIÇÃO CLÍNICA INICIAL

Maria Margarida Robalo, Diana Pimenta, Ana Raquel Fontes, Joana Sotto Mayor, Sofia Esperança, Carlos Capela
Hospital de Braga, Braga, Portugal

Descrição

Homem de 47 anos, fumador pesado ativo, com múltiplas vindas ao serviço de urgência com queixas de lombalgia com limitação funcional progressiva na marcha, medicado repetidamente com analgésicos tópicos e anti-inflamatórios sistémicos. É reencaminhado para uma consulta de Neurocirurgia, onde lhe é diagnosticada uma fratura patológica de L5. Nesse contexto, realiza uma TAC toraco-abdomino-pélvico (B), que evidencia uma volumosa massa de tecidos moles com invasão e destruição maciça do osso ilíaco esquerdo, confirmada por RM da coluna (A). Após 4 meses de agravamento das queixas, é finalmente internado para estudo de lesões provavelmente secundárias, com tumor primário oculto.

Doenças Cerebrovasculares e do Sistema Nervoso Central (SNC)

IMG135
248 MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA CEREBRAL: QUANDO A CLÍNICA SUBVALORIZA A LESÃO

Inês Bargiela, Marisa Mariano, Alberto Fior, Isabel Fragata, Ana Paiva Nunes
Hospital de São José, Lisboa, Portugal

Descrição

Doente de 46 anos, sexo feminino, com história de hérnia L5-S1 operada, que no período pós-cirúrgico apresentou cefaleia intensa occipital direita. Ao exame objectivo destacava-se quadrantópsia inferior esquerda. TC/angioTC-CE: extensa MAV cerebral occipito-parietal interna direita. Angiografia cerebral: MAV de grandes dimensões (maior que 6 cm), alimentada por ramos da artéria cerebral média e artéria cerebral posterior direitas e ramos meníngeos, com drenagem venosa realizada por veias corticais, seio longitudinal superior e sistema venoso profundo. Decidiu-se tratamento endovascular com embolização parcial. A doente manteve quadrantópsia inferior esquerda, com melhoria do quadro de cefaleias. O plano terapêutico é novas sessões de embolização endovascular e possível cirurgia de excisão.

Doenças Respiratórias

IMG136
229 MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA PULMONAR

Adriana Bandeira, Miguel Santos, Behnam Moradi, Alcina Ponte
Centro Hospitalar de Leiria, Leiria, Portugal

Descrição

As MAV pulmonares são raras mas um diagnóstico diferencial de problemas clínicos comuns como hipoxemia e achados imagiológicos de infiltrado/hipotransparência pulmonar na radiografia torácica. Apesar de muitas destas alterações ser congénita, a idade média de apresentação é geralmente após a 4ª década de vida, neste caso após um trauma da região torácica que tornou mais difícil as excursões da caixa torácica e a hipoxemia mais evidente. Dado gasimetria com O2 21% revelar PaO2<85mmHg e SatO2 < 96% pode-se inferir uma fracção de shunt potencialmente >5%.

Doenças Autoimunes e vasculites

IMG137
2177 MANIFESTAÇÕES CUTÂNEAS DE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Joana Rosa Martins, Ana Bento Rodrigues, Ryan Costa Silva, Alba Janeiro Acabado, Paulo Cantiga Duarte
CHLN-HSM, Lisboa, Portugal

Descrição

Doente do sexo feminino, 36 anos, com quadro com um ano de evolução de lesões cutâneas eritematodescamativas generalizadas do tronco, membros e face. Apresentava ainda lesões nas mãos sugestivas de vasculite (capiloroscopia compatível) e oligoartrite dos joelhos e punhos. Avaliação analítica documentando ANA 1/160, anti-dsDNA 138, anti-SSA 251, anti-Sm 249 e VS 47mm/h. Perante este quadro clínico e lesões cutâneas sugestivas de lúpus cutâneo subagudo, confirmado por exame anatomopatológico, foi colocada a hipótese de lúpus eritematoso sistémico tendo iniciado terapêutica dirigida com melhoria sintomática.

IMG138
1106 MANIFESTAÇÕES CUTÂNEAS DE UMA DOENÇA SISTÉMICA

Márcia Agostinho Pereira, Madalena Lobão, Rita Ribeiro, Ana Sofia Spencer, Tomás Pessoa E Costa, Ana Luísa João
Hospital Santo António dos Capuchos (CHLC), Lisboa, Portugal

Descrição

Homem de 48 anos com história de tabagismo e trombose ve-

nosa profunda de ambos os membros inferiores no passado. Observado por quadro de úlceras cutâneas na face externa da perna direita, lipodermatosclerose e necrose do terço distal de 4 dedos do pé direito, com pulsos palpáveis. A angiografia arterial dos membros inferiores mostrou integridade dos eixos arteriais, nomeadamente das artérias peroneal e tibial posterior; ecodoppler venoso sem trombose venosa aguda. A biópsia das úlceras cutâneas mostrou aspectos de microtrombose com leucocitoclasia associada. O estudo de trombofilias revelou presença de anticorpos antifosfolípidos admitindo-se trombose de pequenos vasos por Síndrome de Anticorpos Antifosfolípido. O quadro respondeu favoravelmente a hipocoagulação e vasodilatadores.

Doenças Hepáticas

IMG139
1505 MANIFESTAÇÕES EXTRA-HEPÁTICAS DE INFEÇÃO A VHC

Liliana Ribeiro Dos Santos1, Patricia Martins1, Ana Teresa Melo1, Ana Paula Vilas2

Centro Hospitalar Lisboa Norte/ Hospital de Santa Maria - Serviço de Medicina 2B, Lisboa, Portugal

Centro Hospitalar Lisboa Norte/ Hospital de Santa Maria - Serviço de Medicina 2B, Lisboa, Portugal, Lisboa, Portugal

Descrição

Mulher de 72 anos, avaliada por quadro com 6 anos de evolução de perda ponderal (10% do PTC) e exantema pruriginoso das mãos. Referia ter tido 7 abortos complicados que motivaram várias transfusões sanguíneas. À observação destacava-se exantema nodular pápulo-escamoso ao nível palmar (Fig.1) e lesões purpúricas na região perioral. Laboratorialmente, pancitopénia (Hb 11.6g/dL, GB 2930/mm3 N 1680/mm3, plaquetas 67000/mm3) e padrão de citólise hepática (AST 88U/L; ALT 69U/L; Bil. T 1.23mg/dL). Foi diagnosticada hepatite C (genótipo 3a; carga viral 248277UI/mL) e foi assumida dermatose neste contexto. Este caso pretende alertar para a importância da valorização das alterações cutâneas como primeira manifestação de uma doença sistémica viral com significativa morbidade e mortalidade.

Outros

IMG140
827 MARCADO ALARGAMENTO DO MEDIASTINO

Filipa S Pinho1, Filipa Macedo2, Laura Costa1, Inês Gonçalves1, Catarina Nunes1, Luísa Pinto1, Francisco Gonçalves1, Carlos Capela1

Hospital de Braga, Braga, Portugal

IPO de Coimbra, Coimbra, Portugal

Descrição

Sexo feminino, 97 anos, antecedentes de hipertensão arterial e fibrilação auricular. Recorre ao serviço de urgência por clínica respiratória que motiva realização de radiografia torácica. Observado alargamento mediastínico marcado com identificação de ansas gasosas que motivou tomografia computorizada torácica que mostrou volumosa hérnia diafragmática retrocardíaca contendo múltiplas ansas e grande parte da cavidade gástrica. A hérnia de Bochdalek é uma hérnia diafragmática congénita que ocorre geralmente à esquerda e que é rara em adultos. Em 25% dos casos é assintomática, com o diagnóstico incidental em radiografia torácica.

IMG141
2039 MEDICINA HIPERBÁRICA, UMA MODALIDADE TERAPÊUTICA CADA VEZ MAIS A TER EM CONTA

Teresa Ferreira, Cátia Saraiva, Tiago Miguel Cabrita, André Filipe Pereira, Rui Pedro Inácio, Pedro Henrique Silva, Fátima Rodriges, Daniel Machado, Paulo Romão, Lígia Pires

Hospital Particular do Algarve - Serviço de Medicina Hiperbárica, Portimão, Portugal

Descrição

Mulher de 80 anos com antecedentes pessoais de doença de Alzheimer e hipertensão arterial, internada por agravamento de úlcera crónica do calcâneo com exposição óssea. Efetuou-se drenagem de extenso abcesso na região plantar e bordo externo do pé esquerdo e desbridamento cirúrgico de tecido desvitalizado e infetado. Por dificuldade de cicatrização, foi proposta amputação que a família recusou. Iniciou-se oxigenioterapia hiperbárica (OTH). As figuras mostram a evolução da úlcera antes e depois de 10 sessões com melhoria evidente.

A OTH é um tratamento médico, onde a exposição a elevadas pressões parciais de oxigénio (acima da pressão atmosférica) tem benefícios clínicos, promovendo, neste caso, a revascularização, esterilização e cicatrização, levando a uma maior rapidez de resultado.

Doenças Endocrinas e metabólicas

IMG142
807 MEGA-BEXIGA COMO MANIFESTAÇÃO DE DIABETES INSIPIDUS

Micaela Manuel, Filipa Duarte

Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, Santa Maria Da Feira, Portugal

Descrição

Homem de 60 anos, admitido por dor lombar e febre; TC abdomino-pélvica mostrou hidronefrose bilateral e bexiga de 22 cm de diâmetro longitudinal. Interpretado como obstrução, foi algaliado e internado por pielonefrite complicada. Verifica-se poliúria >6L/dia, inicialmente interpretado como pós-obstrutiva; revendo anamnese referiu poliúria/polidipsia desde a infância (~10L/dia) e história familiar semelhante. Efectuado teste de restrição hídrica, suspenso por sinais de desidratação, osmolaridade plasmática elevada e hipernatremia discreta, osmolalidade urinária baixa. Assumido diagnóstico de diabetes insípida central após teste com desmopressina com resposta favorável (mas não total) tendo diminuído o volume urinário, estando pendente teste genético para confirmação.

Doenças Gastroenterológicas

IMG143
2248 MEGACOLON EM CONTEXTO DE COLITE ISQUÉMICA

Mariana Silva Leal, Carolina Amado, Marcelo Aveiro, Clara Batista, Flávio G. Pereira, Mariana Sousa, Rosa Jorge

Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro, Portugal

Descrição

Mulher, 85 anos, admitida por quadro com dejeções líquidas e estase gástrica compatível com colite sigmoideia e proctite isquémicas a condicionar subestenose. Por intercorrência infeciosa, com pielonefrite aguda a Klebsiela pneumonae, cumpriu antibioterapia de largo espectro dirigida. Posteriormente, agravamento clínico e analítico, com aumento da frequência e número de dejeções diarreicas e febre, elevação dos parâmetros inflamatórios e pesquisa de Clostridium difficile nas fezes positiva. Por evolução clínica frustre com resistência a terapêutica instituída, realizada tomografia computorizada abdominal para despiste de complicações que demonstrou dilatação acentuada do cólon sigmóide com realce da parede, sugestiva de provável megacólon tóxico.

Doenças Oncológicas

IMG144
598 METÁSTASES CUTÂNEAS - UMA MANIFESTAÇÃO RARA E EXUBERANTE DE CARCINOMA DUCTAL INVASOR

Adelaide Moutinho, Rita Gamboa Cunha, Marta Meleiro Lisboa, Sheila Koch Jamal, Sandra Tavares

Hospital de Chaves - CHTMAD, Chaves, Portugal

Descrição

As metástases cutâneas estão presentes em menos de 2% dos casos de doença oncológica disseminada, havendo poucas descrições de casos na literatura. São mais frequentemente associadas a melanomas malignos, neoplasias pulmonares ou da mama.

A imagem é referente a uma mulher de 75 anos, com carcinoma ductal invasor grau 3 da mama esquerda submetido a quimio e radioterapia adjuvantes a mastectomia radical e sob hormonoterapia, com recidiva da doença após 4 meses do fim da terapêutica, com evidência de metastização ganglionar, pulmonar e cutânea. À observação eram visíveis múltiplos nódulos duros e imóveis dispersos pela face anterior do hemitórax esquerdo, alguns com ulceração, o maior com 3,2 cm de maior dimensão.

IMG145
840 METÁSTASES CUTÂNEAS REVELADORAS DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

Rita Silvério, Diana Pedreira, Filipa Silva, Lúcia Gil, António Eliseu, Paula Silva, Manuela Fera, Amadeu Prado Lacerda

Centro Hospitalar de Setúbal, Serviço de Medicina Interna, Setúbal, Portugal

Descrição

Os tumores que metastizam para órgãos internos fazem-no igualmente para a pele, contudo as metástases cutâneas são reveladoras em cerca de 27% das neoplasias do homem e em apenas 6% das da mulher. Na neoplasia gástrica, a incidência de metastização cutânea ronda os 0,4%, sendo ainda menor a frequência de metástases reveladoras. As localizações mais descritas são a face anterior do tórax e abdómen e existem alguns casos no couro cabeludo e lábio. Na generalidade são adenocarcinomas com graus variáveis de diferenciação e por vezes com células em anel de sinete, como foi o caso do doente das imagens que se apresentam. Nas imagens observa-se metástase cutânea na região supraciliar esquerda e mandíbula confirmada histologicamente. O doente acabou por falecer 2 meses depois do diagnóstico

IMG146

2297 METASTIZAÇÃO CUTÂNEA DE NEOPLASIA DA MAMA

Joana João Fernandes, Diana Macedo Martins, Emanuel Araújo, Maria Teresa Antunes

Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

Descrição

Senhora de 79 anos com neoplasia da mama em estadio avançado com metastização cutânea, sem seguimento médico prévio. Admitida por síndrome confusional agudo em provável contexto paraneoplásico. Apresentava lesão ulcerada e exsudativa da mama direita e lesões pápulo-nodulares dispersas localizadas aos membros superiores e couro cabeludo. A doente acabou por falecer poucos dias após a admissão.

Doenças Respiratórias

IMG147

1020 MICROLITÍASE ALVEOLAR PULMONAR - UMA CAUSA RARA DE DISPNEIA

Eva Brysch, Mónica Pereira, Leonardo Ferreira, Cristina Bárbara

Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

Descrição

A microlitíase alveolar pulmonar é uma doença autossómica recessiva, rara, caracterizada por deposição alveolar de fosfato de cálcio. Este caso trata-se de um doente do sexo masculino, 48 anos, ex-fumador, com diagnósticos prévios de hipertensão arterial, referenciado à consulta por apresentar um quadro de tosse seca e dispneia com 2 anos de evolução e múltiplas hipodensidades micronodulares observadas na radiografia de tórax. A TC torácica mostrava exuberantes microcalcificações granulosas subpleurais e peribrônquicas, espessamento dos septos interlobulares, ligeiro padrão crazy paving e microcalcificações nodulares pleurais. Realizou biopsia cirúrgica que confirmou o diagnóstico de microlitíase pulmonar, iniciando terapêutica com ácido alendrónico para controlo da doença.

Doenças Hematológicas

IMG148

639 MIELOMA MÚLTIPLO

Carina Ramalho, Francisco Gouveia, Isabel Fernandes, Mariana Almeida, Silvia Rodrigues, Fátima Campante

Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Barreiro, Portugal

Descrição

Homem, 53 anos, sem antecedentes ou medicação habitual. Recorreu ao SU por, cefaleia, dor cervicodorsolombar e mialgias com 7 dias de evolução associadas a formações nodulares temporo-ocipitais esquerdas, no antebraço e hemitórax esquerdos de crescimento progressivo. Realizou TC-CE que mostrou uma massa tumoral parietal esquerda (84x46mm), intra e extra-craniana, osteolítica, com efeito de massa e outras lesões osteolíticas da calote sugestivas de metástases. Para estadiamento realizou TC-toracoabdominopélvica que mostrou lesões osteolíticas nos arcos costais bilateralmente, esterno, vertebras lombares, sacro e ilíacos sugestivas de lesões secundárias. O doente foi encaminhado para a consulta de Medicina Interna para investigação de neoplasia primária, sendo diagnosticado Mieloma Múltiplo.

Doenças Gastroenterológicas

IMG149

855 NÁUSEAS COM UM MÊS DE EVOLUÇÃO

Filipa Silva, Pedro Carreira

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, Setúbal, Portugal

Descrição

Homem de 62 anos com história de esquizofrenia, sob terapêutica com fármacos antipsicóticos. Recorre ao Serviço de Urgência por vómitos diários com um mês de evolução. Ao exame objectivo, palpação de uma massa desde o flanco esquerdo estendendo-se à fossa ilíaca esquerda e hipogastro, consistência pétrea, indolor e fixa aos planos profundo.

Na tomografia abdomino-pélvica salienta-se: “Acentuada distensão do sigmóide e recto com abundante material fecal (…)” (imagem). O doente ficou internado e fez terapêutica laxante com completa resolução do quadro clínico.

Idosos e doentes neuropsiquiátricos são o principal grupo de risco para o desenvolvimento de fecalomas. O tratamento previne complicações tais como, diarreia, megacólon, ulceração e perfuração intestinal.

Doenças Autoimunes e vasculites

IMG150

2187 NECROSE DAS EXTREMIDADES NA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA

Cristina Correia, Maria Lume

Centro Hospitalar São João, Porto, Portugal

Descrição

Homem de 56 anos, com síndrome de Alport sob terapêutica de substituição renal há 28 anos por fístula artério-venosa no membro superior esquerdo (MSE). Admitido por necrose das extremidades do 1o, 2o e3o dedos do MSE com sinais

inflamatórios.Diagnóstico de arteriopatia calcificante urémica (ACU) no contexto de hiperparatiroidismo secundário.

Doenças Gastroenterológicas

IMG151
80 NEM TUDO O QUE PARECE, É...

Joana Maurício, Rui Almeida, Anna Lima, Susana Heitor

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora, Portugal

Descrição

Homem de 70 anos com quadro de anorexia e perda ponderal ~10% em 6 meses, sem perdas hemáticas visíveis. Analiticamente com anemia ferropénica (hemoglobina 7.8g/dL). Endoscopia Digestiva Alta mostrou úlcera com bordos elevados e friáveis, fundo necrótico, no cárdia e face anterior da pequena curvatura, com forte suspeita de malignidade. TAC toraco-abdomino-pélvica a revelar adenomegália justacárdica e gânglios peri-gástricos e no tronco celíaco. Resultado histopatológico com gastrite crónica intensa, pesquisa de Helicobacter pylori positiva (+++), sem evidência de displasia ou tecido de neoplasia. Um mês após terapêutica sequencial de erradicação, inibidor da bomba de protões e ferro oral, hemoglobina 14.1g/dL. EDA mostrou cicatriz de úlcera. Biópsias sem displasia ou tecido de neoplasia.

Doenças Renais

IMG152
916 NEOPLASIA RENAL: PARECE, MAS NÃO É!

Dolores Vazquez, Marta Rafael Marques, Maria Duarte, Susana Marques De Sousa, Inês Amaral Neves, Silvina Miguel, Teresa Pinto, Raquel Ervalho

Centro Hospitalar Póvoa de Varzim, Vila do Conde, Vila Do Conde, Portugal

Descrição

Homem de 84 anos, internado por pielonefrite aguda, ao longo do internamento manteve má evolução clínica. Realizada ecografia sem alterações. Por má evolução, decidida a realização da TAC abdominal que revelou heterogeneidade do padrão estrutural do parênquima do terço superior do rim esquerdo. Para caracterização da lesão fez RM que mostrou aspeto ligeiramente tumefacto da metade superior renal, acompanhado de microinfiltrado da gordura perirrenal envolvente, compatível pielonefrite xantogranulomatosa. A pielonefrite xantogranulomatosa é uma variante incomum de pielonefrite crónica. Doentes afetados geralmente têm uma destruição maciça do rim devido ao tecido granulomatoso contendo macrófagos carregados de lipídos; a aparência pode ser confundida com neoplasia renal.

Doenças Oncológicas

IMG153
1216 NEUROFIBROMATOSE TIPO 1

Ivone Melo Valadão, Maria Guadalupe Benites, Almerindo Rego

Hospital Santo Espírito Da Ilha Terceira, Angra Do Heroísmo, Portugal

Descrição

Mulher de 23 anos, com o diagnóstico de neurofibromatose tipo 1 (NF1) desde os 12 anos de idade. Sem outras patologias ou medicação crónica. Presença de múltiplos neurofibromas, particularmente no tronco. A NF1 é uma doença autossómica dominante com uma incidência de 1/4000 indivíduos. O gene NF1 localiza-se no cromossoma 17, e é um supressor tumoral que codifica a proteína citoplasmática neurofibromina. O diagnóstico baseia-se no exame físico: manchas café-au-lait, efélides axilares ou inguinais, neurofibromas cutâneos, nódulos de Lisch na íris e tumores da série glial (frequentemente ópticos). A grande variabilidade clínica, o aparecimento de complicações (hipertensão arterial por estenose da artéria renal, feocromocitoma, neoplasias, etc) obriga a um seguimento regular destes doentes.

Doenças Gastroenterológicas

IMG154
1425 NIVEL HIDROAÉREO NA SOMBRA CARDÍACA

Miguel Sousa Leite, Ana Brito, Daniela Marto, Salvador Morais Sarmento, Hugo Inácio, Ricardo A. Afonso

Centro Hospitalar Lisboa Central (Hospital de Santo António dos Capuchos), Lisboa, Portugal

Descrição

Doente de 79 anos, internada no contexto de queda. História de tuberculose ganglionar na infância.

Apresenta na radiografia de tórax nível hidroaéreo sobreponível à sombra cardíaca. Em tomografia computadorizada com alargamento do mediastino posterior, condicionado por volumosa hérnia do hiato, constituída por estômago e duodeno.

Doenças Oncológicas

IMG155
1517 NÓDULO DE VIRCHOW - A IMPORTÂNCIA DA SEMIOLOGIA

Tiago Alves, Inês Coelho Santos, Teresa Inês

Centro Hospitalar do Médio Tejo, Torres Novas, Portugal

Descrição

O nódulo de Virchow ou de Troisier consiste numa adenomegalia supraclavicular esquerda associada a neoplasias da cavida-

de abdominal. Apresenta-se o caso de mulher de 87 anos que recorre ao serviço de urgência por epigastralgia e vómitos com cerca de 15 dias de evolução. Para além de dor à palpação a nível do epigastro, destacava-se a existência de lesão nodular supra-calvicular esquerda, com cerca de 4cm, de consistência mole e indolor, não aderente aos planos subjacentes. Com base nesta semiologia admitiu-se a hipótese de carcinoma gástrico. A endoscopia digestiva alta revelou a nível do estômago uma lesão ulcerada neoplásica antral, com resultado histológico de adenocarcinoma gástrico. Este caso demonstra a importância do exame objectivo minucioso na prática clínica diária.

Doenças Autoimunes e vasculites

IMG156
884 O C EM CREST

Bárbara Batista, Tiago Tribolet De Abreu
Hospital Espírito Santo de Évora, Évora, Portugal

Descrição

A deposição de sais de cálcio insolúveis tipicamente em locais de microtrauma recorrente como os dedos, apesar dos níveis séricos normais de cálcio e de fósforo, origina uma condição conhecida como calcinose cutânea (representada na imagem). Ocorre com frequência no contexto de doenças auto-imunes como é o caso da mão representada que pertence a uma mulher de 80 anos com esclerodermia associada a síndrome de Raynaud, telangiectasias, esclerodactilia, anticorpos anti-nucleares e anticentrómero positivos. Estes depósitos de cálcio na doente em questão, aumentaram e ulceraram a pele da doente, exteriorizaram-se sob a forma de material branco-amarelado.

Doenças Gastroenterológicas

IMG157
1840 O ESTÔMAGO GIGANTE – UM CASO DE DOENÇA ULCEROSA PÉPTICA COMPLICADA POR ESTENOSE DUODENAL DISTAL

Filipe Mira, Sonia Moreira, Mariana Gonçalves, Elsa Gaspar, Lèlita Santos, Armando Carvalho
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Descrição

Doente de 58 anos observado no Serviço de urgência (SU) por anemia microcitica sintomática. Realizou endoscopia digestiva alta (EDA) com identificação de úlceras gástricas, secundárias ao uso crónico de AINEs. Manteve niveis estáveis de hemoglobina durante 1 mes, após o qual regressou ao SU por perda ponderal, vómitos e nova queda nos valores de hemoglobina (5.1g/dl). Realizou TC abdominal onde se observou distensão gástrica exuberante secundária a estenose duodenal na transição do bolbo para DII. A EDA confirmou haver estenose não franqueável e um antro gástrico congestivo, com algumas erosões mas sem ulcerações visíveis Foi submetido a gastroenterostomia. O estudo anatomo-patológico da peça confirmou a estenose duodenal em zona cicatricial de úlcera.

Outros

IMG158
2139 O ESTRANHO CASO DA DOENÇA RELACIONADA AO IGG4

Pedro Oliveira, Ana Modragão, Fábio Murteira, Ana Filipa Geraldo, Agostinho Sanches, Marta Barbedo, Vitor Paixão Dias
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova De Gaia, Portugal

Descrição

Imagens de 2 tomografias computadorizadas (TC) realizadas ao mesmo doente, com 4 meses de diferença e sem qualquer tratamento realizado no período compreendido entre os 2 exames. Em Janeiro foi realizada biópsia à massa encontrada no TC (imagem da esquerda); em Maio foi feito TC de reavaliação (imagem da direita). A biópsia revelou infiltrado linfoplasmocítico com plasmócitos positivos para IgG4 e fibrose, fazendo o diagnóstico de doença relacionada ao IgG4. Está descrito que os doentes podem ter resolução espontânea do quadro, tal como este caso clínico ilustra.

Doenças Autoimunes e vasculites

IMG159
2164 O MISTERIOSO DEDO ROXO

Mariana Rebordão Pires1, Eunice Oliveira2, Fernando Gonçalves2
IPO Coimbra / Hospital Beatriz Ângelo, Coimbra / Loures, Portugal
Hospital Beatriz Ângelo, Loures, Portugal

Descrição

Sexo feminino, 54 anos de idade, saudável, vem por hematoma súbito do 3ºdedo da mão esquerda, doloroso. Referia o mesmo episódio 2 meses antes, que resolveu espontaneamente em 3 dias. Negava medicação habitual, trauma, exposição ao frio, epistáxis ou gengivorragias. A observação era inocente, estava hemodinamicamente estável, sem evidência de discrasia hemorrágica ou outros hematomas para além do visualizado na imagem. A contagem de plaquetas era de 208 000/L, coagulação inalterada INR 1. O diagnóstico de Síndrome de Achenbach foi feito, também chamado ‹hematoma paroxístico da mão› ou ‹apoplexia do dedo›. Apesar da etiologia ser desconhecida, a

condição é auto-limitada. O diagnóstico é exclusivamente clínico e o tratamento apenas sintomático.

Outros

IMG160
1295 O MUNDO AO CONTRÁRIO!

João Pinto Machado, Joana Silva Marques, Filipa Sousa, Marta Mós, António Correia
Centro Hospitalar Tondela Viseu, Viseu, Portugal

Descrição

Doente do sexo feminino, 80 anos, com antecedentes de HTA. Recorreu ao SU por quadro de dispneia, tosse produtiva e febre com 3 dias de evolução. Radiografia do toráx com infiltrado pneumónico na base esquerda e achado incidental de " situs inversus"

Doenças Hepáticas

IMG161
1847 O SORAFENIB E O MAIOR ÓRGÃO DO CORPO HUMANO

Ana Oliveira, Ana Machado, Sara Silva, João Araújo Correia
Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal

Descrição

Homem de 68 anos, com cirrose hepática multifatorial (álcool e hepatite C). Diagnóstico de carcinoma hepatocelular em 2010, recusou transplante, fez quimioembolizações e radiofrequência. Iniciou terapêutica paliativa com sorafenib 3 anos depois, após trombose do ramo esquerdo da veia porta. Desenvolvimento de exantema petequial na região lombar, conforme mostra a imagem, sem outros sintomas associados, após início da terapêutica com sorafenib. O desenvolvimento de uma variedade de alterações dermatológicas é um efeito relativamente frequente (até 70%) da terapêutica com sorafenib, sendo as reações mãos-pés e o eritema facial as mais frequentes, mas podendo incluir reações tão graves quanto o Síndrome de Stevens-Johnson.

Doenças Gastroenterológicas

IMG162
447 OBSTIPAÇÃO NA ORIGEM DE FALÊNCIA MULTIORGÂNICA

Maria Margarida Robalo, Diana Pimenta, Ana Raquel Fontes, Joana Sotto Mayor, Sofia Esperança, Carlos Capela
Hospital de Braga, Braga, Portugal

Descrição

Homem de 74 anos, acamado há 3 meses na sequência de colocação de prótese total da anca. É admitido no serviço de urgência por dor epigástrica e anúria. Alagaliado, com hematúria franca. Colocada sonda nasogástrica, com drenagem de conteúdo fecalóide. Analiticamente, com acidose metabólica com hiperlactacidémia significativa. TAC abdominal com exuberante distensão do quadro cólico em toda a sua extensão, condicionada por volumoso fecaloma. Sem resposta à terapêutica instituída, doente entra rapidamente em falência multiorgânica, acabando por se verificar o óbito.

IMG163
411 OS ANTECEDENTES PESSOAIS NEM SEMPRE AJUDAM!

Tânia Gago, Joana Roseira, Ana Catarina Cunha, Pedro Campelo, André Ramos, Horácio Guerreiro
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Faro, Portugal

Descrição

Mulher de 19 anos, antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 1, síndrome depressivo e anorexia, que recorre ao serviço de urgências cerca de 5 vezes num mês por queixas de náuseas, vómitos alimentares, dor abdominal e perda ponderal não intencional, de cerca de 13 Kg. Analiticamente sem alterações relevantes, na endoscopia alta objectivava-se discreta hiperemia da mucosa gástrica, com biopsias do local positivas para helicobacter pylori. Na tomografia computorizada destacava-se, espessamento inespecífico de parte do cólon direito, coexistindo discreta densificação da gordura pericólica. Neste contexto fez colonoscopia, onde se objectivou ao longo de todo o cólon, especialmente no cólon direito, parasitose de aspecto sugestivo de oxiuros.

Doenças Oncológicas

IMG164

348 OSTEOARTROPATIA HIPERTRÓFICA PULMONAR (OHP): UM SINAL PREDITOR

Manuel Toscano, Patrícia Cipriano, Ana Rafaela Alves
Hospital de Cascais, Cascais, Portugal

Descrição

Doente do sexo feminino, 60 anos, com antecedentes de tabagismo e diagnóstico de adenocarcinoma pouco diferenciado do pulmão, em progressão sob quimioterapia, e posteriormente imunoterapia com nivolumab, com metastização supra-renal e óssea, a nível da calote craniana. Referia previamente ao diagnóstico queixas arrastadas de dores osteoarticulares e crescimento das extremidades, tendo deixado de usar aliança e aumentado o tamanho do calçado. Para reestadiamento da doença realizou cintigrafia óssea, que revelou aumento da actividade osteoblástica a nível das extremidades, sugestiva de OHP. Os doseamentos de GH e IGF-1 foram normais para a idade e sexo. Presente em 3 a 5% das neoplasias pulmonares (12% dos adenocarcinomas), a OHP pode preceder a sintomatologia respiratória em 1/3 dos casos.

Outros

IMG165

1607 OSTEOPETROSE – DOENÇA GENÉTICA RARA

Ana Sá, Carla Fidalgo, Vanessa Palha, Narciso Oliveira
Hospital de Braga, Braga, Portugal

Descrição

Homem de 43 anos, com diagnóstico de Osteopetrose há 11 anos, que desenvolveu hematopoiese extramedular por redução do espaço medular ósseo, provocando hepatomegalia e esplenomegalia exuberantes, com consequente hipertensão portal. Apresenta ascite, enfartamento pós-prandial e diarreia crónica por compressão dos órgãos abdominais, levando a saciedade precoce, mal absorção intestinal, hipoalbuminemia e desnutrição. A biópsia óssea cirúrgica revelou tecido ósseo esponjoso com trabéculas espessadas, compatíveis com osteopetrose, e acentuada diminuição das três linhagens hematopoiéticas, com extensa fibrose. Nas imagens, exuberante hepatoesplenomegalia em TC abdominal e radiografias ósseas com acentuada esclerose.

Doenças Cerebrovasculares e do Sistema Nervoso Central (SNC)

IMG166

1722 PAQUIMENINGITE HIPERTRÓFICA: A PROPÓSITO DE UMA IMAGEM

Paulo Almeida1, Carolina Lopes2, Ricardo Reis2, Ana Monteiro2, Madalena Pinto2
CHBV, Aveiro, Portugal
CHSJ, Porto, Portugal

Descrição

A paquimeningite hipertrófica (PH) é uma doença inflamatória crónica rara, caracterizada por espessamento difuso/localizado da dura-máter. Homem, 56 anos, com hemocromatose, diabetes insípida e síndrome metabólica, internado para estudo de episódios recorrentes de hipovisão e cefaleia crónica. Ressonância magnética sugerindo PH com exuberante espessamento paquimeníngeo infra e supratentorial difuso predominantemente da tenda do cerebelo, com ávida captação de contraste. Investigação etiológica exaustiva com elevação a nível sérico e no líquor de IgG4. Iniciou corticoterapia com melhoria clínica. Apesar dos achados serem sugestivos de doença relacionada com IgG4 com atingimento do sistema nervoso central, aguarda confirmação histopatológica.

Doença Infecciosa e Parasitárias

IMG167

1072 PELAGRA EM DOENTE COM SIDA

Elvis Arias Guevara1, Keny Colares2, Erico Arruda2, Alexandra Reis1, Francisca Delerue1
Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal
Hospital São José de Doenças Infecciosas, Fortaleza, Brasil

Descrição

Pelagra ou deficiência de niacina é uma deficiência nutricional causada pela falta de ácido nicotínico ou falta de triptofano, um aminoácido essencial. É mais comum em países subdesenvolvidos com dieta restrita, e em pessoas com AIDS/SIDA. Frequentemente está associada a outras deficiências nutricionais. Seus sintomas clássicos são: diarreia; degeneração neurológicas; dermatite áspera, e pigmentada; depressão e irritabilidade; delírio e confusão mental; Distúrbios sensoriais e dores abdominais.

Doenças Autoimunes e vasculites

IMG168
1589 PENFIGÓIDE BOLHOSO

Inês Neto, Mafalda Santos

Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, Santa Maria Da Feira, Portugal

Descrição

Mulher, 78 anos, admitida por rash pruriginoso e bolhas cutâneas, com 3 semanas de evolução. Sem medicação ou outras exposições de novo. Apresentava membros inferiores edemaciados com pápulas eritematosas urticariformes e bolhas tensas, nos membros superiores e tronco; mucosas normais. Da investigação: eosinofilia, estudo imune e neoplásico básicos negativos. Biópsia cutânea compatível com penfigóide bolhoso. Iniciou prednisolona 0,5mg/Kg/dia com boa evolução clínica e analítica.

Doença Infecciosa e Parasitárias

IMG169
1869 PENFIGÓIDE BOLHOSO

David Garcia, Ana Margarida Mosca, Inês Barros, Barbara Oliveira Ribeiro, Rosário Araújo

Hospital de Braga, Braga, Portugal

Descrição

Doente do sexo feminino, com anos. Antecedentes de múltiplos FRCV, arteriopatia obstrutiva dos MI com amputação bilateral. Internada no Serviço de Medicina por insuficiência cardíaca descompensada; ao 3ºdia de internamento aparecimento de lesões cutâneas pruriginosas por toda a superfície corporal, tipo vesícula, com conteúdo seroso. Realizou biópsia de bolha cutânea, com histologia sugestiva de penfigóide bolhoso. Testado anticorpo anti BP-180 que foi positivo. Iniciou corticoterapia com boa resposta e melhoria imediata das lesões e resolução do prurido.

Medicina Geriátrica

IMG170
1673 PENFIGÓIDE BOLHOSO COM BOA EVOLUÇÃO

Paulo Almeida, Ana Araújo, Fani Ribeiro, Joel Pinto, Eliana Araújo

CHBV, Aveiro, Portugal

Descrição

Mulher, 84 anos, com antecedentes de síndrome metabólico e amputação dos membros inferiores por doença arterial periférica admitida por eritema bolhoso e pruriginoso. Objetivamente: lesões maculo-papulares eritematosas e vesiculo-bolhosas tensas e de conteúdo seroso na superfície flexora dos membros superiores e tronco, em diferentes estádios de evolução; sinal de Nikolsky negativo; úlcera ruborizada na cavidade oral. Análises com anemia e proteína C reativa elevada. Estudo autoimune e endoscópico sem alterações. Biópsia cutânea com bolha subepidérmica com positividade basal para IgG e C3, compatível com Penfigóide Bolhoso. Cumpriu terapêutica com corticóide sistémico (prednisolona 60mg/dia) e tópico (betametasona) e azatioprina (50mg/dia). Destaca-se a favorável evolução das lesões.

Doenças Cardiovasculares

IMG171
58 PERICARDITE CONSTRITIVA – IMAGEM PATOGNOMÓNICA

José Eduardo Mateus, Carlos Silva, António Aragão, Manuel Teixeira Veríssimo, Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Descrição

Doente de 80 anos avaliado por distensão abdominal e edema dos membros inferiores com meses de evolução. Radiografia torácica mostrou calcificação pericárdica, também evidente em tomografia computorizada. Ecografia abdominal mostrou ascite, hepatomegália e dilatação da porta e das veias hepáticas. Investigação adicional excluiu infeção viral, tuberculose e doença auto-imune. Assumido o diagnostico de pericardite constritiva condicionando insuficiência cardíaca. Evolução clínica favorável após paracentese evacuadora e diuréticos. Muitos casos de pericardite constritiva são idiopáticos. O tratamento definitivo é a pericardiectomia, devendo ser considerada uma abordagem conservadora nos doentes inaptos para cirurgia.

IMG172
708 PERICARDITE CONSTRITIVA: DIAGNÓSTICO DESAFIANTE E TARDIO

Andreia Margarida Carvalho De Matos, Patrícia Dinis Dias, Adélia Simão, Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Descrição

A pericardite constritiva é doença pericárdica rara, de diagnóstico desafiante, causa de insuficiência cardíaca diastólica, e maioritariamente idiopática em países desenvolvidos. As figuras reportam-se a um homem de 79 anos antecedentes de miocardiopatia isquémica com fracção de ejeção preservada e doença renal crónica G3a, admitido por insuficiência cardíaca a condicionar oligoanúria e anasarca. Não tem

história de neoplasia, cirurgia torácica, doença pulmonar ou pericárdica. A radiografia torácica (fig.1) e a TC (fig.2), preconizadas como exames diagnósticos, evidenciam espessamento e calcificação pericárdica na sequência de pericardite constritiva. O estudo analítico não foi conclusivo na sua etiologia.

IMG173

2310 PHLEGMASIA CERULEA DOLENS - UM CASO CLÍNICO RARO - IMAGEM

Margarida Pimentel Nunes, Andreia Sofia Carlos, Inês Branco Carvalho, Adriana Paixão Fernandes, Salomão Fernandes, Ricardo Dinis Sousa, Isabel Montenegro Araújo, Diana Repolho, Maria João Serpa, Susana Franco, António Martins Baptista, José Lomelino Araújo

Hospital Beatriz Ângelo, Loures, Portugal

Descrição

Uma mulher de 71anos, com Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico há 2 meses, hemiplegia esquerda e depressão com clinofilia importante, foi trazida à urgência por dor e edema do membro inferior esquerdo (MIE), de duração desconhecida. Tinha edema com godet de todo o MIE, pele violácea com livedo reticularis, extremidade fria, tempo de reperfusão capilar >5segundos e pulso pedioso ausente. Analiticamente tinha d-dímeros elevados e lesão renal aguda. Realizou ecodoppler venoso, que revelou uma trombose venosa profunda (TVP) íleo-femoro-popliteia esquerda. Confirmou-se assim o diagnóstico de Phlegmasia Cerulea Dolens (PCD), tendo iniciado enoxaparina e elevação do membro. A PCD é a única indicação para trombólise na TVP, mas a doente tinha contraindicação absoluta para trombólise pelo AVC

Doenças Renais

IMG174

702 PIELONEFRITE ENFISEMATOSA NUM CASO DE DIABETES MELLITUS 2 INAUGURAL

Maria João Rego De Castro, Andrei Gradinaru, Raquel Gil, Paulo Pereira, Miriam Blanco, Jorge Poço

ULSNE, Bragança, Portugal

Descrição

A pielonefrite enfisematosa (PE) é uma doença rara, caracteriza-se por uma infecção aguda necrotizante renal, sendo o agente etiológico mais frequente a E.coli. Há presença de gás no parênquima renal, no sistema colector e/ou nos tecidos peri ou paranéfricos, ocorrendo geralmente em doentes com factores predisponentes, como a diabetes mellitus e uropatia obstrutiva.

Os autores apresentam um caso de um homem de 73 anos, sem antecedentes relevantes, avaliado por hematúria e dor lombar à direita. Apresentava de glicemia capilar à admissão 494mg/dl. Realizada Tomografia axial computorizada e detectada pielonefrite enfisematosa à direita com necessidade de antibioterapia e derivação cirúrgica urgente com saída de 1000 cc de pus assumindo-se concomitantemente Diabetes Mellitus Inaugural.

Doenças Cerebrovasculares e do Sistema Nervoso Central (SNC)

IMG175

1301 PNEUMOCÉFALO ESPONTÂNEO

Miguel Trindade, João Fernandes Serôdio, Catarina Favas

Serviço de Medicina IV, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, Amadora, Portugal

Descrição

Homem de 78 anos recorreu ao serviço de urgência por febre, cefaleia e rigidez da nuca. História pessoal notável por dois episódios de meningite bacteriana no passado. Procedeu-se a punção lombar compatível com meningite bacteriana. Os exames culturais foram negativos mas o doente cumpriu 21 dias de antibioterapia empírica, com melhoria clínica. O estudo para meningites de repetição através de ressonância magnética encefálica e de ouvidos revelou fistula do tegmen timpani. O internamento foi complicado de quadro de instalação rápida de coma, sem trauma craniano. Realizou TAC crânio que revelou volumoso pneumocéfalo espontâneo. O doente foi submetido a correcção da fistula, porém a evolução pós-operatória foi desfavorável, complicada de estado de mal epiléptico e coma persistente.

Doença Infecciosa e Parasitárias

IMG176

694 PNEUMOENCÉFALO NÃO TRAUMÁTICO

Sara Brandão Machado, Cátia Figueiredo, Diana Santos, Ângela Mota, Pedro Crespo, Luísa Mocho, António Correia

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Viseu, Portugal

Descrição

Mulher de 56 anos sem antecedentes pessoais de relevo, recorreu ao serviço de urgência por otalgia esquerda associada a cefaleia intensa, vómitos e progressão para estado comatoso (O1 V1 M5). Otoscopia: otite média esquerda com aparente deiscência do tegmen timpani. TC-CE mostrou bolhas gasosas endocranianas extraparenquimatosas adjacentes à vertente anterior da tenda do cerebelo, seio lateral esquerdo e fissura inter-hemisférica. O ar endocraniano estava em relação com deiscência espontânea de estruturas ósseas do ouvido esquerdo secundária a provável processo infecioso/otite média aguda. Identificação de ADN de Streptococcus pneumoniae em LCR, restante estudo microbiológico negativo. A doente cumpriu 10

dias de ceftriaxone tendo alta sem défices neurológicos focais nem outras sequela.

Medicina Intensiva

IMG177
90 PNEUMOMEDIASTINO ASSOCIADO A PNEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS JIROVECII EM DOENTE HIV NEGATIVO

André Rosa Alexandre, Alexandre Marques, Fernando Martelo

Hospital da Luz - Lisboa, Lisboa, Portugal

Descrição

Doente do sexo masculino, 77 anos, com cardiopatia isquémica submetida a pontagens coronárias prévias, sob quimioterapia por Linfoma não Hodgkin, sem infecção HIV. Internado por enfarte agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST, tendo iniciado antiagregação plaquetária dupla. Durante o internamento é admitido na Unidade de Cuidados Intensivos por quadro de pneumonia a Pneumocystis jirovecii, com súbito agravamento respiratório e hemodinâmico ao 7º dia de cotrimoxazol. O radiograma de tórax mostrou um pneumomediastino, confirmado pela tomografia computorizada. A drenagem foi tecnicamente impossível e a transferência para centro de ExtraCorporeal Membrane Oxygenation (ECMO) recusada (idade avançada, neoplasia e risco hemorrágico). Faleceu às 24 horas de ventilação protectora.

Doenças Respiratórias

IMG178
1585 PNEUMOMEDIASTINO COM SINAL DE HAMMAN

Raquel Rodrigues Santos, Helena Greenfield, Ana Oliveira Pinho, Ana Von Hafe, P Ricardo Pereira

Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal

Descrição

Homem de 64 anos, realizou broncofibroscopia por suspeita de pneumonite de hipersensibilidade. Duas semanas depois, desenvolve dor torácica e dispneia agravada. Apresentava crepitações audíveis na face anterior do tórax acompanhando os sons cardíacos (sinal de Hamman). A tomografia torácica evidenciava um volumoso pneumomediastino dissecando superiormente os espaços fasciais do pescoço, sem sinais de compressão de estruturas vitais (imagens). O pneumomediastino é a presença de ar no mediastino quase sempre proveniente do espaço alveolar ou vias aéreas que progride ao longo das fáscias vasculares peribrônquicas até ao hilo do pulmão e por vezes até ao espaço subcutâneo com consequente surgimento de enfisema subcutâneo. Tal como neste caso, a maioria é benigna e autolimitada.

IMG179
144 PNEUMONIA HIPOXEMIANTE A STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE

Sofia Gonçalves, Bela Machado, Helena Luís, Pedro Balza, Luz Reis Brazão

Hospital Central do Funchal, Funchal, Portugal

Descrição

Doente do sexo masculino, 31 anos, sem antecedentes de relevo que recorreu ao serviço de urgência por febre, dor torácica de características pleuríticas e tosse com expetoração hemoptóica, com 4 dias de evolução. Ao exame objetivo apresentava dispneia, temperatura timpânica de 38.8ºC e diminuição generalizada do murmúrio vesicular à auscultação pulmonar. Gasometricamente (em ar ambiente) tinha hipoxemia significativa (pO2 de 44.5mmHg) e saturação arterial de 83.8%. Radiologicamente era evidente hipotransparência heterogénea de ambos os campos pulmonares (primeira imagem). O agente etiológico detetado foi o Streptococcus pneumoniae. Após uma fase inicial de agravamento clínico (segunda imagem), iniciou antibioterapia dirigida com benzilpenicilina, com resposta favorável (terceira imagem).

Doença Infecciosa e Parasitárias

IMG180
1341 PNEUMONIA NECROTIZANTE POR MRSA

Tiago Martins Branco, Rodica Agapii, Iryna Lazenko, Ana Pimenta De Castro

Serviço de Medicina 2 - Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade de Faro, Faro, Portugal

Descrição

Homem, 80 anos, recentemente internado no serviço de Medicina Interna por AVC hemorrágico, desenvolve um quadro de Pneumonia Nosocomial Tardia Necrotizante a MRSA com formação de abcesso pulmonar. Este quadro começou uma semana após um síndrome gripal e respondeu favoravelmente à antibioterapia dirigida (linezolide).

Doenças Respiratórias

IMG181

96 PNEUMONIA PSEUDOTUMORAL - UMA APRESENTAÇÃO RARA

Isabel O. Cruz, Ana Luísa Marçal, Mariana Taveira, J. Vasco Barreto

Serviço de Medicina Interna, Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal

Descrição

Homem de 60 anos, ex-fumador. Recorreu ao Serviço de Urgência por febre. Documentada lesão nodular parahilar direita na radiografia torácica. Realizou tomografia computorizada (TC) que revelou uma consolidação no lobo inferior direito, sem captação de contraste (imagem 1). Analiticamente com elevação dos marcadores inflamatórios e isolamento de Streptococcus pneumoniae nas hemoculturas. Cumpriu antibioterapia com beta-lactâmico com melhoria clínica. A TC torácica um mês após resolução do quadro mostrou resolução completa das lesões (imagem 2), confirmando-se o diagnóstico de pneumonia redonda.

A pneumonia pseudotumoral é uma apresentação radiológica rara e faz diagnóstico diferencial com carcinoma broncogénico. O controlo radiológico após a antibioterapia é obrigatório nestes casos.

Doença Infecciosa e Parasitárias

IMG182

795 POR DETRÁS DA LENTIFICAÇÃO PSICOMOTORA

Filipa S Pinho1, Inês Gonçalves1, Filipa Macedo2, Laura Costa1, Catarina Nunes1, Luísa Pinto1, Francisco Gonçalves1, Carlos Capela1

Hospital de Braga, Braga, Portugal

IPO de Coimbra, Coimbra, Portugal

Descrição

Homem de 67 anos, autónomo. Antecedentes de cirrose hepática de etiologia alcoólica. Trazido à urgência por quadro de lentificação psicomotora e febre com uma semana de evolução. Sem foco infecioso evidente. Realizou tomografia computorizada cerebral que revelou hipodensidade corticosubcortical de distribuição parieto-occipital bilateral. Colocadas as hipóteses de lesão neoplásica ou inflamatória, efectuou ressonância magnética que revelou lesões expansivas parietais e occipitais bilaterais, em T1 com captação periférica do produto de contraste, definindo cápsulas finas e completas e em T2 e FLAIR com hipersinal sugerindo edema. Atendendo a estas características colocou-se como primeira hipótese a de lesões abecedadas. O doente ficou internado para investigação e tratamento.

Doenças Oncológicas

IMG183

1294 PSEUDOMIXOMA PERITONEAL

Sara Faria, Margarida Gaudêncio, Rui Ferreira, Ana Costa, Isabel Bessa, Amélia Pereira

Hospital Distrital da Figueira da Foz, Figueira Da Foz, Portugal

Descrição

O Pseudomixoma peritoneal (PMP) é raro (1:1.000.000 pessoas) e cursa com acumulação de fluido mucinoso peritoneal, na maioria dos casos por rutura de tumores do apêndice ou ovário. Apresentam-se as imagens de TC abdominal de doente de 96 anos, com distensão abdominal de meses de evolução, perda de peso, anorexia e vómitos de estase. Ao exame objetivo: hemodinamicamente estável; auscultação cardiopulmonar normal; abdómen distendido, globoso, com ruídos hidroaéreos presentes, palpável e indolor mas muito tenso ao toque. Toque retal com fezes na ampola, sem massas endoluminais. Ecografia abdominal: "quisto gigante, não mensurável em dimensões". TC abdominal: "volumosa formação quística que ocupa toda a região abdominal e pélvica com 25x23cm, com conteúdo hidríco e homogéneo sugestiva de PMP".

Doenças Gastroenterológicas

IMG184

212 PSEUDO-PÓLIPO BULBAR GIGANTE

Rita Silvério, Diana Pedreira, Filipa Silva, Lúcia Gil, Mariana Coelho, Paula Lopes, Manuela Fera, Amadeu Prado Lacerda, António Eliseu

Centro Hospitalar de Setúbal, Serviço de Medicina Interna, Setúbal, Portugal

Descrição

Homem de 71 anos, com história de úlcera pilórica complicada de hemorragia digestiva submetida a rafia. Admitido por vómitos incoercíveis com 5 dias de evolução, condicionando choque hipovolémico (TA 78/52mmHg), alcalose metabólica (pH 7.61,HCO3 55.9), hipocaliémia, lesão renal aguda (ureia 178 e creatinina 5,98 mg/dl). Endoscopia digestiva alta (D1): esofagite de estase e deformação da transição bulboduodenal por cirurgia prévia observando-se pseudo-pólipo com cerca de 3cm que condiciona obstrução parcial. Realizadas biópsias (D2). Histopatologia sem lesões de displasia ou neoplasia maligna. Sob hidratação vigorosa, esomeprazol 40mg 12/12h, pro-cinético e dieta pobre em fibras o doente apresentou evolução favorável. Em consulta e exame de reavaliação (D70) mantem dieta normal sem queixas.

Doenças Autoimunes e vasculites

IMG185
875 PSORÍASE ERITRODÉRMICA - VARIANTE RARA E GRAVE DE PSORÍASE

Joana Esteves, Ana Francisca Pereira, Teresa Boncoraglio, Ana Ogando

Hospital Santa Maria Maior, EPE - Barcelos, Barcelos, Portugal

Descrição

A psoríase eritrodérmica é das variantes mais raras de psoríase (menos de 3%), caracterizada por eritema e descamação em mais de 75% da superfície corporal. Trata-se de uma forma grave pelo risco de sobre-infeção, e, dadas as perdas e necessidades aumentadas, pode cursar com compromisso metabólico, hemodinâmico e da termorregulação. Apresenta-se o caso de um homem de 40 anos, antecedentes de alcoolismo e psoríase com má adesão terapêutica. Admitido na Urgência, etilizado, com ideação suicida por agravamento da doença, com atingimento de parte da face, todo o tronco e membros, com prurido associado. Verificada ainda celulite dos membros inferiores, medicada com ciprofloxacina. Foi avaliado pela Psiquiatria e Assistente Social e orientado para Dermatologia, tendo contudo, perdido seguimento

IMG186
1532 PSORÍASE PALMO-PLANTAR. A E B: PALMA DA MÃO E PLANTA DO PÉ RESPECTIVAMENTE À ENTRADA NA URGÊNCIA; C E D PALMA DA MÃO E PLANTA DO PÉ RESPECTIVAMENTE APÓS TERAPÊUTICA DURANTE DUAS SEMANAS.

Catarina Marques, Domingas Pereira, José Vaz

Hospital José Joaquim Fernandes - Ulsba, Beja, Portugal

Descrição

Doente de 75 anos de idade, leucodérmico trazido ao Serviço de Urgência por lesões cutâneas, com dor e edema nas palmas das mãos e planta dos pés associado a artralgias. Com antecedentes de HTA e hiperuricemia. À observação suspeitou-se tratar-se de psoríase palmo-plantar e pediram-se análises e foi medicado com corticóide sistémico e tópico. Analises feitas na urgência sem alterações de relevo. Fez-se o estudo de auto-imunidade na Consulta Externa de Medicina Interna apenas com VS 36 mm/1h (normalizou após terapêutica) sem outras alterações, o que era esperado uma vez que a psoríase é uma Espondiloartropatia Seronegativa. Foi observado pela dermatologia que concordou com o diagnóstico e manteve a terapêutica.

IMG187
484 PÚRPURA DE HENOCH-SCHÖNLEIN: UMA LOCALIZAÇÃO ATÍPICA

Marli Cruz, Luís Magalhães, João Gonçalves, André Soares, Rui Barros, António Carneiro

Hospital da Luz Arrábida, Vila Nova De Gaia, Portugal

Descrição

A púrpura de Henoch-Schönlein (PHS) é uma vasculite que se caracteriza por atingimento sistémico dos vasos de menor calibre, com depósitos de imunoglobulina A. Habitualmente traduz-se por púrpura palpável nos membros, artrite e dor abdominal e, por vezes, atingimento renal. A histologia cutânea (vascularite leucocitoclástica), associada à presença de depósitos de IgA confirma o diagnóstico. Apresenta-se o caso de um homem de 17 anos de idade, saudável, com lesões purpúricas faciais exuberantes e dolorosas, dor abdominal e microhematúria. A biópsia cutânea confirmou o diagnóstico de PHS. Salienta-se a localização atípica das lesões.

Doença Infecciosa e Parasitárias

IMG188
1194 PURPURA FULMINANS INFECIOSA AGUDA

Andreia Nunes, Ana Patrícia Pereira, Pedro Beirão, Catarina Bekerman, Margarida Coelho

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Descrição

Mulher de 54 anos com antecedentes de trissomia 21, institucionalizada e dependente. Internada por pneumonia associada aos cuidados de saúde com hipoxemia e desidratação hipernatrémica, tendo iniciado fluidoterapia e antibioterapia empírica com amoxicilina + ácido clavulânico. Em 24h desenvolveu choque séptico com disfunção neurológica, hepática e renal. Surgiu púrpura da mão direita com posterior envolvimentos das restantes extremidades. Analiticamente cumpria critérios de coagulação intravascular disseminada (Plaquetas 57000 [à entrada 137000], Tempo de Protrombina 23.9 seg, aPTT 32.9 seg, Fibrinogénio 357 mg/dL, D-Dímeros 31.19 ug/mL). Trata-se de um caso de Purpura Fulminans Infeciosa Aguda, quadro clínico de mau prognóstico associado a uma mortalidade superior a 60%.

Medicina Intensiva

IMG189
1876 PUSTULOSE EXEMATOSA AGUDA GENERALIZADA (AGEP) EM CUIDADOS INTENSIVOS - UMA REACÇÃO ADVERSA SEVERA

Sofia Xavier Pires1, Helena Gonçalves2, Marta Gomes2, Andre Azevedo2, Maria Brandao2, Anusca Paixão2, Henrique Santos2, Ricardo Amaral2, Rui Pedro Costa2, Nelson Barros2, Francisco Esteves2

Hospital de Senhora da Oliveira e Centro Hospitalar de Tras-os--Montes e Alto Douro, Guimarães, Portugal

Centro Hospitalar de Tras os Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

Descrição

A AGEP é uma reação adversa severa a fármacos, com prevalência de 1 em 5 milhões, e associação com mutações IL36RN. Caracteriza-se pelo aparecimento de pustulose asséptica, cursando com quadro febril e eosinofilia. Ilustra-se reação cutânea com atingimento de 90% da superfície corporal em paciente internado em UCIP por politrauma, que ao 7º dia de internamento é tratado com Amoxicilina/ácido clavulânico por contusão pulmonar infectada. Após 72h, inicia febre, eritrodermia generalizada do dorso, confluente para os membros, e aparecimento de pústulas com 1 a 2 milímetros, de conteúdo perolado, que poupavam mucosas. Verificou-se eosinofilia sérica absoluta de 900 células. A dermatose resolveu após oito dias, com dermatite esfoliativa e sinal de Nikolsky positivo.

Doenças Hematológicas

IMG190
1701 QUANDO A INVESTIGAÇÃO BÁSICA DA URGÊNCIA SUGERE MIELOMA MÚLTIPLO

Paulo Almeida, Ana Araújo, Joel Pinto, Fani Ribeiro, Eliana Araújo

CHBV, Aveiro, Portugal

Descrição

Mulher, 77 anos, autónoma, com hipertensão arterial e hipotiroidismo admitida na urgência por desorientação e confusão mental de instalação recente. Referência a dor osteoarticular e declínio funcional progressivo há meses com necessidade de opióides. Objetivamente desorientada temporo-espacialmente, discurso incoerente, défice na nomeação e apatia verbal e motora, sem défices sensitivo-motores. Analiticamente: anemia normocítica, trombocitopenia, hipercalcemia, hipoalbuminémia e função renal normal. Tomografia computorizada cerebral com zonas de alteração da densidade da calote. Apresenta-se a radiografia dos fémures e craniana com lesões líticas multifocais em "sal e pimenta". Confirmou-se o diagnóstico de mieloma múltiplo em internamento, iniciando terapêutica com melhoria clínica.

Doença Infecciosa e Parasitárias

IMG191
1256 QUANDO A MALÁRIA GANGRENA

Andreia Nunes, Ana Patrícia Pereira, Margarida Coelho, João Correia

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Descrição

Homem, 46 anos, antecedentes de hernioplastia inguinal direita, tuberculose pulmonar e fumador (20UMA). Diagnosticada malária a P. falciparum em Moçambique e medicado com Arteméter-Lumefantrina. 1 semana depois iniciou dor e alteração da coloração dos membros. Em Portugal objetivou-se gangrena das falanges distais dos dedos das mãos e dos pés com áreas de epidermólise. Analiticamente: anemia (8.9), trombocitose (508000), leucocitose (12800), PCR 1.17 mg/dL, Pesquisa de Plasmódio Negativa, função renal e hepática normal. Foi admitindo aprisionamento eritrocitário decorrente da infeção que condicionou isquémia microcirculatória com perda tecidual, culminando na amputação das áreas afetadas. Trata-se de um caso de Gangrena Periférica Simétrica uma complicação rara mas documentada da malária.

IMG192
1300 QUANDO A PLEURA É O MELHOR ESCONDERIJO...

Filipa Leitão1, João Freixo1, João Figueiredo2, Maria Eugénia André1

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, Hospital Amato Lusitano, Castelo Branco, Portugal

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, Castelo Branco, Portugal

Descrição

Mulher, 35 anos, não fumadora, iniciou quadro de dor torácica tipo pleurítica e febre de predomínio noturno com um mês de evolução. Auscultação pulmonar: diminuição do murmúrio vesicular na metade inferior do hemitórax esquerdo. TC-tórax: micronodulação centrilobular no segmento apico-posterior do lobo superior esquerdo (LSE) e derrame pleural moderado. Toracocentese: líquido pleural com adenosina desaminase (ADA) 123U/L e linfocitose 97%. Broncofibroscopia com lavados dirigidos ao LSE com microbiologia, bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) e biologia molecular para bacilo de koch negativos. Fez toracoscopia com identificação de BAAR no exame direto após homogenizado de biopsia de lesões pleurais nodulares nacaradas. IGRA (interferon gamma realease assay) positivo após o diagnóstico.

Doenças Respiratórias

IMG193
66 QUANDO A TORACALGIA, NA AUSÊNCIA DE OUTROS SINTOMAS RESPIRATÓRIOS, CURSA COM DISFAGIA: UM CASO CLÍNICO

Salomé Marques, Ana Costa, Magda Fernandes, Glória Alves, Jorge Cotter

Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, Portugal

Descrição

Doente do género masculino, de 57 anos, autónomo. Antecedentes pessoais de tabagismo (44 UMA), hábitos alcoólicos e patologia psiquiátrica (psicose afetiva). História de toracalgia com 5 meses de evolução relacionada com a ingestão alimentar. Toracalgia localizada ao hemitórax esquerdo inferior, surgindo aquando das refeições, com irradiação para o dorso e inicialmente com alívio lento durante algumas horas após as refeições. Evolução progressiva de vómitos e disfagia para sólidos, para vómitos pós-prandiais imediatos e mais recentemente com disfagia também para líquidos.

Doenças Gastroenterológicas

IMG194
219 QUANDO A TOSSE ESCONDE ALGO MAIS

Diogo Costa Santos, Iala Pereira, José Pedro Rodrigues, Graça Lérias, Alberto Mello E Silva

Hospital de Egas Moniz - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

Descrição

Mulher de 73 anos admitida por odinofagia e tosse produtiva; apresentava-se febril, com sibilos dispersos à auscultação pulmonar e aumento dos parâmetros inflamatórios; radiografia torácica com hipotransparência bosselada proeminente a partir do mediastino esquerdo com nível hidro-aéreo; posteriormente realiza TC-tórax demonstrando esófago distendido com abundantes resíduos alimentares, aspectos sugestivos de acalásia; em internamento realiza endoscopia digestiva alta que revela a presença de dois divertículos de grandes dimensões, um epibrônquico e epifrénico localizados no esófago médio e distal, respectivamente.

Doença Infecciosa e Parasitárias

IMG195
1410 QUANDO O CORAÇÃO DIREITO SOFRE, O PULMÃO É QUE PAGA!

Penélope Almeida, Ana Oliveira, Sara Vieira Silva, João Araújo Correia

Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal

Descrição

Homem de 49 anos, com défice cognitivo por infeção intrauterina a rubéola. Contexto social precário, possível consumo de drogas endovenosas, fumador ativo. Quadro clínico de febre com 4 dias de evolução, sem sintomatologia focalizadora. Ao exame físico: febril, lesões de Janeway nos dedos da mão direita. Insuficiência respiratória hipoxémica, bacteriemia a MSSA. Ecocardiograma transesofágico a mostrar vegetações da válvula tricúspide, sem disfunção valvular significativa, e derrame pericárdico. TC de tórax com múltiplas lesões, com e sem cavitação, compatíveis com êmbolos sépticos, e derrames pleural esquerdo e pericárdico de moderado volume. Assumida endocardite infeciosa de válvula tricúspide nativa com embolização pulmonar séptica. Cumpriu 4 semanas de flucloxacilina com boa resposta.

Doenças Cerebrovasculares e do Sistema Nervoso Central (SNC)

IMG196
747 QUANDO UM TRANSPLANTE CAPILAR TEM CONSEQUÊNCIAS CATASTRÓFICAS...

Susana Escária, Vera Sarmento, Ana Bernardo, Cláudia Tátá, Vasco Neves, Maria Piteira, Margarita Urquiola, Conceição Barata

Hospital Espírito Santo de Évora, Évora, Portugal

Descrição

Sexo masculino, 37 anos, com antecedentes pessoais de craniectomia com cranioplastia fronto-temporo-parietal direita com malha de titânio, realizada há 10 anos por empiema. Recorre ao serviço de urgência por parestesias no membro superior esquerdo e cefaleia intensa de início súbito durante a noite. O doente referia que tinha realizado um transplante capilar nessa tarde e que teria decorrido sem aparentes complicações. A tomografia computorizada craneoencefálica revelou “extensa lesão encefaloclástica do parênquima encefálico, no seio da qual existem focos hemorrágicos recentes”.

Doenças Cardiovasculares

IMG197
786 QUISTO PLEUROPERICÁRDICO

Magda Sofia Silva, Rúben Reis, Francelino Ferreira, Anneke Joosten, Laurinda Pereira, Ana Paula Pona, Fátima Campante

Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Barreiro, Portugal

Descrição

Homem de 76 anos, hipertenso e com dislipidémia, foi admitido no Serviço de Urgência por quadro de Edema Agudo do Pulmão em contexto hipertensivo. Na Telerradiografia póstero-anterior do tórax (imagem 1) sobressai a imagem hipotransparente, bem delimitada, e que faz sinal da silhueta com o bordo direito do coração. A Tomografia Computorizada (imagens 2, 3 e 4) revelou lesão quística paracardíaca direita, com 11 cm de maior diâmetro, condicionando compressão extrínseca das cavidades cardíacas direitas e atelectasia do parênquima pulmonar adjacente, compatível com volumoso quisto pleuropericárdico. O doente recusou intervenção cirúrgica.

IMG198
1497 RADIOTERAPIA COMO FATOR DE RISCO PARA DOENÇA VASCULAR

Tiago Osório Petrucci, Laura Pereira, Pedro Silvério António, Carlos Machado E Costa

CHLN - Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

Descrição

Homem com 50 anos de idade, com diagnóstico de neoplasia da amígdala direita (pT2 N1 M0) há 11 anos tratado com tumorectomia e radioterapia. Como antecedente prévio, apenas a destacar tabagismo crónico. 10 anos após tratamento inicia quadro de hemiparésia esquerda e lipotimias de repetição que se assumem como acidentes transitórios isquémicos. Para investigação, realizou angio-tomografia computorizada dos vasos do pescoço que documenta oclusão da artéria carótida interna na sua emergência. 1 ano após este diagnóstico é internado por síndrome coronária aguda sendo documentada doença de 3 vasos em coronariografia. Destaca-se a gravidade e extensão da doença aterosclerótica que se atribui em grande parte à radioterapia, mas também ao tabagismo, num doente sem outros fatores de risco vascular.

Doenças Autoimunes e vasculites

IMG199
188 RASH HELIOTRÓPICO

Margarida R. Fonseca[1], Catarina Brízido[2], Sara Augusto[3], João Gomes[1], Manuela Costa[1], Isabel Madruga[1], Alberto Mello E Silva[1]

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental - Hosp. Egas Moniz, Lisboa, Portugal

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental - Hosp. Sta. Cruz, Lisboa, Portugal

Hospital de Vila Franca de Xira, Lisboa, Portugal

Descrição

Mulher, 32 anos com quadro arrastado de edema palpebral violáceo, mialgias generalizadas e fraqueza muscular proximal associado a lesões eritematoedematosas nos membros superiores e inferiores e artralgias inflamatórias dos punhos e tibio-társicas. Avaliação analítica com Hb 12.2g/dL, VS 40mm/h, AST 108U/L, ALT 86U/L, LDH 449U/L, CK 607U/L, ANAs 1/320 padrão mosqueado, anticorpos associados a miosites negativos. O electromiograma mostrou alterações compatíveis com miopatia proximal e a biópsia muscular revelou miopatia inflamatória. Admitiu-se Dermatomiosite e a doente iniciou imunossupressão. A dermatomiosite é uma miopatia inflamatória com incidência entre 2 e 7 casos/milhão de habitantes. Uma das manifestações cutâneas característica é o eritema violáceo palpebral ou rash heliotrópico.

IMG200
2207 REABSORÇÃO MANDIBULAR - UMA MANIFESTAÇÃO DE ESCLEROSE SISTÉMICA

Pedro Mendonça[1], Anna Viola[2], António Caetano[2], Maria Francisca Moraes-Fontes[2]

Hospital de Faro, CHUA, Faro, Portugal

Hospital Curry Cabral, CHLC, Lisboa, Portugal

Descrição

Esclerose sistémica é uma doença do tecido conjuntivo de etiologia desconhecida com manifestações multisistémicas. Enquanto as erosões das falanges distais são frequentemente descritas, a reabsorção mandibular é considerada uma manifestação pouco comum. Apresenta-se o caso de uma mulher de 56 anos, com o diagnóstico, em 2008, de uma forma difusa de Esclerose Sistémica. Em 2013, com fratura espontânea do ramo ascendente da mandíbula e reabsorção óssea maxilar e mandibular difusa. Em 2015 com nova fratura espontânea da arcada mandibular, com má oclusão, não união da fractura e perda de peças dentárias. Nenhum tratamento se mostrou eficaz, verificando-se progressão da osteólise até ao presente.

Doenças Renais

IMG201

894 REGISTOS DE UM ENFARTE RENAL

Grimanesa Sousa, Isabel Borges, Mariana Santos, Sandra Gouveia, Carlos Sebastião, Clara Paiva

Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada, EPE, Ponta Delgada, Portugal

Descrição

Homem, 46 anos, antecedentes de litíase renal. Admitido no serviço de urgência por quadro de lombalgia esquerda intensa, tipo cólica com irradiação à fossa ilíaca homolateral. À observação: febril, palpação abdominal dolorosa e Murphy renal positivo à esquerda. Analiticamente: elevação dos marcadores inflamatórios e lactato desidrogenase em perfil ascendente. Angio-tomografia renal: enfarte renal esquerdo (ER), com isquemia total da vertente anterior e metade inferior, aspetos relacionados com a presença de trombo na artéria renal esquerda, condicionando oclusão quase total do vaso. O ER é uma condição rara e subdiagnosticada. Náuseas, dor abdominal e febre caracterizam a sua apresentação podendo mimetizar outras etiologias.

Doença Infecciosa e Parasitárias

IMG202

1433 REGRESSO AOS ANOS 90: SARCOMA DE KAPOSI DISSEMINADO COM UMA MANIFESTAÇÃO RARA DE SÍNDROME INFLAMATÓRIA DE RECONSTITUIÇÃO IMUNITÁRIA

Inês Nabais, Patrícia Cipriano, Nuno Melo, Ana Rafaela Alves, Ana Teresa Boquinhas, Fernanda Louro

Hospital de Cascais, Cascais, Portugal

Descrição

Homem, 29 anos, sem antecedentes relevantes. Admitido por febre, dor abdominal, vómitos e diarreia com 1 semana de evolução e lesões papulares arroxeadas coalescentes dispersas pelo corpo. Foi diagnosticado Sarcoma de Kaposi associado à SIDA, com envolvimento gastrointestinal, como apresentação inicial da infecção pelo VIH. Devido ao estadio avançado da doença, iniciou terapêutica anti-retroviral e quimioterapia. Verificou-se melhoria das lesões cutâneas, mas desenvolvimento de derrame pleural e pericárdico e ascite. A toracocentese e paracentese foram compatíveis com quilotórax e ascite quilosa, respectivamente. Excluídas outras etiologias para esses achados, assumiu-se, apesar de constituir uma forma de apresentação extremamente rara, síndrome inflamatória de reconstituição imunitária.

Doenças Reumatológicas

IMG203

2055 RHUPUS: UMA ASSOCIAÇÃO INFREQUENTE

Virginia Visconti, Adriana Watts Soares, João Espirito Santo, Fernando Gonçalves, José Lomelino Araujo

Hospital Beatriz Ângelo, Loures, Portugal

Descrição

As doenças reumáticas indiferenciadas ou síndromes de sobreposição podem ser responsáveis de ate 25% dos doentes com doença reumática.

Apresenta-se o caso de uma doente de 78 anos com diagnóstico de Rhupus (associação infrequente entre artrite reumatóide e lúpus eritematoso sistémico) diagnosticado há 40 anos na sequência de quadro de poliartralgias com poliartrite das pequenas articulações das mãos (atualmente com deformação típica das mãos com desvio cubital não redutível), fotossensibilidade, rash malar, xerostomia e xeroftlamia. A doente neste momento encontra-se medicada com deflazacort, plaquinol e metotrexato, permanecendo sem queixas.

Doenças Hematológicas

IMG204

324 RISCO-BENEFICIO E O DESAFIO CLÍNICO

Ana Rita Alves Lopes, Andrei Gradinaru, Sergio Resende Alves, Cristiana Batouxas, Jorge Poço

ULSNE - UH Bragança, Bragança, Portugal

Descrição

Mulher, 82anos, hipocoagulada com antagonista da vitamina K por fibrilhação auricular. Recorre à Urgência por dispneia, hemoptises com 3dias de evolução e hematoquezias. Normotensa, taquicardica, polipneica e com sibilos na auscultação pulmonar. Palidez mucocutânea e gengivorragia ativa. Analiticamente com anemia (Hb10g/dL), INR indoseável. Rx tórax com infiltrados reticulares bilaterais de predomínio central. Tomografia computorizada revela "múltiplas pequenas áreas de vidro despolido, associando-se padrão nodular sugerindo preenchimento bronquiolar, compatíveis com hemorragia alveolar difusa(HAD)". Reversão da hipocoagulação com controlo da hemorragia e resolução do quadro clínico. Conclui-se tratar-se de HAD por diátese hemorrágica secundária à varfarina, após exclusão de outras causas.

IMG205

1851 SAL E PIMENTA EM DOSE DUPLA

Bianca Vaz, Inês Marques, Rita Coelho, Rita Nortadas, Vitória Cunha, Pedro Beirão

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Descrição

São apresentadas duas radiografias crânio de dois indivíduos de grupos etários e sexos diferentes, um homem e uma mulher com 83 e 48 anos, respectivamente, que tiveram posterior comprovação diagnóstica de Mieloma Múltiplo. Embora pouco frequente, o padrão em "sal e pimenta", que corresponde a lesões líticas multifocais, é um achado exuberante e tipicamente característico de Mieloma Múltiplo.

Doença Infecciosa e Parasitárias

IMG206

1914 SARNA NORUEGA - UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Inês Santos, Sofia Calaça, Gonçalo Santos, Joana Sant'Anna, Francisco Rebocho, Diana Coutinho, Francisco Azevedo

Hospital Espirito Santo de Évora, Évora, Portugal

Descrição

A escabiose norueguesa é uma forma rara e altamente contagiosa, provocada por Sarcoptes scabiei var hominis. Afecta sobretudo indivíduos institucionalizados, com défices nutricionais, más condições higiene, sendo mais susceptíveis os doentes com depressão do sistema imunitário. Por vezes o diagnóstico é feito tardiamente por ser confundida com dermatite seborreica ou psoríase. Os autores apresentam um caso clinico de uma doente com artrite reumatóide, medicada com lepicortinolo, metotrexato, hidroxicloroquina e salazopirina que recorre ao serviço de urgência por prurido e queixas álgicas generalizadas. Realizou biópsia cutânea que revelou sarcoptose compatível com sarna norueguesa.

Doenças Reumatológicas

IMG207

2168 SEM ARTICULAÇÃO E SEM DOR

Inês Grenha, Joana Fontes, Raquel Costa, Tiago Mendes, Marta Pereira, Vitor Costa, Joana Serodio, Lourdes Vilarinho, Paula Brandão

ULSAM, Ponte De Lima, Portugal

Descrição

Mulher, 83 anos, não diabética, caminhava com apoio de duas canadianas. É internada por um Acidente Vascular Cerebral, objetivando-se à entrada uma afasia motora e hemiplegia direita. Ao iniciar levante é detetada uma hipermobilização e laxidez do ombro direito pelo que realiza radiografia e tomografia do ombro. Estas revelam uma marcada deformidade da cabeça umeral e a sua protusão medial, com total destruição da glenóide. A articulação acromioclavicular também é acometida. É estabelecido o diagnóstico de Artropatia Neuropática de Charcot, uma doença destrutiva e progressiva em que a principal etiologia é a Diabetes Mellitus. A doente continua no internamento sem queixas álgicas à mobilização passiva do membro, apesar da destruição óssea, pelo que se mantém o tratamento conservador.

Doença Infecciosa e Parasitárias

IMG208

2112 SERÁ PNEUMONIA?

André Faria Esteves, Ana Rita Pereira, Ana Luísa Broa, Francisca Delerue

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Descrição

Mulher, 88 anos, encaminhada ao Serviço de Urgência por sintomas inespecíficos de toracalgia e astenia, sem sintomatologia respiratória. Laboratorialmente com parâmetros inflamatórios ligeiramente elevados. Radiografia de tórax com aparente condensação da base esquerda (imagem A). Contudo, a doente apresentava antecedentes de volumosa hérnia do hiato com estômago intratorácico desde 2015 na sequência de neoplasia do cólon irressecável, sem "status" para terapêutica oncoactiva (imagem B). Salientamos a importância da história clínica cuidada de forma a evitar diagnósticos precipitados e terapêuticas fúteis. (A – radiografia torácica ântero-posterior, aquando do episódio agudo; B – TC abdominal de 2015).

Doenças Oncológicas

IMG209

1365 SIMPLES DORSALGIA? NEM SEMPRE...

Denise Cruz, João Louro, Mónica Reis, José Barata

Hospital Vila Franca de Xira, Vila Franca De Xira, Portugal

Descrição

Homem de 64 anos, autónomo, com história de tabagismo (carga tabágica de 40 UMA). Admitido por paraplegia de início súbito. A RM da coluna dorsal revelou fractura patológica de D9 e infiltração neoplásica paravertebral com compressão medular. Foi submetido a espinolaminectomia de D9 e estabilização da coluna dorsal. A biópsia da lesão óssea determinou metástase óssea de carcinoma com imunofenótipo de origem pulmonar. Realizou TC toraco-abdomino-pélvica que demonstrou massa de 30x20mm no lobo superior esquerdo.

IMG210

1400 SINAIS FOCAIS POR LESÃO DE LOCALIZAÇÃO ATÍPICA

Ana Sofia Spencer, Ana Filipa Reis, Márcia Agostinho Pereira, Catarina Perry Da Câmara, Rita Ribeiro, Sónia Oliveira, Patricia Winckler

Hospital Santo António dos Capuchos (CHLC), Lisboa, Portugal

Descrição

Mulher de 78 anos, antecedentes de carcinoma da mama subtipo luminal B/HER2 like em estádio IV por metastização óssea. Sob tratamento com exemestano, trastuzumab e zoledronato. Internada para investigação de disfagia com 1 mês de evolução. Ao exame objetivo presença de disfonia e atrofia lingual esquerda. Observação otorrinolaringológica constatando parésia de corda vocal esquerda sem lesões ocupantes de espaço. TC cervicotorácica sem sinais de doença ativa. TC e RMN crânio-encefálicas sem aparente evidência de metástases parenquimatosas, meníngeas ou alterações da cortical. Clínica justificada por metastização da base do crânio provocada por lesão esclerótica com expansão óssea, estreitamento de foramina jugular e hipoglosso esquerdos e compressão associada de pares cranianos.

Doenças Hematológicas

IMG211

1338 SINAL DA "VÉRTEBRA DE PEIXE"

Margarida Xavier, Luís Rodrigues, Maria Eduarda Lourenço, Glória Nunes Da Silva

Serviço de Medicina III, Hospital Pulido Valente - Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

Descrição

Homem de 24 anos com dupla heterozigotia S e C; múltiplas crises de falciformação manifestadas por dores ósseas até aos 9 anos; posteriormente pouco sintomático. Internado por espondilodiscite L3-L4 e S3-S4 e abcesso intracanalar epidural por Proteus mirabilis. Verificou-se lenta melhoria e resolução do quadro agudo sob terapêutica com ampicilina. Em TC e RM, além de imagens relacionadas com o processo agudo, foram observadas alterações morfológicas crónicas dos corpos vertebrais lombares por depressão central dos planaltos – conformação em "H".

Esta morfologia é típica em doentes com drepanocitose e decorre de enfartes ósseos recorrentes na região central dos planaltos vertebrais – zonas menos vascularizadas, de menor espessura e maior fragilidade cortical.

Doenças Cerebrovasculares e do Sistema Nervoso Central (SNC)

IMG212

1605 SINAL DE FRANK NA DOENÇA CEREBROVASCULAR

Liliana Ribeiro Dos Santos, Ana Teresa Melo, Patricia Martins, Ana Paula Vilas

Centro Hospitalar Lisboa Norte / Hospital de Santa Maria - Serviço de Medicina 2B, Lisboa, Portugal

Descrição

Homem de 63 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2, levado ao Serviço de Urgência por ataxia da marcha. Ao exame objetivo apenas se destacavam ataxia na prova calcanhar-joelho e da marcha e sinal de Frank bilateral. A TC-CE foi compatível com acidente vascular cerebral (AVC) isquémico da artéria cerebelar esquerda. O caso apresentado pretende alertar para a associação do sinal de Frank com doença vascular para além da doença arterial coronária, à qual está classicamente associado. De facto, a sua associação com o AVC isquémico tem sido documentada. O reconhecimento deste sinal reveste-se como tal de alguma importância, podendo ajudar a identificar doentes com alto risco vascular, coronário e cerebral.

Doença Infecciosa e Parasitárias

IMG213

2024 SÍNDROME DA URINA ROXA NO SACO COLETOR

Sara Xavier Pires, Marco Dias, Irene Marques, João Araújo Correia

Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal

Descrição

Mulher de 82 anos, alectuada por síndrome demencial, admitida por pneumonia adquirida na comunidade, tendo cumprido antibiótico com boa evolução clinica.

Durante o internamento, manteve-se algaliada, apresentando no saco coletor urina de coloração roxa com isolamento em urocultura de dois agentes multissensíveis: P.Mirabilis e E. Faecalis. Este fenómeno, conhecido como síndrome da urina roxa no saco coletor, é uma condição rara, descrita maioritariamente em mulheres idosas, algaliadas, limitadas ao leito, com isolamento urinário de agentes Gram- produtores da enzima indoxil fosfatase que reage com o policroreto de polivinila do saco colector originando a coloração roxa. Os pacientes estão habitualmente assintomáticos e a erradicação do agente ou a troca do saco reverte este fenómeno.

Doenças Hematológicas

IMG214
992 SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR COMO APRESENTAÇÃO DE LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B (LDGCB)

Joana Rodrigues Dos Santos, Ryan Costa Silva, Priscila Nejo, Ligia Peixoto, José Luis Ducla Soares

Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

Descrição

Apresenta-se a radiografia de tórax de uma doente de 45 anos com sensação de aperto cervical de agravamento progressivo durante um mês. Ao recorrer ao Serviço de Urgência (SU) referia ainda edema da face (confirmada ao exame objetivo) e sensação de "cabeça pesada", sem outras queixas. Foi múltiplas vezes ao SU sendo diagnosticada com ansiedade. A radiografia de tórax mostrava alargamento do mediastino. TC de corpo mostrou uma massa heterogénea, de 11x8,2x4,5cm com invasão da veia cava superior (…) gânglio perihilar esquerdo com 14x10mm". A biópsia foi consistente com LDGCB e fez R-CHOP com boa resposta. Os linfomas não-Hodgkin causam 10-15% dos síndromes da veia cava superior, exigindo um alto índice de suspeição para fazer um diagnóstico atempado. A sobrevida do LDGCB é 60% a 5 anos.

Outros

IMG215
455 SÍNDROME DE LYELL COMO EFEITO ADVERSO CATASTRÓFICO

Maria Margarida Robalo, Diana Pimenta, Ana Raquel Fontes, Joana Sotto Mayor, Sofia Esperança, Carlos Capela

Hospital de Braga, Braga, Portugal

Descrição

Homem de 87 anos, sem antecedentes patológicos de relevo. Recorreu ao serviço de urgência com quadro de otalgia bilateral, mialgias, hipertermia e exantema prurigioso disperso, com uma semana de evolução. Medicado há cerca de um mês com Alopurinol 100mg, por hiperuricémia. Ao exame objectivo, com exantema maculopapular generalizado, com áreas de descolamento cutâneo em mais de 30% da superfície corporal, interpretado como Síndrome de Lyell presumivelmente secundário ao Alopurinol. Iniciou tratamento com imunoglobulina endovenosa 2g/Kg, com evolução desfavorável, com necessidade de transferência para unidade de maior vigilância especializada.

Doenças Cardiovasculares

IMG216
891 SÍNDROME DE PAGET – SCHROETTER

Grimanesa Sousa, Isabel Borges, Isabel Vieira, Emanuel Dias, Isabel Cássio, Clara Paiva

Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada, EPE, Ponta Delgada, Portugal

Descrição

Sexo feminino, 19 anos, sem antecedentes relevantes. Medicada com anti-contraceptivo oral. Recorreu ao serviço de urgência por quadro com 36 horas de evolução de dor, edema e parestesias do membro superior direito. Sem traumatismo associado. D-Dímeros: 250 ng/mL. O ecodoppler do membro superior direito revelou sinais de trombose venosa das veias axilar e subclávia. A angiotomografia de tórax confirmou o diagnóstico, exibindo densificação dos tecidos moles que envolvem a porção proximal da veia subclávia. À trombose venosa profunda primária do segmento venoso subclávio-axilar na sua porção proximal dá-se o nome de síndrome de Paget-Schroetter. Alterações anatómicas do canal torácico justificam este raro fenómeno que é mais frequente em jovens do sexo masculino.

Doença Infecciosa e Parasitárias

IMG217
2215 SÍNDROME DE RAMSAY HUNT

Marina Boticário, Gulherme Cunha, Ana Rita Moura, Maria Filomena Roque

Hospital Distrital de Santarém, Santarém, Portugal

Descrição

A síndrome de Ramsay Hunt é causada por uma reativação do vírus herpes zoster no gânglio geniculado do nervo facial, sendo mais frequente nos idosos e doentes imunodeprimidos. Caracteriza-se por uma paresia facial periférica, associada a vesículas no ouvido externo do lado afectado. Podem existir outros sintomas nomeadamente acufenos, vertigem ou diminuição da acuidade auditiva. As imagens mostram o caso de uma idosa de 74 anos, internada numa enfermaria de Medicina por pneumonia da comunidade. Ao 4º dia de internamento objetiva-se paresia facial periférica esquerda, associada e erupção vesiculosa no canal auditivo esquerdo. Iniciou terapêutica antiviral com aciclovir e fisioterapia facial, com melhoria clínica. Manteve, no entanto, sequela motora facial.

IMG218

704 STEVENS-JOHNSON E HIV

Filipa Lucas, Ana Gorgulho, Filipa Aragão Carvalho

Hospital de Cascais, Cascais, Portugal

Descrição

Sindrome de Stevens-Johnson em doente HIV positivo e história de Tuberculose pulmonar, sob anti-bacilares.

Medicina de Urgência e Cuidados Intermédios

IMG219

1052 TAMPONAMENTO CARDÍACO - EVOLUÇÃO NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA

Gonçalo Castelo Branco, Maria João Tavares, Joana Ferreira, Carlos Fernandes, Jorge Cotter

Hospital Senhora de Oliveira, Guimarães, Portugal

Descrição

Mulher, 60 anos, autónoma. Sem antecedentes pessoais de relevo. Apresenta-se no serviço de urgência com quadro de dispneia em repouso e pequenos esforços, epigastralgia e precordialgia com irradiação dorsal e cervical associado a palpitações. Sem noção de febre, sem outras queixas. Objectivamente normotensa e normocárdica, polipneica em repouso, com diminuição sons cardíacos à auscultação cardíaca e sem outras alterações de relevo. Radiografia torácica com importante cardiomegália, tendo o TC-tórax revelado derrame pericárdico de grande volume. Doente descompensou, tendo entrado em tamponamento cardíaco. Resolução eficaz do quadro com pericardiocentese emergente. Internada, com boa evolução clinica, mas sem diagnóstico etiológico.

Doenças Cardiovasculares

IMG220

815 TAMPONAMENTO CARDÍACO: UMA COMPLICAÇÃO RARA DE PNEUMONIA

Flávia Marília Santos, Olga De Jesus, Dra. Maria Jesus Banza, Dr. Célio Fernandes

*Centro Hospitalar de Leiria - Hos*pital de Santo André, Leiria, Portugal

Descrição

Jovem de 35 anos, género masculino, previamente assintomático. Recorreu ao SU por síndrome febril com um mês de evolução, dor torácica e dispneia de aparecimento mais recente. Foi internado por pneumonia à direita e derrame pleural bilateral. No nono dia de internamento desenvolveu quadro súbito de palidez cutânea, astenia, cianose labial, marcada hipofonese dos sons cardíacos e edemas dos membros inferiores. Nos exames de imagem realizados com ‘’…extenso derrame pericárdico purulento por fistulização de derrame pleural. “

As imagens 1 e 2 correspondem ao D9 de internamento, mostram derrame pericárdico extenso com 4cm de espessura que condicionou tamponamento cardíaco com necessidade de drenagem urgente.

A imagem 3 evidencia resolução do derrame pericárdico.

Doenças Endocrinas e metabólicas

IMG221

1322 TOFOS E POLIARTRITE, QUANDO OS CRISTAIS NÃO SÃO DOMADOS

Ana Pãosinho, Ana Luísa Esteves, Heloísa Paxis, João Pereira, Alberto Mello E Silva

Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

Descrição

Homem de 71 anos foi internado com o diagnóstico de um Acidente Isquémico Transitório. Ao exame objetivo apresentava várias deformações articulares nomeadamente interfalângicas das mãos bem como tofos na região posterior do pé e no hélix do pavilhão auricular direito. Estava medicado com alopurinol mas não tolerava a toma de colchicina e não cumpria uma dieta pobre em purinas. Estas imagens ilustram um caso cada vez menos frequente da evolução natural da gota não tratada, não só a nível articular como nos tecidos moles.

Doenças Respiratórias

IMG222

256 TRAQUEOBRONCOPATIA OSTEOCONDROPLÁSTICA – UMA DESCOBERTA ACIDENTAL

Isabel O. Cruz[1], Ana Isabel Lopes[1], Raquel Basto[2], Sandra Morais[1]

Serviço de Medicina Interna, Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal

Serviço de Oncologia Médica, Instituto Português de Oncologia de Coimbra, Coimbra, Portugal

Descrição

Homem de 65 anos em estudo por hemoptises, com tomografia computorizada torácica com espessamento calcificado da traqueia e brônquios principais, poupando a parede posterior

(A e B). Na broncofibroscopia, traqueia de calibre reduzido e mucosa de aspeto granulado, com lesões mamilonadas (C e D). Na biópsia brônquica descritos focos de calcificação distrófica e metaplasia óssea na submucosa, sem sinais de malignidade. A traqueobroncopatia osteocondroplástica carateriza-se por nódulos osteocartilagíneos nas paredes anterolaterais das vias aéreas. Detetada na investigação de sintomas respiratórios inespecíficos, o diagnóstico é confirmado pela biópsia. Embora de evolução benigna, pode ser necessário tratamento cirúrgico se complicações como infeções de repetição ou obstrução da via aérea.

Doenças Oncológicas

IMG223

1595 TROMBO DA VEIA CAVA INFERIOR

Pedro Pinto, Lúcia Brandão, Duarte Silva, Rosana Maia, Emília Guerreiro, Carmélia Rodrigues, Diana Guerra

ULS Alto Minho - Hospital de Santa Luzia, Viana Do Castelo, Portugal

Descrição

Homem de 75 anos, recorre ao serviço de urgência por dor torácica infra mamária esquerda com 15 dias de evolução, constante. Encontrava-se hemodinamicamente estável. ECG com baixa voltagem e alternância dos QRS. Radiografia do tórax com cardiomegalia. TC toraco-abdominal: "derrame pericárdico de grande volume, com 3 cm de espessura (…) neoplasia hipervascular (…) localizada no terço superior do rim esquerdo (…) trombose tumoral que determina oclusão da veia renal esquerda e da veia cava inferior encontrando-se o polo superior do trombo tumoral no interior do átrio direito, nomeadamente 1,5cm acima do plano de desague da veia cava inferior no pavimento atrial". Diagnóstico final de carcinoma de células claras do rim com trombose venosa profunda e derrame pericárdico neoplásico.

Outros

IMG224

1204 TROMBOSE ESPONTÂNEA DA VEIA JUGULAR INTERNA: UMA CAUSA INCOMUM DE ASSIMETRIA CERVICAL

Rita Silva, Helena Maurício, Andreia Diegues, Elisa Tomé, Jorge Poço

ULS Nordeste - UH de Bragança, Bragança, Portugal

Descrição

Homem de 34 anos, sem antecedentes relevantes, admitido por dor e edema da região cervical esquerda com 3 dias de evolução. Nega infeção, traumatismo, consumo de drogas endovenosas ou dispositivos vasculares prévios. Objetivamente: assimetria do pescoço, proeminência da veia jugular externa esquerda e dor à palpação. AngioTC do pescoço e tórax: trombose da veia jugular interna esquerda com extensão torácica; defeito de repleção na confluência entre o tronco braquiocefálico venoso esquerdo e ausência de opacificação deste último; colaterais venosos a conectar a drenagem venosa do membro superior esquerdo e veia cava superior. Observado por Cirurgia Vascular: excluída a hipótese de trombose associada a corpo estranho; estudo autoimune e pró-trombótico negativo. Iniciada hipocoagulação oral.

Doenças Oncológicas

IMG225

876 TROMBOSE VENOSA JUGULAR - A IMPORTANCIA DA SUSPEITA CLÍNICA

Joana Esteves, Ana Francisca Pereira, Teresa Boncoraglio, Carla Costa, Miguel Costa

Hospital Santa Maria Maior, EPE - Barcelos, Barcelos, Portugal

Descrição

A causa mais frequente de trombose venosa jugular é o uso de acessos venosos centrais. Contudo, também surge no contexto de infeções da cabeça ou do pescoço, trauma, neoplasias ativas e outras condições trombóticas. É frequentemente sub-diagnosticada pela sua evolução indolente, sendo identificada aquando complicações como tromboflebite, sobreinfeção, papiledema ou embolização pulmonar. Apresenta-se o caso de um homem de 60 anos, ex-fumador. Recorre ao Serviço de Urgência por dor cervical direita. À inspeção com discreta assimetria da anatomia cervical superficial - tumefação e rubor. O Doppler dos vasos cervicais revela trombo na veia jugular interna direita. Do estudo realizado, identifica-se um nódulo pulmonar direito, com características de carcinoma (imunohistoquímica inconclusiva).

Doenças Respiratórias

IMG226

1135 TUBERCULOSE MILIAR

Luís Filipe Monteiro Soares Dias, Rosa Macedo Carvalho, Vânia Gomes, Céu Rodrigues, Carlos Capela

Hospital de Braga, Braga, Portugal

Descrição

Homem de 84 anos, reformado (carpinteiro). Astenia e anorexia com 3 meses de evolução; febre e tosse produtiva há 1 semana, sem melhoria com antibioterapia empírica. A telerradiografia torácica revelou um padrão micronodular marcado e homogéneo nos dois campos pulmonares de predomínio à direita (imagem A). A tomografia torácica mostrou um parênquima pulmonar com padrão micronodular difuso, sobretudo à direita (imagens B e C), associado a pequeno derrame

pericárdico e derrame pleural à esquerda (imagem C). Realizada toracocentese e broncofibroscopia diagnósticas, com isolamento de Mycobacterium tuberculosis no exame cultural do líquido pleural e lavado broncoalveolar. Iniciados antituberculosos, com melhoria clínica e resolução imagiológica das lesões após 6 meses de tratamento (imagem D).

Doença Infecciosa e Parasitárias

IMG227

1193 TUBERCULOSE PULMONAR VS ASPERGILOSE PULMONAR

Ana Catarina Varandas Rodrigues[1], Djenabu Cassama[1], Rúben Raimundo[2], Paula Sofia Araújo[1], Juan Alba Gil[1]

ULSNA- Hospital Santa Luzia de Elvas, Elvas, Portugal

ULSNA- Hospital Doutor José Maria Grande, Portalegre, Portugal

Descrição

Doente neoplásico sob QT que é internado por colite activa tendo iniciado corticoterapia a altas doses. Durante o internamento apresentou insuficiência respiratória com uma radiografia que apresenta lesão cavitada de bordos mal definidos no lobo superior esquerdo. Realizou TC tórax que mostrou lesão cavitada com imagem de guiso no seu interior sugestiva de aspergiloma pulmonar. Iniciou voriconazol com melhoria clinica. Este doente apresenta os factores de risco clássicos para uma infecção por Aspergilus (altas doses de glucocorticoides e fármacos imunosupressores), contudo não apresenta a tríada clássica (febre, dor pleuritica e hemoptises) tornando o diagnóstico mais complicado. Outro diagnóstico a ponderar, dadas as características imagiologicas, é o de tuberculose.

IMG228

568 TUMEFAÇÃO DA PAREDE TORÁCICA - UM DIAGNÓSTICO IMPROVÁVEL

Ana Santos, Andreia Teixeira, José Águila

ULSNA - HSLE, Elvas, Portugal

Descrição

Homem de 71 anos.Tumefação infra mamária com características suspeitas.

Realizou TC-tórax"lesão ocupante de espaço de 5cm de maior diâmetro com centro hipodenso» complementada por ecografia e punção–»tumefação hipoecogénica heterogénea bem delimitada sugestivo de processo inflamatório-infeccioso» Em exsudado purulento identificaram-se cocos gram positivos, bacilos álcool-ácido resistentes. Exame cultural demonstrou Mycobacterium Tuberculosis multisensivel Iniciou terapêutica quádrupla em consulta de Tuberculose do CS. Internado por perda ponderal e febrícula no 3º mês de tratamento. Nesta altura verificou-se uma fístula cutânea com cerca de 0,5cm e saída de exsudado purulento onde foi identificado MSSA. Efetuou tx com Vancomicina e manteve tx quadrula tuberculostática com boa evolução

Doenças Oncológicas

IMG229

356 TUMOR DO ESTROMA GASTROINTESTINAL

Ana Simas, Fátima Pinto, Joana Mota, Juvenal Morais, Mariela Rodrigues, Rui Susano, António Goulart

Hospital da Horta, EPER, Horta, Portugal

Descrição

Doente do sexo feminino, de 53 anos. Sem antecedentes relevantes. Referenciada por quadro subagudo de astenia, emagrecimento, vómitos, anorexia e dor abdominal no flanco direito. Objetivamente destaca-se presença de abdómen globoso, doloroso à palpação do flanco direito, com massa abdominal. A tomografia axial computadorizada do abdómen revelou massa de grandes dimensões ocupando todos os quadrantes anteriores do abdómen, heterogénea, com efeito de massa. A biópsia revelou tratar-se de um tumor do estroma gastrointestinal. Foi submetida a cirurgia para excisão do tumor, seguida de quimioterapia com imatinib.

Doenças Cardiovasculares

IMG230

238 UM "NÓ NA GARGANTA" POTENCIALMENTE FATAL

Gabriela Pereira, Carla Carneiro, Pedro Cunha, Jorge Cotter

Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães, Portugal

Descrição

Homem de 75 anos, com antecedentes de HTA, dislipidemia, ex-fumador (abstinente há 15 anos), neoplasia da próstata diagnostica há 10 anos submetido a radioterapia. Admitido no Serviço de Urgência por dor em moedeira a nível da cartilagem tiroideia, "como um nó na garganta", com cerca de 5h de evolução, que posteriormente migrou para cervical esquerda, com irradiação para membro superior esquerdo (MSE) e precórdio, de carácter intenso e constante. Hemodinamicamente estável, apirético, auscultação cardiopulmonar sem alterações, MSE ligeiramente mais frio, pulso radial esquerdo não palpável e pulso braquial esquerdo ténue. AngioTC tórax confirma disseção da aorta ascendente, crossa e início de aorta descendente. Submetido a cirurgia com evolução favorável.

Doenças Hematológicas

IMG231
395 UM ABDÓMEN MACIÇO!

Ana Gorgulho, Priscila Diaz, Filipa Lucas, Filipa Aragão Carvalho

Hospital de Cascais, Lisboa, Portugal

Descrição

Mulher de 25 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, recorre ao Serviço de Urgência por quadro com 2 semanas de evolução de febre, sudorese nocturna e astenia.

O abdómen era maciço à palpação e percussão em todos os quadrantes, ligeiramente doloroso à palpação, sem defesa ou dor à descompressão.

Analiticamente com Hb 5.0 g/dL, leucócitos 87.59 x109/L, plaquetas 62 x109/L.

O Rx de abdómen revelou uma hipotransparência sugestiva de hepatoesplenomegalia. Posteriormente confirmou-se o diagnóstico de Leucemia Monocítica Aguda.

Doenças Reumatológicas

IMG232
1475 UM CASO DE ARTRITE SÉPTICA NUMA DOENTE IMUNODEPRIMIDA

Tatiana Gonçalves, Jorge Leitão, Lèlita Santos, Armando Carvalho

Serviço de Medicina Interna A - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Descrição

Mulher de 76 anos, com antecedentes de Artrite Reumatóide (AR) e medicada com prednisolona e metotrexato. Internada no Serviço de Medicina Interna por choque séptico com ponto de partida urinário a Escherichia coli. Durante o internamento apresentou dor focalizada na articulação coxo-femoral esquerda. A RM da coxa mostrou abcesso, com loca, alongada com trajeto serpiginoso em comunicação com a sínfise púbica e com zona de destruição óssea periarticular. O abcesso foi drenado e a cultura revelou isolamento de Escherichia coli, tal como na hemocultura. Fez antibioterapia dirigida com meropenem à qual foi associada metronizadol, durante 10 dias, com posterior resolução. O caso é interessante pela imagem ilustrativa de um abcesso volumoso com extensão para os músculos da coxa.

Doença Infecciosa e Parasitárias

IMG233
1281 UM CASO DE CRIPTOCOCOSE CUTÂNEA – A IMAGEM QUE NÃO SE ESQUECE

Natália Nunes Teixeira, Marta Cerol, Ana Rita Paulos, Filipa Pedro, Raquel Almeida, Maria Margarida Pereira, Ana Cristina Mestre, Cátia Da Cruz Correia, Margarida Cabrita, Sónia Almeida

Hospital Distrital de Santarém, Santarém, Portugal

Descrição

A Criptococose é uma infeção fúngica oportunista comum em imunocomprometidos. Quando se verificam lesões a nível cutâneo, geralmente é sinónimo de disseminação da infeção a partir do pulmão. Os autores demonstram a imagem típica de uma criptococose cutânea como parte de uma infeção disseminada. Trata-se de um jovem de 30 anos, diagnosticado de síndroma de imunodeficiência humana em Dezembro de 2017, tendo iniciado medicação. Recorre ao serviço de urgência em Janeiro por aparecimento recente de lesões cutâneas na face, febre e astenia. A imagem 1 ilustra a aparência das lesões à entrada. Comprovou-se a presença de critpococos na punção lombar e mielograma. O paciente foi tratado com anfotericina e flucitosina, seguido de fluconazol, com melhoria das lesões, como demostra a imagem 2.

Doenças Respiratórias

IMG234
860 UM CASO DE DISPNEIA

Filipa Silva, Pedro Carreira

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, Setúbal, Portugal

Descrição

Homem de 94 anos, sem antecedentes cirúrgicos, recorre ao Serviço de Urgência por dispneia de agravamento progressivo. Auscultação pulmonar com murmúrio vesicular globalmente diminuído. Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios e hipoxemia em ar ambiente. Foi realizada radiografia de tórax (imagem da esquerda). Para melhor esclarecimento da hipotransparência bilateral, mais acentuada à esquerda, foi solicitada tomografia computorizada (imagem da direita). Admitiu-se pneumonia adquirida na comunidade e hérnia diafragmática / paralisia do diafragma. As hérnias diafragmáticas congénitas (com a hérnia de Morgagni ou de Bochdalek) raramente atingem o adulto. As hérnias diafragmáticas adquiridas resultam principalmente de trauma (contundente ou perfurante).

Doenças Oncológicas

IMG235

1817 UM CÉREBRO, CEM METÁSTASES

Ana Oliveira, Mariana Meireles, Sara Silva, João Araújo Correia

Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal

Descrição

Homem, 65 anos, ex-fumador, tumefação parotídea com mais de 10 anos de evolução. Quadro de hemiparesia e disartria com 1 mês de evolução. RM-cerebral a documentar cerca de cem lesões sugestivas de lesões metastáticas (em cima). Da investigação de tumor primário: volumosa lesão nodular sólida na loca parotídea esquerda, expansiva, fortemente sugestiva de neoplasia (em baixo); metastização hepática e ganglionar; sem lesões pulmonares ou ósseas suspeitas, PSA normal, sem picos monoclonais na eletroforese de proteínas séricas. Biópsia da lesão parotídea sugestiva de adenoma pleomórfico. Evolução muito rápida, com óbito cerca de 3 semanas após a admissão, sem diagnóstico definitivo. Questiona-se a hipótese de transformação maligna de adenoma pleomórfico, rara mas já previamente documentada.

Doenças Cardiovasculares

IMG236

746 UM CORAÇÃO VALE MAIS QUE MIL PALAVRAS

Marta Leal Dos Santos, André Ferreira Dias, Anna Taulaigo, Madalena Vicente, Ana Lladó, Cláudia Mihon, António Panarra

Hospital Curry Cabral, Lisboa, Portugal

Descrição

Mulher, 62 anos, leucodérmica. Antecedentes de cardiopatia valvular mitral e aórtica graves com diminuição da fracção de ejecção (20%), hipertensão pulmonar secundária e fibrilhação auricular sob anticoagulação e beta-bloqueante. Admitida por bradicardia extrema, hipercaliemia e choque cardiogénico. Após admissão verificou-se cardiomegalia importante à custa de hipertrofia marcada do ventrículo esquerdo. O Cor bovinum constitui uma hipertrofia maciça do ventrículo esquerdo por sobrecarga de volume e está frequentemente associada a insuficiência aórtica grave bem como a hipertensão e cardiopatia isquémica, sendo mais frequente em doentes do sexo masculino (4:1).

Outros

IMG237

2059 UM DIAGNÓSTICO ACIDENTAL INCOMUM

Alexandra Esteves, Luis Santos, Paula Felgueiras, Diana Guerra, Carmélia Rodrigues

ULSAM, Viana Do Castelo, Portugal

Descrição

Mulher, 51 anos. Internamento por tromboembolismo pulmonar bilateral em doente com múltiplos fatores de risco (obesidade, TVP prévia, anticontraceptivo oral), até então assintomática. No estudo complementar realizado, constatada volumosa hérnia de Morgani à direita, com parte do cólon transverso e gordura peritoneal a atravessar defeito na vertente anterior e medial do hemidiafragma direito, atingindo praticamente o nível da transição cervicotorácica, condicionando efeito compressivo sobre o mediastino desviando-o para a esquerda. Patologia de etiologia congénita, é uma entidade rara, responsável por apenas 5% das hérnias diafragmáticas. Apesar de ser uma condição assintomática, o potencial severo de complicações associadas implica a indicação para correção cirúrgica em todos os casos.

Doenças Cardiovasculares

IMG238

237 UM DIAGNÓSTICO DIFERENTE

Joana Martins[1], Raquel Gil[1], Luís Sousa Pereira[2], Rosa Guedes[2], Leandro Carvalho[2], Severo Torres[2]

ULSNE - Unidade Hospitalar de Bragança, Bragança, Portugal

CHP - Hospital Santo António, Porto, Portugal

Descrição

Homem, 44 anos, sem antecedentes patológicos de relevo conhecidos. Referenciado à consulta de Cardiologia por dispneia de esforço de agravamento progressivo, cansaço fácil e palpitações com cerca de 2 meses de evolução. Do estudo complementar realizado, de salientar no ecocardiograma transtorácico anomalia de Ebstein major (inserção anómala da cúspide septal da válvula tricúspide ao nível da porção distal do ventrículo direito, distando do plano da válvula mitral cerca de 5.5cm (setas), resultando em auricularização do ventrículo direito) e diminuição da fração de ejeção. Iniciou tratamento modificador de prognóstico para a insuficiência cardíaca, com melhoria sintomática. Mantém seguimento em consulta de Cardiologia.

IMG239

1799 UM DIAGNÓSTICO FATAL AOS 30 ANOS!

Joana Diogo[1], Patrícia Carneiro[2], Sónia Serra[2]

Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, Portugal

Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal, Portugal

Descrição

Sexo masculino, 30 anos, antecedentes pessoais de hipertensão arterial desde há 2 anos, não medicada. Admitido por dor torácica com irradiação abdominal e diminuição da força muscular do membro inferior direito. Realizou AngioTC tórax, abdominal e pélvica que evidenciou dissecção da aorta com envolvimento da artéria subclávia esquerda, tronco celíaco, artéria mesentérica superior, artéria renal esquerda e artéria mesentérica inferior, com origem no verdadeiro lúmen, artéria renal direita igualmente com lâmina de dissecção e envolvimento que se estende até ao longo das artérias ilíacas.

IMG240

1162 UM ECG DIFERENTE...

Maryna Telychko, Ana Garrido Gomes, Maria Inês Santos, Helena Vieira Dias, Sandra António, Luís Siopa

Hospital de Santarém , EPE, Santarém, Portugal

Descrição

Doente do sexo feminino, 94 anos de idade, dependente de terceiros nas atividades de vida diária, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e síndrome demencial. Trazida ao serviço de urgência por quadro de prostração com 2 dias de evolução. Na avaliação inicial salientava-se doente prostrada com abertura ocular com estimulação dolorosa, temperatura imensurável e hipotensão. Analiticamente com hiperglicemia, sem alteração de função renal e hepática, sem hipercaliemia, sem elevação dos marcadores de necrose de miocárdio, gasometricamente com acidose metabólica com hiperlactacidemia. Realizado ECG que revelou bradicardia sinusal e ondas de J de Osborn. Após aquecimento e terapêutica instituída reversão do quadro clinico e das alterações electrocardiográficas.

Doenças Gastroenterológicas

IMG241

2304 UM ESTÔMAGO "FORA DE MARGENS"

Francelino Ferreira, Ruben Reis, Magda Silva, Anneke Joosten, Paula Pona

Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Barreiro, Portugal

Descrição

Homem de 75 anos, com antecedentes de diabetes mellitus insulinotratado e com lesão de órgãos alvo, HTA e dislipidémia. Recorreu ao serviço de urgência por vómitos e distensão abdominal com 4 dias de evolução. Ao exame objectivo na admissão destacava-se um abdómen pouco depressível, distendido e timpanizado, principalmente nos quadrantes superiores esquerdos. Por suspeita de oclusão intestinal realizou TAC com opacificação oral do tubo digestivo que mostrou marcada distensão gástrica e das ansas ileais, sem evidencia de lesão obstrutiva, colocando-se assim a hipótese de hipotonia gastro - intestinal em contexto de diabetes mellitus mal controlada, após exclusão de outras causas. O doente apresentou uma melhoria do quadro clínico com pró-cinéticos e dieta.

Doença Infecciosa e Parasitárias

IMG242

211 UM IMPRESSIONANTE ABCESSO DO PSOAS

Carolina Vidal[1], Filipa Carreiro[1], Rafaela Sousa[2], Beatriz Braga[1], Luís Dias[1], Clara Paiva[1]

Serviço de Medicina Interna do Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE, Ponta Delgada, Portugal

Serviço de Radiologia do Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE, Ponta Delgada, Portugal

Descrição

Homem de 77 anos, antecedentes de doença pulmonar obstrutiva crónica, obesidade, diabetes melllitus não insulinotratada, doença renal crónica estadio 3 internado por pneumonia associada aos cuidados de saúde. Medicado com ceftriaxone e azitromicina, após colheita de hemoculturas. Apresentou má evolução clínica e analítica inicial, posteriormente as hemoculturas isolaram Staphylococcus aureus meticilino-sensível. Ecocardiograma transesofágico excluiu vegetações. Tomografia computorizada abdomino-pélvico revelou duas imagens hipodensas, de densidade hídrica, com realce periférico pós-contraste, na topografia do psoas esquerdo sugestivas de volumoso abcesso com 19.5 cm de maior eixo (painéis a e b) bem como hipodensidade do disco intervertebral de L4-L5 sugestivo de discite (painel c).

Doenças Gastroenterológicas

IMG243

1348 UM NÓ NA GARGANTA!

João Pinto Machado, Joana Silva Marques, Filipa Sousa, Marta Mós, António Correia

Centro Hospitalar Tondela Viseu, Viseu, Portugal

Descrição

Doente do sexo feminino, com 80 anos, com antecedentes de HTA. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de tosse produtiva mucopurulenta, febre e dispneia. Analiticamente sem alterações de relevo. Radiografia do toráx sem infiltrados, com nódulo para cardíaco direito e com "estenose esofágica".

Doenças Cerebrovasculares e do Sistema Nervoso Central (SNC)

IMG244

1249 UM STENT PROBLEMÁTICO

Ana Bravo, Marisa Mariano, Jaime Pamplona, Isabel Fragata, Ana Paiva Nunes

Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, Portugal

Descrição

A colocação de stent é uma opção cada vez mais frequente na abordagem da estenose carotídea. As complicações mais frequentes são acidente vascular cerebral (AVC), trombose do stent ou reestenose. Ainda que raras, complicações como fractura do stent e pseudoaneurimas começam a ser reportadas. A formação de um pseudoaneurisma secundário à colocação de um stent carotídeo é uma complicação invulgar e pensa-se que a sua origem esteja relacionada com uma lesão da parede causada pelo próprio stent. Os seus resultados podem ser fatais, por ruptura ou embolização com acidente isquémico transitório ou AVC. Apresenta-se a imagem dum pseudoaneurisma carotídeo esquerdo (1) proximal à origem do stent, colocado 5 meses antes em contexto de estenose sub-oclusiva, com exclusão total após embolização (2).

Medicina Geriátrica

IMG245

400 UMA CAUSA CURIOSA DE DISPNEIA

Bela Machado, Mariana Bilreiro, Mariana Mendes Gomes, Carolina Barros, Helena Luís, Sofia Gonçalves, Lino Nóbrega, Luz Brazão

Hospital Central do Funchal, Funchal, Portugal

Descrição

Este caso imagem pretende alertar para uma causa pouco frequente de dispneia. Trata-se de um doente do sexo feminino, de 84 anos, com antecedentes de síndrome demencial, doença de Parkinson e hérnia diafragmática que recorreu ao serviço de urgência por dispneia com início no próprio dia após a refeição e tosse produtiva. Ao exame objetivo a doente estava polipneica e com saturações periféricas de oxigénio de 85% em ar ambiente. À auscultação pulmonar apresentava um murmúrio vesicular rude com ruídos de transmissão. A radiografia do tórax foi a grande reveladora da situação. É possível visualizar abaixo do nível da glote a prótese dentária que a doente terá deglutido (Figura 1). A prótese dentária foi removida com uma pinça e a endoscopia descartou alterações do lúmen e da mucosa esofágica.

Doenças Oncológicas

IMG246

1691 UMA CAUSA MENOS COMUM DE DOR TORÁCICA

Fernando Rocha Correia, João Pais, Francisco Silva, Ana Nascimento, João Andrade, Diana Guerra

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana Do Castelo, Portugal

Descrição

Homem, 21 anos, sem antecedentes relevantes. Vinda ao Serviço de Urgência por instalação súbita de dor torácica na base do hemitórax direito, de características pleuríticas. Sem qualquer outra queixa ou sintomatologia associada. Sem alterações analíticas. Radiografia de tóráx: hipotransparência para-hilar bilateral de grandes dimensões.

Tomografia computorizada torácica: Formação sólida heterogénea ao nível do mediastino anterior, com aparente extensão para as regiões supra-hilares/paramediastínicas, com opacificações nodulares e efeito expansivo sobre estruturas subjacente

Biópsia: Linfoma de grandes células B primário mediastínico. Iniciou quimioterapia, com resposta favorável.

IMG247

1805 UMA COMPLICAÇÃO NÃO ESPERADA

Bianca Vaz, Joana Simões

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Descrição

Mulher de 57 anos, com internamento prévio para estudo de tromboembolismo embolismo subsegmentar e secundarização hepática. Após realização de exames complementares concluiu-se tratar de um carcinoma pouco diferenciado, estadio IV, com propriedades estenosantes, localizado ao nível do sigmoide, sem indicação cirúrgica. Foi internada eletivamente, 2 semanas depois, para colocação de prótese cólica paliativa. O procedimento foi complicado com perfuração e migração peritoneal da prótese, com necessidade de sigmoidectomia de Hartmann de urgência.

Doenças Gastroenterológicas

IMG248

1748 UMA COMPLICAÇÃO RARA DE FUNDOPLICATURA DE NISSEN

Marta Carreira, Patrícia Lourenço, Pedro Diogo

Centro Hospitalar de S. João, Porto, Portugal

Descrição

Mulher, 54 anos, DM 2, fundoplicatura de Nissen por hérnia do hiato esofágico 5 anos antes. Dispneia e dor abdominal des-

de há 1 semana. TC tórax: imagem liquida espessa com nivel hidroaereo, 10x9x9cm, em topografia supradiafragmatica sugestiva de abcesso . Trânsito baritado sem extravasamento de contraste. Antibioterapia empírica. Drenagem percutânea. Sem isolamentos microbiológicos. Elevação de marcadores inflamatórios mantida, repetida imagem tórax - rotura do abcesso. Toracotomia e laparotomia: hérnia diafragmática esquerda encarcerada com estrangulamento do fundo e corpo gástrico. Gastrectomia total com jejunostomia. Várias intercorrências infecciosas no pós-operatório. Alta após 86 dias de internamento, sob alimentação entérica por jejunostomia, a aguardar reconstrução trânsito.

Doenças Cerebrovasculares e do Sistema Nervoso Central (SNC)

IMG249
1744 UMA CORRELAÇÃO CLÍNICO-IMAGIOLÓGICA PERFEITA

Paulo Almeida[1], Carolina Lopes[2], Ana Monteiro[2]
CHBV, Aveiro, Portugal
CHSJ, Porto, Portugal

Descrição

Mulher, 45 anos, com hábitos tabágicos e etílicos marcados, internada por queixas mnésicas, alteração do comportamento, confusão mental e desequilíbrio desde há 3 semanas. Objetivamente, desorientada temporo-espacialmente, défice da abdução do olho direito, decomposição dos movimentos oculares horizontais e marcha atáxica. Ressonância magnética com hipersinal em T2 na vertente medial dos tálamos, corpos mamilares e substância cinzenta periaquedutal (setas), compatível com síndrome de Wernicke (SW). Observada melhoria significativa após tiamina endovenosa em altas doses, mas manteve desorientação, défice mnésico e atencional e confabulação, traduzindo evolução para psicose de Korsakoff. Destacam-se as características imagiológicas típicas de SW, que confirmam a suspeita clínica.

Outros

IMG250
1078 UMA DOR TORÁCICA DIFERENTE…

Alícia Oliveira, Margarida Massas, Madalena Rangel, Maria Piteira, Mariana Soares, Vera Sarmento, Tereza Veloso, Conceição Barata
Hospital do Espírito Santo de Évora, Évora, Portugal

Descrição

Homem de 87 anos, sem história de traumatismo, que inicia dor torácica direita, apresentando massa dolorosa na região torácica anterior. Estava hipocoagulado com varfine, tendo suspendido e iniciado enoxaparina para realização de endoscopia digestiva alta. Tomografia computorizada (TC)torácica: volumosa coleção na região peitoral direita com extensão para a axila compatível com hematoma. Por INR de 2.59 foi administrada fitomenadiona. Durante o internamento houve aumento da lesão comprovada por TC e descida da hemoglobina para 6.2g/dL, com agravamento de função renal. Teve alta com hematoma em reabsorção e início da anticoagulação protelado. O presente caso demonstra um efeito secundário da anticoagulação, sendo este caso de apresentação pouco frequente, na parede torácica.

Doenças Cardiovasculares

IMG251
433 UMA FALSA CÓLICA RENAL

Diana Coutinho, Diogo Canudo, Sofia Calasa, Inês Santos, Francisco Rebocho, Joana Sant'Anna
Hospital do Espírito Santo de Évora, Évora, Portugal

Descrição

Homem, 63 anos, com antecedentes de HTA, obesidade e insuficiência venosa dos membros inferiores, medicado com tiazida e agonista alfa-2 central, recorreu ao SU por lombalgia esquerda de início súbito, contínua, intensidade 10/10, com irradiação para o flanco e região inguinal ipsilateral. Ao exame objectivo, a destacar, hipotensão, taquicardia, apirexia e Murphy renal negativo. Análises de sangue, urina e radiografia de abdómen sem alterações. Fez-se medicação analgésica,sem melhoria. Ecografia renal, a destacar: sem litíase; formação alongada mal delimitada a nível do ureter ipsilateral; volumoso aneurisma da aorta abdominal, comprovado por TC-tóraco-abdominal: volumoso aneurisma da aorta tóraco-abdominal, com rotura abdominal. O doente foi transferido para Hospital de Santa Marta.

Outros

IMG252

2224 UMA HISTÓRIA DE SORTE OU AZAR?

Ana Rita Alves Lopes, Carla Madureira Pinto, Cristiana Batouxas, Jorge Poço

ULSNE - UH Bragança, Bragança, Portugal

Descrição

Mulher saudável, 40 anos, portadora de implantes mamários. Recorre à Urgência por dor epigástrica pós-prandial opressiva e intermitente com 3semanas de evolução. Negava sintomas B, constitucionais ou outras queixas. Exame físico sem alterações. Rx abdominal com lesões osteoclásticas na bacia. Realiza tomografia toraco-abdomino-pélvica que descreve metastização difusa sem evidência de lesão primária ou outros focos de metastização. Estudo complementar para definição de neoplasia primária revela nódulo mamário (ressonância mamária pedida por ter implantes mamários) – exame anatomopatológico compatível com carcinoma mamário lobular invasivo. Biopsia óssea sugestiva de osteopoiquilose (exame macroscópico e anatomopatológico), cintigrafia óssea sem focos de fixação que sugiram metástases.

Doenças Respiratórias

IMG253

1601 UMA IMAGEM COM NÍVEL

Eugeniu Gisca, Cristina M. Martins, Mário C. Amaro

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Descrição

Homem, 54 anos, antecedentes de hérnia diafragmática. Internado por pneumonia associada a comunidade com discreto derrame pleural metapneumónico esquerdo (esqº), complicada de empiema pleural sob ciclo prolongado de antibioterapia. » Radiografia torácica ao 10º dia de internamento (póstero-anterior, perfil esqº e decúbito lateral esqº): nível hidroaéreo (NHA) no hemitórax esqº na radiografia de perfil e póstero-anterior; e horizontalização do NHA em decúbito lateral esq. » TAC-Tórax ao 10ºdia: Empiema pleural esqº distribuído por 3 locas, 5-9 cm de maior eixo cada, - com bolhas gasosas, NHA e septações espessas no seu interior - com aumento da espessura e hiper realce pleural.

Doenças Cerebrovasculares e do Sistema Nervoso Central (SNC)

IMG254

1733 UMA IMAGEM QUE VALE "MIL" SINAIS E SINTOMAS

Paulo Almeida[1], Carolina Lopes[2], Ana Monteiro[2], Madalena Pinto[2]

CHBV, Aveiro, Portugal

CHSJ, Porto, Portugal

Descrição

Mulher, 48 anos, hipertensa, internada para estudo de demência rapidamente progressiva com 3 meses de evolução. Queixas de apatia, abulia, anomia e dificuldade na realização de tarefas domésticas. Objetivamente: Mini Mental State Examination de 15; desorientada no tempo, discurso pobre com défice de nomeação e parafasias semânticas, perseveração verbal e na prova de Luria, apraxia oculomotora e ideomotora, agrafestesia e bradicinesia bilaterais e sinas de libertação frontal; sem défices sensitivo-motores. Ressonância magnética cerebral com volumosa lesão expansiva extra-axial fronto-temporal esquerda com 59x64mm de diâmetro, sugestiva de meningioma. Submetida a remoção microcirúrgica com melhoria clínica. Destaca-se a importância imagiológica na investigação de síndrome demencial.

Doença Infecciosa e Parasitárias

IMG255

940 UMA IMAGEM VALE MAIS DO QUE MIL PALAVRAS

Joana Sant'Anna, Francisco Rebocho, Ines Santos, Diana Coutinho, Sofia Calaça, Diogo Canudo, Francisco Bastida

Hospital Espirito Santo Évora, Évora, Portugal

Descrição

Homem 75 anos, história conhecida de etilismo crónico, vem por dificuldade respiratória, febre e tosse há 1 mês. Apresentava hipoxémia, com parâmetros de infecção elevados e radiografia com condensação de novo. Cumpriu 2 ciclos de antibioterapia, mantendo febre e parâmetros inflamatórios elevados. Agravamento imagiológico, apresentando imagem lobar à esquerda. Pedida TAC torácica, compatível com lesão tuberculosa. Baciloscopia foi positiva, tendo iniciado terapêutica com 4 antituberculosos clássicos, com boa resposta.

Doenças Oncológicas

IMG256
767 UMA LARGADA À MODA ANTIGA

Cátia Costa Oliveira, Mariana Barbosa, Ana Rita Marques, Paulo Medeiros, Luciana Sousa, Marta Mendes, Isabel Apolinário, Ilídio Brandão

Hospital de Braga, Braga, Portugal

Descrição

Homem de 50 anos, com diagnóstico de carcinoma epidermóide da laringe com invasão local em Abril de 2017, submetido a laringectomia total com esvaziamento ganglionar cervical bilateral e radioterapia adjuvante. Recorreu ao serviço de urgência em Setembro de 2017 por dor pleurítica no hemitórax esquerdo associada a dispneia e tosse. Realizou radiografia do tórax que revelou nodularidades difusas sugestivas de padrão em "largada de balões". A Tomografia Axial Computarizada mostrou múltiplas massas pulmonares bilaterais, algumas cavitadas, sugestivas de metástases, as maiores com 85 mm à direita e 48 mm à esquerda. A broncofibroscopia revelou tumores endobrônquicos, histologicamente compatíveis com carcinoma epidermóide, pelo que foi orientado para reavaliação em consulta de grupo.

IMG257
1394 UMA LARGADA DE BALÕES

Filipe Morais Almeida, Pedro Fortes, Filipa Lage, Isaac Pereira, Paulo Cesar, Patricia Marujo, José Vaz

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo - Hospital José Joaquim Fernandes, Beja, Portugal

Descrição

Homem, 28 anos, referenciado para o Serviço de Urgência por quadro com cerca de 3 semanas de evolução caracterizado por tosse seca de agravamento progressivo, mialgias e febre, com 1 semana e evolução. Quando questionado referia ainda aumento do volume testicular. Ao exame objectivo, valorizava-se aumento das dimensões do testículo direito, de consistencia pétrea. Analiticamente com Leucocitose, Neutrofilia e elevação da Proteina C Reactiva. Radiografia torácica apresentava múltiplas hipotransparências nodulares dispersas, bilaterais, em ambos os hemitoraces. Perante a suspeita de seminoma polimetastizado doseou-se bhCG, bhCG livre e alfa-Fetoproteina, que estavam elevados.

IMG258
2161 UMA MASSA SUPRACLAVICULAR - A PONTA DO ICEBERG

Filipa Ramalho Rocha, Sérgio Baptista

Hospital da Luz Lisboa, Lisboa, Portugal

Descrição

Mulher de 53 anos que se apresenta com dor retroesternal e omalgia esquerda. Ao exame físico detetou-se preenchimento da fossa supraclavicular esquerda por massa de consistência elástica e parésia da mão ipsilateral. A ressonância magnética do ombro esquerdo revelou volumosa lesão neoplásica com extenso componente de partes moles e compressão do plexo braquial, envolvimento da omoplata e de vários grupos musculares com duas lesões osteolíticas secundárias a nível umeral. A restante investigação identificou tromboembolismo pulmonar e lesões secundárias ósseas, ganglionares, pulmonares e supra-renais. A biópsia da lesão apresentada sugeriu carcinoma pouco diferenciado de possível origem urotelial. Iniciou quimioterapia, corticoterapia e radiofrequência dirigida à lesão, sem melhoria.

Doenças Renais

IMG259
2154 UMA NO CRAVO E OUTRA NO… RIM

Pedro Simões, Luísa Leal Da Costa, João Pacheco Pereira, Francisco Pestana Araújo, José Lomelino Araújo

Hospital Beatriz Ângelo, Loures, Portugal

Descrição

Homem de 74 anos internado para investigação de quadro de febre, bicitopenia e esplenomegalia palpável, tendo sido diagnosticado linfoma não Hodgkin de células B e síndrome hemofagocítico associado. Em tomografia computorizada toraco-abdomino-pélvica (figura 1) evidenciou-se, para além de várias linfadenopatias intra-abdominais e mediastínicas e esplenomegalia com parênquima heterogéneo de 17 mm de maior eixo, uma anomalia da fusão renal designada de rins em ferradura. Esta condição ocorre em cerca de 1 em cada 600 pessoas, sendo na maior parte das vezes descoberta de forma incidental. Pode aumentar o risco de uretero-hidronefrose, infeções do trato urinário, urolitíase ou até cancro do rim, embora constituindo na maior parte das vezes uma situação benigna.

Doença Infecciosa e Parasitárias

IMG260

1466 UMA SUSPEITA DE AVC

Jorge Gama Prazeres, Joana Graça Rodrigues, Alexandra Coimbra, Tânia Vassalo, Fernanda Mendes

Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

Descrição

Apresenta-se o caso de um homem de 51 anos, com antecedente de VIH tipo 1 estadio C3, sob terapêutica anti-retroviral. Dirigiu-se ao serviço de urgência por um quadro de início súbito, caracterizado por visão turva, diplopia binocular horizontal e desequilíbrio na marcha. Clinicamente com oftalmoplegia internuclear direita. Laboratorialmente, destacava-se leucocitose de 11.470x109/L e PCR 4,55mg/dL. Realizou TC crânio-encefálica, que não revelou alterações. Ficou internado por suspeita de AVC em fase isodensa. Realizou posteriormente, RM-CE que revelou imagens sugestivas de tuberculose miliar do sistema nervoso central. Iniciou terapêutica anti-bacilar, que se encontra a cumprir, com melhoria dos défices apresentados à admissão.

Doenças Respiratórias

IMG261

1554 UMA TOSSE DEMASIADO INTENSA?

Sónia Guerra, Jorge Vale

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Viseu, Portugal

Descrição

Homem de 65 anos, não fumador. Sem antecedentes pessoais de relevo. Internado por pneumonia intersticial difusa em estudo e insuficiência respiratória hipoxémica grave. Com sintomas de dispneia para pequenos esforços, febre e acessos de tosse intensos com expetoração mucopurulenta. Nesta sequência, desenvolve um extenso enfisema subcutâneo torácico e cervical, condicionando alargamento do perímetro cervical. A radiografia torácica confirma esses achados e mostra sinais de pneumomediastino (Figura 1). Realizou Tomografia Computarizada Tórax que evidenciou também a presença de pneumotórax bilateral (Figuras 2 e 3). Fez Broncofibroscopia que não mostrou soluções de continuidade da via aérea. Verificou-se resolução progressiva destes achados, sob terapêutica conservadora com oxigenoterapia.

Doenças Renais

IMG262

205 UROPATIA OBSTRUTIVA BAIXA LITIÁSICA

Rita Silvério, Diana Pedreira, Filipa Silva, Lúcia Gil, Paula Lopes, Manuela Fera, Amadeu Prado Lacerda, António Eliseu

Centro Hospitalar de Setúbal, Serviço de Medicina Interna, Setúbal, Portugal

Descrição

Homem de 76 anos admitido por queda. História pessoal de doença renal crónica (DRC). Na admissão: glicémia 24 mg/dl, rabdomiólise, DRC agudizada (creatinina 4.75 mg/dl e ureia 154 mg/dl), 15 000 leucócitos, PCR 9,73 mg/dl e urina II com nitritos e leucócitos +++. Diurese espontânea mantida em pequena quantidade. Ecografia renal e vesical (1): ureterohidronefrose bilateral, ureteres terminais dilatados e a nível vesical imagem ovóide com 6,6 x 4,8 cm, pelo que realizou complementarmente radiografia de abdómen simples (2), confirmando-se a imagem de volumoso cálculo intra-vesical. Após algaliação e antibioterapia com linezolide por urocultura com Staphylococcus aureus meticilina resistente o doente apresentou uma evolução clínica favorável. Aguarda excisão cirúrgica.

Doenças Autoimunes e vasculites

IMG263

2234 VASCULITE CUTÂNEA DE PEQUENOS VASOS - QUANDO MEDICINA INTERNA E DERMATOLOGIA SE COMPLETAM

Dina Rochate, Rodrigo Massa, Clara Paiva

Hospital do Divino Espírito Santo EPE, Ponta Delgada, Portugal

Descrição

Lesões nodulares necro-inflamatórias, algumas com extravasamento de conteúdo sero-hemático (Imagem 1 e 3) no membro inferior direito. Trata-se de uma mulher com 60 anos, autónoma nas atividades de vida diária e com antecedente pessoal de Erisipela. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por lesões cutâneas dolorosas com edema e dor associados, sem febre, com um mês de evolução, após várias vindas ao SU e com toma de vários antibióticos, sem melhoria.

Foi internada para estudo de vasculite necrotizante de provável causa infecciosa secundaria a infeção de trato urinário/infeção cutânea.

Cumpriu Meropenem, iniciou Colchicina, teve alta ao 13º dia de internamento com franca melhoria das lesões em processo de cicatrizarão (Imagem 2 e 4) e com consulta externa de Medicina e Dermatologia.

E -POSTERS

E-POSTERS

Doença Infecciosa e Parasitárias

PO001

71 PNEUMONIA NECROTIZANTE SECUNDÁRIA A BACTERIÉMIA POR STREPTOCOCCUS PYOGENES EM DOENTE COM ABCESSO INGUINAL POR CORPO ESTRANHO EM LOCAL DE PUNÇÃO DE DROGAS ENDOVENOSAS (EV): UM CASO INCOMUM

Ana Catarina Trigo, Filipa Guimarães, Ana Costa

Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos, Portugal

Introdução

O Streptococcus pyogenes (SP) coloniza a pele e a nasofaringe. Apesar de bem tolerado pode causar grande diversidade de infeções, na maioria superficiais mas também doença invasiva. Pode atingir os pulmões através de inalação de gotículas (o mais comum; geralmente após faringite ou infeção respiratória vírica) ou por disseminação hematogénia (escassez de dados epidemiológicos). Tem havido um aumento do nº de casos de bacteriémia por SP reportados em consumidores de drogas EV, mas poucos casos descritos de pneumonia secundária a bacteriémia.

Descrição

Caso Clínico: Mulher, 35 anos. Antecedentes: tabagismo; infeção HCV não tratada; consumo regular de cocaína EV; sob programa de metadona. Recorreu ao SU em Agosto por tosse produtiva desde há 2 semanas e febre desde há 1 dia. Negava queixas compatíveis com faringite ou síndrome gripal prévios. Diagnosticada pneumonia bilateral e iniciou antibioterapia empírica. Estudo microbiológico: antigenúrias negativas, bacteriológico de expetoração não valorizável, 4 hemoculturas com crescimento de SP. Constatado abcesso inguinal esquerdo com drenagem purulenta. Doente referia puncionar a veia femoral esquerda para injeção de drogas e ter "partido" uma agulha no local 1ano antes. Ecografia confirmou abcesso e corpo estranho. Evolução inicialmente desfavorável com necrose pulmonar, empiema e pneumatocelos, com melhoria após drenagem do empiema e do abcesso inguinal.

Discussão: Pela ausência de faringite e quadro gripal prévio, pelo facto de a pneumonia ter ocorrido fora da época endémica de gripe, pelo atingimento bilateral, por bacteriémia comprovada por agente colonizador da pele e ponto de partida altamente provável em abcesso subcutâneo, assumimos poder tratar-se de uma pneumonia secundária a bacteriémia a SP. Esta entidade é escassamente descrita na literatura. Chamamos ainda a atenção para a evolução necrotizante com empiema e pneumatocelos que obrigou ao alargar de diagnósticos diferenciais.

PO002

86 ABCESSO CEREBRAL COM VENTRICULITE E MENINGITE

Joana Moreira, Ana Lebre, Marilda Santos, Helena Ferreira Da Silva, Diana Costa Leite, Marina Ferreira Dos Santos, Maria Rosário Rodrigues

IPO Porto, Porto, Portugal

Introdução

Introdução: O abcesso cerebral é raro, tem um prognóstico reservado, que agrava quando ocorre rotura ventricular.

Descrição

Caso clínico: Homem, 62 anos, com diabetes tipo 2 e adenocarcinoma gástrico, fez quimioterapia (QT) neo-adjuvante, seguido de gastrectomia total, estadio ypT1bN0, com proposta de QT adjuvante. Inicia, 6 semanas após cirurgia, febre e disúria sendo medicado com ciprofloxacina no ambulatório. Uma semana após mantém queixas, foi internado para estudo e fez amoxicilina e ácido clavulânico (amox/clav), sem isolamentos microbiológicos. Três semanas depois re-inicia febre, tendo sido medicado em ambulatório, com amox/clav, para provável infeção respiratória. Internado no nosso hospital no 4º dia de amox/clav, por manter febre, deterioração progressiva do estado geral, alterações do comportamento, cefaleias e dor abdominal. Na admissão de salientar doente desorientado, subfebril, com dor à palpação da fossa ilíaca direita, sem defesa, alguma rigidez na flexão do pescoço. Na admissão com parâmetros inflamatórios elevados e TC cerebral com hipodensidade temporal direita… a fazer diagnóstico diferencial entre lesão primária do SNC/encefalite?. Com realce de contraste no epêndima ventricular, ventriculite/carcinomatose?. Punção lombar: liquor amarelo turvo, com hipoglicorraquia, proteinorraquia e pleocitose (predomínio de PMNs). RM cerebral: ventriculite, meningite e abcesso parenquimatoso temporal direito em comunicação com o ventrículo lateral direito. Iniciou antibioterapia de largo espectro (ceftriaxone, ampicilina, vancomicina, metronidazol) e aciclovir (suspendeu após PCR do vírus Herpes Simplex I/II e Varicela-Zoster no liquor negativos). Serologia do VIH negativa. Manteve antibioterapia de largo espectro empírica 8 semanas. Teve evolução clínica, analítica e imagiológica favorável.

Discussão: Apresentamos o caso pelo quadro arrastado de febre sem diagnóstico definitivo. Já com ventriculite à apresentação, que poderia ter condicionado um pior prognóstico.

PO003

92 BCGITE, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Maria Ana Canelas, Pedro Salvador, Rita Amorim Costa, Marina Reis, Margarida Mota, Filipa Borges, Sara Beça, Joana Cochicho, Olga Gonçalves, Antónia Furtado, Vitor P. Dias

CHVNG/E, Vila Nova De Gaia, Portugal

Introdução

O carcinoma vesical é a sétima neoplasia mais frequente em Portugal, sendo a forma urotelial a mais comum. O bacilo de Calmette-Guérin (BCG), estirpe viva e atenuada de Mycobacterium bovis constitui-se como a base do seu tratamento. Não está isento de efeitos secundários (pneumonite, sépsis e morte). Estão presentes em 5% dos casos, sendo a sua frequência e intensidade exacerbadas se história de tuberculose prévia.

Descrição

Descreve-se o caso de um homem, caucasiano, 73 anos com carcinoma de células de transição de alto grau, tratado desde há 1 ano com BCG intravesical. Apresentou-se no serviço de urgência com febre, arrepios, dispneia e síndrome constitucional com 2 semanas de evolução, data do último tratamento. Medicado com cefixima e azitromicina, sem melhoria. A investigação realizada mostrou síndrome de resposta inflamatória sistémica, múltiplos micronódulos no parênquima pulmonar e histologia de biópsia hepática compatível com processo inflamatório granulomatoso. As hemoculturas, expetoração, lavado brônquico e tecido hepático (bacteriológico, micobacteriológico e exame direto) foram negativos, favorecendo o diagnóstico de BCGite com disseminação sistémica. Iniciou tratamento com antibacilares, com melhoria tanto clínica como analítica.

A terapêutica com BCG é segura, contudo a BCGite, apesar de rara, deve ser um diagnóstico diferencial a ser considerado neste grupo de doentes. A disseminação é rara e resulta, provavelmente da combinação de infeção direta e reação de hipersensibilidade, o que explica a baixa rentabilidade do estudo microbiológico. A abordagem terapêutica não é consensual, contudo em casos graves recomenda-se o início imediato de antibacilares e corticosteróides por via endovenosa.

PO004

102 TROMBOSE DA VEIA PORTA: MANIFESTAÇÃO ATÍPICA DE CITOMEGALOVIROSE AGUDA

Maria Lobo Antunes, Carla Noronha, José Araújo

Departamento de Medicina, Hospital Beatriz Ângelo, Loures, Portugal

Introdução

Introdução: A infecção aguda a CMV pode acompanhar-se de uma plétora de manifestações, desde o simples síndrome mononucleose-like a casos graves de trombose.

Descrição

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma enfermeira de 32 anos, com história de tiroidite autoimune sob levotiroxina e contraceptivo oral, admitida por quadro febril com 10 dias evolução (febre 38.5ºC-39ºC diária e refractária aos antipiréticos) e toraco-lombalgia direita em crescendo. Estava febril (39ºC) e com discreto desconforto no hipocôndrio direito. Laboratorialmente salientava-se PCR 7mg/dL e uma hepatite ligeira (AST/ALT – 90/216 UI/L, FA/GGT-275/193 UI/L),. A TC abdomino-pélvica revelou uma trombose no ramo direito da veia porta e uma ligeira hepatoesplenomegalia. Admitida infecção viral intercorrente e/ou doença inflamatória sistémica associada a trombose. As serologias a CMV revelaram titulos elevados (IgM indice:16.08 ref 1.0; IgG 11.53 UA/mL). Salienta-se que a serologia para CMV era negativa aquando de gravidez 18 meses antes e corroborado por uma antigenémia a CMV muito elevada (18176 cópias/mL); O restante estudo foi negativo (hemoculturas, urocultura, VIH, VHC, VHB, Parvovirus B19, EBV e HSV 1 e 2, ANAs, dsDNA, ANCA, ENAs, Ac antifosfolípidos e outros factores protrombóticos). Decidiu-se não iniciar terapêutica anti-viral, dado a apirexia ao 5ºdia e melhoria do estado geral. Iniciou hipocoagulação com HBPM com "switch" para rivaroxabano 20mg/dia, suspensa a contracepção oral, com regressão de todo o quadro.

Discussão: Apresenta-se assim um caso de um adulto imunocompetente com infecção aguda a CMV complicada de trombose da veia porta. A incidência de casos de trombose em admissões por citomegalovirose aguda é de cerca de 0,3%. As localizações mais frequentes são: a trombose venosa profunda e a embolia pulmonar (53.6%), seguidos da trombose esplâncnica (25.8%) e esplénica (12,4%). O rivaroxabano durante 6 meses tem sido utilizado nestes casos com sucesso.

A trombose associada a CMV parece ser um factor independente de risco, subestimado, apesar de poder estar associado a contracepção oral ou Ac antifosfolípidos transitórios. Os autores levantam a dúvida sobre a necessidade de rastreio sistemático de trombose, em casos de infecção aguda a CMV.

PO005

138 ESPONDILODISCITE DE ETIOLOGIA TUBERCULOSA

Diana Pimenta, Joana Sotto Mayor, Raquel Fontes, Margarida Robalo, Sofia Esperança, Carlos Capela

Hospital de Braga, Braga, Portugal

Introdução

A espondilodiscite ocorre na maioria das vezes em doentes com mais de 50 anos.Incidência aumenta com a idade.O agente etiológico mais comum é o Staphylococcus aureus.

Descrição

Homem,51 anos,recorre ao Serviço de urgência por dor lom-

bar de início súbito,sem irradiação,com um mês de evolução e fraca cedência à analgesia.Ressonância Magnética (RMN) da coluna lombar a revelar:"(…) espondilodiscite em L3/L4,com atingimento dos pratos de L3 e L4 e do disco."Sem história de febre,hipersudorese,parestesias,alteração da sensibilidade ou diminuição da força.Exame físico sem alterações.Analiticamente:ligeira leucocitose.Colheu hemoculturas para aeróbios, anaeróbios e micobactérias.Iniciou tratamento empírico com Ceftriaxone e Vancomicina.Internado para esclarecimento de etiologia e tratamento.Do estudo etiológico:hemoculturas negativas e teste de interferão gama positivo.RMN de reavaliação:"agravamento imagiológico,comparativamente à RMN da admissão associando-se componente com densidade de tecidos moles e pequenas formações quisticas paravertebrais laterais à direita sugerindo pequenos abcessos. Processo infecioso por agentes atípicos?Tuberculose?."Sem resposta ao tratamento instituído,apresentado caso à Neurocirurgia que indicou que dada a localização e tamanho da lesão não poderia ser biopsada.

Admitido o diagnóstico presuntivo de tuberculose óssea.Iniciou tratamento com antibacilares:Isoniazida;Rifampicina;Etambutol;Pirazinamida e Piridoxina,com boa resposta à terapêutica e melhoria significativa das queixas álgicas,deambulando com recurso ao lombostato,sem alterações da sensibilidade ou da força nos membros inferiores.

Teve alta,encaminhado para o Centro de Diagnóstico Pneumológico, medicado com antibacilares e com seguimento em consulta externa.

Apesar do staphylococcus aureus ser a principal entidade responsável pela maioria dos casos de espondilodiscite,este caso demonstra a importância de serem consideradas outras causas diferenciais menos comuns nos diagnósticos dos doentes.

PO006

140 MENINGITE PURULENTA: O DESAFIO DA CLÍNICA

Marta Rafael Marques[1], Vanessa Meireles Chaves[2], Joana Pereira[2], Verónica Guiomar[2], Joana Ricardo Pires[3], Maria João Pinto[2], Francisco Cunha[2], Fernando Friões[2]

[1]Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/ Vila do Conde, Póvoa De Varzim, Portugal

[2]Centro Hospitalar São João, Porto, Portugal

[3]Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro, Portugal

Introdução

A meningite bacteriana é uma urgência neurológica com significativa morbimortalidade se não identificada e tratada precocemente. A associação entre meningite e outros focos infeciosos tem sido descrita e é relevante a sua deteção pelas implicações diagnósticas e terapêuticas.

Descrição

Relata-se o caso de um doente, 84 anos, hipertenso e ex-fumador, com insuficiência aórtica moderada e DPOC. Admitido por prostração, vómitos e cervicalgia. Vigil, desorientado, febril, hipotenso, fibrilação auricular de novo e sinais de irritação meníngea. Do estudo: PCR> 100mg/dL, agudização da função renal, serologia VIH e antigenúria pneumocócica negativos; TC-CE focos punctiformes hipodensos subcorticais bilaterais, a favor de lacunas isquémicas; LCR sugestivo de meningite purulenta. Iniciou antibioterapia empírica e foi transferido para o nosso hospital. Evolução neurológica favorável, apirexia e redução dos parâmetros inflamatórios. Em D3 detetadas lesões embólicas séticas nas mãos e pés. Por suspeita de endocardite infeciosa (EI) com embolização realiza ecocardiograma (TT e TE) que confirma vegetação valvular aórtica (8x2mm) sem alteração estrutural mecânica. A ecografia abdominopélvica revela enfarte esplénico. Documentada bacteriemia a Staphylococcus aureus meticilino sensível (SAMS) e ajustada antibioterapia. Em D6 por afundamento do estado de consciência realiza angio-TC cerebral que revelou embolização de novo (lesão cerebelosa esquerda), sem aneurismas. Apesar de embolização recorrente, não foi submetido a cirurgia valvular por elevado risco cirúrgico. Desenvolveu choque com falência multiorgânica acabando por falecer. As apresentações neurológicas sintomáticas podem ser manifestação inicial de EI em ~30% dos casos. A meningite purulenta concomitante com EI é rara (~2% casos) e pode constituir a única manifestação, conduzindo a atraso no diagnóstico e tratamento adequado. A meningite por SAMS, nomeadamente com valvulopatia prévia, deve alertar para a possibilidade de EI associada.

PO007

159 MENINGITE TUBERCULOSA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Cerqueira, Mariana Formigo, Ana Novo, Jorge Cotter

Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães, Portugal

Introdução

A meningite tuberculosa é uma infecção das membranas que envolvem o sistema nervoso central causada pelo bacilo Mycobacterium tuberculosis. Ocorre em 1% dos 10 milhões de casos sintomáticos de tuberculose do mundo por ano. É uma variedade com mortalidade de 30% a 1 ano, mesmo sob terapêutica médica optimizada.

Descrição

Homem de 47 anos, autónomo, sem abrigo, etilismo crónico e com internamento 6 meses antes por tuberculose disseminada (pulmonar, urinária e testicular). Trazido ao SU por alteração do estado de consciência. Sem garantias de cumprimento terapêutico. À admissão desorientado e lentificado, mas sem focalidades neurológicas. TAC CE sem alterações agudas. Virologias e drogas de abuso negativas. Fez punção lombar: pleocitose

com predomínio de mononucleares e ADA < 40. O exame directo do LCR foi negativo. Face ao historial manteve-se terapêutica antibacilar quádrupla. Em dia 14 de tratamento, afundamento do estado neurológico, levou a repetição de TAC CE com documentação de hidrocefalia. Nesse sentido foi contactada a Neurocirurgia e o doente foi transferido para a unidade de Neurocríticos. Uma vez estabilizado regressou ao nosso hospital com Glasgow 15 e sem focalidades. Posteriormente tivemos acessos à pesquisa de PCR Mycobacterium Tuberculosis no LCR que veio positiva. Teve alta assintomático, e encontra-se actualmente em consolidação terapêutica.

Serve o presente caso clínico para ressaltar a importância do cumprimento terapêutico de forma escrupulosa e longa (mínimo 12 meses) numa entidade tão rara, que ainda assim, pode ser mortal sem tratamento bem conduzido.

PO008

179 ENDOCARDITE POR SERRATIA

Rita Queirós, Ana Isabel Barreira, Joana Vaz Cunha, Fernando Guimarães, Paula Vaz Marques

Serviço de Medicina Interna, Hospital São Pedro de Vila Real - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

Introdução

A endocardite infeciosa (EI) por Serratia marcescens é rara e frequentemente fatal. Possui predomínio de envolvimento valvular esquerdo, alta frequência de episódios embólicos, destruição valvular e refratariadade à terapêutica médica isolada. Apesar de casos bem sucedidos de erradicação bacteriana apenas com antibioterapia, muitos doentes morrem de insuficiência cardíaca ou embolia cerebral.

Descrição

CASO CLÍNICO:

Homem de 45 anos, antecedentes de toxicodependência endovenosa (EV), hepatite B e C e dois episódios remotos de EI. Recorreu ao serviço de urgência por febre com três semanas de evolução. Apresentava anemia, elevação das enzimas de colestase e da proteína C reativa; radiografia de tórax sem alterações; na ecografia abdominal hepatomegalia homogénea e esplenomegalia heterogénea. Após rastreio séptico iniciou empiricamente ceftriaxone. Evoluiu com agitação psicomotora e posteriormente com prostração e sinais meníngeos. A punção lombar foi compatível com meningite; a tomografia computorizada (TC) cranioencefálica mostrou múltiplas hipodensidades corticosubcorticais parietotemporais sugestivas de lesões isquémicas recentes. A ressonância magnética cerebral confirmou múltiplos enfartes embólicos sem território arterial definido. O ecocardiograma identificou vegetações e perfuração da válvula mitral. A TC abdominal mostrou múltiplos enfartes esplénicos. Isolou-se Serratia marcescens nas hemoculturas. Ante EI com embolização cerebral e esplénica iniciou ceftazidima e gentamicina segundo antibiograma, com recuperação. Mantém-se estável e assintomático, a aguardar consulta de cirurgia cardíaca.

DISCUSSÃO:

Os autores descrevem este caso pela raridade e pela melhoria clínica apenas com antibioterapia. Primeiro associada ao uso de drogas ilícitas EV, a EI por Serratia observa-se cada vez mais no contexto de cuidados de pacientes crónicos e imunocomprometidos. Pelo limitado número de casos descritos, ainda não existe recomendação específica sobre a melhor opção antimicrobiana.

PO009

182 ENFARTES ESPLÉNICOS NUM DOENTE COM DIAGNÓSTICO DE ENDOCARDITE DE VÁLVULA DIREITA – CASO CLÍNICO

Joana Pereira[1], Sara Coelho[2], Patrícia Lourenço[3], Jorge Almeida[3]

[1]Centro Hospitalar São João, São João Da Madeira, Portugal

[2]Instituto Português de Oncologia do Porto, Porto, Portugal

[3]Centro Hospitalar São João, Porto, Portugal

Introdução

São fatores de risco para Endocardite Infeciosa(EI)de válvula nativa-dispositivos endovasculares,imunossupressão,patologia valvular/congénita.5-10% das EI são de válvula direita(dta).

Descrição

Mulher,80anos.Antecedentes:Doença Renal Crónica Terminal(-Doença Renal Poliquística Autossómica Dominante)em Hemodiálise(HD)por Catéter Venoso Central(CVC)Veia Jugular Interna Dta(FAV braquicefálica esquerda construída); HTA>30anos,estenose mitral moderada. Medicação:suplementação cálcio,vitamina D,ferro,ácido fólico.Astenia,intolerância a esforços,tosse seca persistente,sensação de "arrepios" há 2 semanas, medicada com amoxicilina/ácido clavulânico 875/125mg com ligeira melhoria. TA118/59mmHg,FC86bpm,apirética,pele/mucosas descoradas,sem lesões,CVC sem sinais inflamatórios,sopro mesodiastólico III/VI. Análises:Hg8,1g/dL,leucócitos5970,plaquetas199000,PCR128.7mg/L, iões/painel hepático/Rx tórax--normal.Colheu hemoculturas(HC)sangue periférico+CVC,iniciou empiricamente vancomicina+gentamicina.Febre diária mantida+PCR>100mg/L 6dias após estratégia inicial.TAC abdominopélvico:volumosos enfartes esplénicos,sem pioquisto/outras lesões.Isolamento em HC CVC-Enterococcus faecalis resistente: cefalosporinas+macrólidos,sensível:amoxicilinaclavunato,ampicilina, carbapenemas,vancomicina,linezolido,gentamicina.Ecocardiograma transesofágico(EcoTE):válvula tricúspide espessada,vegetação móvel9x4mm,sem outras lesões. Diagnosticada EI da válvula tricúspide.Removido CVC,iniciada HD pela FAV,manteve vancomicina+gentamicina até à dessensibilização a ampicilina(episódio prévio de alergia a betalactâmicos).Completou 40dias de antibioterapia,HC negativas,apirexia

sustentada,PCR baixa. Após 4semanas de tratamento, TAC:redução enfartes esplénicos,sem embolização para outros territórios;EcoTE sem vegetações.3 meses pós alta-clinicamente estável.Discussão:Na EI válvula dta é mais comum a embolização pulmonar,mas pode ocorrer embolização sistémica se EI válvula esquerda concomitante e/ou comunicação interventricular.

PO010

192 QUANDO A ANAMNESE SUGERE A ETIOLOGIA - CAUSA RARA DE ABCESSO HEPÁTICO

Filipe Pinheiro[1], Carolina Vidal[2], Filipa Carreiro[2], Luís Dias[2]

[1]Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

[2]Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada, Portugal

Introdução

Os abcessos hepáticos (AH) são os abcessos viscerais mais comuns. Por apresentarem elevada taxa de morbimortalidade, é necessário um reconhecimento e tratamento precoces. Os AH piogénicos correspondem a 80% dos AH em países desenvolvidos, sendo menos comuns os amebianos (AHA) e fúngicos.

Descrição

CASO CLÍNICO: Doente do sexo masculino, 68 anos, com história médica prévia de malária, e com viagem ao Brasil na semana anterior. Admitido por quadro de dor no quadrante superior direito do abdómen e febre com 3 dias de evolução, sem outra sintomatologia. Ao exame objetivo há a destacar a presença de febre (38,1º C), e dor e defesa à palpação do hipocôndrio direito, sem outras alterações. Dos exames complementares de diagnóstico realizados, é de referir a presença de neutrofilia (8400/ul) e PCR de 20,8 mg/dl. Realizou TC abdomino-pélvica que mostrou, nos segmentos VII/VI do fígado, lesão nodular hipodensa e hipocaptante com cerca de 5,8x4,8 cm em alvo e com zona de necrose central com 2,5 cm. Foi internado para tratamento e esclarecimento etiológico, e iniciou antibioterapia empírica com piperacilina/tazobactam e metronidazol. Do estudo etiológico, realça-se: serologias virais (HIV, HBV, HCV), RPR, pesquisa por PCR de C. burnetti, hemoculturas, IGRA, reação de Huddleson/Wright e Rosa Bengala negativos, com IgM positiva para E. hystolitica; coproculturas e pesquisa de antigénio de G. lamblia nas fezes negativa, com positividade de PCR nas fezes para E. hystolitica. Com a terapêutica instituída houve melhoria clínica, analítica e imagiológica sustentadas, tendo tido alta ao 7º dia de internamento, referenciado a Consulta Externa. DISCUSSÃO: A morbimortalidade dos AH tem vindo a decair nos últimos anos, fato para o qual muito contribuiu o diagnóstico precoce desta patologia. Os autores relevam a importância deste tema, pela sua raridade em Portugal, e salientam a importância de uma anamnese cuidada para a suspeição diagnóstica do AHA e consequente instituição terapêutica precoce.

PO011

201 BOVIS ALERT

Carolina Vidal, Beatriz Braga, Miriam Cimbron, Luís Dias, Clara Paiva

Serviço de Medicina Interna do Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE, Ponta Delgada, Portugal

Introdução

Os streptococcus (Strept.) do grupo D são uma causa importante de bacteriémia, perfazendo aproximadamente 2-6% das bacteriémias dos doentes hospitalizados. Este grupo de bactérias inclui atualmente, após uma revisão taxonómica o Strept. gallolyticus (antigo bovis tipo I), Strept. lutetiensis e Strept. infantarius (antigo bovis tipo II.1) e por fim Strept. pasteurianus (antigo bovis II.2).

Descrição

Homem de 85 anos, com antecedentes de demência de Alzheimer, doença de Parkinson e diabetes mellitus tipo 2 não insulinotratada trazido ao Serviço de Urgência por prostração com 10 dias de evolução. Apresentava-se febril à admissão e muito prostrado. Analiticamente apresentava leucocitose (15 850/uL), neutrofilia com PCR:0.97 mg/dL, agravamento da função renal e hiperglicemia. Assumida diabetes mellitus descompensada por foco infecioso não esclarecido, tendo colhido 2 hemoculturas e urocultura. Internado para estudo. Numa fase inicial apresentou evolução clínica desfavorável sob antibioterapia empírica com amoxicilina/clavulanato. Posteriormente as hemoculturas isolaram Strept. pasteurianus. Neste contexto realizou ecocardiograma transtorácico que revelou válvula aórtica tricúspide com imagem hiperecogénica móvel compatível com vegetação e insuficiência aórtica ligeira. Cumpriu antibioterapia com ceftriaxone e gentamicina, assinalando-se franca melhoria clínica. Realizada colonoscopia que evidenciou lesão estenosante do cólon sigmoide a 35 cm da margem anal externa, compatível com adenocarcinoma intestinal padrão tubular invasivo. Foi submetido a sigmoidectomia radical laparoscópica, com colostomia terminal.

Discussão

A associação entre infeções a strept. grupo D e neoplasia do cólon está bem estabelecida. Neste caso a bacteriémia a Strept. pasteurians (antes bovis II.2) embora mais associada a patologia biliar foi a pista para o diagnóstico de adenocarcinoma do colón. Os autores realçam a importância da associação entre bacteriémias a strept. do grupo D e as neoplasias do cólon.

PO012

232 PÉ PENDENTE - UMA MANIFESTAÇÃO RARA DE MENINGOENCEFALITE CRIPTOCÓCICA

Jorge Manuel De Castro Pereira, Sandra Castro Sousa, Cátia Carmona Castro, Fernando Pita

Hospital de Cascais, Cascais, Portugal

Introdução

A meningoencefalite criptocócica é uma infecção oportunista importante em imunodeprimidos. A sintomatologia é variada, podendo anteceder em semanas o diagnóstico. O pé pendente é uma manifestação extremamente rara, sendo o contexto clínico fundamental para uma correcta marcha diagnóstica.

Descrição

Apresenta-se o caso de um homem de 77 anos, com antecedentes de miastenia gravis (sob terapêutica imunossupressora), cardiopatia isquémica e valvular, admitido no Serviço de Urgência (SU) por lombociatalgia direita traumática com irradiação ao pé pela face externa da perna e pé pendente. Realizou tomografia computadorizada (TC) da coluna, electromiograma e ecografia de partes moles que excluíram lesão de nervo periférico, tendo alta referenciado à Consulta de Neurocirurgia.

Regressa ao SU passados 8 dias por disartria e hemiparesia esquerda com 12horas de evolução. Apura-se da anamnese agitação psicomotora há 2 semanas, febre e tosse mucopurulenta. À admissão encontrava-se consciente, orientado, hemodinamicamente estável, apirético, sem meningismo, com disartria, hemiparesia esquerda 4/5 com face e parésia da dorsiflexão do pé direito com reflexos aquilianos abolidos.

Analiticamente destacava-se leucocitose com neutrofilia e PCR de 4mg/dL e radiologicamente condensação da base pulmonar direita. A TC-crânio não revelou alterações agudas. Foi internado com hipóteses diagnósticas de AVC isquémico direito em fase isodensa e pneumonia.

A TC-crânio às 48h e o electroencefalograma foram normais. Face à história clínica, procedeu-se à realização de ecocardiograma para exclusão de fonte embolígena, enquanto aguardava ressonância magnética craniana. Por normalidade do ecocardiograma realizou-se de punção lombar que revelou proteinorraquia, glucose 41mg/dL e 13 leucócitos/uL com predomínio de mononucleares. A pesquisa de antigénio para cryptococcus neoformans viria a revelar-se positiva. Iniciou anfotericina B e flucitosina (21 dias) com reversão parcial e progressiva dos déficits.

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 01
14:00 - 15:30

PO013

242 QUANDO A INFÂNCIA SE PROLONGA...

Olinda Lima Miranda, Maria João Tavares, Emilia Lopes, Elisa Torres, Jorge Cotter

Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, Portugal

Introdução

A infeção pelo Coxsackie tipo A é frequente nas crianças com menos de 10 anos. Apresentando-se como herpangina ou síndrome mão-pé boca. A síndrome mão-pé-boca caracteriza-se pelo aparecimento de vesículas na orofaringe e pápulas nas palmas das mãos e na região plantar. A transmissão ocorre por via fecal-oral ou através de gotículas.

Descrição

Caso Clínico: Mulher, 19 anos, saudável, recorreu ao SU por quadro com 2 dias de evolução de odinofagia, febre (Tmáx 38,2ºC) e erupção cutânea pruriginosa, inicialmente nas mãos e posteriormente nos pés; Ao exame objetivo, com micropapulas eritematosas, vesiculas e pústulas nas mãos e pés, assim como máculas, pápulas e vesiculas no palato e lábios. Foi diagnosticada com síndrome mão-pé-boca. A serologia Anticorpos (Atc) IgM e IgG para Atc anti-coxsackie vírus A foi positiva;

Discussão: Embora a apresentação do síndrome mão pé boca ser rara no adulto, este diagnóstico deve estar presente perante doentes com estas manifestações. O tratamento da doente foi sintomático, com evolução clinica favorável.

(os autores apresentam iconografia)

E-POSTERS

PO014

263 HEPATITE B AGUDA – UMA APRESENTAÇÃO EXTRA-HEPÁTICA

Cristina Silva, Daniela Neto, Isabel Trindade, Helena Sarmento, Jorge Cotter

Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, Portugal

Introdução

O vírus da hepatite B (VHB) pode causar complicações hepáticas e extra-hepáticas, estas últimas menos comuns. As manifestações extra-hepáticas podem ser explicadas através de mecanismos imunológicos.

Descrição

CASO CLÍNICO: Homem, 67 anos, autónomo, com anteceden-

tes de hipertensão arterial e dislipidemia. Recorreu ao Serviço de Urgência por poliartralgias simétricas de carácter inflamatório, envolvendo punhos, cotovelos, ombros e joelhos, com 2 semanas de evolução. Associadamente, referia vómitos alimentares e cefaleias. Foi objetivada icterícia mucocutânea e dor à palpação dos punhos e joelhos bilateralmente, sem artrite. Documentou-se disfunção hepática mista, de novo, de predomínio hepatocelular, com transaminases 30 a 40 vezes o limite superior do normal, sem evidência de insuficiência hepática. Os marcadores víricos foram compatíveis com hepatite B aguda. A ecografia abdominal não tinha alterações. A tomografia computorizada abdominopélvica levantou a suspeita de implantes ósseos secundários. Do estudo complementar, salienta-se VS normal; electroforese de proteínas, alfa-fetoproteína, PSA, ecografia prostática, estudo endoscópico alto e baixo e ecografia cervical e da tiróide sem alterações relevantes. A cintigrafia óssea não favoreceu lesões metastáticas, revelando apenas alterações sugestivas de patologia osteoarticular degenerativa. A evolução foi favorável, com resolução de toda a sintomatologia. Teve alta em D12 de internamento orientado para a consulta de Medicina Interna/Doenças Infecciosas.

DISCUSSÃO: A queixa principal do doente – poliartralgias - foi interpretada no contexto de hepatite B aguda. A hepatite B aguda pode ter como apresentação uma síndrome serum sickness like em 10 a 30% dos casos, com poliartrite, febre, mialgias e rash cutâneo. Estas manifestações tendem a desaparecer com o surgimento da icterícia. Contudo, não são específicas e obrigam a considerar os seus diagnósticos diferenciais.

PO015

292 TUBERCULOSE - O DESAFIO DIAGNÓSTICO

Dalila Parente, Margarida Silva Cruz, Inês Ferreira, Magda Silva, Mari Mesquita

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Penafiel, Portugal

Introdução

As adenopatias periféricas sem causa óbvia após realização de história clínica e exame físico, representam um dilema, sendo a biópsia necessária para obter um diagnóstico definitivo.

Descrição

Mulher, 51 anos. Gânglios dolorosos cervicais e axilar esquerdos, febre vespertina, anorexia, astenia com perda constitucional significativa, artralgias e prostração. TC cervico-torácico: Adenomegalias jugulares internas bilaterais com centro necrótico, adenomegalias axilares bilaterais e múltiplas mediastínicas. Três exames histológicos a documentar: granulomas com extensa necrose central. Imunohistoquímico sem evidência de linfoma. BAAR, micobacteriológico e técnica de amplificação de ácidos nucleicos de bacilo de Koch negativos. IGRA, imunofenotipagem no sangue de linfócitos e estudo imunológico negativos. ECA normal. Serologia para Bartonella henselae negativa. Infeções passadas por epstein barr e citomegalovírus, restantes serologias víricas negativas. Apesar de não haver evidência analítica de infeção por tuberculose, o contexto clínico e epidemiológico favoreciam esta hipótese. Sem evidência de clínica respiratória e exames radiológicos pulmonares normais. No entanto, isolamento no Lavado bronco-alveolar de estirpe de mycobacterium tuberculosis complex multissensível no exame cultural. Iniciou terapêutica antibacilar quadrupla após colheitas, com evolução favorável.

O diagnóstico de tuberculose constitui um desafio na prática clínica. Ser exaustivo na tentativa de identificar o agente etiológico é fundamental para o diagnóstico.

PO016

312 ANÁLISE DE RESISTÊNCIAS ANTIBIÓTICAS NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Marta Ilharco, Carla Maravilha, Laura Moreira, Cleide Barrigoto, Maria Do Carmo Fevereiro, Fátima Lampreia, José Rola

CHLC - Hospital de S. José, Lisboa, Portugal

Introdução

As infeções associadas aos cuidados de saúde e o aumento da resistência aos antimicrobianos representam um problema crescente à escala mundial, apresentando graves consequências clínicas e económicas.

Objetivos

Análise retrospetiva dos microrganismos isolados durante o ano de 2017 nos doentes de uma equipa num Serviço de Medicina Interna e dos antibióticos utilizados; registo das resistências associadas.

Métodos

Consulta das notas de alta dos 127 doentes de uma equipa num Serviço de Medicina Interna de um Hospital Central, levantamento de todas as infeções bem como dos isolamentos. Consulta de testes de sensibilidade para averiguar as resistências a antibioterapia.

Resultados

Dos 127 doentes analisados, verificou-se um total de 63 infeções a condicionar 39 isolamentos, com rendimento de exames culturais de 22,6% nas infeções respiratórias, 75% nas infeções urinárias e 92% nas infeções assumidas como sépsis. A classe antibiótica mais utilizada foi a dos beta-lactâmicos, destacando a elevada utilização de Ceftriaxone (29,3%), Amoxicilina/Ácido Clavulânico (15,6%) e Piperacilina/Tazobactam (15,6%). Os microrganismos mais isolados foram a Escherichia coli (18%), o Streptococcus pneumoniae (13%) e a Pseudomonas aeruginosa (13%). Destes, 36% eram resistentes à Ampicilina, 31% à Amoxicilina/Ácido Clavulânico e 23% ao Trimetoprim/Sulfametoxazol e Gentamicina. Verificou-se resistência às quinolonas em 18% dos casos.

Conclusões

O desenvolvimento de resistências bacterianas é um fenómeno natural resultante da pressão seletiva; tem contudo sofrido uma expansão acelerada pela utilização inadequada destes fármacos, verificando-se uma clara relação entre um maior consumo de antibióticos e níveis mais elevados de resistências. Não são desprezíveis a resistência às quinolonas nem o surgimento de bactérias multirresistentes. Torna-se urgente criar meios de educação e formação de doentes e profissionais de saúde a fim de promover a utilização racional de antibióticos.

PO017

316 VOLVO RECIDIVANTE, UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE TUBERCULOSE PERITONEAL

Carla Pereira Fontes, Érico Costa, Samuel Fonseca

Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga (CHEDV), Santa Maria Da Feira, Portugal

Introdução

A tuberculose (TB) peritoneal representa 1 a 2% dos casos de TB. Geralmente está associada a um foco primário de Mycobacterium tuberculosis (MT) em outras localizações, particularmente no pulmão. Porém, menos de um terço dos doentes apresenta evidência clínica ou imagiológica de TB pulmonar. As manifestações clínicas são habitualmente inespecíficas e com meses de evolução.

Descrição

Descreve-se o caso de um homem de 87 anos, previamente autónomo; episódio de volvo sigmoide, resolvido endoscopicamente 2 meses antes. Apresentava febre persistente e distensão abdominal de agravamento progressivo, sem sinais de irritação peritoneal; trânsito gastrintestinal mantido. Analiticamente com proteína C reativa e velocidade de sedimentação eritrocitária elevadas, e anemia. A tomografia computorizada revelou distensão cólica, em particular do sigmoide, e moderada ascite loculada; excluído envolvimento pulmonar. Admitida recorrência de quadro suboclusivo por volvo, sendo submetido a destorção endoscópica; sem evidência de lesões na mucosa aquando do procedimento. Manteve, contudo, síndrome inflamatória sistémica sem foco infecioso óbvio (exames culturais do sangue, urina, líquido peritoneal e líquor negativos). Serologias dos vírus das hepatites B e C, e vírus da imunodeficiência humana negativas. Líquido peritoneal com 1448/µL leucócitos (62.5% de polimorfonucleares), gradiente de albumina soro-ascítico <1.1 e níveis elevados de proteínas e ADA; teste de libertação do interferão-γ para MT positivo. Identificação de MT complex em cultura após 5 semanas, tendo iniciado terapêutica antibacilar.

O tratamento precoce é crucial na prevenção da morbilidade e mortalidade associadas à TB, sendo necessário um elevado índice de suspeita para o diagnóstico, especialmente na doença extrapulmonar.

PO018

326 DOENÇA DE WHIPPLE E LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA: HAVERÁ ASSOCIAÇÃO?

Verónica Guiomar, Maria João Pinto, Abílio Vilas Boas

Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

Introdução

A Doença de Whipple é uma entidade rara e com apresentação clínica variável que pode mimetizar doença linfoproliferativa.

Descrição

Caso Clínico: Homem, 55 anos. Internado por síndrome febril com 2 meses de evolução. Astenia, anorexia e perda ponderal de cerca de 10% do peso habitual no último mês. Dor na fossa ilíaca esquerda, sem alterações do trânsito intestinal. Anemia ferropénica, sem perdas hemáticas macroscópicas nem alterações no estudo endoscópico alto e baixo. Parâmetros inflamatórios elevados sem isolamentos microbiológicos em hemoculturas, antigenúrias, urocultura e secreções brônquicas, incluindo pesquisa de Mycobacterium tuberculosis. Ecocardiograma transtorácico sem vegetações. Tomografia (TC) cervico-toraco-abdominopélvica revelou hepatoesplenomegalia e múltiplas adenomegalias retroperitoneais, mesentéricas e ilíacas. Colocada hipótese de processo linfoproliferativo; biópsia aspirativa ganglionar inconclusiva, imunofenotipagem de sangue periférico e da medula óssea (MO) com população B monoclonal levantando a hipótese de LLC. Realizada biópsia excisional de uma das adenopatias que revelou linfadenite compatível com Doença de Whipple, sem sinais de malignidade. Biópsia da MO com alterações reativas em relação com diagnóstico prévio e presença de escassa população linfoide B CD5+/CD23+ compatível com LLC. Doente sem sintomas B desde que iniciou terapêutica antibiótica dirigida para o Tropheryma whipplei. Em vigilância na consulta de Hematologia, sem iniciar terapêutica para LLC por estar assintomático e sem aparente progressão da doença hematológica.

Discussão: Apesar destas duas patologias constituírem diagnósticos diferencias de síndrome febril e consumptiva, este caso demonstra que podem co-existir. Na literatura há apenas um caso descrito de associação entre estas duas entidades, no qual a Doença de Whipple surge como complicação do tratamento da leucemia linfocítica crónica (LLC) com fludarabina.

PO019

335 TOXOPLASMOSE CEREBRAL EM DOENTE GRAVEMENTE IMUNODEPRIMIDO – UM CASO DE SUCESSO

Daniela Neto, Juliana Silva, Cristina Silva, Helena Fernandes, Helena Sarmento, Jorge Cotter

Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, Portugal

Introdução

A toxoplasmose, causada pelo protozoário intracelular Toxoplasma Gondii, é a infeção mais comum do sistema nervoso central em doentes com síndrome de imunodeficiência humana (HIV).

Descrição

CASO CLÍNICO: Sexo masculino, 44 anos, antecedentes de infeção por HIV e vírus da hepatite C, não cumpridor de tratamento e toxicodependência por heroína. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por desequilíbrio da marcha, hipostesia e hemiparésia esquerdas e disartria. Ao exame objetivo, além dos défices supracitados, apresentava aspeto emagrecido. Dos exames complementares (ECD) realizados, de relevo, analiticamente leucócitos de 3900/uL com linfócitos de 1300/uL,na tomografia computorizada (TC) crâneo-encefália (CE) áreas edematosas de predomínio subcortical hemisféricas bilaterais (principalmente, parietais bilaterais e têmporo-occipital direita) e hipodensidade no tálamo direito.

Foi internado no Serviço de Medicina Interna manifestando, inicialmente, depressão do estado de consciência. Durante a investigação diagnostica, foram realizados outros ECD, de relevo: CD4+ de 56/uL; PCR do toxoplasma positivo no LCR; identificação de pneumocystis jirovecii na cultura da expetoração; na ressonância magnética CE lesões expansivas intra-axiais cortico-subcorticais com halo de edema vasogénico, sugerindo toxoplasmose; TC de tórax com áreas de consolidação e densificação inflamatória bilaterais principalmente no lobo superior direito e micronodulos com padrão tree in bud sugerindo processo infecioso com disseminação endobrônquica.

Foi feito o diagnóstico de toxoplasmose cerebral e pneumocistose por pneumocystis jirovecii, tendo iniciado terapêutica com cotrimoxazol e anti-retrovírica. À alta, encontrava-se assintomático, sendo orientado para a consulta de Medicina Interna/ Doenças Infeciosas.

DISCUSSÃO: É importante a monitorização da carga vírica em doentes com HIV e a realização de profilaxia aquando contagens de CD4 < a 100 células/uL em doentes que são Toxoplasma Gondii IgG positivos.

PO020

363 ESTIRPES PRODUTORES DE BETA-LACTAMASES DE ESPECTRO ALARGADO – UM ANO NA ENFERMARIA DE MEDICINA

Telma Elias, Carmen Ferreira, Mario Monteiro, Isabel Martins, Carlos Cortes, Fatima Pimenta

Centro Hospitalar Medio Tejo, Abrantes, Portugal

Introdução

As enterobacteriáceas produtoras de beta-lactamases de espectro alargado (ESBL) têm representado uma emergência nos últimos anos e um problema de saúde pública. São uma causa importante de infeções graves em doentes hospitalizados.

Objetivos

Os autores avaliaram a prevalência de ESBL durante o ano de 2017, no internamento de medicina.

Métodos

Estudo retrospetivo

Resultados

A Escherichia coli (E.coli) e a Klebsiella pneumoniae (K.pneumoniae) são as ESBL mais frequentes. Foram isoladas no total 386, das quais 222 E.coli e 164 K.pneumoniae. Das 386, 122 foram ESBL, destas 58 E.coli (26.13%) e 64 K.pneumoniae (39.02%).

Dos antibióticos testados no que diz respeito às 64 K.pneumoniae ESBL todas foram resistentes à ampicilia, amoxicilina/ AC, ciprofloxacina e cefalosporinas 2ª geração. Em relação resistências das cefalosporinas de 3ª e 4ª geração, 90.63% e 40.63% respetivamente. 13 resistentes aos carbapenemes, 46 piperacilina/tazobactam (Pip/Tazo), 53 Trimeto/Sulfametoxazol, 45 gentamicina. Apenas 1 resistência à colistina. A salientar a baixa resistência à fosfomicina 21.88% (N=14).

Das 58 E.coli ESBL foram todas resistentes à ampicilina, amoxicilina/AC e cefalosporinas 2ª geração. 58.62% (N=34) resistentes a cefalosporinas 3ª geração e 31.03% (N=18) resistentes a cefalosporinas 4ª geração. 18 foram resistentes Pip/Tazo, 31 Trimeto/Sulfametoxazol, 36 gentamicina. De salientar elevada resistência à ciprofloxacina 92.83% (N=55), a baixa resistência à nitrofurantoína e fosfomicina, 1.72 e 6.90% respetivamente. Não houve resistências aos carbapenemes bem como à colistina.

Conclusões

As ESBL apresentam resistências elevadas à maioria das classes de antibióticos, algumas já com resistências a carbapenemes. São cada vez mais frequentes e responsáveis por infeções graves nos hospitais, levando mesmo à necessidade de isolamento destes doentes. Quando comparadas, a K.pneumoniae ESBL apresenta resistências mais elevadas em relação à E.coli.

PO021

371 TUBERCULOSE MILIAR - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Cleide Barrigoto[1], Patrícia Pereira[2], Leonor Soares[1], Laura Bonito Moreira[1], Catarina Rodrigues[1], Umbelina Caixas[1], Helena Amorim[1], José Rola[1]

[1]Hospital de São José - Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, Portugal

[2]Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, Lisboa, Portugal

Introdução

A tuberculose miliar é uma forma potencialmente fatal de infeção por Mycobacterium tuberculosis que resulta da disseminação generalizada do bacilo por via hematogénica e linfática. Apesar de rara tem-se vindo a tornar mais frequente com a epidemia VIH e com o aparecimento de fármacos imunossupressores. A clínica é inespecífica e é necessário um elevado grau de suspeição para o seu diagnóstico e terapêutica atempadas.

Descrição

Apresentamos o caso de um doente de 70 anos, género masculino com antecedentes de Linfoma não Hodgkin linfoplasmocítico associado a massa renal que comprimia o rim esquerdo com consequente hidronefrose e doença renal crónica. Interrompida QT cerca de 3 meses antes do internamento por ausência de resposta e por trombocitopenia iatrogénica, encontrando-se apenas sob corticoterapia sistémica. Internado por pneumonia por S. pneumoniae tendo cumprido 8 dias de cefriatroxe de acordo com TSA. Por neutropénia febril iniciou piperacilina/tazobactam e linezolide e face ausência de isolamentos em HC's seriadas realizou TC-TAP que revelou "doença fúngica multissistémica com envolvimento pulmonar, hepático e esplénico". Após discussão multidisciplinar iniciou voriconazol pela hipótese diagnóstica de aspergillose. Por manter febre foi realizado novo rastreio séptico, desta vez com culturas para BK e face isolamento de K.pneumonia ESBL na expectoração iniciou ertapenem de acordo com TSA. Apesar disso, houve evolução para falência multiorgânica e morte. Pós-mortem fomos contactados pelo Serviço de microbiologia por isolamento em HC de Mycobacterium tuberculosis complex.

Apresentamos o presente caso pela dificuldade do diagnóstico e para relembrar que em Portugal a Tuberculose é ainda uma doença prevalente e que apesar da forma miliar ser mais frequente em doentes VIH deve ser considerada qualquer que seja a causa de imunossupressão.

PO022

374 MYCOBACTERIUM LENTIFLAVUM - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Leonor Soares[1], Cleide Barrigoto[1], Patrícia Pereira[2], Marta Ilharco[1], Catarina Rodrigues[1], Umbelina Caixas[1], Helena Amorim[1], José Rola[1]

[1]Hospital de São José - Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, Portugal

[2]Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, Lisboa, Portugal

Introdução

A Mycobacterium lentiflavum é uma micobactéria não tuberculosa conhecida desde 1996. Os casos documentados têm vindo a crescer devido ao avanço dos métodos de deteção clínica e ao aumento da prevalência de VIH e de fármacos imunossupressores. São mais frequentes em crianças com linfadenite cervical e em imunodeprimidos podendo haver envolvimento de outros órgãos.

Descrição

Apresentamos o caso de um doente de 56 anos com hábitos etanólicos e tabágicos mantidos e toxicofílicos no passado, com internamento recente por sinus pilonidalis infectado. Admitido por caquexia, anemia e febre. Por hipotensão iniciou empiricamente piperacilina/tazobactam após rastreio séptico (HC, UC e culturas em bactek) e para esclarecimento do quadro realizou estudo alargado que incluiu TC-TAP com adenopatias mediastínicas, axilares, retroperitoneais, mesentéricas e inguinais. Após excisão de gânglio inguinal e realização de biopsia óssea foi diagnosticado Linfoma Hodgkin típico com envolvimento medular (estadio IV) e com indicação para quimioterapia de acordo com a Hematologia. Apesar de antibioterapia manteve-se febril tendo sido posteriormente isolado Mybobacterium lentiflavum em exame cultural de suco gástrico (internamento prévio). Apesar de pouca bibliografia acerca da indicação terapêutica e abordagem antibiótica indicada foi decidido em reunião multidisciplinar iniciar etambutol, azitromicina e rifampicina, dado imunossupressão e necessidade de quimioterapia. Por insuficiência hepática esta foi interrompida a D5, contudo verificou-se agravamento clínico com falência multiorgânica e morte.

Apresentamos este caso pela sua raridade e ainda pouco conhecimento em relação à relevância clínica e necessidade de terapêutica destas micobactérias. Neste caso a indicação para tratar foi colocada pela imunossupressão associada à doença de base e necessidade de quimioterapia.

PO023

375 ATAXIA CEREBELOSA SUBAGUDA EM DOENTE CRONICAMENTE IMUNODEPRIMIDO

Vanessa Barcelos, Ana Carolina Ferreira, Marlene Estácio, Mariano Pacheco, Clara Paiva

Hospital Divino Espírito Santo, Ponta Delgada, Portugal

Introdução

A leucoencefalopatia multifocal progressiva (LMP) é uma infeção oportunista do sistema nervoso central (SNC) causada pelo vírus poliomavírus JC. Carateriza-se por desmielinização focal, manifestando-se com déficits neurológicos focais variáveis de acordo com a área afetada.

Descrição

Homem de 41 anos, leucodérmico, ex-usuário de drogas endovenosas. Observado em contexto de urgência por quadro com duas semanas de evolução de desequilibro na marcha. À observação com disartria e ataxia cerebelosa, sem outros déficits. Laboratorialmente com anemia normocítica normocrómica (Hb 11,8 g/dL), leucograma sem alterações, VS 65 mm e proteína-C-reativa 1,86 mg/dL. Realizou tromografia craniana sem alterações. Admitido em internamento para estudo, com serologias positivas para VIH-1/2, hepatite C e serologias compatíves com infeção prévia por citomegalovirus e hepatite A; serologia anti-toxoplasma e VDRL negativa. Realizada punção lombar para exclusão de infeções oportunistas com líquor límpido e incolor, com 11 cél/mm3, predomínio de células mononucleares linfocitárias; glucorráquia 43 mg/dL e proteinorraquia 0,53 g/dL. Detetado Poliomavirus JC, por pesquisa molecular, no líquor. Ressonância magnética com hipersinal nas ponderações T2, discreto hiposinal em T1 e ausência de captação de contraste a nível dos pedúnculos cerebelosos e hemisférios cerebelosos, com predomínio direito. Diagnóstico de LMP, estadiamento imunovirológico com carga viral VIH-1 5,61 log/mL, CD4+ 187/mmc (7%), tendo iniciado terapêutica antirretroviral combinada (TARV) com estabilização do quadro.

Conclusão: Demonstra-se neste caso a importância da exclusão de causas infeciosas perante um quadro neurológico de novo. Neste caso o diagnóstico de infeção por VIH-1 foi a chave para o diagnóstico definitivo e a instituição da TARV essencial para o controlo imunovirulógico e prevenção da progressão da doença.

PO024

384 QUE SINALIZA O STREPTOCOCOS VIRIDANS?

Vilma Laís Grilo, Ana Glória Fonseca, Francisca Delerue

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução

A endocardite infecciosa (EI) é ainda uma patologia prevalente, que está associada a um extenso espectro de complicações, comportando elevada morbilidade e mortalidade. Dada a gravidade das complicações, a cirurgia é frequentemente essencial para o sucesso terapêutico.

Descrição

Homem de 70 anos, com antecedentes de cardiopatia valvular (insuficiência aórtica e mitral moderadas), com higiene oral pobre, peças dentárias em mau estado de conservação e cáries. Admitido por quadro com um mês de evolução de dor dorso-lombar, febre, astenia e perda ponderal não quantificada. À observação encontrava-se febril, hemodinamicamente estável, com sopro sistólico na auscultação. Analiticamente com parâmetros inflamatórios aumentados. Avaliação imagiológica demonstrou abcesso renal direito e espondilodiscite dorsal, medicado com piperacilina + tazobactam. As hemoculturas foram positivas para Streptococcus viridans, pelo que se descalou antibioterapia para penicilina. Ecocardiograma transesofágico confirmou endocardite infecciosa de válvula nativa, com identificação de vegetações mitro-aórticas e insuficiência mitral grave. Cumpriu 80 dias de antibioterapia dirigida, posteriormente submetido a colocação de próteses biológicas mitral e aórtica. Hemoculturas seriadas e culturas valvulares negativas. Alta clinicamente melhorado.

A ausência de cuidados regulares de saúde e higiene oral com infecções odontológicas associadas, situação muito prevalente na população, constitui um importante factor de risco para o desenvolvimento de EI por agentes da flora nativa da cavidade oral, nomeadamente Streptococcus spp. Este risco aumenta em indivíduos com comorbilidades como a cardiopatia estrutural e as valvulopatias mitrais e aórticas. Salienta-se a necessidade de acesso a um plano estruturado de cuidados de saúde oral como estratégia fundamental de prevenção primária e secundária de EI.

PO025

391 DOENÇA DE WHIPPLE – QUADRO CLÍNICO SIMULADOR DE LINFOMA

Leila Duarte, Mónica Palma Anselmo, João Madeira Lopes, J Meneses Santos, Rui M M Victorino

Hospital Santa Maria - CHLN, Lisboa, Portugal

Introdução

A doença de Whipple é uma entidade rara que, pelas características da sua participação sistémica, pode simular outras entidades.

Descrição

Apresenta-se o caso de uma mulher de 62 anos, admitida por suspeita de linfoma intestinal. Tinha diarreia aquosa, 4-5 dejecções/dia, sem sangue, muco ou pús, náusea, vómitos alimentares, sudorese nocturna, anorexia e perda ponderal de

18 kg com um ano de evolução. Referia nos 6 anos anteriores poliartralgias migratórias das grandes articulações. Ao exame objectivo, sem adenomegalias ou hepatoesplenomegalia. Analiticamente Hb 9,8 g/dL, leucócitos 7140/µL, neutrófilos 81,9%, plaquetas 204000/µL, siderémia 9,3 µg/dL, CTFF 162 µg/dL, ferritina sérica 271,3 µg/L, vitamina B 12 - 703 pg/mL, folatos séricos 3,5 ng/mL, VS 85 mm, creatinina 0,69 mg/dL, ureia 33 mg/dl, Na+ 136 mmol/L, K+ 3,8 mmol/L, Ca 2+ 9,4 mg/dL, P: 4,0 mg/dL, Mg 2+ 2,1 mg/dL, LDH 160 U/L, PCR: 4,56 mg/dL. TC toraco-abdomino- pélvica com conglomerados adenopáticos retroperitoneais, múltiplas adenopatias subdiafragmática, e mesentéricas, densificação fibroadiposa da raiz do mesentério, não se observando hepatoesplenomegalia ou ascite. Endoscopia digestiva alta e colonoscopia sem alterações. O exame anatomopatológico de gânglio mesentérico revelou marcada histiocitose com formação de microgranulomas com focos de necrose não caseosa e identificou bacilos Gram + intra-macrofágicos, PAS +, sugestivos de Tropheryma whipplei. Perante o diagnóstico de doença de Whipple, fez ceftriaxone 2g/dia durante 14 dias, tendo iniciado posteriormente trimetoprim sulfametoxazol 960 mg 2x/dia.

A doença de Whipple é primariamente uma entidade gastrointestinal na sua expressão clínica. Tem, no entanto, manifestações extradigestivas e constitucionais que podem induzir a outros diagnósticos. Um importante envolvimento ganglionar, sintomas constitucionais e diaforese podem sugerir o diagnóstico de linfoma, como inicialmente admitido no caso acima apresentado.

PO026
406 SERIA EVIDENTE?

Tânia Batista, António Novais, Paula Manuel, António Correia
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Viseu, Portugal

Introdução

Introdução: A endocardite ocorre quando uma bactéria/outro microrganismo se dissemina pela corrente sanguínea atingindo o endocárdio, podendo lesar ou destruir as válvulas do coração.

Descrição

Caso clínico: Homem, 69 anos. Antecedentes de enfarte agudo do miocárdio há 4 meses, submetido a angioplastia com stent. Desde então com quadro de anorexia, astenia, perda ponderal e omalgia esquerda incapacitante. Ao exame físico de salientar palidez mucocutânea, aspeto emagrecido e presença de bursite com derrame articular gleno-umeral (confirmados em ecografia). Analiticamente com anemia microcítica e elevação dos parâmetros inflamatórios. Internado por síndrome constitucional. Do estudo complementar salienta-se: endoscopia digestiva alta e baixa sem alterações; ressonância magnética do ombro compatível com artrite sética e hemoculturas positivas para staphylococcus aureus meticilina-sensível (MSSA), pelo que iniciou antibioterapia com flucloxacilina. Colocada a hipótese de endocardite, confirmada por ecocardiograma transesofágico que revelou vegetação da válvula tricúspide. Apresentou agravamento clínico, analítico e imagiológico com raio x tórax a mostrar derrame pleural loculado esquerdo (empiema) e tomografia computorizada toraco-abdomino-pélvica a revelar extensa coleção abcedada paravertebral direita. Por lesão renal aguda oligoanúrica e instabilidade hemodinâmica em contexto de choque sético foi admitido na Unidade de Cuidados Intensivos e submetido a drenagem cirúrgica dos abcessos. Posterior isolamento de MSSA no líquido pleural e no conteúdo de drenagem da coleção abcedada. Evolução desfavorável vindo a falecer.

Discussão: A endocardite pode manifestar-se de forma gradual ou repentina, tornando-se potencialmente fatal se não diagnosticada e tratada atempadamente. A suspeita deve ser feita com base na história clínica e exame objetivo, tornando-se fundamental não descorar nenhum fator potencialmente causal, neste caso considerado a intervenção prévia aquando do cateterismo.

PO027
462 SUSPEITA DE FEBRE Q CRÓNICA EM PORTADOR DE FIXADOR INTERNO

Rita J. Rodrigues, Raquel Viana, Miguel Gonzalez Santos, Paula Gonçalves Costa, Marta Costa Gonçalves, Miriam Magalhães, Alcina Ponte
Hospital Santo André, Leiria, Portugal

Introdução

A febre Q é uma zoonose transmitida através da inalação de aerossóis contendo esporos de Coxiella burnetti presente em animais infetados ou do contacto com os mesmos através de soluções de descontinuidade na pele. A febre Q crónica está particularmente associada a portadores de próteses valvulares, vasculares e articulares.

Descrição

Homem, 63 anos, autónomo, com antecedentes de hipertensão arterial e fratura do cotovelo direito submetida a correção cirúrgica com fixador interno. Foi orientado para consulta de Medicina Interna por hipertensão arterial grau III e doença renal crónica estádio G4. Nesta consulta, o doente referiu cefaleias temporais, anorexia, perda ponderal de 13kg, sudorese noturna e temperaturas subfebris com início nos 4 meses anteriores. Solicitou-se tomografia axial computadorizada toraco-abdomino-pélvica que revelou múltiplas formações ganglionares de morfologia ovalada ao nível mediastínico, com diâmetro máximo de 30 mm, e supraclaviculares e axilares, com dimensões até 15 mm. Solicitou-se biópsia de gânglio supraclavicular que se revelou inconclusiva. Na avaliação analítica, apresentava lin-

fopenia, monocitose e eosinofilia, assim como serologia para Coxiella burnetti positiva para antigénios de fase II e I, pelo que foi internado por suspeita de Febre Q e realizou antibioterapia com doxiciclina durante 2 semanas. A repetição de serologia para C. burnetti revelou IgG 1/200 para antigénio de fase I e IgG 1/100 para antigénio de fase II, com IgM negativas. O ecocardiograma transtorácico não visualizou vegetações valvulares. Por manter a clínica referida, embora com melhoria parcial, iniciou doxiciclina 100mg 12-12h e hidroxicloroquina 200mg 8-8h por suspeita de Febre Q crónica e prednisolona 60mg/dia por possível glomerulonefrite associada. O doente tem apresentado melhoria do quadro constitucional, regressão das adenopatias e melhoria da função renal.

Apesar da endocardite ser a apresentação mais comum de Febre Q crónica, esta nem sempre está presente, o que dificulta o diagnóstico. Dada a elevada taxa de mortalidade, deve ser sempre considerada, especialmente em doentes portadores de próteses.

PO028

469 "QUANDO A CABEÇA NÃO TEM JUÍZO ... O AVC É QUE PAGA" – CASO CLÍNICO DE MENGOENCEFALITE VÍRICA COM APRESENTAÇÃO INICIAL DE MIMIC STROKE

Joana Couto[1], Soraia Azevedo[2], Luís Pontes Santos[1], António Ferreira[1], Pedro F. Pinto[1], Emília Guerreiro[1], Raquel López[1], Diana Guerra[1]

[1]Serviço de Medicina 1 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana Do Castelo, Portugal

[2]Serviço de Reumatologia - Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana Do Castelo, Portugal

Introdução

Por vezes a apresentação típica de um acidente vascular cerebral (AVC) mimetiza outras doenças devastadoras, por exemplo a meningoencefalite viral (MEV). A MEV é uma doença grave com elevada morbi-mortilidade, sendo maioritariamente causada pelo vírus herpes simplex tipo 1 (HSV-1).

Descrição

Caso Clínico: Homem, 56 anos, fumador (40 UMA) e com consumo excessivo de álcool, recorreu ao serviço de urgência por quadro com 24 horas de evolução de afasia motora, défice de concentração e alteração do estado de consciência – triado como Via verde de AVC. Inicialmente, sem febre ou outras alterações ao exame físico. Realizou TC cranioencefálica (CE) e Angio-TC: sem alterações. Passadas 4 horas, pico febril (Tªax.: 39ºC) e progressão de afasia motora para afasia global. Punção lombar (PL) com 85 leucócitos: 12% neutrófilos; 72% linfócitos; glicose 68mg/dL; proteínas: 61mg/dL. Internado por encefalite e medicado com aciclovir e ampicilina. Por agravamento clínico nos primeiros 2 dias com parésia do membro superior direito e agravamento do estado de consciência, repetida PL: aumento da proteinorraquia e linfocitose, realizou TC CE: "hipodensidade cortico-subcortical associada a sinais de edema no lobo temporal esquerdo com efeito de massa" – inicou dexametasona. RMN com alterações compatíveis com meningoencefalite herpética e EEG com atividade eplitiforme (pelo que iniciou levetiracetam). PCR do liquor positivo para DNA de (HSV-1). Cumpriu 15 dias de aciclovir e 12 dias de dexametasona - melhoria progressiva. Reavaliado 4 meses após a alta, RMN com sequelas da encefalite, EEG sem atividade epileptiforme e avaliação neuropsicologia com alterações moderadas.

Conclusão:

Doenças mimetizadoras de AVC podem ser difíceis de reconhecer inicialmente, sendo essencial identificar sintomas/sinais atípicos e descartar outros diagnósticos. A MEV herpética é uma emergência médica, uma clínica sugestiva obriga à rápida instituição de terapêutica antivírica.

PO029

474 INFEÇÃO FÚNGICA INVASIVA POR SACCHAROMYCES CEREVISIAE

Eduardo Carvalho[1], Carolina Carvalho[2], Vitor Branco[1], Cristina Coxo[1]

[1]Centro Hospitalar Cova da Beira, Covilhã, Portugal

[2]Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, Castelo Branco, Portugal

Introdução

O Saccharomyces cerevisiae, também conhecido como "fermento do pão ou da cerveja" geralmente é encontrado em plantas, frutos e no solo. O Saccharomyces boulardii é um subtipo do S. cerevisiae utilizado no tratamento de quadros diarreicos, sobretudo associados aos antibióticos. Desde a década de 1980 tem sido reportado casos de infeção fúngica invasiva por S. cerevisiae em doentes com patologia crónica e imunocomprometidos.

Descrição

Os autores descrevem o caso de um homem de 68 anos com antecedentes de neoplasia do intestino delgado com invasão retroperitoneal, submetido a nefrectomia direita e ressecção segmentar do intestino delgado. Transferido para unidade de cuidados intensivos no pós-operatório imediato por quadro de choque distributivo. Durante o internamento o doente apresentou quadro de sépsis grave sem foco infecioso claro. Neste contexto realizou-se a substituição do cateter venoso central e colheita de culturas. As hemoculturas e a cultura da ponta do cateter foram positivas para S. cerevisiae. Instituída terapêutica com Anfotericina B lipossomal, inicialmente com boa resposta, mas falecendo no 18º de tratamento em decorrência a outras complicações.

Apesar do doente não ter sido medicado com compostos de

S. cerevisiae, sua medicação era manipulada em uma bancada conjunta, onde estava a ser preparado um liofilizado a base de S. boulardii, o que provavelmente promoveu contaminação cruzada das medicações.

A infeção invasiva por S. cerevisiae geralmente é grave e acomete pacientes imunocomprometidos, internados, portadores de cateteres centrais e com patologias crónicas. Tais pacientes são suscetíveis a infeção, não apenas quando tratados com liofilizados da levedura, mas também por contaminação ambiental. O presente caso alerta para a utilização e manuseio destes medicamentos em enfermarias com ou sem bancadas comuns para a preparação de fármacos, uma vez que os liofilizados de leveduras, tem aplicação terapêutica limitada e podem causar infeções fúngicas graves.

PO030

529 IMPLANTES PERITONEAIS COM SCALLOPING DO FÍGADO POR DOENÇA DISSEMINADA

Sara Sintra, João Madaleno, Catarina Canha, Adélia Simão, Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

Os implantes peritoneais podem ser de causa neoplásica (carcinomatose, mesotelioma, linfoma, pseudomixoma peritonei) ou inflamatória (histoplasmose, tuberculose (TB)).

Descrição

Mulher de 19 anos, natural de Angola, recorreu ao Serviço de Urgência por febre intermitente, dor abdominal, perda ponderal, anorexia e náuseas. Internamento recente por derrame pleural direito, septado, sugestivo de empiema. Medicada com clindamicina e corticóide. Referia viagens recentes à África Central e contato com familiares diagnosticados com malária. Exame objetivo com dor nos quadrantes abdominais inferiores; sem adenopatias periféricas palpáveis. Anemia microcítica/hipocrómica, linfopenia, VIH e pesquisa de Plasmodium negativos. Ecografia abdomino-pélvica: derrame peritoneal moderado, sem massas abdominais ou ginecológicas. Interferon gama positivo. Broncofibroscopia com aspirado brônquico: células inflamatórias; pesquisa de micobactérias negativa. Assumiu-se diagnóstico provável de TB e iniciou-se terapêutica antibacilar. Dois meses depois: TC toraco-abdomino-pélvica mostrou "formações nodulares nos ápices; espessamentos pleurais focais; pequeno derrame pericárdico; sem derrame pleural; implantes peritoneais com componente líquido central, condicionando scalloping dos contornos hepáticos; sem adenomegalias mediastínicas, hilares, abdominais ou pélvicas; pequeno derrame peritoneal". Efetuada punção de implante peri-hepático com colheita de material purulento e isolamento de Mycobacterium tuberculosis complex. Manteve terapêutica durante 9 meses com melhoria clínica e analítica.

Discussão: O diagnóstico de TB extrapulmonar pode ser difícil, levando muitas vezes ao atraso no início do tratamento. Sendo uma doente jovem com clínica relevante e proveniente de área endémica, iniciou terapêutica por elevada suspeita. Este caso exemplifica a apresentação insidiosa de TB e serve para reforçar a importância de obter material precocemente para estabelecer o diagnóstico.

PO031

557 PRESO POR UM FIO

Valentina Tosatto, Cristiano Cruz, Lourenço Cruz, Torcato Marques, Paula Nascimento, Zsófia Vesza, André Almeida, Nélia Marques, Rita Barata Moura

Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, Portugal

Introdução

Homem de 79 anos, autónomo, com múltiplas comorbilidades, entre as quais cardiopatia isquémica com insuficiência cardíaca (IC) e múltiplos internamentos no contexto de descompensação, fibrilhação auricular permanente, portador de pacemaker (PM). Internado por quadro infecioso de origem nosocomial a condicionar nova descompensação de IC.

Descrição

Medicado inicialmente com Ceftriaxona, sendo admitida infeção do trato urinário, com isolamento em urocultura Raoultella ornithinolytica. Isolamento de Staphylococcus aureus meticilino sensivel em ambas as hemoculturas (HCs) colhidas no dia de admissão, na sequencia de flebite no antebraço esquerdo de internamento recente prévio. Acrescentada Flucloxacilina dirigida para bacteriemia, salientando presença à admissão de sopro sistólico na área tricuspide, de indeterminada evolução temporal. Realizado ecocardiograma transtorácico, existindo alterações não categoricamente sugestivas de endocardite da válvula mitral que não se confirmaram no transesofágico, porém com evidencia de imagem filiforme de 4.4mm na sonda do eletrocateter nas cavidades direitas, sugestiva de vegetação. Por fraca resposta clínica e evidencia de segunda vegetação no eletrocateter após 3 semanas, escalada antibioterapia para Vancomicina e posteriormente acrescentada Rifampicina para sinergismo, mantendo HCs estéreis. Após discussão multidisciplinar, extração de PM após 4 semanas de antibioterapia, com pacing temporário externo. Após duas semanas, mantendo HCs estéreis e não havendo evidencia de novas vegetações, colocado novo PM definitivo, mantendo antibioterapia com Vancomicina e Rifampicina durante mais uma semana (no total 7 semanas). Evolução favorável.

O caso representa um exemplo de endocardite de eletrocateter de PM de difícil gestão, não existindo indicações especificas acerca do melhor timing para intervenção e tendo em conta os riscos associados ao procedimento e a possibilidade de haver recidiva.

PO032

579 SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ E BRUCELOSE - UMA ASSOCIAÇÃO RARA

Ana Cardoso, Patrícia Semedo, Nuno Jacinto, J. Meneses Santos, Rui M. M. Victorino

Serviço de Medicina 2 do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

Introdução

A Síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma polineuropatia periférica auto-imune que se manifesta por diminuição da força muscular, simétrica e progressiva, com hipo ou arreflexia. Pode ocorrer em associação com certas infecções, sendo as mais frequentes a Campylobacter jejuni, Citomegalovirus e vírus Epstein-Barr. Foi também descrita na sequência de infecção por brucelose, havendo, no entanto, poucos casos publicados.

Descrição

CASO CLÍNICO

Homem de 84 anos, internado por astenia, anorexia, lombalgia e temperatura sub-febril com uma semana de evolução. Ingesta nos meses anteriores de produto lácteo não pasteurizado. Tinha Hb 12.5 g/dL, leucócitos 14.790x106/L; (N 87.5%); PCR 17.69mg/dL; VS 60mm. O Rosa-Bengala foi positivo e o teste de Huddleson apresentou uma titulação de 1/320, tendo-se admitido infecção brucélica. Foi medicado com doxiciclina e gentamicina e posteriormente rimfampicina, observando-se regressão do quadro clínico e laboratorial. Após três semanas de internamento, estabeleceu em 24h tetraparésia simétrica de predomínio distal e arreflexia. Foi realizada punção lombar com líquor límpido e incolor, proteinorráquia de 33,6mg/dL, glicorráquia de 48mg/dL (sérica 138mg/dL) e 1,0 células/mm3. A EMG revelou polineuropatia sensitivo-motora de predomínio axonal, compatível com SGB. Iniciou terapêutica com imunoglobulina endovenosa com fraca resposta terapêutica.

DISCUSSÃO

A SGB na sequência de infecção brucélica foi descrita pela primeira vez em Espanha em 1989 com o relato de 3 casos. Após este relato, os autores identificaram apenas 9 casos na literatura. O prognóstico depende da variante electromiográfica que pode ser desmielinizante ou axonal, do tempo de instalação do quadro neurológico e idade do doente, sendo de maior gravidade as formas axonais, de rápida instalação e que ocorrem em doentes de idade avançada. O caso apresentado configura uma associação rara de infecção brucélica com SGB em que os factores prognósticos foram desfavoráveis.

PO033

619 CRIPTOSPORIDIOSE: UMA ETIOLOGIA IMPORTANTE DE DIARREIA NO IDOSO.

Mariana Silva Leal, Carolina Amado, Marcelo Aveiro, Fani Ribeiro, Inês Zão, Clara Batista, Flávio G. Pereira, Mariana Sousa, Rosa Jorge

Centro Hospitalar Beixo Vouga, Aveiro, Portugal

Introdução

O Cryptosporidium parvum é um parasita intracelular associado a patologia gastrointestinal, cuja infeção ocorre via fecal-oral. Manifesta-se como uma doença severa com curso clínico reservado em doentes imunocomprometidos, sendo geralmente autolimitada em doentes imunocompetentes. Clinicamente caracteriza-se por um quadro de diarreia acompanhada de cólicas abdominais, anorexia e perda de peso.

Descrição

Homem, de 85 anos, com antecedentes de adenocarcinoma da próstata submetido a terapia hormonal, hipertensão arterial controlada, dislipidemia e doença renal crónica, admitido no Serviço de Urgência por quadro de quadro de dejeções diarreicas com 3 semanas de evolução, sem sangue ou muco. Adicionalmente referia perceção de diminuição franca da diurese, discreta anorexia e perda ponderal desde o início do quadro, sem febre. Analiticamente tinha agravamento da função renal, hipocalémia, proteína C reativa ligeiramente elevada e acidose metabólica. Na radiografia abdominal, aerocolia, sem níveis hidroaéreos. Realizado estudo para despiste de causas infeciosas de diarreia, com pesquisa cryptosporidium parvum positiva. No estudo complementar realizado, excluíram-se causas de imunodeficiência. Iniciou fluidoterapia endovenosa com suplementação dos défices eletrolíticos e tratamento sintomático, mantendo-se apirético, hemodinamicamente estável, com melhoria clínica progressiva e diminuição do volume e número de dejeções.

Discussão: A criptosporidiose em doentes imunocompetentes é uma patologia pouco frequente, com um curso benigno, muitas vezes assintomática. Neste doente, além da idade avançada, não foram identificados fatores de risco evidentes, nomeadamente causas de imunodeficiência. Com o envelhecimento ocorrem alterações imunológicas e a nível do sistema gastrointestinal, sendo a imuno-senescência um fator de risco preponderante nas enterites infeciosas. É por isso importante considerar a infeção por Cryptosporidium parvum como agente etiológico relevante na população idosa.

PO034

635 INFEÇÕES NUM SERVIÇO DE MEDICINA

Sara Vilas-Boas, Ana Corte-Real, Inês Bargiela, Maria João Gomes, Énia Ornelas, Ana Sofia Ventura

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora, Portugal

Introdução

As infeções são um fator preponderante no meio hospitalar, particularmente as nosocomiais, frequente motivo de prolongamento do internamento pela morbimortalidade associada.

Objetivos

Análise durante um ano das infeções registadas nos internamentos atribuídos a uma equipa dum serviço de Medicina Interna.

Métodos

Estudo retrospetivo com revisão das notas de alta e isolamentos microbiológicos de diferentes amostras biológicas.

Resultados

De um total de 132 doentes, houve 94 diagnósticos de infeção, 52% das quais nosocomiais. As infeções mais comuns foram respiratórias (28,9% da comunidade e 32,7% nosocomiais) e urinárias (26,7% na comunidade e 63,3% nosocomiais). Foram encontrados 52 isolamentos microbiológicos, correspondendo a 55,3% de todas as infeções identificadas, 82,7% em amostras de urina e apenas 7,7% em secreções brônquicas.

Nos diagnósticos de infeção apenas houve identificação do agente em 11,8% das infeções adquiridas na comunidade e em 43,6% das nosocomiais. Houve 21 isolamentos (40,4%) de agentes multirresistentes, 3 dos quais em infeções da comunidade.

Houve 8 óbitos relacionados com a patologia infeciosa identificada. Os doentes com infeções nosocomiais tiveram um aumento de 8 dias, relativamente à média global dos dias de internamento.

Conclusões

Este trabalho realça o peso das infeções na morbimortalidade no internamento de Medicina. A identificação do agente etiológico e o conhecimento do perfil de sensibilidade aos antibióticos são armas fundamentais para a redução do tempo de internamento. A maioria dos isolamentos verificou-se em infeções nosocomiais, onde os exames culturais são cruciais, uma vez que a antibioterapia empírica frequentemente implica a utilização de fármacos de largo espectro. No entanto, a presença de agentes multirresistentes na comunidade alerta para a necessidade da colheita de exames culturais na admissão, onde muitas vezes é iniciada antibioterapia empírica sem colheita prévia destes.

PO035

650 DOENÇA DE WHIPPLE: DIARREIA CRÓNICA ASSOCIADA A PNEUMONIA INTERSTICIAL

Eduardo Carvalho[1], Carolina Carvalho[2], João Manuel Silva[1], Ana Tomás[1], Vítor Branco[1], Margarida Ascensão[1], Cristina Coxo[1], Leopoldina Vicente[1]

[1]Centro Hospitalar Cova da Beira, Covilhã, Portugal

[2]ULS - Castelo Branco, Castelo Branco, Portugal

Introdução

A doença de Whipple, em homenagem ao patologista George H. Whipple que em 1907 a descreveu originalmente, é uma infeção crónica multissistémica, recidivante causada pelo bacilo Gram positivo diátase-resistente Tropheryma whipple.

Descrição

Os autores descrevem o caso de um homem de 60 anos com antecedentes de défice cognitivo, seguido em consulta de infeciologia por diarreia crónica, perda ponderal, dor abdominal, anemia e trombocitopenia, que recorreu ao serviço de urgência por agravamento da diarreia com hematoquézias e deterioração do estado geral. Após realização de vários estudos endoscópicos inconclusivos, com consequente perfuração do sigmóide, foi submetido a cirurgia emergente. No pós-operatório imediato apresentou quadro choque distributivo com necessidade de terapêutica na unidade de cuidados intensivos. Evoluiu com declínio neurológico e insuficiência respiratória por pneumonia intersticial difusa com hemorragia alveolar, realizando broncofibroscopia com análise do lavado broncoalveolar. O resultado da biópsia ao intestino delgado sugeriu o diagnóstico de doença de Whipple, que foi confirmado pela positividade da pesquisa de ADN do T. whipplei pela técnica de reação em cadeia pela polimerase no lavado broncoalveolar. Assim sendo, iniciou corticoterapia e terapêutica de indução com Meropenem e Cotrimoxazol durante 14 dias, seguida de manutenção com Cotrimoxazol. No 3º dia de terapêutica o doente apresentou melhoria do estado neurológico que permitiu a extubação. Posteriormente foi transferido para o serviço de Infeciologia para finalizar a terapêutica. Atualmente mantém seguimento em ambulatório.

A doença de Whipple pela sua variabilidade clínica e raridade necessita de um elevado grau de suspeição diagnóstica, razão pela qual o seu diagnóstico é tardio com consequente prejuízo na sobrevida dos doentes. Mesmo quando diagnosticada e tratada atempadamente os doentes devem ser seguidos sistematicamente de modo a evitar complicações terapêuticas e recidivas tardias.

PO036

659 DOENÇA PNEUMOCÓCICA INVASIVA NUM HOSPITAL DISTRITAL: ESTUDO RETROSPETIVO DE 43 CASOS (13 MESES)

Marta Fonseca, Zélia Neves, João Machado

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora, Portugal

Introdução

Desde a introdução da vacina anti-pneumococica a incidência e, sobretudo, a gravidade da doença pneumocócica invasiva (DPI) em grupos de risco diminuiu. Contudo, observa-se ainda uma cobertura vacinal baixa nestes indivíduos, além de surgirem casos, alguns graves, em doentes sem indicação formal para vacinação.

Objetivos

Os autores apresentam o estudo retrospetivo de doentes com DPI num Hospital Distrital durante 13 meses.

Métodos

Analisados doentes com >18anos com S. pneumoniae isolado em hemoculturas admitidos no hospital entre janeiro de 2017 e janeiro de 2018.

Resultados

Dos 43 doentes avaliados a maioria são homens (62,8%) com idade média de 62 anos, 55,8% com < 65 anos. O fator de risco mais comum foi a idade (>65 anos) presente em 19 doentes (44,2%), seguida de neoplasias em 10 (23,2%). Nenhum doente tinha registo de estar vacinado. 30,2% não tinham fatores de risco para DPI. 2 tinham meningite e um septicémia sem foco identificado, apresentando os restantes infeção respiratória. 8 doentes foram submetidos a ventilação não invasiva (VNI), 3 deles posteriormente ventilados. 12 doentes (27,9%) necessitaram de ventilação mecânica invasiva (VMI), 8 deles (67%) entre dezembro 2017 e janeiro 2018, 3 dos quais sem nenhum fator de risco para DPI. O APACHE II foi >15 em 45% dos casos. Durante os meses analisados, a taxa de mortalidade foi de 23,3%. Não foi identificado nenhum microorganismo resistente à penicilina, apresentando 4 deles MIC 2-4 mcg/ml.

Conclusões

A DPI é uma importante causa de morbi-mortalidade em doentes com fatores de risco conhecidos, mas não só, já que em cerca de 1/3 dos doentes não foram encontrados fatores de risco. Na nossa amostra observou-se maior incidência de DPI entre dezembro de 2017 e janeiro de 2018, período em que ocorreram casos de maior gravidade, com maior necessidade de VMI e maior mortalidade, fazendo suspeitar da existência de estirpes de alta virulência, uma vez que mantinham sensibilidade à penicilina,.

PO037

667 ENDOCARDITE E ESPONDILODISCITE: CAUSALIDADE OU CASUALIDADE?

Vanessa Meireles Chaves, Sofia Tavares, Bruno Fernandes, Isabel Barbosa, Jorge Almeida

Centro Hospitalar de S. João, Porto, Portugal

Introdução

A associação entre Espondilodiscite (EP) e Endocardite Infeciosa (EI) está descrita desde a década de 60. As duas entidades podem originar-se por um mecanismo comum - disseminação hematogénica a partir de um foco infecioso à distância - e cada uma delas pode predispor ao desenvolvimento da outra.

Descrição

Homem, 78 anos; substituição valvular aórtica por prótese biológica em 2010. Internamento prolongado em 02.2017 por EP de L4, com bacterémia por Streptococcus pneumoniae. Cumpriu 6 semanas de antibioterapia (ATB) dirigida; evolução clínica e imagiológica favorável. Em 05.2017 desenvolveu lesão renal aguda (LRA), inicialmente interpretada como sendo de causa pré-renal. Apresentou deterioração progressiva da função renal com oligúria, pelo que iniciou hemodiálise em 06.2017. Do estudo etiológico de LRA, excluída causa obstrutiva, vascular e infeciosa. Analiticamente sem proteinúria, eritrocitúria nem eosinofilúria; autoimunidade negativa, sem consumo de complemento ou coagulopatia. Ecocardiograma transtorácico sem vegetações ou abcesso. Durante o internamento apresentou febre baixa e elevação gradual de parâmetros inflamatórios, sem clínica focalizadora de infeção e com hemoculturas persistentemente negativas. Pela possibilidade de EI, efetuou ecocardiograma transesofágico que mostrou imagem sugestiva de abcesso e regurgitação valvular aórtica. Assumiu-se o diagnóstico de endocardite subaguda nosocomial de válvula aórtica protésica e iniciou ATB. Por desenvolvimento posterior de dor lombar realizou RM da coluna que sugeriu espondilodiscite em L4-L5. Cumpriu 7 semanas de ATB, com evolução favorável. Sem evidência de reativação da infeção nos 6 meses seguintes.

Discussão: Salienta-se a importância de considerar o diagnóstico de EI no doente com LRA de etiologia não esclarecida. Alerta-se para a necessidade de excluir EI nos doentes com EP, principalmente naqueles com doença valvular cardíaca. O diagnóstico da coinfecção tem implicações na duração da ATB.

PO038

703 DOENÇA GONOCÓCCICA DISSEMINADA - DIABETES MELLITUS INAUGURAL

Cristina Correia, António Martins, Paulo Chaves, Jorge Almeida

Centro Hospitalar São João, Porto, Portugal

Introdução

O diagnóstico de Doença Gonocóccica Disseminada (DGD) pela sua raridade (3% dos casos de gonorréia) e particularidades de manifestação sistémica, exige elevado grau de suspeição clínica, sendo a terapêutica antibiótica essencial e modificadora de prognóstico.

Descrição

Homem, 31 anos, caucasiano, sem antecedentes de relevo, admitido por quadro clínico com 2 dias de evolução de febre e artralgias intensas, localizadas às articulações das mãos, punhos e tibiotársicas, acompanhadas de lesões na face palmar da mãos e nos tornozelos indolores e não pruriginosas com 12 horas de evolução. Negava comportamentos de risco e reportava elevada exposição solar nos dias anteriores. Ao exame objectivo destacam-se máculas com base eritematosa nas palmas das mãos com zona de pústula hemorrágica central e artrite punhos e tornozelos. Internado com suspeita inicial de vasculite, efectuou-se estudo serológico e imunológico exaustivo. Destaca-se negatividade de marcadores víricos HIV, HCV, HBV (sem vacinação) e de Serologias para Sífilis/ Rickettsia/ Coxiella/ Borrelia. Colheu hemoculturas, efectuou raio x tórax, ecografia abdominal e ecocardiograma sem evidência de foco. Ao terceiro dia de internamento constatado isolamento de Neisseria gonorrhoeae em hemoculturas, cumprindo 7 dias de ceftriaxone endovenoso com evolução favorável. Colhidos exsudado uretral para PCR de N. gonorrhoeae (positivo) e orofaríngeo (negativo). Efectuada a declaração obrigatória da doença. De destacar ainda o diagnóstico de diabetes mellitus(DM) inaugural durante o internamento com necessidade de insulinoterapia, sendo avaliado e orientado para endocrinologia. Discussão: Este caso clínico ilustra pela sua diversidade de manifestações clínicas e exames auxiliares requisitados a complexidade de diagnóstico que a DCG pode exigir, bem como importância da história clínica e exame objectivo. Além disso, o quadro de imunossupressão subjacente a DM desconhecida foi imprescindível no diagnóstico e tratamento atempado da mesma.

PO039

712 ABCESSO CEREBRAL EM TOXICODEPENDENTE: O INÍCIO DE UMA ENCRUZILHADA

Maria Inês S. Silva, Sofia Nóbrega, Rita Branquinho Pinheiro, Nancy Faria, Ana Paula Reis, Rubina Miranda, Maria Da Luz Brazão

Hospital Central do Funchal, Funchal, Portugal

Introdução

A endocardite infecciosa (EI) é uma infecção do endocárdio, normalmente com afecção valvular podendo ocorrer de forma aguda, sub-aguda ou crónica, manifestando-se com febre, sintomas inespecíficos e outros relacionados com embolização e processos imunológicos. Uma das complicações que podem ocorrer é o abcesso cerebral com surgimento de sintomas neurológicos, sendo diagnosticado, normalmente, numa fase posterior à EI.

Descrição

Homem, 43 anos, toxicodependente, com antecedentes de esquizofrenia paranoide e hepatite C crónica, levado ao serviço de urgência por discurso incoerente e febre. Escala de coma de Glasgow 11, sem sinais focais. Efectuou tomografia computorizada craniana que revelou hipodensidade no hemisfério cerebral esquerdo. Analiticamente com leucocitose e elevação da proteína C reactiva. Perante o quadro, foi feita punção lombar: "Líquido xantocrómico, com muitas proteínas (441 mg/dL)"; e ressonância magnética craniana com lesões de isquémia cerebral temporal e abcesso cerebral frontal. As hemoculturas (HC) revelaram Staphylococcus aureus meticilina sensível (MSSA), o que aumentou o grau de suspeição de foco embólico. Foi submetido a ecocardiograma transtorácico que revelou vegetação na cúspide não coronária da válvula aórtica, com regurgitação aórtica moderada.

Neste caso, o diagnóstico definitivo de EI foi efetivado através dos critérios de Duke modificados (2 major e 4 minor): vegetação valvular aórtica e HC positivas para MSSA; febre e factores predisponentes, com aparecimento posterior de lesões de Janeway, nódulos de Osler e um infiltrado heterogéneo bilateral na radiografia de tórax, sugerindo consequências embólicas e imunológicas da EI. Este trabalho pretende alertar para o espectro atípico das manifestações da EI, sendo que neste caso a investigação etiológica partiu da embolização cerebral com abcesso. Urge a consciência para casos semelhantes para se alcançar uma marcha diagnóstica perspicaz com a subtileza do não comprometimento do diagnóstico final.

PO040

714 O BACILO SEM FRONTEIRAS

Maria Inês S. Silva, Nuno Pina Gonçalves, Nancy Faria, Ana Paula Reis, Rubina Miranda, Maria Da Luz Brazão

Hospital Central do Funchal, Funchal, Portugal

Introdução

A tuberculose (TB) miliar designa-se pela disseminação hematogênica da Mycobacterium tuberculosis, podendo afetar vários órgãos e sistemas, nomeadamente a nível articular e nervoso. Ocorre por uma infeção primária progressiva ou ativação da infeção latente, associada a fatores desencadeantes. A TB articular é normalmente monoarticular, podendo ser diagnosticada tardiamente pelos sintomas subtis e inespecíficos. Do mesmo modo que a artrite, o acometimento do sistema nervoso central é uma manifestação rara, devendo ser iniciada terapêutica empírica no caso de forte suspeição clínica e laboratorial, tendo um papel importante no prognóstico.

Descrição

Homem, 54 anos, natural da Guiné-Bissau, com antecedentes de hipertensão arterial, sinovite do punho direito, medicado com metotrexato. Recorreu ao serviço de urgência por agravamento do quadro, de dois meses de evolução, de cefaleias occipitais, náuseas, febre e inicio de alterações do comportamento. Apresentava-se sonolento, disártrico, com rigidez da nuca e edema do punho direito. Foi realizada punção lombar que revelou líquido cefalorraquidiano (LCR) turvo, 112 células com predomínio de mononucleares, glicose de 25,5 mg/dL, proteínas de 223 mg/dL e adenosina desaminase de 30,3 U/L. Analiticamente, apresentou quantiferon-TB positivo. A ressonância magnética craniana revelou uma lesão hipotalâmica direita e a tomografia computorizada tórax mostrou lesões pulmonares compatíveis com possíveis sequelas de TB pulmonar. Foi, neste contexto, que se verificou o resultado cultural do líquido sinovial colhido anteriormente, com bacilo de kock positivo. Assim, iniciou terapêutica antibacilar.

Trata-se de um caso de TB com disseminação articular e meníngea com possível foco pulmonar primário, despoletada provavelmente pelo tratamento imunossupressor. Este caso é um ilustre exemplo do invulgar envolvimento em dois tecidos extra-pulmonares, realçando a importância da suspeição clínica perspicaz, com consequente diagnóstico e tratamento precoce.

PO041

730 INFEÇÃO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL - UM CASO COMPLEXO

Filipa S Pinho[1], Inês Gonçalves[1], Filipa Macedo[2], Laura Costa[1], Catarina Nunes[1], Luísa Pinto[1], Francisco Gonçalves[1], Carlos Capela[1]

[1]Hospital de Braga, Braga, Portugal

[2]IPO de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

O abcesso cerebral, coleção focal no parênquima cerebral, pode aparecer como complicação de infeções, trauma ou cirurgia. A etiologia inclui bactérias, micobactérias, fungos e parasitas, com uma incidência de 0,4–0,9 casos/100 000 habitantes.

Descrição

Apresenta-se o caso de um doente de 67 anos, autónomo, antecedentes de cirrose hepática de etiologia alcoólica, trazido ao serviço de urgência por quadro de prostração com 2 semanas de evolução. Na abordagem no serviço de urgência destaca-se a deteção em TC do crânio de extensa hipodensidade com envolvimento corticosubcortical parieto-occipital bilateral com lesões ovais quísticas. Na RM foram encontradas várias lesões expansivas, arredondadas, independentes, distribuídas por ambos os hemisférios cerebrais com edema. Colocada a hipótese de lesões abecedadas, o doente iniciou antibioterapia tripla (vancomicina, ceftazidima e metronidazol), corticoterapia e antiepiléptico. O estudo exaustivo de foco embólico, com envolvimento de otorrinolaringologia e estomatologia, foi inconclusivo; as HC foram negativas, o ecocardiograma transesofágico excluiu vegetações ou cardiopatia. Face à antibioterapia prescrita observou-se melhoria clínica e imagiológica em RM de controlo. No entanto o doente evoluiu para descompensação hepática com encefalopatia hepática ainda complicada com hemorragia digestiva alta por rotura de varizes esofágicas, vindo a falecer após internamento prolongado. Discussão: a maioria das infeções que envolvem o SNC são secundárias a infeção noutras partes do organismo, por extensão local ou hematogénea. Abcessos cerebrais múltiplos são raros – explicados por disseminação hematogénea em infeção pulmonar, endocardite bacteriana ou bacteremia na presença de shunt direito esquerdo, atingem o território das artérias cerebrais médias. Entre os fatores predisponentes, destaca-se o estado de deficiência imunitária neste caso. A mortalidade ronda os 15%.

PO042

739 UMA BACTÉRIA NÃO ASSIM TÃO INOCENTE

Gabriela Pereira, Ana Sofia Pires, Sandra Barbosa, Helena Sarmento, Jorge Cotter

Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães, Portugal

Introdução

Raoultella Plantícola é uma bactéria anaeróbia gram negativa que raramente causa infeção severa nos humanos. Está frequentemente relacionada com infeções do trato gastrointestinal e é um dos agentes a ter em conta em doente imunodeprimidos, oncológicos ou em doentes submetidos a procedimentos médicos invasivos.

Descrição

Homem, 61 anos, com antecedentes de etilismo crónico e doença hepática crónica de diagnóstico recente, não estratificada. Recorre ao Serviço de Urgência por queixas de anorexia, náuseas, vómitos alimentares, dor abdominal a nível do epigastro, sem alterações do transito gastrointestinal. Ao exame objetivo, encontrava-se normotenso, temperatura auricular 37.8ºC, subictérico, eupneico, sem alterações à auscultação cardiopulmonar, abdómen com aranhas vasculares, doloroso à palpação profunda na região do epigastro. Sem sinais de encefalopatia hepática. Edemas dos membros inferiores até ao joelho.

Analiticamente apresentava hiponatremia hiposmolar hipervolémica, padrão colestático, amílase e lípase sem alterações, sem aumento de parâmetros inflamatórios. Tomografia computorizada abdominopelvica com contraste sem qualquer alteração. Colhe rastreio séptico. Fica internado para vigilância e tratamento.

Durante os primeiros dias, apresenta intolerância alimentar com agravamento de dor abdominal, ficando em pausa alimentar, apresentando aumenta das enzimas pancreáticas (lípase 464). Durante o mesmo período, desenvolve uma infeção respiratória nosocomial, sendo medicado empiricamente com antibioterapia de largo espetro (piperacilina/tazobactam).

Após inicio de antibioterapia com resposta favorável, com resolução sintomatológica em 5 dias, obtém-se isolamento nas hemoculturas e urocultura de Raoultella Plantícola.

Em conclusão, este caso trata-se de uma situação causada por um agente que poucas vezes está associado a infeções graves e invasivas, no entanto, tal como descrito na literatura o doente possui um dos fatores de risco major, a doença hepática crónica.

PO043

743 PANCREATITE AGUDA UMA RARA COMPLICAÇÃO DA LEPTOSPIROSE

João Costelha, Raquel Costa, Artur Barros, Paula Brandão

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Ponte De Lima, Portugal

Introdução

A Leptospirose é uma zoonose causada por uma espiroqueta do género Leptospira que coloniza ratos e gado podendo ser transmitida ao homem através do contacto com produtos contaminados, nomeadamente a urina dos animais. A apresentação clínica caracteriza-se fundamentalmente por febre, mialgias, cefaleias e nalguns casos icterícia. Por sua vez, a pancreatite aguda constitui uma rara complicação desta infeção associando-se a uma elevada mortalidade.

Descrição

Caso Clínico:

Homem de 48 anos, jardineiro, saudável, sem hábitos toxicológicos ou uso de medicação recente. Foi admitido no serviço de urgência por um quadro de dor abdominal difusa acompanhada de náuseas, vómitos alimentares e febre com três dias de evolução. Ao exame físico pirético, com sinais de desidratação e um abdómen doloroso, mas sem defesa. Ao estudo complementar apresentava trombocitopenia, alteração da função renal, hiperbilirrubinemia e elevação da amílase e lípase. Realizou exame de imagem que revelou um pâncreas globoso, levemente heterogéneo, compatível com uma pancreatite edematosa ligeira, envolvendo menos de 30% do corpo pancreático, sem imagens compatíveis com litíase.

Foi internado para tratamento com antibioterapia empírica e reposição de fluídos. A investigação adicional teve unicamente como achado positivo uma serologia ao oitavo dia de internamento para infeção por Leptospira (imunoglobulina M), assumindo-se desse modo o respetivo diagnóstico.

Discussão:

A Leptospirose é uma doença com um vasto espectro clínico e graus de severidade. Apesar do envolvimento pancreático não ser o mais comum, o seu rápido reconhecimento e as respetivas medidas terapêuticas tornam-se importantes, uma vez que se associa a uma menor mortalidade nesta zoonose.

PO044

762 NEUROLISTERIOSE - A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO CÉLERE

Clara Machado Silva, Filipa Borges Carneiro, Luís Nogueira Silva, Diana Oliveira, Diana Ferrão, Jorge Almeida

Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

Introdução

A púrpura trombocitopénica imune (PTI) é uma doença preva-

lente, cujo tratamento pode implicar imunossupressão. A listeriose tem várias formas de manifestação, sendo que a forma invasiva é mais comum em doente imunossuprimidos e tem uma elevada taxa de morbimortalidade.

Descrição

Mulher de 69 anos, diabética, imunossuprimida por corticoterapia para PTI e hipocoagulada por fibrilhação auricular (FA), foi internada eletivamente por trombocitopenia grave (< 10000/microlitro) corticorresistente, para estudo de outras causas e início de tratamento de segunda linha. No 2º dia de internamento teve febre alta e afundamento do estado de consciência, sem sinais meníngeos, sem alterações na tomografia cerebral. Foi realizada punção lombar, que foi traumática, por isso não informativa. Iniciou-se empiricamente ceftriaxone, ampicilina e aciclovir. Em menos de 24 horas, foram isolados em hemoculturas cocobacilos gram positivo e ajustada terapêutica para ampicilina e gentamicina, sendo posteriormente confirmado o isolamento de Listeria monocytogenes. Realizou-se ressonância magnética cerebral que mostrou sinais de cerebrite e focos piogénicos. Cumpriu 73 dias de ampicilina (7 de gentamicina) até resolução imagiológica da lesão, tendo tido alta assintomática, sem défices neurológicos. Como intercorrência, a doente apresentou nova infecção oportunista (candidíase cutânea, tratada com fluconazol sistémico e tópico). A trombocitopenia foi de difícil gestão, apesar de corticoterapia e imunoglobulina endovenosa. Foi iniciado eltrombopag, com resposta favorável, lenta mas sustentada, permitindo a reintrodução da hipocoagulação.

A neurolisteriose tem uma taxa de mortalidade que pode chegar aos 50%. O tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico, são 7 dias, em média, muitas vezes já com evolução para abcessos cerebrais. A evolução extraordinária da doente, mesmo sob corticoterapia, deveu-se ao início de antibioterapia eficaz em menos de 24h, graças ao facto de estar internada por outro motivo.

PO045

763 INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA: EVOLUÇÃO EM QUATRO ANOS

Anna Taulaigo[1], Madalena Vicente[1], Marta Leal Dos Santos[2], André Ferreira Dias[2], Inês Rego Figueiredo[1], Mário Ferraz[1], Rita Vieira Alves[1], Ana Lladó[1], Heidi Grüner[1], Ana Margarida Antunes[1], António Panarra[1]

[1]Serviço de Medicina 2, Hospital Curry Cabral, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, Portugal

[2]Serviço de Doenças Infecciosas, Hospital Curry Cabral, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, Portugal

Introdução

As infecções do trato urinário (ITU) são uma causa frequente de hospitalização, especialmente na população idosa. O aumento dos microorganismos multiresistentes constitui um problema de saúde pública emergente.

Objetivos

Caracterizar e comparar evolutivamente a população de doentes internados com ITU num serviço de medicina dum hospital terciário.

Métodos

Análise retrospectiva dos processos clínicos de doentes com diagnóstico de ITU internados nos anos 2012 e 2016; é feita uma comparação evolutiva quanto a características demográficas e clínicas, agentes patógenos, antibioterapia e prognóstico.

Resultados

Foram incluídos 271 doentes, 133 de 2012 e 138 de 2016. A maioria dos doentes eram do sexo feminino, sendo que no grupo de 2012 o sexo masculino era mais numeroso (37,6 vs 26,8%). A idade média era sobreponível (77,2±15 vs 79,6±11 anos) assim como o índice de Charlson de comorbilidade (6,6±2,8). A prevalência de doença renal crónica moderada a severa era semelhante (19,6%) e a diabetes mellitus com lesão de órgão mais prevalente na amostra de 2012 (21 vs 13,7%). O isolamento do agente foi possível em 52 e 68% dos casos em 2012 e 2016, respectivamente. Quanto aos agentes patógenos, bactérias multiresistentes (Enterobacteriaceae produtoras de beta-lactamases de espectro alargado e Staphilococcus aureus meticilino-resistente) foram responsáveis por 12% das ITU em 2016, mas apenas 2% em 2012. Ainda, a associação piperacilina/tazobactam foi utilizada em primeira linha em 11% dos casos em 2016, mas apenas em 5% em 2012. A escalada de antibioterapia foi necessária em 30,4% em 2016, contra 18% em 2012. A mortalidade foi semelhante nos dois grupos (4%).

Conclusões

Apesar das limitações próprias à natureza retrospetiva do trabalho, o mesmo demonstra a prevalência crescente de bactérias multiresistentes e da respetiva resistência antibiótica. O aumento do número de isolamentos é promissor, podendo permitir um uso mais apropriado dos antibióticos.

PO046

764 LEGIONELLA E VIH: UMA SEROPOSITIVIDADE INCOMUM

Alexandra Pousinha, Andreia Machado Ribeiro, João Barreira, Carla Tonel

Hospital de Vila Franca de Xira, Lisboa, Portugal

Introdução

A Pneumonia por Legionella é comum em doente imunossuprimidos, mas a sua ocorrência em doentes com o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) é pouco frequente, contudo mais grave.

Descrição

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 57 anos,

natural de Cabo-Verde, recorreu ao Serviço de Urgência por quadro clínico com 3 dias de evolução constituído por febre, cefaleias holocranianas, tonturas e mialgias generalizadas e 1 episódio de vómito isolado no dia de admissão.

À observação encontrava-se hemodinamicamente estável, febril (39,2ºC temperatura transtimpânica), eupneica em ar ambiente e sem alterações relevantes na auscultação cardio-pulmonar.

Laboratorialmente à entrada destaca-se leucocitose de 15.200/uL com neutrofilia de 87,7%, Proteína C Reactiva de 24,38mg/dl e antigenúria positiva para Legionella pneumophila serotipo 1. A radiografia de tórax apresentava uma condensação lobar direita pelo que foi submetida a estudo complementar por TAC que confirmou a condensação no lobo superior direito com 53x47mm com presença de broncograma aéreo.

A doente foi medicada com antibioterapia dirigida – Levofloxacina, que cumpriu 7 dias. Sem apresentar disfunção de orgão e com evolução clínica favorável em 48h, não foram verificados critérios de integração em Unidade de Cuidados Intensivos.

Do estudo complementar de diagnóstico destaca-se a seropositividade para o VIH-2 (diagnóstico inaugural) com populações linfocitárias CD4+ de 703/mm3 – Estadio A1 da Classificação VIH do Center for Controled Disease.

Teve alta ao 9ºdia de internamento referenciada à Consulta de Doenças Infecciosas e com indicação para cumprir mais 7 dias de antibioterapia.

Os autores pretendem demonstrar que embora seja infrequente o diagnóstico de Pneumonia por Legionella em doentes seropositivos para o VIH, este diagnóstico tem de ser equacionado para prevenir a elevada mortalidade nestes doentes.

PO047

782 UM IMPORTANTE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CELULITE

Filipa S Pinho[1], Filipa Macedo[2], Laura Costa[1], Inês Gonçalves1, Catarina Nunes[1], Luísa Pinto[1], Francisco Gonçalves[1], Carlos Capela[1]

[1]Hospital de Braga, Braga, Portugal

[2]IPO de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

Fasceíte necrotizante (FN) é uma infeção bacteriana rapidamente progressiva do tecido subcutâneo e fáscia superficial. Tipos 1 e 2 mediante o agente etiológico envolvido, estão descritos vários fatores predisponentes como doenças crónicas, lesões da pele, trauma e anti-inflamatórios.

Descrição

Descreve-se o caso de uma doente de 56 anos, antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 insulino tratada, nefropatia diabética, hipertensão arterial e obesidade. Internamento um mês antes por infeção de pé diabético à direita no contexto de trauma com vários esquemas de antibioterapia ev. Recorreu ao serviço de urgência por sinais inflamatórios no membro inferior esquerdo, compatível com celulite, pelo que foi internada e iniciou antibioterapia com ceftriaxone. Após melhoria inicial voltou a referir, ainda na primeira semana, dor intensa e ao exame surge área com flutuação na face posterior da coxa, com edema crescente do membro inferior esquerdo. Analiticamente subida dos marcadores inflamatórios. Efetuou ecografia das partes moles que detetou área abecedada. Fez TC que confirmou extenso abcesso desde a vertente interna da nádega e fossa ísquio-rectal, com extensão inferior dissecando os planos musculares da coxa até à região do joelho e perna, numa extensão de 30 cm, com bolhas gasosas. Foi submetida a drenagem cirúrgica e posteriormente fasciotomia anterior e lateral. No microbiológico de pús isolou-se Staphilococcus aureus meticilino sensível, sendo as hemoculturas negativas. Cumpriu antibioterapia tripla, com boa evolução clínica e radiológica. Diagnóstico final: FN. Discussão: O principal diagnóstico diferencial de FN é celulite, sendo pistas para o diagnóstico a dor intensa, edema grave, rápida progressão em dias e parca resposta à antibioterapia. Está descrito o envolvimento secundário da camada musculares, resultando em miosite ou mionecrose. O diagnóstico precoce, permitindo a abordagem terapêutica precoce, diminui os elevados índices de morbimortalidade.

PO048

783 HERPES ZOSTER OFTÁLMICO COMPLICADO DE MENINGOENCEFALITE

Ana Marçal, Mário Bibi, Joana Morais, Joana Cancela

Serviço de Medicina Interna, Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos, Portugal

Introdução

O Herpes Zoster Oftálmico (HZO) é uma forma grave de herpes zoster causada pela reactivação do vírus varicella-zoster (VVZ) no gânglio trigeminal. Apesar de poder associar-se a diferentes manifestações neurológicas, a meningoencefalite é uma complicação rara, especialmente em imunocompetentes.

Descrição

Mulher de 80 anos, provável défice cognitivo de longa data e antecedentes de neoplasia da transição esófago-gástrica sem evidência de recidiva. Tonturas com 1 semana de evolução, seguidas de aparecimento de duas feridas na região frontal, rubor periorbitário direito de agravamento progressivo, edema palpebral, eritema e exsudado conjuntival e febre. Elevação de parâmetros inflamatórios e TC facial com sinais de infecção de tecidos moles periorbitários da região pré-septal direita, pelo que foi iniciada antibioterapia empírica para celulite.

A posterior evolução das lesões cutâneas levantaram a suspeita de HZO. À observação por Oftalmologia diminuição da acuidade visual e hiperémia conjuntival à direita, sem queratite/retinite.

Adicionou-se cobertura com aciclovir oral e ganciclovir tópico. Durante o internamento manteve contudo lentificação psicomotora e desorientação, desproporcionais ao quadro infeccioso, sem sinais meníngeos ou défices neurológicos focalizadores. Realizada punção lombar que mostrou pleocitose linfocítica, hiperproteinorráquia e PCR de VVZ positiva, alterando-se aciclovir para via endovenosa, em dose aumentada. iRM apenas com sinais de microangiopatia. Cumpriu 14 dias de aciclovir, com melhoria neurológica. Não foram identificados factores adicionais de imunossupressão. Alta orientada para consulta de Neurocognição para prosseguir estudo do défice cognitivo.

DISCUSSÃO: A meningoencefalite é uma complicação potencialmente grave da infecção por VVZ. Para o diagnóstico é essencial manter elevado índice de suspeição, especialmente em doentes idosos ou com deterioração cognitiva prévia, para diagnóstico e instauração de tratamento precoces.

PO049

797 ESCHERICHIA COLI: UM AGENTE RARO DE MENINGITE BACTERIANA DA COMUNIDADE, EM ADULTOS

Ana Maria Gonçalves, Miguel Monteiro

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, Lisboa, Portugal

Introdução

Os bacilos Gram negativos, constituem uma causa rara de meningite bacteriana adquirida na comunidade em adultos. Os casos descritos, são na maioria em contexto nosocomial, sobretudo pós neurocirurgia. A Escherichia coli (E. Coli)representa um importante agente etiológico de meningite bacteriana adquirida na comunidade em recém-nascidos, porém na idade adulta, é rara, representando cerca de 3.48% dos casos.

Descrição

Os autores descrevem o caso de um doente do sexo masculino, 68 anos, caucasiano, com antecedentes de prostatite crónica e hipertensão arterial, que deu entrada no Serviço de Urgência com quadro de alteração do comportamento e confusão mental com cerca de 2 dias de evolução. Na observação de admissão destaca-se a presença de febre (38ºC), desorientação tempo-ro-espacial e rigidez da nuca. Dos exames complementares realizados verificou-se a presença de leucocitose (24.0*10^9) e elevação da proteína C reactiva (17.9 mg/dL). Realizou TC de cranio que não revelou alterações, após o que realizou punção lombar (PL), que revelou líquido cefaloraquidiano (LCR) turvo, com 4000 células/mm3, com predomínio de polimorfonucleares (85%), hipoglicorráquia (2 g/dL) e hiperproteinorráquia (352,90 mg/dL). Foi isolada E.coli na cultura do LCR e nas hemoculturas de admissão. A urocultura foi negativa. Cumpriu antibioterapia durante 2 semanas inicialmente com Ceftriaxone, com necessidade de se escalar posteriormente, para Meropenem.

Para estudo etiológico do ponto de partida da meningite, foi observado pela Urologia e realizou TC abdomino-pélvico que revelou aspectos compatíveis com prostatite. Apresentava elevação do PSA (91.69 ng/ml). Neste sentido, e atendendo aos antecedentes do doente, admitiu-se a prostatite crónica como provável foco de disseminação hematogénea deste agente. O doente apresentou uma evolução favorável, com regressão completa do quadro neurológico, tendo cumprido, após a alta, ciclo de antibioterapia com quinolona.

Descreve-se um caso de meningite bacteriana adquirida na comunidade em adulto, a E.coli e com foco provável em prostatite crónica. O diagnóstico foi bem estabelecido, por hemocultura e exame cultural do LCR.

Como já foi referido, trata-se de um caso cujo agente etiológico, é raro em adultos, mas que deve ser evocado em doentes com comorbilidades crónicas do foro urinário, como prostatites crónicas ou alterações anatómicas urinárias, que favoreçam a bacteriémia a este agente.

PO050

805 "QUE MISTÉRIO UM GÂNGLIO PODE GUARDAR?"

Daniana Condado, Cátia Carvalho, Maria Helena Pacheco, Lurdes Venâncio

CHLC-Hospital Santo António dos Capuchos, Medicina 2.4, Lisboa, Portugal

Introdução

A linfadenomegalia regional ou disseminada constitui um desafio diagnóstico na prática clínica. Seu diagnóstico diferencial é amplo.

Descrição

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 54 anos, caucasiana, com história pessoal de tratamento de tuberculose pulmonar na infância e dislipidemia medicada com atorvastatina. Por tumefação axilar direita dolorosa, febre (40ºC) vespertina com hipersudorese, recorreu a MGF que a medicou com Clavamox (cumpriu 13 dias) e fez ecografia mamária com algumas adenopatias na região axilar direita, dolorosas, a maior 23mm. Uma semana depois, por persistência dos sintomas, foi-lhe associado azitromicina (cumpriu 6 dias) e 1 injeção IM de penicilina, sem melhoria. Referia cohabitar com 2 gatos. Objetivamente, nódulo axilar direito, doloroso, quente, consistência duro-elástica, não aderente aos planos profundos, móvel, cerca de 5cm de maior eixo. Analiticamente com leucócitos 13.870/L N-82% VS-56 e serologias virais negativas. Hemoculturas estéreis. Realizou TC-tórax que revelou adenomegálias axilares direitas, densificação da gordura envolvente, ligeiramente hipodensas, duas de maiores dimensões medindo 26 x 22 mm e 27 x 21 mm. Sem áreas de cavitação ou outras densificações anómalas pulmonares. Durante o internamento

tentativa de biópsia do gânglio axilar direito, não efetivada, por se ter constatado pús, que foi aspirado e enviado para exame bacteriológico e micobacteriológico, ficando com dreno in situ. Exames culturais estéreis. Pedida PCR e serologia para Bartonella IgG e IgM positivas. Cumpriu 16 dias de antibioterapia com Ciprofloxacina ao fim dos quais se encontrava assintomática. Três meses depois já com PCR e IgM negativo na reavaliação serológica. Apresentamos este caso para termos sempre em mente a infeção pela Bartonella nos quadros de adenopatias particularmente quando a epidemiologia é a favor.

PO051
822 UM CASO DE DESNUTRIÇÃO NUMA DOENTE JOVEM

Joana Filipa Oliveira, Rodolfo Gomes, Sara Freitas, Bárbara Sousa Picado, Fernando Gonçalves, José Lomelino Araújo
Hospital Beatriz Ângelo, Loures, Portugal

Introdução

A cirurgia bariátrica pode estar indicada em doentes obesos com o objectivo de melhorar a sua qualidade de vida.

Descrição

Reportamos o caso de uma mulher, 37 anos, caucasiana. História de cirurgia bariátrica há 9 anos, perda de 60kg no primeiro ano pós-cirurgia, sem seguimento médico desde há 3 anos. Admitida por tosse produtiva e febre com 4 dias de evolução, cansaço com instalação progressiva. Na observação, febril, pálida, auscultação pulmonar com fervores dispersos, bilaterais. Analiticamente com anemia microcítica e hipocrómica grave (hemoglobina 3,9g/dL, VGM 55,5, CHGM 26,5), leucograma normal, PCR 3,94mg/dL. Radiografia de toráx com infiltrado bilateral. Admitida pneumonia da comunidade, iniciou antibioterapia em conformidade e realizou suporte transfusional. As antigenúrias para legionella e pneumococos, as antigenémias para influenza A e B e as hemoculturas foram negativas. Do estudo realizado, a referir, défice de vitamina B12 (206ng/mL) e de ácido fólico (4,5ng/mL), albumina 3,6, sideropénia (ferro 37ug/dL), ferritina 29,9ug/L, transferrina 396mg/dL; excluída hemólise: bilirrubinas normais e haptoglobina 235mg/dL, reticulocitose (4,9%); estudo auto-imune básico e doseamento de imunoglobulinas sem alterações. Serologia para vírus da imunodeficiência humana negativa. Evoluíu com manutenção da febre e queixas de dor pleurítica esquerda, semiologia e achados radiológicos sugestivos de derrame pleural. Fez ecoscopia torácica e toracocentese diagnóstica, colheita de 50mL de líquido cujo estudo cito-químico foi compatível com um exsudado. Alterada a antibioterapia para piperacilina e tazobactam com posterior remissão do quadro, sem isolamento de qualquer agente. A doente teve alta, mantendo seguimento em consulta com vigilância regular. Destacamos as complicações associadas à perda ponderal significativa em doentes submetidos a cirurgias bariátricas e a importância de um seguimento regular para prevenir quadros de desnutrição e imunodepressão como o aqui apresentado.

PO052
838 " UM AGENTE POUCO COMUM" - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Joana Braga, João Mota, Márcia Ribeiro, Carlos Oliveira
Hospital de Santa Maria Maior, Barcelos, Portugal

Introdução

A aeromonas é uma bactéria gram-negativa que apenas recentemente foi reconhecida como agente causal de infeções em humanos. Pode estar presente em marisco, mas também em carnes, bem como em água do mar ou da rede de consumo. As infeções por este agente são subdiagnosticadas e subnotificadas e portanto, a sua incidência é desconhecida.

Descrição

Homem, 50 anos, recorreu ao SU por dejeções diarreicas aquosas (>15/dia) sem sangue ou muco, com 3 dias de evolução. Associadamente com vómitos, anorexia, dor abdominal no quadrante inferior esquerdo (QIE) e diminuição do débito urinário. História de ingestão de navalheiras 4 dias antes. Negadas viagens ou toma recente de antibióticos. Como antecedentes destaca-se doença hepática crónica de etiologia alcoolica. Ao exame objetivo com hipotensão, taquicardia, febre e dor à palpação abdominal no QIE. Do estudo complementar: gasimetricamente com acidemia metabólica, analiticamente com leucocitose, trombocitopenia, coagulopatia, lesão renal aguda, hipoalbuminémia, hiponatremia e PCR elevada. Assim, doente com quadro de sepsis grave tendo iniciado empiracamente levofloxacina. Ecografia abdominal compatível com hepatopatia crónica. Pesquisa de clostridium difficile, parasitológico das fezes e coprocultura negativas. Posterior isolamento de Aeromonas hydrophila nas hemoculturas. Doente com boa evolução clínica e analítica tendo alta.

Discussão: A aeromonas apresenta várias sub-espécies que originam uma variedade de infeções em humanos, sendo as mais frequentes a gastroenterite e sobreinfeção de feridas pré-existentes. Como agente de bacteriemia e sepsis é menos comum, sendo esta apresentação mais frequente em imunodeprimidos e em doentes com doença hepática crónica. Com esta exposição, o autor pretende demonstrar a importância do surgimento de novos patogenos em humanos e neste caso a relevância dos antecedentes pessoais do doente, nomeadamente o alcoolismo, que contribuiram para um quadro infeccioso de maior gravidade.

PO053

844 FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR E MORTALIDADE: UMA ASSOCIAÇÃO PRESENTE NOS DOENTES INTERNADOS POR SEPSIS?

Pedro Neves Tavares, Sonia Chan, Paula Gonçalves Costa, Catarina Duarte Santos, Carla Falcão, Dolores Gomes, Alcina Ponte

Centro Hospitalar de Leiria, Leiria, Portugal

Introdução

A sepsis é definida como uma disfunção de órgão, ameaçadora da vida, causada por uma resposta desregulada à infeção. Vários fatores de risco cardiovasculares foram associados a maior mortalidade mas essa evidencia é mais escassa no doente agudo.

Objetivos

Avaliar a associação entre vários fatores de risco cardiovascular e mortalidade em doentes com sepsis.

Métodos

Estudo retrospetivo, onde foram selecionados, de forma aleatória, uma coorte de doentes internados num serviço de Medicina Interna no ano de 2017. Destes doentes, foram selecionados todos os que cumpriam critérios de sepsis ou choque séptico segundo a definição Sepsis-3 e avaliados em termos demográficos, fatores de risco cardiovasculares e mortalidade durante o internamento.

Resultados

A nossa coorte incluiu 206 doentes, dos quais 78 cumpriam critérios de sepsis ou choque séptico. Destes 78 doentes 57.7% eram do sexo feminino (n=45) e apresentavam idade média de 81 anos (min. 49 anos; max. 98 anos). As disfunções de órgão mais frequentes foram a respiratória 38.9% (n=28), a renal 28.2% (n=22) e a associação de disfunção respiratória e renal 20.5% (n=16). O diagnóstico principal mais frequente foi o de pneumonia 64.2% (n=50) seguido da infeção do trato urinário 16.7% (n=13). 91% dos doentes (n=71) apresentavam um ou mais factores de risco cardiovascular. A prevalência de hipertensão arterial foi de 76.9% (n=60), de fibrilação auricular 34.6% (n=27), de diabetes mellitus 2 33.3% (n=26), de dislipidemia 33.3% (n=26) e de obesidade 23.1% (n=18). A mortalidade foi de 21.8% (n=17). Não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre nenhum dos fatores de de risco cardiovascular estudados e mortalidade.

Conclusões

Os dados encontrados neste estudo sustentam que, nos doentes internados por sepsis, não parecem existir diferenças em termos de mortalidade dependentes dos fatores de risco cardiovasculares.

PO054

852 ENCEFALITE: DOENAÇA FATAL QUANDO SUB-DIAGNOSTICADA

Ines Pintado Maury[1], Diana Neves1, Diogo Mendes Pedro[1], Aida Pereira1, Vitor Oliveira[1], Teresa Fonseca[2], Luís Caldeira[1]

[1]CHLN - Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

[2]CHLN - Hospital Pulido Valente, Lisboa, Portugal

Introdução

Encefalite é uma doença pouco frequente, mas importante pela mortalidade e morbilidade associadas, resulta da inflamação do parênquima cerebral e da disfunção cerebral. Tem apresentação variada desde disfunção cognitiva aguda, alterações do comportamento, sinais focais, convulsões, estupor e febre. Vírus Herpes simplex é o principal agente etiológico, ocorre por reativação de infeção latente, tendo tropismo pelos lobos temporais. Os autores apresentam um caso de encefalite herpética no qual o atraso diagnóstico levou a um desfecho fatal.

Descrição

Caso Clínico: Homem de 79 anos diabético com quadro evolutivo 3 dias com febre, cefaleia, alteração do comportamento, confusão e desorientação que recorre a um Serviço Urgência(-SU) hospitalar tendo alta após análises e Tomografia computorizada(TC) crâneo-encefálica(CE) sem alterações. Persistindo o quadro é observado após 3 dias por Neurologista, fez RM-N-CE compatível com encefalite herpética. Encaminhado para o nosso SU, apresentando-se desorientado, com leucocitose, neutrofilia e PCR negativa. O exame citoquímico do liquor revelou-se incolor, 12 células sem predomínio, proteínas e glicose normais. Internado no Serviço Doenças Infeciosas por encefalite herpética, iniciou aciclovir. Evolução clínica desfavorável mantendo confusão, febre e instalação crise convulsiva e estado de mal. Iniciou anticonvulsivantes, EEG revelou risco crises epiléticas. Repetiu TC-CE sugerindo encefalite temporal direita. Entubado para proteção via aérea e transferido para UCI mantendo estado de mal, acabando por falecer.

Discussão: A apresentação variável da encefalite dificulta o diagnóstico precoce; contudo na presença de febre e alterações da consciência é mandatório equacionar um processo infecioso. Embora a TC seja o exame mais acessível, tem menor sensibilidade que a RMN e o EEG. O gold-standard do diagnóstico é obtido pela pesquisa do vírus por técnica de PCR no liquor. O inicio precoce da terapêutica é a única medida com impacto no prognóstico.

PO055

856 INFEÇÃO POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE À METICILINA NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA

Madalena Vicente[1], Anna Taulaigo[1], André Ferreira Dias[2], Marta Leal Dos Santos[2], Mário Ferraz[1], Inês Rego Figueiredo[1], Rita Vieira Alves[1], Ana Lladó[1], Margarida Antunes[1], Heidi Gruner[1], António Panarra[1]

[1]CHLC - Hospital Curry Cabral, Serviço de Medicina 2, Lisboa, Portugal

[2]CHLC - Hospital Curry Cabral, Serviço de Doenças Infeciosas, Lisboa, Portugal

Introdução

O aumento da resistência microbiana aos antibióticos representa um problema de saúde pública e de segurança para o doente, não só pela morbi-mortalidade associada, bem como pelo custo económico, social e familiar. Portugal apresentou, em 2016, um dos níveis mais elevados da Europa de isolamento de Staphylococcus aureus resistente à meticilina (SARM).

Objetivos

Caracterização das infeções a SARM.

Métodos

Estudo observacional retrospetivo, através da análise dos processos clínicos dos doentes internados por infeção a SARM, num serviço de Medicina Interna de um Hospital Central, nos anos de 2012 a 2104 e 2016.

Resultados

No referido período, registaram-se 1922 internamentos de causa infecciosa, sendo que foi isolado SARM em 47 doentes (2,5%). Cerca de 34% doentes eram do sexo feminino e a idade média foi 76,6 anos. Analisadas as comorbilidades 17 doentes eram diabéticos, 11 tinham insuficiência cardíaca, 10 doença renal crónica e 7 patologia respiratória crónica. As infeções respiratórias foram as mais prevalentes, surgindo em cerca de 30% dos casos, seguidas de bacteriémias em 19% e infeções de tecidos moles e urinárias, ambas em 17% dos casos. Em 74% dos doentes isolou-se apenas SARM e em 25% verrificou-se infeção por mais que um agente. A antibioterapia (AB) empírica mais comum utilizada foram os beta-lactâmicos (n=28), de espetro alargado em 8 casos e em associação a vancomicina em 2 doentes; os carbapenemos (n=11), em associação a vancomicina em 5 casos; e a vancomicina em monoterapia (n=4). Em 61,7% dos casos houve necessidade de escalar AB com introdução de vancomicina em 55% destes. A mortalidade foi de cerca de 17%.

Conclusões

A baixa prevalência de SARM na nossa população em estudo, justifica-se pela amostra selecionada que incluiu todas as infeções adquiridas na comunidade, para além das associadas aos cuidados de saúde (ACS). A prevalência será maior nas infeções ACS. Urge a aplicação de estratégias, com foco na abordagem preventiva, cujo custo-benefício já foi extensamente comprovado.

PO056

901 UM AGENTE INESPERADO

Joana Filipa Oliveira, Rodolfo Gomes, Sara Freitas, Bárbara Sousa Picado, Fernando Gonçalves, José Lomelino Araújo

Hospital Beatriz Ângelo, Loures, Portugal

Introdução

A criptococose disseminada é uma entidade clínica bem conhecida em doentes com infecção por vírus da imunodeficiência humana (VIH) mas pode também ocorrer em doentes sem VIH.

Descrição

Apresentamos o caso de uma doente de 67 anos, caucasiana. História de cardiopatia hipertensiva com insuficiência cardíaca, doença renal crónica estadio 4, glomerulonefrite crónica de etiologia não esclarecida, estudo auto-imune negativo. Medicada com prednisolona 5 mg/dia desde há 3 anos. Internada por cansaço, edema dos membros inferiores e sinais inflamatórios na coxa esquerda com uma semana de evolução. Na observação, a destacar, doente em anasarca, hipotensa (PA 99/55mmhg), Tt 36,4ºC, SatO2 98% com 02 a 1,5 L/min. Murmúrio vesicular mantido, fervores bibasais. Abdómen mole e depressível. Edema até à raíz da coxa com transudação de líquido intersticial, bilateralmente; à esquerda com eritema e aumento de temperatura. Gasimetria arterial com insuficiência respiratória parcial e hiperlactacidémia (2,2mmol/l). Analiticamente com leucocitose com neutrofilia, disfunção renal já conhecida e PCR 19,19mg/dl. Radiografia do tórax com reforço intersticial bilateral. Admitido quadro de insuficiência cardíaca descompensada por celulite da coxa esquerda, iniciou amoxicilina e ácido clavulânico após colheita de hemoculturas e urocultura. Por evolução desfavorável com progressão dos sinais inflamatórios da coxa esquerda, foi escalada antibioterapia para piperacilina e tazobactam e linezolide, acabando por ser transferida para unidade de cuidados intensivos por choque séptico. Entretanto com isolamento em hemoculturas de Cryptococus neoformans. Apesar de todas as medidas de suporte de órgão instituídas a doente acabou por falecer ao 6º dia de internamento. Apresentamos este caso pela raridade de isolamento deste agente em doentes sem imunodepressão grave conhecida, destacando ainda assim a necessidade de se considerar a associação de terapêutica antifúngica em doentes com choque séptico refractário.

PO057

920 DOENÇA PNEUMOCÓCICA INVASIVA

Margarida Fonseca[1], Ana Cláudia Miranda[1], Isabel Antunes[1], Cristina Toscano[2]

[1]Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental - Hosp. Egas Moniz, Lisboa, Portugal

[2]Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

Introdução

O Streptococcus pneumoniae (SP) é um Gram positivo colonizador da orofaringe de cerca de 20% dos adultos saudáveis. A Doença Pneumocócica invasiva surge quando a bactéria se dissemina para o pulmão, ouvidos ou meninges e secundariamente para o sangue. Tabagismo, etanolismo e imunossupressão são alguns dos factores de risco conhecidos.

Objetivos

Caracterizar a população de doentes com Doença Pneumocócica invasiva – dados epidemiológicos, de gravidade de doença e microbiológicos - internada no Centro Hospitalar entre 2013 e 2016.

Métodos

Estudo retrospectivo baseado na revisão dos processos clínicos dos doentes internados no Centro Hospitalar entre Janeiro de 2013 e Dezembro de 2016 com isolamento microbiológico de SP em material biológico estéril.

Resultados

Foram incluídos 102 doentes, 68 do sexo masculino (67%), com uma média de idades de 62,9 anos (entre 0 e 96 anos). O tabagismo foi o factor de risco mais comum (43% dos doentes), seguido da doença cardiovascular e do etanolismo. Mais de 40% dos doentes tinha pelo menos três factores de risco. Do total de doentes, 98 foram internados tendo 22 destes (21,6%) passado pela Unidade de Cuidados intensivos/Intermédios. O tempo de internamento médio foi de 11,4dias e a taxa de mortalidade de 24,5%. O diagnóstico mais frequente foi a Pneumonia com bacteriemia (92doentes). Das 47 antigenúrias pedidas apenas 33 foram positivas. Apenas 11 das colónias isoladas se verificou resistente à Penicilina.

Conclusões

A infecção por Streptococcus pneumoniae é responsável por significativa morbilidade e mortalidade a nível mundial e pode ser prevenida pela vacinação de grupos de risco. Estudo epidemiológicos sugerem que a vacinação na infância poderá vir a alterar os serotipos causadores de doença no adulto a longo prazo. Nos dados apresentados não foi possível obter dados sobre a vacinação dos doentes.

PO058

957 UMA FORMA ATÍPICA DE APRESENTAÇÃO DE INFEÇÃO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Márcia Mendonça Souto, Dina Carvalho, Cátia Canelas, Andreia Veiga

CHTMAD, Vila Real, Portugal

Introdução

A tríada clássica de cefaleia, febre e rigidez da nuca nem sempre está presente nos quadros infeciosos meníngeos, devendo esta entidade ser

igualmente considerada na investigação de quadros infeciosos sem foco aparente.

Descrição

Relatamos o caso de uma mulher de 61 anos, com antecedentes de litíase renal, admitida no serviço de urgência por dor lombar à esquerda (Grau 8

em 10) com irradiação para a região inguinal ipsilateral, associada a náuseas sem outros sintomas acompanhantes. Ao exame físico apresentava dor

à palpação profunda no quadrante inferior esquerdo. Analiticamente apenas a destacar elevação de Proteína C reativa (PCR) (8,5mg/dL). Realizada

Tomografia Computadorizada (TC) abdominal e pélvica sem alterações. Fica em vigilância em sala de observação no SU por dor não controlada.

Manteve as queixas álgicas descritas e às 48 horas evolui com febre, cefaleia e disestesias dos membros inferiores induzidas pela flexão lombar. Ao

exame físico sem outras alterações para além das descritas e sem sinais meníngeos. Controlo analítico com leucocitose com neutrofilia e elevação

da PCR. Repete imagem (TC lombar e eco-renal) sem alterações. Opta-se por realização de punção lombar a evidenciar líquido cefaloraquidiano

inflamatório (82 células com 76% de polimorfonucleares), sem consumo de glicose e com hiperproteinoráquia. Inicia ceftriaxone 4g/d. Estudo

microbiano negativo. Evolui favoravelmente com remissão das queixas álgicas. Com este caso os autores pretendem alertar para formas menos comuns de apresentação de meningite.

PO059

1001 A FEBRE E O NÓDULO: QUANDO A BIÓPSIA HEPÁTICA AJUDA NO DIAGNÓSTICO

Ana Paula Antunes, Tânia Strecht, Carolina Sequeira, Catarina Oliveira

Hospital de Cascais, Cascais, Portugal

Introdução

A febre escaro nodular, também denominada de mediterrânica é uma zoonose relativamente frequente no nosso país, mas muito subdiagnosticada sendo importante a alta suspeição clínica. Existem reações cruzadas entre as espécies pertencentes ao chamado Spotted Fever Group (como Rickettsia conorii e rickettsii). Em alguns estudos a tache noir está ausente em cerca de 40% dos casos.

Descrição

Trata-se de um caso de uma mulher de 42 anos observada no SU por febre alta, artralgias e mialgias generalizadas com uma semana de evolução. Na observação: máculas inespecíficas dispersas e adenopatia supra-clavicular esquerda de consistência elástica com cerca de 5 mm, indolor. Análises sem leucocitose ou neutrofilia, com PCR de 7 mg/dL, com ligeira citólise hepática. Ecograficamente formação nodular lobulada hepática, hiperecogénica com halo hipoecogénico medindo cerca de 27mm. Foi medicada sintomaticamente em ambulatório; e reobservada 4 dias depois, com surgimento de rash maculo-papular disperso, não pruriginoso com atingimento de palmas das mãos e plantas dos pés. Ao explorar contexto epidemiológico, referia ida ao campo há algumas semanas atrás, negava avistamento de carraça. Sem sinais de tache noir. Serologias para Rickettsia conorii positivas e IgG para Rickettsia rickettsii também positiva. Boa evolução clínica após início de antibioterapia com Doxiciclina. Para estudo do nódulo hepático, realizou RMN hepática que não foi esclarecedora, tendo sido submetida a biópsia que revelou hepatite, com atividade ligeira portal/lobular e focal necrose marginal, enquadrável no quadro clínico de Riquetsiose.

O caso torna-se peculiar pela existência de formação nodular concomitante ao quadro febril, com necessidade de realização de biópsia para esclarecimento do diagnóstico. Chama-se ainda a atenção para a importância de uma história clínica pormenorizada, para a ausência de tache noir não ser impeditiva do diagnóstico e para a possibilidade de reações cruzadas nos resultados serológicos.

PO060

1023 UM RARO CASO DE ENDOCARDITE FÚNGICA

Elisabete Coelho, Ana Rita Matos, Maria José Guimarães, Sofia Caridade

Hospital de Braga, Braga, Portugal

Introdução

O diagnóstico de endocardite infeciosa exige um elevado índice de suspeição clínica, pela apresentação habitualmente complexa e a necessidade de integrar evidência microbiológica e achados imagiológicos. O reconhecimento de fatores predisponentes é importante para a estratificação do risco de endocardite. A identificação dos microorganismos envolvidos tem implicação no tratamento e prognóstico.

Descrição

Homem de 80 anos, previamente autónomo, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, fibrilhação auricular e insuficiência cardíaca. Internado por pneumonia adquirida na comunidade a condicionar insuficiência respiratória e lesão renal aguda. Medicado empiricamente com ceftriaxone e azitromicina, apresentou evolução desfavorável, com disfunção multiorgânica (hepática, hematológica e renal), com necessidade de terapêutica renal de substituição. Foi escalada a antibioterapia, com melhoria clínica inicial, no entanto, posteriormente, verificou-se novo agravamento. Realizou ecocardiograma que mostrou válvula mitral com padrão reumático, com uma estrutura lobulada e móvel adjacente ao folheto anterior. Nas hemoculturas foi isolada uma Candida tropicalis. No exame microbiológico do cateter femural houve crescimento de Klebsiella pneumoniae, Staphylococcus haemolyticus e Enterococcus faecalis multirresistentes. Assumido o diagnóstico de endocardite infeciosa polimicrobiana da válvula mitral e instituída antibioterapia dirigida com evolução favorável.

DISCUSSÃO: A evidência de envolvimento endocárdico no ecocardiograma, num doente com patologia valvular reumática, com febre e hemoculturas positivas fazem o diagnóstico definitivo de endocardite infeciosa. A presença de um dispositivo intravascular é um fator predisponente para o desenvolvimento de uma infeção nosocomial, podendo justificar também o isolamento de múltiplos microorganismos. Adicionalmente, a administração prévia de antibioterapia facilita a emergência de patogénios resistentes e de infeções fúngicas.

PO061

1048 O ESTRANHO CASO DE UM ABCESSO HEPÁTICO

Torcato Moreira Marques, Lourenço Cruz, Valentina Tosatto, Cristiano Cruz, Paula Nascimento, André Almeida, Rita Barata Moura, António Sousa Guerreiro

Unidade Funcional de Medicina 4 - Hospital de Santa Marta, CHLC, Lisboa, Portugal

Introdução

Os abcessos hepáticos são relativamente raros e inevitavelmente fatais se não tratados.

Descrição

Apresenta-se o caso de um homem de 44 anos, consumidor de drogas endovenosas em abstinência há mais de uma década, com infecção crónica há 20 anos pelo vírus da hepatite C, estadio F1.

Internado por quadro de astenia, anorexia, febre, náuseas e emagrecimento não quantificado. Sem outras queixas na revisão de orgãos e sistemas.

Analiticamente apresentava aumento dos parâmetros inflamatórios com PCR na ordem dos 300 mg/L e evidência de citocolestase.

Realizou TC-TAP que revelou abcesso hepático de características heterogéneas, de grandes dimensões (10x10cm). É instituída antibioterapia de largo espectro e colocada drenagem guiada por TC colhendo-se nesse âmbito conteúdo do abcesso, sendo isoladas Bacteroides fragilis e Bacteroides thetaiotaomicron, posteriormente também isoladas em hemoculturas. Em nova avaliação verificou-se pequena redução das dimensões do abcesso sendo ainda relatados sinais de peritonite. Tendo em conta a fraca drenagem e deterioração do estado clinico, optou-se pela substituição do dreno. São isolados posteriormente Bacteroides ovatus/xylanisolvens e Klebsiella pneumoniae multiresistente, iniciando então meropenem. Deu-se resolução do quadro séptico ao fim de cerca de um mês de internamento.

Três meses após a alta, a ecografia abdominal demonstra apenas alterações vestigiais na arquitectura hepática na zona onde se encontrava o abcesso. Em nenhuma das avaliações radiológicas se verificou existência de massas intra-abdominais ou patologia das vias biliares, nomeadamente litiásica. Realizada colonoscopia que não evidenciou lesões sugestivas de atipia.

O presente caso representa uma situação de abcesso hepático criptogénico a bactérias saprófitas do intestino, em doente sem aparente factor de risco para a mesma, nomeadamente sugestão de piémia portal, colangite ou disseminação hematogénica.

PO062

1051 AORTITE INFECCIOSA

Ana C. Lopes, Ana Margarida Mestre, Ana Margarida Roquette, Maria Joana Alvarenga, Alberto Mello E Silva

Hospital de Egas Moniz, Lisboa, Portugal

Introdução

A aortite infecciosa corresponde a uma infeção rara da parede arterial, por embolização séptica através dos vasa vasorum, inoculação directa, ou extensão através de lesão da íntima ou de órgãos adjacentes, com importante morbimortalidade associadas.

Descrição

Homem de 68 anos, a residir em Moçambique. Antecedentes de malária, gonorreia, herpes genital e apendicectomia. Avaliado em hospital periférico e no hospital de Maputo por quadro de gastroenterite (GE), mialgias e febre com 20 dias, tendo realizado antibioterapia com amoxicilina por 6 dias, seguida de anti-maláricos e anti-parasitário não especificados, sem melhoria. O relatório de ecografia abdominal mostrava sinais de colecistite crónica litiásica com hepatite aguda e fibrose peri-portal. Por manutenção das queixas recorreu ao Serviço de Urgência em portugal. Destaca-se abdómen doloroso à palpação, proteína C reactiva 12.8mg/dL, enzimologia hepática negativa, serologia de hepatite A e C negativa e cicatriz imunológica de hepatite B. A tomografia axial computadorizada (TAC) abdómino-pélvica mostrava densificação difusa da gordura peri-aorta abdominal junto à emergência das artérias renais, gânglios loco-regionais de características reativas, compatível com processo infeccioso/inflamatório e, abaixo, aumento focal do calibre da aorta numa extensão de cerca de 4 centímetros. As hemo e coproculturas não permitiram isolamento de agente e a serologia para vírus da imunodeficiência humana 1 e 2 foi negativa. Cicatriz imunológica de sífilis. Após 10 dias de ceftriaxone, com melhoria clínica e analítica, a angioTAC da aorta abdominal, mostrou dilatação fusiforme da aorta descendente, abaixo da emergência das artérias renais, sem extensão às artérias ilíacas primitivas e a cintigrafia com leucócitos marcados, ausência de alterações sugestivas de processo infeccioso.

Apesar de não ter sido possível isolamento de agente etiológico, assumiu-se o diagnóstico de aortite infecciosa, dado o quadro de GE e a melhoria após antibioterapia.

PO063

1057 ABORDAGEM DIAGNÓSTICA DE UM DOENTE COM SÍNDROME CONSUMPTIVO

Patrícia Carneiro, Mafalda Figueira, Bárbara Lobão, Sónia Serra, José Pedro Villa De Brito

Hospital de São Bernardo, Setúbal, Portugal

Introdução

A perda ponderal, a astenia, a anorexia e a febre são sintomas constitucionais associados a limitação das actividades da vida diária e ao aumento da morbilidade e mortalidade. Dada a sua inespecificidade e a possibilidade de um leque bastante diverso de etiologias, o estudo diagnóstico pode ser muito desafiante.

Descrição

Os autores apresentam o caso de um homem de 61 anos, previamente saudável, que recorreu ao Serviço de Urgência por quadro com 2 meses de evolução de mau-estar geral, astenia, anorexia e perda ponderal de cerca de 15kg (20% do peso corporal).

À observação o doente apresentava-se hipotenso, com aspeto emagrecido, pele e mucosas pálidas e desidratadas, diminuição da força muscular generalizada e incapacidade para a marcha. Negava febre.

Na avaliação analítica detectou-se anemia normocítica, normocrómica com perda de 4g de hemoglobina e ligeiro aumento das transaminases e dos parâmetros inflamatórios.

O doente era portador de exames recentes realizados em ambulatório: Tomografia Computorizada torácica e Ecografia abdominal, ambas sem alterações significativas. No Serviço de Urgência realizou Endoscopia Digestiva Alta que demonstrou apenas hérnia do hiato.

O doente foi internado no Serviço de Medicina Interna para estudo da síndrome constitucional.

O estudo etiológico foi inicialmente dirigido para a pesquisa de neoplasia, pelo que se realizou Tomografia Computorizada abdomino-pélvica, que revelou imagens sugestivas de enfartes esplénicos, e colonoscopia total que objetivou 2 pólipos sésseis (10-15mm), que foram excisados e cujo resultado anatomo-patológico foi de adenomas tubulares.

Em função destes achados imagiológicos e da sintomatologia do doente a que se associou febre, foi colocada a hipótese de se tratar de êmbolos sépticos esplénicos, pelo que foi realizado ecocardiograma que mostrou presença de vegetação na válvula aórtica, confirmando o diagnóstico de endocardite infecciosa.

O doente iniciou antibioterapia empírica, que foi ajustada quando se obteve isolamento de Streptoccocus gallolyticus nas hemoculturas, com melhoria marcada e recuperação do seu estado clínico e autonomia anteriores.

Este caso é exemplo de como a visão global do doente e o raciocínio clínico baseado na evidência têm extrema importância na evolução e prognóstico de pacientes com quadros clínicos inespecíficos e de difícil diagnóstico. É também de salientar a associação entre a Endocardite infecciosa a Streptoccocus gallolyticus e a patologia neoplásica colorretal, já bem documentada na literatura, e que exigiu uma abordagem dirigida no caso apresentado.

PO064

1063 MAIS UMA LOMBALGIA ...

Miguel Martins, Diego Carrasco, Daniela Madeira, Mariana Marques Silva, Sara Marote

Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, Portugal

Introdução

Se um idoso apresenta lombalgias de carácter mecânico como queixa única, patologia degenerativa é o mais provável. Contudo, a atitude clínica deve ser guiada para excluir o improvável, com uma atenção redobrada aos achados objetivos.

Descrição

ASV, 69 anos, sexo masculino, recorre ao Serviço de Urgência (SU) por agravamento progressivo de lombalgia bilateral com 2 meses de evolução, de caraterísticas mecânicas e limitativa na marcha, que não cedia à analgesia. Sem outras queixas.

Foi avaliado duas vezes no mesmo SU no passado mês e meio. As queixas e alterações no raio X da coluna dorso-lombar foram enquadradas no contexto de alterações degenerativas. Embora com PCR elevada, dada a apirexia ou foco infecioso óbvio optou-se por reforço analgésico e reavaliação em consulta.

Do exame objetivo, destaca-se a subpirexia e mau estado da dentição; dor à compressão apofisária ao nível de L4/L5, sem défices neurológicos, com Lasegue e Bragard negativos e sem dor significativa à mobilização das articulações coxofemorais. Apresentava sopro protossistólico IV/VI com predominância em foco mitral. Nas análises de sangue, realça-se aumento dos parâmetros inflamatórios – leucocitose de 20,43 x 10^9/L com neutrofilia e PCR de 145.6 mg/L.

Quanto a antecedentes, referia episódio semelhante de lombalgia há 40 anos e hipertensão arterial, cuja medicação não cumpria. Mantinha hábitos tabágicos ligeiros e etílicos moderados. Partilhava casa com 3 familiares, na área urbana de Lisboa, com saneamento básico. Não possuía animais nem tinha contactos agropecuários.

Deparamo-nos com um doente cuja queixa principal, e única, é lombalgia intensa, com parâmetros inflamatórios aumentados, mas sem foco infecioso óbvio. Do exame objectivo, realçava-se somente o mau estado dentário e um sopro cardíaco. As hemoculturas colhidas acabariam por nos apoiar no diagnóstico final deste doente: Endocardite bacteriana subaguda associada a espondilodiscite, por Steptococcus Gordonii, da estirpe Viridans.

PO065

1064 NOCARDIOSE - TÃO DESAFIANTE, QUANTO RARO

Gonçalo Castelo Branco, Joana Ferreira, Maria João Tavares, Jorge Cotter

Hospital Senhora de Oliveira, Guimarães, Portugal

Introdução

A nocardiose, causada por bactérias do género Nocardia, bacilos Gram positivos, filamentosos e ácido-resistentes, é uma infecção rara, com taxas de cura aceitáveis, se diagnosticada e tratada precocemente. As manifestações clínicas são variáveis, afectando pulmões, cérebro e pele, sendo a infecção pulmonar a mais comum. Em cerca de 2/3 dos casos os doentes apresentam alguma forma de imunossupressão.

Descrição

Doente do sexo feminino, 43 anos, com antecedentes de etilismo, tabagismo e desnutrição. Apresentava clínica com 5 dias de evolução caracterizada por prostração, dispneia para pequenos esforços e tosse com expetoração purulenta. Recorreu ao Hospital onde se objectivou pneumonia com áreas necrotizantes bilateralmente. Colheu rastreio séptico, iniciou ceftriaxone e azitromicina, tendo ficado internada. No dia seguinte, por agravamento sobretudo da insuficiência respiratória, teve necessidade de ventilação invasiva e transferência para a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Foi admitida por choque séptico com ponto de partida em pneumonia adquirida na comunidade com disfunção cardiovascular, respiratória, metabólica e hematológica. Realizou TC-torácica que revelou-"densificação parenquimatosa pulmonar bilateral e difusa, originando extensas áreas de consolidação, com cavitação e desaparecimento central do retículo pulmonar-aspeto compatível com pneumonia necrotizante bilateral, panlobar, em que apenas o lobo médio não apresenta sinais de necrose". Foi alterada a terapêutica para ceftriaxone e clindamicina. Permaneceu 12 dias na UCI, dos quais 7 sob ventilação invasiva e 5 com suporte vasopressor. Salienta-se isolamento, no aspirado brônquico, de bacilos Gram positivos e Ziehl-Neelsen positivos, compatíveis com Nocardia (identificada posteriormente Nocardia farcinica). A antibioterapia foi reajustada para meropenem e cotrimoxazol ao 4º dia de UCI. Evolução clínica favorável, com transferência para serviço de Medicina Interna, onde completou o tratamento.

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 01
14:00 - 15:30

PO066

1065 ESPONDILODISCITE CERVICAL POR S. PNEUMONIAE COMO MANIFESTAÇÃO INAUGURAL DE INFECÇÃO VIH

Federica Parlato, Sandra Braz, João Meneses Santos, Rui Victorino

CHLN - Hospital Santa Maria, Lisboa, Portugal

Introdução

A infecção VIH é um factor de risco importante para doença pneumocócica invasiva (DPI), podendo este surgir em qualquer fase da história natural da doença retroviral, inclusivamente como manifestação inaugural.

Descrição

Homem, 46 anos, internado por febre, cervicalgia com irradiação ao membro superior direito e parestesias da mão direita com 48h de evoluçao. Analiticamente com anemia (10,4 g/dL) normocítica normocrómica, monocitose (1110/µL), trombocitose (454000/µL), VS de 120mm e PCR de 14,1 mg/dL. Imagiologicamente com alterações compatíveis com espondilodiscite cervical e colecção paravertebral anterior. No sangue isolou-se streptococcus pneumoniae sensível à penicilina. Serologia VIH1+ com carga viral elevada (132 873 cópias/mL) e razoável situação imunitária com 600 linfócitos T CD4+/µL (23%). TC torácica sem áreas de consolidação pulmonar e ecocardiograma TT sem evidência de vegetações. Foi medicado com penicilina G benzatínica e, posteriormente, com amoxicilina (8 semanas), observando-se regressão dos sintomas referidos e melhoria imagiológica com redução significativa da colecção paravertebral. Iniciou TARv e teve alta referenciado à Consulta de Imunodepressão.

O S. pneumoniae é um importante agente patogénico que deve ser considerado em indivíduos VIH+, sendo esta a condição clínica subjacente mais comum em adultos com DPI(24,1%). O risco aumentado deve-se ao compromisso da resposta imune, humoral e celular, do hospedeiro, com progressiva perda da capacidade de produzir anticorpos funcionais específicos. A pneumonia e a meningite são as manifestações clínicas mais frequentes, sendo mais raras a endocardite, a peritonite, a infecção dos tecidos moles, a artrite e a osteomielite. Estas duas últimas têm, inclusive, poucos relatos na literatura. Assim, o caso descrito é raro e confirma a não correlação entre o estádio de infecção VIH e a instalação da DPI.

E-POSTERS

PO067

1077 MALÁRIA – A REALIDADE DE UM HOSPITAL DISTRITAL

Tânia Strecht, Ana Paula Antunes, Catarina Vizinho De Oliveira, Jorge De Castro, Marta Custódio, Carolina Sequeira

Hospital de Cascais, Lisboa, Cascais, Portugal

Introdução

A Malária é uma doença infeciosa causada pelo parasita Plasmodium, e a sua transmissão está dependente de um vector, o Anopheles, pelo que a transmissão só existe nos locais onde o mosquito reside.

Apesar de em Portugal continental este mosquito não existir, não raras vezes se nos coloca este diagnóstico, tornando interessante a análise do contexto epidemiológico em que estes doentes surgem num hospital de zona não endémica.

Objetivos

O objectivo do trabalho é a caracterização dos doentes diagnosticados com malária, quanto a idade, género, contexto epidemiológico, e necessidade de internamento.

Métodos

Para isso foi realizada uma análise retrospectiva dos casos de Malária diagnosticados entre 1 de Janeiro de 2010 e 31 de Dezembro de 2017. Houve 74 casos de malária, dos quais 9 em idade pediátrica, que foram excluídos.

Resultados

Neste hospital o pico de incidência de malária foi entre os 31 e os 50 anos, sem predominância de género, tendo sido 44 (67.7%) dos diagnósticos feitos em indivíduos portugueses, 33 (50.8%) em não residentes em Portugal. A percentagem de turistas infectados é residual, em comparação com doentes infectados em contexto de trabalho, residência ou visita a familiares.

Em 54 doentes (83.1%) a chegada a Portugal foi até 2 semanas previamente a recorrer ao Hospital. Presume-se que 37 doentes (56.9%) foram infectados em Angola.

Das cinco espécies de Plasmodium, a que foi isolada em quase todos os doentes foi Plasmodium Falciparum; o que está de acordo com a origem dos doentes, uma vez que em Angola 90% das infecções são por essa espécie.

Do total de 65 casos, 49 (75%) foram internados, dos quais 25 (38%) em unidade de cuidados intensivos/intermédios. Houve um óbito.

Conclusões

Assim concluímos que apesar de este hospital não estar em zona endémica, dado a globalização com viagens frequentes entre países e até continentes, existe necessidade de manter um grau de suspeição de Malária quando estamos na presença de um doente com síndrome febril e que tenha contexto epidemiológico que o sugira.

PO068

1087 HEPATITE C AGUDA: A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS

Joana Liz Pimenta, Patrícia Chow Liu, Sónia Carvalho, Jose Presa Ramos, Paula Vaz Marques

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

Introdução

A Organização Mundial de Saúde ambiciona a eliminação do vírus da hepatite C (VHC) até 2030. A infeção aguda refere-se aos primeiros 6meses após a exposição, sendo que o diagnóstico nesta fase é raro por ser tipicamente assintomática.

Descrição

Apresenta-se 2 casos clínicos de duas doentes,de 23 anos,-de sexo feminino, autónomas. Ambas recorreram à Urgência por quadro com 1 semana de evoluçao de vómitos, diarreia, astenia e dor abdominal, estando objetivamente ictéricas e analiticamente com citocolestase. O estudo de serologias revelou positividade apenas para anticorpo anti-VHC e o estudo imunológico foi negativo. Imagiologicamente – ecografia e tomografia sem alterações de relevo. Diagnosticando-se assim Hepatite C aguda, tendo sido propostas para tratamento.

C.A.A.G.agricultora, sem antecedentes nem hábitos de consumo ou outros de relevo, medicada com anticoncepcional oral. Realizou biópsia hepática que revelou lesões inflamatórias lobulares e portais - compatíveis com hepatite aguda de etiologia vírica. Apresentava carga vírica de VHC de 3710 UI/mL cópias e genótipo 1a. A elastografia hepática era de 11.7 KPa (F3). Foi proposta para tratamento com Sofosbuvir e Ledipasvir durante 8 semanas, que terminou com adesão completa, sem efeitos adversos e com carga vírica negativa no fim do tratamento. Aguarda-se resposta vírica após 12 semanas.

M.A.M.com antecedentes de toxicodependência– via injetável, há cerca de 5 anos, companheira de toxicodependente co-infetado -VHB e VIH, com quem mantinha relações sexuais desprotegidas. Medicada com metadona 30 mg/dia. Desconhecia infecções víricas-serologias negativas nos 3 anos anteriores. Apresentava carga vírica de VHC de 2960UI/mL cópias. A elastografia era de 6.9 KPa (F0-1). Foi proposta para tratamento antivírico pangenotípico-Velpatasvir e Sofosbuvir por 12 semanas, que irá iniciar.

Os novos tratamentos para o VHC têm altas taxas de resposta, sendo administrados a nivel mundial em 10% dos casos. Para tratar é necessário diagnosticar, não se devendo excluir essa possibilidade pela baixa frequência ou ausência de fatores de risco.

PO069

1107 QUANDO A CLÍNICA DITA O DIAGNÓSTICO.

Mariana Abreu Vieira, Isa Silva, António Carneiro, Madalena Silva, Priscila Diaz, Sofia Rodrigues, Fernanda Louro

Hospital de Cascais, Cascais, Portugal

Introdução

A Leishmaniose é uma zoonose provocada protozoários do género Leishmania spp., que tem no cão o seu principal reservatório e hospedeiro. É uma doença predominantemente infantil mas pode manifestar-se também em adultos sobretudo quando associado a uma imunodeficiência.

Descrição

Os autores apresentam um caso clínico de um homem de 48 anos, raça negra, previamente saudável, sem imunodeficiências conhecidas, trabalhador na construção civil. Foi admitido no Serviço de Medicina Interna por febre, mialgias intensas incapacitantes, astenia marcada e perda ponderal significativa com 2 meses de evolução. Ao exame objectivo com palidez mucosa, emagrecido, com hepatoesplenomegalia, sem alterações cutâneas, nem adenopatias palpáveis nas cadeias superficiais. Analiticamente destacava-se pancitopenia (Hb 8,3 g/dL, leucócitos 3 000/mcL, plaquetas 97 000/mcL), com linfócitos activados, LDH 782 UI/L, proteína C-reactiva 31.01 mg/dL. Sem deficit de ferro ou vitamínico. A eletroforese sérica de proteínas apresentava pico base alargada monoclonal na região gama. As serologias para CMV, Epstein Barr, Parvovírus B19, VHA, VHB, VHC, VIH 1 e 2 foram negativos, assim como os exames culturais para bactérias e os exames diretos para micobactérias. Das restantes serologias realizadas destaca-se a pesquisa de Ac Anti-Leishmania donovani IgG positivo e IgM negativo. O estudo tomográfico apenas apresentou hepatoesplenomegalia gigante. Realizou mielograma com medula hiperreactiva e biópsia óssea cujo resultado preliminar evidenciou plasmocitose reactiva e levantou suspeita de leishmaniose. Assim assumiu-se quadro de Leishmaniose visceral e foi iniciada Anfotericina B com melhoria clinica e analítica quase imediatas.

Com as alterações climatéricas verificou-se uma maior incidência da Leishmaniose sobretudo nos países do sul da Europa. A suspeição clínica torna-se imperativa pois nem sempre é fácil ter um diagnóstico histopatológico definitivo e é necessário a introdução atempada da terapêutica.

PO070

1108 COMPARAÇÃO PNEUMOCITOSE NOS DOENTES VIH E IMUNOSSUPRIMIDOS NÃO VIH

Inês Figueiredo, Rita Alves, Diogo Borges, Margarida Torres, Ana Margarida Antunes, Filipa Lourenço, Heidi Gruner, António Panarra

Serviço de Medicina 7.2, CHLC, Lisboa, Portugal

Introdução

A pneumocistose é descrita em doentes imunodeprimidos. Houve aumento de casos com o VIH, mas hoje está associada a imunodeprimidos não VIH. Factores de risco são neoplasias, transplantados, imunossupressão sistémica (IS), imunodeficiências primárias (IDP) e mal nutrição.

Objetivos

Pretende-se comparar pneumocistose entre doentes VIH e não VIH.

Métodos

Estudo cross-sectional de doentes internados por pneumocistose num Hospital Terciário ao longo de 5 anos. Doentes foram caracterizados quanto a doença de base (VIH ou não), factores de risco, género, idade e dias de internamento. A pneumocistose foi caracterizada quanto a clínica, parametros analiticos, radiologicos, diagnóstico definitivo vs provável e terapêutica. Foi ainda avaliada a corticoterapia adjuvante, ventilação mecânica e mortalidade no internamento.

Resultados

Incluídos 129 doentes - 75 VIH e 54 não VIH. Verificou-se diferença significativa na idade (45,48 vs 55,8 anos; $p<0.05$), e entre sexos (25% vs 50% nas mulheres, $p<0.01$), sem diferença nos dias de internamento (27,76 vs 29,1 dias). Os doentes não VIH tinham como diagnóstico: 14 doenças autoimunes, 1 hemocromatose, 3 paramiloidose familiar, 1 Diabetes mellitus, 3 HTA, 2 glomerulonefrite, 2 nefropatia de refluxo, 19 neoplasias, destacando-se o carcinoma hepatocelular (6). Quanto a factores de risco: 19 neoplasias, 42 doentes transplantados, 51 sob IS, 1 doente com provável IDP e 21 com malnutrição.

Quanto à clínica, verificou-se diferença significativa quanto a queixas respiratórias (89% vs 68%, $p<0.05$) e LDH elevada (64% vs 33%, $p<0.01$). Não houve diferença significativa nos corticoides ou ventilação não invasiva, mas houve ($p<0.01$) na ventilação invasiva (22,3% vs 46%) e mortalidade (13% vs 37%).

Conclusões

Os resultados vão de acordo com os referidos na literatura que sugerem não haver diferença nas manifestações clínicas entre grupos, mas existir diferença no curso clinico com maior agressividade nos doentes não VIH.

PO071

1113 MENINGOENCEFALITE A LISTERIA MONOCYTOGENES

Inês Machado Leite, Ricardo Crespo, Frederico Trigueiros, André Martins, Marina Fonseca

Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

Introdução

A listeriose é uma doença que pode afectar indivíduos imunocomprometidos, geralmente adquirida após ingestão de alimentos contaminados, sendo a apresentação mais comum a diarreia. A meningoencefalite é uma apresentação grave que pode resultar em morbilidade e mortalidade elevadas.

Descrição

CASO CLÍNICO

Homem de 57 anos, imunocomprometido por corticoterapia sistémica, admitido por quadro de febre e alteração do estado de consciência, com 48 horas de evolução. Objectivamente, apresentava-se prostrado, sonolento e com discurso confuso. Acessos de tosse produtiva. Auscultação cardiopulmonar e abdominal sem alterações. Sem sinais meníngeos. Análises com Hb 12,2g/dL, leucocitose 25470/µL, Neutrófilos 20940/µL, PCR 6.9mg/dL, Plaquetas 434.000, glicose 140mg/dL, ureia 28mg/dL, creatinina 0.95mg/dL, Na 136mmol/L, K 3.7mmol/L, AST 15UI/L, ALT 21UI/L. Gasimetria arterial: pH 7,48, paCO2 40.6mmHg, paO2 101mmHg, lactatos 7mg/dL.

Telerradiografia torácica sem alterações. TC crânio-encefálica sem alterações. Punção lombar com líquor límpido, 120 células/mm3, predomínio polimorfonuclear, proteínas 149,3mg/dL, glucose 66mg/dL.

Iniciou antibioterapia empirica com cefriaxona, ampicilina e aciclovir assumindo-se meningite. Posteriormente, bacteriológico do líquor com isolamento de Listeria monocytogenes. RMN-CE revelou envolvimento meníngeo e parenquimatoso occipital, confirmando o diagnóstico de meningoencefalite.

Apresentou evolução favorável, tendo alta após 3 semanas de antibioterapia com ampicilina e gentamicina.

DISCUSSÃO

Infecções no doente imunocomprometido podem ter apresentações pouco comuns e evolução rápida, pelo que o reconhecimento e instituição atempados de antibioterapia dirigida é essencial.

Exames de imagem, especialmente a ressonância magnética, permitem a documentação do envolvimento meníngeo e parenquimatoso, e ainda a exclusão de abcessos, que podem formar-se em 10% dos casos de envolvimento do sistema nervoso central.

PO072

1146 MYCOBACTERIUM GENAVENSE – UM CASO RARO DE MICOBACTERIOSE NÃO TUBERCULOSA

Ana Rita Marques, Cátia Oliveira, Vanessa Palha, Luciana Sousa, Marta Mendes, Ilídio Brandão, Teresa Pimentel, Isabel Apolinário

Hospital de Braga, Braga, Portugal

Introdução

O Mycobacterium genavense (MG) é uma micobactéria não tuberculosa rara que pode causar um quadro semelhante ao da infecção disseminada por Mycobacterium avium complex (MAC), embora com um componente abdominal mais pronunciado. Afecta principalmente indivíduos imunodeprimidos, associando-se a uma mortalidade elevada (até 71%).

Descrição

Mulher, 50 anos, raça negra, diagnóstico de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) há cerca de dois meses, anemia de etiologia indeterminada e síndrome depressivo. Medicada com darunavir/ritonavir, entricitabina, tenofovir, cotrimoxazol, sertralina, oxazepam e gabapentina. Admitida para esclarecimento de quadro constitucional. Referia perda ponderal significativa há dois meses e uma semana antes do internamento náuseas e vómitos, sem febre. Do estudo realizado destaca-se: células T CD4+ 64/mL, anemia microcítica hipocrómica com ferropenia, sem défices vitamínicos; hemoculturas negativas; interferon gamma realease assay negativo; tomografia computorizada tóraco-abdomino-pélvica com adenopatias do ligamento gastro-hepático e hepatoduodenal e, sobretudo, lombo-aórticas e mesentéricas, e escassa quantidade de líquido livre na pelve; endoscopia alta a mostrar candidíase esofágica; colonoscopia sem alterações e ecocardiograma sem alterações. Colocada a hipótese diagnóstica de doença linfoproliferativa tendo realizado biópsia dirigida de um dos gânglios, vindo mais tarde a confirmar-se o diagnóstico de micobacteriose atípica pela identificação do MG por Real-time polymerase chain reaction.

Discussão: O diagnóstico destas infecções é clinicamente desafiante quer pela ausência de sintomatologia específica, quer pelas dificuldades associadas à cultura e isolamento destas micobactérias. O seu tratamento também se torna extremamente complexo, pela ausência de recomendações específicas, que se baseiam fundamentalmente em relatos de casos clínicos e nas recomendações para as infecções por MAC, e pela imprevisibilidade da resposta clínica.

PO073

1186 MENINGITES DE REPETIÇÃO: CASO CLÍNICO DE FÍSTULA DO LCR

Mariana Costa, Marina Vitorino, António Alho, Rodrigo Moraes, Alexys Borges, Marinela Major, João Machado

Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, Lisboa, Portugal

Introdução

Introdução: As fístulas de líquido cefalorraquidiano (LCR) do ouvido médio e mastóide ocorrem quando defeitos no pavimento ósseo e dura-máter da fossa média põem em comunicação o espaço sub-aracnoideu, preenchido por LCR, com os espaços pneumatizados do osso temporal. As causas mais frequentes de fístulas são as iatrogénicas e as traumáticas, embora também sejam possíveis causas neoplásicas, infecciosas e congénitas.

Descrição

Caso clinico: homem, leucodérmico, com 78 anos e antecedentes de hipertensão arterial e internamento em 2013 por meningite a H. influenzae e em 2014 também por meningite mas sem isolamento de agente. Foi admitido no SU quadro agudo de febre, prostração, dificuldade na marcha e agitação. À febril, com uma temperatura 39.2º, desorientado no tempo, espaço e pessoa e com rigidez da nuca. Foi realizada punção lombar que revelou pleocitose 1363 células com predomínio polimorfonucleares, proteínas 93.90 mg/dL e glicose de 51 mg/dL. Foi iniciada antibioterapia empírica com ceftriaxone, ampicilina e vancomicina que cumpriu durante 7 dias com melhoria clinica e laboratorial. O exame microbiológico do LCR foi negativo. Adicionalmente realizou TAC de crânio (negativo) que mostrava sinais inflamatórios dos seios perinasais e sinais de otite média crónica direita.

Por suspeita da existência de uma fístula foi solicitada RM do ouvido confirmou fistula temporal direita ao nível do tecto da mastóide, a qual veio a merecer correcção cirúrgica.

Conclusão: No caso apresentado perante o quadro de meningite de repetição tornou-se naturalmente mandatório suspeitar de fístula do LCR até porque no primeiro episódio de meningite tinha sido isolado H. influenzae. A presença deste microorganismo no LCR deve ser sempre encarado como “red flag” isto é comorbilidade médica subjacente ou trauma com fístula do LCR.

PO074

1187 DÉFICES NEUROLÓGICOS FOCAIS EM DOENTE IMUNODEPRIMIDO

Maria Vilela, Joana Cordeiro E Cunha, Carla Melo, Alice Pinheiro, Cláudia Maio, Ana Luísa Cruz

Centro Hospitalar Médio Ave, Vila Nova De Famalicão, Portugal

Introdução

Quadros de défices neurológicos súbitos são dos principais motivos de admissão num Serviço de Urgência (SU). O seu estudo e orientação exige uma celeridade abrangente, que nem sempre torna possível a procura de causas mais obscuras.

Descrição

Homem, 81 anos, autónomo e cognitivamente íntegro, com antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia, trazido ao SU por disartria e hemiparesia esquerda com 2 horas de evolução. Ao exame físico não apresentava outras alterações para além das descritas e teve resolução do quadro poucas horas após admissão no SU. Estudo analítico básico, sumário de urina e tomografia axial crânio-encefálica sem alterações de relevo. Após discussão do caso com Neurologia foi assumido provável AIT. Por repetição transitória e auto-limitada dos défices enquanto se encontrava no SU, foi internado para estudo. Durante internamento verificaram-se 3 episódios semelhantes ao que motivaram admissão, com resolução total dos mesmos. Do estudo realizado durante internamento a destacar positividade para Vírus Imunodeficiência Humana (VIH). Por quadro de febre sem foco infeccioso identificado (respiratório, urinário, bacteriémia), efectuada punção lombar a D7 de internamento, com identificação de Cryptococcus neoformans. Foi transferido ao cuidado de infeciologia, tendo acabado por falecer 7 dias após diagnóstico de criptococose cerebral.

Conclusão: Os défices neurológicos focais são uma apresentação rara, mas já relatada, de criptococose cerebral, sendo mais comum em áreas endémicas deste microorganismo. Os autores relatam este caso para sublinhar a importância de uma abordagem e estudo abrangentes no que concerne aos défices neurológicos focais, nomeadamente na pesquisa de agentes víricos responsáveis por alterações cerebrais.

PO075

1213 DE UMA LOUCA COMPULSÃO A UMA ESTRANHA REVELAÇÃO

Sebastián Parente, Cristina Lima, Conceição Loureiro

Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, Portugal

Introdução

Historicamente a classificação de Lancefield foi utilizada para a divisão das bactérias do género Streptococcus. Existia um grupo heterogéneo, grupos C, G e L, com características virulentas em comum. Em 1998, Vieira e colaboradores propuseram após

resultados fenotípicos e genotípicos a espécie Streptococcus dysgalactiae para agrupa-las.

Descrição

Apresentamos o caso de uma doente de 74 anos, encontrada caída em casa, há tempo indeterminado. Referia não comer nem beber há 3 dias por motivos económicos. Antecedentes de hipertensão arterial, e neoplasia da mama tratada há quatro anos. Desde então sem medicação regular. Sem rendimentos, vivia da recolha de comida e objectos vários nos caixotes do lixo que os acumulava em casa. À observação, sonolenta, polipneica, febril, desidratada, sem sinais de traumatismo craniano, úlceras das pernas bilateralmente com sinais inflamatórios e zonas de necrose nos pés. Analiticamente: parâmetros inflamatórios e mioglobina elevados, disfunção renal, hiperglicemia, acidose metabólica compensada e lactacidémia. No exsudado das úlceras isolou-se Stafilococcus aureus meticilino resistente e Streptococcus Betahemolítico do Grupo C. Isolado em hemoculturas Streptococcus dysgalactiae dysgalactiae. Excluídas vegetações por ecocardiograma. Diagnosticada Sépsis a Streptococcus dysgalactiae dysgalactiae tratada com ceftriaxona durante 14 dias.

Segundo Vieira os Streptococcus dysgalactiae podem ser classificados em Streptococcus dysgalactiae equisimilis, beta-hemolítico, que provoca doença piogénica em animais e humanos e Streptococcus dysgalactiae dysgalactiae, alfa-hemolítico, que causa infeções piogénicas em animais. Na literatura existem 3 casos prévios de infecção em humanos por este último agente: celulite do membro superior, infecção da prótese do joelho e endocardite infecciosa. Apresentamos o caso de uma bactéria considerada exclusiva dos animais, pouco frequentemente isolada em humanos causando infecções graves.

PO076

1248 ESCHERICHIA COLI PRODUTORA DE NDM – UM CASO EM PORTUGAL

Daniela Guerreiro Carneiro, Inês Urmal, Felisbela Gomes, Cláudia Neves, Mário Alcatrão, Miguel Valente, Elisabete Margarido, Helena Estrada

Hospital de Santo António dos Capuchos, Lisboa, Portugal

Introdução

A emergência de agentes Gram negativo produtores de carbapenemases constitui uma grave ameaça à saúde pública e à eficaz terapêutica antibiótica.

Até 2016, em Portugal, a resistência das enterobacteriaceas aos carbapenemes era rara (<1%). Desde 2017 assiste-se ao aumento de casos, sobretudo de produção de carbapenemase Klebsiella pneumoniae (KPC), desconhecendo os autores registo nacional de metallo-β-lactamase do tipo New Delhi (NDM).

Descrição

Relata-se o caso de uma mulher do Bangladesh de 42 anos, residente em Portugal há 1 mês, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 insulino-tratada e litíase renal. Teve um internamento prévio na India por "infecção renal", desconhecendo-se a terapêutica. Foi internada por pielonefrite direita com isolamento em hemoculturas e urocultura de E. coli produtora de NDM, multirresistente. Sob terapêutica dirigida com tigeciclina e gentamicina, esta posteriormente substituída por colistina, durante 14 dias, teve alta após 24 dias de internamento.

A India é o maior reservatório de produtores de NDM. De Dezembro de 2013 a Fevereiro de 2017 estão publicados (PubMed) 107 casos de E. coli produtora de NDM com maior prevalência em Londres, 74.8% dos casos (80), seguindo-se a Bulgária e a Itália com 11.2% (12) e 9.3% (10) respectivamente.

A expansão mundial destes casos pelo "turismo médico" e a facilidade de transmissão de genes de resistência entre espécies constitui um enorme desafio ao diagnóstico precoce, terapêutica e prevenção destas infecções.

Os doentes e eventualmente os alimentos de áreas endémicas são o reservatório principal de agentes com NDM, desconhecendo-se qual a melhor antibioterapia.

Os autores apresentam a epidemiologia e as dificuldades terapêuticas das infecções a agentes produtores de NDM, cuja multirresistência se estende a novos antibióticos eficazes para outras carbapenemases, como a KPC.

Alerta-se para a urgente necessidade de um diagnóstico precoce e da instituição de medidas de prevenção de transmissão cruzada.

PO077

1258 LOMBALGIA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

João Pinto Machado, Ana Abreu Nunes, Joana Silva Marques, João Ribeiro, Sofia Martins, Marta Mós, António Correia

Centro Hospitalar Tondela Viseu, Viseu, Portugal

Introdução

A tuberculose (TB) representa um problema major de saúde pública mundial, apesar de tratamento eficaz existente. A tuberculose extrapulmonar é incomum, e o envolvimento ósseo corresponde a 10%, sendo a coluna vertebral o local mais afetado.

Descrição

Doente do sexo feminino, 80 anos, com múltiplos fatores de risco cardiovasculares. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de dor lombar bilateral, com irradiação para os membros inferiores associada a incapacidade progressiva na marcha. Negava alteração da força muscular ou sensibilidade, febre ou outros sintomas sistémicos ou história de traumatismo.

Realizou TC lombar que demonstrou: "L3-L4 infiltração neoplásica ou processo infecioso,

sem coleções peri-vertebrais. Lesão osteolítica do corpo de L3 e L4."

Foi internada para estudo etiológico.

Em regime de internamento realizou estudo dirigido a eventuais causas neoplásicas, com endoscopia digestiva alta e baixa, ecografia tiroide e abdominal, mamografia e ecografia mamária que se revelaram negativas. TC-TAP: "lesões líticas centradas em L1-L4… a lesão em L4 apresenta massa tecidos moles hipodensa, com realce periférico em situação paravertebral esquerda, que poderá ser relacionada com um pequeno abcesso ou lesão de aspeto necrótico-passível de biopsia."

O estudo dirigido a causas infeciosas revelou-se negativo, incluindo hemoculturas, urocultura e serologias, tendo apenas quantiferon positivo. A pesquisa de DNA de Micobacteryum tuberculosis nas fezes, suco gástrico, urina e LBA revelou-se negativa.

Foi efectuada biópsia da lesão de L4, cuja histologia revelou "processo inflamatório granulomatoso necrotizante, de provável etiologia micobacteriana."

Iniciou terapêutica com antibacilares com boa resposta clinica.

A dor lombar é uma queixa frequente, mas também uma das manifestações mais comuns da Tuberculose coluna vertebral. Pelo seu curso insidioso e pela ausência, na maioria dos casos, de sintomas constitucionais, torna o seu diagnóstico um desafio clinico.

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 02
14:00 - 15:30

PO078

1303 NEUROCISTICERCOSE, UMA CAUSA INCOMUM DE MIOCLONIAS

Marta Matos Pereira, Joana Serôdio, Vítor Costa, Raquel Costa, Tiago Mendes, Manuel Barbosa, Elsa Araújo, João Costelha, Inês Grenha, Joana Fontes, Joana Carneiro, Selmira Faraldo, Paula Brandão

Hospital Conde de Bertiandos, ULSAM EPE, Ponte De Lima, Portugal

Introdução

A Neurocisticercose (NCC) é a parasitose mais comum do sistema nervoso central, sendo causada pela larva de T. sollium, transmitida por via oral-fecal. Trata-se de uma doença endémica em países sub-desenvolvidos, sendo a causa adquirida mais comum de Epilepsia. A sua prevalência tem vindo a aumentar na Europa devido aos movimentos migratórios de áreas endémicas.

Descrição

Homem de 59 anos, construtor civil com trabalho sazonal em África e no Alentejo; antecedentes de HTA, DM tipo 2 e dislipidemia.

Recorreu ao Serviço de Urgência por mioclonias com 1h de evolução, sem cefaleia ou febre. Ao exame neurológico sumário sem sinais meníngeos ou outras alterações neurológicas. Analiticamente sem leucocitose, DHL 386 UI/L e PCR 1.1 mg/dL. Realizou TC-CE onde se identificaram 3 lesões focais hipodensas e microcalcificações sugestivas de NCC. De ressalvar radiografia de tórax sem imagens de calcificação.

Admitido no Serviço de Medicina para estudo, tendo realizado RM-CE que revelou lesões quísticas intraparênquimatosas sugestivas da fase vesicular da NCC, bem como lesões nodulares com edema perilesional sugestivas da fase coloide. Analiticamente com serologias víricas e anticorpos T. sollium negativos, apesar da clínica e aspetos imagiológicos sugestivos. Iniciou terapêutica com albendazol , dexametasona e fenitoína, com melhoria clínica e sem recorrência das crises convulsivas. Ao 13º dia repetiu RM-CE que demonstrou melhoria do edema e estabilidade das restantes lesões. Teve alto orientado para consulta de Medicina Interna e Neurologia, onde foi avaliado a posteriori sem recorrência das crises convulsivas.

DISCUSSÃO

Apesar de ser uma entidade rara, os casos de Neurocisticercose vão-se tornar mais comuns na nossa realidade devido à migração. Por isso é importante considerar este diagnóstico nos doentes com clínica sugestiva, contexto epidemiológico e lesões imagiológicas compatíveis, uma vez que o seu curso é muito favorável com tratamento adequado.

E-POSTERS

PO079

1304 HIPOFUNÇÃO GLANDULAR EXÓCRINA COMO MANIFESTAÇÃO DE INFECÇÃO AGUDA PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV)

Marta Brandão Calçada, Mafalda Santos

Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, Santa Maria Da Feira, Portugal

Introdução

O síndrome seco oral como resultado de hipofunção glandular implica um diagnóstico diferencial extenso que inclui alterações estruturais primárias e o envolvimento por doenças sistémicas (de natureza inflamatória/imunomediada; infiltrativas; granulomatosas e neuropatias).

Descrição

Homem, 54 anos, sem antecedentes patológicos ou contexto epidemiológico. Referenciado à consulta de doenças autoimunes por síndrome seco oral intenso com 4 meses de evolução, sem xerose, sintomas oculares ou tumefações/assimetrias de glândulas salivares major. Após anamnese detalhada, referia aftas orais no início do quadro; perda ponderal de 9,5% em 2 meses e astenia marcada, sem outros sintomas B; lesões cutâneas, descamativas e pruriginosas na face e mãos; tosse seca recorrente. Sem achados específicos ao exame objetivo. Hemograma, glicose (jejum), função renal, perfil hepático e lipídico sem alterações. Discreto padrão inflamatório (PCR:13mg/dL, Velocidade de Sedimentação:56mm, IgG:1874mg/dL, eletroforese sérica de proteínas com aumento policlonal de Ig). Imunologia negativa (incluindo ANA, fator reumatóide, anti-Ro/SS-A e anti-La/SS-B). Biópsia de glândulas salivares minor sem alterações morfológicas, componente inflamatória celular ou estruturas granulomatosas. Anticorpo anti-HIV +; restantes serologias víricas negativas. SACE negativa. IGRA +. TC abdominopélvica sem alterações. Avaliado em consulta de infeciologia com confirmação de infeção por HIV-1 (contagem absoluta de CD3+/CD4+: 168Cel/uL; quantificação de carga viral: 542978 cópias/mL), início de terapêutica antirretroviral e proposta de tratamento de tuberculose latente. Discussão: Os autores retratam um caso de hipofunção glandular exócrina como primeira manifestação de infeção por HIV, com sinais/sintomas de síndrome retroviral agudo, que exigem um elevado índice de suspeição pela inespecificidade e uma vez associados a estados de supressão imunológica e a elevada carga viral que lhes conferem uma extrema importância epidemiológica.

PO080

1306 ALERTA AMARELO: COLANGITE LITIÁSICA EM DOENTE COM PARASITOSE BILIAR

Jorge Lourenço, Braulio Gomes, Joana Costa, Daniela Marado, Jorge Fortuna, Adriano Rodrigues

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Hospital Geral, Coimbra, Portugal

Introdução

As parasitoses biliares correspondem a um espectro de infeções comuns nos países em vias de desenvolvimento, embora se identifiquem casos esporádicos em áreas não endémicas, associados a más condições higiénico-sanitárias.

Descrição

CASO CLÍNICO:

Homem, 52 anos, baixo status socioeconómico e antecedentes de alcoolismo. Recorreu ao Serviço de Urgência por dor no hipocôndrio direito com 8 dias de evolução, associada a mialgias generalizadas. Sem noção de febre e sem história de náuseas, vómitos, diarreia, acolia ou colúria. Negava viagens recentes. À admissão, apresentava-se hemodinamicamente estável, febril, ictérico e com dor à palpação do hipocôndrio direito, sem defesa. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios, hiperbilirrubinémia direta e elevação dos marcadores de colestase.

A ecografia abdominal detetou dilatação da via biliar principal (VBP) de 11mm e das vias intra-hepáticas, com evidência de filamentos móveis hiperecogénicos sugestivos da presença de Ascaris lumbricoides intravesiculares, sem obstrução evidente. Neste sentido, foi realizada TC abdominal que detetou cálculo de 4mmm não obstrutivo na porção distal da VBP. Após discussão do caso com a Gastroenterologia e dado não requerer realização de CPRE urgente, o doente foi internado na enfermaria de Medicina Interna para continuação de cuidados medicado com mebendazol, com evolução clínica favorável e follow-up ecográfico a documentar resolução do quadro obstrutivo e ausência dos parasitas previamente identificados.

DISCUSSÃO:

O Ascaris lumbricoides é um dos nemátodos passíveis de infetar a espécie humana, estima-se que até 30% da população mundial seja portadora deste parasita. Este reside no intestino delgado, podendo invadir o trato biliar, migrando pela ampola de Vater. A ecografia abdominal é um exame sensível e específico para a sua deteção. O tratamento com antiparasitário é muitas vezes eficaz na resolução do quadro clínico.

PO081

1315 VIVAX NÃO BENIGNO

Fabiana Pimentel, Lisete Nunes, Ivone Barracha, Rosa Amorim

Centro Hospitalar do Oeste - Unidade de Torres Vedras, Torres Vedras, Portugal

Introdução

A malária é uma doença parasitária potencialmente fatal, usualmente responsável por síndrome febril em doentes com história epidemiológica. Existem seis espécies de parasitas Plasmodium, sendo o P.falciparum comumente associado a complicações graves e mortalidade elevada. Por outro lado, há evidência crescente de que o impacto económico e gravidade da doença causada pelo P.vivax, considerado uma infecção benigna e auto-limitada, foram subestimados.

Descrição

Mulher, 39 anos, sem antecedentes pessoais relevantes. Admitida no SU por história de febre com uma semana de evolução associada a mialgias, fadiga, cefaleia e fotofobia, refractária a terapêutica antipirética. Referia história de viagem à Índia há cerca de 3 meses, não tendo cumprido profilaxia anti-palúdica. Objectivamente destaca-se TA 85/56mmHg, pulso 100bpm, febre (39ºC) e hepatomegália dolorosa. Analiticamente: hemoglobina 10.5g/dl, leucócitos 3220/uL, plaquetas 49000/uL, LDH

350U/L, ALT 144U/L, INR 1.3, Albumina 2.1g/dl, Bilirrubina total 2.4mg/dl, Creatinina 1.13mg/dl, PCR 30.7mg/dl. Acidose metabólica e hipoxémia, sem lactacidémia, em gasometria. Portanto, disfunção hematológica, hepática, pulmonar e renal. Esfregaço de sangue periférico e serologia positiva para P.vivax, taxa de parasitémia 5%. Iniciou terapêutica com quinino e doxiciclina evoluindo para insuficiência respiratória progressiva, no contexto de ARDS, com necessidade de ventilação mecânica invasiva, pelo que foi transferida para Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Parasitémia negativa após 4 dias de tratamento, sendo extubada ao 6º dia de admissão na UCI. Teve alta orientada para consulta de Doenças Infecicosas.

O comprometimento respiratório associado a infecção por P. vivax é raro e existem poucos casos documentados de lesão pulmonar aguda na ausência de infecção concomitante por P. falciparum. Estes relatos desafiam a percepção usual de P. vivax como uma infecção benigna e impõe uma tomada de atitude diagnostica e terapêutica precoces.

PO082

1320 HEPATITE AGUDA VIRAL – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Olga Silva, Raquel Pinho, Ana Vieira, Joana Roseira, Domitília Faria, Luís Contente, Luísa Arez

Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade Hospitalar de Portimão, Portimão, Portugal

Introdução

A elevação de transaminases constitui um motivo comum de referenciação à consulta de Medicina Interna. O diagnóstico diferencial inclui a hepatite viral, tendo em conta o contexto epidemiológico e vacinações prévias.

Descrição

Caso clínico: Homem de 42 anos, homossexual com comportamentos de risco, tendo os últimos ocorrido 12 semanas e 4 semanas antes da primeira avaliação. Tratado por sífilis latente 6 meses antes, não vacinado para hepatite A ou B. Enviado pelo médico de família à consulta de Medicina por quadro com duas semanas de evolução de astenia, anorexia, colúria com analises (13/3/2017) com TGO 1166U/L, TGP 479U/L, AgHBs e AcHBcore total positivos, AcVHA total, Ac VHC e AcVIH negativos. Observado a 20/3/2017, repetiu analises com TGO 1048U/L TGP 2424U/L Bilirrubina Directa (BD) 1,36mg/dL, INR 1, albumina 4,2 mg/dL e serologias sobreponíveis, acrescidas de carga viral VHC negativa e AcHBcore IgM positivo, AgHBe negativo, Ac HBe positivo, admitindo-se hepatite B aguda sem critérios de internamento. Seguido em Hospital de Dia de Medicina com melhoria clínica e analítica. Em 18/4/2017 agravamento sintomático com TGO 1947U/L TGP 2832U/L, BD 7,24 mg/dL, INR 1,2, albumina 3,2 mg/dL; ecografia abdominal com discreta hepatoesplenomegalia. Negava quaisquer contatos sexuais desde o fim de fevereiro, assim como ingestão de álcool ou medicamentos no mesmo período. Repetiu análises mantendo AgHBs positivo e serologias para VIH, VHC, VHD, VHE negativas, carga viral VHC negativa, Ac IgM VHA positivo AcVHA total > 60 UI/L, compatível com hepatite A aguda. Terapêutica de suporte com evolução favorável. Seroconversão com AgHbs negativo e AcHBs positivo em julho 2017.

Conclusão: Apresentamos este caso pela raridade da ocorrência quase simultânea de hepatite aguda por VHB e por VHA, salientando a importância do rastreio e prevenção destas patologias com aconselhamento e vacinação dos indivíduos com comportamentos de risco não imunes.

PO083

1353 ESPONDILODISCITE - UMA ENTIDADE A RELEMBRAR…

Catarina Nóbrega, Carolina Aguiar, Filipe Perneta, Maria Da Luz Brazão

Hospital Central do Funchal, Funchal, Portugal

Introdução

A espondilodiscite é uma infeção que envolve um ou mais componentes extradurais da coluna vertebral cuja etiologia pode ser piogénica (sendo o agente bacteriano mais frequente o Staphylococcus aureus) ou granulomatosa. Localiza-se predominantemente nas vértebras lombares e é mais frequente no sexo masculino, afetando sobretudo doentes com mais de 50 anos e com comorbilidades como insuficiência renal crónica, diabetes mellitus ou etilismo crónico.

Descrição

Os autores apresentam um caso de um homem, 63 anos, antecedentes de hipertensão arterial, dislipidémia e acidente vascular isquémico com sequelas de hemiparésia e afasia que recorre à Urgência por dor hipogástrica, oligúria e febre. Evidenciava um aumento dos parâmetros analíticos de fase aguda e urina II com incontáveis leucócitos e muitos eritrócitos pelo que foi internado com o diagnóstico presuntivo de infeção do trato urinário tendo sido medicado empiricamente com cefuroxima. No decorrer do internamento fez tomografia computorizada abdominal, por agravamento e generalização das queixas álgicas abdominais, que revelou volumosa calcificação intravesical e fraturas compressivas das vértebras lombares, com bolhas gasosas intra-ósseas, admitindo-se foco infecioso. Para melhor esclarecimento do quadro realizou-se ressonância magnética lombar que confirmou o diagnóstico de espondilodiscite de D12 a L2, com abcesso em formação no músculo psoas esquerdo. Apresentou igualmente bacteriémia a Staphylococcus aureus meticilinoresistente. Foi instituída terapêutica médica conservadora com antibioterapia prolongada e resolução do quadro sem necessidade de intervenção cirúrgica. Dada a evolução clínica insidiosa e a elevada taxa de morbi-mortalidade, o diagnóstico

de espondilodiscite requer elevado índice de suspeição, sobretudo em doentes cujo status funcional possa contribuir para mascarar esta entidade. A sua presença deverá ser equacionada mesmo perante outro foco infecioso aparentemente óbvio ou relembrada como complicação deste.

PO084

1382 MENINGITE RARA EM DOENTE IMUNOSSUPRIMIDO

Luísa Gomes Silva, Carolina Cadório, Nuno Sousa, Leuta Araújo, José Barata

Hospital de Vila Franca de Xira, Vila Franca De Xira, Portugal

Introdução

Aggregatibacter actinomycetemcomitans é uma bactéria Gram negativa, anaeróbia facultativa, integrante da flora comensal da orofaringe dos humanos. É frequente causa de periodontite, podendo também causar pneumonia, empiemas, osteomielite ou abcessos cerebrais e abdominais. A meningite é uma entidade rara, de curso complicado e difícil diagnóstico.

Descrição

Apresentamos o caso de um homem de 63 anos, com antecedentes de colite ulcerosa e tuberculose pulmonar latente e medicado com Messalazina, Azatioprina, Isoniazida e Prednisolona. Recorreu ao Serviço de Urgência por confusão mental, adinamia e incontinência de esfíncteres. Encontrava-se febril, com rigidez da nuca e sinal de Brudzinski positivo, score 11 na escala de Glasgow, sem resposta verbal a estímulos. Analiticamente destaca-se leucocitose, neutrofilia e Proteína C Reativa elevada. Tomografia computizada crânio-encefálica sem alterações. Líquido cefalorraquidiano (LCR) apresentava 850 células/mm3, com predomínio de polimorfonucleares, hipoglicorráquia e hiperproteinorráquia. Admitiu-se Meningite bacteriana provável, iniciou empiricamente Ceftriaxone, Ampicilina e Vancomicina com boa resposta clínica. Por isolamento no LCR e em hemoculturas de Aggregatibacter actinomycetemcomitans sensível a Ampicilina, manteve apenas Ampicilina (12g/dia) durante 10 dias. Teve alta ao 11º dia de internamento, sem sequelas.

Os autores apresentam este caso dada a raridade do agente e a inespecificidade da apresentação clínica, podendo constituir um fator de atraso no diagnóstico e terapêutica dirigida. Sendo um agente oportunista, é importante ser tido em linha de conta em doentes imunodeprimidos. O isolamento desta bactéria em meios de cultura pode ser um desafio, sendo que o recomendado é estender o período de incubação da bactéria e fazer subcultura das hemoculturas em chocolate de agar.

PO085

1383 LEPTOSPIROSE HUMANA - CASUÍSTICA DE 9 ANOS DE UM CENTRO HOSPITALAR

Helena Luís, Catarina Rodrigues, Andreia Pinto, Pedro Balza, Alexandra Malheiro, Graça Andrade, José Luís Andrade, Maria Luz Brazão

Hospital Central do Funchal, Funchal, Portugal

Introdução

A leptospirose é uma doença infeciosa febril causada por espiroquetas patogénicas do género Leptospira transmitidas aos humanos pela ingestão de água ou comida contaminada pela urina de um animal infetado. A icterícia constitui o primeiro sinal da doença podendo associar-se a febre alta, insuficiência renal, disfunções pulmonar e hepática, alterações neurológicas, colapso cardiovascular e diátese hemorrágica.

Objetivos

Caracterizar o internamento de doentes com o diagnóstico de leptospirose no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2016 de um centro hospitalar.

Métodos

Os autores realizaram um estudo retrospetivo de 9 anos (janeiro/2007 a dezembro/2016) em que analisaram as caraterísticas epidemiológicas, manifestações clínicas, resultados analíticos, tratamento e evolução de doentes com o diagnóstico de leptospirose de um centro hospitalar. Os dados foram obtidos através do REDMED® - registo electrónico de doentes e tratados no programa Microsoft Office Excel® 2010.

Resultados

No período estudado foram pedidos 1041 exames, dos quais 88 foram positivos. Do total de doentes com resultado positivo, 65 eram do sexo masculino (73,9%) e 23 do sexo feminino (26,1%) com idade média de 54,2 anos (idade mínima de 23 anos e máxima de 84 anos), 67 apresentaram febre (76,1%) e 40 mialgias (45,4%). A Penicilina G foi o antibiótico mais utilizado (40,9%), seguida de Amoxicilina/ácido clavulânico (15,9%) e Ceftriaxone (12,5%). Verificou-se uma taxa de mortalidade de 9%. 14 doentes com resultado positivo foram admitidos na Unidade de Cuidados Intensivos.

Conclusões

Os autores salientam a importância do reconhecimento precoce desta patologia perante as manifestações clínicas com ênfase para a utilidade de uma história clínica adequada. Pela variedade de sintomas que apresenta, a leptospirose deve ser considerada como diagnóstico diferencial de entidades como síndrome febril indeterminada, síndrome gripal, malária, dengue ou pneumonia atípica.

PO086

1406 LEPTOSPIROSE: UMA REALIDADE INSULAR

Isabel Borges, Filipa Lima, Paula Costa, Madalena Meneses, Maria Clara Paiva

Hospital do Divino Espirito Santo, EPER, Ponta Delgada, Portugal

Introdução

A leptospirose é uma zoonose frequente em regiões de clima temperado e tropical, com uma taxa de incidência nos Açores em crescimento nos últimos 3 anos. As espécies L. interrogans e L. borgpetersenni, serogrupo Icterohemorrhagiae e Ballum, foram os identificados na Região. A apresentação clínica é variável, desde uma síndrome tipo gripal à Doença de Weil.

Objetivos

Caraterizar a população de doentes observados com vista à identificação precoce de grupos de risco e mau prognóstico.

Métodos

Análise retrospetiva do processo clínico de 56 doentes, adultos, admitidos no Serviço de Urgência (SU), no ano de 2017, com pesquisa positiva para DNA de Leptospira spp. no soro/urina, por técnica de PCR.

Resultados

Identificaram-se 56 casos de Leptospirose, dos quais 50 homens (89,3%), com maior incidência da doença no grupo etário compreendido entre os 18-49 anos (72%). A maioria dos doentes era residente em meio urbano, ligados a atividades laboral/recreativa na área da agro-pecuária (77%). Verificou-se uma maior incidência de casos no Outono (46%) e menor no Verão (5%). A tríade clínica à admissão consistiu em febre (92.8%), mialgias (92.8%) e cefaleia (42.8%) e um caso com meningismo, com duração média dos sintomas até a admissão, no SU, de 3 dias. Laboratorialmente, prevaleceram alterações da enzimologia hepática (80.7%), trombocitopenia (80.3%) e desequilíbrio hidroeletrolítico (76.8%). Hemoculturas negativas. Apresentaram complicação aguda 16 doentes, dos quais 6 com necessidade de admissão na Unidade de Medicina Intensiva. A duração média do internamento foi de 7 dias.

Conclusões

A prevalência da Leptospirose em São Miguel, é elevada quando comparada com outras regiões do País, favorecida por fatores físicos, humanos e biológicos. Deste modo, a suspeição diagnóstica desta doença é imperativa, atendendo ao desfecho potencialmente adverso da abordagem terapêutica tardia.

PO087

1424 HIDATIDOSE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Daniela Brito, Cármen Ferreira, Mário Santos, Samba Baldé, Fernanda Coutinho, Fátima Pimenta

Centro Hospitalar do Médio Tejo, Abrantes, Portugal

Introdução

A Hidatidose é uma zoonose parasitária provocada pelo Echinococcus spp. Existem 4 espécies capazes de infectar o Homem, sendo que o E. granulosus é a mais comum em Portugal, identificado em cerca de 70% dos casos. A doença tem uma forma de apresentação variada dependendo do órgão afectado.

Descrição

Homem de 80 anos, pastor de ovelhas reformado, com antecedentes pessoais conhecidos de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, sequelas de acidente vascular cerebral e dislipidemia. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por vómitos alimentares com cerca de um mês de evolução. Referia anorexia e perda ponderal; negava febre, dor abdominal e/ou alteração do trânsito intestinal. À observação no SU apresentava mucosas descoradas e desidratadas, sem outras alterações. Analiticamente com ligeiro aumento dos parâmetros inflamatórios e agravamento da função renal. Gasimetria com acidose metabólica e acidemia. Pelo contexto de vómitos realizou ecografia abdominal que mostrou "lesão arredonda de 8 cm de maior diâmetro, no segmento V-VI. Está bem delimitada e tem conteúdo com quistos, sugestivo de vesículas filhas. (…) O estudo é compatível com quisto hidático hepático". Foi internado no Serviço de Medicina Interna para estabilização do quadro e vigilância. Realizou, posteriormente, tomografia computorizada toraco-abdomino-pélvica que não mostrou outras alterações além das descritas na ecografia. Discutiu-se o caso com a Cirurgia Hepato-Biliar do hospital de referência que deu indicação para iniciar albendazol e referenciar à consulta.

DISCUSSÃO: A Hidatidose é uma doença de interesse crescente na Saúde Pública, sendo uma Doença de Declaração Obrigatória desde 1987. Em Portugal, existe uma aparente subnotificação dos casos clínicos pelo que o presente caso pretende sensibilizar o clínico à sua existência. Trata-se de uma doença com grande morbilidade e mortalidade se não tratada convenientemente.

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 01
14:00 - 15:30

PO088
1513 DOR CERVICAL: DA DOR COMUM À PATOLOGIA RARA

Madalena Rangel, Alicia Oliveira, Margarida Massas, Maria Piteira, Mariana Soares, Vera Sarmento, Tereza Veloso, Conceição Barata

Hospital do Espírito Santo de Évora, Évora, Portugal

Introdução

A cervicalgia é uma das causas mais comuns de recorrência aos Cuidados de Saúde, com uma incidência anual estimada de 30%. A sua etiologia é heterogénea, sendo a maioria mecânica, benigna e auto-limitada. No entanto, é crucial identificar sinais de alarme que podem estar subjacentes a patologias significativas como malignidade, envolvimento cardíaco ou infecção.

Descrição

Mulher, 51 anos, antecedentes irrelevantes, inicia quadro de cervicobraquialgia associada ao esforço, sem cedência ao repouso e à terapêutica, com diminuição progressiva da força nos membros superiores e sem outras alterações ao exame objectivo. Neste contexto realizou estudo analítico com aumento dos parâmetros inflamatórios, Tomografia Computorizada cervical com uncodiscartroses de C3 a C6 e Ressonância Magnética (RM) cervical com alterações inflamatórias, lesão discal e colecção epidural parasagital com 4mm de maior eixo em C4-C5, pelo que iniciou Flucloxacilina. Três dias depois, ocorreu agravamento clínico com diminuição da força dos quatro membros. A RM de reavaliação revelou colecção pré-vertebral entre C1 e C5 e hipersinal do disco em C4-C5, com contiguidade para as mesmas vértebras. Apresentou hemoculturas positivas para Pseudomonas aeruginosa, cumprindo 6 semanas de antibioterapia e ortótese cervical, com boa evolução clínica, encontrando-se actualmente sem défices.

Discussão: A espondilodiscite espontânea é uma entidade rara mas potencialmente fatal, atingindo menos frequentemente a região cervical. Deve-se maioritariamente a uma infecção hematogénea por Staphylococcus aureus, podendo estar envolvidos outros agentes como Streptococcus spp, Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosa ou fungos. A clínica é inespecífica, atrasando o diagnóstico com um impacto prognóstico desfavorável. A apresentação deste caso, com localização infrequente, visa alertar para o seu diagnóstico, de forma a reduzir a morbi-mortalidade associada e prevenir sequelas irreversíveis.

E-POSTERS

PO089
1516 UM CASO DE CELULITE ORBITARIA PÓS SEPTAL

Madalena Sousa Silva, Sofia Rodrigues, Ana Teresa Boquinhas

Hospital de Cascais, Cascais, Portugal

Introdução

A celulite orbitária é uma infecção dos tecidos que rodeiam o globo ocular. Podem distinguir-se dois tipos; pré septal, mais frequente e menos severa e pós septal, menos comum e com maior risco de complicações associadas.

Descrição

Apresentamos o caso de uma doente do sexo feminino de 38 anos com antecedentes pessoais de esclerodermia (forma localizada) com atingimento do membro superior direito e da face, com recuamento da órbita direita tendo sido submetida a cirurgia de correcção. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de edema, eritema e dor na hemiface direita com dois dias de evolução. Sem queixas de diplopia, diminuição da acuidade visual, dor ou limitação dos movimentos oculares. Sem febre. Ao exame objectivo evidenciava exuberante edema e eritema periorbitário direito que se extendia ao pavilhão auricular. Analíticamente com leucocitose com neutrofilia e elevação de proteína C reactiva. Assumiu-se celulite da face e iniciou antibioterapia empírica com flucloxacilina e ceftriaxone. No internamento, manteve apirexia e ausência de queixas álgicas ou alterações visuais mas, atendendo a agravamento do quadro inflamatório com maior extensão do edema e eritema, realizou TC das órbitas que revelou processo inflamatório peri orbitário com envolvimento pós septal. Foi alterada antibioterapia para vancomicina associada a ceftriaxone e metronidazol com melhoria clínica significativa.

Este caso ilustra a importância de vigilância nos casos de celulite orbitária sobretudo aqueles com factores de risco para celulite pós septal e da realização de exames de imagem adequados para adequada caracterização e correcta terapêutica antibiótica de forma a evitar complicações nefastas.

PO090

1530 STREPTOCOCCUS BOVIS ENDOCARDITIS OF MITRAL VALVE WITH MITRACLIP DEVICE AND PREMALIGNANT COLON POLYP

Isabel Pinheiro, Bianca Cristea, Mariana Simões, Gabriel Nogueira, Maria Inês Alexandre, Luiz Menezes Falcão

Hospital Santa Maria, CHLN, EPE, Lisboa, Portugal

Introdução

Streptococcus bovis is a group of gram-positive cocci found in the intestinal flora of 10% of the healthy population and in 30% - 55% of patients with inflammatory bowel diseases or colon cancer. All patients with S. bovis bacteremia, with or without endocarditis, should be screened for intestinal cancer. S. bovis endocarditis is associated with malignant and pre-malignant intestinal neoplasms and chronic liver disease. Patients with cardiac valvular dysfunction or cardiac devices are particularly vulnerable.

Descrição

71 years old male, with congestive heart failure, permanent atrial fibrillation, mitral valve prolapse with severe regurgitation, MitraClip device, severe pulmonary hypertension, chronic renal disease stage 2.

He presented fever, unproductive cough and dyspnea, with 7 days of evolution. Lab tests showed microcytic hypochromic anemia Hb 9.3g/dL; relative neutrophilia 75%, C-reactive protein 8.6mg/dL, erythrocyte sedimentation rate 70mm/hr, creatinine 1.7mg/dL and urea 82mg/dL.

The transthoracic echocardiogram revealed severe mitral valve regurgitation despite the the previous implantation of the MitraClip device. The transesophageal echocardiogram showed echogenic and mobile filamentous image of 6.3mm appended to the atrial side of the posterior leaflet of the mitral valve, compatible with mitral valve endocarditis.

S. bovis was isolated in blood cultures and benzylpenicillin and gentamicin were started. Colonoscopy detected a small polyp of the descending colon, submitted to polypectomy. Pathology examination revealed a tubular adenoma with low grade dysplasia and clear margins.

CONCLUSIONS:

S. bovis endocarditis was diagnosed in a patient with severe mitral valve regurgitation previously implanted with a MitraClip device. The screening for intestinal cancer allowed to detect just in time a tubular adenoma of the descending colon that was a pre-malignant lesion.

PO091

1538 ROMBOENCEFALITE A LISTERIA MONOCYTOGENES

Diogo Canudo[1], Diana Coutinho[1], Sofia Calasa[1], Francisco Rebocho[1], Ines Santos[1], Susana Carvalho[1], Francisco Azevedo[1], Hélder Lousada2

[1]Hospital do Espirito Santo de Evora, Evora, Portugal

[2]Universidade do Algarve, Faro, Portugal

Introdução

INTRODUÇÃO

Listeriose é uma infecção transmitida pelo consumo de alimentos contaminados pela bactéria gram-negativa Listeria monocytogenes. A maioria dos doentes que desenvolve infecção do sistema nervoso central (que quase sempre é meningite) é imunodeprimida, sendo que os imunocompetentes costumam desenvolver apenas uma forma de gastroenterite autolimitada.

Descrição

CASO CLÍNICO

Homem, 49 anos, saudável, com consumo frequente de charcutaria crua e carne mal cozinhada, recorreu ao serviço de urgência por quadro com 3 dias de evolução de cefaleia, vómitos, diplopia e febre alta. À observação destacava-se: febre, sonolência, rigidez da nuca, nistagmo horizontal, desequilíbrio e estrabismo divergente.

Analiticamente com leucocitose, proteína C reactiva elevada; serologia para HIV 1 e 2 negativa.

Feita punção lombar, com líquor com proteínas aumentadas, glicose baixa, contagem celular aumentada e Polymerase Chain Reaction - film array positivo para Listeria monocytogenes, agente também isolado no exame cultural do líquor e nas hemoculturas.

A ressonância magnética crânio-encefálica com gadolíneo mostrou lesões compatíveis com romboencefalite.

Em internamento iniciou antibioterapia com ampicilina e gentamicina (que cumpriu 21 dias) e fisioterapia, com melhoria progressiva do estado de vigília e do desequilíbrio, mantendo como sequela estrabismo divergente.

DISCUSSÃO

A romboencefalite a Listeria é uma infecção rara e grave do tronco cerebral associada a alta mortalidade e frequentes sequelas nos sobreviventes. Este caso é particularmente incomum por se tratar de adulto com menos de 50 anos, imunocompetente.

PO092

1544 DOENÇA DEFINIDORA DE SIDA MANIFESTANDO-SE COMO QUADRO PSIQUIÁTRICO

Manuel S. Martins, Andre S. Pinto, Wildemar Costa, Claudia Fernandes, Ivone Barracha, Rosa Amorim

CHO - Torres Vedras, Torres Vedras, Portugal

Introdução

A toxoplasmose cerebral é uma infeção oportunista causada pelo parasita Toxoplasma gondii. Afeta tipicamente doentes VIH em fase avançada da doença, sendo a causa mais comum de lesões cerebrais múltiplas nestes doentes.

Descrição

Caso clínico: Os autores descrevem o caso de um homem de 46 anos, sem antecedentes conhecidos, que recorre ao serviço de urgência por humor depressivo, ideação suicida, estado confusional e anorexia marcada com perda ponderal de 12kg em 6 meses. Avaliado pela Psiquiatria que considerou doença orgânica. Avaliação pela Medicina Interna revelou caquexia, estrabismo convergente, exoftalmia à esquerda e estado confusional. TC-cranioencefálica que revelou múltiplas lesões expansivas intra-axiais multifocais hemisféricas bilaterais, hipodensas, com edema vasogénico periférico e com efeito de massa. Pedida serologia para VIH1 que foi positiva. Iniciou terapêutica empírica com Sulfadiazina e Pirimetamina por diagnóstico presuntivo de toxoplasmose cerebral. Duas semanas depois inicia HAART dado estado de imunossupressão (CD4 9cel/mm3; CV 1.550000 cópias). Três semanas após o inicio da terapêutica antibiótica realizou RMN-CE compatível com toxoplasmose. Durante o internamento apresentou melhoria significativa das alterações neurocognitivas, havendo igualmente evolução imagiológica favorável, o que veio corroborar a hipótese diagnóstica. Como intercorrências de maior relevância apresentou pneumocistose e toxicidade hepática à Sulfadiazina. Teve alta ao 119º dia de internamento orientado à consulta de Doenças Infeciosas, com recuperação parcial dos défices neurocognitivos, mantendo terapêutica em dose de manutenção com Clindamicina + Pirimetamina.

Discussão: No serviço de urgência impõe-se a necessidade de realizar diagnóstico diferencial de patologia psiquiátrica versus patologia orgânica. Perante um quadro de atingimento do sistema nervoso central, mesmo na ausência de epidemiologia sugestiva, manter um índice de suspeição elevado para a infeção VIH.

PO093

1568 INFEÇÕES ABDOMINAIS A ENTEROBACTERIACEAS PRODUTORAS DE CARBAPENEMASES

Rita Amorim Costa[1], Pedro Oliveira[1], Pedro Salvador[1], Maria Ana Canelas[1], Fábio Murteira[1], Margarida Mota[2], Luís Andrade[1], Vítor Paixão Dias[1]

[1]Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia Espinho, Vila Nova De Gaia, Portugal

[2]Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova De Gaia, Portugal

Introdução

A emergência de microorganismos multiresistentes como Enterobacteriaceas produtoras de carbapenemases (EPC) constitui um problema crescente não só pela limitação da antibioterapia existente, elevada taxa de mortalidade mas também pela falta de evidência existente quanto ao tratamento das infeções por EPC.

Objetivos

Analisar o perfil dos doentes que adquiriram infeção intra abdominal a EPC; tratamento aplicado e outcome.

Métodos

Analisaram-se os casos de infecção intra abdominal num hospital terciário, com isolamento de EPC entre 2015 e 2017.

Resultados

Amostra de 18 casos, 50% do sexo feminino, idade média 68 anos (12.2); mRankin 0-2 em 13 doentes (72%); índice de comorbilidade de Charlson, média 5.7 pontos (3). Com excepção de 1 doente, todos apresentavam pelo menos um dispositivo como algália (5), CVC (2) ou dreno.

A Klebsiella pneumoniae foi isolada em 17 doentes, em associação a Escherichia coli em 1 e apenas E. coli também num. Um doente manteve estratégia paliativa; 1 foi submetido a controlo local de infecção; 15 doentes realizaram ambas, controle cirúrgico e antibiótico (AB). Os esquemas mais prevalentes: tigeciclina e gentamicina (6); tigeciclina e fosfomicina (6). Outras associações utilizadas: tigeciclina com amicacina ou colistina; colistina e fosfomicina; gentamicina e colistina. A duração da AB foi em média de 10 dias.

Verificou-se falência terapêutica em 7 doentes (38.9%), que cumpriram, em média, 7 dias de AB; a infeção foi resolvida em 11, que cumpriram em média, 12 dias de AB. Após um mês de follow up, 55.6% da amostra faleceram; aos 3 meses a mortalidade foi de 61.1%.

Conclusões

Metade da amostra tinha menos de 65 anos e não apresentavam elevada carga de morbilidade; a maior parte apresentava dispositivos médicos e todos eram colonizados por EPC. Foi utilizada terapêutica AB combinada em todos, associada a

abordagem cirúrgica na maior parte das vezes. Ainda assim, verificaram-se elevadas taxas de falência terapêutica e mortalidade.

PO094

1569 DOIS DIAGNÓSTICOS, UM SÍNDROME.

Vanessa Barcelos, Pedro Duarte, Ana Carolina Ferreira, César Lourenço, Marlene Estácio, Mariano Pacheco, Abel Alves, Humberto Costa, Clara Paiva

Hospital Divino Espirito Santo, Ponta Delgada, EPE, Ponta Delgada, Portugal

Introdução

O Linfoma Não-Hodgkin (LNH) é uma das neoplasias definidoras de SIDA, sendo mais comummente diagnosticado em pacientes com infeção VIH conhecida, em estado avançado, com contagens de CD4 baixas e carga viral (CV) alta.

Descrição

Homem de 58 anos, saudável, história pregressa de aftose oral recorrente. Avaliado no serviço de urgência por quadro com duas semanas de evolução de obstipação, febre e hipersudorese noturna. À observação: febril, com abdómen ascítico, massas palpáveis a nível da fossa ilíaca esquerda e adenomegalias inguinais. Laboratorialmente: anemia normocitica normocrómica (Hb 11,3 g/dL), linfopenia (1000/µL), VS 52 mm, proteína C reativa 15,3 mg/dL; LDH 1074 U/L. Ficou internado para estudo. Paracentese diagnóstica com 21500 cel/mm3, mononucleares; gradiente albumina soro-ascite < 1,1, LDH 4445 U/L, glucose 10 mg/dL e ADA 78 U/L, liquido enviado para micobacteriológico e anatomia patológica. Serologia anti-VIH 1/2 positiva, sendo pedido estadiamento imunovirológico. Tomografia computadorizada com massas em topografia peri-cardíaca, transição toraco-abdominal, peri-esplénicas, envolvendo ansas intestinais e a sigmóide; espessamento parcial das paredes gástricas. Endoscopia alta com lesões nodulares a nível do corpo gástrico e bulbo, não parecendo corresponder a lesão primária. Laparoscopia exploradora com biópsia peritoneal, incisional de massa interansas e excisional de adenomegalia inguinal, cujo resultado anatomo-patológico foi de LNH de grandes células B. Medulograma compatível com envolvimento medular.

Durante o internamento evolução para choque séptico com disfunção respiratória, renal, cardiovascular e necessidade de transferência para Unidade de Intensivos. Choque refratário em doente com imunossupressão grave, com estadiamento imunológico CD4+ 16 cel/uL (4%), faleceu ao vigésimo dia de internamento hospitalar. Destacamos este caso pela particularidade da simultaneidade do diagnóstico de VIH-1/LNH e pelo quadro rapidamente progressivo e refractário.

PO095

1570 SÍNDROME DE LEMIERRE: A DOENÇA ESQUECIDA.

Inês Neto, Luis Teles, Luisa Salgueiro, Ricardo Pinho, Paulo Reis

Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, Santa Maria Da Feira, Portugal

Introdução

A síndrome de Lemierre (SL) é uma doença rara que surge após uma infeção orofaríngea e se manifesta por uma tromboflebite secundária da veia jugular interna, associada a embolização séptica.

Descrição

Caso clínico: Homem de 21 anos. Antecedentes de asma e alergia à penicilina. Amigdalofarangite aguda medicada em ambulatório com macrólido (Azitromicina). Por ausência de resposta clínica, tratado posteriormente com lincosamida (Clindamicina) e corticoide sistémico (Deflazacorte), evidenciando persistência sintomática. Admitido por síndrome febril subagudo, associado a odinofagia e dorsalgia. Objetivamente, orofaringe sem alterações. A investigação efetuada sustentou a presença de síndrome inflamatória sistémica e documentou a existência de disfunções respiratória, hematológica e renal. A avaliação imagiológica torácica demonstrou áreas dispersas de densificação parenquimatosa nodular - patologia inflamatória/infeciosa. Assumida sépsis com ponto de partida respiratório, medicado com levofloxacina e internado em Unidade tipo II. Evolução com necessidade de suporte ventilatório invasivo. No despiste de complicação local, efetuada imagem tomográfica que revelou trombose da metade superior da veia jugular interna esquerda e pequeno trombo (não oclusivo) na veia contralateral. No 7º dia de internamento, identificação de Fusobacterium necrophorum. Assumido cenário compatível com o diagnóstico de SL. Completadas quatro semanas de terapêutica antibacteriana dirigida, verificando-se uma evolução favorável.

Discussão: A SL pode condicionar morbimortalidade significativa caso não seja estabelecido, de forma precoce, o diagnóstico. O despiste de complicações locais em infeções persistentes é fundamental. A escolha inicial da antibioterapia empírica, diferente da normalmente aplicável a infecções respiratórias superiores adquiridas na comunidade, pode levar à progressão da infeção. Este caso demonstra a evolução desfavorável e rara, associada a uma infeção respiratória por um agente incomum.

PO096

1571 LEISHMANIOSE CUTÂNEA E VISCERAL NUM DOENTE SOB METOTREXATO

Clara Matos, Maria Ana Rafael, Miguel Leal Rato, Maria Ferreira, Susana Baptista De Almeida, Maria Inês Silva, Teresa Branco

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora, Portugal

Introdução

A leishmaniose é uma doença parasitária endémica na região mediterrânea do sul da Europa em que se enquadra Portugal. Embora afecte mais frequentemente crianças, observou-se uma incidência crescente em adultos imunodeprimidos, principalmente no contexto da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH). A terapêutica imunossupressora também tem contribuído para este fenómeno.

Descrição

Caso Clínico

Reportamos o caso de um homem de 83 anos com artrite reumatóide sob terapêutica com metotrexato (MTX) e prednisolona, avaliado pela Otorrinolaringologia em 2015 por uma lesão com dismorfia do septo nasal. Após um período de vigilância, realizou biópsia que foi compatível com leishmaniose cutânea. Enquanto aguardava consulta de Infecciologia, desenvolveu anemia e trombocitopenia, inicialmente interpretadas como mielossupressão pelo MTX. Por progressão para pancitopenia, realizou mielograma onde se identificou amastigotas de leishmania, confirmando o diagnóstico de leishmaniose visceral. Foi excluída infecção por VIH. Instituiu-se terapêutica com anfotericina B lipossómica e interrompeu-se o tratamento imunossupressor, com boa resposta clínica e analítica.

Discussão

Têm sido descritos vários casos de leishmaniose em doentes com artrite reumatóide maioritariamente associados aos inibidores do tumor necrosis factor (TNF), mas raramente foram identificados casos em doentes sob MTX. A leishmaniose está associada a uma resposta imunitária celular ineficaz, particularmente T-helper 1, teorizando-se que o MTX, ao causar um shift para a resposta T-helper 2, contribua para a maior susceptibilidade para a infecção por leishmania. Para além de sugerir uma associação entre a terapêutica com MTX e leishmaniose, este caso salienta a importância de um diagnóstico diferencial compreensivo num doente com pancitopenia.

PO097

1575 ANÁLISE DESCRITIVA DE UMA POPULAÇÃO COM ENDOCARDITE SEM ISOLAMENTOS EM HEMOCULTURAS

Luís Flores, Marta Braga, Helena Nascimento, Maria João Pinto, Clara Gomes, Fernando Friões

Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

Introdução

A endocardite infeciosa é relativamente frequente, tendo um prognóstico muitas vezes fatal. A terapêutica dirigida necessita do correto isolamento do micro-organismo responsável pela infeção. A incidência de casos de endocardite, sem isolamentos em hemoculturas, é muito variável conforme as séries, variando entre 12 e 56%. Os principais causadores são a antibioterapia prévia à colheita das culturas e as bactérias de crescimento lento ou fungos.

Objetivos

Analisar a epidemiologia das endocardites sem isolamentos em hemoculturas

Métodos

Foram revistos, retrospetivamente, todos os casos codificados como endocardite, admitidos no nosso hospital, durante o período de julho de 2011 a julho de 2014.

Resultados

De um total de 169 casos em que foram colhidas hemoculturas, 33 não tiveram isolamentos (19%). Dos casos positivos, destacam-se dois, em que houve isolamento de Aspergillus e Candida spp. Nos casos negativos não houve identificação do agente em nenhum caso. Existiram pequenas diferenças, sem significado estatístico, quando se comparou o grupo sem isolamentos microbiológicos com o outro, nomeadamente em relação à utilização de antibioterapia prévia (55 vs 44%), mortalidade no internamento (30 vs 27%), duração de internamento (32 vs 40 dias), idade (64 vs 62 anos), febre na apresentação (62 vs 75%), diabetes mellitus (33 vs 29%), hemodialisados (6 vs 10%), presença de dispositivos intracardíacos (24 vs 17%) ou patologia cardíaca congénita (6% vs 12%). Houve significativamente mais casos sem isolamentos nos doentes portadores de próteses valvulares cardíacas (n=72, 61% vs 38%, p=0,02).

Conclusões

Apesar da pequena amostra foi possível verificar algumas tendências que vão de encontro ao que está descrito na literatura. As próteses valvulares são um fator de risco importante para crescimento de micro-organismos que não são isolados habitualmente em hemoculturas. Será necessária uma maior insistência no pedido de exames microbiológicos para se reduzir o número de endocardites sem agente identificado.

PO098

1623 A HEPATITE VIRAL ESQUECIDA A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

João Tavares, Francisco Vale, Bianca Ascenção, Paula Brito, Joana Sá, Ana Gonçalves, Nuno Luís, José Poças

Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal, Portugal

Introdução

O objetivo desde trabalho é descrever um caso de hepatite muitas vezes esquecida.

Descrição

Homem, 54 anos, residente no campo e trabalhador na vindima, com antecedentes de alcoolismo crónico. Sem contactos sexuais de risco, viagens recentes ou exposição a doentes de risco. Referia contacto com gado bovino e suíno. Recorre ao SU por quadro de icterícia da pele e escleróticas e colúria.

À observação com escleróticas ictéricas, aranhas vasculares dispersas no tórax, ginecomastia bilateral. Analiticamente sem anemia, macrocitose (VGM 103 fL), elevação da PCR (3.48 mg/dL), disfunção hepática mista (AST 520 U/L, ALT 769 U/L, GGT 761 U/L, FA 139 U/L, BT 12,26 mg/dL e BD 6,64 mg/dL). Urina II com cor castanha, 6 mg/dL de bilirrubina e 6 mg/dL de urobilinogénio. Ecografia abdominal com hepatomegalia de contornos crenados e ecoestrutura heterogénea, compatível com DHC e ligeira esplenomegalia, sugestiva de HT portal. Proposto o internamento que o doente recusou, sendo encaminhado para o H. Dia de Infecciologia. Do estudo realizado, destaca-se HIV 1/2, AgHBs e Anti-HBs, Anti-HCV e VDRL negativos. Hipergamaglobulinémia de base larga, com beta2-microglobulina e alfa-fetoproteína normais. Serologias negativas para Brucella, CMV, Toxoplasmose, Leptospira, EBV, HSV-1 e 2 e mycoplasma. Estudo de auto-imunidade negativo. Anti-VHA IgG positivo. Serologia positiva para Anti-HVE IgM e Coxiella burnetii IgG e IgM de fase II e IgM de fase I. PCR para VHE e Coxiella burnetii, cujos resultados foram positivos para VHE e negativos para Coxiella. Admitiu-se o diagnóstico de hepatite E aguda, com reação cruzada com antigénios para Coxiella a justificar as serologias positivas.

Nas análises seriadas, verificou-se resolução completa do quadro de hepatite E.

A Hepatite E não está confinada às áreas endémicas nos países em desenvolvimento e existem cada vez mais relatos na literatura de casos de doentes com infeção por VHE nos países ocidentais, sem contexto epidemiológico.

PO099

1635 ENDOCARDITE INFECIOSA – REVISÃO DE 10 ANOS

Paulo Almeida, Ana Araújo, Marcelo Aveiro, Joel Pinto, Eliana Araújo

CHBV, Aveiro, Portugal

Introdução

A endocardite infeciosa (EI) caracteriza-se pela infeção das válvulas cardíacas ou do endocárdio mural. Sendo mais prevalente nos idosos e nos homens, tem apresentação clínica muito variável.

Objetivos

Caracterização epidemiológica, clínica e analítica dos doentes; análise da terapêutica instituída e evolução.

Métodos

Estudo retrospetivo por análise de processos de doentes internados, de 1/1/2007 a 31/12/2016, no Serviço de Medicina Interna com diagnóstico de EI. Foram avaliados dados demográficos, clínico-analíticos e terapêuticos.

Resultados

Dos 23 doentes identificados com EI pelos critérios de Duke modificados, 74% eram homens com mediana de idades de 64 [59 a 91] anos. A mediana do tempo de internamento foi de 39 [16 a 71] dias e dos sintomas até ao diagnóstico foi de 15 [6 a 31] dias. Identificaram-se fatores de risco para EI em 43% dos doentes (mais frequentemente valvulopatias). Os achados clínicos mais prevalentes foram febre (83%), suores (41%) e sintomas constitucionais (35%). Descreveu-se sopro cardíaco de novo em 87% dos doentes. Analiticamente de realçar anemia (91%), leucocitose (39%) e elevação da velocidade de sedimentação (61%) e proteína C reativa (96%). Registou-se isolamento microbiológico em 65% dos doentes, sendo os agentes mais frequentes os Estreptococos e Estafilococos. O ecocardiograma confirmou o diagnóstico em todos os casos. Em 91% dos casos houve atingimento de válvula nativa. Na maioria dos doentes (83%) a terapêutica empírica foi eficaz. Identificaram-se complicações em 74% dos doentes, sendo a insuficiência cardíaca a mais frequente. Houve evolução favorável em 52%, necessidade de cirurgia cardíaca em 22% e 26% dos doentes faleceram.

Conclusões

Os doentes apresentaram características semelhantes às descritas na literatura. Devido à inespecificidade clínico-analítica, o ecocardiograma assegurou ser um bom exame de diagnóstico. A morbimortalidade relevante pressupõe um diagnóstico e terapêutica precoces.

PO100

1639 BACTERIÉMIA RECORRENTE A S. PNEUMONIAE

Felisbela Gomes, Claudia Neves, Daniela Carneiro, Catarina Costa, Helena Estrada, Helena Teixeira, Elisabete Margarido

Hospital Santo António dos Capuchos - CHLC, Lisboa, Portugal

Introdução

A bacteriémia recorrente está geralmente associada a focos infecciosos primários não controlados, nomeadamente endocardite, espondilodiscite, abcessos profundos, infecções de próteses ou relacionados com dispositivos invasivos.

Descrição

Apresenta-se o caso de uma mulher de 75 anos, com antecedentes pessoais de mieloma múltiplo, autotransplante medular e com diabetes mellitus secundaria a corticoterapia. Teve um 1º internamento com bacteriémia a pneumococos penicilina-sensível associada a discreto infiltrado pulmonar direito tendo-se assumido pneumonia adquirida na comunidade. Cumpriu 10 dias de antibioterapia com ceftriaxone com resolução do quadro. Cerca de 10 dias depois é reinternada por prostração, febre, mialgias, tosse seca e dispneia com pesquisa positiva de vírus influenza B e novamente com bacteriémia a pneumococos. Tinha queixas "de novo" de hipoacusia marcada, tendo-se diagnosticado otite média esquerda supurada e seromucosa à direita. Excluída a presença de pneumonia, endocardite e meningite realizou TC-CE que revelou agravamento do preenchimento dos seios esfenoidais (já presente no 1º internamento), preenchimento das mastóides, sobretudo à esquerda, com concomitante preenchimento bilateral das cavidades timpânicas. Cumpriu 14 dias de antibioterapia com ceftriaxone e associou-se ofloxacina (gotas auriculares), descongestionante nasal e corticóide com esterilização das hemoculturas. Assumiu-se como causa da bacteriémia a sinusite/otomastoidite. A bacteriémia a pneumococos está geralmente associada a infecção do trato respiratório ou a meningites, sendo causa rara a sua recorrência. No caso presente, a bacteriemia foi inicialmente erroneamente atribuída a foco pulmonar e não foi instituída terapêutica para uma drenagem adequada dos seios perinasais que condicionou recorrência da bacteriémia.

PO101

1654 RABDOMIÓLISE SECUNDÁRIA A SALMONELOSE: APRESENTAÇÃO RARA DE UMA DOENÇA COMUM

Ana Cristina Mestre, Cátia Da Cruz Correia, Filipa Pedro, Ana Alves Oliveira, Natália Teixeira, Yahia Abuowda

Hospital Distrital de Santarém, Santarém, Portugal

Introdução

A rabdomiólise é uma complicação rara e pontencialmente grave das infecções por Salmonella, com poucos casos descritos na literatura. O seu mecanismo não está totalmente esclarecido, contudo, pensa-se que a desidratação e os distúrbios hidroeletrolíticos, bem como os efeitos directos da toxina bacteriana no metabolismo celular, podem conduzir à lesão muscular.

Descrição

CASO CLÍNICO: Apresenta-se o caso de uma doente de 29 anos, sexo feminino, previamente saudável, que recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de mialgias generalizadas, desconforto abdominal inespecífico e dejecções diarreicas sem sangue ou muco com 3 dias de evolução. Negava febre, exercício físico intenso, consumo de drogas ou álcool. O exame objectivo não revelou dados positivos. Analiticamente verificou-se: hemoglobina 17.4g/dL; leucócitos 8.7x109/L; creatinina 0.9mg/dL; ionograma sem alterações; creatina quinase (CK) 20741U/L; CK-MB 5.1ng/mL; lactato desidrogenase 851U/L; aspartato transaminase 342U/L; alanina transaminase 86U/L; proteína C reactiva 2.68mg/dL; sem elevação da bilirrubina, fosfatase alcalina e/ou gama glutamil transferase. O exame sumário de urina revelou hemoglobinúria (OVER). Iniciou fluidoterapia vigorosa, com melhoria progressiva da CK, mantendo-se sem alterações da função renal. Durante o internamento foi isolado na coprocultura Salmonella spp, tenho iniciado Trimetoprim/Sulfametoxazol segundo antibiograma. A exclusão de outras causas de lesão muscular (auto-imunes, isquémia, traumatismo) permitiu estabelecer o diagnóstico rabdomiólise secundária à infecção por Salmonella. A doente teve alta clínica após 5 dias de internamento.

DISCUSSÃO: Nas infecções por Salmonella o envolvimento muscular pode passar despercebido, sendo a rabdomiólise frequentemente sub-diagnosticada. O reconhecimento precoce desta complicação, a reposição agressiva de fluidos (evitando a progressão para lesão renal) e a instituição de antibioterapia adequada são fundamentais para um prognóstico favorável.

PO102

1685 ABCESSO HEPÁTICO A PROTEUS MIRABILIS

Sónia Almeida, Marta Valentim, Catarina Neto, Ana Gameiro, Margarida Cabrita

Hospital de Santarém, E.P.E, Santarém, Portugal

Introdução

Os abcessos hepáticos são colecções localizadas de tecido inflamatório necrótico causado por agentes bacterianos, parasitários ou fúngicos. A maioria dos abcessos hepáticos são polimicrobianos, sendo os agentes bacterianos mais comuns as infecções a Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae (Gram -), Streptoccocus anaeróbios e microaerofílicos (Gram +) e os enterococos.

Descrição

Caso clínico: Homem de 62 anos, com antecedente de colec-

tomia total com ileostomia por agravamento de colite ulcerosa. Recorreu à urgência por febre alta e mialgias com 3 dias de evolução e dor no hipocôndrio direito. Do contexto epidemiológico apurou-se contacto com ovelhas não vacinadas. Analiticamente com elevação de parâmetros inflamatórios e das transaminases hepáticas. Internado com a hipótese de Brucelose, iniciou antibioterapia com doxiciclina. Por agravamento da dor e persistência persistência de febre alta, realizou ecografia abdominal que evidenciou abcesso hepático multiloculado. Foi submetido a drenagem guiada por tomografia computorizada, com isolamento de Proteus mirabilis no conteúdo de abcesso e em hemoculturas. O doente cumpriu antibioterapia dirigida com Ceftazidima e Metronidazol, com melhoria analítica e clínica progressiva, tendo alta assintomático.

Discussão: Nos países desenvolvidos, os abcessos hepáticos são raros em indivíduos saudáveis, sendo mais comuns em situações de doenças das vias biliares, doenças infecciosas gastrointestinais com disseminação através da veia porta, disseminação hematogénea através da artéria hepática, extensão directa de uma infecção intraabdominal ou trauma. O tratamento do abcesso hepático piogénico deve ser individualizado, com tratamento antibiótico adequado e drenagem adequada (cirurgia convencional/laparoscopia ou percutaneamente).

PO103

1692 PANCITOPENIA, ESTUDO DE CAUSA INCOMUM EM PORTUGAL

Salomão Fernandes, Raquel Almeida, Isabel Montenegro Araújo, Diana Repolho, Maria João Serpa, Susana Franco, Margarida Pimentel Nunes, Inês Branco Carvalho, Adriana Paixão Fernandes, Ricardo Dinis Sousa, António Martins Baptista, José Lomelino Araújo

Hospital Beatriz Ângelo, Loures, Portugal

Introdução

Introdução

A pancitopenia é uma manifestação de diversas doenças sistémicas que, de forma direta ou indireta, afetam a produção ou destruição das linhagens celulares sanguíneas. É uma alteração hematológica relativamente frequente cuja etiologia varia tendo em conta numerosos fatores, entre os quais variações geográficas.

Descrição

Caso clínico

Uma paciente de 31 anos de idade, natural de São Tomé e Príncipe, residente em Portugal há 4 meses, apresentava sintomas gripais com cerca de uma semana de evolução, com referência a tosse com expetoração mucosa. Analiticamente salientava-se a presença de pancitopenia, com Hb 9.0g/dl, 2760 leucócitos e 75 000 plaquetas. Radiografia torácica inocente. Decidiu-se internamento para estudo etiológico. Constatou-se: serologias negativas para VIH, HBV, HCV, EBV, Influenza A e B, Leishmania, IgG Positiva e IgM negativa para Parvovírus B19, aumento ligeiro da GGT e função renal sem alterações. Na continuidade do estudo efectuou TAC Tóraco-abdomino-pélvica com evidência de sinais de hipertensão portal, com ectasia do eixo esplenoportal, shunts entre o sistema porta e as veias supra-hepáticas, esplenomegalia moderada e varizes da parede do fundo gástrico, do cárdia e do esófago inferior. Admitido quadro de hipertensão portal a esclarecer em doente com contexto epidemiológico relevante, do restante estudo complementar salientava-se: Ac. Anti-Schstossoma positivo, com índice 2.5.

Discussão

Incomum em Portugal, a schistossomíase hepatoesplénica crónica é uma causa bem determinada de hipertensão portal e esplenomegalia. O caso documentado aponta para a necessidade de elaboração de história clínica meticulosa, incluindo história epidemiológica relevante coadjuvada por um grau elevado de suspeita clínica. A doente realizou tratamento médico com antiparasitário standard, praziquantel. No entanto, é de ressalvar que nenhum fármaco reverte as sequelas da infecção ou previne a reinfecção.

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 01
14:00 - 15:30

PO104

1724 BACTERIEMIA PERSISTENTE A MRSA – A QUANTO OBRIGAS

Rute Sousa Martins, Diana Mano, Sérgio Lima, Sara M. Rocha, Fátima Farinha, João Araújo Correia

Centro Hospitalar do Porto - Hospital Geral de Santo António, Porto, Portugal

Introdução

A bacteriemia por Staphylococcus aureus resistente à meticilina (MRSA) constitui uma entidade de elevada morbimortalidade. Apesar do tratamento recomendado continuar a ser a vancomicina ou a daptomicina, atualmente descrevem-se casos de falência terapêutica que chegam aos 50% em algumas series, agravando o prognóstico.

Descrição

CASO CLINICO: Mulher de 57 anos, autónoma, com doença hepática crónica e diabetes mellitus tipo 2 mal controlada, admitida por febre; da história prévia, a referir queda com traumatismo dorsolombar direito 2 meses antes da admissão, com dor persistente e para a qual aplicou sacos de água quentes, acabando por fazer uma queimadura, agravada pelo uso de anti-

-inflamatórios tópicos com solução de continuidade da pele. Da avaliação, confirmada coleção abcedada peri-renal direita que envolvia os músculos da goteira para-vertebral e o psoas homolateral e elevação dos parâmetros inflamatórios; colheu rastreio sético, iniciou antibioterapia empírica e fez drenagem percutânea da coleção, colhendo pús também para exame cultural. Isolamento de MRSA nas hemoculturas e pús, ajustando-se antibiótico para Vancomicina, que manteve em níveis terapêuticos e sem toxicidade. Por persistência de bacteriemia, foram pesquisados ativamente santuários de MRSA, confirmando-se espondilodiscite lombar por RMN, sem abcessos. Por bacteremia persistente e na ausência de foco abordável remanescente, decidido switch para Daptomicina. Ainda assim, manteve bacteriemia, tendo-se associado ceftarolina pela ação sinérgica anti-MRSA, com boa resposta clínica posterior. Melhoria clínica progressiva, com resolução da bacteriemia, do abcesso e da espondilodiscite.

DISCUSSÃO: O caso ilustra a complexidade da abordagem de infeção grave com bacteriemia persistente a MRSA, na qual a ceftarolina se mostrou uma mais-valia terapêutica. Os autores discutem as causas apontadas para a falência do tratamento convencional e os esquemas alternativos atualmente testados e reportados.

E-POSTERS

PO105

1725 RELATO DE CASO DE FEBRE TIFÓIDE NUM NÃO-VIAJANTE

André Goulart[1], Gonçalo Cruz[2], Mª Conceição Ventura[2], Eduardo Rabadão[2], Saraiva Da Cunha[2]

[1]Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira, E.P.E.R., Angra Do Heroísmo, Portugal

[2]Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

Nos países industrializados, a febre tifóide ocorre esporadicamente em viajantes para zonas endémicas ou por contaminação de alimentos e água por portadores crónicos.

É causada pelo bacilo gram negativo Salmonella enterica do serótipo Typhi, Paratyphi A, B ou C, e caracteriza-se por febre refratária, dor abdominal e diarreia, que podem durar até 4 semanas.

Descrição

Caso Clínico: Homem de 44 anos, leucodérmico, trabalhador em rede de esgotos, sem antecedentes relevantes, recorre pela 3ª vez ao SU por febre de predomínio vespertino e refratária, mialgias e astenia há 4 dias. Medicado sem melhoria com Cefuroxima e Claritromicina. Sem outro contexto epidemiológico.

Ao exame objetivo: mau estado geral, Tau 38.6ºC, sem outras alterações.

No estudo complementar: leuco e trombocitopenia ligeiras, elevação de AST/ALT, LDH 568U/L e PCR 20.23mg/dL. Serologias negativas. Hemoculturas com isolamento de Salmonella Typhi ao 3º dia de internamento, urocultura e coproculturas negativas. Ecografia abdominal superior com discreta esplenomegalia.

Foi internado e iniciou antibioterapia empírica com Ceftriaxone, substituído por Ciprofloxacina após diagnóstico de febre tifóide, que cumpriu durante 10 dias, com evolução clínica favorável, a registar apenas 2 episódios de dejecções diarreicas sanguinolentas autolimitadas.

Regressa 20 dias após a alta por recidiva dos sintomas, verificando-se recidiva de doença pelo mesmo agente, e cumprindo novamente Ciprofloxacina 10 dias, com recuperação clínica e analítica completas.

Discussão: Em países não endémicos, a existência de portadores crónicos pode estar na origem de focos endémicos da doença. A sintomatologia, achados clínicos e analíticos são inespecíficos, pelo que o diagnóstico é feito habitualmente por hemocultura, apesar da escassa bacteriémia característica ser um factor limitante.

As recidivas estão descritas em 10% dos casos, num período até 2-3 semanas após terapêutica, com sintomas mais ténues, e habitualmente pelo mesmo agente.

PO106

1743 CASUÍSTICA DA INFECÇÃO POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE NUM HOSPITAL TERCIÁRIO

Andreia Nunes, Ana Patrícia Pereira, Mariana Sousa, Margarida Coelho, José Diogo

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução

O C. difficile é o principal agente envolvido na diarreia associada aos cuidados de saúde, tendo aumentado a sua frequência. A sintomatologia varia de diarreia ligeira até quadros de megacólon tóxico e morte.

Objetivos

Identificar os fatores de risco mais frequentes na nossa população e avaliar se a terapêutica realizada é adequada à gravidade da doença.

Métodos

Estudo retrospetivo descritivo de doentes internados num hospital terciário com infeção por C. difficile entre 2014-2016. Dados demográficos, clínicos e terapêuticos colhidos por consulta do SClínico e tratamento em SPSS®.

Resultados

Amostra constituída por 141 casos de infeção (incluindo 11 reinfeções) e 20 recidivas, dos quais 61% mulheres, com idade média de 72.6 anos. 85.8% dos casos estavam associados aos cuidados de saúde e a duração de internamento média foi de 33.5 dias. A maioria dos doentes foi tratada apenas com metronidazol (85.8%) independentemente da gravidade, avaliada pela escala da American College of Gastroenterology: ligeira (62.4%), moderada (7.1%), grave (20.6%), complicada (9.9%). A mortalidade foi 21.3%. Dos fatores de risco avaliados, os mais frequentes foram a antibioterapia nos últimos 3 meses (86.5%), uso de inibidores bomba protões (IBP, 77.3%), albumina <2.5 g/dL (35.5%), diabetes (29.1%), antidiarreicos/opióides (26.2%), neoplasia (24.8%) e imunossupressão (24.1%). Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre mortalidade e uso de antidiarreicos/opióides com OR=3.7.

Conclusões

A infeção por C. difficile é um problema em meio hospitalar, apesar disso ainda se cometem erros na estratificação da gravidade e consequente adequação da terapêutica com risco de piores desfechos e mais recidivas. Nesta amostra verificou-se que a terapêutica antidiarreica/opióide se associava a uma mortalidade 3.7 superior, facto que deve alertar para a prescrição criteriosa destes fármacos. Por outro lado, impõe-se uma prescrição racional de antibióticas e IBP de forma a minimizar este tipo de infeções.

PO107

1756 A PROPÓSITO DE UM CASO DE SÍNDROME DE ARTRITE-DERMATITE

André Goulart[1], Gonçalo Cruz[2], Mª Conceição Ventura[2], Eduardo Rabadão[2], Saraiva Da Cunha[2]

[1]Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira, E.P.E.R., Angra Do Heroísmo, Portugal

[2]Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

A infeção gonocócica disseminada, que ocorre em 0,5-3% dos doentes infetados com N. gonorrhoeae, assume 2 formas principais: artrite séptica localizada e a síndrome artrite-dermatite. Esta consiste na tríade: tenossinovite; dermatite transitória (~75% dos casos); poliartralgia assimétrica e migratória.

Descrição

Caso clínico: Homem de 47 anos, antecedentes de infecção VIH-1 sob terapêutica antiretroviral, e múltiplos episódios de uretrite. Homossexual com comportamentos sexuais de risco desprotegidos frequentes.

Recorre ao SU por febre, náuseas, astenia, mialgias, cefaleias com 2 dias de evolução, e referência a odinofagia, disúria e poliaquiúria 4 dias antes e resolução espontânea. Referência ainda a relações sexuais desprotegidas com múltiplos parceiros recentemente.

Ao exame objectivo: Tau 40.3ºC, FC 114bpm, mau estado geral, sem outras alterações.

Foi internado para vigilância e estudo etiológico e iniciou antibioterapia empírica com Ceftriaxone e Azitromicina.

Em D2 de internamento, inicia poliartralgias migratórias intensas, assimétricas, de carácter inflamatório, predomínio noturno, e localização preferencial aos joelhos, tornozelos e coluna dorsolombar, associado a exantema maculopapular não pruriginoso disperso.

Do estudo complementar, de realçar: carga viral VIH-1 não detectada; contagem de CD4+ 685/mm3; hemoculturas positivas para Neisseria gonorrhoeae.

Feito o diagnóstico de infecção gonoccócica disseminada, cumpriu 7 dias de antibioterapia com Ceftriaxone ev, com hemoculturas negativas ao 3º dia de tratamento, tendo alta assintomático e orientado à consulta.

Discussão: Importa relembrar a inclusão de artrite gonoccócica no diagnóstico diferencial em doentes jovens, com comportamentos sexuais de risco conhecidos, que se apresentam com síndrome febril e oligo/poliartralgias, independentemente de sintomas uretrais. O diagnóstico definitivo é feito através da identificação do agente numa amostra de local extra-mucosa. As hemoculturas são positivas em <1/3 dos casos.

PO108

1768 OLHOS DE PEIXE E CRYPTOCOCCUS

Alexandra Dias, Eva Claro, Cátia Teixeira, Joana Alfaiate, Aurora Duarte, Fátima Pimenta

Centro Hospitalar Médio Tejo, Abrantes, Portugal

Introdução

Descreve-se o caso clínico de um doente com meningite criptocócica, portador de défice de lecitina-colesterol aciltransferase familiar (LCAT), uma doença rara que ocorre em 1/1'000'000. De facto, a infeção por cryptococcus neoformans ocorre sobretudo em doentes com imunodeficiências, nomeadamente com vírus imunodeficiência humana (HIV). Além disso, tem predileção pelo sistema nervoso central, sendo a meningite o dado clínico mais frequente. O quadro clínico é insidioso, caracterizando-se por cefaleias e febre, porém raramente por alteração do estado de consciência.

Descrição

Homem de 47 anos, autónomo, recorre ao serviço de urgência (SU) por episódio de síncope, seguido de incontinência de esfíncter anal, com amnésia para o acontecimento. Tem antecedentes pessoais de LCAT, com alterações oculares do tipo "aspeto em olho de peixe"; doença renal crónica com síndro-

me nefrótico; anemia hemolítica e hipogamaglobulinémia IgG. Medicado cronicamente com metilprednisolona, 24 mg por dia. Ao exame clínico, não apresentava sinais meníngeos ou défices focais. Analiticamente com Leucocitose de 15749/L; 93% de neutrófilos e proteína C reactiva de 2.26 mg/dL. Realizou tomografia computorizada (TC) ao crânio, que não mostrou alterações. Efetuou-se, deste modo, uma punção lombar no SU, tendo-se constatado líquido cefalorraquideano límpido, cujo estudo citoquímico mostrou 81/mm3 leuc. com predomínio de polimorfonucleares a 75%, proteínas a 45mg/dl. A cultura foi positiva para cryptococcus neoformans, pelo que se iniciou Anfotericina B liposómica. A evolução foi favorável, estando o doente apirético e assintomático aquando o resultado da cultura, pelo que não foi considerado necessário a associação com 5-Flucitosina.

DISCUSSÃO: Este caso demonstra a importância de suspeitar de meningite criptocócica, não apenas em doentes HIV positivo, mas também noutras situações de imunodeficiência. A terapêutica precoce dirigida é primordial ao bom prognóstico do doente.

PO109

1770 A Cefaleia Como Apresentação De Isquémia Cerebral Por Zoonose

Madalena Rangel, Maria Piteira, Margarida Massas, Alicia Oliveira, Mariana Soares, Claudiu Guz, Conceição Barata

Hospital do Espírito Santo de Évora, Évora, Portugal

Introdução

A cefaleia é uma entidade clínica extremamente frequente e heterogénea, com diagnósticos diferenciais múltiplos e com diferentes graus de gravidade clínica. Apesar de apresentar etiologia benigna na sua maioria, a cefaleia sintomática grave implica a necessidade de medidas diagnósticas precoces e de intervenção rápida, em especial se associada a défices neurológicos.

Descrição

CASO CLÍNICO Mulher, 31 anos, com antecedente de hipertensão arterial controlada e história de cefaleias temporais pulsáteis com vários meses de evolução, com múltiplas recorrências aos Cuidados de Saúde, interpretadas como cefaleia hipertensiva/enxaqueca, inicia quadro de parestesias e diminuição da força muscular do membro superior esquerdo. No âmbito do estudo realiza Tomografia Computorizada Crânio-Encefálica (CE) que revela hipodensidade de natureza vascular adjacente aos cornos frontais dos ventrículos laterais (nomeadamente à direita) e Ressonância Magnética – CE com presença de sequela vascular isquémica estriato-capsular externa anterior à direita. Analiticamente encontravam-se serologias positivas para Brucella, sem outras alterações. Cumpriu antibioterapia com doxicilina com negativização das serologias, encontrando-se actualmente assintomática e sem sequelas.

DISCUSSÃO Agentes infecciosos bacterianos e virais podem ser causa directa de acidente vascular cerebral (AVC) isquémico ou hemorrágico através do aumento da susceptibilidade à inflamação, aterosclerose e trombose local. A Brucelose é uma das zoonoses mais comuns à escala global e caracteriza-se pela capacidade de se camuflar do sistema imunitário, podendo envolver qualquer órgão, de forma crónica, potenciando um estado pró-inflamatório. Este caso clínico apresenta uma jovem com AVC em contexto infeccioso por Brucelose e explora o seu diagnóstico e abordagem terapêutica.

PO110

1778 QUANDO O FÍGADO NÃO FALA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.

Alexandra Esteves, Luis Santos, Paula Felgueiras, Fernando Gomes, Diana Guerra, Carmélia Rodrigues

ULSAM, Viana Do Castelo, Portugal

Introdução

A abordagem a doentes que se apresentam em choque ou disfunção multiorgânica à admissão é complexa, dependendo de uma abordagem sistemática e coerente para o diagnóstico e tratamento eficaz.

Descrição

Homem, 50 anos. Alcoolismo crónico conhecido. De férias em Paredes de Coura, com exposição a água não canalizada e calor intenso ao trabalhar no campo. Admitido no SU em choque após crise convulsiva sem recuperação do estado de consciência e com posterior paragem respiratória, com insuficiência respiratória severa, desenvolvendo fenómenos hemorrágicos, LRA com necessidade de terapêutica de substituição renal e falência hepática aguda nos primeiros dias de internamento. Evolução inicialmente desfavorável, tendo sido considerado transplante urgente de fígado, protelado pelos antecedentes prévios do doente. Desde o 6º dia de internamento melhoria progressiva da citólise hepática, mantendo no entanto hiperbilirrubinemia (máx: 21,3 g/dL) e colestase persistentes. Estudo microbiológico, pesquisa de Leptospira, antigénios capsulares e Legionella, serologias víricas, de Chlamydia, Rickettsia, Leptospira, Mycoplasma e estudo autoimune alargado negativos. Internamento prolongado em unidade de cuidados intensivos, sob múltiplos cursos de antibioterapia em contexto de intercorrências respiratórias e bacterémia por organismos multirresistentes, com melhoria progressiva do quadro clínico mas com mecanismo de perpetuação de lesão hepática não esclarecido. À 5ª semana de internamento, repetição da serologia de Leptospira que se revelou positiva.

DISCUSSÃO: O síndrome de Weil consiste na forma de apresentação mais severa da leptospirose, de evolução fulminante e com uma apresentação típica de falência hepática aguda, fe-

nómenos hemorrágicos e insuficiência renal aguda. Apresenta-se assim uma causa rara de choque séptico, cujo diagnóstico é essencialmente clínico, atendendo à baixa sensibilidade dos testes diagnósticos nos primeiros dias de evolução da doença.

PO111

1782 DA BIÓPSIA À ESPONDILODISCITE

Luisa Afonso Azevedo, Anna Knoch, Ana Raquel Fontes, Maria João Araújo, Olinda Sousa Caetano, Carlos Capela

Hospital de Braga, Braga, Portugal

Introdução

A espondilodiscite é uma entidade rara, com evolução clínica insidiosa, muitas vezes diagnosticada e tratada tardiamente. A via de disseminação mais frequente é a hematogénea. Mais de 50% dos doentes não apresentam febre ou leucocitose, sendo a dorsolombalgia o sintoma mais frequente.

Descrição

CASO CLÍNICO: Apresenta-se o caso de um homem de 70 anos com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e patologia osteodegenerativa da coluna lombar. Admitido na Urgência por dorso-lombalgia com 3 semanas de evolução, sem febre. Havia realizado biópsia prostática um mês antes por hematúria e aumento do PSA. Desde então com mialgias e mal-estar inespecífico associados às dorso-lombalgias, tendo recorrido por três vezes à Urgência. O exame não apresentava alterações relevantes, analiticamente com elevação da proteína C reativa. Realizou tomografia abdominal que mostrou massa inespecífica em D7-D8, sem excluir a hipótese de metástase tumoral. Em internamento, fez ressonância vertebral que evidenciou processo infecioso espondilodiscal em D7-D8, com extensão para o compartimento intracanalar, tecidos moles para e pre-vertebrais e fleimão epidural, não se podendo descartar tuberculose. Iniciou antibioterapia com vancomicina e ceftriaxone, que cumpriu durante 4 e 10 semanas, respetivamente. Isolada na urocultura Escherichia coli sensível a ceftriaxone, hemoculturas negativas, biópsia da lesão sem isolamento de agentes, Mycobacterium tuberculosis negativo. Apresentou melhoria analítica. Evolução clínica e imagiológica paulatinamente favoráveis.

CONCLUSÃO: Este caso mostra a dificuldade diagnóstica desta entidade, devido à raridade da doença, à sintomatologia insidiosa e à alta prevalência da dor lombar na população geral. A ausência de febre ou défices neurológicos dificultou e atrasou a investigação. Destaca-se a importância de um elevado índice de suspeição, além da disponibilidade de métodos de imagem, fundamentais para o diagnóstico e início precoce do tratamento.

PO112

1813 BRUCELOSE E INFEÇÃO PROTÉSICA CONCOMITANTES COMO CAUSA DE SÍNDROME FEBRIL PROLONGADO

Rita Gamboa Cunha, Adelaide Moutinho, Sandra Tavares, Carlos Pintado, Ana Alves, Paula Vaz Marques

CHTMAD, Chaves, Portugal

Introdução

A infeção de prótese articular continua a ser uma complicação desafiante. Apesar do baixo risco de infeção (1%), o impacto económico e a morbi-mortalidade são elevados.

Descrição

Os autores apresentam o caso de um homem de 68 anos com antecedentes de hiperuricemia, hipertensão arterial, prótese total da anca direita há 4 anos por coxartrose e tuberculose na infância. Apresentava, com cerca de 3 meses de evolução, febre, sudorese, emagrecimento, astenia e dor a nível da anca direita. Internamento há 2 meses em que efectuou ecografia articular que evidenciou espessamento sinovial com ligeiro derrame articular compatível com artrite, TAC lombar com alterações degenerativas e TAC toracoabdominopelvico e ecocardiograma sem alterações de relevo. Rosa Bengala positivo e Wright 1/80. Avaliado por Ortopedia, sendo descartada infecção periprotésica. Assumida brucelose, medicado com Rifampicina e Doxiciclina 6 semanas. Admitido novamente por febre, sintomas constitucionais e dor a nível da anca direita. Apresentava-se febril, mau estado geral, pálido e desidratado. Anca com boa mobilidade, sem sinais inflamatórios ou flutuação. Analiticamente com anemia 8.3 g/dL, trombocitose 511 000 /uL, ureia 51 mg/dL, creatinina 1.6 mg/dL e PCR 28.68 mg/dl. Serologias víricas negativas, estudo imunológico negativo, Rosa Bengala negativo, Wright 1/60 e Igra positivo. A Cintigrafia óssea e o Leucoscan revelaram aumento da captação do radiofármaco na projeção posterior inferior e medial do componente acetabular da prótese. Assumida infeção da prótese, sendo efetuada extração e colocação de spacer. O doente teve alta ao fim de 45 dias de internamento, orientado para reabilitação fisiátrica. Os autores realçam o desafio que constituiu um síndrome febril prolongado. O diagnóstico de brucelose e a instituição de tratamento adequado contribuiu para o atraso no diagnóstico concomitante da infecção da prótese. Destacam a importância da abordagem multidisciplinar e especializada no seu diagnóstico e tratamento.

PO113

1816 COLITE POR CITOMEGALOVIRUS – A PROPÓSITO DE IMUNOSSUPRESSÃO

Tatiana Gonçalves, Jorge Leitão, Lèlita Santos, Armando Carvalho

Serviço de Medicina Interna A - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

A prevalência mundial de seropositivos para Citomegalovirus (CMV) é elevada. Este vírus pode causar doença multissistémica e a sua apresentação e gravidade depende da idade e estado imunológico do doente. A Colite por CMV é rara em doentes imunocompetentes e geralmente tem bom prognóstico, se o diagnóstico for precoce e a terapêutica antiviral adequada. A maioria dos casos ocorre em doentes imunocomprometidos e destes cerca de 27,3% apresentam colite ulcerosa refratária à corticoterapia.

Descrição

Apresenta-se o caso clínico de uma doente de 76 anos, com antecedentes de Artrite Reumatóide (AR) e medicada com prednisolona e metotrexato. Foi transferida do Serviço de Medicina Intensiva para o serviço de Medicina Interna por choque séptico a Escherichia coli com ponto de partida urinário. Ao 11º dia de internamento iniciou retorragias abundantes. Do estudo efectuado apresentava anemia refractária com necessidade de várias transfusões de concentrado eritrocitário. A colonoscopia revelou úlcera extensa do cólon descendente, irregular, com áreas cicatriciais e pontes de fibrose e cuja histologia era de tecido necroinflamatório, de granulação e com alguns fibroblastos atípicos, com inclusões citomegálicas. As serologias para CMV foram positivas. Iniciou terapêutica com valganciclovir tendo sido suspenso posteriormente por leucopenia e trombocitopenia. Por retorragias recidivantes fez várias transfusões de concentrado eritrócitário e de colonoscopias para hemostase local. Após várias intercorrências infecciosas veio a falecer.

CONCLUSÃO: Trata-se de uma colite por CMV em doente imunocomprometida, a cumprir imunossupressores por AR. Os autores julgam pertinente o relato deste caso, pela exuberância do quadro clinico e pela complexidade terapêutica, uma vez que que a doente não tolerou o fármaco que estaria indicado para o seu tratamento.

PO114

1845 PERICARDITE TUBERCULOSA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Maria João Tavares, Gonçalo Castelo Branco, Joana Ferreira, Tiago Seco, Margarida Cerqueira, Rosa Maria Ferreira, Jorge Cotter

Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães, Guimarães, Portugal

Introdução

A pericardite é uma manifestação rara de tuberculose. A incidência é superior em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. A apresentação é variável, situação que dificulta o diagnóstico.

Descrição

Apresenta-se o caso de homem de 51 anos de idade, caucasiano, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e dislipidemia. Recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia para médios esforços e edemas dos membros inferiores com algumas semanas de evolução progressiva. Referiu ortopneia e dispneia paroxística noturna. Negou tosse ou expetoração. Sem conhecimento de febre. Sem hipersudorese noturna. Sem perda ponderal associada. Ao exame objetivo encontrava-se hemodinamicamente estável, normocárdico, apirético, com turgescência venosa jugular, à auscultação cardíaca com sons cardíacos ensurdecidos e à auscultação pulmonar com crepitações inspiratórias bibasais. Apresentava ainda edemas dos membros inferiores em região prétibial. Analíticamente apenas a destacar anemia normocítica normocrómica. Realizou radiografia torácia com evidência de cardiomegalia e derrame pleural bilateral. Realizou tomografia computarizada torácica que revelou derrame pericárico de grande volume, com espessura máxima de 43mm e pequeno derrame pleural bilateral. Decidido internamento por derrame pleuropericárdico para estudo. Realizou ecocardiograma transtorácico com evidência de “Swinging heart” e derrame pericárdico circunferencial de grande volume. Realizada pericardiocentese diagnóstica e evacuadora. O líquido pericárdico apresentava caraterísticas de exsudado com predomíneo de mononucleares com ADA de 63UI/L. Assumido diagnóstico presuntivo de pericardite tuberculosa. Instituída terapêutica com corticoterapia e esquema quadruplo de antibacilares. O restante período de internamento decorreu sem intercorrências. O doente permaneceu assintomático. Tolerou antibacilares. Sem alterações analiticas iatrogénicas à terapêutica descrita.

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 02
14:00 - 15:30

PO115

1857 OBSTRUÇÃO POR CITOMEGALOVÍRUS

Alexandra Dias, Eva Claro, Cátia Teixeira, Aurora Duarte, Fátima Pimenta
Centro Hospitalar Médio Tejo, Abrantes, Portugal

Introdução

Será apresentado o caso de uma trombose aguda da veia mesentérica e da veia porta associadas a uma infeção a citomegalovírus (CMV). Com efeito, nos indivíduos imunocompetentes, a infeção a CMV passa despercebida em 90% dos casos, sendo bem tolerada quando é sintomática. Por outro lado, a associação de trombose da veia mesentérica e da infeção a CMV é raramente observada, no entanto a determinação da causa da trombose é de primordial importância, dado que irá determinar a duração do tratamento.

Descrição

Homem de 38 anos de idade, autónomo, com duas vindas ao serviço de urgência (SU) por mal-estar, febre e mialgias com 20 dias de evolução. O perfil analítico mostrava linfocitose, um discreto aumento das transaminases e proteína C reativa (PCR) baixa. Devido à persistência da sintomatologia associada a dores epigástricas, vómitos e diarreia, recorreu novamente ao SU. Ao exame clínico, demonstrava abdómen doloroso à palpação do epigastro bem como ruídos hidroaéreos escassos. Analiticamente, apresentava aumento dos parâmetros inflamatórios e das transaminases. Foi, então, efetuada uma tomografia computorizada (TC) abdominal, que revelou "edema mesentérico e das ansas ileais associado a sinais de trombose da veia mesentérica superior e parte da veia porta." Uma vez que a febre, a intolerância alimentar e aumento da linfocitose com presença de linfócitos ativados persistiam, foram realizados rastreios virais, tendo-se diagnosticado primo-infeção por CMV. Verificou-se a presença de anticorpo anticoagulante lúpico transitório. A evolução foi favorável, sem tratamento anti-viral.

DISCUSSÃO: Este caso vem sublinhar a importância da pesquisa de uma infecção a CMV perante uma trombose venosa em contexto febril. Mostra assim que qualquer manifestação atípica num doente com infeção a CMV deve fazer evocar uma causa vascular por detrás da dita infeção. A evolução é favorável nos indivíduos imunocompetentes e consiste no tratamento com anticoagulante prolongado, mas não definitivo.

E-POSTERS

PO116

1897 UM CASO DE BACTERIÉMIA A CLOSTRIDIUM PARAPUTRIFICUM

Filipa Ramalho Rocha, João Melo Alves, Sérgio Baptista
Hospital da Luz Lisboa, Lisboa, Portugal

Introdução

Clostridium spp são bactérias comensais capazes de provocar infeções intra-abdominais, mionecrose e bacteriémia particularmente em doentes imunossuprimidos ou com quebra da integridade da mucosa intestinal. Clostridium paraputrificum (C. paraputrificum) é o agente mais raro desta espécie, de papel patogénico incerto. Os casos esporádicos descritos na literatura estão associados a fatores de risco como neoplasia do cólon, neutropénia não cíclica, drepanocitose, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida e etilismo.

Descrição

Homem de 79 anos com história de cardiopatia isquémica, fibrilhação auricular, hipertensão arterial, diabetes mellitus e patologia pulmonar em estudo sob prednisolona 5mg/dia, sem hábitos etanólicos. Apresentou-se com dor abdominal, vómitos e obstipação com 48 horas de evolução. Rápida degradação clínica com febre, hipotensão e alteração do estado de consciência refratárias à ressuscitação volémica após a admissão. Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios e hiperlactatémia. A tomografia computorizada evidenciou diverticulose da sigmoideia e duas bolhas gasosas extra-luminais na região posterior do reto alto, associadas a densificação da gordura pré-sagrada pelo que se assumiu o diagnóstico de diverticulite complicada com perfuração contida, sem indicação cirúrgica. Admitiu-se choque séptico e iniciou suporte aminérgico e antibioterapia com piperacilina/tazobactam. Evolução clínica e imagiológica favorável com resolução dos achados às 72 horas. As hemoculturas revelaram C. paraputrificum alterando-se a terapêutica para amoxicilina/clavulanato. Cumpriu 14 dias de antibioterapia com resolução do quadro.

A diverticulite aguda cursa frequentemente com bacteriémia por perfuração ou translocação bacteriana intestinal. À data este é o primeiro caso descrito em associação com C. paraputrificum. Dado que o doente não possui nenhuma das condições já associadas a este agente, especula-se que graus mais ligeiros de imunossupressão possam ser suficientes.

PO117

1923 FEBRE RECORRENTE DE ORIGEM INDETERMINADA - UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Alexandra Esteves, Luis Santos, Paula Felgueiras, Diana Guerra, Carmélia Rodrigues

ULSAM, Viana Do Castelo, Portugal

Introdução

A febre sem foco tem como grandes grupos etiológicos as doenças infeciosas, neoplásicas e as doenças do tecido conjuntivo devendo o estudo complementar abordar estes grupos de forma sistemática.

Descrição

Mulher, 44 anos. Episódios de síndrome febril recorrentes com duração de alguns dias e posterior defervescência, associados a cefaleias intensas e mau estar generalizado com semanas de evolução. Estudo microbiológico e serologias víricas negativas, TC e RM cranioencefálica sem alterações, líquido cefalorraquidiano sem critérios de meningite e com pesquisa de antigénios capsulares e bacteriológico negativos. Estudo etiológico excluiu endocardite infeciosa, síndrome linfoproliferativo (TC sem adenopatias ou lesões suspeitas, imunofenotipagem de sangue periférico e esfregaço sem alterações de relevo), micobacteriose, doença hepática crónica e zoonoses (serologias de rickettsia, brucela e coxiella negativas). Atendendo ao contexto epidemiológico, optada pela introdução de antibioterapia com doxiciclina 100mg bid durante 14 dias, com descida dos parâmetros inflamatórios e apirexia sustentada. Orientada para a consulta e desde então assintomática, tendo apresentado serologia Borrelia burgdorferi positiva (IgM+). Estudo imunológico revelou positividade para ANAs (1/160), anti-CCP, e anticorpos anti cardiolipina e anti glicoproteina IgM positivos, sem sintomatologia acompanhante sugestiva de artrite reumatóide ou conectivite, pelo que mantém vigilância e aguarda repetição do estudo imunológico.

DISCUSSÃO: A doença de Lyme é uma zoonose causada pelas espiroquetas do género Borrelia, transmitida pela picada de isoxídeos infectados. Doença de clínica variada e muitas vezes inespecífica, supõe um desafio diagnóstico. Na ausência de tratamento, a taxa de mortalidade pode chegar aos 70%, existindo complicações tardias de artrite e fibriomialgia descritas mesmo após tratamento eficaz, pelo que o diagnóstico e seguimento destes doentes é essencial.

PO118

1925 ARTRITE SÉPTICA DO JOELHO NA SEQUÊNCIA DE ERISIPELA COMPLICADA

Laura Costa, Inês Gonçalves, Filipa Pinho, Emanuel Costa, Fernando Macedo, Luísa Pinto, Francisco Gonçalves, Carlos Capela

Hospital de Braga, Braga, Portugal

Introdução

A erisipela é uma doença infeciosa da derme e tecido celular subcutâneo geralmente causada por estreptococos. O diagnóstico e antibioterapia precoces previnem as complicações, que são geralmente um desafio diagnóstico e terapêutico e associam – se a morbilidade e custos significativos. Fatores de risco para o desenvolvimento de complicações são: obesidade, diabetes, doença renal ou hepática e hiperuricemia.

Descrição

Caso clínico: Mulher de 81 anos, com hipertensão, dislipidemia, e demência de Alzheimer. Recorre à urgência por dor abdominal e vómitos. Ao exame físico: sinais inflamatórios da perna direita. Analiticamente aumento de PCR, leucocitose, lesão renal aguda e leucocitúria. Doppler do sector venoso descartou trombose profunda. Tomografia computorizada (TC) abdomino-pélvica e radiografia do toráx excluíram outros focos infeciosos. Iniciou ceftriaxone por erisipela e infeção do trato urinário. No internamento ocorreu resolução do quadro urinário, mantendo parâmetros inflamatórios elevados. Por dor, limitação funcional e derrame articular do joelho direito realizou TC do MIE que evidenciou numerosas colecções abcedadas. Artrocentese confirmou artrite séptica. Escalou-se antibioterapia para meropenem, vancomicina e gentamicina e procedeu-se a desbridamento artroscópico urgente. No pós-operatório evolução clínica e analítica favoráveis. As complicações osteoarticulares da erisipela surgem durante o curso da doença e atingem uma articulação contígua. Dividem-se em não-sépticas (bursite, algodistrofia), benignas e com evolução favorável e sépticas (osteíte, artrite, tendinite), que exigem tratamento específico e/ou prolongado e, por vezes, cirurgia. Este caso ilustra uma complicação séptica rara que surgiu no contexto de uma erisipela com complicações cutâneas locais (abcessos) e que alerta para a importância da vigilância apertada. As complicações articulares merecem uma atenção particular pelo desafio diagnóstico e consequências devastadoras do tratamento tardio.

PO119

1946 PERSPETIVA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE - REALIDADE DE UM HOSPITAL LOCAL NA ÉPOCA 2016/2017

Paula Costa, Dina Rochate, Filipa Lima, Rita Veloso, Luísa Mota Vieira, Raquel Senra, Clara Paiva

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPER, Ponta Delgada, Portugal

Introdução

A gripe é uma doença respiratória aguda que causa grande morbilidade e mortalidade em Portugal, afetando um número elevado de indivíduos todos os anos. Os vírus da gripe (Influenza A e B) circulam em todo o mundo e podem afetar pessoas de todas as faixas etárias de uma forma sazonal, principalmente no inverno.

Objetivos

Neste estudo, pretendemos caracterizar os casos de gripe identificados no nosso hospital durante a época gripal 2016/2017.

Métodos

Trata-se de um estudo retrospetivo e descritivo dos doentes com suspeita de gripe e investigados laboratorialmente, durante a época gripal 2016/2017: da semana 40 de 2016 à semana 20 de 2017. A pesquisa dos vírus Influenza foi feita pela técnica de RT-PCR em tempo real, a partir de amostras biológicas colhidas na fase aguda da doença.

Resultados

Durante a época gripal 2016/2017, a gripe atingiu o pico na semana 1 de 2017. Foram confirmados molecularmente 142 (22,4%) casos de gripe num total de 635 casos investigados. Cerca de 94,4% dos doentes foram atendidos no serviço de urgência. Dos doentes com o diagnóstico de gripe, 48,6% tiveram alta para o domicílio e 51,4% foram internados. Em 100% dos doentes influenza positivos detetou-se a estirpe do vírus Influenza do tipo A, sendo o subtipo H3 o único identificado. Nenhum caso de gripe por influenza do tipo B foi identificado. Dos doentes influenza positivos, 48,6% tinha 65 ou mais anos, 61,3% eram do sexo masculino, e 47,2% tinha pelo menos um fator de risco associado.Por último, 78,2% dos doentes com gripe confirmada cumpriram terapêutica com Oseltamivir. Apesar disso, a taxa de letalidade foi estimada em 4,9%.

Conclusões

A gripe continua a ser um problema atual de saúde pública que ocorre de forma sazonal, sendo a suspeita clínica e a deteção precoce estratégias fundamentais para se proceder a um tratamento atempado e, consequentemente, prevenir a sua evolução para doença grave e a transmissão da infeção a pessoas de risco.

PO120

1950 MAL DE POTT – O INIMIGO SILENCIOSO

Inês Esteves Cruz, Pedro Pereira Figueiredo, Raquel Rosado Silva, Francisco Silva, Alberto Mello E Silva

Hospital Egas Moniz - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

Introdução

Segundo a OMS, a tuberculose extrapulmonar apresenta uma prevalência de 20-25% em países com sistemas de notificação obrigatória. As formas mais comuns são a linfática, pleural e osteoarticular (TOA). Na Europa cerca de 2.2 a 4.7% de todos os casos de tuberculose, apresentam atingimento osteoarticular, manifestando-se mais frequentemente na forma de espondilite (Mal de Pott). Os sintomas da TOA são habitualmente insidiosos, incluem a dor dorsolombar, incapacidade funcional e alguns casos apresentam febre ou sintomas constitucionais. O envolvimento para-vertebral e os abcessos do psoas são frequentes, normalmente por disseminação direta. Este caso ilustra o carácter insidioso de uma doença ainda endémica em Portugal, com clínica por vezes frustre e morbilidade significativa.

Descrição

Homem de 22 anos, natural de Cabo Verde, residente em Portugal há 14 anos. Sem patologias conhecidas, nomeadamente infecção por HIV. Admitido no SU por diarreia com 1 semana de evolução, instalação de dor abdominal e febre nos 3 dias prévios. Apresentava-se febril (TT 38.9ºC), com dor abdominal generalizada mas predominante a nível dos quadrantes direitos. Analiticamente destacava-se anemia (Hb 12.2 g/dL, microcítica/hipocrómica), leucócitos 6000; sem padrão de cito-colestase e PCR 18.5 mg/dL. Rx torácico e abdominal sem alterações. Realizou TC abdominopélvica revelando abcesso ao longo do psoas-ilíaco esquerdo com 27 cm de maior eixo, com nível do corpo de L1 à pequena tuberosidade do fémur, processo de espondilite em L3 e L4. Verificava-se ainda aspectos sugestivos de peritonite. Internado para investigação, tendo-se apurado lombalgia esquerda de características mecânicas desde há 5 meses e perda ponderal de 9% nesse período. Efetuada drenagem percutânea guiada por TC do abcesso referido, tendo o exame cultural revelado Mycobacterium tuberculosis. Apresentou evolução clínica favorável com a instituição de terapêutica anti-bacilar, nomeadamente resolução da febre e do quadro de peritonite.

PO121

1954 JOVEM COM ENDOCARDITE INFECIOSA E MIXOMA AURICULAR: UM CASO INVULGAR

Tatiana Vieira, Maria João Leitão, Marta Patacho

Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

Introdução

A apresentação da Endocardite Infecciosa é altamente variável e a sua evolução pode ser indolente. Os tumores cardíacos são muito raros, com incidência inferior a 0,1 %. Estas duas entidades podem associar-se a uma ampla gama de complicações multiorgânicas,por embolização sistémica.

Descrição

Mulher, 24 anos, antecedentes de anemia ferropénica e trombose arterial cubital idiopática. Recorre ao Serviço de Urgência por agravamento da anemia, anorexia e perda ponderal significativa, com imagens sugestivas de enfarte esplénico e renal em TC. Ao exame objectivo, palidez das mucosas, má higiene oral com várias cáries dentárias, febre e à auscultação cardíaca um sopro holossistólico audível em todo o precórdio. Analiticamente com anemia, lesão renal aguda e citocolestase hepática ligeira, DHL e PCR elevadas. Esfregaço de sangue periférico com raros esquizócitos e prova de Coombs positiva. Colocadas hipóteses de anemia hemolítica microangiopática, síndrome antifosfolipidico e endocardite subaguda. Realizou ecocardiograma: mixoma auricular esquerdo e vegetações endocárdicas nos folhetos mitrais. Iniciou empiricamente ampicilina e gentamicina. Isolado em hemoculturas Streptococcus mitis sensível a penicilina. A cintigrafia renal confirmou enfarte renal. Evolução com insuficiência mitral moderada a grave confirmada ecograficamente. Iniciou queixas de "sombra" no campo visual, foi avaliada por oftalmologia com diagnóstico de embolia arterial do olho esquerdo. Excluída embolização cerebral por TAC. Submetida a exérese cirúrgica do mixoma e colocação de bioprótese e reconstrução do septo com patch de pericárdio bovino. Cumpriu o restante ciclo de antibioterapia com melhoria clínica e analítica sustentada.

Demonstra-se aqui o desafio diagnóstico da endocardite infeciosa e a sua evolução com complicações embólicas. Este caso torna-se invulgar pela associação e simbiose de duas entidades incomuns, numa mulher jovem.

PO122

1957 INFEÇÃO POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE – CASUÍSTICA DE 9 ANOS NUM HOSPITAL CENTRAL

Sara Xavier Pires, Luísa Serpa Pinto, Marta Rebocho Alves, Ernestina Reis, João Araújo Correia

CHP, Porto, Portugal

Introdução

A incidência da infeção por Clostridium difficile (ICD) tem aumentado nos últimos anos, com importância relevante na infeção nosocomial.

Objetivos

Caracterização epidemiológica e clínica dos doentes com ICD primária e recorrente de um hospital central.

Métodos

Estudo retrospetivo, descritivo, incluindo doentes observados de 1/01/2009 a 31/12/2017 com ICD documentada por pesquisa de toxina e confirmação por biologia molecular. Análise estatística realizada com recurso a SPSS® versão 24.

Resultados

Identificamos 453 doentes, com idade média de 69±18 anos, sendo 55% mulheres. A média do índice de Charlson foi de 4.

Os fatores de risco mais prevalentes foram antibioterapia no último mês (86%) e história de internamento nos últimos 3 meses (60%).

Analiticamente 55% dos doentes apresentaram leucocitose e 63% Proteína C Reativa elevada. Apenas 14% da população teve critérios de lesão renal aguda.

O esquema terapêutico inicial instituído foi o metronidazol, em 76% dos casos, e vancomicina em 10%. A maioria dos doentes (76%) evoluíram para a cura; 16% apresentaram recorrência. A recorrência ocorreu mais em mulheres (61%), mais velhos (73±14 anos), com índice de Charlson médio de 5. O tempo de tratamento prévio foi inferior a 10 dias em 9% dos casos.

Na amostra, 29% dos doentes estavam institucionalizados ou adquiriram a infeção em meio hospitalar, e destes 7% faleceram pela infeção.

Conclusões

A ICD atinge uma população envelhecida, associa-se ao uso de antibioterapia e hospitalização. Apenas em metade dos casos está associado a elevação de marcadores de infeção. O metronidazol foi a terapêutica mais usada, de acordo com as indicações em vigor para terapêutica de infeção ligeira a moderada. A maioria da ICD recorrente não está associada a tempo de antibioterapia inferior ao preconizado, ocorreu em doentes mais velhos e com índice de comorbilidade superior.

Este estudo reforça a necessidade de uso judicioso de antibioterapia, diagnóstico precoce e medidas de higienização e controlo de infeção.

PO123

1968 TUBERCULOSE MILIAR: UM DIAGNÓSTICO DO SÉCULO XXI?

Tatiana Vieira, Maria João Leitão, Marta Patacho

Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

Introdução

Na maioria dos países desenvolvidos, o diagnóstico de Tuberculose tornou-se raro. A incidência de Tuberculose em Portugal era de 21,1/100.000 em 2014, no limite da baixa incidência da OMS. A taxa de mortalidade por esta doença encontra-se em declínio global e nacional. Todavia, a tuberculose é ainda um problema importante no distrito do Porto.

Descrição

Mulher, 78 anos, diabética. Diagnóstico recente de infeção respiratória, tendo cumprido antibioterapia no domicilio. Vem ao SU por manutenção do quadro respiratório, com dispneia e prostração de novo. Objetivamente sem défices neurológicos, com roncos na auscultação pulmonar e dor generalizada à palpação abdominal. Analiticamente com insuficiência respiratória hipoxémica, trombocitopenia, leucopenia e elevação da PCR. Na radiografia torácica com padrão micronodular difuso. Ecografia abdominal com ascite de pequeno volume. Internada para estudo. O exame direto das secreções brônquicas para Bacilos acido-álcool resistentes (BAAR) foi negativo, bem como o PCR para M. tuberculosis. Realizou TC torácica que revelou vidro despolido disperso, com um padrão micronodular bilateral, de possível natureza infeciosa, sem lesões cavitadas. Fez broncofibroscopia com pesquisa BAAR positiva; iniciou terapêutica antibacilar. Evolução com agravamento da insuficiência respiratória e hiperlactacidemia, com disfunção hepática de padrão predominantemente colestático. Realizou biópsia hepática transjugular que revelou granulomas epitelióides sem necrose. Evolução com choque séptico com disfunção multiorgânica com necessidade de suporte ventilatório e vasopressor. Óbito ao 9º dia.

Este caso ilustra a dificuldade em estabelecer um diagnóstico de tuberculose, uma doença multiorgânica, com apresentações diversas, algumas graves e mortais. A hipótese de tuberculose miliar nunca deve ser esquecida e, nos casos suspeitos, a persistência do clínico poderá ser a pedra basilar do diagnóstico.

PO124

1982 A ENDOCARDITE INFECCIOSA NUM HOSPITAL DISTRITAL. ESTUDO DE CASOS

Hugo Almeida[1], Ivan Antunes[1], Beatriz Rodríguez[2], Joana Caires[1], Alexandre Fontoura[1], Sónia Canadas[1], Rita Fernandes[1], João Correia[1]

[1]Unidade Local de Saúde da Guarda, Guarda, Portugal

[2]Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España

Introdução

A endocardite infecciosa (EI) é uma doença caracterizada pela infecção do músculo cardíaco que, apesar dos avances no tratamento, mantém uma elevada mortalidade e complicações graves.

O enfoque é variável, segundo o micro-organismo causal, a presença de doença cardíaca (prótese biológica e mecânica) e modo de apresentação.

Os critérios de Duke são úteis mas têm um valor limitado e não substituírem o julgamento clínico.

A ecocardiografia (Eco) e as hemoculturas (HC) constituem os pilares do diagnóstico de EI.

a) A eco deve realizar-se em todos os casos de suspeita de EI. Três achados ecocardiográficos constituem critérios major para EI: vegetação, abcesso e discência da prótese.

b) As HC são positivas em 85% das EI.

Objetivos

Avaliar a incidência de EI num Hospital Distrital, o agente etiológico mais frequente, a idoneidade da terapêutica utilizada e a taxa de reinfecção e mortalidade.

Métodos

Estudo descritivo retrospectivo de doentes diagnosticados com EI num Hospital distrital entre 01/01/2013 e 31/12/2017.

Foram excluídos:

a) Doentes seguidos neste Hospital, com o diagnóstico e seguimento de EI noutro Hospital.

b) Doentes mal codificados no ICD9/ICD10 de EI.

Variáveis analisadas:

1.Caracterização física e clínica dos doentes.

2.Estudo de imagem realizado.

3.Agente infeccioso identificado.

4.Terapêutica efectuada.

5.Tempo internamento.

Resultados

Amostra de 15 episódios, 6 incluídos no estudo:

- 67% sexo masculino e 33% feminino.

- Idade média: 70 anos (70,66 ± 8,615232; máx. 83, mín. 61).

- Antecedentes: HTA: 83%; Dislipidemia e obesidade IMC > 25): 50%

- Fatores de risco definidos de EI (principalmente procedimentos dentários

recentes): 0%

- Mais do 50% dos casos apresentaram-se clinicamente com febre e cansaço

para pequenos esforços.

- 16.67% (1 caso) apresentou-se como paragem cardio-respiratória.

- A Eco foi diagnostica na totalidade dos casos. Foi necessário recorrer à Eco trans-esofágica em 2 situações (Eco trans-torácica inconclusiva).

- As HC foram positivas em 83% dos casos: 66% Streptococcus e 17% Staphylococcus.

- 66,67% dos doentes apresentaram complicações: 16,67% deles acabaram por falecer e 33,33% reinfectaram, apesar da antibioterapia dirigida.

Conclusões

Esta análise permitiu-nos estabelecer as características dos doentes com EI deste hospital e analisar a adequação do diagnóstico e as complicações mais frequentes.

No entanto, por ser uma análise retrospectiva, existem alguns parâmetros importantes que não puderam ser adequadamente analisados, como a metodologia de colheita das HC e a recolha de dados dos doentes diagnosticados noutros centros.

Estas limitações, para além do tamanho reduzido da amostra, impõem a realização de um estudo prospectivo da EI para incluir estes parâmetros e poder consolidar os dados do diagnóstico ecocardiográfico e acompanhar os doentes de alto risco, procurando assim estabelecer protocolos de actuação que nos permitam reduzir a mortalidade e as complicações na nossa população.

PO125

1996 DA SUSPEITA DE METASTIZAÇÃO ÓSSEA AO DIAGNÓSTICO DE MAL DE POTT

Joel Pinto, Paulo Almeida, Flávio Pereira, Tiago Valente, Susana Cavadas

CHBV, Aveiro, Portugal

Introdução

A espondilodiscite tuberculosa, conhecida como Mal de Pott, representa 10 a 35% das situações de tuberculose (TB) extrapulmonar e 50% dos casos de envolvimento musculosquelético. O seu diagnóstico permanece um desafio, pelo curso insidioso e manifestações inespecíficas da doença.

Descrição

Mulher de 79 anos, autónoma, com antecedentes de patologia osteoarticular, referenciada ao Serviço de Urgência por quadro de toraco-dorsalgia intensa, anorexia e perda ponderal de 5Kg, com 1 mês de evolução. Apirética e sem alterações relevantes no exame objetivo. Era portadora de tomografia computorizada da coluna toraco-dorsal, que revelou a presença de lesões líticas em T7-T8, sugestivas de natureza secundária. Perante a suspeita de neoplasia oculta foi internada para estudo etiológico e controlo sintomático. Realizou uma ressonância magnética (RM) que confirmou a presença das lesões, com extensão intracanalar e infiltração dos tecidos para-vertebrais adjacentes. A restante investigação analítica e imagiológica foi negativa para neoplasia e etiologia infeciosa. Procedeu-se à biópsia da lesão em T8, cuja histologia e imunocitoquímica foram compatíveis com lesão necrótica inespecífica. A pesquisa de bacilos álcool ácido resistentes (BAAR) por Ziehl Neelsen foi negativa, com estudo por polymerase chain reaction positivo para Mycobacterium tuberculosis. Não apresentava TB pulmonar ativa. Iniciou terapêutica antibacilar e, por manter mau controlo álgico, repetiu RM que revelou sinais de sofrimento medular em T7-T8, sendo encaminhada para Neurocirurgia para desbridamento e estabilização cirúrgica. Mantém-se a cumprir terapêutica antibacilar e programa de reabilitação, com melhoria clínica progressiva.

O Mal de Pott evolui com alterações clínicas e imagiológicas que mimetizam as de outras patologias. O atraso no diagnóstico é um fator determinante para o prognóstico, pretendendo os autores alertar para esta patologia que, apesar de rara, condiciona frequentemente disfunção funcional grave.

PO126

2000 SÍNDROME INVASIVA A KLEBSIELLA PNEUMONIAE

César Burgi Vieira, André Valente, Ana Serrano, Conceição Loureiro

Unidade Funcional Medicina 2.4, Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, Portugal

Introdução

A bactéria Klebsiella pneumoniae é um agente patogénico bem conhecido, sendo frequentemente responsável por infecções respiratórias e do trato urinário. Recentemente tem-se assistido ao aparecimento de estirpes hipervirulentas, responsáveis por infecções graves com disseminação sistémica. Apresenta-se um caso clínico de abcesso hepático a K. pneumoniae com embolização pulmonar.

Descrição

Homem de 27 anos de origem guineense, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 1, recorre ao Serviço de Urgência por dor abdominal com irradiação lombar e febre com 3 dias de evolução, tendo regressado duas semanas antes do seu país de origem. A avaliação laboratorial e imagiológica foram inconclusivas e o doente teve alta, com indicação para reavaliação às

72h. Quando foi reavaliado, o estado clinico tinha-se agravado e laboratorialmente houve elevação de parâmetros inflamatórios, identificando-se abcesso hepático de 69x58mm nos segmentos IV e V por ecografia abdominal. Foi realizado estudo complementar por TC que, para além do abcesso hepatico, identificaram-se lesões pulmonares cavitadas compatíveis com embolização séptica. Foi iniciada antibioterapia com piperacilina/tazobactam e metronidazol, tendo sido realizada drenagem percutânea guiada por ecografia, com colheita de liquido purulento para exame microbiológico. Isolou-se uma estirpe de K. pneumoniae multissensível, pelo que se suspendeu terapêutica com metronidazol. A antibioterapia com piperacilina/tazobactam prolongou-se durante 21 dias, com mais 21 dias de terapêutica com amoxicilina/clavulanato após a alta, verificando-se involução do abcesso hepático e das lesões pulmonares.

As infecções invasivas por K. pneumoniae sáo raras, ocorrendo mais frequentemente em doentes diabéticos. Na presença de abcesso hepático, deve ser excluida etiologia amebiana. A drenagem percutânea e a antibioterapia precoces são essencais na determinação do prognóstico.

PO127

2022 UM ANO DE INFECÇÕES MULTI-RESISTENTES NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA DE UM HOSPITAL DISTRITAL

Ana Cristina Mestre, Cátia Da Cruz Correia, Filipa Pedro, Mariana Saraiva, Ana Alves Oliveira, Natália Teixeira, Marta Cerol, Yahia Abuowda

Hospital Distrital de Santarém, Santarém, Portugal

Introdução

O aparecimento de microrganismos resistentes a múltiplos antibióticos tem vindo a tornar-se uma preocupação na saúde pública. As infecções causadas por estes agentes estão associadas a tratamentos antibióticos inadequados e, por consequência, a pior prognóstico e maior mortalidade. Esta problemática torna-se ainda mais preocupante dado o número muito limitado de novos antibióticos desenvolvidos.

Objetivos

Caracterizar as infecções por microrganismos resistentes isolados.

Métodos

Revisão dos isolamentos de Gram-negativos e Gram-positivos numa enfermaria de Medicina, com 34 camas, entre o período de Janeiro a Dezembro de 2017. Foi utilizada como definição de organismo multi-resistente ("Multi-Drug Resistant Organisms" - MDRO), a definição conjunta proposta pelo European Center for Disease Prevention and Control e Centers for Disease Prevention and Control: não-susceptibilidade a pelo menos um agente, de três ou mais categorias antibióticas.

Resultados

De uma população de 255 doentes internados com isolamentos positivos, verificou-se que 93 desses doentes (36%) apresentaram isolamentos de MDRO. Estas infecções atingiram predominantemente doentes entre a 8ª e 9ª décadas de vida, com internamentos recentes. O trato urinário é o local de infecção mais prevalente. O microrganismo mais frequentemente isolado é a Klebsiella pneumoniae (36%), seguida da Escherichia coli (28%) e da Pseudomonas aeruginosa (9%). Cerca de metade das Klebsiella pneumoniae e Escherichia coli são produtoras de beta-lactamases de espectro alargado (ESBL). 8% dos MDRO isolados eram sensíveis apenas aos carbapenemes. Cerca de 14% dos doentes com infecções por MDRO faleceram.

Conclusões

O número crescente de MDRO é alarmante e impõe a criação de novos protocolos de antibioterapia, que incidam no conhecimento dos agentes infecciosos locais e dos seus padrões de resistência, com vista à implementação de terapêuticas empíricas mais adequadas.

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 01
14:00 - 15:30

PO128

2025 INFEÇÃO POR MYCOBACTERIUM BOVIS: DISSEMINAÇÃO DE TERAPÊUTICA INTRA-VESICAL

Mariana Teixeira, Joana Ricardo Pires, Ana Rita Cunha, Tiago Rabadão, Filipa Ferreira, Margarida Eulálio, Clarinda Neves, Rosa Jorge

CHBV, Aveiro, Portugal

Introdução

A terapêutica intravesical com Bacilo Calmette-Guérin (BCG) é uma opção de primeira linha nos tumores vesicais superficiais.

Descrição

Homem, 71 anos, com diagnóstico recente de carcinoma urotelial de células de transição, submetido a resseção transuretral e sob tratamento intravesical com BCG.

Admitido por dispneia e febre com 2 dias de evolução, sem tosse, toracalgia, palpitações ou síncope. Apresentava-se febril, hipotenso (64/45mmHg); saturação periférica de oxigénio 81% (ar ambiente). Analiticamente com tempo de protrombina 16,9s (10-12s), creatinina 1,85mL/min, rabdomiólise, AST/ALT 155/161 U/L, lactato desidrogenase 345U/L, proteína C reativa 5.53 mg/dl, e lactatos 2.6 mmol/L. Rx tórax, ecocardiograma

transtorácico e angio-TC do tórax sem alterações.

Apresentou boa resposta inicial a fluidoterapia intensiva, colheu rastreio séptico e iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone e azitromicina por quadro de sépsis com provável ponto de partida respiratório.

Manteve febre e aumento dos parâmetros inflamatórios, associado a citocolestase progressiva com icterícia (bilirrubina máxima-8,13 mg/dl, direta 6,68mg/dl), pelo que se alterou antibioterapia para piperacilina/tazobactam ao 5º dia de internamento. Sem isolamento em rastreios sépticos alargados e serologias negativas.

Colocada hipótese de sépsis por Mycobacterium bovis, no contexto do tratamento intra-vesical. Realizou biópsia hepática, iniciou anti-bacilares empiricamente (isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol) e corticoterapia. Exame histológico com múltiplos granulomas compatíveis com infeção por Mycobacterium. Pesquisa de Bacilo de Koch (PCR e cultural) em múltiplas amostras negativa. Evolução clínica favorável orientado para a consulta.

O uso de terapêutica intravesical com BCG está preconizado em tumores vesicais selecionados. Com este casos os autores pretendem alertar para a necessidade de vigilância dos seus possíveis efeitos secundários, incluindo a disseminaçao sistémica.

E-POSTERS

PO129

2053 POR TRÁS DA ESPONDILODISCITE

Clara Jorge[1], Juliana Sá[1], João Silva[1], Eduardo Carvalho[1], Margarida Ascensão[2], Leopoldina Vicente[2], António Maio[2], Rita Faísca[2]

[1]Centro Hospitalar Cova da Beira, Covilhã, Portugal

[2]Centro hospitalar Cova da Beira, Covilhã, Portugal

Introdução

A espondilodiscite ocorre em 15 % dos casos na sequência de endocardite infecciosa (EI). Nos utilizadores de drogas injectáveis, o envolvimento da valva tricuspide é o mais comum, sendo a infecção por Staphyloccocus aureus responsável em metade dos casos.

Descrição

Caso clínico:

Homem de 44 anos, recorreu à Urgência por febre intermitente de predomínio vespertino, com 8 meses de evolução, suores nocturnos, astenia e aparecimento recente de lombalgia. Antecedentes de hepatite C crónica (VHC) não tratada, pneumotórax espontâneo, ex- toxicodependente sob terapêutica substitutiva. Referiu viagens ao Uruguai, França, Grécia, contactando com cavalos e burros.

Exibia dores inflamatórias intensas nas vértebras lombares, agravadas pela palpação, sugerindo lesão lombar baixa. Auscultação cardiopulmonar sem alterações.

Tinha anemia normocítica normocrómica, leucocitose e trombocitose ligeiras, velocidade de sedimentação elevada, Rosa de Bengala e reacção de Wright positivos.

Efectuou tomografia axial computorizada (TC) da bacia, coluna lombar e sagrada que revelou uma espondilodiscite em L5-S1 e um empiema epidural anterior (L4-S2). Iniciou antibioterapia com doxiciclina e estreptomicina.

As hemoculturas foram positivas para Staphylococcus aureus sensível à meticilina pelo que foi associado ceftriaxone e vancomicina. O ecocardiograma visualizava uma massa na válvula tricuspide, podendo corresponder a fibroelastoma ou endocardite. A ressonância magnética cardíaca sugeria endocardite.

Apresentava uma carga viral elevada pelo que, por estabilidade hemodinâmica foi protelada a cirurgia valvular. Após 60 dias de internamento, repetiu ecocardiograma mantendo a vegetação as mesmas características; aguarda cirurgia no domicílio e início de tratamento para o VHC.

Conclusão:

O caso clínico apresentado mereceu longa discussão diagnóstica e terapêutica, tendo em conta a epidemiologia e as múltiplas comorbilidades associadas. Apesar do mau prognóstico, o doente teve alta melhorado.

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 02
14:00 - 15:30

PO130

2063 DIARREIA CRÓNICA – UMA CAUSA IMPROVÁVEL

Joana Dias Alfaiate, Daniela Brito, Mário Gola, Fátima Pimenta

Centro Hospitalar Médio Tejo, Abrantes, Portugal

Introdução

Diarreia é um sintoma inespecífico de etiologia muito vasta. Frequentemente trata-se de um quadro autolimitado, de curta duração e secundário a infecção ou intoxicação alimentar. Mais raramente a diarreia apresenta-se de forma crónica obrigando a pensar em outro tipo de causas.

Descrição

Homem com 33 anos de idade, é referenciado à consulta de Medicina Interna por diarreia, sem sangue ou muco, com um ano de evolução, associado a perda ponderal.

Estudo analítico revelou anemia da doença crónica e elevação ligeira da proteína C reativa, sem outras alterações. Excluiu-se Doença Celíaca por quantificação dos Anticorpos Anti-Gliadina e Anti-Transglutaminase. Serologias víricas foram negativas. Coprocultura foi positiva para Giardia lamblia. A Colonoscopia observou "Padrão inflamatório no cólon com agravamento em sentido proximal (algo atípico)", e as biópsias revelaram ileíte e colite sem características diagnósticas específicas. Doente foi medicado com Messalazina e Metronidazol com melhoria parcial e temporária da clínica.

Fez Enterografia por Ressonância Magnética que notou inflamação intestinal inespecífica do jejuno e íleo e presença de adenopatias reativas. A biópsia de mucosa duodenal descreve Giardiase e hiperplasia nodular linfoide, sendo que a última é um aspecto típico de Imunodeficiência Comum Variável (ICV).

Realizou electroforese de proteínas que foi compatível com diminuição acentuada da fracção gama. Quantificou-se as Gamaglobulinas, havendo um défice de IgG associado a IgA e IgM indoseáveis. Realizou Tomografia Computorizada do tórax, abdómen e pélvis sem alterações de relevo.

Fez-se o diagnóstico de ICV e iniciou-se terapia com Imunoglobilina, resultando na resolução completa do quadro clínico.

DISCUSSÃO: ICV é uma doença rara e por isso um diagnóstico improvável, mas deve estar presente como hipótese diagnóstica, principalmente se patologia infecciosa que se caracteriza por ser severa, por organismos incomuns, persistente, recorrente e/ou familiar.

E-POSTERS

PO131

2067 UM CASO DE NEUROTUBERCULOSE

Elvis Arias Guevara[1], Keny Colares[2], Erico Arruda[2], Alexandra Reis[1], Francisca Delerue[1]

[1]Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

[2]Hospital São José de Doenças Infecciosas, Fortaleza, Brasil

Introdução

A Neurotuberculose (NTB) é uma doença grave causada pelo Mycobacterium tuberculosis que geralmente atinge as meninges, o cérebro ou a medula espinhal. É muito difícil de diagnosticar e mais comum em países em desenvolvimento, sendo difícil de prevenir e de tratar, e com alta mortalidade. A NTB é a terceira causa de complicações neurológicas em pacientes com SIDA

Descrição

Homem, 49 anos, quadro de febre, diária e dispneia que durou 2 meses, procurou ajuda médica, onde foi suspeita tuberculose pulmonar (TP). Na ocasião, fizeram teste rápido para VIH que foi positiva. Deste modo, foi iniciada terapia para TB pulmonar (RIPE) concomitantemente a terapia antirretroviral (TARV), sem uso de corticóide associado. Após 15 dias evoluiu com perda de força em hemicorpo direito e confusão mental. Consultou um Neurologista, que solicitou RM de crânio que demonstrou lesão ovalada em tálamo e núcleo capsular esquerda com edema e efeito de massa. Foi encaminhado para este hospital a fim de esclarecer quadro neurológico. Manteve RIPE, por hipótese de NTB, foi iniciada corticoterapia e retirado a TARV, tendo o doente melhoria; realizou 3 baciloscopias e GeneXpert negativos. TC de crânio de controlo evidenciou diminuição da lesão e do edema cerebral. Foi realizada punção lombar após 14 dias de corticoide, sem alterações, GeneXpert negativo, VDRL não reagente, cultura para fungos negativa.

Conclusão: A instituição de terapêutica antirretroviral é vital no tratamento do VIH associado à TB. As guidelines da OMS preconizam que a terapêutica antirretroviral é recomendada para todos os doentes com VIH, independentemente da sua contagem de células CD4+ e deve ser iniciada até oito semanas do início do tratamento para a TB ou dentro de duas semanas, para doentes profundamente imunodeprimidos. Além disso é importante recordar que a síndrome inflamatória de reconstituição imune, manifesta-se em cerca de 10% dos doentes com VIH que iniciam terapêutica contra a TB.

PO132

2073 PRESSENTIR A PNEUMONIA NA PELE

Inês Grenha, Joana Fontes, Raquel Costa, Tiago Mendes, Marta Pereira, Vitor Costa, Joana Serôdio, Lourdes Vilarinho, Selmira Vicente, Paula Brandão

ULSAM, Ponte De Lima, Portugal

Introdução

O vírus da varicela-zoster (VVZ) pode afetar indivíduos de todas as idades. Nos adultos, a complicação mais frequente da varicela é a pneumonia; ainda que pouco frequente apresenta uma mortalidade de cerca de 10-30%.

Descrição

Homem, 30 anos, recorreu à urgência por quadro de febre e lesões vesiculares disseminadas no tronco e na face com 72 horas de evolução; desde o dia anterior com tosse seca e dispneia.

História ativa de tabagismo, sem outros antecedentes de relevo.

Ao exame objetivo evidenciava um extenso rash vesiculo-papulo-pustular. Estava febril e polipneico, sem hipoxemia. Fez radiografia de tórax que mostrou um infiltrado difuso bilateral reticulo-nodular confirmado por tomografia: com opacificações

centrilobulares com padrão de vidro despolido. O estudo analítico revelou um padrão de citólise hepática.

Decidiu-se, assim, internar pelo quadro de pneumonia.

No internamento o doente rapidamente desenvolveu uma insuficiência respiratória hipoxémica, com evolução favorável sob aciclovir e completa resolução à data de alta.

Na consulta de reavaliação, às 4 semanas, confirma-se normalização das transaminases; o padrão radiológico mantém-se sobreponível.

A varicela é uma manifestação clínica do VVZ que nos adultos pode ter quadros graves associados, com 1 em cada 400 doentes a apresentar sintomas respiratórios.

A pneumonia tende a ser insidiosa e apresenta-se por uma dispneia progressiva, com tosse e hipoxemia; contudo, em indivíduos que necessitem de ventilação mecânica as taxas de mortalidade podem chegar aos 50%. O padrão radiológico mantém-se por várias semanas ou meses nas infeções mais graves, com uma dissociação clínica/imagem que não deve ser fator de suspeição de uma eventual falha terapêutica.

O atingimento hepático é outra das complicações descritas, ainda que a hepatite clínica seja rara.

Este caso clínico é exemplo de uma evolução favorável no adulto com varicela mas deve ser um alerta para a morbimortalidade que pode advir de um diagnóstico tardio.

PO133

2078 ENCEFALITE HERPÉTICA - ALTERAÇÕES IMAGIOLÓGICAS

Sérgio Antunes Da Silva, Elena Ríos, Domingos Sousa

Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Hospital de Faro, Faro, Portugal

Introdução

A encefalite herpética (EH) é uma doença infeciosa aguda que se manifesta por sinais focais ou generalizados de alterações cerebrais, não sendo claros a sua patogénese ou fatores precipitantes. Em adultos tem como localização primordial os lobos temporais e frontais, é causada pelo vírus herpes simplex 1 (HSV1), podendo ocorrer hemorragia intracerebral. É uma entidade rara e a que se associa a uma taxa de mortalidade elevada caso não seja tratada precocemente

Descrição

Mulher, 66 anos, autónoma, com antecedentes de depressão, medicada com venlafaxina, loflazepato de etilo, amissulprida e quetiapina. Recorre ao serviço de urgência (SU) por quadro de cefaleias intensas, prostração e palpitações acompanhadas de dor torácica, sem febre. Havia recorrido previamente ao SU (10 dias antes) por febre e cefaleia, tendo sido diagnosticada uma infeção do trato urinário. Exame objectivo sem alterações relevantes. Analiticamente sem leucocitose e com discreta elevação da PCR. Serologias negativas para toxoplasmose, borrelia, sífilis e HIV. Punção lombar com saída de líquido sero-hemático. RM encefálica com área focal de hipersinal de carácter expansivo cortico-subcortical, temporal, insular e frontobasal à direita – imagens sugestivas de encefalite herpética. Medicada com aciclovir endovenoso. A pesquisa de vírus neurotrópicos por polymerase chain reaction do líquido cefalorraquidiano foi positiva para HSV1. Em novo estudo de RM foi possível identificar área de hemorragia recente intralesional, na região temporal, insular e frontal, em provável relação com EH. Teve alta após cumprir 14 dias de aciclovir com boa melhoria clinica. Conclusão: Este caso demonstra a importância da suspeição clínica e da necessidade de iniciar terapêutica antivírica precocemente. A imagiologia (nomeadamente a RM) pode auxiliar no diagnóstico. Na EH podem ocorrer lesões hemorrágicas que podem complicar a resolução da doença.

PO134

2084 CRITÉRIOS DE SEPSIS: COMPARANDO A SUA APLICABILIDADE CLÍNICA

Rute Sousa Martins, Diana Mano, Sara M. Rocha, João Araújo Correia

Centro Hospitalar do Porto - Hospital Geral de Santo António, Porto, Portugal

Introdução

A Surviving Sepsis Campaign foi criada com o objetivo de reduzir a mortalidade associada à sépsis, com enfoque no reconhecimento precoce de sinais de resposta inflamatória sistémica (SIRS). Em 2016, surgiu a Sépsis-3 cuja definição de sépsis implica disfunção de órgão documentada pelo Sequencial Organ Failure Assessment (SOFA) Score, gerando controvérsia pelas mudanças conceptuais com impacto diagnóstico. Também em 2016 foi criada uma norma de Via Verde Sépsis (VVS) em Portugal para implementação pelos serviços de emergência médica.

Objetivos

Avaliar e comparar a sensibilidade do reconhecimento precoce dos critérios Sépsis-2, Sépsis-3 e da VVS.

Métodos

Estudo retrospetivo com amostra de 203 doentes com alta do Serviço de Urgência Médica de um Hospital Central de 1 a 21 Outubro de 2017 (num total de 1500), com diagnóstico de saída de infeção.

Resultados

De acordo com a Sépsis-2, foram detetados 76 casos de sépsis e 66 de sépsis grave (total de 142 doentes, 70% da amostra). Pela Sépsis-3, 50 casos eram sépsis (24,6%). Dos casos descritos, apenas 59 foram considerados suspeitos e 33 confirmados pela VVS (16,2%); dos 170 casos não confirmados, 110

pontuaram pela Sépsis-2 e 23 pela Sépsis-3. Identificámos 27 casos pela Sépsis-3 com disfunção de órgão apesar de SOFA score inferior a 2.

Conclusões

Na nossa amostra, os critérios da Sépsis-2 apresentaram maior sensibilidade no diagnóstico de infeções potencialmente graves comparados com a Sépsis-3, permitindo a identificação mais precoce e num estadio de menor gravidade, com potenciais implicações terapêuticas e prognósticas. Relativamente à aplicação da VVS, na nossa amostra, os critérios de suspeição mostraram-se pouco sensíveis na deteção de sépsis, independentemente da sua gravidade. Apesar desta amostra ser pequena e das limitações do estudo, os autores pretendem discutir a importância destes resultados e qual o seu impacto na prática clínica.

PO135

2097 UMA PERICARDITE EXIGENTE

Sofia Pinelas[1], Neuza Soares[2], Joana Pimenta[2], Jorge Almeida[2]

[1]*Instituto Português de Oncologia - Porto, Porto, Portugal*
[2]*Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal*

Introdução

Apesar de se tratar da patologia mais comum a envolver o pericárdio, esta tem diversas etiologias, sendo uma das mais raras também uma das mais letais se não tratada.

Descrição

Homem de 69 anos, nacionalidade brasileira, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes mellitus tipo 2. Apresentava quadro de coriza, congestão nasal, tosse seca, febre e dispneia com uma semana de evolução, motivo pelo qual foi medicado com amoxicilina+ácido clavulânico, sem melhoria aparente. Recorreu ao serviço de urgência e, após exames, foi assumida pneumonia adquirida na comunidade tendo o doente iniciado ceftriaxone, azitromicina e oseltamivir. No primeiro dia de internamento apresentou dor torácica pleurítica, com eletrocardiograma a revelar supradesnivelamento difuso do segmento ST e ecocardiograma com derrame pericárdico de 20mm sem sinais de tamponamento, compatível com pericardite. Iniciou colchicina e corticóide, verificando-se melhoria progressiva. O estudo microbiológico, serológico e imunológico foi negativo. Ao oitavo dia de internamento iniciou febre com subida dos parâmetros inflamatórios, tendo realizado novo ecocardiograma que revelou derrame pericárdico de grande volume com sinais de tamponamento. Foi efetuada pericardiocentese, com saída de líquido purulento no qual foi posteriormente isolado Staphylococcus aureus; iniciou-se empiricamente vancomicina que, após saber tratar-se de uma estirpe meticilino-sensível, foi substituída por flucloxacilina. Após melhoria inicial, os parâmetros inflamatórios mantinham-se oscilantes e em TAC de reavaliação observou-se novo aumento do derrame pericárdico, rico em fibrina e com hipercaptação dos folhetos, pelo que se avançou para drenagem e limpeza cirúrgica. O procedimento decorreu sem complicações e o doente evoluiu favoravelmente de forma progressiva e sustentada, sem nova recorrência do derrame pericárdico ou subida dos parâmetros inflamatórios.

PO136

2099 INFEÇÕES DO TRATO URINÁRIO: A ACUIDADE DIAGNÓSTICA DA ESTERASE LEUCOCITÁRIA E DOS NITRITOS

Rosana Maia, Lúcia Brandão, Duarte Silva, Pedro Pinto, Edgar Torre, Carmélia Rodrigues, Diana Guerra

ULS Alto Minho - Hospital Santa Luzia, Viana Do Castelo, Portugal

Introdução

A infeção do trato urinário (ITU) é um diagnóstico comum nos serviços de saúde, confirmado através da urocultura (UC). No entanto, a maioria dos diagnósticos são baseados na sintomatologia e na urina tipo II (UII), nomeadamente na deteção de nitritos (NI) e esterase leucocitária (EL).

Objetivos

Avaliar a acuidade diagnóstica da UC, EL e NI nas ITUs.

Métodos

Estudo retrospetivo de doentes do serviço de Medicina com UC e UII colhidas no mês de Janeiro de 2017. Considerado diagnóstico de ITU na presença de sintomas clínicos e/ou resposta favorável à terapêutica. A análise estatística foi realizada utilizando o IBM SPSS Statistics 21. Avaliada Sensibilidade (SE), Especificidade (ES), Valor Preditivo (VP) e agentes isolados.

Resultados

Analisados 114 doentes, 56 do sexo masculino (49.1%) e 58 do sexo feminino (50.9%), com uma média de 80 anos de idade. Em 52 (41.7%) confirmou-se o diagnóstico de ITU, como motivo de admissão ou intercorrência. Quanto à UC, verificou-se uma SE de 60% e ES de 89%. Os agentes mais frequentemente isolados nas UC foram a Escherichia coli e a Klebsiella pneumniae (33.3% cada uma) e a presença de multirresistência foi detetada em 48.3% dos isolamentos. Relativamente aos NI, apresentaram uma baixa SE (25%), mas uma alta ES (96%), com um VPPositivo de 86.67%. Contrariamente, a EL apresentou uma SE elevada (88.46%) e uma ES de 47.46%, com um elevado VPNegativo (82.35%).

Conclusões

A UII é usada para complementar o diagnóstico de ITU, uma vez que UC tem uma sensibilidade intermédia. Concluímos que a SE da esterase leucocitária é semelhante à publicada na literatura, no entanto, o mesmo não se aplicou à ES. Aferiu-se que combinando a SE da EL e a ES dos N eleva-se a acuidade diag-

nóstica de ITU. Os autores realçam como limitações do estudo o tamanho da amostra e a possível co-existência de patologias infeciosas e antibioterapia aquando da colheita das amostras.

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 02
14:00 - 15:30

PO137
2108 ERITEMA INDURATUM DE BAZIN: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Rebeca Natal, Vasco Neves, Pedro Ventura
Unidade Local de Saúde da Guarda, Guarda, Portugal

Introdução

O eritema induratum de Bazin (EIB) pertence ao grupo das tuberculides, subcategoria dos distúrbios cutâneos associados à tuberculose (TB), uma entidade rara, que representa uma reação de hipersensibilidade aos antigénios da Mycobacterium tuberculosis (MT). Classicamente apresenta-se como nódulos subcutâneos duros, avermelhados e ligeiramente dolorosos, a nível da face posterior dos membros inferiores.

Descrição

Caso Clínico:

Mulher, 52 anos, com antecedentes pessoais de dislipidemia, fumadora (30 UMAs) e laringite crónica. Sem medicação habitual. Enviada à consulta por por presença de múltiplos nódulos subcutâneos de distribuicão pelos membros, pericentimétricos, duros, ligeiramente dolorosos e com caráter remitente-recidivante com 1 ano de evolução. Negava sintomas associados, nomeadamente constitucionais. Laboratorialmente: IGRA positivo, sem qualquer outra alteração. Efetuou biópsia de uma das lesões: paniculite lobular com focos de necrose e presença de granulomas circundantes – aspetos consistentes com EIB. Para exclusão de TB pulmonar, foi pedido exame direto e cultural da expetoração para micobactérias, que se revelou negativo, assim como tomografia computorizada torácica: discretas lesões de enfisema centrilobular. Enviada posteriormente para o Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP).

Discussão:

As tuberculides caracterizam-se por: ausência de MT em exame direto ou cultural do tecido afetado; infeção extracutânea, teste tuberculínico ou IGRA positivo; histopatologia das lesões cutâneas com inflamação granulomatosa; resolução frequente destas com terapêutica para a TB. O reconhecimento da clínica, a histopatologia e evidência de infeção por MT são a chave para o diagnóstico do EIB. A terapêutica faz-se com esquema de antibacilares com uma fase de continuação geralmente mais prolongada, pelo que esta doente está a ser acompanhada no CDP.

E-POSTERS

PO138
2115 FEBRE DE ORIGEM INDETERMINADA: O DESAFIO DO INTERNISTA

Marta Custódio, Carolina Sequeira, Anabela Salgueiro Marques
Hospital de Cascais, Cascais, Portugal

Introdução

A febre de origem indeterminada representa um desafio clínico para todos os internistas, resolvendo espontaneamente em muitos casos sem se identificar a causa.

Entre as causas mais comuns estão as infeções, representando 15-25% dos casos, e destas a tuberculose (TB) é a mais comum.

Descrição

Apresentamos o caso de uma mulher de 47 anos, com diagnóstico de infeção por vírus de imunodeficiência humana (VIH) 1 estadio C3 (toxoplasmose cerebral e TB ganglionar, CD4 10cels/mcL), hepatite C crónica, etilismo crónico e hábitos toxifílicos, com má adesão à terapêutica.

Admitida no contexto de hemorragia subaracnoideia traumática, verificou-se quadro de febre vespertina. Analiticamente apresentava anemia e trombocitopenia, VS 115mm/h, aumento das transaminases (AST 79UI/L, ALT 74 UI/L) e da γGT (524 UI/L).

Para estudo realizaram-se múltiplos exames - culturais (urocultura, hemocultura, mielocultura e exame bacteriológico da expetoração e do líquor), radiológicos e ecocardiograma - que não identificaram foco infecioso.

Não foi feito lavado bronco-alveolar por enfisema subcutâneo pós traumático, mas em tomografia computorizada (TC) não apresentava suspeita de foco pneumónico.

A TC abdominal mostrou esplenomegalia homogénea e adenomegalias no hilo hepático e lateroaórticas.

Acabou por realizar biópsia hepática e iniciou empiricamente antibacilares, com melhoria do quadro. A histologia revelou alterações compatíveis com esteatohepatite alcoólica com doença granulomatosa sugestiva de TB com presença de bacilos ácido-álcool resistentes.

Posteriormente obteve-se o resultado das hemoculturas que foram positivas para Mycobacterium tuberculosis complex sem resistências.

A TB é a principal causa de morte nos doentes com infeção VIH, e os doentes com CD4 baixos apresentam mais frequentemente TB disseminada. O envolvimento hepático está presente em 80% dos casos e a presença de alterações hepáticas deve levantar a suspeita. O início precoce da terapêutica reduz significativamente a mortalidade.

PO139

2121 TUBERCULOSE MILIAR: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Ana Maria Gonçalves, Carlos Ramalheira, Sara Almeida, Rita Dutschmann, João Machado

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, Lisboa, Portugal

Introdução

A tuberculose miliar constitui uma forma de tuberculose extrapulmonar que ocorre por disseminação hematógenea. A apresentação clínica é, por norma, sub-aguda ou crónica, sendo as manifestações muitas vezes subtis, conduzindo a um diagnóstico tardio e muitas vezes com desfecho desfavorável.

Descrição

Os autores descrevem um caso de um doente de 79 anos com antecedentes de estenose aórtica, anemia hemolítica e trombocitopenia auto-imunes, sob corticoterapia crónica (prednisolona 30 mg), admitido no Serviço de Urgência por quadro de cansaço, febre (39,5ºC), dispneia e tossícula, com cerca de 2 semanas de evolução. Analiticamente apresentava elevação da PCR (17mg/dL), anemia, trombocitopenia e hipoxémia (gasimetria em ar ambiente paO2: 45 mmHg). A radiografia de tórax esboçava um padrão micronodular com reforço intersticial no terço inferior direito. Ficou internado, tendo-se admitido pneumonia na comunidade, colheu culturas e iniciou antibioterapia empírica de largo espectro. Ao 6º dia de antibioterapia e após 3 dias de apiréxia, ocorre recrudescência da febre, em padrão héctico, com calafrios, hipersudorese nocturna e tossícula escassamente produtiva. As hemoculturas (HC) e secreções brônquicas (SB), de admissão eram negativas. Suspendeu antibioterapia, repetiu culturas e realizou TC tórax que realçou a presença de padrão micronodular pulmonar bilateral com adenopatias mediastínicas e condensação pulmonar. Admitiu-se estarmos perante um caso de tuberculose miliar em doente imunodeprimido por corticoterapia crónica versus pneumonia não coberta pela antibioterapia prévia. Colheu hemoculturas para exame cultural para M. Tuberculosis, realizou broncofibroscopia óptica (BFO), mielograma com mielocultura e biópsia osteomedular (BOM). Por rápido agravamento clínico, com evolução para disfunção multiorgânica, inicia esquema de antibacilares de primeira linha a par de antibioterapia de largo espectro. Obtivemos resultado positivo de PCR para M. Tuberculosis nas SB da BFO, bem como identificação de bacilos álcool ácido resistentes (BAAR). Posteriormente, os resultados dos exames culturais das HC e SB foram igualmente positivos, tendo sido identificados BAAR e granulomas na BOM, confirmando a suspeição clínica de tuberculose miliar. O doente teve alta ao 18º dia de antibacilares, com evolução favorável.

A tuberculose miliar se não diagnosticada atempadamente, apresenta uma mortalidade de 100%. Actualmente assiste-se a um aumento da sua incidência, a par do aumento de casos de vírus de imunodeficiência humana, da utilização de agentes biológicos, quimioterapia ou outras terapêuticas imunossupressoras. Representa um desafio de diagnóstico, pela multiplicidade de sintomas que pode originar e pelo carácter subagudo dos mesmos.

Através deste caso que nos impôs um desafio diagnóstico, os autores pretendem reforçar a importância de manter um elevado índice de suspeição clinica.

PO140

2128 DIARREIA POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE – CASUÍSTICA DE UM ANO NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Filipa Pedro, Ana Mestre, Natália Teixeira, Cátia Da Cruz Correia, Guilherme Cunha, Maria João Alves Pinto, Raquel Almeida, Ana Oliveira, Cristina Santos

Hospital Distrital de Santarém, Santarém, Portugal

Introdução

O Clostridium difficile (CD) é um bacilo gram-negativo, produtor de esporos, que produz toxinas patogénicas levando ao aparecimento de diarreia e/ou de colite pseudomembranosa (CP). A idade avançada e a utilização de antibióticos (clindamicina, cefalosporinas de 3ª geração e penicilinas de largo espetro) bem como de fármacos modificadores da secreção gástrica (MSG) são fatores de risco para o desenvolvimento de CP. A abordagem a esta entidade passa pela suspensão do antibiótico e, na maioria dos casos, instituição de terapêutica com metronidazol e/ou vancomicina.

Objetivos

Caracterização da população internada num serviço de medicina interna de um hospital distrital com infeção a Clostridium difficile.

Métodos

Consultados os processos clínicos dos doentes internados num serviço de medicina interna no ano de 2017

Resultados

Dos 2980 doentes internados, 66 apresentaram episódios de diarreia durante o internamento. Destes, 16 tiveram o diagnóstico diarreia por CD. A maioria dos doentes encontrava-se entre a 8ª e a 9ª décadas de vida e era dependente nas atividades da vida diária, estando 8 institucionalizados. Todos os doentes apresentavam mais de 3 comorbilidades conhecidas. Dez

doentes tiveram internamento recente e todos tinham realizado antibioterapia (6 com penicilinas de largo espectro, 3 com carbapenemes e 1 com cefalosporinas de 3ª geração). Nove estavam sob MSG. Todos os doentes foram medicados com metronidazol, tendo-se associado vancomicina em 4. Apenas um doente apresentou pesquisa de toxina negativa, objetivando-se posteriormente CP a CD na colonoscopia e histologia. Seis doentes faleceram.

Conclusões

A infeção por CD constitui uma problemática nos internamentos hospitalares, sendo o agente etiológico mais frequente de diarreia nesta amostra (24%). O aumento da esperança média de vida e do número de infeções, muitas delas a microrganismos multirresistentes, para além do uso pouco criterioso de antibióticos, geram as condições ideias para o seu desenvolvimento.

PO141

2138 E DEPOIS DO RASTREIO? O QUE MUDOU APÓS DOIS ANOS DE PROGRAMA DE VIGILÂNCIA DA COLONIZAÇÃO/INFEÇÃO POR ENTEROBACTERIACEAS PRODUTORAS DE CARBAPENEMASES

Ana Vigário, João Gonçalves, Guiomar Pinheiro, Ana Rita Costa, Ernestina Reis, João Araújo Correia

Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal

Introdução

A identificação de enterobacteriáceas produtoras de carbapenamases (EPC) tem sido uma prioridade no meio hospitalar. A implementação de programas de rastreio é fundamental na contenção de infeção e evicção resistências.

Objetivos

Compreender o impacto do programa de rastreio de colonizados/infetados (C/I) por EPC e verificar as diferenças ao final do primeiro e segundo anos de implementação

Métodos

Análise prospetiva de doentes C/I por EPC entre 10/2015 e 12/2017. Incluídos todos os doentes com isolamento microbiológico ou rastreio positivo para EPC

Resultados

Identificados 480 doentes (51% em 2017),dos quais cerca de 22% eram infetados.Do total de doentes identificados, 94% resultaram de rastreios no nosso centro e 7% de outro hospital. De 2016 para 2017, a % de doentes identificados noutro hospital aumentou de 3 para 9%, assim, em 2017 um número significativamente maior de doentes foi identificado fora do nosso centro(p=0,007). Os rastreios periódicos e os realizados à admissão constituíram 63% e 74% dos casos em 2016 e 2017,respetivamente. Outros tipos (contacto ou investigação por suspeita de infeção) representaram 37% e 26% em 2016 e 2017,respetivamente. Assim, em 2017, um número significativamente menor de doentes foi identificado fora dos rastreio de admissão e periódicos (p=0,009). A média de doentes C/I em 2017 foi 28/dia, com uma média de 22/dia em Janeiro e 33/dia em Dezembro, refletindo um impacto crescente ao longo do ano. Desde a implementação do programa de rastreio (01/2016), o aparecimento de novos casos tornou-se mais significativo em 05/2016, com mediana de 18 novos casos/mês, inferior a 2017 (21 novos casos/mês e distribuição mais homogénea ao longo do ano).

Conclusões

Estes dados realçam o impacto ainda crescente das EPC. A aplicação deste programa permitiu melhorar indicadores como a redução da proporção de doentes identificados no nosso centro, face a externos; e o número mais significativo de doentes identificados por método preventivo, indicador de identificação em fase mais precoce

PO142

2146 A EMERGÊNCIA DE ENTEROBACTERIACEAS PRODUTORAS DE CARBAPENEMASES E O SEU IMPACTO NA MORBIMORTALIDADE

Ana Rita Costa, João Gonçalves, Ana Vigário, Guiomar Pinheiro, Ernestina Reis, João Araújo Correia

Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal

Introdução

As enterobacteriaceas produtoras de carbapenemases (EPC) eram praticamente inexistentes até aos anos 90, altura em que começam a emergir as primeiras estirpes. Desde então tem-se assistido à sua disseminação, sendo estas bactérias atualmente encontradas de forma progressivamente mais frequente nos hospitais um pouco por todo o mundo. As opções terapêuticas atualmente disponíveis são limitadas e a mortalidade associada elevada.

Objetivos

Comparar outcomes (mortalidade e reinternamentos) dos doentes colonizados e/ou infetados com EPC em dois anos consecutivos.

Métodos

Análise prospetiva dos doentes colonizados e/ou infetados com EPC de um Centro Hospitalar nos anos de 2016 e 2017 e comparação dos outcomes nos diferentes anos.

Resultados

Nos dois anos obtiveram-se dados de um total de 480 doentes colonizados e/ou infetados com EPC, tendo o número global de doentes sido similar nos dois anos (237 em 2016 Vs. 243 em 2017). A taxa de mortalidade no internamento foi também similar (21.6 % em 2016 Vs. 24.8% em 2017; p=0.43). Nos doentes colonizados, comparando o ano de 2016 com o ano

de 2017, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em termos de reinternamentos aos 30 dias (13.5% Vs. 9.4%; p=0.31), mortalidade no internamento (17.6% Vs. 23.5%; p=0.183), ou mortalidade aos 30 dias (4.1% Vs. 5.6%; p=0.577). O mesmo se verificou nos doentes infetados (reinternamento aos 30 dias: 22.2% Vs. 23.1%; p=1; mortalidade no internamento: 33.9% Vs. 30%; p=0.825; mortalidade aos 30 dias: 2.8% Vs. 10.75; p=0.311). No global os reinternamentos aos 30 dias e mortalidade são significativamente superiores nos doentes infetados Vs. Colonizados (22.6% Vs. 11.6%; p= 0.025 e 32.3% Vs. 20.4%; p= 0.015, respetivamente).

Conclusões

Apesar do passar do tempo, o nosso conhecimento sobres estas bactérias e seu comportamento é pouco. As estratégias de prevenção e tratamento são parcas e pouco eficazes, mantendo-se os outcomes dos doentes precários.

PO143

2183 CASO CLÍNICO: QUANDO DE UMA INFEÇÃO SURGEM VÁRIAS

Andreia Vanessa Novais Teixeira, Ana Santos, Aida Botejara, Juan Urbano

Hospital Santa Luzia de Elvas, Elvas, Portugal

Introdução

A patologia infeciosa é uma causa frequente de internamento sendo por vezes difícil identificar foco primário e realizar terapêutica dirigida contudo como internistas é necessário ter um visão holística do doente

Descrição

Homem de 84 anos com antecedentes de HTA e traumatismo do braço direito com fixação externa há 30 anos. Recorreu ao SU por febre, desorientação, disartria, dificuldade para deambular e diminuição da força no braço direito com dor. Medicado com antivírico há uma semana por infeção por H. zóster na região inframamária direita. Á observação a destacar taquicardia, febre, edema, rubor e calor do braço direito e dor que limitava a mobilização e a avaliação neurológica. Analiticamente apresentava leucocitose, trombocitopenia e aumento da PCR. Realizou TC crânio sem alterações de relevo. Iniciou antibioterapia empírica e antivírico. Apresentou agravamento nas primeiras 48h mantendo-se febril e com diminuição progressiva da consciência (Glasgow 7), pelo que foi realizada punção lombar com saída de líquido turvo. O LCR apresentava leucorraquia e proteinorraquia, mas sem isolamento de agente na microbiologia. Foi admitida meningite provavelmente bacteriana. Nas hemoculturas foi isolado S. aureus multissensível e foi ajustada antibioterapia. Realizou TC e RM do braço direito que mostrou múltiplos abcessos em vários compartimentos musculares, relacionáveis com osteomielite. Manteve antibioterapia e foi discutido o caso com Ortopedia que após melhoria da consciência (Glasgow 14) realizou drenagem guiada por técnica de imagem. Á alta apresentava evidente melhoria, com recuperação do estado de consciência e da força no braço. Dado o internamento prolongado (40 dias) necessitou de reabilitação para deambular.

Discussão: O doente encontrava-se imunodeprimido pela infeção virica inicial, o que favoreceu a agudização da osteomielite crónica e consequente septicemia por S. aureus e quadro de meningite. Apesar da gravidade clínica e de inicialmente apresentar má evolução, foi possível uma abordagem multidisciplinar e estabilizar o doente, que apresentou uma boa recuperação.

PO144

2186 A PROPÓSITO DE UM CASO DE SÍNDROME DE WEIL

André Goulart, Yair Gamboa, Paulo Ávila, Alexandra Freitas, Almerindo Rego

Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira, E.P.E.R., Angra Do Heroísmo, Portugal

Introdução

A leptospirose é uma zoonose com manifestações multissistémicas, causada por espiroquetas

do género Leptospira, e com particular incidência nos Açores, pelas características climáticas e elevada actividade agropecuária. Maioritariamente subclínica, casos de leptospirose icterohemorrágica são frequentes.

Descrição

Caso clínico: Homem de 54 anos, criador de gado bovino, antecedentes de tabagismo. Negava utilização criteriosa de medidas de proteção individual na prática laboral.

Recorre ao SU por febre (39ºC), mialgias e cefaleias com 2 dias de evolução.

Ao exame objectivo, de realçar: icterícia mucocutânea, sufusão hemorrágica conjuntival, desidratação, TA 93/52mmHg.

Estudo complementar: Hb 11.4gr/dL, Leuc 12540 e neut 91.8%, 13000 plaquetas, BUN 123mg/dL, Creat 2.57mg/dL, LDH 529U/L, BrbT 4.76mg/dL, BrbD 4.44mg/dL, CK 862U/L, PCR 251.9mg/L, Procalcitonina 75.56ng/mL. Eritrocitúria (20/c). Rx de tórax e abdómen e ecografia abdominal sem alterações.

Foi admitido em UCI com o diagnóstico presuntivo de doença de Weil e iniciou antibioterapia empírica com Penicilina G. Durante o internamento teve necessidade de suporte ventilatório e aminérgico, com boa resposta clínica e analítica após o 5º dia de internamento.

As hemoculturas e urocultura foram negativas e a pesquisa de leptospira por técnica de PCR positiva.

Discussão: Na nossa instituição, perante a inacessibilidade a teste rápido de diagnóstico e na presença de contexto epidemiológico, um elevado índice de suspeição clínica é a chave para o diagnóstico e a instituição de antibioterapia dirigida deve

ser ponderada. O síndrome de Weil é a forma mais grave, pode desenvolver-se após a fase aguda, e é caracterizado por insuficiência hepática e renal aguda e, porventura, pneumonite hemorrágica, com taxas de mortalidade de 5-40%.

Apesar de campanhas locais, a não utilização de medidas de protecção pessoal leva à perpetuação desta endemia.

PO145

2191 CLOSTRIDIUM DIFFICILE – CASUÍSTICA DE 1 ANO NUM CENTRO HOSPITALAR

Rita Grácio, Carla Falcão, Pedro Tavares, Diana Fernandes, Alcina Ponte

Centro Hospitalar de Leiria, Leiria, Portugal

Introdução

A infecção por C. difficile é uma causa importante de infecção nosocomial, que tem vindo a aumentar de incidência ao longo dos anos. Estes doentes normalmente apresentam internamentos prolongados, sendo a antibioterapia o principal factor a condicionar a alteração da flora intestinal e consequentemente a infecção.

Objetivos

Caracterização dos doentes internados num centro hospitalar, com infecção por C. difficile, nomeadamente quanto ao número de recidivas, terapêutica realizada, internamentos e antibioterapia prévios.

Métodos

Estudo retrospectivo, com a revisão dos processos clínicos de doentes internados num centro hospitalar, com infecção por C. difficile, durante todo o ano de 2017.

Resultados

Foram identificados 130 casos de infecção por C. difficile, no período referido, o que corresponde a 116 doentes, sendo que 11 (9.5%) apresentaram recidiva (3 destes com 2 recidivas). Destes doentes, 71 (61%) são mulheres, verificando-se um predomínio da faixa etária entre os 65-84 anos (48%) e 34 doentes (29%) estavam institucionalizados. Em 70 doentes (60%) a infecção por C. difficile foi uma intercorrência do internamento. Dos restantes 46 doentes, cujo motivo de internamento foi a colite, 25 (54%) apresentaram um internamento anterior e 32 (70%) realizaram antibioterapia nos 3 meses anteriores ao diagnóstico. Do total dos doentes internados, 36 (31%) foram medicados com 1 antibiótico, 31 (27%) 2 antibióticos e 25 (22%) com 3 ou mais antibióticos.

Conclusões

A infecção por C. difficile continua a ser uma causa de infecção nosocomial importante, muito associada à antibioterapia. Este diagnóstico deve ser sempre considerado em doentes com história de diarreia, sobretudo com internamentos prolongados ou submetidos a antibioterapia nos 3 meses anteriores, de modo a minimizar o impacto da doença, nomeadamente no que se refere ao controlo de infecção, à duração do internamento e à morbimortalidade.

PO146

2238 BACTERIÚRIA A ENTEROBACTERIACEAS PRODUTORAS DE CARBAPENEMASES – UM NÃO-PROBLEMA PROBLEMÁTICO

João Gonçalves, Ana Vigário, Guiomar Pinheiro, Ana Rita Costa, Ernestina Reis, João Araújo Correia

Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal

Introdução

O crescente acumulo de resistências a antimicrobianos surge como consequência direto do uso destes fármacos. A sua utilização inadequada nos casos de bacteriúria assintomática é uma provável causa de pressão seletiva para o surgimento de estirpes multirresistentes.

Objetivos

Avaliar a abordagem terapêutica dos doentes com isolamento de enterobacteriaceas produtoras de carbapenemases (EPC) em urocultura (UC) num Centro Hospitalar.

Métodos

Estudo baseado em registo prospetivo, referente ao período entre 2016-2017, de doentes identificados como infetados/colonizados por EPC no projeto de vigilância da Comissão de Controlo de Infeção e Resistência aos antimicrobianos (CCIRA) de um Centro Hospitalar

Resultados

Foram detetados 103 casos de doentes entre 2016 e 2017 com isolamento de EPC em UC. Destes, cerca de 67% destes foram considerados como infeção sem diferença significativa entre os dois anos (62.5%vs69.8%, p=0.440). Não se verificou contudo diferença estatisticamente significativa em termos de mortalidade dos casos considerados infeção vs bacteriúria assintomática (20.3%vs17.9%, p=0.785). No global dos casos por infeção a EPC (N=106) a identificação do agente em UC comparativamente com outras amostras associou-se a menor mortalidade (18.6%vs45.10% p=0.006). Dentro dos casos de infeção urinaria por EPC a presença de score de SOFA elevado (5.85vs2.81, p=0.011) e idade mais avançada (80.0vs72.1 anos, p=0.034) foram os únicos fatores associados a maior mortalidade.

Conclusões

Os achados deste estudo reforçam a convicção da existência de uma sobrevalorização do papel sintomático do isolamento de EPC em UC. Uma utilização mais criteriosa de antibioterapia perante um isolamento de EPC poderá diminuir a já excessiva pressão seletiva para o surgimento de resistências aos que existem nestes doentes.

PO147

2258 O QUE ESCONDE UMA ASCITE

Hirondina Rocha, Júlia Manuel, Ester Freitas, Teresa Bernardo, Naima Andrade, Ana Leonor Abreu, Manuela Neto

Clinica Sagrada Esperança, Luanda, Angola

Introdução

Ascite é um sinal que resulta da acumulação de liquido a nível do peritôneo. Existem inúmeras causa de ascite. Os autores pretendem trazer um caso clinico em que a primeira manifestação da doença foi o aparecimento de ascite.

Descrição

Mulher de 34 anos, Professora, sem antecedentes patológicos conhecidos, nem história de internamento. Recorreu ao serviço de urgência por quadro com 3mês de evolução caracterizado por aumento gradual do volume abdominal, perda ponderal de cerca de 10kg, anorexia, enfartamento pos prandial, diarreia sem muco, sangue ou pús e sensação febril não quantificada. Apresentava a entrada na urgência bom estado geral, vigil, orientada, corada, hidratada, apirética, eupneica em ar ambiente. Auscultação cardio pulmonar sem alterações. Abdomém distendido acusa de ascite de médio volume. Membros inferiores sem edemas nem sinais de trombose venosa. Da investigação inicial realce para rx toráx: derrame pleural a esquerda e ecográfia abdominal que revelou: Liquido ascitico no andar supra mesocólico. Internada no serviço de Medicina por ascite de etiologia indeterminada.

Durante o internamente manteve-se sempre clinica e hemodinamicamente estável. Serologias VIH e hepatites negativas, ceruplasmina 49.5 mg/dl, Auto anticorpos(AMA, ASMA, LKM e APCA negativos), Ca 19.9 11.6 U/L, Ca 125 62.5 U/L. Realizou paracentese diagnóstica: Liquido ascitico amarelo citrino, proteínas 8.5 g/dl, glicose 18mg/dl, LDH 834 U/L, albumina 3.8, predomínio de linfócitos(59%), com um total de 2517 células/ul, gradiente sero ascitico 1,1. Exame cultural do liquido ascitico negativo. PCR para Micobaterium tuberculosis positivo. TAC Toraco abdomino pélvica sem alterações. CONCLUSÕES: Trata-se então de caso de tuberculose extra pulmonar sendo então a ascite associada ao derrame pleural a sua forma de apresentação.

PO148

2284 O IMPACTO DOS ANTIMICROBIANOS NUMA POPULAÇÃO GERIÁTRICA DEPENDENTE

Sara Almeida Pinto, Fátima Leal Seabra, Rafaela Veríssimo, Agripino Oliveira

CHVNGE, Vila Nova De Gaia, Portugal

Introdução

Nos idosos, as infeções são mais prevalentes, associam-se a maior morbi-mortalidade e apresentam-se frequentemente com sintomas atípicos. A baixa reserva funcional (que altera a farmacocinética e farmacodinamia dos antimicrobianos), o risco de seleção de agentes multi-resistentes e de interações medicamentosas inerentes aos regimes de polifarmárcia põem em causa o benefício da antibioterapia nos idosos com maior grau de dependência e reduzida qualidade de vida.

Objetivos

Avaliação do impacto da antibioterapia na mortalidade dos doentes dependentes internados por quadros infeciosos.

Métodos

Avaliação retrospectiva da mortalidade no internamento, aos 30 e aos 90 dias após alta em idosos dependentes internados por quadros infeciosos numa Unidade de Medicina Geriátrica durante o ano de 2017.

Resultados

Dos 687 idosos internados em 2017, 183 foram avaliados como Katz G quanto à dependência funcional. Destes, 150 foram internados por quadros infeciosos e em 136 foi instituída antibioterapia. Os quadros de infecção respiratória foram os mais frequentes (56.0%), seguidos pelas infeções do trato urinário (37.3%). Em termos globais, os antibióticos mais frequentemente utilizados foram a amoxicilina-clavulanato, seguido do cefriaxone e piperacilina/tazobactam. Em relação aos doentes a quem foi instituída antibioterapia, 21.3% faleceu durante o internamento. Dos restantes, 9.3% faleceu durante a primeira semana após internamento, 15.3% aos 30 dias e 26.0% aos 90 dias. De um modo global, nos primeiros seis meses após a intercorrência infecciosa, 68.0% dos doentes faleceu.

Conclusões

Decorrente do envelhecimento global da população registado nas últimas décadas, a instituição de antibioterapia poderá não ter o mesmo benefício verificado em populações mais jovens e com menos comorbilidades. A adopção de uma estratégia que privilegie o controlo sintomático poderá ser uma alternativa que terá de ser amplamente discutida, quer do ponto de vista científico, quer do ponto de vista ético.

PO149

2285 ESPONDILODISCITE, ARTRITE SÉPTICA E BACTERIEMIA – A GALINHA OU O OVO?

Joana Raquel Monteiro, Sónia Santos, Fernanda Pinhal

Centro Hospitalar de Leiria, Leiria, Portugal

Introdução

A espondilodiscite é um processo infeccioso que atinge o disco intervertebral e corpos vertebrais contíguos, com clínica aguda ou subaguda.

Descrição

Os autores descrevem o caso de uma doente de 68 anos, autónoma, com história de dores cervico-dorso-lombares, com escoliose cervicodorsal e protusão discal L4-L5, que recorreu ao serviço de urgência por dores e impotência funcional do joelho esquerdo, de agravamento progressivo, febre e diarreia.

Observação – dor à palpação do joelho esquerdo, com impotência funcional, sem edema nem calor.

Estudo complementar: PCR 301.8mg/L; Ecografia – alterações inflamatórias compatíveis com celulite; Artrocentese – 10cc líquido amarelo citrino; colhidas Hemoculturas.

Por não se considerar existir de facto celulite, foi internada num serviço de Medicina para estudo da febre, sob ceftriaxone e ciprofloxacina. Após hemoculturas positivas a Streptococcus agalactiae do grupo B resistente a quinolonas, iniciou clindamicina e penicilina.

Por se manter sub-febril e com sinais inflamatórios do joelho, reavaliada tendo sido diagnosticada artrite séptica do joelho esquerdo com formação abcedada na bolsa subquadricipital, intervencionada, com microbiologia negativa.

Por manutenção das queixas dolorosas cervicais, realizou RMN que descreveu processo compatível com espondilodiscite. Iniciou Vancomicina associada a Penicilina, posteriormente alterado para Linezolide, de acordo com Infeciologia. Transferida para os cuidados da Neurocirurgia, após défice de força nos membros superiores, que protelou intervenção cirúrgica, tendo completado Linezolide oral já em ambulatório, aguardando reavaliação.

Portanto, doente com artrite séptica do joelho esquerdo e bacteriemia a Streptococcus agalactiae grupo B com posterior diagnóstico de espondilodiscite cervicodorsal. Contudo queixas cervicodorsais prévias fazem questionar qual o evento inicial.

PO150

2316 TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR – A PROPÓSITO DE UM CASO

Gisela Evaristo Vasconcelos[1], Lígia Santos[1], Catarina Couto[1], Marli Ferreira[2], Teresa Fonseca[3], Alice Castro[3], Mari Mesquita[3]

[1]Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Penafiel, Portugal

[2]Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal

[3]Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Porto, Portugal

Introdução

A tuberculose (TB) permanece uma das doenças infeciosas mais frequentes no mundo.

Descrição

Mulher, 47 anos. Sem antecedentes ou contexto epidemiológico. Alteração do comportamento com 24h de evolução, com desorientação e agitação psicomotora. Episódio de vómito alimentar. Acrescia astenia e perda ponderal de 10kg em 2 meses. Objetivados sinais meníngeos, sem défices neurológicos focais. Analiticamente neutrofilia relativa, linfopenia e elevação da proteína C reativa e velocidade de sedimentação; anemia de doenças crónicas; hiponatremia. Tomografia computorizada crânio-encefálica (TC CE) sem alterações. Líquido cefalorraquidiano (LCR) com pleocitose (120 células/uL, 42% neutrófilos, 36% linfócitos), proteinorraquia (128mg/dL) e hipoglicorraquia (37mg/dL). Assumida meningite bacteriana aguda, sendo iniciada antibioterapia empírica com cefotaxime, vancomicina e ampicilina. Por manutenção do quadro, repetida punção lombar – LCR com agravamento dos parâmetros prévios e adenosina deaminase elevada. Repetida TC CE, sem alterações. Por suspeita de meningite bacilar, instituída terapêutica dirigida. Ressonância magnética cerebral com captações focais de contraste intraparenquimatosas com padrão miliar e realce leptomeníngeo nas cisternas da base. Sucessivo estudo bacteriológico, micobacteriológico, molecular e citológico do LCR negativo. Serologia VIH e VDRL negativo. IGRA positivo. TC toracoabdominopélvico com micronódulos pulmonares milimétricos. Assim, TB miliar com atingimento pulmonar e do sistema nervoso central (SNC). Resolução do quadro sob antibacilares e corticoide.

A TB do SNC é uma apresentação rara de TB ativa. Constitui uma emergência médica, com elevada morbimortalidade associada ao atraso no tratamento. Perante suspeita, deve ser instituída terapêutica empírica imediata, e não adiada até resultados micobacteriológicos e moleculares. Como no caso descrito, nem sempre se obtém um resultado positivo, sendo assumido o diagnóstico baseado na clínica e resposta terapêutica.

PO151

2317 HISTOPLASMOSE PULMONAR – UMA INFECÇÃO RARA OU SOMENTE SUBDIAGNOSTICADA?

Joana Rodrigues Morais, Teresa Tavares, Sara Castelo Branco, Hugo Oliveira, Ana Veloso, Rui Môço

Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal

Introdução

A Histoplasmose é uma infecção fúngica endémica na América e África, sendo rara na Europa. Todavia, a migração das populações tem modificado o padrão epidemiológico das doenças. Em 2009-2014 foram publicados em Portugal 10 casos de histoplasmose.

Descrição

Apresentamos o caso de um homem de 74 anos com doença pulmonar obstrutiva crónica e sequelas de tuberculose pulmonar tratada, internado por síndrome constitucional com perda de peso > 30Kg, temperatura subfebril, hipersudorese nocturna e tosse seca com cerca de um ano de evolução.

Realizado estudo alargado que excluiu neoplasia. Posteriormente documentou-se em tomografia por emissão de positrões captação anómala no lobo superior esquerdo, correspondendo a lesão cavitada. Apesar de negatividade sistemática na pesquisa de tuberculose pulmonar, foi decidido iniciar antibacilares, sem melhoria.

No estudo imunológico não foram identificadas alterações. Efectuada biópsia pulmonar que excluiu malignidade, sugerindo tratar-se de processo vasculítico. Iniciou corticoterapia sistémica, novamente sem melhoria.

No estudo serológico alargado constatada positividade para anticorpos anti-Histoplasma capsulatum. Iniciou tratamento com Itraconazol com franca melhoria clínica e subsequente resolução das alterações imagiológicas.

A infecção por Histoplasma capsulatum ocorre por inalação de esporos contaminados, podendo ser silenciosa ou cursar com quadro clínico moderado a severo. Na maioria das situações a infecção é auto-limitada e tem resolução espontânea, sendo as formas mais agudas e disseminadas incomuns em doentes imunocompetentes. No caso exposto, o doente apresenta doença pulmonar estrutural que predispõe a infecção crónica após exposição e manifesta os sintomas mais comuns desta doença: febre, fadiga e perda de peso. Na ausência de tratamento, o curso natural é a falência respiratória pelos danos estruturais causados e morte. A histoplasmose deve surgir no diagnóstico diferencial de sarcoidose, tuberculose e doença maligna.

PO152

2345 FUNGÉMIA A SACCHAROMYCES CEREVISIAE APÓS TERAPÊUTICA PROBIÓTICA

Nadine Monteiro, Joana Silvestre, Raquel Marques, Antonio Ricardo, Nuno Candeias, Jorge Nunes

Hospital Lusíadas Lisboa, Lisboa, Portugal

Introdução

Os probióticos são amplamente utilizados no tratamento adjuvante da diarreia. No entanto, estão descritos casos de fungémia associados à sua utilização em doentes com cateter venoso central (CVC) e, mais recentemente foram descritos casos de fungémia em doentes imunocomprometidos ou com doença grave que se encontravam internados, mesmo sem CVC.

Descrição

Apresentamos o caso clínico de mulher de 76 anos admitida na unidade de cuidados intensivos após esofagectomia, por neoplasia do esófago, complicada de choque séptico com falência multiorgânica em contexto de deiscência da anastomose esófago-gástrica. Instituída suporte ventilatório e técnica de substituição renal. Por múltiplas intercorrências infeciosas, realizou vários cursos de antibioterapia de largo espectro. Após resolução do quadro de choque, persiste com quadro de diarreia pelo que, iniciou terapêutica com probiótico Saccharomyces boulardii 250mg 3 vezes ao dia durante 3 dias pela jejunostomia. Vinte e quatro horas após suspensão de S. boulardii verificou-se agravamento clínico com febre e aumento dos parâmetros inflamatórios. As hemoculturas foram positivas para Saccharomyces cerevisiae. Medicada com Fluconazol 400mg/dia durante 15 dias com resolução da fungémia.

Conclusão: O uso terapêutico de probióticos deve ser cuidadosamente avaliado em relação ao seu potencial risco-beneficio no doente internado, estando contraindicado no doente crítico ou imunodeprimido, pelo risco acrescido de fungémia

PO153

2354 OSTEOMIELITE CRÓNICA A EPC - DESAFIO CLÍNICO DO DIAGNOSTICO AO TRATAMENTO

Rita Amorim Costa, Pedro Oliveira, Pedro Salvador, Maria Ana Canelas, Margarida Mota, Luís Andrade, Vítor Paixão Dias

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova De Gaia, Portugal

Introdução

As úlceras de pressão são complicações frequentes, acarretam importante morbilidade e mortalidade; estas podem complicar com osteomielite cujo diagnóstico é muitas vezes um desafio, dado que a avaliação clínica, achados laboratoriais, tomografia computadorizada e mesmo cintigrafia óssea não são sensíveis nem específicos.

Descrição

Relata-se o caso de um homem, 75 anos, autónomo, com antecedentes de hipertensão essencial e diabetes mellitus tipo 2, internado por politraumatismo por acidente de viação,com paraplegia sequelar. Foi submetido a fixação cervico-torácica de C5 a T6 e iniciou recuperação fisiátrica. Apesar das medidas preventivas, desenvolveu durante o internamento, úlcera sacro-coccígea. Após 60 dias de internamento inicia quadro de febre e elevação de parâmetros inflamatórios flutuantes, interpretados como diferentes intercorrências infecciosas para as quais realizou múltiplos ciclos antibióticos (AB), sempre sem resolução completa. Dado o quadro arrastado e úlcera grau IV, colocada hipótese de osteomielite crónica, pela qual realizou colheita microbiológica do exsudado com isolamento de Klebsiella pneumoniae produtora de carbapenemases (EPC), em doente previamente colonizado. Reiniciou AB com tigeciclina e fosfomicina e foi submetido a biópsia óssea, com isolamento de EPC e enterococos faecalis sensíveis ao esquema AB. Realizou RMN confirmando osteomielite do cóccix. Cumpriu AB durante 50 dias. Manteve cuidados de penso e realizou plastia de úlcera. Manteve evolução favorável.

Os pacientes com doenças neurológicas são propensos a desenvolver úlcera de pressão dada a imobilidade pelo défice sensorial e motor. A ressonância magnética é útil no diagnóstico de osteomielite dada a alta sensibilidade e especificidade; contudo, a biópsia óssea continua a ser o gold standard. A emergência de microorganismos multiresistentes vem complicar o tratamento destes doentes; assim como acarretar maior mortalidade.

Doenças Autoimunes e vasculites

PO154
32 DOENÇA DE KIKUCHI-FUJIMOTO-A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Nadia Korchevnyuk, Inna Kozyar, Cristina Duarte, Francisco Silva, Luisa Fontes, Susana Livramento, Teresa Cruz

Hospital Cuf Descobertas, Lisboa, Portugal

Introdução

A doença de Kikuchi-Fujimoto é uma entidade rara de causa desconhecida, descrita pela primeira vez em 1972. Atinge preferencialmente mulheres jovens os 20 e 30 anos e caracteriza-se pela presença de adenopatias e febre sendo que o seu curso clínico é benigno e auto-limitado com recorrência de cerca de 3%. Neste contexto, é de extrema importância o diagnóstico deferencial com linfoma, adenites infecciosas e lúpus eritematoso sistémico. O tratamento é sintomático e só em casos persistentes ou muito debilitantes se institui corticoterapia.

Descrição

Os autores apresentam caso de uma juvem de 24 anos de idade com história de Lúpus discóide que apresentava tumefação cervical bilateral e cervicalgia com 3 semanas de evolução, associada a febre de 39ºC e milagias. Analiticamente leucopenia de 3.400 e trombocitopenia 137.000, LDH 460, VS 33 e PCR 2.36. Estudo mosfológico do sangue periférico sem alterações. Serologias virais, IGRA, VDRL negativas, bem como estudo de autoimunidade. TC do rescoço revelou varias adenopatias cervicais bilateralmente que distribuem-se pelas cadeias jugulares internas e acessorias do nervo espinhal bilateralmente. Efetuada biópsia excisional de adenopatia de maior dimensão, sendo que a histopatologia estabeleceu o diagnóstico de linfadenite histiocítica necrotizante ou doença de Kikuchi-Fujimoto. Foi medicada com Hidroxicloroquine 400 mgxdia e AINEs com boa resposta.

PO155
87 DA PERICARDITE À POLIMIOSITE

Joana Andrade, Ines Cunha, Angela Mota, Sara Brandão Machado, João Pedro Tavares, Claudia Martins, Vera Romão

Centro Hospitalar Tondela Viseu, Viseu, Portugal

Introdução

A polimiosite é uma miopatia inflamatória que pode acometer articulações, esófago, pulmões e coração. A apresentação é variável e dependente das características imunogénicas do doente, podendo ser as suas manifestações variáveis ao longo do tempo.

Descrição

Homem, 51 anos, encaminhado à consulta por pericardite, ANAs+ (título 1/2560) e anti Ku +. Na primeira observação referia poliartralgias de ritmo inflamatório, assimétricas, migratórias, com edema generalizado dos dedos e fenómeno de Raynaud 2 fases, xerostomia e xeroftalmia. Antecedentes de enfarte agudo do miocárdio (2008) e história de tabagismo (72 UMA). Analiticamente sem anemia, sem elevação dos parâmetros inflamatórios, com CK, mioglobina, aldolase, doseamento de imunoglobulinas, serologias víricas, função tiroideia e complemento sem alterações. Biópsia labial não sugestiva de síndrome de Sjögren e capilaroscopia com padrão esclerodérmico. A endoscopia digestiva revelou gastroduodenopatia erosiva e a TC-tórax aspetos compatíveis com pneumonia intersticial inespecífica. Dezasseis meses após o primeiro episódio de pericardite aguda teve recorrência. Por mialgias e fraqueza muscular de predomínio proximal, fez eletromiografia que revelou polimiosite e polineuropatia de gravidade ligeira. A biópsia muscular foi inconclusiva. Apesar da resposta inicial favorável à Prednisolona 1mg/kg/dia, com redução subsequente até 7,5 mg dia e Azatioprina 200mg dia com resolução das queixas e franca melhoria do componente pulmonar, não tolerou desmame de corticoterapia, com reaparecimento das mialgias e lesões cutâneas friáveis maleolares

bilaterais de novo, compatíveis com vasculite leucocitoclástica, com necessidade de iniciar imunoglobulina humana.

Conclusão: Dada a atipia das manifestações e o padrão de autoimunidade, encontra-se subjacente a sobreposição com doença inespecífica do tecido conjuntivo, permanecendo patente a eminência de doença neoplásica.

PO156

105 ACIDOSE TUBULAR RENAL DISTAL (ATRD) COMO MANIFESTAÇÃO DE SÍNDROME DE SJÖGREN

Liliana Antunes, Alexandra Raposo, Isabel Baptista

Hospital S.José, Lisboa, Portugal

Introdução

O Síndrome de Sjögren Primário (SSp), caracterizado por infiltração linfocitária das glândulas exócrinas, manifesta-se classicamente com xerostomia e xeroftalmia. Pode haver também envolvimento extraganglionar, sendo o renal (5-14%) habitualmente com nefrite intersticial causando disfunção tubular.

Descrição

Mulher, 45 anos, internamento prévio por tetraparésia e diminuição dos reflexos osteotendinosos em contexto de hipocaliémia grave, com completa regressão do quadro após correcção iónica. Estudo genético das paralisias periódicas hipocaliémicas negativo. Abandonou seguimento, sendo posteriormente reavaliada por quadro arrastado de astenia, mialgias e diminuição da força muscular, associadas a insuficiência renal ligeira e hipocaliémia (2,9 mEq/L). Da investigação destaca-se: gasimetria com acidémia metabólica hiperclorémica; Ureia 45mg/dL; creatinina 1,20mg/dL; pH urinário alcalino; urina 24h com proteinúria não nefrótica. Electroforese de proteínas - gamapatia policlonal. Ecografia renal: índice parenquimatoso renal reduzido bilateralmente com focos de microlitíase. Estudo auto-imune: factor reumatóide 342 (normal<15); ANA positivo (1/640, padrão mosqueado); Anticorpo anti-SSA e SSB positivos. Teste de Schirmer positivo. Biópsia de glândula salivar: escassos linfócitos e plasmócitos. Admitida acidose tubular renal distal (ATRd) em relação com SSp, tendo sido iniciada corticoterapia, mas doente abandonou o follow-up.

O SSp pode manifestar-se de diferentes formas para além dos sintomas sicca, sendo a ATRd a disfunção tubular mais frequente. A hipocaliémia e acidose metabólica que lhe estão associadas causam fraqueza muscular e eventualmente paralisia periódica, como ocorreu neste caso. Na investigação das causas de ATRd, sobretudo em mulheres de meia idade, deve ser excluída doença auto-imune.

PO157

112 HEMORRAGIA ALVEOLAR COMO MANIFESTAÇÃO DE RECIDIVA DE VASCULITE ANCA EM DOENTE HEMODIALISADA

Inês Barreto[1], Jorge Silva Ferreira[1], Margarida Torres[2], Maria João Gomes[1]

[1]Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

[2]Centro Hospitalar Lisboa Norte, Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, Portugal

Introdução

As vasculites ANCA MPO positivas são raras e associam-se a elevada morbilidade e mortalidade. As recidivas são incomuns após o início de hemodiálise (0,08 episódios por pessoas-ano). Apresenta-se um caso de vasculite ANCA MPO positiva com envolvimento renal exclusivo na apresentação, não tratada com imunossupressores, com manifestação pulmonar inaugural 4 anos após início de hemodiálise.

Descrição

Mulher de 69 anos, caucasiana, com diabetes mellitus tipo 2 não insulino-tratada, hipertensão arterial, doença renal crónica estádio 5, sob hemodiálise desde 2013 por glomerulonefrite crescêntica em contexto de vasculite ANCA MPO positiva, sem terapêutica imunossupressora.

Admitida em enfermaria de Medicina em Fevereiro 2017 por fibrilhação auricular de novo, dispneia, sensação febril e sudorese nocturna. Referia tosse com expectoração mucosa com três meses de evolução, agravada 2 semanas antes do internamento.

Apresenta-se vigil, apirética, taquipneica, taquicárdica (FC 133/min), TA 129/69 mmHg, auscultação pulmonar com crepitações bilaterais e abdómen sem organomegálias.

Laboratorialmente: anemia normocrómica normocítica (Hb 8,9 g/dL), leucocitose neutrofílica, VS 105 mm, PCR 25 mg/dL, NTproBNP 50564 pg/mL, PaO2 76 mmHg (FiO2 21%).

Radiografia de tórax: cardiomegália, sem condensação pulmonar.

Fez-se o diagnóstico provisório de infecção respiratória e insuficiência cardíaca, sendo tratada com piperacilina/tazobactam, vancomicina, amiodarona e enoxaparina.

Por agravamento respiratório e hipotensão ao 4º dia de internamento, pediu-se angio-TC de tórax, que documentou tromboembolismo pulmonar segmentar. Concomitantemente, por subida de parâmetros de fase aguda, foi escalada antibioterapia para meropenem, vancomicina e fluconazol.

Evolução desfavorável, com agravamento da dispneia e expectoração hemoptóica, associada a duplicação do título de ANCO MPO (80 em 2013 para 184 em 2017).

Foi efectuada reavaliação tomográfica do tórax ao 12º dia de internamento: padrão de vidro despolido bilateral nos andares

superiores do pulmão, em localização central, compatível com hemorragia alveolar, que se confirmou por broncofibroscopia (numerosos hemossiderófagos no lavado broncoalveolar).

Os exames culturais, incluindo pesquisa de micobactérias e antigénio Galactomannan sérico, e as serologias para microrganismos atípicos foram negativos, tendo sido suspensa a antibioterapia.

Foi iniciada corticoterapia e micofenolato de mofetil, com melhoria clínica e remissão radiológica progressiva.

Embora o risco-benefício da imunossupressão possa ser desfavorável após início de hemodiálise, neste caso foi inevitável pela gravidade da expressão pulmonar.

O tratamento das recidivas de vasculite após início de hemodiálise não difere do tratamento habitual, mas associa-se a maior risco de complicações infecciosas.

O valor dos títulos de anticorpos para monitorização da actividade da doença em doentes hemodialisados não está bem estabelecido.

PO158

135 LÚPUS, RIM E GRAVIDEZ – QUAIS AS PRIORIDADES?

Sofia Gonçalves, Luís Resende, Gil Silva

Hospital Central do Funchal, Funchal, Portugal

Introdução

O lúpus eritematoso sistémico (LES) afeta predominantemente mulheres em idade fértil. A gravidez em mulheres com LES acarreta maior risco de complicações maternas e fetais, apresentado prognóstico mais favorável quando a atividade da doença está controlada nos 6 meses anteriores à conceção. Em doentes com nefrite lúpica prévia, a gravidez parece estar associada a incidência aumentada de flares lúpicos (na maioria dos casos, flares renais). A presença de LES ativo, no momento da conceção, é um forte preditor de resultados maternos e obstétricos desfavoráveis.

Descrição

Doente sexo feminino, 28 anos, com antecedentes de LES, diagnosticado aos 17 anos. Medicada com micofenolato de mofetil (MMF), prednisolona e abatacept, desde os 23 anos, por nefrite lúpica. Realizou biópsia renal em 2014 que revelou nefrite lúpica classe III. Em Novembro de 2017, apresentou agravamento agudo da doença (flare lúpico), caracterizado por proteinúria nefrótica (5 gramas/24 horas), sedimento urinário ativo, consumo marcado do complemento (diminuição de C3 e C4) e títulos elevados de dsDNA/C1, associados a hipoalbuminémia grave. Ao exame objetivo apresentava eritema malar e edema periférico. Um mês antes do agravamento clínico, tinha sido detetada gravidez, com 10 semanas de gestação. Nessa altura, ainda mantinha terapêutica com MMF, que suspendeu. À data do agravamento clínico, foi realizada ecografia fetal que revelou presença de malformações congénitas do feto. Dado o quadro clínico de agravamento progressivo, com risco de vida materna, associado às alterações ecográficas fetais detetadas, optou-se por realizar interrupção médica da gravidez. Durante o restante internamento apresentou evolução favorável e foi programada nova biópsia renal.

Discussão: A gravidez, em doentes com LES, está associada a risco aumentado de complicações maternas e fetais, pelo que os autores consideram fundamental que seja implementada uma abordagem minuciosa, holística e multidisciplinar no tratamento destas doentes.

PO159

176 ARTERITE DE TAKAYASU: A IMPORTÂNCIA DE ANTECIPAR O DIAGNÓSTICO

Ana Ramalho, Eduarda Comenda, Claudia Jesus, Ana Afonso, Filipa Moleiro, Helena Vitorino, Mário Barbosa, Nadine Monteiro, Sofia Marques Santos, Helena Cantante

Hospital dos Lusiadas Lisboa, Lisboa, Portugal

Introdução

A Arterite de Takayasu (AT) afeta essencialmente mulheres jovens. Apresenta-se com sintomas constitucionais, claudicação dos membros, diminuição/ausência de pulsos periféricos, sopros vasculares ou valores tensionais discrepantes entre os dois membros superiores. Um atraso no diagnóstico pode acarretar um aumento significativo da morbilidade.

Descrição

Mulher, 50 anos, com diagnóstico de neoplasia da mama (2012), submetida a Bypass coronário aos 40 anos. Medicada com Aspirina e Tamoxifeno. Recorre ao Serviço de Urgência (SU) por cefaleia na região temporal, lipotímia, disartria e hemiparesia direita, sintomatologia que resolveu 2horas após entrada no SU. Sem alterações analíticas de relevo à exceção de Velocidade de Sedimentação de 29 mm/h. No 1º dia de internamento com perda de força muscular, dos membros inferiores, hemiparesia esquerda e parestesias da mão direita, ausência de pulsos radiais e dor à elevação dos membros superiores. Realizou Ressonância Magnética, que documentou acidente vascular cerebral isquémico multifocal bilateral. A Angio-Tomografia Computorizada mostrou: estenose das artérias vertebral, subclávia e carótida primitiva esquerdas e carótidas primitiva e interna direitas; oclusão da artéria subclávia direita. Considerando o quadro clínico e a avaliação imagiológica assumiu-se como diagnóstico mais provável AT, tendo iniciado corticoterapia. Por intolerância ao ortostatismo decide-se realização de angioplastia com colocação de stent na carótida primitiva esquerda, complicada de choque hipovolémico e enfarte isquémico agudo bilateral, tendo ficado totalmente dependente.

A AT é uma doença imuno-mediada, cuja etiologia está ainda

por determinar. No presente caso o atraso no diagnóstico em pelo menos 10 anos permitiu a progressão da doença com aumento da morbilidade. Querem assim os autores salientar a necessidade de criar diretrizes terapêuticas aplicáveis nestas situações de forma a reduzir a sua morbilidade.

PO160

177 MELANOMA MALIGNO METASTIZADO EM DOENTE COM LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO – UM CASO RARO E FATAL

Rita Queirós, Ana Raquel Lima, Joana Vaz Cunha, Anabela Morais, Paula Vaz Marques

Serviço de Medicina Interna, Hospital São Pedro de Vila Real - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

Introdução

A sobrevida dos doentes com Lupus Eritematoso Sistémico (LES) aumentou nas últimas décadas, havendo evidência crescente que apoia a associação entre LES e a ocorrência de malignidade. Está descrita maior incidência de linfoma, neoplasia do pulmão, tiróide, vias biliares e ginecológicas. Curiosamente, verifica-se uma redução do risco de desenvolver melanoma.

Descrição

CASO CLÍNICO:

Mulher que aos 29 anos iniciou poliartralgias de pequenas articulações, migratórias e de carácter inflamatório associadas a rigidez matinal e aftose oral recorrente. Por associação de sintomas constitucionais e febre, recorreu ao Serviço de Urgência. Constatou-se anemia hemolítica, linfopenia, trombocitopenia e derrame pleural bilateral. Apresentava elevação da VS, sedimento urinário ativo e proteinúria não nefrótica, consumo de complemento, ANA's e anticorpos anti-dsDNA positivos. Em internamento, excluiu-se etiologia neoplásica e infeciosa, assumiu-se o diagnóstico de LES e iniciou hidroxicloroquina e prednisolona. Teve boa evolução e manteve seguimento em ambulatório com controlo da atividade da doença ao longo do tempo.

Quatro anos depois, foi realizado o diagnóstico de Melanoma estadio IV com invasão ganglionar, pulmonar e hepática. Iniciou quimioterapia com vemurafenib, suspenso no 2º ciclo por toxidermia grau III. Evoluiu com progressão da doença oncológica e dois anos depois identificou-se metastização cerebral. Iniciou temozolamida, inicialmente com estabilidade clínica e imagiológica. No entanto, com o tempo, constatou-se progressão cutânea e infiltração metastática maciça da coluna vertebral, tendo vindo a falecer 6 anos após o diagnóstico de Melanoma Maligno.

DISCUSSÃO:

Este caso serve para ilustrar uma associação rara, pouco descrita na literatura, e alertar para a importância do reconhecimento da associação entre doença autoimune e neoplasia, possibilitando um diagnóstico mais precoce e consequentemente um prognóstico mais favorável.

PO161

202 SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDEO E DOENÇA DE LYME

Marília Silva, Catarina Paulo, Catarina Cruto, Cristina Rodrigues, Bárbara Soeiro

Unidade Local de Saúde de Matosinhos - Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal

Introdução

As tromboses venosas cerebrais podem ser forma de apresentação de múltiplas patologias, desde doenças infeciosas, imunológicas ou neoplásicas, até trombofilias hereditárias ou associadas, de forma esporádica, a alguns fatores de risco (obesidade, uso de anticoncecionais orais ou traumatismo).

Descrição

Apresenta-se o caso de uma doente de 30 anos, com antecedentes de asma e rinite e de uma tromboflebite/trombose venosa profunda tratada com enoxaparina durante 1 mês, 3 anos antes. Recorre ao Serviço de Urgência por crises convulsivas inaugurais, fazendo referência a parestesias do membro inferior esquerdo. Realizou TC cerebral que mostra pequena área cortical frontal direita com maior densidade, compatível com trombose de uma veia cortical superficial frontal direita identificada por RMN. Do estudo etiológico destaca-se a positividade de anticorpos IgM anti-cardiolipina e anti-β2-microglobulina, mantida mais de 12 semanas após o evento, tendo sido assumido o diagnóstico de Síndrome Antifosfolipídeo, com indicação para hipocoagulação "ad aeternum". Verificada ainda positividade de serologias de Borrelia, confirmada por Western Blot. Apesar de raros, estão descritos alguns casos de trombose venosa cerebral associada a Neuroborreliose de Lyme na literatura, pelo que se optou por iniciar terapêutica com ceftriaxone, verificando-se também resolução das parestesias (que neste contexto poderiam ser interpretadas também como secundárias a Neuroborreliose).

Embora se observem, muitas vezes, serologias falso positivas na investigação diagnóstica de distúrbios imunológicos, a coexistência de doenças infeciosas é também frequente, o que obriga à confirmação das mesmas, no sentido de evitar a sua progressão.

PO162

217 QUANDO PREVENIR SE COMPLICA: TROMBOCITOPENIA INDUZIDA POR ENOXAPARINA

Diogo Costa Santos, Catarina Félix, Graça Lérias, Alberto Mello E Silva

Hospital de Egas Moniz - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

Introdução

A trombocitopenia induzida por heparina, reacção imuno-mediada com complicações trombóticas potencialmente fatais, encontra-se mais frequentemente associada a heparina não fraccionada (3-9%), podendo em casos raros ser desencadeada por heparina de baixo peso molecular (0.2-2.8%).

Descrição

Homem de 87 anos, autónomo, ex-trabalhador da indústria de cortumes e metalúrgica, com insuficiência cardíaca, bloqueio completo de ramo esquerdo e arritmia cardíaca não especificada, sob furosemida, espironolactona, ácido acetilsalicílico e nebivolol. Admitido por dispneia com hipoxemia e hipocapnia graves com necessidade de ventilação não invasiva (VNI). Plaquetas 235x10^9/L; NT-proBNP 10418 pg/mL; D-dímeros 1.7 µg/mL; ECG em ritmo sinusal; Angio-TC-tórax com densificações em vidro despolido, excluindo tromboembolia pulmonar; melhoria sob diurético e broncodilatadores, suspendendo VNI. Por arritmia posterior, repete ECG: fibrilhação auricular com resposta ventricular controlada. Iniciou enoxaparina em dose terapêutica, verificando-se trombocitopenia de agravamento progressivo (mínimo 25x10^9/L), sem complicações trombóticas ou hemorrágicas; pesquisa de alo e auto-anticorpos anti-plaquetários negativa; pesquisa de anticorpos anti-PF4/induzidos pela heparina positiva; sem história conhecida de administrações prévias de heparina. Suspendeu enoxaparina e perante a literatura existente, idade avançada e discussão com o doente e familiares, iniciou rivaroxabano 15 mg diário, com subida progressiva do valor de plaquetas até 78x10^9/L, mantendo-se sem eventos trombóticos ou hemorrágicos, tendo alta. Manteve seguimento em consulta de Medicina, com normalização dos valores de plaquetas (aos 2 meses com Plaquetas 232x10^9/L).

A trombocitopenia induzida por heparina deve ser considerada na queda de contagem de plaquetas (>50%). A utilização de anticoagulantes orais directos no seu tratamento tem revelado resultados promissores, livres de complicações, sendo o rivaroxabano o mais amplamente estudado.

PO163

218 HEPATITE AUTO-IMUNE: 2 CASOS CLÍNICOS

Rita Silvério, Diana Pedreira, Filipa Silva, Lúcia Gil, Mariana Coelho, Paula Silva, Manuela Fera, Amadeu Prado Lacerda, António Eliseu

Centro Hospitalar de Setúbal, Serviço de Medicina Interna, Setúbal, Portugal

Introdução

A hepatite auto-imune (HAI) é uma doença crónica do fígado caracterizada pela elevação de transaminases (AST e ALT), hipergamaglobulinémia (IgG), presença de autoanticorpos, achados histológicos e remissão da doença com prednisolona e azatioprina. A HAI não é totalmente compreendida, porém a suscetibilidade genética e a presença de algum desencadeador externo parecem estar relacionados. Nos últimos anos, foram estabelecidos critérios para o seu diagnóstico, sendo o mais consensual o Score de Diagnóstico do Grupo Internacional de HAI (SDGIHAI).

Descrição

Descrevem-se 2 casos clínicos de HAI. O caso 1 trata-se de uma mulher de 51 anos com viagem recente a Angola e malária há 3 meses e múltiplas hérnias discais medicada com analgésicos de que se destaca flupirtina iniciada 15 dias antes. O caso 2, uma mulher de 83 anos com osteoporose e dislipidémia medicada com sinvastatina há 4 anos. As doentes encontravam-se pouco sintomáticas na admissão (dor abdominal, mialgias e febre no caso 1 e icterícia no caso 2). Apresentavam valores de ALT, entre 10-40x o limite superior da normalidade (LSN), AST entre 23-33x LSN, hiperbilirrubinémia direta, chegando no internamento a níveis de 13 a 21 mg/dl. Verificou-se ainda IgG entre 1.5 a 3.5x o LSN e positividade para auto-anticorpos. Não foi possível realizar biópsia hepática, tendo sido essencial o cálculo do SDGIHAI para estabelecer o diagnóstico. Ambos apresentavam score>15 pré-tratamento e score>17 pós tratamento o que configura diagnóstico definitivo de acordo com o consenso internacional. Iniciaram tratamento com prednisolona e posteriormente azatioprina, com boa resposta terapêutica, apresentando-se atualmente em remissão.

Enfatiza-se nestes dois casos a dificuldade no diagnóstico, a necessidade de uma persistente avaliação seriada através de exames, a importância da suspeita diagnóstica e o cálculo do SDGIHAI para o diagnóstico definitivo pré-tratamento e a importância da prova terapêutica para o diagnóstico definitivo pós-tratamento.

PO164

221 MIASTENIA GRAVIS VARIANTE ANTI- MUSK

Carolina Vidal, Filipa Carreiro, Beatriz Braga, Luís Dias, Clara Paiva

Serviço de Medicina Interna do Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE, Ponta Delgada, Portugal

Introdução

A Miastenia Gravis (MG) é uma doença autoimune caracterizada por fraqueza dos músculos oculares, bulbares, respiratórios e membros. Cerca de 85% dos doentes com MG generalizada apresentam anticorpos (ac) anti-recetores nicotínicos da acetilcolina (AChR). Verificou-se recentemente que alguns casos de MG antes seronegativa apresentavam ac anti-tirosina cinase músculo-específica (MuSK).

Descrição

Mulher de 39 anos, história de miopatia não esclarecida e insuficiência respiratória sob BiPAP noturno. Emigrante na Bermuda recém-chegada a Portugal, a família desconhecia antecedentes. Doente trazida ao Serviço de Urgência em falência respiratória constatando-se acidémia respiratória grave (pH:6.7). Foi entubada e ventilada. Ao exame objetivo destacava-se atrofia muscular marcada (peso 39 Kg, altura 1.74m, IMC 12,8 kg/m2), com reflexos osteotendinosos vivos. Admitida em Medicina Intensiva e perante a suspeita MG iniciou-se imunoglobulina intravenosa durante 3 dias. Solicitados doseamentos de ac anti-AChR e anti-MuSK. Eletromiograma com estimulação nervosa repetitiva normal. Apresentou desmame ventilatório difícil, com necessidade de traqueostomia. É transferida para o Serviço de Medicina Interna (SMI), totalmente dependente, sob nutrição entérica por sonda nasogástrica, traqueostomizada e conectada a ventilador. Apresentou melhoria lenta. Ao 8º dia de internamento no SMI foi conhecida a positividade dos ac anti-MuSK (2.04 nmol/L) e anti-AChR negativos. Tomografia computorizada do tórax excluiu patologia tímica. Iniciou prednisolona 1mg/kg e piridostigmina 180 mg/dia assinalando-se rápida melhoria clínica. À data de alta, a doente encontrava-se autónoma, franca melhoria da força muscular, sem disfagia e em ventilação espontânea.

Discussão

A MG variante anti-MuSK destaca-se por uma fraqueza proeminente dos músculos respiratórios. Os autores destacam este caso como um exemplo de crise miasténica numa das variantes mais graves – insuficiência respiratória. Realçam ainda a importância dos ac anti-MuSK no diagnóstico da MG.

PO165

279 FORMA RARA DE APRESENTAÇAO DE MIASTENIA GRAVIS - PSEUDO-OBSTRUÇÃO INTESTINAL.

Inês Santos, Joana Sant'Anna, Susana Escária, Francisco Rebocho, Ireneia Lino, Francisco Bastida

Hospital Espirito Santo de Évora, Évora, Portugal

Introdução

A miastenia gravis é uma doença neurológica auto-imune, provocada por anticorpos anti receptores da acetilcolina (anti-AchR). É uma doença rara, com uma incidência anual de 8-10 casos por milhão. Os sintomas oculares são a forma de apresentação mais frequente mas pode ocorrer disfunção autonómica, nomeadamente dismotilidade intestinal, pela presença de receptores nicotínicos da acetilcolina no sistema nervoso entérico.

Descrição

Caso clinico: Mulher de 49 anos com queixas de enfartamento, vómitos pós prandiais, obstipação, perda ponderal de 10Kg no período de um mês e diplopia. Ao exame objectivo apresenta palidez cutânea, ptose palpebral bilateral, diplopia em todos os movimentos oculares e fatigabilidade nas provas de força muscular. Por suspeita de miastenia gravis foi realizado estudo analítico destacando-se elevação dos anticorpos anti-AchR e positividade do anticorpo anti-CV2. Realizou tomografia computorizada tóraco-abdomino-pélvica que revelou lesão ocupando espaço no mediastino anterior. Por suspeita de MG e provável timoma, iniciou terapêutica com piridostigmina com melhoria progressiva da sintomatologia. Realizou timectomia, sendo o resultado anatopatológico concordante com a hipótese de diagnóstico.

Discussão: O diagnóstico de MG faz-se pela presença de anticorpos anti-AchR, presentes em 85% dos doentes. Os AchR estão presentes no sistema nervoso simpático, parassimpático e entérico, sendo responsáveis por disfunção autonómica, manifestando nesta doente sob a forma de pseudo-obstrução intestinal. Se existir timoma associado, a pseudo-obstrução intestinal é definida como manifestação paraneoplásica. Identificou-se o anticorpo onconeural anti-CV2, que está associado a dismotilidade intestinal. O tratamento de primeira linha é a piridostigmina, um antagonista da acetilcolinesterase. Neste caso, por apresentar invasão do pericárdio, a doente realizou radioterapia adjuvante para evitar recidiva local.

PO166

283 A PROPÓSITO DE PANICULITE

Mariana Formigo, Daniela Neto, Sara Freitas, Glória Alves, Jorge Cotter

Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães, Portugal

Introdução

Paniculite é a inflamação do tecido subcutâneo, com prevalência rara e múltiplas etiologias, entre elas, infeciosas, autoimunes, neoplásicas. O diagnóstico é clínico e histológico na ausência de etiologia conhecida.

Descrição

Mulher, 59 anos, antecedentes de Lúpus eritematoso sistémico diagnosticado em 2014 com múltiplos internamentos por paniculite recidivante desde 2015. Levantada hipótese de lepra em biópsia cutânea anterior devido a presença de macrófagos perianexiais e perineurais, tendo sido excluída por métodos de biologia molecular por PCR do Mycobacterium leprae com zaragatoa nasal.

Recorreu ao serviço de urgência por reaparecimento de sinais inflamatórios da coxa direita, tendo ficado internada ao cuidado da Medicina Interna. Durante o internamento, verificou-se leucocitose, neutrofilia, aumento dos parâmetros inflamatórios sistémicos, disfunção hepática com coagulopatia e padrão de citólise, consumo de C3. Ao 2º dia de internamento, observada por dermatologia e realizada biópsia à lesão para exclusão de paniculite lúpica / síndrome de Wells. Realizada ecografia com alterações sugestivas de paniculite com edema difuso, sem coleções abcedadas. Iniciou ciclo de antibioterapia com Meropenem e Linezolide que cumpriu durante 22 dias e ciclo de corticoterapia 1 mg/kg/dia com melhoria clínica e analítica, tendo tido alta ao 24º dia de internamento. Resultado de biópsia compatível com paniculite lobular, mas sem identificação de etiologia mais provável.

Mantem acompanhamento em consulta de Medicina Interna – Doenças Autoimunes.

A paniculite constitui um desafio clínico dado o amplo espectro de diagnósticos diferenciais inerentes com características clínicas semelhantes.

PO167

298 DIFICULDADE DIAGNÓSTICA DE DOENÇA DE STILL DO ADULTO APESAR DE APRESENTAÇÃO CLÍNICA TÍPICA

Tiago Seco[1], Hélio Martins[1], Sandra Barbosa[2], Jorge Cotter2

[1]Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães, Guimarães, Portugal

[2]Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, Portugal

Introdução

A Doença de Still do adulto (DSA) é uma síndrome inflamatória cujos mecanismos de desencadeamento e patofisiologia permanecem largamente desconhecidos, reconhecendo-se no entanto um claro componente genético e de natureza autoimune.

A sua clínica assenta na tríade clássica de febre, artrite e eritema, normalmente com marcadores de autoimunidade negativos e elevação de ferritina, assim como ausência de alterações imagiológicas. Não deixa no entanto de ser um diagnóstico de exclusão

Descrição

Homem de 40 anos, referenciado aos cuidados da Medicina Interna pelo médico assistente por artralgias e com diagnóstico presuntivo de de infecção da via aérea superior por odinofagia e inflamação laríngea, associado a rash cutâneo após início de antibioterapia.

Durante o internamento a clínica assentava em picos febris diários, artralgias e artrite com atingimento poliarticular, disfagia por odinofagia e rash macular migratório e intermitente.

Foram excluidas outras causas de febre, nomeadamente infecciosas (particularmente tuberculose), neoplásicas e autoimunes, tendo sido feito o diagnóstico de DSA pelo perfil analítico e clínica sugestiva, e de acordo com o score diagnóstico de Yamaguchi et al.

O tratamento com corticoterapia sistémica foi introduzido com sucesso, mantendo-se assintomático num follow-up a 6 meses, altura em iniciou desmame de corticóide. Até à data não se verificou recorrência da sintomatologia.

PO168

302 ARTERITE DE TAKAYASU: A APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE UMA DOENÇA RARA

Cristiana Fernandes[1], Teresa Boncoraglio[1], Cristina Marques[1], Daniel Kiessling[2], Ana Ogando[1], Sofia Barroso[1], Carlos Oliveira[1]

[1]Hospital Santa Maria Maior - Barcelos, Barcelos, Portugal

[2]USF Vale do Vez, Viana Do Castelo, Portugal

Introdução

A Arterite de Takayasu (AT) é uma doença inflamatória idiopática, crónica e progressiva que causa estreitamento, oclusão e aneurismas das artérias sistémicas, afetando principalmente a aorta e seus ramos.

Descrição

Homem, 57 anos, fumador ativo, com história de hipertensão arterial, dislipidemia, neoplasia intestinal, 2 acidentes vasculares cerebrais (AVC) isquémicos e doença carotídea submetido a endarterectomia. Recorreu ao SU por quadro de instalação progressiva, em 6 dias, de hemiparesia e hipostesia do membro superior direito, desvio da comissura labial e disartria. Foi internado por AVC isquémico subagudo.

A realização de exames complementares de diagnóstico permi-

tiu estabelecer o diagnóstico de Arterite de Takayasu, com base nos critérios clínicos da American College of Rheumatology (diminuição do pulso numa das artérias braquiais, diferença na tensão arterial dos dois membros superiores (MS's) >10mmHg, sopro da aorta abdominal e da carótida esquerda, queixas sugestivas de claudicação dos MS's e aortite com estreitamento do lúmen de toda a aorta torácica e abdominal).

Concluiu-se assim que se tratou de um AVC isquémico secundário a Arterite de Takayasu, tendo tido alta orientado para consulta externa de Cirurgia Vascular e de Medicina sob corticoterapia, apresentando melhoria de défices neurológicos.

A AT é uma panarterite que afeta artérias de médio a grande calibre, geralmente manifesta-se com sintomas constitucionais, mas com a evolução da doença surgem obstruções do lúmen arterial dos vasos atingidos levando a isquemia dos órgãos suprimidos por estas.

O envolvimento neurológico surge numa minoria dos casos de AT (10% a 20%), e a ocorrência de síndromes neurológicas como primeira manifestação foram raramente relatadas.

Para o diagnóstico desta vasculite deve-se correlacionar os dados clínicos com os achados dos exames complementares, e uma vez feito o diagnóstico deve-se iniciar prontamente terapêutica a fim de minimizar a lesão de orgãos.

PO169

305 VASCULITE ANCA POSITIVO LIMITADA AO RIM, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Carla Pereira Fontes, Samuel Fonseca

Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga (CHEDV), Santa Maria Da Feira, Portugal

Introdução

As vasculites associadas aos anticorpos anticitoplasma do neutrófillo (vANCA) são a principal causa de vasculite de pequenos vasos e incluem a granulomatose com poliangeíte (GPA), a poliangeíte microscópica (PAM), a granulomatose eosinofílica com poliangeíte (GPAE) e vasculites induzidas por drogas. Existe uma forma de vasculite limitada ao rim que se manifesta como uma glomerulonefrite necrotizante rapidamente progressiva, caracterizada pela escassez de imunocomplexos e predomínio de anticorpos ANCA-mieloperoxidase (MPO). A baixa prevalência, a variabilidade clínica e a ausência de critérios de classificação desafiam o seu diagnóstico.

Descrição

Descreve-se o caso de uma mulher de 81 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia; admitida por quadro de febre persistente, sem foco infecioso óbvio. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios, agravamento progressivo da função renal (valor máximo de creatinina de 3.5 mg/dL) e anemia normocítica/normocrómica; urina tipo II com eritrocitúria e proteinúria não nefrótica. Ecografia renal sem litíase ou dilatação das vias excretoras. Excluído atingimento pulmonar, cardíaco e cutâneo. Serologias dos vírus das hepatites B e C, e vírus da imunodeficiência humana negativas. Do estudo imunológico positividade apenas para p-ANCA (anti-MPO). Biópsia renal compatível com o diagnóstico de vasculite ANCA do tipo mista. Iniciada indução de remissão com corticoterapia e ciclofosfamida, com boa resposta inflamatória, apirexia sustentada, e melhoria da função renal e da anemia.

Este é um caso raro de vANCA limitada ao rim. A similaridade dos achados histopatológicos e a eventual presença de manifestações extrarrenais idênticas às da GPA/PAM leva a que esta patologia seja considerada parte do mesmo espetro. Tal como nas restantes vANCA, o diagnóstico e tratamento imunossupressor precoces são cruciais, visto que estas evoluem de forma imprevisível e potencialmente fatal.

PO170

319 STILL: AINDA UMA DOENÇA DE DIAGNÓSTICO DESAFIANTE

Maria João Serpa, José Francisco Ferreira Júnior, Raquel Almeida, Susana Franco, Diana Repolho, Isabel Araújo, Margarida Nunes, Inês Carvalho, Paula Peixinho, Carla Araújo, Olga Pereira, Cláudia Meireles, Sofia Mateus, Andreia Carlos, Salomão Fernandes, Adriana Fernandes, António Martins Baptista, Ricardo Dinis Sousa, José Lomelino Araújo

Hospital Beatriz Ângelo, Lisboa, Portugal

Introdução

A abordagem das artrites inflamatórias implica considerar doenças infecciosas, reumatológicas, auto-imunes e neoplásicas.A doença de Still do Adulto é rara(1 caso em 500.000 habitantes) e requer exclusão das restantes causas.

Descrição

Relata-se o caso de uma mulher,39 anos,melanodérmica,internada 2 meses antes por pneumonia adquirida na comunidade a Streptococcus parasanguinis hipoxemiante com padrão radiológico miliar(excluída tuberculose pulmonar por métodos invasivos)e necessidade de ventilação não invasiva.Recorreu ao Serviço de Urgência por poliartrite com atingimento do joelho, metacarpofalangicas, interfalangicas e punho unilateral, com 14 dias de evolução acompanhada de febre (38.5ºC).Analiticamente, leucocitose (17.100) neutrófila, VS 78 e PCR 15,9mg/dL.Durante o internamento, iniciou AINEs, evoluiu com artrite migratória; pápulas eritematosas fugazes(< 1 dia) pruriginosas e febre mantida.Do estudo etiológico da artrite: título IgM anti-Borrelia burgdorferi positivo(0.34)pelo que iniciou Doxiciclina admitindo-se Artrite de Lyme,do qual cumpriu 14 dias,sem melhoria clínica ou analitica. Incidentalmente,adenomegalias axilares,cuja citologia aspirativa revelou linfadenite granulomatosa

duvidosa não necrosante.Realizou biópsia ganglionar cirúrgica que excluiu doença linfoproliferativa e cujo PCR Mycobacterium tuberculosis foi negativo.A hipótese de sarcoidose foi excluída pela ausência de granulomas na biópsia pulmonar e exame oftalmológico e por ECA negativa.Foi admitida a hipótese de Doença de Still do Adulto, corroborada com ferritina aumentada(1650 ug/dL),iniciou corticoterapia com evolução clínica e analítica favorável.

Retrospectivamente,a positividade a Borrelia burgdorferi tratou-se de reacção cruzada, positiva após terapêutica e com PCR Borrelia burgdorferi negativo.Este caso demonstra o quão desafiante é o diagnóstico da Doença de Still do Adulto sobretudo com exames complementares de diagnóstico confundentes, mas que nunca deverão substituir o senso clínico.

PO171

346 TROMBOCITOPENIA IMUNE ASSOCIADA A INFECÇÃO POR HELICOBACTER PYLORI

Ana Rita Marques, Mariana Barbosa, Paulo Medeiros, Luciana Sousa, Marta Mendes, Isabel Apolinário, Ilídio Brandão

Hospital de Braga, Braga, Portugal

Introdução

A trombocitopenia imune (TI) é uma doença mediada por anticorpos antiplaquetários. Os eventos que a incitam nem sempre são claros, mas a infecção por Helicobacter pylori pode contribuir para o seu desenvolvimento por mimetismo molecular, alterações imunes ou mesmo pela actividade de factores de virulência bacteriana, tais como CagA.

Descrição

Homem, 57 anos, sem antecedentes patológicos conhecidos ou medicação habitual, com consumo alcoólico moderado e sem contexto epidemiológico relevante. Recorre ao serviço de urgência por rash petequial em agravamento e gengivorragias com cerca de um mês de evolução. Ao exame físico apresentava um hematoma extenso da perna esquerda, equimoses no tronco, membros superiores e inferiores e petéquias dispersas nos membros inferiores. Analiticamente destacava-se uma contagem de plaquetas inferior a 10000/uL com esfregaço de sangue periférico normal. Radiografia de tórax sem alterações e ecografia abdominal a mostrar fígado com infiltração esteatósica moderada e baço de dimensões e morfologia normal. Do estudo realizado, serologias infeciosas negativas, cinética de ferro normal, sem défices vitamínicos, estudo auto-imune negativo, electroforese de proteínas normal. Persistência da trombocitopenia apesar da resolução do rash, sendo posteriormente realizada a pesquisa de antigénio de Helicobacter pylori nas fezes que foi positiva. Assim, foi iniciada terapêutica de irradicação com melhoria progressiva da contagem de plaquetas (59000/uL à data da alta e normalizadas aquando da reavaliação um mês após, em consulta).

Conclusão: Há evidência crescente de que a erradicação da infecção por Helicobacter pylori nos doentes com TI aumenta de forma efectiva as contagens de plaquetas, podendo em alguns casos haver remissão completa sustentada. No entanto, os mecanismos fisiopatológicos desta relação não estão totalmente esclarecidos.

PO172

354 SÍNDROME DE PARINAUD REVELANDO UMA ASSOCIAÇÃO AUTO-IMUNE RARA: LÚPUS E DOENÇA CELÍACA

Maria Lobo Antunes, Adriana Soares, João Espirito Santo, Carla Noronha, José Araújo

Consulta de Doenças Autoimunes, Departamento de Medicina, Hospital Beatriz Ângelo, Loures, Portugal

Introdução

O Lúpus Eritematoso Sistémico (LES), está associado a um risco cardiovascular aumentado por factores inflamatórios, protrombóticos, fármacos e outros mais comuns como a hipertensão arterial (HTA). Os doentes com LES apresentam um risco duplo de AVC isquémico, sobretudo mulheres e no primeiro ano após o diagnóstico, mas também para AVC hemorrágico.

Descrição

Caso Clínico: Mulher caucasiana, 46 anos, hipertensa, com DHC presuntiva etanólica (quadro prévio de cito-colestase e encefalopatia). Admitida por quadro súbito de náuseas, vómitos, desequilibrio da marcha que evoluiu com depressão do estado de consciência (GCS 10), em contexto hipertensivo (PA 180/90 mmHg). O exame neurológico salientava uma lentificação psicomotora com parésia braquiofacial direita e Síndrome de Parinaud, ie, parésia ocular na supraversão e retracção palpebral (sinal de Collier). A TC-CE revelou hematoma talâmico esquerdo, com inundação tetraventricular. Laboratorialmente, destacava-se anemia ferropénica, leucopénia e trombocitopénia, citocolestase ligeira e hematoproteinúria sem disfunção renal. A anamnese aprofundada denotava também livedo reticularis pregresso um aborto espontâneo no 1ºtrimestre e surto psicótico há 2 anos. Realizou, por isso, estudo imunológico que mostrava ANA 1/640, fino granular, anti dsDNA positivo 103 U/ml, com hipocomplementémia C4 7mg/dL sugestivo de LES. Perante a dúvida entre vasculite vs. manifestação HTA encefálica impôs-se a realização de punção lombar (normal) e angio-RMN-CE que excluiu vasculite, tendo entretanto iniciado pulsos de metilprednisolonona seguidos de prednisolona 1mg/kg/d e hidroxicloroquina 400mg/dia. Discutido com Nefrologia que considerou que, mediante fraca hematoproteinúria (ProtU24h= 279 mg/L), seria protelada biópsia renal. O estudo da anemia ferropénica revelou altos títulos de anti-Gliadina e anti- transglutaminase corroborado pela biópsia jejunal compatível com

doença celíaca. Teve alta melhorada, mantendo apenas o sinal de Collier, sob prednisolona, hidroxicloroquina e dieta restritiva de glúten.

Discussão: Aquilo que parecia ser uma manifestação curiosa de um AVC hemorrágico- S. Parinaud -permitiu revelar, mediante uma anamnese mais cuidada, uma associação auto-imune rara – LES e doença Celíaca- presente em apenas 2-3% casos.

PO173

366 HEPATITE AUTO-IMUNE - CASO CLÍNICO

António Alho, Marina Vitorino, Mariana Costa, Rodrigo Moraes, Alexys Reis Borges, Marinela Major, João Machado

Hospital Fernando da Fonseca, Lisboa, Portugal

Introdução

A Hepatite Auto-Imune (HAI), tipicamente uma doença hepática crónica necro-inflamatória, pode ter uma apresentação aguda que mimetiza a hepatite aguda vírica ou tóxica. O diagnóstico constitui um desafio, mas é de crucial importância uma vez que muitos doentes respondem de forma dramática à corticoterapia.

Descrição

Mulher de 56 anos com um quadro subagudo de icterícia e colúria, precedido de desconforto dorso-lombar, náuseas, epistáxis e fadiga. Negou hábitos alcoólicos e referia ingestão ocasional de paracetamol. Ao exame objectivo: orientada, ictérica e hepatomegalia ligeira. Analiticamente: AST 1160 U/L, ALT 817 U/L, FA 219,34 U/L, GGT 404 U/L e LDH 362 U/L, Bilirrubina T 17,9 mg/dL, Bilirrubina D 11,23 mg/dL, INR 1,4, APTT 31, PCR 3,66 mg/dL, Proteinograma com hipergamaglobulinemia policlonal, com doseamento de IgG 4200mg/dL, Haptoglobulina 15,01mg/dL. Teve ANA positivo (1:320) e Ac Anti SMA, Anti LKM, AMA e Anti tTG negativos. Realizou Eco-Doppler abdominal (esteatose); fez TC-abdominal e CPRM sem ectasia de vias biliares, sem estenose e sem litíase biliar. As serologias virais (VHB, VHC, VHA, VHE, EBV e CMV) foram negativas. fT3 1,7pg/mL, TSH 6,4 mUI/L, Ac Anti peroxidase 34 (VR<34UI/mL) e ecografia com aspectos compatíveis com tiroidite. Observação oftalmológica foi negativa e realizou colonoscopia sem alterações. Foi realizada biopsia hepática onde se documentou "infiltrado inflamatório rico em plasmócitos, colestase intra-hepática, hepatite de interface, necrose hepatocelular e esteatose". Iniciou corticoterapia na dose de 1mg/Kg/d com rápida melhoria; 1 mês após AST 20 U/L, ALT 34 U/L, Bilirrubina T 1,06mg/dL e Bilirrubina D 0,67mg/dL.

Discussão

O caso demonstra as dificuldades de diagnóstico de HAI uma vez que não há critérios gold standard. No caso, o diagnóstico foi estabelecido por critérios histológicos, hipergamaglobulinemia, títulos elevados de IgG, presença de autoanticorpos, exclusão de outros diagnósticos a par da excelente resposta à corticoterapia.

PO174

396 LUPUS, LUPINHOS E LUPÕES

Carolina Vidal, Filipa Carreiro, Beatriz Braga, Luís Dias, Clara Paiva

Serviço de Medicina Interna do Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE, Ponta Delgada, Portugal

Introdução

O Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é uma doença autoimune multissistémica, que pode ser responsável por quadros clínicos ligeiros, de envolvimento cutâneo-articular, até quadros de maior complexidade como aquele que aqui descrevemos.

Descrição

Mulher de 41 anos saudável até maio/2017 altura em que desenvolve lesões nodulares dolorosas na face anterior de ambas as pernas, cumpriu antibioterapia e oxigenoterapia hiperbárica, com evolução lenta. Referia episódios de artrite dos cotovelos, punhos e metacarpofalângicas de caracter migratório e sinais inflamatórios dos pavilhões auriculares e asas do nariz intermitentes com o mesmo tempo de evolução. Em dezembro/2017 recorre ao Serviço de Urgência por dispneia e toracalgia. Tomografia computorizada de tórax revelou derrame pleural bilateral (à esquerda do vértice até à base com 2 cm de espessura e à direita com 1 cm), bem como extenso derrame pericárdico (1,7 cm de espessura). Ecocardiograma confirmou derrame pericárdico, sem compromisso hemodinâmico. Iniciou metilprednisolona 1mg/kg e ao terceiro dia repetiu ecocardiograma que mostrou melhoria do derrame, restando fina lâmina. Analiticamente salientava-se hemoglobina: 10,6 g/dL, sem hemólise, linfopenia <1000, proteinúria 400 mg/dia, sem cilindros, ANAs: 1/640 padrão homogéneo, elevação de títulos de anti-dsDNA (44 IU/mL, normal <10), consumo de C4 (7 mg/dL, normal entre 10-40) e anti-B2-glicoproteína IgG, anticardiolipina IgG e antifosfolipidico IgG positivos. Ficou confirmada a suspeita diagnóstica de LES, cumprindo 7 critérios SLICC. Atualmente medicada com prednisolona 15mg/dia e hidroxicloroquina 400 mg/dia, com franca melhoria clínica.

Discussão: Os autores destacam a exuberância das manifestações de LES nesta doente. Aguarda-se o doseamento de anticorpos anti-colagénio II de forma a excluir policondrite recidivante (PR) concomitante. Quer estejamos na presença de uma síndrome de sobreposição LES/ PR ou apenas perante manifestações de policondrite no âmbito de LES, este caso prima pela raridade desta associação

PO175

435 MORFEIA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

João Azeredo Costa, Mário Rodrigues, Manuel Monteiro, Inês Felizardo Lopes

Hospital de São José, Lisboa, Portugal

Introdução

A morfeia, também designada por esclerodermia localizada, é uma doença rara de etiologia desconhecida e que se caracteriza por inflamação e esclerose da pele e dos tecidos subcutâneos. Apresenta-se o caso clínico de uma jovem com alterações progressivas do tecido subcutâneo da mão e antebraço e cuja investigação culminou no diagnóstico de morfeia.

Descrição

Jovem mulher de 26 anos, observada em consulta por quadro caracterizado por edema da mão direita e que evoluiu com sensação de espessamento do tecido subcutâneo dos dedos e antebraço direitos com limitação funcional progressiva. Na observação tinha espessamento do tecido subcutâneo dos dedos, dorso da mão e antebraço direitos com limitação na flexão e extensão dos dedos, em particular o 2º e o 3º, e com défice na extensão do punho. Sem outros sintomas, sem alterações superficiais na pele, ou fenómeno de Raynaud, com restante observação normal. Dos exames realizados salienta-se hemoglobina 12,8g/L, electroforese de proteínas e imunoglobulinas normais, anticorpos antinucleares positivos (1:160 padrão mosqueado, fino granular), especificidades apenas anti histonas positivo (2+), complemento normal, velocidade de sedimentação 16mm/h, ressonância magnética com alteração de sinal nos músculos interósseos palmares e dorsais compatível com miosite e espessamento das bainhas dos flexores do 2º e 3º eixos compatível com sinovite. Electromiograma normal e capilaroscopia sem alterações de relevo. Foi realizada biopsia cutânea que foi compatível morfeia. A doente iniciou corticoterapia e metotrexato com ligeira melhoria.

Discussão

A morfeia é uma doença rara que causa alterações fibróticas na pele e tecido subcutâneo que podem causar impotência funcional e desfiguramento se não tratada. Além de ser uma patologia pouco comum, este caso apresenta a particularidade do atingimento exclusivo da derme e tecidos subcutâneos, com fibrose e limitação funcional, não apresentado alterações na observação ou a nível histológico da epiderme.

PO176

443 UM ERITEMA NODOSO NUNCA VEM SÓ

Sara Mendonça Freitas, Joana Marques, Ana Grilo, Fernando Gonçalves, José Araújo

Hospital Beatriz Ângelo, Loures, Portugal

Introdução

A doença de Crohn (DC) caracteriza-se por uma inflamação do trato digestivo mas também por várias manifestações extraintestinais. Algumas destas são independentes do grau de inflamação intestinal como a uveíte, enquanto outras são frequentemente um reflexo desta como é o caso do eritema nodoso, sendo raro o seu aparecimento durante uma fase quiescente da doença.

Descrição

Mulher de 53 anos, com história de DC diagnosticada há 12 anos, medicada com messalazina.

Recorreu ao serviço de urgência por sinais inflamatórios do pé esquerdo com 2 semanas de evolução, tendo tido alta medicada com flucloxacilina que interrompeu após 4 dias por epigastralgias e posteriormente iniciou ciprofloxacina durante os 3 dias que antecederam vinda ao serviço de urgência.

Na admissão encontrava-se febril, desidratada, com edema, rubor e calor do pé esquerdo, negando sintomas gastrointestinais.

Analiticamente salientava-se anemia microcitica/hipocrómica (Hb 10.5g/dL), ureia 81mg/dL, creatinina 2.67mg/dL, 7.300 leucocitos, 83% neutrofilos e PCR 11.14mg/dL. A ecografia renal e suprarrenal não revelou alterações. Admitiu-se lesão renal aguda de etiologia pré-renal e erisipela do membro inferior e iniciou empiricamente flucloxacilina, tendo ficado internada.

No internamento constatou-se o aparecimento de várias lesões cutâneas eritematosas em ambas as pernas, com nódulos subcutâneos sugestivos de eritema nodoso. Suspendeu-se antibioterapia e iniciou corticoide tendo-se assistido a uma rápida melhoria clínica.

Salienta-se ainda que a doente não apresentou sinais de exacerbação da doença inflamatória intestinal.

A doente apresentou melhoria clínica progressiva, com normalização da função renal e discretas lesões cutâneas aquando da alta.

Deste modo, é importante estar alerta para as várias manifestações extraintestinais da DC, mesmo na ausência de sintomatologia gastrointestinal, devido às importantes implicações na escolha da terapêutica médica.

PO177

459 INSUFICIÊNCIA RENAL RAPIDAMENTE PROGRESSIVA POR POLIANGEÍTE MICROSCÓPICA.

João Azeredo Costa, Mário Rodrigues, Manuel Monteiro, Inês Felizardo Lopes

Hospital de São José, Lisboa, Portugal

Introdução

A poliangeíte microscópica é uma vasculite sistémica com etiologia desconhecida e apresentação clínica variável e que pode cursar com glomerulonefrite e insuficiência renal. Apresenta-se o caso de um homem de 70 anos com agudização da função renal e cuja investigação culminou no diagnóstico de poliangeíte microscópica.

Descrição

Homem de 70 anos com hipertensão arterial e nefrectomia esquerda em 2015 por carcinoma de células renais sem evidência de recidiva, contudo com rim remanescente com quistos corticais em vigilância. Creatinina basal de 1,5mg/dL. Apresenta-se com quadro constitucional de anorexia, perda ponderal e astenia, sem outros sintomas e agudização da função renal com ureia 167mg/dL, creatinina 4,26mg/dL e hematoproteinúria. Exame objectivo sem alterações. Dos exames salienta-se anemia normocítica, normocrómica de 10,3g/L de padrão inflamatório, sedimento urinário com proteinúria e eritrócitos não dismórficos, proteinúria de 24h de 1900mg, complemento normal, anticorpos antinucleares positivos 1:160, excluindo-se também laboratorialmente gamapatia monoclonal, síndrome anti-fosfolipídico, doença anti-membrana basal glomerular, hepatite B e C. ANCA-mieloperoxidase (MPO) positivo: 46,3 UQ (normal <20). Ecografia renal com quistos renais corticais simples e quisto complexo 19mm polo inferior e radiografia de tórax normal. Perante o quadro clínico e analítico suspeito de vasculite ANCA com envolvimento sistémico e renal iniciou imunossupressão com corticóides e rituximab. A função renal melhorou (creatinina de 2,8 mg/dL) e o título de ANCA diminuiu. Por ter rim único não realizou biópsia renal, contudo a ressonância magnética mostrou dois quistos renais fortemente suspeitos de neoplasia, sendo referenciado à urologia com perspectiva de nefrectomia.

Neste caso temos um quadro constitucional com glomerulonefrite e ANCA-MPO positivo compatíveis com poliangeíte microscópica. Os achados histológicos poderão reforçar este diagnóstico em homem com provável neoplasia renal.

PO178

516 SÍNDROME FEBRIL NO DOENTE SOB TERAPÊUTICA COM FÁRMACOS ANTI-TNF

Pedro Neves Tavares, Paula Gonçalves Costa, Catarina Duarte Santos, Carla Falcão, Dolores Gomes, Alcina Ponte

Centro Hospitalar de Leiria, Leiria, Portugal

Introdução

A terapêutica com fármacos anti-TNF está indicada em situações clinicas especificas nomeadamente em várias doenças auto-imunes. Estes fármacos demonstraram ser eficazes não só no controlo clínico e analítico da doença subjacente mas também na melhoria na qualidade de vida dos doentes.

Descrição

Homem, 42 anos, com antecedentes de psoríase cutânea, seguido em consulta de doenças auto-imunes por artrite psoriática erosiva com envolvimento periférico. Foi medicado inicialmente com etanercept em associação a metotrexato. Por má resposta terapêutica foi feito switch para golimumab associado a metotrexato com melhoria clínica e analítica.

Após um ano em terapêutica iniciou síndrome febril sem outras queixas associada. Foi internado eletivamente para estudo. Analiticamente de referir apenas elevação dos parâmetros inflamatórios (serologias negativas e sem isolamentos no estudo microbiológico). Realizou ecografia abdominal que mostrou uma "tumefação do músculo psoas". Esta alteração foi confirmada por tomografia computorizada (TC) que mostrou "tumefação de densidade quase uniforme dos músculos psoas e ilíaco esquerdos". Biopsia percutanea com infiltrado inflamatório mononuclear, plasmócitos e eosinófilos compatível com processo inflamatório infeccioso. Cumpriu em internamento ciclo de antibioterapia com amoxicilina/ác.Clavulânico e doxiciclina com boa resposta clínica e analítica. 2 meses após a alta realizou TC de controlo que mostrou "redução de dimensões da lesão mas mantendo densificação do músculo psoas e ilíaco à esquerda com aproximadamente 27mm". Optou-se por iniciar terapêutica empírica com ciprofloxacina, com posterior "resolução do processo inflamatório" objetivado por TC.

Este caso clínico serve para demostrar que, apesar do bom perfil de segurança evidenciado pelos fármacos anti-TNF, a monitorização apertada e o seguimento clinico atento é essencial nos doentes sob terapêutica com fármaco biológico.

PO179

571 APRESENTAÇÃO ATÍPICA DA GRANULOMATOSE EOSINOFILICA COM POLIANGEITE

Rita Vaz, Sergio Brito, Francisco Gama, Marco Fernandes, Catarina Faria, Ines Ferreira, Patricia Pereira, Ana Lynce, Luis Campos

Hospital São Francisco Xavier - CHLO, Lisboa, Portugal

Introdução

A granulomatose eosinofilica com poliangeite (EGPA) é uma vasculite de artérias de pequeno e médio calibre. 75% dos doentes apresentam neuropatia periférica e uma minoria têm vasculite do sistema nervoso periférico isoladamente.

Descrição

Homem, 78 anos, inicia 2 meses antes poliartralgias das interfalângicas proximais e metacarpofalângicas, joelhos e tibiotársicas com edema da articulação tibiotársica que condicionou internamento noutro centro hospitalar. Apresentava nessa altura leucocitose 19 000 com hipereosinofilia 42%., PCR: 11.7 mg / dL; Foi assumido poliartralgia secundária a toma de anti-inflamatórios não esteroides e o doente teve alta medicado com pequeno curso de corticoterapia. Posteriormente, observado em consulta de doenças autoimunes reencaminhado através do serviço de urgência onde recorreu por recrudescência da sintomatologia. Ao exame físico mostrava hipoestesia em meia curta dos membros inferiores e em luva nos membros superiores. Analiticamente, leucocitose com Hipereosinofilia, Vs 55mm/h; PCR 6mg/dL; IgE aumentada 1060U/L e B2microglobulina 3.11mg/L e ANCA-MPO elevado (34.50Ua/ml). Realizou tomografia computorizada que mostrou:" Densificação peribroncovascular. Ecocardiograma: Hipertensão pulmonar 43mmHg. Outras causas de eosinofilia foram descartadas. Apesar de apenas cumprir 2 critérios para EGPA dada a forte suspeita clinicaassumida EGPA e iniciou azatioprina 50mg dia. Após dois meses, foi novamente admitido no internamento por asma agudizada e Hipereosinofilia (10,8%) sem evidência de infecção respiratória. Com este novo episódio o doente cumpre 4 critérios para o diagnostico de EGPA.

Conclusão: Os autores pretendem demonstrar a evolução imprevisível das doenças autoimunes e alertar para a polineuropatia como apresentação atípica de EGPA.

PO180

573 AVC ISQUÉMICO COMO MANIFESTAÇÃO TROMBÓTICA DE SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO

Vítor Costa, Marta Pereita, Tiago Mendes, Raquel Costa, Elsa Araújo, Manuel Barbosa, Jona Serôdio, João Costelha, Inês Grenha, Joana Fontes, Joana Carneiro, António Moura Alvez, Paula Brandão

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Ponte De Lima, Portugal

Introdução

O Síndrome Antifosfolipídico (SAF) é uma doença autoimune que leva a uma condição protrombótica caracterizada por trombose venosa ou arterial e/ou abortos recorrentes, associados à presença persistente de anticorpos antifosfolipídicos, afetando 1% da população.

Descrição

Homem de 52 anos, caucasiano. Antecedentes de tabagismo (20UMA) e etilismo (60gr/dia), sem medicação. Internado na Unidade de AVC por AVC isquémico em território da artéria cerebral media direita(ACMD), com hemiparesia esquerda (força muscular MSE grau 3/5 e MIE 3/5), paralisia facial central (PFC) esquerda e disartria, a admissão no SU com 12h de evolução. Na TAC Cerebral no SU: "hipodensidades provavelmente isquémicas agudas em localização cortico-subcortical frontal interna à esquerda e no neo-estriado direito".

Do estudo etiológico:

Doppler carotídeo que excluiu estenoses hemodinamicamente significativas; Ecocardiograma: camaras cardíacas normais, sem alterações das paredes ventriculares, sem alterações valvulares significativas, fração de ejeção 64%, sem trombos; Analises: VDRL e HIV negativos, doseamento de acido fólico e Vitamina B12 normais, TSH e T4 Livre normais, Colesterol total 141 mg/dL e LDL 85 mg/dL. A RNM Cerebral confirmou lacuna isquémica recente em território de ramos perfurantes da ACMD. A data de alta com ligeiras PFC esquerda e disartria, hemiparesia esquerda (força muscular 4/5). Teve alta com AAS 100 mg e sinvastatina 20 mg, orientado para fisioterapia em ambulatório e consulta de Medicina. Na consulta foi pedido estudo de trombofilias, com anticorpos anticardiolipina IgG 106GPL-U/mL. Repetiu doseamento após 12 semanas, com 85 GPL-U/mL. No registo Holter com ritmo sinusal. Assumido diagnóstico de SAF. Suspendeu AAS e iniciou varfarina, com alvo de INR 2-3.

Discussão: 10% dos doentes com AVC são adultos jovens, sendo nesses o SAF responsável por 5 a 10% dos AVCs Isquémicos. Após um primeiro evento trombótico arterial, existe maior risco de recorrência, geralmente no mesmo território. É importante nos doentes jovens a procura de condições protrombóticas, como o SAF, para melhor tratamento e menor risco de recorrência.

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 05
14:00 - 15:30

PO181
624 POLIARTERITE NODOSA - DESAFIO DIAGNÓSTICO NO DOENTE EM ANÚRIA

Maria Margarida Robalo, Diana Pimenta, Ana Raquel Fontes, Joana Sotto Mayor, Sofia Esperança, Carlos Capela
Hospital de Braga, Braga, Portugal

Introdução

A Poliarterite Nodosa (PAN) tem uma incidência anual estimada de um para um milhão. A apresentação da doença é variada e o diagnóstico é idealmente realizado através de biópsia do tecido envolvido, sendo o rim o órgão mais frequentemente afetado. Ainda assim, o desafio é transversal nos doentes com suspeita de vasculite sistémica, necessitando de exclusão de outras hipóteses diagnósticas e de um elevado índice de suspeição clínica, sendo o diagnóstico definitivo, muitas vezes, tardio e o início de um tratamento dirigido demorado.

Descrição

Mulher, 66 anos, previamente autónoma. Antecedentes de esclerose múltipla, medicada. Enviada ao hospital da área de residência por alterações analíticas de novo, nomeadamente anemia e lesão renal aguda (LRA), associadas a perda ponderal significativa e mialgias generalizadas. Sem melhoria com a terapêutica instituída, é transferida para o centro hospitalar de referência após episódio de edema agudo do pulmão, em anúria, com necessidade de hemodiálise. Ficou internada para tratamento e estudo de LRA de etiologia não esclarecida, associada a anemia característica de doença inflamatória. Clinicamente, mantinha quadro de astenia marcada, dispneia e ortopneia, com estase pulmonar e exuberantes edemas dos membros inferiores. Com múltiplos episódios de edema agudo pulmão durante a permanência na enfermaria, um dos quais associado a síndrome coronário agudo. Exames imagiológicos sem alterações de relevo, nomeadamente a nível renal. Perante a manutenção de oligoanúria nas primeiras semanas de internamento, apesar da terapêutica instituída, a doente foi submetida a uma biópsia renal, tendo desenvolvido um hematoma retroperitoneal extenso posteriormente - histologia compatível com PAN. Inicialmente com necessidade de manutenção de terapêutica de substituição da função renal, com melhoria progressiva dos débitos urinários e redução da frequência das sessões. Iniciou terapêutica com Prednisolona e Ciclofosfamida segundo protocolo, com recuperação parcial da função renal e melhoria sintomática. Foi reencaminhada para a consulta de Doenças Autoimunes para monitorização e continuação do tratamento.

E-POSTERS

PO182
660 QUANDO UMA RARIDADE NÃO VEM SÓ: DUAS COMPLICAÇÕES POUCO FREQUENTES NUMA DOENÇA POUCO COMUM

Helder Santos, Joaquim Peixoto, Hugo Miranda, Inês Almeida, Ana Sofia Serafim, Joana Chin, Dinis Mesquita, João Tavares
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Barreiro, Portugal

Introdução

A síndrome de DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) é uma reação adversa a um fármaco, idiossincrática, de baixa incidência e potencialmente fatal, caracterizada por sintomatologia sistémica inespecífica e atingimento multiorgânico.

Descrição

Caso Clínico: Homem de 60 anos, submetido a cirurgia 8 meses antes por Aneurisma da Aorta Ascendente. Admitido por insuficiência cardíaca aguda, evoluindo com alterações dinâmicas do segmento ST e subida de biomarcadores de necrose miocárdica, compatível com enfarte sem supradesnivelamento do segmento ST. Coronariografia, sugere compressão extrínseca do tronco comum, por pseudo-aneurisma da junção conduto-prótese aórtica, confirmado na angio-TC. Submetido a substituição da prótese aórtica, que revela sinais diretos de endocardite. Inicia vancomicina, rifampicina e ceftriaxone empiricamente, com evolução inicial favorável. Ao 21º dia de antibioticoterapia, surgimento de febre, rash maculopapular não confluente e disperso, linfocitose com eosinofilia, hepatite aguda, lesão renal aguda e alteração do estado de consciência. Rápido agravamento clínico, com necessidade de ventilação invasiva e suporte vasopressor. Coloca-se a hipótese diagnóstica de síndrome de DRESS secundária a vancomicina, suspendendo-se a mesma e inicia corticoterapia. Assistiu-se sob terapêutica de suporte a melhoria progressiva da disfunção de órgão. Realizada TC-CE e toraco-abdominal e punção lombar sem alterações; hemoculturas, cultura de prótese mecânica e autoanticorpos negativos, e biópsia cutânea com reação dermatológica inflamatória.

Discussão: As manifestações multiorgânicas e a disfunção multissistémica, o largo período de administração da terapêutica, associada à linfocitose e eosinofilia, levaram-nos a equacionar o diagnóstico de Síndrome de Dress. A suspensão precoce do fármaco, levou a um desfecho favorável, pelo que é fulcral o diagnóstico diferencial com esta síndrome nos doentes com disfunção multiorgânica, sem causa identificada.

PO183

700 O "VERDADEIRO" CALCANHAR DE AQUILES

Joana Cascais Costa, João Rua, Joana Paixão, David Sousa, Jorge Fortuna, Adriano Rodrigues

Hospital Geral do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

A artrite psoriática ocorre em cerca de 26% dos pacientes com psoríase. Há cinco padrões clínicos de manifestação de doença que se podem sobrepor, sendo a dactilite, entesite e tenosinovite comuns neste tipo de doentes, podendo condicionar a terapêutica a instituir.

Descrição

CASO CLÍNICO: Os autores apresentam o caso clínico de uma doente de 64 anos, caucasiana, seguida em consulta por artrite psoriática com cerca de 10 anos de evolução. Inicialmente com quadro de psoríase em placas e de artrite das mãos, com atingimento das interfalângicas distais e que teve melhoria clínica após inicio de tratamento com sulfassalazina (500mg 2id) e metotrexato (15mg/semanais).

Posteriormente desenvolveu quadro de entesopatia aquiliana grave e incapacitante, comprovada ecograficamente e associada a psoríase ungueal, com boa evolução clínica após início de terapêutica com agente biológico (infliximab, 5mg/kg peso,cada 8 semanas).

DISCUSSÃO: Numa doença cuja prevalência atinge 0.1% dos indivíduos, é de crucial importância estar atento aos sinais clínicos precoces de artrite mas também às manifestações menos comuns, como fica patente no caso clínico descrito.

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 05
14:00 - 15:30

PO184

701 VASCULITE ANCA COM APRESENTAÇÃO MULTISSISTÉMICA – QUANDO O INTERNISTA FAZ A DIFERENÇA.

Raquel Afonso, Joana Urbano, Diana Guerra, Carmélia Rodrigues

Unidade Local de Saúde do Alto Minho - Hospital de Santa Luzia, Viana Do Castelo, Portugal

Introdução

As vasculites de anticorpos anti-citoplasma dos neutrófilos (ANCA) são um grupo de patologia do foro imunológico cuja apresentação multissistémica coloca o Internista como especialista privilegiado dada a sua maior abrangência clínica, evitando o diagnóstico e início de tratamento tardios, que condicionam decisivamente o prognóstico.

Descrição

Mulher, 60 anos, antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia. Seguida em consulta de otorrinolaringologia por rinite atrófica com crostas hemáticas, refratária à terapêutica. 5 meses antes inicia quadro de anorexia, perda ponderal ~10Kg, mialgias, febre e tosse seca. Múltiplas idas à urgência por odinofagia, medicada com tópicos, anti-inflamatórios, corticóides nasais e antibióticos, sem melhoria. Volta por odinofagia com intolerância alimentar total, úlceras orais duras jugais e palatinas, alterações neurológicas sugestivas de mononeurite multiplex, artralgias migratórias das grandes e pequenas articulações e púrpura envolvendo o tornozelo esquerdo. Objetivada anemia normocítica normocrómica, leucocitose, PCR elevada (), creatinina 1.0mg/dl e exame sumário de urina com proteinúria e cilindros patológicos. Ecografia abdominal e renal e radiografia torácica sem alterações relevantes. Proteinúria nefrótica, anticorpo ANCA anti-proteinase 3 positivo. Agravamento da anemia e desenvolvimento de lesão renal aguda não oligúrica (). Biópsia renal confirmando glomerulonefrite crescêntica necrotizante associada a ANCA/ PAUCI-imune. Iniciou corticóide e ciclofosfamida com resolução completa do quadro.

Discussão: Destacamos o caso dada a raridade da apresentação da vasculite ANCA em todo o seu esplendor clínico, com sintomas constitucionais e atingimento simultâneo otorrinolaringológico, neurológico, cutâneo e renal. Neste contexto, a Medicina Interna surge como mais-valia na sua visão holística e abrangente para um diagnóstico e terapêutica atempados, que permitam a cura, sem sequelas, nomeadamente sem doença renal terminal.

E-POSTERS

PO185

719 SARCOIDOSE PULMONAR E CUTÂNEA EM DOENTE COM DÉFICE SELETIVO DE IMUNOGLOBULINA M

Maria Duarte, Dolores Vázquez, Ana Sofia Castro, Cristina Marques, Teresa Pinto

CHPVVC, Vila Do Conde, Portugal

Introdução

A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistémica de etiologia indeterminada. O diagnóstico implica manifestações clínicas e radiológicas compatíveis, exclusão de doenças com apresentação similar e deteção histológica de granulomas não caseosos.

Descrição

Homem de 45 anos sem antecedentes de relevo. Recorre ao Serviço de Urgência por dispneia para médios esforços e arrepios de predomínio vespertino desde há 1 mês. Ortopneia, diarreia e febre associadas na última semana, medicado com levofloxacina. Sem contacto conhecido com doentes com tuberculose pulmonar (TP). À admissão: febril, eupneico, sem alterações à auscultação pulmonar. Gasimetria arterial: hipoxemia. Analiticamente: sem leucocitose, proteína c reativa 3.4mg/dL. Radiografia de tórax: reforço hilar bilateral e pequenas hipotransparências no lobo superior esquerdo. Iniciada antibioterapia empírica com ceftriaxona. Internado para estudo etiológico. Tomografia computorizada (TC) de tórax: adenopatias mediastínicas e hilares, algumas com centro necrótico; discretos infiltrados parenquimatosos e opacidades nodulares bilaterais. Serologias infeciosas e autoimunidade negativas, enzima conversora da angiotensina 49.2U/L, imunoglobulina M (IgM) 26mg/dL. Broncofibroscopia: microbiológico e citológico de aspirado brônquico negativos; histológico de biópsia brônquica inconclusivo. Eritema nodoso ao 10º dia de internamento. Punção aspirativa transbrônquica de nódulos linfáticos intratorácicos guiada por ecoendoscopia: inconclusiva. Biópsia ganglionar por mediastinoscopia: linfadenopatia granulomatosa não necrotizante.

Discussão: A presença de adenopatias hilares com necrose central na TC tornou desafiante o diagnóstico diferencial, obrigando a múltiplas hipóteses, desde a não rara TP à rara granulomatose sarcoide necrotizante. O caso tornou-se ainda mais interessante pelo achado de défice seletivo de IgM. Segundo a literatura, 14% dos doentes com esta rara imunodeficiência têm doenças autoimunes associadas.

PO186
751 UM CASO DE ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE

Elsa Araújo, Manuel Barbosa, Marta Pereira, Vítor Costa, Joana Serôdio, João Costelha, Raquel Costa, Tiago Mendes, Miguel Morgado, Paula Brandão

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana Do Castelo, Portugal

Introdução

A anemia hemolítica autoimune (AHAI) resulta na hemólise dos eritrócitos mediada por anticorpos contra os eritrócitos.

Descrição

O caso clínico retrata uma mulher de 54 anos, previamente saudável, que apresentou mialgias intensas com 4 dias de evolução e automedicação com paracetamol, ibuprofeno e chá de hipericão. Ao 2º dia notou pele amarela, urina com coloração tipo vinho do porto e astenia progressiva e incapacitante. Ao exame físico apresentou icterícia, taquicardia, hipertensão e febre. Os exames complementares de diagnóstico mostraram: anemia aguda, hemoglobina (Hb) 7.8g/dl, reticulocitose, esfregaço sanguíneo com abundantes esferócitos, hiperbilirrubinemia indireta, lactato desidrogenase aumentado, haptoglobina não doseável e teste antiglobulina direto positivo. Assim, foi assumido o diagnóstico de AHAI em provável contexto imunológico, infecioso ou medicamentoso. O Teste Weil-Felix foi positivo, tendo-se optado por iniciar terapêutica com doxiciclina e corticosteróides. Apresentou valor mínimo de Hb 3.7g/dl e após 2 semanas de tratamento com prednisolona 1mg/Kg/dia verificou-se perfil crescente de Hb. No entanto, registou-se nova queda de Hb, tendo sido aumentada a dose de prednisolona para 2mg/kg/dia, observando-se seguidamente a elevação lenta e sustentada do valor de Hb. A serologia de Rickettsia foi negativa. O restante estudo serológico, vírico, imunológico, imagiológico e endoscópico também foi negativo.

Dado o estudo etiológico negativo assumiu-se o diagnóstico de AHAI idiopática com resposta aos corticosteróides.

Após 3 meses de tratamento apresentou Hb 14.2g/dl e manteve desmame de prednisolona e seguimento em consulta de medicina interna.

Este caso pretende espelhar os desafios no diagnóstico, terapêutica e prognóstico da AHAI. A gestão da AHAI continua um desafio na prática clínica dada a compreensão incompleta da sua fisiopatologia e dos fatores desencadeantes, assim como a falta de terapêutica padronizada baseada na evidência.

PO187
777 SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMÁRIO – CASUÍSTICA DE UM CENTRO DE DOENÇAS AUTOIMUNES

Pedro Oliveira, Pedro Mesquita, Rosa Ferreira, Sara Beça, Andreia Seixas, Sofia Pereira, Paula Ferreira, Vitor Paixão Dias

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova De Gaia, Portugal

Introdução

A Síndrome de Sjogren é uma doença autoimune rara que se caracteriza por xerostomia e xeroftalmia, podendo afetar outros órgãos. Apresenta alterações analíticas e nos exames complementares específicas, nomeadamente no teste de shirmer ou na cintigrafia das glândulas salivares.

Objetivos

Analisar os casos de Sjogren primário seguidos na consulta de patologia autoimune de um grande hospital quanto às suas características.

Métodos

Foram analisados os processos sendo encontrados 34 casos. Foram excluídos os casos de Sjogren secundário.

Resultados

Dos doentes seguidos, 28 são do sexo feminino e apenas 6 do sexo masculino; a idade média é 60,7 anos (mín.29; máx.84).

Clinicamente, a xerostomia afeta a maioria (97,1%) enquanto a xeroftalmia afeta 76,5%. Quanto aos exames complementares: a cintigrafia comprovou o diagnóstico em 29 casos (85,29%), o teste de shimer em 2 e a biópsia em 3; a velocidade de sedimentação está elevada em 27 doentes (79,4%); o fator reumatoide é positivo em apenas 15(44,1%), o anticorpo SS-B(La) em 13(38,2%), enquanto o SS-A(Ro) e os anticorpos anti-nucleares são positivos em todos os doentes, com o padrão mosqueado em 23 e o mosqueado fino em 8. 82,4% têm IgG aumentada, 32,4% a IgA e 8,8% a IgM; o complemento foi normal em 73,5%, havendo consumo em apenas 2 casos. Quanto a atingimento extraglandular: 7 apresentam musculoesquelético, 6 pulmonar, 5 fenómeno de Raynaud e 2 cirrose biliar primária. No que refere a tratamento: 9 não tinham, 11 com gotas oftálmicas, 9 com pilocarpina, 7 com hidroxicloroquina, 6 com corticoide e 2 com metotrexato.

Conclusões

Concluímos que no nosso centro a doença é mais comum em mulheres, sendo a xerostomia quase universal. Analiticamente, anti-SS-A e os ANAs revelam-se importantes para o diagnóstico; a cintigrafia e o teste de shirmer também são essenciais, conforme a sintomatologia. Imunoglobulinas aumentadas são comuns, assim como o atingimento extraglandular, o que faz desta uma doença complexa.

PO188

778 UMA CAUSA RARA DE ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

Anna Taulaigo[1], António Gonçalves[2], Madalena Vicente[1], Ana Lladó[1], Maria Francisca Fontes[3], André Monteiro[2], Rui Ferreira[2], Antonio Panarra[1]

[1]Serviço de Medicina 2, Hospital Curry Cabral, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, Portugal

[2]Serviço de Cardiologia, Hospital de Santa Marta, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, Portugal

3. Unidade de Doenças Autoimunes, Hospital Curry Cabral, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, Portugal

Introdução

A doença de Kawasaki (DK) é a mais comum vasculite de médios vasos da idade pediátrica. Quando não reconhecida e tratada agressivamente, até 25% dos doentes desenvolvem aneurismas das artérias coronárias (AAC).

Descrição

Os autores apresentam o caso de um homem, 46 anos, que recorre ao Serviço de Urgência (SU) por dor precordial típica, com início súbito após esforço físico, com duração de 15 minutos. Tem história clínica de hipertensão arterial, sem outros factores de risco cardiovascular (FRCV). Nega comportamentos de risco. O electrocardiograma revela supradesnivelamento do segmento ST nas derivações inferiores e analiticamente apresenta elevação da troponina (máximo 17202 ng/L). Realiza cateterismo coronário que revela aneurismas da descendente anterior, circunflexa proximal e coronária direita distal, sem evidência de obstrução ou lesões ateromatosas. Perante estes achados, é realizado estudo complementar de AAC não tendo o doente evidência de patologia infecciosa activa ou pregressa nem evidência de vasculite sistémica activa. A capilaroscopia periungueal revela padrão em pente, sugestivo de síndrome de anticorpos antifosfolípidos mas a imunologia, repetida após 3 meses, é negativa. Admite-se o quadro no contexto de sequelas de DK na infância, com enfarte agudo do miocárdio (EAM) devido a trombose, já recanalizada na altura do cateterismo. A angiotomografia não revela alterações noutros distritos vasculares. A incidência de AAC é <2% sendo que a aterosclerose, ausente no nosso caso, é responsável por 50% dos casos. Malformações congénitas envolvem tipicamente um único vaso, enquanto a presença de três vasos envolvidos sugere uma causa inflamatória sistémica, tal como a DK. O caso apresentado mostra uma causa rara de EAM e sublinha a importância do reconhecimento e tratamento precoce desta doença na população pediátrica para evitar sequelas potencialmente graves a longo prazo.

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 05
14:00 - 15:30

PO189

793 A CULPA NÃO FOI DA SERTRALINA...

Catarina Teles Neto, Sónia Almeida, Andreia Araújo Marques, Júlia Manuel, José Pedro Andrade, Margarida Cabrita

Hospital Distrital de Santarém, Santarém, Portugal

Introdução

As doenças auto-imunes são um desafio diagnóstico pela sua pluralidade clínica. Os distúrbios neuro-psiquiátricos podem ter origem neurológica, iatrogénica, auto-imune, entre outras, que podem confluir e dificultar o diagnóstico.

Descrição

Homem, 66 anos, medicado com sertralina por síndrome depressivo. Em análises de rotina é detectada trombocitopénia e suspensa a sertralina considerando iatrogenia. Dois meses depois recorre à Urgência por ansiedade e agitação e é avaliado pela Psiquiatria que considerou síndrome de descontinuação de antidepressivo pelo que reintroduziu a sertralina. Um mês depois regressa por movimentos involuntários dos músculos mastigadores e língua e é medicado com benzodiazepinas por

possível efeito extrapiramidal da sertralina. Uma semana depois volta por agravamento da distonia oro-mandibular e fica internado no Serviço de Medicina Interna onde se assiste a agravamento com coreia e delirium e necessidade de sedação profunda. Realizadas TC-CE, RM-CE e punção lombar sem alterações. A pesquisa de vírus neurotrópicos e os marcadores tumorais foram negativos. Instituída metilprednisolona empiricamente com regressão da sintomatologia. Do estudo auto-imune salienta-se anticorpos (AC) anti-nucleares (ANA), anticoagulante lúpico, AC anti beta2glicoproteína I e AC anti cardiolipina positivos e C3 e C4 baixos. Pelos critérios do American College of Rheumatology colocou-se o diagnóstico de lúpus eritematoso sistémico (LES), nomeadamente, psicose aguda, trombocitopenia (<100.000/ul), ANA positivo e AC antifosfolípidos positivos (AAF). Angio-RM-CE mostrou vasculopatia compatível com neurolúpus.

DISCUSSÃO

O LES pode envolver o sistema nervoso e, raramente, apresentar-se como síndrome neuro-psiquiátrico. Os distúrbios do movimento são uma das manifestações mais raras (<5%) e a coreia foi associada à presença de AAF. A prevenção primária com anti-trombótico não está preconizada nos doentes com LES e AAF na ausência síndrome antifosfolípido como verificado neste caso.

E-POSTERS

PO190

814 CRISE RENAL ESCLERODÉRMICA - UM DESAFIO DA MEDICINA

Cristina Correia, Gilberto Rosa, Fernando Friões, Jorge Almeida

Centro Hospitalar São João, Porto, Portugal

Introdução

A Esclerose Sistémica (ES) caracteriza-se por disfunção vascular difusa associada a progressiva fibrose da pele e envolvimento multissistémico. O atingimento renal pode ser gradual e silencioso ou abrupto, sendo a crise renal esclerodérmica responsável por prognóstico grave e por vezes irreversível.

Descrição

Mulher, 63 anos, com diagnóstico de esclerose sistémica há 6 meses (achados clínicos de espessamento cutâneo, fenómeno de Raynaud, telangiectasias, “puffy fingers”, alterações capilaroscópicas compatíveis e positividade de anticorpos anti-nucleares (ANAS) 1/1000 mosqueado) Anticorpos Anti-Antígeno Nuclear Extraível (Anti-ENA),anti-centrómero e crioglobulinas negativos.Ecocardiograma transtorácico sem evidência de hipertensão pulmonar, angiotomografia axial computorizada sem alterações;sem alterações na manometria esofágica. No último mês agravamento de mialgias e edema dos membros inferiores com progressão de atingimento cutâneo mantendo ainda distribuição de ES limitada pelo que foi medicada com esquema de corticoterapia, suspendendo amlodipina e iniciando nifedipina.Recorre ao serviço de urgência por dispneia e edema dos membros inferiores.Objectivada HTA 200/100mmHg. Analiticamente,anemia, agravamento da função renal (Cr 2,2mg/dl). Ecografia renovesical sem alterações.Sem sinais de retinopatia hipertensiva à observação de oftalmologia.Internada por 19 dias.Por dificuldade de controle tensional com inibidor da enzima de conversão da angiotensina(IECA) e agravamento de função renal,início de terapêutica dialítica sem tolerância a sua suspensão.Destaca-se associação de amlodipina e bosentano para controlo tensional. DISCUSSÃO Este caso ilustra a gravidade da crise renal esclerodérmica e seu impacto prognóstico, apesar do uso de IECAs, destacando-se que em 10% dos casos os doentes podem ser normotensos.Realça-se o papel fundamental da medicina interna na complexa abordagem diagnóstica e terapêutica individualizada, bem como relevância do seguimento regular destes doentes.

PO191

821 DOENÇA DE STILL - UM DIAGNÓSTICO DE EXCLUSÃO

Susana Escária, Ana Bernardo, Cláudia Tátá, Vasco Neves, Maria Piteira, Margarita Urquiola, Conceição Barata

Hospital Espírito Santo de Évora, Évora, Portugal

Introdução

A Doença de Still é uma doença inflamatória, caracterizada por febre, rash e artrite ou artralgias, sendo também frequente mialgias, faringite, linfadenopatia ou esplenomegalia.

Descrição

Sexo masculino, 37 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, que recorreu ao serviço de urgência por queixas de odinofagia e febre desde há 4 dias, com pouca melhoria após medicação. Referia ainda artralgias nos punhos e tibiotársicas, de predomínio matinal, assim como aparecimento de exantema nos membros superiores, que resolveu espontâneamente. Ao exame objectivo, orofaringe hiperemiada. Da avaliação analítica destacava-se hemoglobina de 14g/dL, leucocitose 20 000 e PCR de 21mg/dL, Rx tórax sem alterações e pesquisa de streptococcus na orofaringe negativa. Após colheita de culturas iniciou amoxicilina+ácido clavulânico e internou-se para estudo etiológico. Durante o internamento o doente manteve febre alta, tendo realizado vários exames, dos quais se destaca: VS 58 e ferritina de 648; serologias para HIV, borrelia, rickettsa, coxiella, legionella, brucella negativas; Anticorpos para leptospira, Epstein Barr, Parvovirus B19 negativos; Estudo de auto-imunidade negativo; hemoculturas e urocultura negativas. Realizou tomografia computorizada toraco-abdomino-pélvica e ecocardiogra-

ma sem alterações. Perante os resultados e a não resposta à antibioterapia assumiu-se como possível causa da febre doença de Still, tendo iniciado prednisolona. Ao 2º dia de terapêutica, doente sem odinofagia e ao 4º dia ficou apirético, tendo tido alta com corticóide que se foi reduzindo, mantendo-se sempre assintomático até à data.

Discussão

A doença de Still trata-se de um diagnóstico de exclusão, sendo importante excluir outras doenças sistémicas que apresentam sintomatologia semelhante, nomeadamente infeções e neoplasias, antes de iniciar terapêutica imunossupressora. A maioria dos doentes responde aos glicocorticoides, no entanto a decisão da terapêutica deve basear-se no grau de atividade da doença.

PO192

863 UM CASO DE PENFIGÓIDE BOLHOSO

Filipa Silva, Rita Silvério, Mariana Coelho, Lúcia Gil, Diana Pedreira, Pedro Carreira, Paula Lopes, Manuela Fera, Amadeu Lacerda

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, Setúbal, Portugal

Introdução

O penfigóide bolhoso é uma dermatose auto-imune cuja deposição de auto-anticorpos origina uma clivagem dermo-epidérmica profunda, resultando na formação de bolhas. É uma doença rara, com uma incidência em França e na Alemanha de 6,6 casos por milhão de habitantes por ano, e no Reino Unido de 4,3 casos por cem mil pessoas-ano, não discriminando entre géneros e atingindo tipicamente pessoas entre a quinta e sétima décadas de vida.

Descrição

Caso Clínico

Mulher de 83 anos que recorre ao Serviço de Urgência por eritema pruriginoso com cinco dias de evolução. Ao exame objectivo observam-se lesões eritemato-descamativas, vesículas e bolhas, de conteúdo hemático e de conteúdo seroso, distribuídas por todo o tegumento, sendo as axilas, membros superiores e face interna das coxas as regiões mais afectadas. Admitida a hipótese de Penfigóide Bolhoso a doente iniciou corticoterapia, anti-histamínico, betametasona tópica, soluto de permanganato de potássio e óxido de zinco. As lesões mantiveram um ciclo constante de reaparecimento, bolhas recentes de conteúdo seroso, bolhas antigas de conteúdo hemático, originando ulcerações, por fim descamativas. A biópsia cutânea confirmou a dermatose bolhosa subepidérmica, compatível com Penfigóide Bolhoso. A imunofluorescência directa foi sugestiva de Penfigóide Bolhoso. Do estudo efectuado, não houve evidência de processo paraneoplásico, foi excluída causa autoimune e gamapatia monoclonal e as serologias virais foram negativas (vírus da hepatite B e C, vírus da imunodeficiência humana e herpes vírus). Admitiu-se Penfigóide Bolhoso Idiopático. Observou-se uma melhoria gradual das lesões cutâneas com o tratamento instituído.

Discussão

O Penfigoide Bolhoso pode ser potencialmente letal se não identificado e tratado. Na maioria dos doentes que recebe tratamento a doença persiste 1,5 a 5 anos, podendo ser fatal. A mortalidade relaciona-se com a doença, o tratamento e a população atingida, habitualmente mais idosa.

PO193

880 NEFRITE LÚPICA – DOS ACHADOS ANALÍTICOS AO DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO

Mónica Teixeira, Carla Eira, Ângela Mota, Andreia Silva, Tiago Barra, Rachel Silvério, Andreia Correia, Tânia Sousa, Jesus Garrido, Sérgio Lemos, António Monteiro, António Correia

Centro Hospitalar Tondela Viseu, Viseu, Portugal

Introdução

O envolvimento renal no Lupus eritematoso sistémico (LES) é uma causa significativa de morbilidade e mortalidade devido à possibilidade de progressão para insuficiência renal e complicações relacionadas com o tratamento. A presença de proteinúria é a manifestação predominante nas diferentes classes histológicas de glomerulonefrite no LES e reflete alterações estruturais e funcionais na barreira de filtração glomerular.

Descrição

Caso 1: Mulher,37 anos, antecedentes de Tiroidite de Hashimoto, internada no contexto de febre e poliartralgias. Analiticamente leucócitos 2.0x109/L (neutrófilos 49,9%), hemoglobina (Hb) 10.5 g/dL, plaquetas 115x109/L, ureia 26mg/dL, creatinina 0,6mg/dL, consumo de complemento, ANA+, título 1/2560, padrão granular, anti-nucleossomas e anti-dsDNA+. Sedimento urinário(SU) com leucoeritocituria, proteinúria 0.6 g/24h. BR: NL classe IV. Iniciou hidroxicloroquina(HCQ) 400 mg, micofenolato de mofetil gradualmente até 1,5g 2id e prednisolona(PDN) 1mg/Kg/dia.

Caso 2: Mulher,44 anos, antecedentes de PTI em remissão, admitida por edemas dos membros inferiores com 2 dias de evolução e lesões maculares nas mãos bilateralmente. Analiticamente com leucócitos 2.9 x 109/L (neutrófilos 52,3%), Hb 12.5g/dL, plaquetas 127x109/L, ureia 36mg/dL, creatinina 0.7mg/dL, consumo de complemento, albumina 1.9g/dL, colesterol total 226 mg/dL, triglicerídeos 194mg/dL, ANA +, título 1/2560, padrão granular, anti-Sm, anti-RNP e anti-PCNA +. SU benigno, proteinúria 9g/24h. Teste de Coombs direto +. BR: NL classe II. Iniciou HCQ 400mg e PDN 1mg/Kg/dia. Discussão: A proteinuria nefrótica sugere geralmente maior gravidade e pior prognóstico, isto é, associa-se geralmente a NL classes III,IV

ou V. No entanto, existem casos raros que podem estar associados a NL classe II e nos quais se pode colocar a hipótese de podocitopatia concomitante. Os autores apresentam estes 2 casos com o intuito de reforçar que nem sempre existe correlação clinico-laboratorial com os dados histológicos, salientando a importância da biopsia renal como meio de adequação de tratamento específico.

PO194

886 QUANDO OUVIMOS CASCOS... ZEBRAS!

Bárbara Batista, Tiago Tribolet De Abreu

Hospital Espírito Santo de Évora, Évora, Portugal

Introdução

A doença de Kikuchi-Fujimoto é uma doença rara, benigna, sem etiologia conhecida, caracterizada por adenopatias cervicais e febre. O diagnóstico é por biópsia ganglionar e permite diferenciar de outras doenças, mais frequentes, e sem benignidade no seu prognóstico e terapêutica.

Descrição

Mulher de 55 anos, no seu estado de saúde habitual até Maio de 2015 altura em que iniciou quadro de perda ponderal >10%, suores nocturnos e astenia. Realizou TAC abdomino-pélvica com adenopatias generalizadas, sem alterações analíticas relevantes.

Avaliada em Oncologia com suspeita de doença linfoproliferativa, pesquisa negativa de anticorpos anti nucleares, citoplasma de neutrófilo, músculo liso, mitocôndria e LKM e biópsia aspirativa ganglionar com linfadenite granulomatosa necrotizante.

Continuado o estudo, com pesquisa negativa de vírus de imunodeficiência humana, Epstein-Barr, hepatite B e C. Negatividade de factor reumatóide, anticorpos antifosfolípidos e peptído citrulinado cíclico, com complemento normal. Imunofenotipagem de sangue medular sem alterações e TAC cervical com adenopatias cervicais tendo realizado biópsia ganglionar que mostrou linfadenite granulomatosa necrotizante com pesquisa de microrganismos negativa. A Oncologia optou pela tomografia por emissão de positrões que mostrou captação ganglionar e óssea extensa.

Referenciada à Hematologia onde realiza biópsia óssea com granulomas com necrose com células gigantes do tipo Langhans compatível com mielite granulomatosa.

O raciocínio médico é inevitavelmente orientado pela frequência ou raridade relativa das patologias. A raridade da doença de Kikushi-Fushimoto levou a um atraso de 2 anos no diagnóstico, bem como à realização de múltiplos exames e a ansiedade na doente. O seguimento inicial por Oncologia e Hematologia também originou um enfoque nas doenças seguidas por essas especialidades. Só quando a doente foi avaliada pela Medicina Interna é que foi óbvio que os cascos que se ouviam eram de zebras, e não de cavalos.

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 04
14:00 - 15:30

PO195

914 TROMBOSE VENOSA CEREBRAL COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.

Vânia Vieira Borba[1], Marisa Rosete[2], Bruno Da Silva[1], João Sargento-Freitas[1], Fernando Silva[1], José Freire Gonçalves[1]

[1]Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

[2]Hospital Distrital da Figueira da Foz, Figueira Da Foz, Portugal

Introdução

O Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é uma doença crónica imunomediada que pode atingir qualquer órgão e por consequência adotar expressões muito heterogéneas. A sua associação ao Síndrome do Anticorpo Anti-fosfolípido (SAAF) é frequente.

Descrição

Doente do género feminino de 21 anos de idade, sem antecedentes de relevo. Recorreu ao serviço de urgência por cervicalgia e cefaleia occipital com um mês de evolução, refractária a terapêutia analgésica, acompanhando-se de náuseas e fotofobia e associando, no dia da admissão, diplopia binocular horizontal. Ao exame objetivo apresentava papiledema bilateral e parésia de ambos os VI pares cranianos. O controlo analítico à admissão constatou pancitopenia (leucócitos 3,6G/L, eritrócitos 3,17T/L, plaquetas 111G/L) e aumento do tempo de tromboplastina parcial ativado (155,3seg / ratio 5,55). Estudo de imagem por Veno-TAC revelou trombose do seio transverso direito, sigmóide, jugular e da vertente proximal visualizada da veia jugular interna direita. Em estudo etiológico ao longo do internamento foi identificada positividade dos anticorpos anti-fosfolípidos (anti-cardiolipina e anti-beta-2-glicoproteína), anticoagulante lúpico e dos títulos de anticorpos antinucleares (1:1280) e anti-dsDNA (13IU/ml). Estabelecido o diagnóstico de LES uma vez que cumpria 5 dos 11 critérios segundo o American College of Rheumatology. A doente teve evolução favorável sob terapêutica anticoagulante (heparina baixo peso molecular e posteriormente varfarina), hidroxicloroquina e acetazolamida, mantendo apenas diplopia horizontal residual. Os autores apresentam o caso clínico infrequente de LES com manifestação inaugural grave em doente jovem e previamente saudável. A idade do diagnóstico e a instalação insidiosa dos sintomas pode muitas vezes atrasar o diagnóstico e a terapêutica atem-

pada com consequente impacto na morbimortalidade destes doentes.

E-POSTERS

PO196

927 NEUTOPÉNIA FEBRIL SECUNDÁRIA A SÍNDROME DE FELTY

Luís Rodrigues, Glória Nunes Da Silva, António Pais De Lacerda

Hospital Pulido Valente - CHLN, Lisboa, Portugal

Introdução

A Síndrome de Felty (SF) compreende a tríade de Artrite Reumatóide (AR), neutropenia e esplenomegalia, ocorre em menos de 1% dos doentes com AR com uma taxa de mortalidade >36% aos 5 anos por infeções recorrentes secundárias à neutropenia persistente. As causas da neutropenia são múltiplas incluindo sequestro esplénico, destruição periférica e falência medular.

Descrição

Mulher de 53 anos diagnosticada com AR em 2004, com seguimento irregular e interrupção terapêutica voluntária. Desde 2013, neutropénia sem infeções recorrentes. Agravamento em 2017 (contagem <500/mm3) em Outubro tendo realizado mielograma, biópsia osteo-medular e imunofenotipagem que revelaram atraso maturativo dos neutrófilos, excluindo-se mielodisplasia ou presença de blastos.

Em Novembro inicia quadro febril (38,5ºC) sem outra sintomatologia ou alterações no exame físico sugerindo foco infeccioso. Iniciou antibioterapia empírica de largo espetro associada a fator estimulante de colónias de granulócitos (G-CSF). A ecografia revelou esplenomegália. Culturas e serologias realizadas nunca identificaram agente infeccioso.

Boa evolução clínica e laboratorial com apirexia mantida e subida da contagem de neutrófilos pelo que teve alta após 22 dias de internamento.

Em ambulatório iniciou terapêutica com Metotrexato (MTX), mantendo neutropénia ligeira, sem sinais de infeção e sem necessidade de G-CSF.

Discussão:

Considerando a esplenomegalia, neutropenia e AR com mais de 10 anos, após exclusão de doença hematológica admitiu-se como diagnóstico SF complicado por infeção bacteriana sem agente identificado.

O tratamento recomendado consiste na administração de terapêutica antimicrobiana de largo espetro para controlo do foco infecioso, G-CSF para controlo da neutropenia e fármacos anti-reumáticos modificadores da doença, principalmente MTX para manutenção a longo prazo.

Apresentamos este caso pela sua raridade, alertando para a sua possibilidade em doentes com AR de longa data.

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO 04
14:00 - 15:30

PO197

938 POLINEUROPATIA - UMA APRESENTAÇÃO POUCO FREQUENTE DE VASCULITE

Arsénio Barbosa[1], Joana Magalhães[2], Isabel Camões[1], Jorge Almeida[1]

[1]Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

[2]Instituto Português de Oncologia de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

Vasculite é uma doença autoimune, que se caracteriza pela presença de inflamação a nível da parede vascular, com espectro de apresentação amplo.

Descrição

Mulher, 74 anos, antecedentes de AVC isquémico talâmico esquerdo sem sequelas, 4 meses prévios à admissão, internada por perda progressiva de marcha autónoma com um mês de evolução e insuficiência renal (interpretada em contexto de infeção urinária por Escherichia coli e consumo crónico de AINE's).

Pela possibilidade de variante de Síndrome Guillain Barré, feita punção lombar sem dissociação albumino-citológica ou alterações sugestivas de infeção.

Durante o internamento, desenvolvimento de hipofonia, parestesia dos membros superiores, hipoxemia e acidemia respiratória de novo, pelo que foi iniciada imunoglobulina na presunção de Guillain Barré e transferida para unidade de cuidados intensivos para ventilação não invasiva, monitorização e vigilância, tendo regressado à enfermaria 48h após dada melhoria clínica.

Realizada electromiografia dos membros inferiores que revelou polineuropatia sensitivo-motora grave axonal e de evolução aguda.

O estudo microbiológico e serológico alargado foi negativo, bem como défices vitamínicos ou da função tiroideia.

Pela possibilidade de doença autoimune, o estudo revelou positividade para ANCA-MPO em alto título (>200 U/mL). Assumida Vasculite ANCA-MPO com atingimento do sistema nervoso periférico e central. A biópsia renal excluiu envolvimento renal. Fez 3 pulsos de metilprednisolona, dois de ciclofosfamida e posteriormente medicada com prednisolona 60 mg/dia em esquema de desmame.

A ressonância magnética cerebral e medular revelou lesão vascular de natureza inflamatória localizada na protuberância.

Teve alta capaz de marcha apoiada de pequenos passos, orientada para consulta de Grupo de Nefrologia e Doenças Autoimunes.

DISCUSSÃO

Este caso pretende demonstrar uma apresentar pouco frequente de vasculite com múltiplos diagnósticos diferenciais e desafios durante a evolução do quadro clínico.

E-POSTERS

PO198

959 ANEMIA HEMOLÍTICA AUTO-IMUNE E HEPATITE B: UMA RARA ASSOCIAÇÃO

Neuza Soares, Sofia Pinelas, Joana Pimenta

Centro Hospitalar São João, Porto, Portugal

Introdução

A anemia hemolítica auto-imune (AHAI) é uma doença rara caracterizada pela produção de autoanticorpos contra antigénios dos eritrócitos do próprio doente, resultado na eliminação prematura dessas células da circulação. A AHAI pode ser idiopática ou secundária a outras doenças.

Descrição

Caso clínico: Doente do género masculino, 61 anos, sem antecedentes pessoais de relevo e sem medicação crónica, com perda de peso e cansaço com 3 meses de evolução, enviado à consulta externa de Medicina Interna para estudo do síndrome constitucional associado a anemia normocítica e normocrómica (hemoglobina 12,4 g/dL). Ao exame objetivo apresentava–se taquicardico e com hepato e esplenomagalia significativas. Foi pedido estudo complementar para esclarecimento do quadro que revelou agravamento da anemia (hemoglobina 10,9 g/dL), com contagem de reticulóticos de 11,59%, aumento da concentração da lactato desidrogenase e da haptoglobina, assim como hiperbilirrubinemia indireta. A ecografia abdominal confirmou a volumosa hepatoesplenomegalia. O doente ficou internado na enfermaria de Medicina Interna para estudo e tratamento. A anemia hemolítica, com prova de Coombs fortemente positiva e com claros parâmetros de hemolíse, revelou-se de provável etiologia auto-imune secundária a hepatite B crónica. Iniciou corticoterapia e entecavir por necessidade de imunossupressão. O doente teve alta, com boa resposta à terapêutica, com indicação para manter corticoterapia e tratamento de hepatite B, orientado para Consulta Externa de Infecciologia e Hematologia.

Discussão: As infeções víricas são causas bem estabelecidas de AHAI. No entanto, a hepatite B crónica como causa de AHAI é uma associação rara, pouco referenciada na literatura.

PO199

983 POLIANGEÍTE: MICROSCÓPICA OU COM GRANULOMATOSE?

Lourenço Cruz[1], Torcato Moreira Marques[1], Valentina Tosatto[1], Marcos Mesquita[1], Cristiano Cruz[1], Paula Nascimento[1], Zsófia Vesza[1], André Almeida[1], Rita Barata Moura[1], António Guerreiro[1], Inês Santos[2], Mário Gois[3], Helena Viana[3], Fernando Caeiro[3], Maria Dulce Carvalho[3], Joaquim Calado[3], Francisco Ribeiro[3], João Sousa[3], Fernando Nolasco[3]

[1]Unidade Funcional de Medicina 4 - Hospital Santa Marta - Centro Hospital Lisboa Central, Lisboa, Portugal

[2]Unidade Funcional Medicina 2.1 - Hospital Santo António dos Capuchos - Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, Portugal

[3]Unidade Funcional de Nefrologia - Hospital Curry Cabral - Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, Portugal

Introdução

As síndromes nefríticas são causadas por inflamação glomerular e caracterizados por hematúria, proteinúria variável, piúria, hipertensão, lesão renal aguda (LRA) podendo ter envolvimento extra-renal. A biópsia renal é necessária para o diagnóstico definitivo.

Descrição

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 71 anos, hipertensa, diabética tipo 2 não-insulinotratada, admitida por síncope e febre sem foco infecioso identificável, apresentando leucocitose e neutrofilia absoluta, LRA com ureia (Ur) 76 mg/dL e creatinina (Cr) 2.29 mg/dL, hematúria e rabdomiólise. Ecograficamente os rins apresentavam aspectos de cronicidade com dimensões ligeiramente diminuídas e aumento da ecogenicidade do parênquima, os exames bacteriológicos eram negativos e a tomografia computorizada torácica apresentava ectasia do tronco e artéria pulmonar direitos, parênquima pulmonar com alterações da ventilação/perfusão em padrão de mosaico e raros granulomas cálcicos residuais. Persistindo a disfunção renal, realizou-se estudo dirigido observando-se glicosúria, proteinúria subnefrótica e eritrocitúria. Verificou-se positividade de anticorpos anti-citoplasma dos neutrófilos (ANCA) mieloperoxidase (MPO) 599 UQ, anticorpos anti-nuclear (ANA) em padrão nucleolar e anticopro anti-PM/Scl 75, sendo a proteinase PR 3 negativa. A histologia renal foi compatível com glomerulonefrite crescêntica. Iniciou corticoterapia e imunossupressão com melhoria clínica, da função renal (Cr 1,65 mg/dL; Ur 119 mg/dL), descida dos valores dos ANCA-MPO 265 UQ e linfopénia absoluta e relativa dos linfócitos B, tendo alta para domicílio com terapêutica de manutenção com azatioprina e prednisolona.

A presença de síndrome nefrítico com vasculite ANCA positivo (MPO positiva e PR3 negativa), com glomerulonefrite rapidamente progressiva crescêntica pauci-imune, sem envolvimento

extra-renal, apontam para diagnóstico etiológico mais provável de poliangeíte microscópica, uma entidade rara e que pode conduzir a doença renal importante.

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 04
14:00 - 15:30

PO200
1009 HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA EM DOENTE JOVEM

Clara Batista, Daniela Meireles, Mariana Silva Leal, Flávio Godinho Pereira, Rita Cunha, Inês Cunha, Pedro Gonçalo Ferreira, Joana Neves

Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Aveiro, Portugal

Introdução

A Granulomatose com Poliangeíte (GPA) é uma doença sistémica imunomediada rara caraterizada por inflamação granulomatosa necrotizante e vasculite de pequenos e médios vasos. O atingimento reno-pulmonar é comum. Os anticorpos anti-neutrofílicos citoplasmáticos (cANCA) são muito específicos para GPA.

Descrição

Caso de uma jovem de 18 anos que recorreu à Urgência por quadro clínico de instalação progressiva, em uma semana, de poliartralgias de ritmo misto, olho vermelho não doloroso, púrpura nos membros inferiores e tosse seca. Teve alta com medidas de controlo sintomático e orientada para consulta externa. Regressou dois dias mais tarde por hemoptises e dispneia ligeira. Analiticamente com hemoglobina 11 g/dL, velocidade de sedimentação 72 mm/h e proteína C reativa 6,7 mg/dL. Radiograficamente apresentava discreto infiltrado intersticial na base pulmonar direita. Foi internada no Serviço de Medicina Interna tendo, ao segundo dia de internamento, desenvolvido insuficiência respiratória grave. Realizou tomografia computorizada do tórax e broncofibroscopia com lavado broncoalveolar que confirmaram hemorragia alveolar difusa. Foi excluído envolvimento respiratório superior. Do estudo analítico salientavam-se cANCA positivos e proteinúria ligeira. Efetuada biópsia cutânea da perna que revelou vasculite leucocitoclástica.

Iniciou terapêutica com metilprednisolona 1g durante 3 dias e rituximab 1g 2 administrações com intervalo de 14 dias. Manteve corticoterapia na dose de 1 mg/kg/dia, em esquema de redução progressiva e associou-se azatioprina (2mg/kg/dia) como terapêutica de manutenção. Teve alta assintomática, com resolução dos infiltrados pulmonares e diminuição dos parâmetros inflamatórios. Após um ano de seguimento mantém remissão.

Discussão: A gravidade e raridade da GPA obrigam a elevado grau de suspeição clínica. O reconhecimento diagnóstico e terapêutica imunossupressora precoces apresentam repercussão prognóstica favorável com diminuição da mortalidade.

E-POSTERS

PO201
1010 PANCITOPÉNIA GRAVE EM DOENTE COM LES: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Priscila Diaz, António Carneiro, Mariana Abreu Vieira, Isa Silva, Natália Fernandes, Ana Teresa Boquinhas

Hospital de Cascais, Cascais, Portugal

Introdução

O Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é uma doença inflamatória crónica de causa desconhecida, que pode envolver múltiplos órgãos e sistemas. As citopénias são comuns, contudo a pancitopenia é menos frequente, havendo necessidade de investigação na maioria dos casos

Descrição

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 40 anos com diagnóstico recente de LES, medicada com prednisolona 1mg/kg/dia, hidroxicloroquina, azatioprina, amlodipina e sildenafil. Que recorreu ao Serviço de Urgência por febre, odinofagia e lesões na cavidade oral com cerca de 4 dias de evolução. À observação estava febril, com leucopláquia difusa ao nível da orofaringe. Do estudo analítico destaca-se pancitopenia de novo, com neutropenia grave. Foi internada sob medidas de isolamento protector e terapêutica com Piperacilina/Tazobactam e Fluconazol. Foi suspensa a azatioprina pela potencial toxicidade medular, mantendo-se sem queixas específicas de órgão e apirética. As lesões da cavidade adquiriram aspecto mais ulcerado, colocando-se a hipótese de etiologia infecciosa, nomeadamente viral. Analiticamente sem consumo de complemento ou elevação de anti-dsDNA, mas com agravamento progressivo das citopénias (Hb 5.8 g/dl; Leucócitos 430x106/L, Neutrófilos 50x106/L, Plaquetas 110 x 109/L). O estudo complementar revelou deficiência grave de Vitamina D, sem outros défices vitamínicos; o mielograma foi sugestivo de agranulocitose, em provável contexto de toxicidade medular; os exames culturais foram negativos, incluindo mielocultura; das serologias virais destaca-se positividade para Citomegalovirus, com carga viral de 2800 cópias/ml. Após início de terapêutica dirigida, apresentou evolução clínica favorável, com regressão das lesões ao nível da cavidade oral, e correção progressiva das citopénias.

Este caso destaca a importância do diagnóstico diferencial e da

sua celeridade, em particular na presença de imunossupressão. Reforçando a importância dos rastreios e medidas profilácticas.

PO202

1011 LÚPUS INDUZIDO POR ANTIBACILARES: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Filipa Viegas, Catarina Almeida, Margarida Neto, António Novais, Vera Romão, João Tavares

Centro Hospitalar Tondela Viseu, Viseu, Portugal

Introdução

O lúpus induzido por fármacos representa ±10% dos casos de Lúpus Eritematoso Sistémico (LES). Relaciona-se com a exposição a um fármaco durante semanas a anos associado a 1 ou mais aspetos clínicos do LES. Alterações hematológicas graves, neurológicas ou doença renal são raras e as alterações cutâneas são menos comuns do que no LES clássico, contudo manifestações "inespecíficas" como púrpura, são mais frequentes no LES induzido por fármaco.

Descrição

Caso clínico: Homem, 67 anos, com antecedentes de Doença de Crohn. Iniciou há 2 anos adalimumab, que foi interrompido após 1 ano de terapêutica por tuberculose disseminada. Após término de antibacilares teve recidiva de tuberculose ganglionar pelo que cumpriu novo tratamento com rifampicina e isoniazida (8 meses). No último mês de tratamento surgiram lesões purpúricas punctiformes dispersas nos membros inferiores e aftas orais recorrentes. Foi orientado para consulta de doenças autoimunes por leucopenia, trombocitopenia, ANAs e anticorpos anti-dsDNA positivos, com antihistonas negativos. Face à evolução favorável das lesões na primeira observação, optou-se por vigilância mensal. Verificou-se desaparecimento completo das mesmas em 4 meses, com normalização da leucopenia, melhoria da trombocitopenia e autoanticorpos negativos no ano seguinte. Foi assim assumido o diagnóstico de lúpus induzido por isoniazida.

Discussão: O LES induzido por fármacos associa-se frequentemente a febre, mioartralgias, serosite e cursa com anticorpos anti-dsDNA negativos (95% dos casos) e anti-histonas positivos (75%).

Apesar do presente caso se enquadrar na percentagem de doentes com alterações da auto-imunidade com menor prevalência na literatura (anti-dsDNA positivo e anti-histonas negativos), tem a favor da associação isoniazida-LES a apresentação clínica e sobretudo a relação temporal com a toma de um fármaco cuja associação com lúpus está bem relatada, aliada à subsequente resolução do quadro após a interrupção do mesmo.

PO203

1016 MIOPATIA INFLAMATÓRIA - DERMATOMIOSITE ANTI MI2+

Maria Lume, Salomé Garcia, Cristina Pires, Marta Carreira, Abílio Vilas Boas, Jorge Almeida

Centro Hospitalar São João, Porto, Portugal

Introdução

A dermatomiosite (DM) é uma doença rara, de distribuição bi-modal, mais frequente nas mulheres e na raça Africana. Clinicamente carateriza-se por fraqueza muscular proximal progressiva associada a manifestações cutâneas. A biópsia muscular mostra atingimento microvascular com atrofia perifascicular das fibras musculares. Associa-se a neoplasia em 80% dos casos. O anticorpo específico anti Mi 2 está presente em 5-30% e reflete bom prognóstico. O tratamento exige corticoterapia sistémica e agentes imunomodeladores.

Descrição

Homem de 63 anos, admitido por mialgias generalizadas associadas a astenia, limitação nas atividades de vida diárias com 15 dias de evolução, estudo analítico compatível com rabdomiólise e lesão renal aguda. Iniciou fluidoterapia e em D3 de internamento apresenta rash heliotrópico. Perante achado dirigiu-se estudo para DM, estudo auto-imune: ANAs 1/1000 e anticorpo anti Mi2 positivo. Eletromiografia com alterações concordantes com miosite. Biópsia muscular com características de dermatomiosite ou miopatia necrotizante. Iniciou prednisolona (PDN) 1mg/kg/dia. Por possibilidade de DM paraneoplásica fez-se estudo que foi negativo. Por melhoria clínica teve alta orientado para consulta com PDN 70mg/dia. Na reavaliação apresentava agravamento clínico com disfagia para sólidos de novo e analiticamente agravamento da função renal e dos parâmetros de necrose muscular. Foi internado, fez pulso de corticóide e iniciou azatioprina, por pancitopenia reativa suspendeu ao fim de 20 dias de tratamento e fez duas tomas de imunoglobulina humana. Ausência de resposta à terapêutica instituída com falência muscular generalizada que conduziu ao óbito.

Como podemos observar no caso apresentado, apesar da presença do anti MI2, o doente apresentou resistência à corticoterapia e ausência de resposta aos imunomodeladores disponíveis. Pretende-se realçar que o diagnóstico de DM deve ser sempre considerado dado que na ausência de controlo da doença verifica-se alta mortalidade.

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 06
14:00 - 15:30

PO204
1026 SÍNDROME DE SUSAC – UMA TRÍADE CLÍNICA POUCO RECONHECIDA

Carina Graca[1], Marcia Pacheco[1], Marco Liverani[1], Marta Moitinho[2], Ana Sá[1], Denise Lopes[1], Jose Barata[1]

[1]Hospital Vila Franca de Xira, Lisboa, Portugal

[2]Hospital Santo António dos Capuchos, Lisboa, Portugal

Introdução

A síndrome de Susac, descrita pela primeira vez em 1979, é caracterizada por uma tríade clínica de encefalopatia, oclusão de ramos arteriais da retina e perda de audição neurossensorial, por disfunção endotelial de provável etiologia auto-imune. Afeta preferencialmente mulheres jovens e geralmente manifesta-se através de cefaleias, alterações da visão segmentar, perda da audição e declínio cognitivo progressivo.

Descrição

Os autores expõem o caso de uma jovem de 24 anos, caucasiana, sem antecedentes pessoais de relevo com queixas de diminuição da acuidade visual e cefaleia hemicraniana direita ocasional. Na revisão de sistemas apurou-se hipoacusia ligeira e aftose oral frequente. Na avaliação oftalmológica, a fundoscopia revelou oclusão parcelar da artéria retiniana direita e oclusão arterial segmentar do olho esquerdo, com edema isquémico, confirmados por angiografia (vasculite segmentar e oclusões arteriais). No audiograma tonal simples verificou-se surdez neurossensorial bilateral. A ressonância magnética crânio-encefálica demonstrou a presença de múltiplas lesões focais no centro semioval direito e globo pálido homolateral, com envolvimento pontual do corpo caloso. O estudo de patologias infeciosas, auto-imunes e pró-trombóticas revelou-se negativo. Foi então estabelecido o diagnóstico de síndrome de Susac e iniciada terapêutica imunossupressora que consistiu em corticoterapia sistémica, administração de imunoglobulinas e mais recentemente micofenolato de mofetil.

DISCUSSÃO

O diagnóstico de Síndrome de Susac constitui um desafio clínico multidisciplinar, não só pela sua raridade, como também pela apresentação sintomática inespecífica e semelhante a outras patologias neurológicas como esclerose múltipla ou vasculites do sistema nervoso central. O reconhecimento da tríade clínica é fundamental para a correta abordagem e para o início atempado da terapêutica, de modo a impedir a progressão da doença e prevenir sequelas irreversíveis.

E-POSTERS

PO205
TRABALHO RETIRADO

PO206
1116 ARTRITE SÉPTICA EM DOENTE COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, SERÁ MESMO ISTO?

Mário Monteiro, Cármen Ferreira, Telma Elias, Eva Claro, Daniela Brito, Fernanda Coutinho, Fátima Pimenta

Centro hospitalar Médio Tejo, Abrantes, Portugal

Introdução

O lúpus eritematoso sistémico (LES) é uma doença autoimune, crônica, multissistémica, sendo o envolvimento musculoesquelético comum. Artralgia, osteonecrose e artrite são as principais manifestações que podem ser confundidas com outros tipos de artrites inflamatórias.

Descrição

Os autores apresentam o caso de uma mulher, 77 anos, com antecedentes de LES, doença renal crônica, hipertensão arterial e obesidade. Medicada com hidroxicloroquina 400mg id, prednisolona 10mg id, furosemida 40mg id, candesartan 16mg id. Recorre ao SU por febre e sinais inflamatórios no joelho direito, com incapacidade funcional marcada. Ao exame objetivo febril com edema articular e sinais de artrite. Analiticamente: aumento marcado dos parâmetros inflamatórios (PIs) (Leucocitose 20.59*10^9l, PCR 31.06 mg/dl). Ecografia articular: volumoso derrame articular. Foi admitida artrite séptica do joelho em doente imunodeprimida, iniciada antibioterapia de largo espectro e drenagem articular de liquido por parte da Ortopedia com envio de líquido para exame citoquímico, que apresentava muitos leucócitos polimorfonucleares, sem cristais, com glicose normal, e microbiológico. Por manter febre e PIs em crescendo foi escalada antibioterapia sem melhoria clínica nem analítica. Posteriormente envolvimento do joelho contralateral com sinais de artrite e derrame articular. Pedida Pro-calcitonina cujo resultado foi negativo. Microbiologia de derrame inicialmente drenado negativo assim como restante rastreio séptico para bactérias ou fungos. Perante o envolvimento bilateral do quadro sem evidência de se tratar de artrite séptica, assumiu-se o quadro como “Flare” lúpico, foi parada a antibioterapia e iniciou doses altas de corticoterapia e Azatioprida, tendo-se verificado melhoria analítica e clínica / funcional imediata.

Com este caso os autores pretendem alertar que num doente com LES e apresentação de monoartrite se deve considerar a hipótese de artrite infecciosa não excluindo, no entanto, um possível “Flare” Lúpico.

PO207

1142 DOENÇA DE KIKUCHI FUJIMOTO RECIDIVANTE

Catarina Faria[1], Rui Cunha[2], Rui Costa[1], Alice Sousa[1], Hugo Moreira[1], Luís Campos[3]

[1]Serviço de Medicina IV - Hospital São Francisco Xavier (CHLO), Lisboa, Portugal

[2]Unidade de Cuidados Intensivos - Hospital São Francisco Xavier (CHLO), Lisboa, Portugal

[3]Director do Serviço de Medicina Interna do Hospital São Francisco Xavier (CHLO), Lisboa, Portugal

Introdução

O diagnóstico diferencial de linfadenopatias cervicais é vasto e depende das características e faixa etária dos doentes. A doença de Kikuchi Fujimoto, apesar de rara, é um diagnóstico diferencial a considerar, principalmente no adulto jovem, assim que excluídas outras etiologias mais frequentes.

Descrição

Descreve-se o caso de uma mulher de 21 anos, que recorre ao serviço de urgência por quadro de evolução de uma semana de edema cervical, mais exuberante à esquerda. Referia dor associada, exacerbada pela mobilização e aliviada com recurso a terapêutica com anti-inflamatórios. Negava outra sintomatologia acompanhante, bem como hábitos ou contexto epidemiológico relevantes. Objectivava-se exuberante edema da região cervical esquerda, palpando-se adenopatias cervicais anteriores e posteriores bilateralmente, de consistência elástica, não aderentes aos planos profundos e dolorosas ao toque. Analiticamente salientava-se uma velocidade de sedimentação de 58mm/h e proteína C reactiva de 9,24mg/dL. Serologias víricas sem evidência de infecção activa. Devido à exuberância do quadro, com aspeto ecográfico patológico, foi pedida tomografia computorizada que revelou múltiplas adenopatias cervicais, algumas com focos necróticos, e ainda outras com discreta extensão extra-capsular, com densificação da gordura adjacente. Tais achados poderiam ser compatíveis com tuberculose ganglionar, mas o teste sanguíneo para a tuberculose (IGRA) foi negativo. Agendada biópsia excisional que não foi possível pela regressão espontânea das adenopatias e teve alta orientada à consulta de medicina interna. Após cerca de duas semanas, recidiva do quadro, motivando biópsia excisional de uma adenopatia, histologicamente compatível com linfadenite histiocítica necrotizante.

O diagnóstico da doença de Kikuchi implica um elevado índice de suspeição, bem como, documentação histológica. O nosso caso documenta um diagnóstico na recidiva, apresentação pouco comum de uma doença por si só rara.

PO208

1148 LINFADENITE NECROTIZANTE – DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASSA NA FOSSA ÍLIACA ESQUERDA

Inês Figueiredo[1], Clara Sampaio[2], Heidi Gruner[1], António Panarra[1]

[1]Serviço de Medicina 7.2, CHLC, Lisboa, Portugal

[2]Serviço de Cirurgia Geral, CHLC, Lisboa, Portugal

Introdução

A identificação de uma massa na fossa íliaca esquerda configurar várias patologias, muitas delas cirúrgicas, sobretudo se associadas a dor. No entanto, adenopatias em particular se inflamatórias podem simular este quadro.

A doença de Kikuchi-Fujimoto (DKF) é uma doença rara, benigna, auto-limitada, de etiologia desconhecida. Afecta em particular mulheres e caracteriza-se por adenopatias, habitualmente cervicais, por vezes com febre. O diagnóstico diferencial passar por patologia autoimune e infecciosa em particular que cursem com adenopatias, e linfadenopatias necrotizantes granulomatosas/histiocíticas.

Descrição

Mulher de 50 anos, saudável, que recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de massa na FIE com dor. Não apresentava elevação de parametros inflamatórios, tendo realizado ecografia que descreve formação nodular de 30x20x20mm, heterogénea, hipoecogénea, dolorosa à passagem da sonda, que se poderá tratar de adenopatia necrosada, não se podendo excluir hérnia femural com hematoma. Por suspeita de hérnia encarcerada foi submetida a laparotomia com excisão de conglomerado adenopático. A histologia revelou gânglio linfático com granulomas com necrose central com células gigantes mulitinucleadas, interpretado como linfadenite necrotizante, com pesquisa de BAAR negativa. Em consulta de medicina interna, doente sem queixas sistémicas ou focalizadoras de orgão, sem alterações ao exame objectivo, nomeadamente outras adenopatias ou hepato-esplenomegália. Realizou estudo analitico com Hb 13g/L, leucograma sem alteração, VS 15mm/h, PCR 0,8mg/L, LDH 180U/L, electroforese de proteínas sem alterações, estudo imune negativo (ANA 1/160), serologias infecciosas com contacto com HAV e EBV, restantes (HIV; HCV, CMV, sífilis, Rickettesia, Borrelia, Leishmania, Yersenia e Bartonella) negativas, IGRA negativo. Deste modo foi assumida hipótese diagnóstica de DKF.

PO209

1214 LÚPUS NEONATAL COM BLOQUEIO AURICULOVENTRICULAR COMPLETO - UMA COMPLICAÇÃO RARA DE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO MATERNO

Luís Leite De Sousa, Sérgio Brito, Rui Costa, Filipe Cordeiro, Inês Ferreira, Rita Vaz, Ana Lynce, Luís Campos

Hospital de São Francisco Xavier - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

Introdução

O Lúpus Neonatal (LNN) resulta da passagem transplacentária de auto-anticorpos anti-Ro ou anti-La e surge frequentemente com manifestações cutâneas ou cardíacas. O bloqueio auriculoventricular (BAV) é uma apresentação rara, podendo evoluir durante a gravidez para BAV completo.

Descrição

Doente do género feminino de 33 anos de idade, sem antecedentes patológicos de relevo e sem medicação habitual. Em junho de 2017, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por lesões maculopapulares eritematosas na face em "asa de borboleta", tórax, dorso e 4 membros acompanhadas de prurido e fotossensibilidade. Negava outra sintomatologia. Foi assumido melasma e medicada com tratamento tópico. Em agosto de 2017 é avaliada de novo, mantendo queixas prévias e com surgimento de astenia, anorexia, xerostomia, rigidez matinal e alopécia. Analiticamente, verificaram-se valores de hemoglobina 12.8 g/dL, volume globular médio 101 fL, leucócitos 3.4x10^9, linfócitos 1.07 x10^9, com doseamento de auto-anticorpos anti-nucleares, anti-Ro e anti-La >1/640 UA/mL. O estudo foi negativo para auto-anticorpos anti-dsDNA, anti-Sm e não existia consumo de complemento. Realizou biópsia cutânea, que confirmou o diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistémico (LES). Iniciou terapêutica com Hidroxicloroquina 400 mg/dia e Prednisolona 20 mg/dia. Em outubro de 2017, apresentou teste de gravidez positivo. Realizou ecografia obstétrica que revelou idade gestacional de 20 semanas e 6 dias. O ecocardiograma fetal mostrou BAV completo com frequência ventricular de 60 batimentos por minuto, sem evidência de cardiopatia estrutural. Iniciou seguimento em Consulta de Alto Risco Obstétrico e terapêutica com Dexametasona 6 mg/dia. O parto deu-se às 36 semanas por bradicardia extrema (entre 45-50 batimentos por minuto), com colocação de pacemaker ao 5º dia de vida.

Conclusão: os autores discutem o diagnóstico de LES em contexto de gravidez associado a LNN na sua forma mais grave e as opções terapêuticas tanto para a mãe como para o feto.

PO210

1278 NEFRITE LÚPICA NUMA CONSULTA DE DOENÇAS AUTO-IMUNES. UMA ANÁLISE RETROSPETIVA

João Carvão, Carolina M. Barros, Mariana Gomes, Carolina Morna, Margarida Gonçalves, Teresa Faria, Luz Reis

Hospital dos Marmeleiros, Funchal, Portugal

Introdução

O Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é uma doença inflamatória crónica multissistémica que acomete frequentemente o rim. A Nefrite Lúpica (NL) é caracterizada por um curso clinico heterogéneo podendo variar desde manifestações subclínicas a estadios finais de doença renal, acarretando uma elevada morbimortalidade. A importância das manifestações clínicas nem sempre indica a gravidade histológica, no entanto certos parâmetros clínicos e histológicos têm sido associados a um mau prognóstico.

Objetivos

Caracterização dos doentes com NL confirmada por biópsia, seguidos em consulta de doenças auto-imunes.

Métodos

Análise estatística retrospetiva do período de 1 de Janeiro de 2008 a 31 de Dezembro de 2017.

Resultados

Foram incluídos 167 doentes da consulta de doenças auto-imunes com o diagnóstico de LES, 95,2% do sexo feminino e com uma idade média à data do diagnóstico de 30,9 (17-71) anos. Dos 167 doentes, 13 (7,8%) apresentaram NL confirmada por biópsia e apenas 1 é do sexo masculino. As principais formas de apresentação foram proteinúria sub-nefrótica em 10 (77%), hipertensão em 8 (61,5%), glomerulonefrite lúpica classe IV em 5 (38,5%), hematúria microscópica em 4 (30,8%) e síndrome nefrótico em 3 (27%) doentes. À data da biópsia, apresentavam creatinina média de 0,97 (0,6-1,81), 7 (53,8%) doentes tinham linfopenia, 7 (53,8%) hipoalbuminémia e 5 (38,5%) tinham anti-C1q com positividade moderada a forte. Após tratamento 9 (69,2%) doentes apresentaram resposta completa num espaço de 1 ano, 2 (15,4%) resposta parcial e 2 (15,4%) não obtiveram resposta. Ao longo do tempo 6 (46,2%) doentes apresentaram recidiva renal.

Conclusões

Esta análise revelou que a prevalência de NL nos doentes estudados foi inferior à habitualmente encontrada na literatura. À data do diagnóstico a maioria da amostra estudada não apresentava fatores de mau prognóstico: falência renal aguda, síndrome nefrótico, hipocomplementémia ou anti-C1q. Na maioria dos doentes a resposta à terapêutica de indução foi completa.

PO211

1316 QUANDO O FÍGADO LEVA AO DIAGNÓSTICO

Andreia Nunes, Ana Patrícia Pereira, Mariana Sousa, Margarida Coelho, Filipe Vinagre

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução

A hepatite autoimune e a colangite biliar primária são doenças hepáticas com autoimunidade característica, mais frequentes em mulheres. Na primeira predomina a citólise hepática e na segunda a colestase. A sobreposição de ambas é rara. A esclerose sistémica é uma doença do tecido conjuntivo que se caracteriza por fibrose cutânea e envolvimento multiorgânico de grau variável.

Descrição

CASO CLÍNICO: Mulher de 41 anos, história de rinite alérgica e dermite periorificial diagnosticada há 2 anos. Encaminhada para a urgência por citocolestase hepática (Bilirrubina Total 1.5, Bilirrubina Direta 1.30, AST 1230, ALT 1221, ALP 327) e hepatomegália, sem queixas. Foram excluídas causas tóxicas, infeciosas e metabólicas de hepatite. Constatou-se hipergamaglobulinémia com IgG 2581, padrão de autoimunidade sugestivo de hepatite autoimune com sobreposição com colangite biliar primária (ANA 1/1280 com padrão anti-centrómero e fibrilhar citoplasmático tipo ASMA, Centrómero B Positivo, AMA Equívoco, M2-3E Positivo, ASMA Positivo). Estes aspetos foram mais tarde confirmados por biópsia hepática. Adicionalmente a doente tinha lesões de hipopigmentação nos braços, espessamento cutâneo nos dedos das mãos e braços, puffy fingers, fenómeno de Raynaud e muito discreta microstomia, que aliado ao padrão de autoimunidade sugeria uma esclerose sistémica forma limitada. Do restante estudo realizado destacava-se capilaroscopia com padrão esclerodérmico ativo/precoce, ligeira fibrose pulmonar e ectasia do esófago terminal. Iniciou corticoterapia com melhoria do perfil hepático. DISCUSSÃO: Os autores apresentam este caso para alertar para a necessidade de um exame objetivo pormenorizado, pois a doente já apresentava alterações cutâneas compatíveis com esclerose sistémica, antes mesmo de surgirem as alterações hepáticas que levaram ao diagnóstico. Adicionalmente, trata-se de um dos raros casos descritos de sobreposição entre hepatite autoimune e colangite bilar primária numa doente com esclerose sistémica.

PO212

1336 SEGUNDO LINFOMA EM DOENTE COM SÍNDROME DE SJÖGREN

Ryan Costa Silva, Joana Rodrigues Dos Santos, Joana Rosa Martins, Daniela Alves, Lígia Peixoto, José Luís Ducla Soares

Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

Introdução

A síndrome de Sjögren (SS) é uma doença autoimune sistémica com um amplo espectro clínico, podendo associar-se em alguns casos a doença linfoproliferativa. A infecção pelo virus Epstein–Barr (EBV) tem uma elevada prevalência e encontra-se relacionada com lesões linfoproliferativas, principalmente em doentes imunocomprometidos.

Descrição

Os autores apresentam o caso de uma doente do sexo feminino, 64 anos, com antecedentes de SS sob corticoterapia sistémica em que foi identificada e excisada uma adenopatia cervical cuja anatomopatologia revelou proliferação linfóide polimórfica com células B, tendo o estudo molecular confirmado monoclonalidade, colocando-se a hipótese de linfoma de pequenas células associado a infecção por EBV. Realizou radioterapia mas teve recrudescimento de doença e cumpriu quimioterapia (R-CHOP) com resposta completa e negativação da carga viral do EBV. Cerca de dois anos após, a doente é internada por quadro de dispneia para pequenos esforços, anorexia e perda ponderal significativa. Realizou TC de tórax que identificou adenopatias mediastínicas, hilares pulmonares, cardiofrénicas, retrocrurais e o do território do tronco celíaco, sugestivas de envolvimento por linfoma. Foi realizada broncofibroscopia com biópsia de mucosa brônquica que revelou infiltração por linfoma difuso de grandes células B de tipo não germinal center B-cell like com índice proliferativo de 50%, tendo a biópsia osteomedular excluído infiltração por linfoma. Iniciou terapêutica de primeira linha com R-CHOP, encontrando-se no 2º ciclo de quimioterapia com melhoria clínica.

O caso destaca as ligações entre a infecção por EBV e linfoma, assim como entre SS e doença linfoproliferativa. A salientar ainda a discussão diagnóstica gerada pela hipótese de desenvolvimento de um segundo linfoma versus progressão de doença de base (envolvimento pulmonar).

PO213

1342 DOENÇAS AUTOIMUNES SISTÉMICAS E TROMBOEMBOLISMO VENOSO - UMA CASUÍSTICA

Maria Margarida Cunha, Melanie Ferreira, Tiago Judas, Ana Gomes

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução

Trabalhos recentes demonstraram aumento do risco de tromboembolismo venoso (TEV) em doentes com doença autoimune sistémica (DAIS). Outros mostraram que existe maior risco de TEV associado a determinados fármacos, como os disease modifying antirheumatic drugs (DMARDS) biológicos e os anti-inflamatórios não esteroides (AINES).

Objetivos

Este trabalho pretende apresentar uma casuística de doentes com DAIS com TEV.

Métodos

Foram selecionados doentes que frequentaram a consulta de TEV e a consulta de Reumatologia de um Hospital em Portugal num período de 25 meses, com diagnóstico definitivo de TEV e DAIS. Realizou-se uma análise descritiva e retrospetiva da população, evento tromboembólico, recorrência e da DAIS.

Resultados

Foram incluídos 30 indivíduos, 90% do sexo feminino (27), com média de idades de 59.4 anos. Os diagnósticos de DAIS mais frequentes foram esclerose sistémica (29%, 9), artrite reumatoide (AR) (26%, 8), e síndrome de Sjögren (19%, 6). À data do primeiro TEV 60% (18) estavam medicados para a DAIS com pelo menos um fármaco e metade dos doentes (15) encontrava-se em fase ativa da DAIS; 30% (9) apresentavam envolvimento pulmonar pela DAIS ou por toxicidade a um DMARD. A maioria (67%, 20) foi sintomática; porém, 65% (13) dos eventos não motivaram ida ao Serviço de Urgência (SU); apenas 20% (6) dos doentes foram internados. Segundo a classificação proposta pela International Society on Thrombosis and Haemostasis (ISTH), 74% (22) dos eventos foram não provocados. A maioria (83%, 25) encontra-se sob anticoagulação durante período indeterminado. Houve recorrência do TEV em 30% (9) dos casos. A única complicação crónica registada foi a hipertensão pulmonar tromboembólica crónica, em 14% (4) dos casos de TEP.

Conclusões

Existe um número significativo de indivíduos com DAIS e TEV. É da maior importância manter um elevado grau de suspeição clínica para estes eventos para que sejam diagnosticados e tratados de forma célere, de modo a prevenir complicações e melhorar a qualidade de vida da pessoa.

PO214

1360 NEUROPATIA ÓPTICA ISQUÉMICA ANTERIOR ARTERÍTICA

José Costa Carvalho, Carlos Ribeiro, Sérgio Azevedo, Joana Ramos Rodrigues, Manuel Veiga

ULSAM - Viana do Castelo, Viana Do Castelo, Portugal

Introdução

A Neuropatia Óptica Isquémica Anterior (NOIA) resulta do enfarte da porção anterior do nervo óptico e manifesta-se por diminuição súbita e indolor da acuidade visual. Tem duas formas distintas, a NOIA não arterítica, menos grave, unilateral e que pode ter origem em hipoperfusão ou arteriosclerose das artérias ciliares posteriores e a NOIA arterítica, mais grave, por vezes com atingimento bilateral sequencial e origem em fenómenos inflamatórios vasculares secundários normalmente a Arterite de Células Gigantes (ACG).

Descrição

Mulher de 80 anos seguida em Oftalmologia por catarata bilateral. 3 dias antes de cirurgia programada a catarata do olho esquerdo, a doente notou perda súbita da acuidade visual à esquerda. Referia também claudicação da mandíbula e hipersensibilidade da região temporal com 1 mês de evolução pelo que tinha sido observada por médico particular e medicada com prednisolona 5mg/dia por alterações degenerativas da articulação temporomandibular, sem melhoria. A doente associou a perda da acuidade visual à catarata e esperou pelo procedimento sem recorrer ao médico assistente. 3 dias após cirurgia, sem melhoria, foi ao serviço de urgência. Fundoscopia compatível com NOIA, associada a endurecimento do trajeto das artérias temporais, anemia e velocidade de sedimentação (VS) de 63mm. Pela elevada suspeita de NOIA arterítica foi medicada com 1g de metilprednisolona durante 3 dias, seguido de prednisolona 1mg/kg/dia. Biópsia da artéria temporal confirmou arterite temporal. Doente apresentou melhoria clínica, mas sem recuperação da acuidade visual do olho esquerdo. Teve alta orientada para consulta.

Discussão:

Pelo elevado risco de progressão da perda visual, o tratamento não deve ser adiado, mesmo sem confirmação histológica. Neste caso, pelo facto de a doente ter sido medicada empiricamente com 5mg de prednisolona, a VS não estava tão elevada como esperado. Uma clínica sugestiva assim como uma fundoscopia compatível foram importantes para um tratamento imediato.

PO215

1381 COLANGIOPATIA AUTO-IMUNE – RELATO DE UM DIAGNÓSTICO COMPLEXO

Joana Cardoso, Maria Inês Gonçalves, Gonçalo Miranda, Rosa Ballesteros, Leopoldina Vicente

Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E, Covilhã, Portugal

Introdução

Colangiopatia auto-imune é um termo recentemente proposto para descrever os doentes com alterações clínicas, bioquímicas e histológicas compatíveis com cirrose biliar primária (CBP) mas que sem anticorpos antimitocondriais (AMA) positivos. Este quadro ocorre em cerca de 10% dos casos, sendo nestes fulcral a correlação entre a histologia hepática e os métodos de imagem para auxiliar o diagnóstico.

Descrição

Mulher, 54 anos, com quadro com um ano de evolução de dor epigástrica intermitente, intensa, associada a vómitos alimentares e, por vezes, associada a febre. Do estudo complementar efetuado salienta-se presença de parâmetros inflamatórios elevados nos períodos de crise, VS ligeiramente elevada, colestase persistentemente mantida com padrão de citólise intermitente, que resolve após os episódios de crise. O estudo serológico revelou anticorpos anti-nucleares (ANA) positivos e AMA negativos. Realizou ecografia abdominal que excluiu presença de litíase e colangioressonância que excluiu infiltração esteatósica ou patologia da árvore biliar. Foi ainda submetida a biópsia hepática que demonstrou dilatação sinusoidal nas áreas centrolobulares, discreta fibrose portal e proliferação focal de ductos biliares.

Colocada a hipótese diagnóstica de colangiopatia auto-imune, tendo iniciado terapêutica com ácido ursodesoxicólico. Discussão: Apesar da positividade serológica para os AMA ser um marcador importante no diagnóstico da CBP, a sua validade diagnóstica é essencial apenas quando combinada com alterações do perfil hepático e histológico. Nos doentes seronegativos poderão ser considerados outros perfis serológicos, nomeadamente a positividade dos ANA. Salienta-se o grau de suspeição clínica e a pertinente biópsia hepática para confirmação do diagnóstico nestes casos atípicos, pois o tratamento dirigido precoce poderá controlar a evolução e progressão da doença.

PO216

1443 DOENÇA COM MUITAS FACES

Joana Marques, Nuno Monteiro, Giovana Ennis, Ana Sofia Martins, Gabriela Venade, Luis Costa Matos, António Correia

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Viseu, Portugal

Introdução

A Síndrome Poliglandular autoimmune (SPA) tipo III foi descrita pela primeira vez em 1985 e corresponde a uma grupo de doenças autoimunes que afeta as glândulas endócrinas. A SPA tipo III é rara e inclui tiroidite autoimune e outra doença autoimune como diabetes mellitus auto-imune, anemia perniciosa (AP), vitiligo, alopecia, etc. O tratamento consiste na terapia hormonal substitutiva.

Descrição

Mulher de 46 anos, enviada à consulta de Medicina Interna para estudo da anemia microcitica. Como antecedentes referia dois abortos no primeiro trimestre por malformações fetais, vitiligo, alopecia e urticária crónica medicada com hidroxizina.

Ao exame objetivo de destacar vitiligo generalizado, alopecia e hipertrofia tiroidea à palpação. Analiticamente com défice de vitamina B12 e anticorpos positivos para fator intrínseco, células parietais, peroxidase tiroideia, tiroglobulina e TSH ligeiramente aumentada (7.912 mUI/L). Na endoscopia digestiva alta foi observada gastrite atrófica crónica e metaplasia intestinal focal.

Na ecografia tiroideia foi destacada uma hipertrofia glandular com parênquima heterogéneo compatível com tiroidite. No estudo mais aprofundado HbA1c e glicemia, cortisol sérico e urinário, PTH, cálcio e fosforo encontravam-se dentro dos valores da normalidade e aldosterona e renina aumentados. Na Tomografia-Computorizada (TC) abdominal não se observaram lesões nas glândulas suprarrenais.

A doente iniciou terapia de substituição hormonal com vitamina B12 parenteral, com uma melhoria nos valores de hemoglobina.

DISCUSSÃO

No caso apresentado, o diagnóstico de SPA tipo III foi feito devido à identificação de uma tiroidite imune, AP, vitiligo e alopecia.

Sabe-se que os doentes com uma Doença Auto-imune (DAI) têm maior risco de desenvolver outras DAIS e que entre o aparecimento das várias DAIs podem decorrer vários anos.

Assim, é importante ter em conta a possibilidade do desenvolvimento de uma SPA em doentes com DAI, permitindo um tratamento atempado.

PO217

1484 COMPARAÇÃO ENTRE SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICA PRIMÁRIA E SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICA ASSOCIADA A OUTRAS DOENÇAS AUTOIMUNES: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, MANIFESTAÇÕES, ALTERAÇÕES LABORATORIAIS E FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES

Inês Cunha, Ângela Mota, Joana Andrade, Carla Eira, Sara Machado, Vera Romão, João Tavares, Rachel Silvério, Lúcia Rodrigues, Cláudia Martins

Centro Hospitalar Tondela Viseu, Viseu, Portugal

Introdução

A síndrome antifosfolipídica (SAF) é uma doença autoimune sistémica (DAIS) caracterizada por tromboses e/ou morbilidade obstétrica, na presença de anticorpos antifosfolipídicos. Diz-se primária quando não está associada a outras doenças ou fármacos. Mas pode associar-se a outras DAIS.

Objetivos

Avaliar as diferenças entre doentes com SAF primária (SAF1ª) e associada a outras DAIS, quanto à idade, género, manifestações (território atingido), alterações laboratoriais e fatores de risco cardiovasculares (FRC).

Métodos

Estudo retrospetivo de doentes com SAF (segundo critérios de Sydney) seguidos na consulta de DAIS de um hospital central português. Avaliou-se: idade, género, manifestações clínicas, critérios laboratoriais de SAF, outras alterações analíticas associadas a DAIS e FRC, com aplicação do score de Framingham (sFRM) e do Systematic COronary Risk Evaluation (SCORE).

Resultados

Amostra constituída por 35 doentes, idade média de 51,03 anos, 71,43% mulheres e 25,71% com outras DAIS. Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre a SAF1ª e o sexo masculino e entre a presença de outras DAIS e o sexo feminino (p=0,036). O anticorpo anticardiolipina (aCL) foi significativamente mais frequente na SAF1ª (p=0,030) e os anticorpos anti-nucleares (ANA) e anti-antigénio nuclear extraível (ENA) mais frequentes na SAF associada a outras DAIS (p= 0,002 e p=0,000), não existindo uma correlação significativa com anticorpos anti-dsDNA e antiDNA ou com o consumo de complemento. Não houve diferenças significativas entre os 2 grupos quanto a idade, tipo de manifestações, FRC, valores de sFRM ou SCORE.

Conclusões

A presença de aCL e o sexo masculino são mais frequentes na SAF1ª, enquanto os ANA, anticorpos anti-ENA e o sexo feminino se associam à presença de outras DAIS, como esperado. Os FRC em doentes com SAF parecem ser independentes de se tratar de SAF1ª ou associada a outras DAIS, devendo ser tidos em conta na avaliação do risco destes doentes.

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 06
14:00 - 15:30

PO218

1494 GRANULOMATOSE COM POLIANGEÍTE – APRESENTAÇÃO CLÍNICA COM MASSA PULMONAR ISOLADA SIMULANDO NEOPLASIA

Maria Maia, Adriana Watts Soares, João Espírito Santo, Luisa Pereira, Cláudia Matos, José Araújo

Hospital Beatriz Ângelo, Loures, Portugal

Introdução

A granulomatose com poliangeíte (GPA) é uma vasculite de pequenos e médios vasos com envolvimento multisistémico, sendo o atingimento pulmonar em 60% dos doentes.

Descrição

Os autores apresentam o caso de um homem, 46 anos, leucodérmico, não fumador, sem antecedentes pessoais relevantes, internado por quadro com 3 semanas de tosse com expectoração mucosa raiada de sangue, febre vespertina, perda ponderal, astenia e sudorese noturna. Tinha feito antibioterapia no início do quadro por impressão de infeção respiratória, sem melhoria. Na observação destaque para adenopatias supraclaviculares 3cm consistência aumentada, sem outras alterações. Radiografia e posteriormente TC do tórax com hipotransparência no 1/3 superior à esquerda por massa de 67mm e nódulo de 25mm à direita. Laboratório com elevação de parâmetros inflamatórios (Leucócitos 17.700mcL; PCR-10,75mg/dL; VS--65mm; procalcitonina 0,06ng/mL), sem anemia, alterações da função renal ou sedimento urinário. Exames culturais e serologias VIH, hepatite B e C negativos. Biópsia de lesão pulmonar negativa para células neoplásicas, alterações enquadráveis em vasculite. ANCA-PR3 de 46,0U/mL. Iniciou pulsos de metilprednisolona e ciclofosfamida mensal com boa resposta clínica e regressão de dimensões da massa pulmonar. Ao 4º mês de terapêutica, "flare" com quadro de uveíte anterior bilateral, sinusopatia, mioartralgias, púrpura palpável dos membros inferiores e hematoproteinúria, com elevação título ANCA. Admitida doença refractária, iniciou rituximab com controlo de todas as manifestações clínicas. A GPA tem uma vasta possibilidade de apresentações clínicas, sendo a apresentação como massa pulmonar isolada pouco frequente, fazendo diagnóstico diferencial com outras importantes patologias, nomeadamente neoplasias. Para além da manifestação clínica atípica, o envolvimento multiorgânico surgiu posteriormente e sob medicação imunosupressora.

O tratamento dirigido é importante pela eficácia apresentada e pela alteração do prognóstico.

E-POSTERS

PO219

1501 UMA VASCULITE DE CAUSA MISTERIOSA

Filipa Silva, Rita Silvério, Lúcia Gil, Teresa Furtado, António Eliseu, Diana Pedreira, Pedro Carreira, Paula Lopes, Manuela Fera, Amadeu Lacerda

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, Setúbal, Portugal

Introdução

A Poliarterite Nodosa é uma vasculite necrotizante caracterizada pela presença de um processo inflamatório agudo e necrose fibrinoide das artérias de pequeno e médio calibre. É uma doença rara, com uma incidência de 3 a 4,5 casos por 100000 pessoas anualmente. É mais comum nos homens entre os 45 e 65 anos, com uma proporção de 2 homens para 1 mulher.

Descrição

Caso Clínico

Homem de 80 anos, admitido no Serviço de Urgência por dor e sensação de queimadura no membro inferior esquerdo. Ao exame objectivo observam-se placas purpúricas no pé e face anterior da perna esquerda, dolorosas à palpação, no membro inferior direito coexistiam lesões cutâneas, não tão exuberantes. Por suspeita de Poliarterite Nodosa o doente fica internado e inicia corticoterapia.

Desde o início da doença observou-se uma perda de peso de mais de cinco quilogramas, anorexia, mialgias, fraqueza generalizada e mononeuropatia. No estudo etiológico foram excluídas: causa embólica, causa autoimune (incluindo ANAs, factor reumatóide e ANCA negativos), estados de hipercoagulabilidade, causa infecciosa (incluindo serologias para vírus da hepatite B e C, vírus da imunodeficiência humana e VDRL negativos) e foi efectuada avaliação por tomografia computorizada para exclusão de eventual contexto de síndrome paraneoplásica. Paralelamente foi efectuada biópsia cutânea, cujo resultado foi compatível com Poliarterite Nodosa. Após instituição de corticoterapia, observou-se melhoria gradual das lesões cutâneas e da sintomatologia do doente.

Discussão

O diagnóstico de Poliarterite Nodosa é clínico e histopatológico, podendo ser confundido com outras vasculites. O conhecimento da etiologia é de extrema importância, no entanto, nem sempre é identificada, o que pode comprometer o estado clínico do doente, uma vez que, o prognóstico varia consoante a causa e o respectivo tratamento atempado.

PO220

1547 UM CASO DE DOR ABDOMINAL EM DOENTE JOVEM

Ana Marques, Rosa Alves, Rita Varudo, Tiago Lobo Ferreira, Pedro Sequeira, Tiago Judas

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução

A paniculite mesentérica (PM) é caracterizada por um processo inflamatório do tecido adiposo podendo ocorrer necrose, inflamação e fibrose. Trata-se de uma doença incomum, que apresenta habitualmente boa resposta a corticoterapia.

Descrição

Mulher, 43 anos, com antecedentes de gastrite crónica e colecistectomia, admitida por quadro de dor abdominal com 4 meses de evolução, nos quadrantes superiores do abdómen, intensa, com padrão alternante tipo cólica/contínua, agravamento pós-prandial, alívio parcial sob analgesia e decúbito lateral direito, acompanhada de náuseas, enfartamento pós-prandial, perda ponderal não quantificada e anorexia. Do estudo analítico inicial realçava-se apenas elevação ligeira de aminotransferases. Ecografia abdominal e estudo do trânsito gastroesofágico sem alterações. Tomografia computorizada e ressonância magnética do abdómen com sinais compatíveis com PM. Para investigação de causas secundárias realizou: estudo de hepatites; serologia VIH; estudo de autoimunidade; ceruloplasmina, alfa1 antitripsina, uroporfirinogénio urinário, complemento e imunoglobulinas sem alterações. Realizada biópsia incisional do mesentério via laparoscópica que confirmou PM, sendo a pesquisa de microorganismos negativa. Para exclusão de etiologia tuberculosa realizou ainda mielocultura com pesquisa de micobacterias por PCR que foi negativa. Admitido o diagnóstico de paniculite mesentérica de etiologia idiopática. Iniciou corticoterapia, com melhoria das queixas álgicas e tolerância de alimentação oral progressivas. Teve alta sob corticoterapia e analgesia oral verificando-se em TC de abdómen de reavaliação resolução das alterações verificadas. Conclusão: Sendo a etiologia da paniculite mesentérica desconhecida, pode estar associada a outras patologias nomeadamente infeciosas, autoimunes e neoplásicas. O seu diagnóstico é feito maioritariamente por TC, recaindo o tratamento fundamentalmente na terapêutica imunossupressora.

PO221

1583 VASCULITE SISTÉMICA COM SOBREPOSIÇÃO VASCULITE ANCA E DOENÇA ANTI-MBG

João Pedro Abreu[1], Carolina La Belino[2], Susana Pereira[2], Ana Ventura[2], Clara Almeida[2], João Carlos Fernandes[2]

[1]Hospital Santa Maria Maior, Barcelos, Portugal

[2]Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova De Gaia, Portugal

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 ANCAs.

Descrição

Apresenta-se caso de um homem de 71 anos, antecedentes de neoplasia parotídea tratada e HTA, inicia quadro de edema dos membros inferiores e anemia em Fevereiro de 2017. Realiza estudo de anemia que revelou VS elevada, estudo endoscópico com gastrite crónica. Nessa altura valor sérico de creatinina de 1.14 mg/dL. Em Julho de 2017, associam-se artralgias das pequenas articulações e púrpura dos membros inferiores. Em Outubro de 2017, diarreia profusa, não sanguinolenta, com 2 semanas de evolução, pelo que recorre ao SU. À admissão, pálido, hipertenso (178/87 mmHg), sem diurese no momento; analiticamente com anemia (9.1 g/dL), Creatinina sérica 21 mg/dL, Hipercaliémia de 7.2 mmol/L, PCR 26 mg/dL; gasometricamente com acidemia metabólica. Realizou TC Toraco-Abdominal que revelou derrame pleural bilateral de pequeno volume, sem hidronefrose/obstrução do trato urinário. Durante permanência nesse SU quadro de edema agudo do pulmão,pelo que inicia de técnica de substituição de função renal. Assumida possível etiologia autoimune, sendo iniciados pulsos de Metilprednisolona (1g/dia). Durante o internamento, permaneceu anúrico, diálise dependente. Realizou estudo etiológico que revelou Vasculite ANCA-MPO, associando-se Doença Anti-MBG. Iniciou imunossupressão com Ciclofosfamida, tendo alta para seguimento em consulta de nefrologia, mantendo imunossupressão e Hemodiálise.

Este caso pretende representar a sobreposição de Vasculite Sistémica Associada a ANCAs e anti-MBG, salientando a sua forma de apresentação renal como o órgão mais afectado.

PO222

1590 DERMATOSE NEUTROFÍLICA: UMA MANIFESTAÇÃO RARA DE LÚPUS

Joana Carreira, Mário Parreira, Margarida Anes, Rui Bajanca

Centro Hospitalar de Setúbal - Hospital de São Bernardo, Setúbal, Portugal

Introdução

No Lupus Eritematoso Sistémico (LES), infiltrados neutrofílicos são vistos frequentemente na doença bolhosa ou vasculítica. Recentemente, têm sido descritos casos de dermatose neutrofílica (DN) associada ao LES não-bolhoso e não-vasculítico. Os achados cutâneos desta DN incluem placas e pápulas eritematosas envolvendo frequentemente o tronco e as extremidades, sem formação de bolhas e sem atingimento da mucosa. As características histopatológicas incluem um infiltrado intersticial e perivascular predominantemente neutrofílico com leucocitoclasia, na ausência de vasculite ou bolhas. O infiltrado neutrofílico pode variar de paucicelular a um infiltrado rico em células semelhante ao encontrado na síndrome de Sweet (síndrome de Sweet-like).

Descrição

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 51 anos com história conhecida de diabetes mellitus tipo 2 que foi referenciada a consulta de Doenças Autoimunes por lesões cutâneas generalizadas. Avaliada previamente por Imunoalergologia com realização de testes epicutâneos positivos para penicilina, amoxicilina e ampicilina. A evicção destes antibióticos não levou a resolução do quadro cutâneo que era mais intenso nos meses de Verão. No exame objetivo identificaram-se lesões eritematosas papulares na face, pescoço/zona do decote e braços com padrão de fotossensibilidade. Para esclarecimento do quadro foi solicitado estudo da autoimunidade: anticorpo antinuclear e anti-Smith positivos. Verificou-se, ainda, hipocomplementemia C3 e C4. A biópsia cutânea efetuada revelou DN consistente com síndrome de Sweet. Dado tratar-se de uma DN iniciou colchicina após discussão multidisciplinar com Dermatologia. Considerando o rash cutâneo fotossensível e as alterações laboratoriais encontradas, admite-se como hipótese diagnóstica DN associada ao LES. Em cerca de um terço dos doentes a DN pode ser a manifestação cutânea inicial da doença sistémica. Portanto, a identificação desta entidade cutânea deve incluir o LES como diagnóstico diferencial.

PO223

1615 "STILL", UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE…

Mariana L. S. Magalhães, Mauro Santos, Vânia Junqueira, Luís Val-Flores, Joana Louro, Rosa Amorim

Centro Hospitalar do Oeste - Caldas da Rainha, Caldas Da Rainha, Portugal

Introdução

A Doença de Still do Adulto (DSA) é uma doença inflamatória de etiologia desconhecida. É um diagnóstico de exclusão, baseado em sinais e sintomas característicos: febre, atralgias e rash cutâneo evanescente. Tipicamente associada a leucocitose e elevação de proteínas de fase aguda, sendo sempre necessário a exclusão de doenças infeciosas, neoplásicas e autoimunes.

Descrição

Caso Clínico:

Homem de 30 anos sem antecedentes de relevo recorre ao serviço de urgência por quadro clínico de febre, anorexia, mialgias mais intensas na região lombar com 2 semanas de evolução. Simultaneamente referia artralgias dos joelhos e posteriormente dos cotovelos e punhos e rash transitório na região esternal e cervical. Doente já medicado com antinflamatórios sem melhoria do quadro. À admissão: temperatura timpânica 38.9ºC, hemodinamicamente estável, emagrecido, sem alterações cutâneas, adenopatias, organomegalias ou sinais meníngeos. Auscultação cardiopulmonar sem alterações. Internado por síndrome febril indeterminado (SFI). No decurso do internamento, do estudo efetuado: leucocitose com neutrofilia, Proteína C Reativa (PCR) 33.7mg/dL, ferritina 2600ng/mL, Anticorpos Antinucleares, Fator Reumatóide e serologias víricas negativas e estudo radiológico sugestivo de inflamação renal. Instituída antibioterapia empírica, tendo mantido febre e elevação dos parâmetros inflamatórios. Após exclusão de diagnósticos diferenciais, assumido provável Doença de Still de acordo com os critérios de classificação de Yamaguchi, iniciou prednisolona (PDN) 1mg/Kg/dia, com apirexia ao 4º dia. Após alta avaliado em consulta: assintomático, apirético, PCR 1.4mg/dL e ferritina 370ng/mL, em desmame de PDN.

Conclusão:

Apesar de rara, no diagnóstico da DSA a suspeição clínica é essencial. Não existindo meios complementares específicos, implica a exclusão de outras causas de SFI, constituindo um verdadeiro desafio clínico. A correcta identificação e estratificação é essencial, tendo implicações na estratégia terapêutica.

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 05
14:00 - 15:30

PO224

1636 UMA DOENÇA PEDIATRICA NO IDOSO

Cláudia Janeiro, Rita Santos, Inês Santos, João Teixeira, Pedro La Feria, Sofia Salvo, Madalena Lisboa

Hospital Santo António dos Capuchos- CHLC, Lisboa, Portugal

Introdução

A purpura de Henoch-Schonlein é uma vasculite sistémica rara em adultos, correspondendo a 10% dos casos. A etiologia não se encontra completamente definida: pensa-se que seja multifactorial, sendo as infecções e fármacos os agentes etiológicos mais frequentes. A clínica habitual é de purpura palpável sem trombocitopénia ou coagulopatia, artralgia/artrite, dor abdominal e insuficiência renal. O diagnóstico é clínico, analítico e histopatológico. Na maior parte dos casos esta patologia é auto-limitada e a terapêutica é de suporte.

Descrição

Os autores relatam um caso de um homem de 86 anos, com história de cardiopatia isquémica e valvular, doença renal crónica e doença pulmonar crónica com quadro com cinco dias de expectoração mucosa acompanhado de dispneia, ortopneia e edema dos membros inferiores. Apresentava-se febril, polipneico, auscultação pulmonar com múrmurio vesicular diminuído, fervores bibasais, roncos e sibilos; analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios e radiografia de tórax com estase bilateral e condensação para-hilar à esquerda. Dado o internamento recente assumiu-se pneumonia nosocomial e insuficiência cardíaca descompensada, tendo iniciado antibioterapia com piperacilina-tazobactam. Evoluiu para quadro de hipotensão, dor abdominal e hematoquézias seguido de purpura palpável, artralgias, hemoptises e hematúria com agravamento progressivo da função renal. Mediante quadro sugestivo de vasculite foi realizada biopsia cutânea que mostrou depósitos de IgA na derme em padrão vascular homogéneo ténue, e depósitos de fibronogéneo na mesma localização, com o mesmo padrão, e na junção dermo-epidermica em padrão linear grosseiro, achados histopatológicos sugestivos de purpura de Henoch Schonlein.

Este caso é interessante dado o amplo leque de diagnósticos diferenciais que impõe pelo facto de ser uma causa rara de vasculite em adultos e pela sua etiologia multifactorial – muito provavelmente secundário à antibioterapia e intercorrência infecciosa.

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 06
14:00 - 15:30

PO225
1659 SÍNDROME DE OVERLAP NAS DOENÇAS AUTOIMUNES

Cátia Pereira, Joana Costa, Amilcar Silva, Adriano Rodrigues
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

As síndromes de overlap caracterizam-se pela presença no mesmo doente de critérios formais de diagnóstico de duas ou mais doenças autoimunes.

A Esclerose sistémica(ES) é uma doença autoimune que se carateriza por inflamação e alterações vasculares e deposição de colagénio desencadeando fibrose da pele e órgãos. As opções terapêuticas são ainda limitadas. O lúpus eritematoso discóide localizado é a forma de mais comum de lúpus eritematoso cutâneo crônico(LCC). As suas lesões são crónicas e persistentes causando cicatriz. Quando as lesões discóides ultrapassam a região do pescoço o LCC é disseminado.

Descrição

Os autores apresentam uma mulher de 58 anos, enviada à consulta por lesões cutâneas com perda de pele e cicatrizes nas áreas foto-expostas incluindo abaixo do pescoço, fadiga, dores articulares, telangiectasias nos dedos e aftas orais. Estudo autoimune revelou positividade para anticorpo(ac.) anti-nucleares e ac. anti-centrómero. Realizada biópsia na consulta de Dermatologia que confirmou o diagnóstico de LCC. Diagnosticada de ES (forma limitada)por apresentar14 critérios. Pedida capilaroscopia, ecografia transtorácica, provas da função respiratória e avaliação oftalmologica. Capilaroscopia revelou desvascularização com aéreas de deleção e diminuição de capilares por mm, megacapilares e capilares ectasiados e indefinição dos contornos das estruturas. Presença de hipertensão pulmonar ligeira. Exclusão de elevação das enzimas musculares e presença de síndrome de túnel cárpico.

Iniciou tratamento com azatioprina, hidroxicloroquina, prednisolona e bloqueador de canais de cálcio. Resposta favorável ao tratamento.

As síndromes de overlap são frequentes nas doenças autoimunes e representam um desafio diagnóstico e terapêutico. A colheita minuciosa da história clinica e uma exploração física alargada do doente pode ser a chave para um diagnóstico precoce, minimizando a lesão do órgão alvo. A terapêutica deverá ser ponderada de acordo com as doenças autoimunes presentes.

E-POSTERS

PO226
1665 MIOPATIA SECUNDÁRIA A ESTATINAS

Marta Rebocho Alves, Joel Lopes Dos Reis, Claudia Pereira
CHP, Porto, Portugal

Introdução

A rabdomiólise subdivide-se em: traumática; não traumática associada a esforço muscular; e não traumática, não associada a esforço. A última é causada por fármacos/toxinas, distúrbios iónicos, infecção e auto-imunidade.

A toxicidade muscular ocorre com estatinas, mas a miopatia grave é incomum. É potenciada por hipotireoidismo, lesão renal aguda ou doença renal crónica (DRC), interação farmacológica e défice de vitamina D, segundo alguns estudos.

Descrição

Caso clínico

Mulher, 74 anos, com síndrome metabólica, DRC, doença arterial periférica e doença cerebro-vascular. Clínica de mialgias nas coxas, bilateral, com perda de força proximal há 2 meses. Sem síndrome constitucional, febre, clínica de infecção ou sugestiva de patologia auto-imune, claudicação da mandibula ou lesões cutâneas. Sob sinvastatina, amlodipina e lercanidipina de longa data. Tinha enzimas de lise muscular e velocidade de sedimentação elevadas, citólise hepática e défice de vitamina D. No estudo: iões e função tireoideia normais; estudo imunológico, vírus hepatite C e imunodeficiência humana negativos. Rastreios oncológicos adequados à idade negativos, TC toraco-abdomino-pélvico normal. Biópsia muscular: miopatia necrotizante aguda (MNA). Após suspensão de fármacos tem resolução analítica, da clinica miálgica, e melhoria da força, sem tratamento imunossupressor. Revista posteriormente em consulta, assintomática com normalização da força

Discussão

A MNA é secundaria a auto-imunidade e fármacos/tóxicos. A origem auto-imune cursa por norma com auto-anticorpos especificos e está associada a neoplasia, infecções víricas e outras doenças do tecido conjuntivo. As estatinas podem também induzir miopatia auto-imune cujos anticorpos específicos não foram testados, por indisponibilidade de teste.

A resolução do quadro apenas com suspensão dos fármacos afasta a hipótese de mecanismo auto-imune. Estamos perante uma miopatia secundária a estatinas, potenciada pela interacção com BCC e possivelmente défice de vitamina D

PO227

1677 ARTERITE DE TAKAYASU - DA INESPECIFICIDADE DAS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS AO DIAGNÓSTICO

José Sousa, Vanda Conceição, Nuno Bernardino Vieira, Maria José Grade, Luísa Arez

CHUAlgarve - Unidade de Portimão e Lagos, Portimão, Portugal

Introdução

A arterite de Takayasu é uma vasculite de grandes vasos que afecta principalmente a aorta e os seus principais ramos. É uma patologia rara na Europa com cerca de 1 a 3 casos por ano por milhão de habitantes. As manifestações clínicas são extremamente variáveis dependendo das porções vasculares afectadas e tipo de lesão (estreitamento, oclusão ou dilatação).

Descrição

Mulher de 53 anos, autónoma, fumadora activa, obesidade grau 1, dislipidémia mista, fibromialgia diagnosticada em consulta de reumatologia e hipertensão arterial conhecida desde há 9 anos. Recorreu ao serviço de urgência com um quadro de 2 semanas de evolução de febre, fadiga, cefaleias, fotofobia, cervicalgia e parestesias do membro superior esquerdo. À observação, sem carotidínia, assimetrias dos pulsos ou da pressão arterial dos 4 membros, sem claudicação intermitente, sem sopros arteriais.

Analiticamente apresentava leucocitose com neutrofilia e aumento da velocidade de sedimentação e proteína C reactiva. Foi realizada punção lombar sem alterações no exame cito-químico do líquor. O estudo analítico auto-imune e infeccioso foi todo negativo. Realizou igualmente tomografia computorizada (TC) crânio-encefálica que não revelou alterações e ecocardiograma que evidenciou boa função sistólica e um septo interventricular ligeiramente hipertrofiado.

Realizou TC de corpo que revelou processo de arteriopatia de grandes vasos, envolvendo diferentes segmentos da aorta torácica e abdominal e alguns dos seus ramos, compatível com o diagnóstico de Arterite de Takayasu tipo V. Iniciou corticoterapia sistémica com boa resposta clínica e laboratorial.

Discussão: O presente caso clínico evidencia a inespecificidade e progressão insidiosa dos sintomas da Arterite de Takayasu. Salienta-se a necessidade de elevada suspeição clínica para que esta entidade seja diagnosticada precocemente, antes do desenvolvimento de complicações irreversíveis.

PO228

1688 AVC COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE ARTERITE DE CÉLULAS GIGANTES

Diana Macedo Martins[1], Mariana Pacheco[2], Susana Ferreira[2]

[1]Instituto de Português de Oncologia Francisco Gentil, IPOPFG, Porto, Portugal

[2]Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

Introdução

A Arterite de Células Gigantes é um processo vasculitico crónico de grandes e médios vasos, que atinge maioritariamente individuos com mais de 50 anos e envolve preferencialmente as artérias cranianas com origem no arco aórtico. 40 a 60% das pessoas com arterite de células gigantes desenvolvem polimialgia reumática.

Descrição

Homem, 83 anos, admitido no Serviço de Urgência por disartria e hemiparesia direita com 2 horas de evolução. Nos últimos meses descrita perda ponderal significativa com artralgias de características inflamatórias localizadas à cintura pélvica e escapular. Sem cefaleias, alterações visuais ou claudicação mandibular. Antecedentes de hipertensão arterial, cardiopatia isquémica e fibrilação auricular hipocoagulada com Acenocumarol. Ex-fumador há mais de 30 anos. TC cerebral à admissão sem lesão isquémica aguda, mas reavaliação imagiológica 2 dias depois com imagem compatível com isquemia recente no território da artéria cerebral média esquerda. Ecodoppler dos vasos do pescoço com ausência de fluxo em todo o trajeto cervical da artéria vertebral esquerda, sem outras alterações valorizáveis. Ecocardiograma sem patologia estrutural ou valvular importante. VS e PCR aumentadas. Perante contexto clínico, pedido ecodoppler das artérias temporais superficiais que revelou halo sugestivo de espessamento vasculitico nos segmentos proximal e frontal, altamente específico de Arterite de Células Gigantes. Iniciou corticoterapia ajustada ao peso com melhoria das queixas álgicas.

Salienta-se a importância de equacionar este diagnóstico na abordagem do acidente vascular cerebral, dado que a instituição precoce de corticoterapia é fundamental para evitar complicações como perda visual ou outros eventos vasculares.

PO229

1693 UM CASO CLÍNICO DE HEPATITE AUTO-IMUNE

André Santos Pinto[1], Manuel Serrano Martins1, Grace Staring[1], Wildemar Costa[1], Fátima Monteiro[1], Rosa Amorim[2]

[1]Centro Hospitalar do Oeste - Hospital de Torres Vedras, Torres Vedras, Portugal

[2]Centro Hospitalar do Oeste - Hospital de Caldas da Rainha, Caldas Da Rainha, Portugal

Introdução

A hepatite auto-imune (HAI) é uma entidade que deve ser considerada em todo o doente com suspeita de doença hepática aguda ou crónica.

Descrição

Os autores apresentam o caso de um homem de 47 anos, previamente saudável, que se recorreu ao serviço de urgência com sensação de enfartamento, astenia, icterícia e colúria, com 3 dias de evolução. Negava febre, náuseas, vómitos, hábitos toxifílicos ou comportamentos de risco. Antecedentes pessoais irrelevantes. Laboratorialmente apresentava hiperbilirrubinémia à custa da fracção directa (bilirrubina total 21,8 mg/dl; fração directa 18,6 mg/dl) e citólise hepática (aspartato transaminase 1505 U/L; alanina transaminase 3258 U/L). Foram realizadas ecografia e tomografia abdominais que identificaram apenas hepatomegália inespecífica, excluindo patologia das vias biliares intra ou extra-hepáticas. Do restante estudo efectuado, foram negativas as serologias dos principais vírus hepatotrópicos e positiva a pesquisa de anticorpos anti-nucleares, com um título de 1:640, de anticorpos anti-mitocondriais, hipergamaglobulinémia de 27,5% e de imunocomplexos circulantes. Realizada biópsia hepática que identificou presença de tecido hepático com fibrose portal e periportal, formação de septos irregulares e infiltrado inflamatório linfoplasmocitário portal e lobular, compatível com hepatite crónica activa, corroborando o diagnóstico de HAI. Foi iniciada terapêutica com prednisolona na dose 1mg/kg/peso, com progressiva melhoria clínica e analítica, com descida gradual da bilirrubina e das aminotransferases. Manteve seguimento em consulta com posterior desmame da corticoterapia e introdução de terapêutica imunomoduladora com azatioprina na dose de 50mg/dia.

O diagnóstico de HAI é clínico e depende da presença de auto-anticorpos, hipergamaglobulinémia e histologia típica. O seu diagnóstico precoce e instituição de terapêutica imunossupressora é crucial, pois se não tratada, a HAI tem uma elevada taxa de mortalidade.

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 04
14:00 - 15:30

PO230

1728 DERMATOMIOSITE PARANEOPLÁSICA

Felisbela Gomes, Margarida Moura Valejo Coelho, Claudia Neves, Rita Santos, Claudia Janeiro, Candida Fernandes, Helena Teixeira, Helena Estrada

Hospital Santo António dos Capuchos - CHLC, Lisboa, Portugal

Introdução

A dermatomiosite (DM) é uma doença rara, no adulto surge na quinta e sexta décadas de vida e associam-se a neoplasias em 15% - 20% dos casos. Os carcinomas são mais frequentes que os sarcomas.

Descrição

Os autores apresentam o caso de um homem de 67 anos, observado por dermatose com um mês de evolução caracterizada por edema, eritema e erosões da face (incluindo pálpebras), pescoço, tronco e superfície extensora dos membros, acompanhada de sensação de prurido e dor cutânea exuberante. Ao exame objectivo constactou-se adenopatia axilar esquerda e ligeira diminuição da força muscular da cintura pélvica. Laboratorialmente com elevação transaminases, LDH e CK. Dos antecedentes pessoais conhecidos realça-se linfoma B difuso de grandes células em 2008, em remissão após quimioterapia e radioterapia, prostatectomia total por neoplasia da próstata em 2008 e HTA. Internado com a hipótese de DM que foi confirmada por biópsia muscular e electromiograma. Análises com elevação das transaminases, da mioglobina, da CK, da aldolase, LDH e VS, bem como a presença de auto-anticorpos ANA e anti-TIF-1y positivos. Para estudo de neoplasia associada realizou TC toraco-abdomino-pélvica que revelou valorizável expressão adenopática axilar e subpeitoral contígua, à esquerda. A biopsia ganglionar mostrou linfoma B difuso de grandes células. Assim, admitiu-se DM paraneoplásica, instituiu-se terapêutica com metotrexato, imunoglobulina e prednisolona. Iniciou também quimioterapia para tratamento do linfoma, proposta por Hematologia. Verificou-se evolução clínica favorável com resolução do quadro clínico. Salientamos neste caso a exuberância do quadro dermatológico e a sua associação à recidiva de linfoma. A DM paraneoplásica associa-se raramente a doenças linfoproliferativas, sendo menos frequente esta associação nos casos de recidiva.

E-POSTERS

PO231

1795 VASCULITE CRIOGLOBULINÉMICA COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE HEPATITE C

Ana Vera Cruz, Maria Margarida Pereira, Petra Pego

Hospital Distrital de Santarém, Santarém, Portugal

Introdução

A Crioglobulinémia mista é uma vasculite de pequenos e médios vasos, com uma prevalência de 1:100.000. Define-se pela presença de crioglobulinas no soro, que precipitam a temperaturas inferiores a 37ºC e se dissolvem novamente a temperaturas superiores. Pode ter várias manifestações cutâneas, reumatológicas, neurológicas, renais ou intestinais. Tem uma forte associação ao vírus da Hepatite C (VHC) que, apesar de hepatotrópico, apresenta um vasto leque de manifestações extra-hepáticas, cujo conhecimento é determinante para que sejam atempadamente identificadas e tratadas.

Descrição

Mulher, 47 anos, romena, antecedentes pessoais de 4 abortos espontâneos, que foi enviada à consulta de Doenças Auto-Imunes por queixas com 4 anos de evolução de instalação progressiva, de parestesias migratórias, mais intensas nos membros inferiores e lesões petequiais que se autolimitam. Ao exame objectivo apresentava púrpura palpável, com lesões dispersas nos membros inferiores. Do estudo complementar salienta-se hipocomplementémia, factor reumatoide e ANA positivos, VHC positivo com carga viral elevada e elevação ligeira da enzimologia hepática. Realizou biopsia cutânea que revelou vasculite leucocitoclástica. Pedido doseamento de crioglobulinas que foi positivo. Realizou electromiografia, evidenciando Polineuropatia Sensitivomotora. Admitiu-se o diagnóstico de Vasculite Crioglobulinémica no contexto de Hepatite C. Foi enviada a consulta de Infecciologia e iniciou tratamento com sofosbuvir/ledipasvir, apresentando melhoria da sintomatologia.

Discussão:

Apresenta-se um caso em que, através de sintomatologia inespecífica, se chega a um diagnóstico de vasculite crioglobulinémica que surgiu como primeira manifestação e levou ao diagnóstico de hepatite C que não era previamente suspeitada, não sendo também conhecidos comportamentos de risco. O índice de suspeição é, portanto, fundamental para um diagnóstico o mais precoce possível e tratamento atempado com implicações prognósticas e na qualidade de vida.

PO232

1811 COLANGITE BILIAR PRIMÁRIA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ivone Melo Valadão, Paulo Ávila, Maria Guadalupe Benites, Almerindo Rego

Hospital Santo Espírito Da Ilha Terceira, Angra Do Heroísmo, Portugal

Introdução

A colangite biliar primária (CBP) é uma doença hepática autoimune, mais frequente no sexo feminino e em idades superiores a 40 anos. Com progressão normalmente lenta, resulta da interacção entre factores genéticos e ambientais que induzem fenómenos de colangite crónica com destruição imunomediada dos ductos biliares intrahepáticos.

Descrição

Mulher, 70 anos, autónoma. Com antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e asma. Medicada cronicamente com metformina 500 mg 3id, omeprazol 20 mg id, perindopril 8 mg id, budesonida/formoterol 160/4.5 mcg, alprazolam 0.5 mg id. Recorre ao Serviço de Urgência por quadro de náuseas, anorexia, astenia marcada e dejecções diarreicas, sem sangue, muco ou pús, com meses de evolução. Negava dor abdominal, prurido, icterícia ou febre. Ao exame objectivo doente hemodinamicamente estável, apirética, eupneica em ar ambiente. Pele e mucosas coradas e hidratadas. Anictérica. Auscultação cardiopulmonar e abdómen sem alterações. Analiticamente com padrão citocolestático de novo (AST 500 U/L| ALT 490 U/L| fosfatase alcalina 406 U/L| □-GT 346 U/L| sem alterações ao nível da bilirrubina total e directa). Ecografia abdominal descrevia apenas litíase vesicular, sem outras alterações. Doente é internada sendo que da restante investigação realizada salienta-se colangio-RM com fígado de contornos lobulados sugestivos de doença hepática crónica. Analiticamente estudo autoimune com anticorpos antinucleares e antimitocondria positivos. Assumido o diagnóstico de CBP, inicia terapêutica com ácido ursodesoxicólico (UDCA) 750 mg id, mantendo-se clinicamente estável.

A importância de um diagnóstico precoce na patologia em questão prende-se pela rápida instituição da terapêutica adequada retardando assim a progressão da doença para cirrose e insuficiência hepática, aumentando a sobrevida destes doentes. A não esquecer que, não raras vezes, a CBP associa-se a outras doenças autoimunes pelo que deve ser efectuada a sua exclusão.

PO233

1830 ATÉ AO DIAGNÓSTICO DA DOENÇA MISTA DO TECIDO CONJUNTIVO.

Catarina Marques, Domingas Pereira, José Vaz

Hospital José Joaquim Fernanandes - Ulsba, Beja, Portugal

Introdução

A Doença Mista do Tecido Conjuntivo (MCTD) é uma alteração a nível do Tecido Conjuntivo que se traduz na aparição de vários síndromes, como Lupus Eritematoso Sistémico, Esclerodermia, Polimiosite, Dermatomiosite, Artrite Reumatóide e síndrome de Sjögren e que cursa com a presença de títulos elevados do auto-anticorpo Anti-U1-RNP (ribonucleoprotein).

Descrição

Doente de 58 anos de idade, sexo feminino, enviada à consulta de Medicina Interna – Doenças Autoimunes com diagnóstico prévio de Lupus Eritematoso Discóide com 25 anos de evolução. Terá abandonado seguimento no médico assitente por questões económicas. Com antecedentes pessoais relevantes de Enfisema pulmonar e Nódulos tiroideus entre outros. Já medicada com Sulfato de hidroxicloroquina 400mg/dia e Deflazacorte 6 mg/dia.

Doente com controlo aparente das lesões cutâneas previamente atribuídas ao Lupus Eritematoso Discoide mas com quadro sintomatológico de 15 anos de evolução caracterizado por xerostomia, xeroftalmia, secura da mucosa vaginal e ainda aftas orais recorrentes (duas a três vezes por mês). A doente apresentava ainda conjunto de sintomas recorrente, com duração de uma semana, composto por poliartralgias, tumefação e manchas violáceas nas articulações interfalangicas proximais das mãos, no tronco em forma de "V" e no dorso em forma de xaile com resolução espontânea. Associado por vezes a fenómeno de Raynaud.

DISCUSSÃO: Após avaliação clínica ao longo de várias consultas e com controlo sintomatológico, controlo analítico (a destacar Anti-U1-RNP elevado) chegou-se ao diagnóstico de Doença Mista do Tecido Conjuntivo, com várias síndromes associadas, nomeadamente, Lupus Eritematoso Discoide, Dermatomiosite, Síndrome de Sjögren e Raynaud secundário. Em conclusão a MCTD é uma doença rara cujas características clinicas não ocorrem simultaneamente, sendo que nas fases iniciais não se pode prever que o doente venha a desenvolver MCTD, o que dificulta o seu diagnóstico. Mesmo em fases mais avançadas o que ajuda a suportar este diagnóstico é a presença do Anti-U-1-RNP elevado.

PO234

1850 PARA ALÉM DA ARTRITE...

Antonio Grilo Novais, João Pedro Tavares, Angela Mota, Ana Abreu Nunes, Ana Filipa Viegas, Joana Capelo

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Viseu, Portugal

Introdução

A artrite é uma das principais manifestações musculo-esqueléticas que pode advir no contexto de uma doença inflamatória mutisistémica. A sua presença, obriga a avaliaçao do doente como um todo dado o vasto leque de diagnósticos diferenciais existentes.

Descrição

Mulher, 63 anos, recorreu ao SU por quadro com cerca de 2 semanas de evolução de astenia; tumefação, rubor, calor e dor das tibiotársicas e do punho direito associado a limitação funcional; e lesões cutâneas recorrentes dos tornozelos, eritematosas papulares.

Antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia medicados.

No SU foi objetivada oligoartrite das tibiotársicas e punho direito e lesões cutâneas das pernas compatíveis com eritema nodoso (EN).

Analiticamente destacava-se aumento dos parâmetros inflamatórios, anemia e elevação ligeira da SACE. Serologias virais, IGRA e auto-imunidade negativos. Radiografia e TC torácica revelaram linfadenopatias hilares bilaterais. O aspirado brônquico apenas com alteraçoes inflamatórias. O lavado bronco-alveolar revelou linfocitose e ratio CD4/CD8 aumentado. Neste contexto, optou-se pela realizaçao de biópsia de adenopatia hilar, que revelou granulomas não caseosos, compatível com o diagnóstico de sarcoidose.

Tendo em conta a presença da tríade clássica de artrite/artralgia, EN e adenopatias hilares bilaterais, e a exclusão de outros diagnósticos (infeções, doenças auto-imunes e neoplásicas), a hipótese de Síndrome de Löfgren (SL) foi colocada.

A doente necessitou de terapêutica com corticosteroides orais, por ter apresentado resposta clínica e analítica incompleta aos AINEs.

SL é uma forma aguda de sarcoidose caraterizada por EN, linfadenopatia hilar bilateral e artralgia/artrite. Apesar de se tratar na grande maioria dos casos de uma condiçao auto-limitada e com prognostico favorável, é necessário ter em atençao que as suas manifestações podem estar associadas a redução da qualidade de vida, sendo necessário um tratamento e vigilância adequados.

PO235

1912 ARTERITE DE CÉLULAS DE GIGANTES: UMA VASCULITE CADA VEZ MAIS SISTÉMICA.

António Epifânio Mesquita, Madalena Monjardino Lobão, Catarina Patrício, Vítor Brotas

Serviço de Medicina 2.3 - Hospital de Santos António dos Capuchos, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, Portugal

Introdução

A Arterite de Células Gigantes (ACG) é uma vasculite de grandes vasos com envolvimento conhecido dos ramos cranianos das artérias com origem no arco aórtico. Porém, é cada vez mais reconhecido o carácter realmente sistémico desta patologia sendo importante considerá-la nos casos de Síndrome Febril Indeterminado (SFI) em doentes com mais de 50 anos.

Descrição

CASO CLÍNICO: Homem de 60 anos internado por quadro de 2 semanas de evolução de febre diária (39ºC), astenia e tosse seca. Referia, 3 semanas antes do internamento, episódios de dor na face interna de ambos os membros superiores com resolução completa após toma de anti-inflamatórios. Negava mialgias, cefaleias, amaurose, claudicação mandibular ou outras queixas. O exame objectivo era normal, nomeadamente a palpação das artérias temporais. Analiticamente apresentava elevação marcada dos parâmetros inflamatórios e alterações citocolestáticas tendo realizado Biópsia Hepática que revelou hemossiderose. O Ecodoppler das Artérias Temporais não revelou alterações e a Biópsia da Artéria Temporal foi inconclusiva. Após discutir com colega da Medicina Nuclear a principal hipótese diagnóstica, realizou Tomografia por Emissão de Positrões (PET) que revelou hipercaptação do metabolito no arco da aorta, aorta torácica e abdominal, artérias subclávias, humerais e femorais. Assumiu-se o diagnóstico de ACG e foi iniciada corticoterapia com resolução do quadro clínico. Aos 2 meses de follow-up, o doente mantém-se assintomático.

DISCUSSÃO: Este caso realça a importância de considerar a ACG no diagnóstico diferencial de SFI, mesmo na ausência de clínica sugestiva de envolvimento dos ramos arteriais cranianos, e o cada vez maior protagonismo assumido pela PET na abordagem diagnóstica destes doentes. Atendendo ao carácter sistémico da ACG e a relação conhecida com a Polimialgia Reumática, os autores postulam que as queixas álgicas típicas desta última poderão traduzir um componente vasculítico a merecer eventuais estudos imagiológicos futuros.

PO236

1922 SÍNDROME DE OVERLAP EM JOVEM: HEPATITE AUTOIMUNE E COLANGITE BILIAR PRIMÁRIA

Andrei Gradinaru, Ana Rita Lopes Alves, Maria João Rego Castro, Rita Silva, Ana Lopes Gonçalves, Miriam Blanco, Jorge Poço

ULSNE Bragança, Bragança, Portugal

Introdução

INTRODUÇÃO: A hepatite auto-imune (HAI) é uma doença inflamatória crônica do fígado de natureza heterogênea e evolução flutuante. Caracterizada por alterações histomorfológicas progressivas da parênquima hepática e com apresentação clínica variável. O diagnostico é estabelecido em base dos marcadores serológicos, histológicos e na exclusão das outras formas de doença hepática crônica. Em 18% dos casos a HAI está associada a doença colestática de etiologia autoimune.

Descrição

CASO CLÍNICO: Mulher de 35 anos com antecedentes de atopia alérgica. Recorreu à Urgência por agravamento da epigastralgia com 4 dias de evolução. Quadro acompanhado de cansaço, prurido generalizado, desconforto hipocôndrio direito desde há 6 meses, colúria e icterícia conjuntival nas ultimas 24 h. Sem alterações dos hábitos alimentares ou farmacológicos, nem consumo de álcool ou outros tóxicos. Ao exame objetivo apirética. Pele e mucosas ictéricas. Hepatomegalia dolorosa. Analiticamente:Hb.12.6 g/dL,Bilirrubina Total-6,61mg/dL (conjugada 4,2 mg/dL), ALT 1265U/L, AST 941U/L,GGT 109, Proteina C Reativa 0.84 mg/dL, INR 1,51. Virologia negativa. Imunologia com positividade da ANA 1,2UI/mL, Ac. Anti. Musculo Liso 1/320, SP100(-), gp210 (+/-), hiperglobulinemia com IgG 19,98 g/L. Níveis do cobre, ceruloplasmina sérica e alfa-1 anti tripsina normais. Na colangio-RMN confirmou-se hepatomegalia, com alterações sugestivas de edema parenquimatoso e periportal, com dilatação das vias biliares intrahepática.

Biopsia hepática com presença de edema, fibrose e infiltrações linfoplasmocitárias e de neutrófilos polinucleares, sendo exuberantes as lesões de colangite e ductopenia. Iniciada prednisolona 1 mg/kg, verificando-se franca melhoria da citolise/colestase, normalização analítica ao 10º dia de tratamento.

CONCLUSÕES: Os autores pretendem a salientar a importância do estudo inicial complexo da doença autoimune, dado a associação da doença das vias biliares de causa autoimunes em mais 18% das HAI.

PO237

1958 LÚPUS ERITEMATOSO DISCOIDE COM PROGRESSÃO PARA NEFRITE LÚPICA

Verónica Guiomar[1], Joana Pereira[1], Joana Pires[2], Maria João Pinto[1], Marta Marques[3], Vanessa Chaves[1], João Coimbra[1], Vítor Braz[1], Fernando Friões[1]

[1]Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

[2]Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro, Portugal

[3]Centro Hospitalar Póvoa de Varzim-Vila do Conde, Póvoa De Varzim, Portugal

Introdução

Apenas 1 a 5% dos doentes com lúpus eritematoso discoide (LED) evolui para lúpus eritematoso sistémico (LES).

Descrição

Caso Clínico: Homem, 56 anos. Hipertenso e diabético. Diagnóstico de LED há 17 anos. Doseamento máximo de anticorpos anti-nucleares (ANAs) 1/320. Valores oscilantes de anticorpos anti-DNA dupla hélice (ds-DNA); último valor superior ao normal há 5 anos, sem evidência de atingimento sistémico e com título normal posteriormente. Sem consumo de complemento. Anorexia, febre, náuseas, vómitos e diarreia com 3 semanas de evolução. Observado no serviço de urgência e assumida colite infeciosa tendo alta medicado com antibiótico e anti-inflamatórios não esteroides (AINEs). Passado uma semana é observado pelo médico assistente, apresentando perfil hipertensivo, sopro sistólico de novo, crepitações bilaterais e edemas periféricos. Lesão renal aguda com creatinina (Cr) 2mg/dL (valor prévio 1mg/dL) e sedimento urinário com proteinúria e eritrócitos dismórficos. Internado para diagnóstico etiológico e tratamento. Pesquisa de esquizócitos e eosinófilos negativa, desidrogenase lática (DHL) normal e prova de Coombs negativa. Sem hipercalcemia ou pico monoclonal sugestivo de gamapatia. Proteinúria nefrótica (16g/24h). Consumo de complemento e anticorpos anti ds-DNA, ANAs, anti-Sjögren A (anti-SSa) e imuno-complexos circulantes elevados. Ecocardiograma transtorácico sem vegetações. Agravamento progressivo da função renal (Cr máxima 4.8 mg/dL) sem compromisso da diurese. Iniciados pulsos de metilprednisolona e realizada biópsia renal no 4º dia de internamento que confirmou tratar-se de nefrite lúpica classe IV. Começada ciclofosfamida com melhoria progressiva da função renal, sem necessidade de iniciar técnica dialítica.

Discussão: Menos de 25% das formas cutâneas de lúpus eritematoso apresentam progressão para LES. Género feminino, altos títulos de ANAs e LED associam-se a maior risco de progressão

PO238

1962 INFEÇÕES RECORRENTES NOS JOVENS – A PROCURA DE CAUSAS RARAS.

Luciana Faria, Cristina Marques, Florisa González, Teresa Pinto, Vera Seara, Catarina Patronillo, Sónia Da Costa Fernandes

Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, Vila Do Conde, Portugal

Introdução

A Imunodeficiência Comum Variável (ICV) é a imunodeficiência primária mais prevalente sendo as manifestações clínicas muito heterogéneas. O diagnóstico tardio na idade adulta é comum.

Descrição

Apresenta-se o caso de uma doente de 44 anos com antecedentes de asma, ex-fumadora, amigdalites de repetição e 2 internamentos, em 2016, por pneumonia da comunidade, sem isolamento de agente complicada com derrame pleural de pequeno volume e necessidade de escalada terapêutica antibiótica por ausência de resposta. Neste contexto, alargado estudo tendo-se verificado proteinograma com doseamento de imunoglobulinas abaixo dos valores de referência (IgA, IgG e IgM). Em consulta externa de Medicina, a tomografia computorizada revelou adenopatias retroperitoneais e esplenomegalia, o estudo imunofenotípico excluiu doença linfoproliferativa mas revelou linfopenia de células B de memória, estudo endoscópio apresentava hiperplasia linfóide do íleo terminal. Foram excluídas causas de imunodeficiência secundária e timoma. Perante estes achados, colocou-se a hipótese de imunodeficiência comum variável, sendo referenciada a consulta de imunologia. Iniciou reposição de imunoglobulina com resposta parcial. Verificou-se ainda ausência de resposta após imunização com anticorpos específicos anti-Polis.Cápsula Pneumococo e anti-Toxóide tetânico.

Para além das infecções recorrentes os doentes com ICV, podem muitas vezes apresentar manifestações de doença auto-imune, uma variedade de doenças inflamatórias e até doença maligna, pelo que o diagnóstico pode muitas vezes arrastar-se com recurso a várias especialidades e sem tratamento atempado com impacto na vida da doente.

PO239

2011 IT'S NEVER LÚPUS! - HEPATITE ALCOÓLICA AGUDA NO ENCALÇO DO DIAGNÓSTICO DE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Mylene Costa[1], Ana Oliveira Pinho[1], Isabel Oliveira Cruz[1], Pedro Andrade[2], Sandra Alves Morais[1], João Pimentel Barbosa[1]

[1]Departamento de Medicina- Serviço de Medicina Interna, ULSM - Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal

[2]Departamento de Medicina- Serviço de Dermatologia, ULSM - Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal

Introdução

A hepatite aguda pode ocorrer no contexto de várias condições patológicas, sendo a hepatite alcoólica aguda (HAA) das causas não infecciosas mais comuns.

Descrição

Homem de 43 anos, com consumo etílico >100g/dia, sem doenças conhecidas. Apresenta-se com anorexia, astenia, icterícia e ascite, com duas semanas de evolução. Ao exame objectivo, além da ascite, destaque para múltiplas lesões eritematocrostosas, atróficas, envolvendo braços, tronco, couro cabeludo e pavilhões auriculares.

Analiticamente com critérios de hepatite aguda, com vírus hepatotrópicos negativos. Interpretado o quadro como HAA, com score Maddrey>32. Iniciou corticoterapia sistémica, com resposta favorável na avaliação com o score de Lille ao 4º dia.

O restante estudo de hepatite aguda revelou-se negativo, à excepção de ANA 1:320, anemia e trombocitopenia. Realizou biópsia hepática que documentou degenerescência balonizada dos hepatócitos e alterações fibróticas sugestivas de fibrose, suportando o diagnóstico de HAA em fígado já cirrótico.

Pela exuberância das lesões cutâneas, realizada biópsia cutânea, com achados compatíveis com lúpus eritematoso discóide (LED). Completado o restante estudo imunológico que revelou consumo de complemento e positividade para anti-dsDNA, anti-SSA e teste de Coombs direto. Assumido o diagnóstico de lúpus eritematoso sistémico (LES), com envolvimento cutâneo e hematológico. Iniciou tratamento com hidroxicloroquina, sem sinais de atividade após 18 meses de seguimento, em doente com abstinência alcoólica.

DISCUSSÃO: O LED é uma forma de apresentação de lúpus cutâneo crónico com progressão para LES em cinco a 28% dos doentes. Estão descritos factores de risco ambientais, como o álcool, a desencadear e perpetuar flares de LES. Este caso ilustra a importância da história clínica e exame objetivo detalhados para um enquadramento clínico integrado e sistémico do doente. Compreende-se ainda a importância da realização de biópsia hepática no diagnóstico diferencial de hepatite aguda.

PO240

2016 DEGENERAÇÃO CEREBELAR DEVIDO A SÍNDROME DE SJOGREN

Marcelo Aveiro, Fani Ribeiro, Renata Aguiar, Tatiana Rodrigues, Joana Domingues, Rosa Jorge

CHBV, Aveiro, Portugal

Introdução

O Síndrome de Sjogren (SS) é uma patologia auto-imune crónica, com etiopatogenia pouco esclarecida, que afeta principalmente as glândulas salivares e lacrimais. Caracteriza-se pela infiltração de células mononucleares de glândulas exócrinas causando xeroftalmia e xerostomia. A presença de manifestações do Sistema Nervoso Central (SNC) nesta patologia varia entre 2 a 60%. A degeneração cerebelosa associada a esta patologia é muito rara com poucos casos descritos na literatura.

Descrição

Apresentam os autores o caso de uma doente de 47 anos que há cerca de 10 anos iniciou de forma súbita disartria, ataxia e défice de força no hemicorpo direito. Na altura foi observada pelo seu médico assistente tendo sido admitido um acidente vascular cerebral, não tendo sido efectuado estudo. Apresentou melhoria dos défices sempre com algum desequilíbrio. Há cerca de 2 anos teve agravamento da ataxia da marcha e disartria tendo então sido enviada à consulta de Neurologia e Medicina. Realizou RM-CE mostrou marcada atrofia cerebelosa bilateral. Referia xerostomia e diplopia. Foi pedido estudo de auto-imunidade que revelou Ac. Anti SSA e anti SSB positivos. Realizou PET cerebral que mostrou hipometabolismo glicolítico cerebeloso, punção lombar (com aumento de IgG no LCR) e biopsia de glândulas salivares. Foi assumido o diagnóstico de degeneração cerebelar devido a SS e iniciou Metilprednisolona e ciclofosfamida mensal. Apresentou ligeira melhoria da disartria sem melhoria objetivável na ataxia e com aumento ponderal. Manteve seguimento em consulta de Medicina Interna, Reumatologia e Neurologia.

Discussão

As principais manifestações neurológicas do SS são não focais como perda de memória, disfunção cognitiva entre outros. Apesar da ataxia já ter sido descrita em alguns doentes, a degeneração cerebelar primária associada a SS é uma entidade rara com poucos casos descritos. O diagnóstico permanece de exclusão e o tratamento específico do SS com envolvimento do SNC não é consensual.

PO241

2018 POLIMIOSITE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Inês Nogueira Costa, Clara Silva, António Braga, Rita Moça, Joana Pimenta

Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

Introdução

A Polimiosite é uma doença auto-imune rara classificada como miopatia inflamatória idiopática. Neste grupo também se incluem a Dermatomiosite e a Miosite de corpos de inclusão. O correto diagnóstico é baseado na combinação de uma história clínica detalhada associada a exames complementares de diagnóstico como o doseamento das enzimas musculares e a biópsia muscular.

Descrição

Homem de 40 anos. Previamente saudável. Admitido por quadro de mialgias simétricas dos músculos dos ombros, do pescoço, dos braços e das coxas. Agravamento progressivo com dois meses de evolução que condicionava dificuldade em andar, subir escadas ou levantar-se de uma cadeira. Negava consumo de fármacos, álcool ou drogas ilícitas.

Hemodinamicamente estável. Diminuição da força dos grupos musculares referidos. Sem outras alterações ao exame neurológico. Sem alterações cutâneas. Analiticamente, subida acentuada das enzimas musculares (CK 8624 U/L, mioglobina 2759 ug/L, aldolase 44.4 U/L).

Iniciou fluidoterapia, prednisolona 80 mg/dia e azatioprina 25 mg/dia.

Excluído atingimento esofágico, pulmonar e cardíaco. Sem evidência de neoplasia. Resultados microbiológicos negativos (Sífilis, VIH, VHB, VHC, CMV, Parvovírus e EBV). Biópsia muscular compatível com miopatia inflamatória, provável polimiosite. Electromiografia concordante com processo miopático. RMN a revelar edema muscular. Anticorpos anti-nucleares positivos 1/320, padrão mosqueado. Anticorpo Anti-Jo 1 negativo.

Durante o internamento apresentou melhoria clínica franca, tolerância para esforços cada vez maiores e descida gradual das enzimas musculares.

Discussão: A gravidade da doença é altamente variável, sendo que fatores como fraqueza muscular intensa à apresentação, disfagia, atingimento dos músculos respiratórios, doença pulmonar intersticial, acometimento cardíaco, doença neoplásica associada ou atraso no tratamento para além de seis meses após o inicio dos sintomas, conferem pior prognóstico. A base do tratamento consiste na corticoterapia.

PO242

2090 DOENÇA MISTA DO TECIDO CONJUNTIVO - UM DIAGNÓSTICO DIFÍCIL

Sara Pinto, Filipa Coroado Ferreira, Raquel Ferreira, Joana Neves

Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Aveiro, Portugal

Introdução

A Doença Mista do Tecido Conjuntivo (DMTC) partilha características clínicas com o lúpus eritematoso sistémico, esclerodermia e poliomiosite, sendo diagnosticada perante títulos elevados do anticorpo anti-ribonucleoproteína (anti-RNP). O diagnóstico é geralmente tardio, uma vez que é raro todas as manifestações clínicas ocorrerem em simultâneo. O seu atingimento é multissistémico, sendo a manifestação cardíaca mais comum a pericardite.

Descrição

Mulher de 60 anos, recorre ao Serviço de Urgência por quadro com seis meses de evolução de astenia, perda ponderal, mialgias, artralgias inflamatórias, parestesias e acrocianose. À avaliação inicial, com tremor mioclónico dos membros superiores, hiporreflexia generalizada e elevação das enzimas de citólise muscular. Internada para estudo etiológico, realizou estudo complementar alargado, destacando-se achados sugestivos quer de DMTC (antidsDNA 65,7U/mL, anti-Ro52> 240U/mL, anti-RNP> 240U/mL), quer de amiloidose (electrocardiograma com perda de voltagem de ondas R em V1-V3; ecocardiograma e ressonância magnética cardíaca com alterações sugestivas de miocardiopatia infiltrativa; biópsia de gordura abdominal inicialmente positiva para substância amilóide e posteriormente negativa quando revista noutro laboratório). Assumido diagnóstico de DMTC e iniciada terapêutica com corticóide 1mg/Kg/dia e ciclofosfamida 1g/mês, assistiu-se a uma evolução clínica favorável.

DISCUSSÃO: A DMTC é uma entidade de difícil diagnóstico, chamando-se neste caso a atenção para a exuberância das manifestações cardíacas, que funcionaram como um factor confundidor. Com este caso, os autores pretendem demonstrar a importância da discussão entre pares, abordagem multidisciplinar e utilização de laboratórios experientes na avaliação de doentes complexos.

PO243

2091 O CAMINHO DIAGNÓSTICO PARA ALÉM DA BIÓPSIA HEPÁTICA

Irene Cortes Verdasca, Susana Franco, Luis Melo, João Torres, Sara Dias, João Alves, Joana Silva, Susana Peres, Teresa Baptista, Fernando Borges, Kamal Mansinho

Hospital Egas Moniz, Lisboa, Portugal

Introdução

A hepatite autoimune (HAI) continua a ser um grande desafio

diagnóstico e terapêutico. Além de ser uma doença relativamente rara o seu reconhecimento precoce poder ser difícil pelo seu quadro clínico heterogéneo e ausência de um achado clínico ou laboratorial específico.

Descrição

CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, 67 anos, leucodérmica, com púrpura trombocitopénica idiopática, infeção por Vírus da Imunodeficiência Humana-1 sob terapêutica antirretroviral, com situação imunológica estável e carga viral suprimida. Referia quadro de astenia, coloração amarelada das mucosas e náuseas com 1 mês de evolução. A salientar residência em meio rural, consumo de alimentos não pasteurizados, contacto com animais não vacinados e contacto ocasional com raticidas. Apresentava mucosas ictéricas e dor à palpação do hipocôndrio direito. Analiticamente com INR 1,4, bilirubina total 23mg/dL, AST 1969U/L, ALT 871U/L, fosfatase alcalina 265U/L, GGT 153U/L, IgG 1780mg/dL, ANA (+ 1:320) e ASMA (+). Ecografia abdominal sem alterações. Foi excluída infeção por hepatite A, B, C e E, vírus Epstein-Barr, citomegalovírus, leptospira, Coxiella burnetti , Bartonella spp, Borrelia burgdoferi, Rickettsia spp e Brucella spp. Realizou biópsia hepática que mostrou hepatite crónica com marcada atividade, que podia ser compatível com etiologia autoimune ou tóxica. Admitiu-se como causa hepatite aguda de etiologia autoimune, tipo 1 ao aplicar o Simplified score para HAI (7 pontos) e como causa provável ao aplicar o score convencional (15 pontos). Iniciou prednisolona 1mg/Kg/dia e azatioprina 25mg/dia com rápida remissão do quadro.

DISCUSSÃO

Os critérios de diagnóstico simplificado, embora ainda não validados em estudos prospetivos, têm uma elevada sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de HAI. A sua aplicação na prática clínica permitiu obter o diagnóstico de HAI após o resultado de uma histologia hepática não definitiva e o início de terapêutica imunossupressora, neste caso com remissão da doença.

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 04
14:00 - 15:30

PO244

2126 PSEUDOTUMOR ORBITÁRIO EM CONTEXTO DE DOENÇA MEDIADA POR IGG4

Joana Rosa Martins, Ana Bento Rodrigues, Ryan Costa Silva, Alba Janeiro Acabado, Paulo Cantiga Duarte
CHLN-HSM, Lisboa, Portugal

Introdução

A doença mediada por IgG4 é rara, caracterizando-se pelo aparecimento de nódulos ou massas em diferentes localizações, tendo uma apresentação e evolução clínica muito heterogénea. Por ser uma patologia cada vez mais reconhecida observa-se ocasionalmente o seu diagnóstico em doentes com entidades nosológicas não totalmente esclarecidas no passado ou com diagnóstico prévio erróneo.

Descrição

Os autores apresentam o caso de um doente de 57 anos, que desenvolveu um quadro de amaurose e hiperémia conjuntival à direita. Após avaliação pela Oftalmologia realizou TC da órbita que revelou um espessamento das paredes dos globo ocular com densificação da gordura intracónica. Foi colocada a hipótese de processo neoformativo tendo realizado biópsia que apesar de não ser conclusiva colocou a hipótese de linfoma não Hodgkin CD20+. Neste contexto realizou TC de corpo, PET, mielograma e biópsia óssea que não foram sugestivas de doença linfoproliferativa. Após discussão do caso e na ausência de envolvimento sistémico o doente foi proposto para radioterapia de baixa dose. Apesar de ter apresentado melhoria inicial observou-se posterior aumento dimensional da lesão, com queixas álgicas refractárias pelo que, atendendo à impossibilidade de recuperação funcional, foi realizada enucleação. O exame anatomopatológico do globo ocular revelou “pseudotumor esclerosante com aspectos sugestivos de doença mediada por IgG4” tendo sido referenciado a consulta de Medicina Interna. A avaliação analítica documentou elevação sérica de IgG4, tendo a TC de corpo revelado a presença de fibrose retroperitoneal em manga periaortoilíaca, assumindo-se o diagnóstico de doença de IgG4 sistémica e sendo iniciada corticoterapia com boa resposta clínica, imagiolóica e analítica.

Com este caso os autores pretendem discutir a abordagem à doença mediada por IgG4, salientando a necessidade de suspeição diagnóstica já que uma terapêutica atempada e adequada por evitar significativa morbimortalidade.

E-POSTERS

PO245

2129 UM CASO DE AMAUROSE BILATERAL

Filipe Morais Almeida, Isaac Pereira, Filipa Lage, Paulo Cesar, Patricia Marujo, José Vaz

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo - Hospital José Joaquim Fernandes, Beja, Portugal

Introdução

A arterite de células gigantes (ACG) é uma inflamação crónica das grandes artérias, que afecta maioritariamente adultos acima dos 50 anos. A Ultrassonografia (US) é um método com elevada sensibilidade e especificidade para distinguir entre arterias com vasculite e normais. Existe uma associação entre mutações pro-coagulantes e fenómenos protrombóticos, embora a sua ligação não esteja 100% clarificada.

Descrição

Homem, 71 anos, autonomo, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial essencial e dislipidemia, sem hábitos tabágicos ou etanólicos. Recorreu ao serviço de urgência, por amaurose do olho esquerdo, 2 dias depois de ter amaurose do olho direito. A observação por oftalmologia revelou oclusão bilateral da art. Central da retina(ACR). Considerou-se provavel ACG, perante suspeita claudicação mandibular esquerda e cefaleia temporal esquerda. Analiticamente apresentava uma Velocidade de Sedimentação(VS) de 19mm/h, ligeira hipercolesterolémia e estudo de autoimunidade negativo, bem como serologias para HBV, HCV e VIH. Neste contexto iniciou pulsos de metilprednisolona. Fez ECG, Holter 24h e Ecocardiograma e RMCE sem alterações relevantes, Doppler transcraniano e dos vasos do pescoço com vasos sem aparente arterite activa, sem "sinal do halo". Por fim pediu-se igualmente estudo de pré-disposição genética para a trombose, que se revelou positivo para homozigotia 4G/4G, heterozigotia MTHFR 677C>7 e 1298A>C. Após ter feito um periodo de corticoterapia, fez desmame e manteve sempre VS baixa, pelo que se assumiu que a provavel etiologia da oclusão da ACR seria causada por predisposição para a formação de trombos e neste contexto iniciou anticoagulação oral.

DISCUSSÃO: Embora a oclusão bilateral da ACR seja muito sugestiva de ACG não é exclusiva e uma VS negativa aliada a uma US negativa é muito especifica para ausência desta patologia. É necessário considerar diagnósticos alternativos como predisposições genéticas como causa possivel para a oclusão arterial.

PO246

2176 POLICONDRITE RECIDIVANTE - UM DIAGNÓSTICO ESCONDIDO

Márcia Pacheco, Ana Silva, Carina Graça, Denise Lopes

Hospital Vila Franca de Xira, Vila Franca Xira, Portugal

Introdução

Introdução: A policondrite é uma doença multissistémica crónica inflamatória e recidivante, que afeta principalmente o tecido cartilaginoso e as estruturas ricas em proteoglicanos de diversos órgãos e sistemas. Caracteriza-se pela ocorrência de uma reação inflamatória intensa com efeitos adversos nos órgãos comprometidos com necrose e reparação com tecido fibrocicatricial.

Esta é uma entidade relativamente rara que pode surgir como doença primária ou associada a outras doenças sistémicas, com envolvimento articular, ocular, árvore traqueobrônquica, nefrológica e cardiovascular.

Descrição

Homem de 64 anos, com quadro constitucional com 4 meses de evolução acompanhado de tosse produtiva com dor pleurítica retro-esternal, sudorese nocturna e rigidez matinal com artralgias migratórias. A salientar disfonia e dor mandibular. Tem como antecedentes de relevo: artrite psoriática, seguido em consulta de reumatologia sob AINE, tendo feito um curto período de metotrexato suspenso por toxicidade. Durante o internamento apresentou inicialmente febre e artralgias sobretudo punhos e ombros bem como mialgias. À avaliação apresentava edema e rubor dos pavilhões auriculares bilateralmente poupando os lobos, queixa que refere ser recorrente. Queixas de odinofagia e eritema ocular que no seu conjunto levaram a ser colocada a hipótese de policondrite Do estudo analítico serologias virais negativas, VS 100 mm/s, ferritina 1300 mg/dl, PCR de 12 mg/dl. ANA + 1/320 nucleo fino granular, Positivo mitoses. As hemoculturas foram negativas e o ecocardiograma transtorácico sem presença de vegetações. Realizou tomografia computorizada (TC) de corpo revelou espessamento de brônquios subsegmentares e opacidades micronodulares centrilobulares subpleurais. Assinalam-se ainda adenomegalias dispersas pelo tórax, abdómen e pélvis. A anatomia patológica de ganglio biopsado foi inconclusiva e o ecodoppler das artérias temporais não foi sugestivo de arterite. Iniciou corticoterapia 60 mg/dia, desmame para 40mg/dia, com melhoria franca em termos clínicos, analíticos e apirexia mantida. Cerca de um mês depois apresenta queixas de dor intensa na região dos seios frontais e maxilares e da pirâmide nasal, associado a lacrimejo e ardor ocular. Realizou TC craneo encefálica que mostrou sinusopatia inflamatória aguda de padrão de complexo ostiomeatal bilateral; deiscência da lâmina papirácea direita e evaginação etmoidal da gordura orbitária extracónica medial adjacente. Contactada ORL que deu indicação de corticoide nasal durante 3

semanas, descongestionante nasal durante 5 dias e antibioterapia empírica com amoxicilina-ácido clavulânico. Apresentou alívio moderado dos sintomas, pelo que foi associada terapêutica anti-inflamatória com colchicina. Conclusão: A raridade desta patologia, bem como a sua apresentação multissistémica pode tornar o diagnóstico difícil. Como entidade complexa, progressiva e potencialmente letal devemos estar alertas para reconhecê-la rapidamente e tratá-la oportunamente.

PO247

2185 KEEP CALM: IT'S JUST LUPUS.

Jorge Rodrigues Fernandes, Joana Cristóvão Marques, Matilde Fraga, Rui Barata, Vera Bernardino, Ana Catarina Rodrigues, Catarina Pereira, António Panarra

Hospital Curry Cabral, CHLC, Lisboa, Portugal

Introdução

O lúpus eritematoso sistémico (LES) é uma entidade rara no idoso, com apresentação frequentemente atípica neste grupo etário.

Descrição

Homem, 67 anos, com queixas com 8 meses de evolução de cansaço, anorexia, perda ponderar, náuseas, vómitos e tromboembolismo venoso (TV) recorrente. Realizado estudo exaustivo para exclusão de neoplasia, documentando-se lesões nodulares pancreáticas e derrame pleural bilateral, sendo internado num serviço cirúrgico para esclarecimento. Complementado estudo com ressonância magnética, com alterações a favor de quistos pancreáticos simples. Por ter análises com velocidade de sedimentação elevada, anemia e leucopenia, foi pedida avaliação por Medicina Interna. Apurou-se fenómeno de Raynaud (FR) com alguns meses de evolução, sem outras queixas de órgão/sistema. Estudo de anemias a favor de inflamação crónica, com imunofixação sérica sem monoclonalidade, mielograma e biópsia osteomedular sem alterações e serologias para VIH e hepatites virais negativas. Perante serosite, bicitopenia e TV recorrente, equacionou-se hipótese de LES com eventual síndrome antifosfolípido (SAF) associado, com estudo que revelou ANA 1/640, anti-dsDNA, anti-nucleossomas e anti-histonas positivos, teste de Coombs positivo (sem evidência de hemólise), complementos normais, com anticoagulante lúpico, anticardiolipina e anti-β2glicoproteína1 negativos, sem proteinúria ou alterações do sedimento urinário. Iniciou prednisolona, hidroxicloroquina e amlodipina, com recuperação de apetite e peso, remissão do FR e redução do título de anti-dsDNA e anti-nucleossomas.

Discussão: O LES de início tardio manifesta-se frequentemente com sintomas constitucionais, sendo o envolvimento cutâneo, articular e renal raro. Este carácter atípico pode atrasar o diagnóstico e tratamento, como no caso relatado. É importante considerar esta hipótese diagnóstica mesmo em idades mais avançadas, de forma a reduzir morbimortalidade e melhorar o prognóstico.

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 05
14:00 - 15:30

PO248

2212 UM CASO INVULGAR DA DOENÇA DE STILL DO ADULTO

Carolina Carvalho, Bogdan Kachan, Daniela Alves, Maria Eufémia Calmeiro, Rosa Silva

ULS-Castelo Branco, Castelo Branco, Portugal

Introdução

A Doença de Still do Adulto (DSA) é uma doença auto-inflamatória sistémica, rara, com incidência estimada 0.16 casos por 100000 habitantes/ano, de etiologia desconhecida, associada a fatores genéticos e ambientais. Atinge tendencialmente mulheres, com pico bimodal entre os 16 e 25 e os 35 a 45 anos, com relatos de doentes com mais de 70 anos. A tríade característica é febre, rash, artrite ou artralgia.

Descrição

Os autores (AA) apresentam o caso de uma mulher de 56 anos, sem antecedentes patológicos conhecidos. Internada por febre >30ºC <40ºC com picos bidiarios, associada a mialgias, gonalgia bilateral, com 4 dias de evolução. Ao 13º dia: rash cutâneo transitório, nos picos febris, não pruriginoso, macular e cor de salmão, interpretado inicialmente como reação medicamentosa. Do ponto de vista analítico salienta-se: anemia com teste de Coombs direto positivo; leucocitose; trombocitopenia (21,0x10³/μL); AST: 668 U/L; ALT: 307 U/L; FA: 470 U/L; GGT: 557 U/L; PCR: 267 mg/dL; VS: 42 mm; ferritina: 4029 ng/mL; ferritina glicada <1%; IL6: 85ng/dL e AlfaTNF: 180pg/mL. Serologia positiva para Coxiella burnetii fase II. Autoimunidade negativa. Mielograma e biópsia óssea não confirmam síndrome ativação macrofágica (MAS). Fez antibioterapia dirigida; prednisolona 1mg/Kg, por agravamento hematológico iniciou Igs humana 1gr/Kg com boa resposta clínica e analítica. Após normalização dos parâmetros laboratoriais iniciou metotrexato. Este caso pontua 5 critérios major e 2 minor nos critérios de Yamagucchi; 4 major e 2 minor nos critérios Fautrel. A DSA é um diagnostico de exclusão. Embora a febre Q possa mimetizar outras patologias, a presença dos critérios confirma DSA. Os AA pretendem chamar atenção para a necessidade do diagnóstico precoce, não esquecendo sua associação com MAS ou outras complicações graves que implicam reconhecimento para uma intervenção terapêutica urgente.

E-POSTERS

PO249

2241 OLHANDO O DOENTE COMO UM TODO: VASCULITE P-ANCA

Rafael Nascimento, Francisca Silva, Fabiana Gouveia, João Miguel Freitas, Rita Vieira, Luz Brazão

Hospital Central do Funchal, SESARAM EPE, Funchal, Portugal

Introdução

Apresenta-se um caso de uma insuficiência renal rapidamente progressiva (IRRP) por vasculite p-ANCA.

Descrição

Homem de 72 anos com antecedentes de hipertensão arterial dá entrada no serviço de urgência (SU) por quadro de tosse produtiva e dispneia, referindo hiperemia conjuntival. Ao exame objetivo destacava-se discreta polipneia em ar ambiente com diminuição do murmúrio vesicular à direita. Analiticamente apresentava leucócitos de 18,600 com neutrofilia, creatinina de 4.57 mg/dL e PCR de 166 mg/L, metabolicamente a gasometria arterial não apresentava alterações, a telerradiografia não apresentava focos pneumónicos de novo. Foi internado por infeção respiratória com agravamento da função renal.

Durante o internamento realizou empiricamente antibioterapia, hidratação endovenosa e ecografia renal, esta última excluiu componente obstrutivo renal, contudo o doente mantinha creatininas na ordem dos 5.0 mg/dL. Admitiu-se dada a ausência de antecedentes de doença renal, valores persistentes de creatinina elevada aliado a queixas respiratórias recorrentes e mesmo do leito oftálmico/conjuntival um quadro de IRRP por síndrome de goodpasture/vasculite pauci imune.

Doente realizou analises dirigidas a esta hipótese realçando-se uma proteinuria nefrótica (4.065) com anticorpo p-ANCA positivo. Assumiu-se a hipótese de vasculite a pANCA tendo iniciado ciclos de metilprednisolona e ciclofosfamida com melhoria da função renal para creatininas na ordem dos 3 mg/dL. Realizou ainda tomografia axial computorizada tóraco-abdomino-pelvica sem alterações significativas e realizou biopsia renal cujo resultado revelou uma vasculite pauci imune.

Apresenta-se um caso de uma vasculite num doente internado por uma infeção respiratória baixa. Os autores pretendem demonstrar com este caso a importância da Medicina Interna na integração do doente como um todo de modo a promover um tratamento correto com o intuito de melhorar a qualidade de vida.

PO250

2333 VASCULITE CUTÂNEA DE PEQUENOS VASOS - QUANDO MEDICINA INTERNA E DERMATOLOGIA SE COMPLEMENTAM

Dina Rochate, Rodrigo Massa, Clara Paiva

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPER, Ponta Delgada, Portugal, Ponta Delgada, Portugal

Introdução

As vasculites constituem um grupo de doenças imunomediadas, globalmente caraterizadas por inflamação da parede dos vasos. Podem atingir vasos de qualquer calibre porém, a maioria dos processos fisiopatológicos subjacentes a cada vasculite permanece ainda por esclarecer.

Descrição

Mulher de 60 anos, caucasiana, doméstica. Antecedentes de vários episódios de erisipelas no período de um mês, previamente à data de internamento e medicada com diversos antibióticos. Recorre ao SU por aparecimento de lesões cutâneas dolorosas no membro inferior direito, tendo tido alta para o domicílio com o diagnóstico de erisipela e medicada com Penicilina e Hidroxizina. Regressa após 3 dias por agravamento das mesmas lesões, com alterações inflamatórias e aumento de intensidade da dor. Ao exame objetivo apresenta apenas lesões nodulares necro-inflamatórias no membro inferior direito, algumas com extravasamento espontâneo de conteúdo sero-hemático. Internada para estudo, tendo efetuado analises gerais, exame de urina tipo II, urocultura, hemocultura, electroforese das proteínas, doseamento de imunoglobulinas, TASO, estudo de auto-imunidade e do complemento, serologias virais, radiografia do torax e TC toraco-abdomino-pélvica. Dos estudos efetuados, destacam-se: PCR 2,97 mg/dl, TASO 510 UI/ml, urina II com nitritos positivos e isolamento de Klebsiella pneumoniae multissensivel na urocultura. Restante estudo sem alterações. Após observação e discussão com a Dermatologia, inicia empiricamente Meropenem, tratamento tópico das lesões e protela-se biópsia a ser realizada se eventual deterioração clínica. Realizou 8 dias de antibioterapia, período findo o qual apresenta franca melhoria clínica, tendo tido alta com o diagnóstico de Vasculite necrotizante pós-infecciosa, secundaria a infecção de trato urinário/infecção cutânea.

As vasculites são doenças raras, com cerca de 10-15 novos casos/anos (por 1.000.000 de habitantes). A maioria dos casos permanece de causa idiopática (45 – 55%) e o diagnóstico definitivo pode ser atrasado dada a multiplicidade de patologias que podem mimetizar as vasculites. Atualmente não existe um algoritmo que permita o diagnóstico confiável destas entidades, pelo que os doentes são sujeitos a uma grande bateria de testes para esclarecer a etiologia e facilitar o tratamento, sendo fundamental o reconhecimento clínico de lesões características e destacando-se a importância da complementaridade entre

Medicina Interna e Dermatologia no diagnóstico de vasculites cutâneas.

PO251

2343 POLIMIALGIA REUMÁTICA, UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Gisela Vasconcelos, Ligia Santos, Catarina Couto, Margarida Cruz, Alice Castro, Mari Mesquita

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Crestuma, Vila Nova De Gaia, Portugal

Introdução

A dor articular é um sintoma frequente, com inúmeras causas, desde patologias autolimitadas, até doenças com significativa morbimortalidade.

Descrição

Mulher, 63 anos. História de patologia osteoarticular degenerativa da coluna lombar. Quadro com 6 semanas de evolução de dor na região cervical, ombros, ancas e joelhos, bilateral e simétrica, de características inflamatórias, com rigidez matinal. Resposta ligeira a anti-inflamatórios não esteróides. Acresce edema das articulações interfalângicas e dos punhos. Sem outros sintomas, nomeadamente febre, perda ponderal, cefaleia, claudicação mandibular, da visão/oculares, cutâneos, digestivos e urinários. Sem contexto epidemiológico.

Objetivamente dor à palpação das articulações referidas, com limitação à mobilização ativa e passiva. Analiticamente anemia normocitica/normocrómica e elevação dos parâmetros inflamatórios sistémicos. Função tiroideia e creatinofosfoquinase normais. HLA B27 positivo. Restante estudo imunológico sem alterações. Serologias víricas negativas. Título de anti-estreptolisina O negativo. Hemoculturas estéreis. Urinálise sem alterações. Ressonância magnética da bacia sem critérios de sacroileíte, revelando pequeno derrame em ambas articulações coxofemorais e sinais de entesite. Pela suspeita de polimialgia reumática (PMR), iniciada baixa dose de corticoide, com rápida e significativa melhoria clinica e analítica.

Este caso pretende relembrar esta patologia frequente após os 50 anos, mas que permanece subdiagnosticada e fonte de limitação funcional. O diagnóstico é clinico-laboratorial, constituindo um desafio pela semelhançaa a outras patologias, implicando a sua exclusão. A rápida resposta a baixa dose de corticoide é característica. Associa-se frequentemente a arterite de células gigantes (ACG), cujos sinais e sintomas não estavam presentes neste caso, o que não exclui o surgimento futuro. Assim, impõe-se monitorização da resposta terapêutica, assim como da instalação de ACG, cuja corticoterapia não previne.

PO252

2347 CICLOSPORINA E HIPERTENSÃO ARTERIAL – UM EFEITO SECUNDÁRIO DE UM FÁRMACO NECESSÁRIO

Anna Knoch, Ana Azevedo, Olinda Caetano

Hospital de Braga, Amares, Portugal

Introdução

Ciclosporina e hipertensão arterial – um efeito secundário de um fármaco necessário

A ciclosporina é um inibidor da calcineurina, usado no controlo de doenças auto-imunes e da rejeição de transplante de órgão alogénico por bloquear a transcrição das interleucinas e suspender a resposta imune. A hipertensão arterial (HTA) e a nefrotoxicidade são efeitos secundários reconhecidos da terapêutica. Com fisiopatologia multifactorial, a HTA apresenta resposta variável aos anti-hipertensores (AHTA).

A Miastenia gravis é uma doença autoimune rara caracterizada por fraqueza muscular pelo bloqueio anticorpo-mediado da transmissão neuromuscular. Existem vários factores causadores de exacerbação, nomeadamente alguns fármacos AHTA.

Descrição

CASO CLÍNICO: Apresenta-se um caso de uma jovem de 33 anos, com antecedentes de Miastenia Gravis desde 2001 medicada com ciclosporina, enviada à consulta Medicina Interna por HTA. Confirmada a hipertensão, iniciou terapêutica com inibidor do sistema de renina angiotensina e diuréticos, com resposta apenas parcial. Orientação terapêutica da hipertensão dificultada pelas limitações impostas pela Miastenia gravis. Excluídas outras causas secundárias de HTA. Evidenciadas lesões de órgão de alvo, com hipertrofia ventricular esquerda e doença renal crónica. Após discussão multidisciplinar, decidida alteração da terapêutica imunosupressora, com introdução de rituximab e consequente redução da dose de ciclosporina Em Julho de 2017 a doente suspendeu ciclosporina com franca melhoria dos valores tensionais e redução imediata da necessidade terapêutica AHTA .

cONCLUSÃO: As doenças auto-imunes implicam na maioria dos casos terapêuticas imunossupressoras mais ou menos agressivas para o seu controlo. A melhoria do quadro clínico acarreta muitas vezes efeitos secundários associados aos fármacos que, não sendo desprezíveis, são muitas vezes uma consequência necessária de um bem maior.

Doenças Cardiovasculares

PO253

226 ENDOCARDITE TROMBÓTICA NÃO BACTERIANA COM EVENTOS VASCULARES EMBÓLICOS COMO MANIFESTAÇÃO DE NEOPLASIA PANCREÁTICA AVANÇADA – CASO CLÍNICO

Filipa Duarte Ribeiro, Cátia Dias, Raquel Barreira, Janine Resende, João Valente

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova De Gaia, Portugal

Introdução

A endocardite trombótica não bacteriana, também designada endocardite marântica (EM), é uma complicação rara de neoplasias e estados de hipercoagulabilidade. Afeta sobretudo a válvula aórtica(VAo), a mitral (VMi) ou ambas simultaneamente. Ocorre em estados inflamatórios crónicos não infeciosos, sobretudo neoplasias viscerais, e as vegetações têm maior propensão para desagregar e embolizar do que na endocardite infeciosa.

Descrição

Homem, 44 anos, história recente de trombose venosa profunda e embolia pulmonar (hipocoagulado com apixabano), admitido no serviço de urgência por quadro com quatro dias de tonturas, confusão mental e desequilíbrio da marcha, associado a aparecimento, 6h antes da admissão,de hemiparesia direita e apagamento do sulco nasolabial. Sem outros défices neurológicos. Referiu anorexia e perda ponderal (não soube especificar). Sem febre ou outros sintomas. A tomografia computorizada (TC) cerebral mostrou lesões isquémicas recentes no território da artéria cerebral média direita. No ecocardiograma transtorácico: regurgitação aórtica significativa; sem vegetações ou trombos endocavitários. Na TC toracoabdominopélvica: metástases hepáticas difusas; enfartes hepáticos, renais e esplénicos; pâncreas com área nodular na cauda (30mm) suspeita de lesão neoplásica. No ecocardiograma transesofágico: espessamento dos folhetos da VMi e massa ecogénica aderente aos folhetos (trombo e/ou vegetação); VAo com espessamento difuso das cúspides, sugerindo envolvimento inflamatório/infecioso; massa ecogénica móvel tricúspide (trombo e/ou vegetação). Restante estudo: elevação de D-dímeros, lactato desidrogenase e marcadores CA-125, Cyfra 21-1 e antigénio carcinoembrionário. Mutações MTHFR e PAI-1 em heterozigotia. Apesar das medidas instituídas, o doente manteve agravamento e faleceu.

A EM é uma manifestação grave e potencialmente subdiagnosticada de estados prótrombóticos com elevada morbimortalidade. O adenocarcinoma pancreático tem uma forte associação, embora a maioria dos dados seja obtida post-mortem. Geralmente o prognóstico é mau por se tratarem de neoplasias malignas disseminadas e incuráveis. No entanto, o tratamento paliativo traz benefícios significativos e, portanto, deve ser utilizado sempre que possível.

PO254

258 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Cristina Silva, Sofia Rolo, Daniela Neto, Isabel Trindade, Helena Sarmento, Jorge Cotter

Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, Portugal

Introdução

O tromboembolismo venoso pode ter causa hereditária ou adquirida. Como causa hereditária, destacam-se as mutações na cascata da coagulação. Entre as causas adquiridas, enquadram-se as neoplasias e o síndrome antifosfolípido.

Descrição

CASO CLÍNICO: Trata-se de um homem de 40 anos, autónomo, fumador, com consumo esporádico de canabinóides e opiáceos. Iniciou, subitamente, um quadro de dor nos membros inferiores e edema periférico, com limitação progressiva da marcha até ficar alectuado. Apresentou-se no serviço de urgência 1 mês após o início dos sintomas, com perda de 20% do peso corporal. Apresentava aspeto emagrecido e edema bilateral dos membros inferiores, simétrico, até ao joelho. Na tomografia computorizada toracoabdominopélvica (TAC TAP), destacava-se uma trombose venosa profunda, que envolvia bilateralmente as veias femorais, veias ilíacas externas e primitivas e a veia cava inferior abaixo das artérias renais. Iniciou-se hipocoagulação com enoxaparina em dose terapêutica. No estudo complementar realizado, documentada gamapatia monoclonal de significado indeterminado IgG cadeias leves kappa. Do estudo paraneoplásico, sem alterações suspeitas na TAC TAP; PSA total, ecografia prostática, estudo endoscópico alto e baixo e ecografia cervical e da tiroide sem alterações. Segundo Otorrinolaringologia, sem evidência de patologia maligna desse foro. Do estudo trombofílico, homozigótico normal para o fator V de Leiden e gene da protrombina. Marcadores víricos negativos para VIH e vírus hepatotrópicos. Mantém seguimento em consulta de Medicina Interna. Clinicamente bem, edema dos membros inferiores em regressão e com recuperação razoável do peso. Mantém hipocoagulação. Aguarda completar estudo trombofílico.

DISCUSSÃO: Este caso pretende alertar para o vasto leque de diagnósticos diferenciais que surgem perante um tromboembolismo venoso e para a importância do diagnóstico etiológico, uma vez que tem implicações no tipo e duração da hipocoagulação e no prognóstico do doente.

PO255

289 DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA DO MEMBRO SUPERIOR EM HOMEM JOVEM

Tiago Seco[1], Joana Ferreira[2], Carlos Fernandes[2], Jorge Cotter[2]

[1]Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães, Guimarães, Portugal

[2]Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, Portugal

Introdução

A trombose venosa profunda (TVP) é uma entidade relativamente comum quando afecta os membros inferiores, menos comum é quando afecta os membros superiores, principalmente num homem jovem e aparentemente saudável. Torna-se assim essencial esclarecer a etiologia para melhor ponderar uma estratégia individualizada de seguimento.

Descrição

Apresenta-se o caso de um homem de 32 anos, previamente saudável, admitido no Serviço de Urgência por edema marcado do membro superior direito (MSD) e da parede torácica ipsilateral associada a queixas álgicas ocasionais.

Referia estar auto-medidao com espironolactona 25 mg id e etinilestradiol há 5 meses e ciproterona 5 mg id há 1 mês por disforia de género. Da história clínica ainda de destacar que tinha uma profissão com traumatismos de repetição do MSD. Ao exame objectivo apresentava edema do membro, com pulsos palpáveis e sem sinais de má perfusão. Realizou angioTC do braço afectado com identificação de defeito de preenchimento central das veias axilar e subclávia, compatível com TVP a este nível e sendo possível identificar a extremidade proximal do trombo na confluência das veias subclávia e jugular interna direitas.

Foi instituida hipocoagulação oral que cumpriu durante 6 meses com melhoria clínica e imagológica.

Já em ambulatório, durante o estudo realizado após término do período de hipocoagulação, verificou-se positividade para anticorpo lúpico (AL) em circulação.

Foram assim colocadas as hipóteses diagnósticas de TVP secundária a hormonoterapia, Síndrome de Paget-Schoroetter e Síndrome antifosfolípdio. Neste momento mantém-se medicado com hormonoterapia, em seguimento em consulta de Medicina Interna, Psiquiatria e referenciado para Cirurgia e foi re-introduzida a hipocoagulação oral por manter toma de etinilestradiol e positividade para AL.

PO256

303 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA NA 9ª DÉCADA DE VIDA

Ana Neto, Daniel Seabra, Leonor Marques, Rui Pontes Dos Santos, Aurora Andrade, Paula Pinto

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Penafiel, Portugal

Introdução

As neoplasias cardíacas primárias são extremamente raras, nomeadamente em comparação com metástases cardíacas que são 20 vezes mais frequentes.

Descrição

CASO CLÍNICO: Mulher de 85 anos, com história de diabetes, dislipidemia e hipotiroidismo.

Iniciou, nas 3 semanas anteriores ao episódio de urgência, dispneia para esforços progressivamente menores e ortopneia.

Realizou ecocardiograma transtorácico que mostrou uma massa de grandes dimensões na aurícula esquerda (AE). Para melhor caracterização, realizou ecocardiograma transesofágico onde se visualizou uma volumosa massa (50x40mm) a ocupar 78% da área da AE, séssil, de textura heterogénea, pouco móvel, aparentemente "encapsulada", aderente ao septo interauricular (SIA).

Proposta e aceite para cirurgia cardíaca com vista a exérese da massa.

A histologia da peça cirúrgica confirmou o diagnóstico de mixoma.

DISCUSSÃO: Os mixomas são o tipo mais comum de neoplasias primárias cardíacas. Ocorrem predominantemente em mulheres entre a 3ª e 6ª décadas de vida e estão geralmente localizados na AE (80-90%) e ligados ao SIA.

Embora possam ser incidentalomas, geralmente apresentam sinais e sintomas inespecíficos. Apesar de benignos, podem causar obstrução cardíaca, embolia sistémica e complicações potencialmente fatais, como insuficiência cardíaca, síncope ou morte súbita. Também estão associados a manifestações constitucionais provavelmente atribuíveis à produção de citocinas inflamatórias.

A peculiaridade deste caso consiste na relevância hemodinâmica da massa. O seu tamanho gigante impedia um enchimento adequado da AE e do VE, mimetizando uma estenose mitral.

A evolução clínica com agravamento rápido deveu-se presumivelmente ao rápido crescimento do tumor, causando um maior grau de obstrução. A literatura descreve uma taxa de crescimento média de 0,49 cm/mês.

Assim, a elevada taxa de crescimento e a possível recorrência (2 a 5%) devem ser equacionadas ao planear a cirurgia eletiva e o seguimento clínico e imagiológico pós-operatório.

PO257

336 FIBROELASTOMA E ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EMBÓLICO – ENTIDADES RARAS, DIAGNÓSTICOS COMPLEXOS

Ana Rita Marques, Mariana Barbosa, Paulo Medeiros, Luciana Sousa, Marta Mendes, Cátia Oliveira, Isabel Campos, Isabel Apolinário, Ilídio Brandão

Hospital de Braga, Braga, Portugal

Introdução

Tumores cardíacos primários são extremamente raros, podendo ter uma apresentação sintomática ou ser encontrados incidentalmente. Os fibroelastomas são o segundo tipo mais comum.

Descrição

Homem, 47 anos, reformado. Antecedentes de doença de Crohn fistulisante complicada (submetido a múltiplas intervenções cirúrgicas e sob nutrição parentérica total por implatofix há 4 meses), epilepsia na infância e ex-toxicodependente. Medicado habitualmente com sulfassalazina, pantoprazol, escitalopram, mirtazapina e lorazepam. Apresenta-se no serviço de urgência com alterações da linguagem com 24h de evolução e história de febre intermitente desde há um mês. Ao exame físico destaca-se discurso de fluência reduzida embora coerente e parafasias verbais e literais. Analiticamente apenas ligeira elevação dos parâmetros inflamatórios. Realizou tomografia computorizada cerebral que mostrou dois focos lesionais a traduzir eventual lesão isquémica tromboembólica e ecocardiograma transtorácico sumário com massa filamentar com mobilidade franca a nível da auricula direita. Isolamento de S. capitis em 3 hemoculturas realizadas 3 meses antes. Admitido o diagnóstico de endocardite infecciosa e iniciada antibioterapia empírica. Por resposta clínica parcial aos regimes terapêuticos instituídos e pelas múltiplas complicações associadas (bacterimémia, fungémia e trombose venosa profunda), necessidade de melhor caracterização da massa cardíaca por tomografia por emissão de positrões excluiu a presença de processo infecioso/inflamatório em actividade, compatível com endocardite, reforçando assim a hipótese de se tratar de um fibroelastoma.

Discussão: Apesar de histologicamente benignos, os fibroelastomas podem ter apresentações e complicações letais. Quando estas surgem, a referenciação e excisão cirúrgica precoce estão fortemente recomendadas. No entanto, a complexidade inerente a cada doente, origina não só atrasos no diagnóstico, mas obriga também à adopção de medidas terapêuticas mais conservadoras.

PO258

339 COMO PRESCREVEMOS A TROMBOPROFILAXIA VENOSA?

Manuel Toscano, Patrícia Cipriano, Sérgio Cristina, Ana Rafaela Alves

Hospital de Cascais, Cascais, Portugal

Introdução

O tromboembolismo venoso (TEV) representa uma importante causa de morbimortalidade prevenível em doentes hospitalizados. O seu risco depende de factores predisponentes inerentes ao doente e à patologia ou procedimento que motivam a admissão, pelo que a sua avaliação é fundamental.

Objetivos

Avaliar a adequação da prescrição de tromboprofilaxia venosa ao risco dos doentes internados no serviço de Medicina Interna

Métodos

Estudo transversal com todos os doentes internados no serviço de Medicina Interna no dia 23/01/2018

Critérios de exclusão: hipocoagulação crónica ou por evento tromboembólico agudo, contra-indicação por citopenia grave ou perda hemática activa e cuidados de fim de vida

Consulta de registos médicos e prescrição interna com levantamento da utilização de tromboprofilaxia farmacológica ou mecânica

Aplicação do Padua Predicton Score (PPS) e Geneva Risk Score (GRS)

Análise estatística dos dados

Resultados

De um total de 108 doentes internados, foram incluídos 63 para estudo (idade média: 74.5 anos, 57.1% do sexo feminino). Os factores de risco mais prevalentes foram idade >70 anos (n = 43), presença de infecção aguda (n = 40), mobilidade reduzida (n = 35) e insuficiência cardíaca ou respiratória (n = 33), registando-se 9 casos de neoplasia activa (apenas 2 casos de trauma/cirurgia recente e 1 caso de TEV prévio). Verificou-se prescrição de profilaxia com enoxaparina sódica em 43 doentes, não havendo qualquer caso de tromboprofilaxia mecânica.

Dos 63 doentes, 37 tinham indicação para tromboprofilaxia segundos ambos os scores, encontrando-se apenas 67.5% destes sob hipocoagulação. Por outro lado, verificaram-se 10 doentes sem critérios para profilaxia, dos quais 6 se encontravam sob hipocoagulação.

Conclusões

Apesar da evidência da relação custo-benefício favorável e da disponibilidade de diversas guidelines e modelos de avaliação de risco validados para diversos contextos, a prescrição de tromboprofilaxia venosa permanece subutilizada, sendo frequentemente feita de forma empírica e indiscriminada.

PO259

351 QUANDO AFINAL A MICROANGIOPATIA TROMBÓTICA É A RESPONSÁVEL

Vanessa Ventura Vieira, Leonor Monjardino, Almerindo Rego

Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, Angra Do Heroísmo, Portugal

Introdução

A Microangiopatia trombótica (MAT) caracteriza-se pela presença de anemia hemolítica microangiopática e trombocitopénia, estando a disfunção endotelial e a libertação de multímeros de factor von Willebrand de alto peso molecular implicados na sequência de eventos que levam à trombose microvascular. Conforme o tecido afectado surge um quadro clínico mais ou menos complexo e por vezes mal interpretado, levando a atrasos de diagnóstico e agravamento do prognóstico por não instituição de terapêutica adequada. Os autores apresentam um caso de MAT em que a dificuldade em reconhecer a entidade levou a um atraso na terapêutica, o que poderá ter comprometido o prognóstico.

Descrição

Mulher, 82 anos, com antecedentes de doença renal crónica estádio 4 KDIGO de etiologia desconhecida, inicia quadro de confusão mental de novo com evolução para coma com Glasgow Coma Scale 3-4. Da marcha diagnóstica efectuada destacava-se VS 108 mm e positividade de Ac antitiroideus (função tiroideia normal). Optou por Corticoterapia e Imunoglobulina com melhoria transitória do estado neurológico. Inicia entretanto quadro de Bicitopénia (Hemoglobina 7.9 g/dL e Plaquetas 70 000), LDH em crescendo e esfregaço de sangue periférico com esquizócitos. Realizada colheita de medulograma e biópsia óssea que revelaram elevada destruição celular. É admitido provável diagnóstico de MAT com cerca de 2 meses de evolução e proposta Plasmaferese, entretanto sem eficácia, tendo a doente vindo a falecer decorrentemente de complicação infecciosa.

Em conclusão, a MAT é uma situação potencialmente fatal, mas para a qual existe um tratamento comprovadamente eficaz. É aceitável que perante a presença de esquizócitos em sangue periférico e trombocitopenia, se considere esta hipótese e se inicie os tratamentos precocemente como a Plasmaferese ou até o Eclulizumab (na Síndroma Hemolítica Urémica atípica).

PO260

454 ENDOCARDITE INFECCIOSA SECUNDÁRIA A GRANULICATELLA ADIACENS

Maria João Rego De Castro, Ana Margarida Coelho, Miriam Blanco, Jorge Poço

ULSNE, Bragança, Portugal

Introdução

A endocardite infecciosa (IE) é uma doença relativamente incomum, no entanto é uma causa importante de morbi-mortalidade em todo o mundo. Entre os agentes etiológicos da IE a Granulicatella é um streptococcus “like”e pode ser a causa de 5-6% de endocardites infecciosas. A maioria dos agentes patogénicos predominantes da IE são espécies bacterianas da cavidade oral e sendo a Granulicatella um comensal da boca, pode ser uma possível causa da IE.

Descrição

Doente de 37 anos, género masculino, autónomo com antecedente de amigdalectomia. Admitido ao Serviço de Urgência por quadro de três semanas de evolução de febre, sudorese profusa, astenia e perda de peso. Ao exame objectivo encontrava-se consciente, colaborante e orientado, sem adenomegalias, petequias, ou cianose. Apresentava palidez cutâneo-mucosa, estava apirético, taquicardico e normotenso, na auscultação cardíaca percebia-se sopro pansistólico grau IV/VI. Analiticamente apresentava hemoglobina 10.6 g/dl, Neutrofilia (7.27 x10^9/L) e Proteína C Reactiva 5.52 mg/dl. Realizado Ecocardiograma onde se verificou insuficiência aórtica severa e presença de vegetações sugestivas de endocardite. Na admissão colhidas 4 hemoculturas que foram positivas para Granulicatella Adiacens, demorando o resultado cerca de duas semanas, tendo-se iniciado empiricamente antibioterapia com gentamicina e ampicilina que cumpriu durante 30 dias, bem como exodontia de três cáries dentárias, recuperou o seu estado clínico e foi transferido para substituição de válvula aórtica.

DISCUSSÃO

Este caso mostra-nos uma EI da válvula aórtica a Granulicatella, presumivelmente de uma fonte dentária com necessidade de tratamento prolongado e substituição da válvula.

A Granulicatella tornou-se uma causa reconhecida de EI em válvulas cardíacas normais ou previamente danificadas. O reconhecimento precoce do organismo causador combinado com a cirurgia de substituição valvular em pacientes sintomáticos pode contribuir para a diminuição da morbi-mortalidade.

PO261

483 CONSULTA DE RISCO CARDIOVASCULAR: REALIDADE DE UMA EQUIPA

Luciana Sousa, Ilídio Brandão

Hospital de Braga, Braga, Portugal

Introdução

As doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte e uma importante causa de morbilidade e internamento em Portugal. A maior parte das DCV resultam dum estilo de vida inapropriado e de factores de risco modificáveis. Assim, a identificação e modificação destes factores, antes do desenvolvimento de complicações, são o principal objectivo da consulta de risco cardiovascular.

Objetivos

Caracterizar os doentes observados na consulta e verificar se os objetivos propostos foram alcançados.

Métodos

Estudo retrospectivo através da consulta do processo clínico durante o período de 2014 e 2016.

Resultados

Realizaram-se 344 consultas a 151 doentes, num total de 76 primeiras consultas. Dos 76 novos doentes observados, 44 eram do género masculino e tinham idade média de 61 anos. A maioria dos doentes apresentava pelo menos três fatores de risco cardiovascular e lesão de órgão alvo documentada pelo menos 1/3 dos casos. Sessenta e um doentes eram hipertensos, 50 apresentavam dislipidemia, 35 eram obesos, 32 eram diabéticos e 11 fumadores. Dezoito doentes tinham história de acidente vascular cerebral, 5 apresentavam doença arterial periférica e 4 doença coronária. Cerca de 65,8% dos doentes apresentavam risco cardiovascular global alto ou muito alto. Durante o tempo que permaneceram em seguimento foi possível o controlo tensional em mais 12 doentes, redução média da HbA1c de 7,5% para 6,7%, redução média da LDH de 121 para 91 mg/dl, redução média do IMC de 30,5 para 29,8 kg/m2 e cessação tabágica em 10 doentes.

Conclusões

Os autores consideram estes resultados positivos, os quais atribuem, em parceria, ao impacto da própria consulta temática e à metodologia usada naquilo que concerne ao longo tempo de consulta, que permite contratualizar/envolver os doentes nos objectivos a atingir, (naquilo que agora se designa por tailloring therapy) numa postura de alfaiate. A educação para a saúde é o investimento dominante e as alterações do estilo de vida a terapêutica mais prescrita.

PO262

497 A PROPÓSITO DE UM SÍNDROME DE HORNER

Gabriela Pereira, Isabel Trindade, Jorge Cotter

Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães, Portugal

Introdução

A síndrome de Claude Bernard-Horner manifesta-se por ptose palpebral, miose pupilar e anidrose do lado afetado da face. Este pode ter múltiplas etiologias, em que há uma interrupção do estímulo nervoso nos ramos oculares e faciais do sistema nervoso simpático, podendo ser intra ou extracranianas.

Descrição

Doente de 45 anos, com antecedentes de hipertensão arterial. Recorre ao Serviço de Urgência por quadro de dor na região da articulação temporomandibular direita, que irradiava para ângulo da mandíbula direita, com odinofagia do lado direito que cedia com Ibuprofeno, com cerca de 24h associada a parestesias e alteração da sensibilidade nessa mesma região, de evolução. Durante essa tarde, uma colega de trabalho alertou-a para o facto de ter ptose palpebral à direita.

Ao exame objetivo, encontrava-se hemodinamicamente estável e apirética, apresentava pupilas anisocóricas, com pupila direita miótica, com reflexos direto e consensual presentes e simétricos, sem outros défices neurológicos. Sem alterações à otoscopia ou à inspeção da orofaringe.

Realizou tomografia computorizada cerebral que não mostrou alterações. Analiticamente sem alterações de relevo.

Ficou internada para investigação e tratamento. Realiza posteriormente Ressonância Magnética Cranioencefálica que mostra imagem de três hiperintensidades focais de natureza inespecífica. Eco-Doppler de vasos do pescoço e a tomografia computorizada de tórax com contraste sem alterações. Finalmente realiza angiotomografia dos vasos de supraórticos que mostra disseção da artéria carótida interna direita a nível da porção distal de C1 e a nível da porção proximal de C2.

Em conclusão, apresenta-se um caso de uma Síndrome de Horner em consequência de uma disseção carotídea. Esta última entidade corresponde a uma causa comum de acidente vascular cerebral em doentes jovens, que por vezes se encontra subestimada, uma vez que os indivíduos podem apresentar uma clínica escassa ou estarem assintomáticos.

PO263

522 ALTEPLASE NUM TEP DE ALTO RISCO PÓS-PERICARDIOCENTESE

Ricardo Marinho[1], José Luis[2], Andreia Costa[3], Bogdan Kachan[4], Susana Costa[5], Fatima Franco[5]

[1]Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal

[2]Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Aveiro, Portugal

[3]Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

[4]Unidade Local de Saúde Castelo Branco, Castelo Branco, Portugal

[5]Centro Hospitalar Universitário Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

Apesar dos avanços científicos, o tromboembolismo pulmonar (TEP) permanece um dos mais importantes causas de morbi-mortalidade a nível hospitalar.

Descrição

Os autores reportam um caso de uma doente do sexo feminino de 75 anos com antecedentes de derrame pericardite idiomático recidivante (com estudo etiológico indeterminado em internamentos prévios) que se apresentou na consulta de Cardiologia com sinais de insuficiência cardíaca direita marcada. Realizou ecocardiograma que mostrou derrame pericárdico severo com 38 mm a nível posterior. Foi internada no serviço de Cardiologia para realização de pericardiocentese no dia seguinte.

A pericardiocentese guiada por ecocardiografia foi complicada com perda de cerca de 1,5L de sangue por punção de um vaso. Posteriormente foi internado numa unidade de cuidados intermédios com necessidade temporária de suporte aminérgico e suporte transfusional.

Após 2 dias na unidade de cuidados intermédios para vigilância foi levantado a indicação de repouso no leito e nesse mesmo dia a doente tem uma sincope associada a hipotensão de 84/40 com frequência cardíaca de 110 bpm.

Este quadro evoluiu rapidamente para um quadro de choque refratário a volume e suporte aminérgico, realizado ecocardiograma que excluiu tamponamento pericárdico, mas com dilatação severa das cavidades direitas e regurgitação tricuspide severa. Foi requisitado Angio-TAC urgente, contudo por agravamento marcado da disfunção cardiovascular, foi assumido TEP de alto risco e iniciado fibrinólise com bolus de 10mg de Alteplase. Óptima resposta com melhoria marcado do choque no espaço de minutos, tendo-se optado devido a risco hemorrágico não terminar a perfussão de Alteplase e alterar para heparina não fracionada. Angio-TAC posterior a mostrar TEP central e bilateral.

Evolução favorável, tendo sido transferida para enfermaria geral após 48h e tido alta após 5 dias. Ecocardiograma após 1 mês sem alterações.

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 07
14:00 - 15:30

PO264

565 SÍNDROME DE KOUNIS - A PROPÓSITO DE UM CASO CLINICO.

Pedro Duarte, Joana Costa, Beatriz Amaral, Cátia Serena, Carla Almeida, Sandra Gouveia, César Lourenço, Humberto Costa, Clara Paiva

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPER, Ponta Delgada, Portugal

Introdução

O Síndrome de Kounis define-se como um síndrome coronário agudo caracterizado por espasmo coronário em artérias normais, instabilização de placas ateroscleróticas ou trombose de stent coronário, num contexto de reação de hipersensibilidade, alergia ou anafilaxia.

Descrição

Caso Clínico: Sexo feminino, 73 anos, raça caucasiana. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidémia e doença cerebrovascular. Admitida no Serviço de Urgência por pneumonia adquirida na comunidade. Doente negou alergias medicamentosas, pelo que lhe foi prescrita amoxicilina-acido clavulânico. Aproximadamente 1 minuto, após primeira toma endovenosa do fármaco, apresentou rash cutâneo generalizado e alteração do estado de consciência, com SpO2 (aa) 67%, PA 87/50mmHg, FC 110bpm. Foi medicada com clemastina 2mg e hidrocortisona 200mg, mas evoluiu com paragem cardiorrespiratória, necessidade de entubação orotraqueal e ventilação mecânica. ECG realizado imediatamente após mostrou supradesnivelamento do segmento ST no território inferior. A coronariografia urgente revelou doença aterosclerótica, sem lesões obstrutivas e o traçado eletrocardiográfico na sala de hemodinâmica revelou resolução do supradesnivelamento de ST. Pico de troponina I 2,046 µg/L, CK total 647 U/L; de CK-MB 55 U/L. Família mencionou alergia prévia à penicilina. Triptase nas primeiras 6 horas após o choque: 132 (fortemente positivo). Admitido provável Síndrome de Kounis tipo 1, com espasmo coronário em contexto de toma de amoxicilina-acido clavulânico. Doente permaneceu 29h sob ventilação mecânica, com boa evolução clínica posterior, teve alta com indicação de evicção de antibióticos beta-lactâmicos e referenciada a consulta de imunoalergologia.

Discussão: O Síndrome de Kounis é um síndrome coronário agudo complexo e raro, cuja fisiopatologia ainda não se encontra totalmente conhecida. O tratamento atempado, melhora o prognóstico e deve ser dirigido à reação de hipersensibilidade e ao evento coronário.

E-POSTERS

PO265

599 CASUÍSTICA DE UMA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA / INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Mafalda Sá Pereira, Raquel Freitas, Conceição Escarigo, Pedro Correia Azevedo, Francisca Delerue

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução

A insuficiência cardíaca está associada a mortalidade e morbilidade importantes e um bom seguimento médico pode fazer a diferença.

Objetivos

Caraterização da população de uma consulta de Medicina Interna/Insuficiência Cardíaca (MI/IC).

Métodos

Estudo retrospetivo descritivo dos doentes de uma consulta de MI/IC de Janeiro a Dezembro de 2017.

Resultados

108 doentes foram avaliados nesta consulta em 2017, com idade média de 76.69 anos, a maioria (57.4%) do sexo feminino. Foram referenciados para a consulta através do internamento (33.3%) ou consulta de Medicina Interna (15.7%). Os doentes foram seguidos, em média, durante 45 meses, com média de 2.4 consultas no último ano, 18.5% dos doentes recorreu a "consulta do dia" (sem marcação prévia) pelo menos 1 vez. Quanto ao tipo de IC, 63.9% apresentava IC com fração de ejeção preservada, e segundo a classificação da NYHA, a maioria apresentava classe III (33.3%) ou classe II (23.1%). As comorbilidades mais frequentes foram: hipertensão arterial (90.7%), dislipidémia (67.6%), fibrilhação auricular (54.6%), diabetes mellitus (48.9%) e cardiopatia isquémica (38.9%). Em termos terapêuticos, estavam medicados com iECA/ARA (88.9%), beta-bloqueante (61.1%), e furosemida (73.1%), uma minoria com espironolactona (14.8%). A maioria dos doentes não esteve internado (75.0%) nem recorreu ao serviço de urgência (SU) (59.3%) nesse ano, por descompensação da IC, mas 3.7% dos doentes faleceram. Os doentes com menos internamentos e com menos idas ao SU eram seguidos há mais tempo.

Conclusões

Este estudo mostrou que os doentes seguidos na consulta MI/IC exibem razoável controlo sintomático. Aqueles com seguimento mais prolongado apresentam melhor controlo das descompensações – têm menos internamentos e menos idas ao SU. A terapêutica realizada esteve de acordo com a melhor prática recomendada, mas pode ser aperfeiçoada. A maioria dos doentes foi referenciado pela MI, revelando necessidade de divulgação desta consulta junto de outras especialidades e dos cuidados de saúde primários.

PO266

620 SÍNDROME DE TAQUICARDIA POSTURAL ORTOSTÁTICA – DIAGNÓSTICO E FOLLOW-UP

Inês Colaço, Tânia Vassalo, Nina Jancar, Diogo Cruz, J.L. Ducla-Soares

CHLN-Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

Introdução

O síndrome de taquicardia postural ortostática (POTS) define-se como uma subida sustida da frequência cardíaca em mais de 30 batimentos por minuto (bpm) ou para valor superior a 120 bpm. É a forma mais prevalente de intolerância ortostática, predominando nas mulheres e nos jovens. A etiologia não está bem esclarecida, sendo sugeridos mecanismos relacionados com desenervação distal, hipovolémia, alterações no território venoso, descondicionamento cardiovascular, alterações do baroreflexo, aumento da actividade simpática, alterações genéticas; pode ser idiopática ou secundária a outras patologias. O diagnóstico é fácil de realizar, no entanto, esta patologia esta largamente subdiagnósticada.

Descrição

Mulher de 19 anos, saudável, com queixas com 2 anos de evolução de tonturas com o ortostatismo prolongado, especialmente recorrentes em ambientes fechados. No ultimo ano, referia ainda sincope com pródromos de tonturas no habitual contexto, de curta duração, não acompanhada de mordedura de língua, incontinência ou movimentos involuntários. As queixas foram referidas à Pediatra assistente tendo sido encaminhada para a consulta de Disautonomias. Na avaliação inicial, era portadora de ECG em ritmo sinusal sem outras alterações; sem critérios de hipotensão ortostática mas com taquicardia no ortostatismo (frequência cardíaca basal de 80 bpm, com subida para 120 bpm após 3 minutos de ortostatismo). O ecocardiograma transtorácico e Holter de 24h, não revelaram alterações. Realizou provas de sistema nervoso autónomo que excluíram disautonomia central, com critérios para síndrome de taquicardia postural ortostática. Além de receber recomendação para hidratação vigorosa e liberalização salina, foi medicada com propranolol 10 mg de 8/8h, ficando assintomática após 9 meses de follow up.

O POTS é das situações mais frequentemente diagnosticadas em consulta de disautonomia. Uma avaliação da frequência cardíaca e pressão arterial no ortostatismo pode facilmente indicar o diagnóstico.

PO267

623 UM CASO DE DISSECÇÃO AÓRTICA DO TIPO B: TRATAMENTO MÉDICO VERSUS TRATAMENTO ENDOVASCULAR

Vanessa Meireles Chaves[1], Pedro Rodrigues[1], Maria João Pinto[1], Alexandra Leitão[2], Jorge Almeida[1], Vítor Braz[1], Fernando Friões[1]

[1]Centro Hospitalar de S. João, Porto, Portugal

[2]Hospital Santa Maria Maior, Barcelos, Portugal

Introdução

A dissecção aórtica do tipo B (DAB) envolve a aorta torácica descendente e toracoabdominal, distal à emergência da artéria subclávia esquerda, sem envolvimento da aorta ascendente. O tratamento consiste em controlar a dor e limitar a extensão da dissecção através do controlo apertado da pressão arterial (PA) e frequência cardíaca. A terapêutica endovascular (TEV) está reservada para situações de síndrome de má perfusão, dor ou hipertensão graves persistentes e extensão da dissecção.

Descrição

Homem, 71 anos, hipertenso. Clínica de dor torácica posterior em aperto com 2h de evolução, hipersudorese e vómito. Objetivamente, PA 190/95 mmHg bilateralmente, com pulsos femorais e radiais palpáveis e simétricos. Eletrocardiograma sem alterações sugestivas de isquemia aguda, sem elevação de marcadores de necrose miocárdica. Angio-TC torácica revelou DAB com flap na porção inferior do arco aórtico e extensão até às artérias ilíacas comuns; artérias celíaca, mesentérica superior e renais com origem no verdadeiro lúmen. Medicado com morfina e iniciada perfusão de labetalol, a que se associou posteriormente perfusão de nitroprussiato de sódio. Admitido em cuidados intermédios. Decisão multidisciplinar (Cirurgia Vascular, Cardiotorácica e Medicina Interna) de controlo apertado da PA, sem TEV ou cirurgia. Apresentou evolução favorável, com switch para anti-hipertensores orais ao 3º dia; sem dor torácica ou sinais de má perfusão orgânica, adequado controlo da PA. Reavaliação imagiológica sem extensão da dissecção, dilatação aneurismática ou rotura. Alta ao 17º dia.

Discussão: Trata-se de um caso de DAB não complicada, com boa resposta ao tratamento médico (TM), sem progressão da dissecção, portanto sem necessidade de TEV. Há, contudo, estudos que sugerem diminuição da mortalidade e da progressão da doença em casos de DAB não complicada submetidos a TEV em associação com TM versus TM isolado. São necessários mais estudos para comprovar o benefício da TEV ad initium neste grupo de doentes.

PO268

632 UMA PEQUENA COMUNICAÇÃO PARA UMA GRANDE DIFERENÇA

Cristina Martins, Eugeniu Gisca, Mário Amaro

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução

A Hipertensão Pulmonar (HP) define-se como uma pressão sistólica média da artéria pulmonar (PSAP) ≥ 25mmHg. Trata-se de uma entidade de difícil diagnóstico etiológico, não só pelas suas vastas causas como pela sua clínica insidiosa e inespecífica.

Descrição

Os autores descrevem o caso de uma mulher, de 75 anos, com quadro de dispneia para pequenos esforços e edema dos membros inferiores com cerca de 4 meses de evolução, diagnosticada com hipertensão pulmonar de etiologia a esclarecer. O ecocardiograma transtorácico documentou PSAP estimada de 46mmHg, insuficiência tricúspide ligeira VD-AD 43mmHg, dilatação do tronco da artéria pulmonar e da aurícula direita, dilatação do ventrículo direito com função sistólica global deprimida. Neste contexto, prosseguiu-se com a marcha diagnóstica. Analiticamente, destaca-se auto-imunidade (ANCA, ANA, ENA, CCP) e serologias (VHB, VHC e VIH) negativas. A cintigrafia pulmonar revelou aspectos compatíveis com estase pulmonar bilateral sem tromboembolismo pulmonar. Na tomografia computorizada torácica de alta resolução, verificou-se sinais de hipertensão pulmonar grave com marcada ectasia do tronco pulmonar (38mm) e cardiomegália à custa das câmaras direitas. Por fim, no Ecocardiograma TransEsofágico, destaca-se o achado de uma comunicação interauricular (CIA) de 16mm aos 100º com fluxo espontâneo esquerdo-direito.

O diagnóstico definitivo de HP faz-se através de cateterismo cardíaco direito. No presente caso, a descoberta de CIA tipo ostium secundum é uma causa sugestiva, perfazendo 70-75% das CIAs e sendo mais prevalente em mulheres. Raramente, pode passar despercebida até à 6ª década de vida. Actualmente, a doente aguarda a realização do cateterismo, para eventual encerramento ou terapêutica vasodilatadora.

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 07
14:00 - 15:30

PO269
644 HIPERTENSÃO PORTO-PULMONAR, DA SUSPEITA CLÍNICA AO DIAGNÓSTICO

Vanessa Meireles Chaves, Maria João Pinto, Jorge Almeida, Paula Dias
Centro Hospitalar de S. João, Porto, Portugal

Introdução

A Hipertensão Porto-pulmonar (HTPP) refere-se à hipertensão arterial pulmonar no contexto de hipertensão portal; ocorre em 2-10% dos casos de doença hepática crónica (DHC) avançada. Se em tempos foi considerada contraindicação absoluta para transplante hepático (TH), atualmente assiste-se a uma mudança de paradigma pelo desenvolvimento de fármacos eficazes no seu tratamento.

Descrição

Homem, 54 anos; alcoólico; ex-toxicodependente; infeção por vírus da Hepatite C curada; cirrose hepática Child C com hipertensão portal. Internado por descompensação da DHC e dispneia. Diagnosticada insuficiência cardíaca aguda com disfunção ventricular direita e hipertensão pulmonar (HTP) grave. Do estudo da HTP efetuado excluiu-se tromboembolismo pulmonar e doença pulmonar parenquimatosa. O ecocardiograma contrastado não foi sugestivo de síndrome hepatopulmonar/shunt. O cateterismo (CAT) esquerdo não mostrou doença coronária. O CAT direito revelou: pressão média da artéria pulmonar-60mmHg, pressão capilar pulmonar-13mmHg, resistências vasculares pulmonares-7UW. Efetuado o diagnóstico de HTPP. O doente estava em classe funcional III da OMS. Iniciou terapêutica com sildenafil e otimizou-se a terapêutica para a DHC. Abstémio desde então. Excluído de lista ativa para TH pela HTPP grave. Após 1 ano de terapêutica médica otimizada está em classe I, ecocardiograma com pressão sistólica da artéria pulmonar de 30mmHg, sem dessaturação significativa na prova de marcha de 6 minutos.

Discussão: A HTPP moderada a severa contraindica o TH pois associa-se a elevada mortalidade intra e pós-operatória. A evidência atual mostra que o uso de terapêutica vasodilatadora pode melhorar os parâmetros hemodinâmicos, com vista à elegibilidade para TH. Evidência limitada sugere a possibilidade de cura da HTPP após TH, permitindo a descontinuação da terapêutica médica. A abstinência alcoólica associada à terapêutica vasodilatadora foi fundamental para a estabilização da DHC e melhoria da HTPP.

E-POSTERS

PO270
646 RISCO HEMORRÁGICO - RELAÇÃO COM TIPO DE ANTICOAGULANTE E COM SCORE HAS-BLED

Patrícia Sofia Alves, Bruno Bouça, Mariana Martins, Diana Henriques Da Silva, Anna Taulaigo, Madalena Vicente, Ana Lladó, António Panarra
Hospital Curry Cabral, Lisboa, Portugal

Introdução

A principal complicação da terapêutica anticoagulante são os eventos hemorrágicos. Na decisão de instituir terapêutica anticoagulante num doente com Fibrilhação Auricular (FA) o benefício ganho, a redução do risco cardioembólico, deve ser pesado contra o aumento do risco hemorrágico, pelo que devemos recorrer a ferramentas como o CHA2DS2-VASc e o HAS-BLED.

Objetivos

Comparar o risco hemorrágico entre anticoagulantes orais não dependentes da vitamina K (NOAC) e outros anticoagulantes. Demonstrar associação entre risco hemorrágico e score HAS-BLED.

Métodos

Estudo retrospetivo transversal, no ano de 2017, de doentes com FA sob anticoagulação. Caracterização demográfica, estudo da prevalência de complicações hemorrágicas com base no tipo de anticoagulante usado e score HAS-BLED.

Resultados

Incluídos 127 doentes com diagnóstico de FA sob anticoagulação: 66 (52%) mulheres e 61 (48%) homens. A média de idades foi 78 anos (desvio padrão 10.1). 53% doentes estavam sob NOAC (26 apixabano; 26 rivaroxabano; 13 dabigatrano; 2 edoxabano) e 47% sob outros anticoagulantes (32 varfarina; 17 acenocumarol; 11 enoxaparina).

O número total de eventos hemorrágicos foi 46, 12 dos quais eventos hemorrágicos major.

Demonstrou-se associação entre complicações hemorrágicas (Fisher's exact test<0.001) e complicações hemorrágicas major (Fisher's exact test=0.013) e a anticoagulação com fármacos não NOAC – varfarina, acenocumarol, enoxaparina, por oposição à utilização de NOAC.

Um score HAS-BLED mais elevado esteve associado a maior risco hemorrágico (Likelihood-ratio test=0.033), contudo, não foi demonstrada a sua associação com eventos hemorrágicos major (Likelihood-ratio test=0.3).

Conclusões

Existe maior prevalência de eventos hemorrágicos nos doentes sob não-NOAC. Estes doentes podem ter co-morbilidades que sejam contra-indicação para terapêutica com NOAC, que

só por si aumentem o risco hemorrágico. Demonstrou-se ainda maior risco hemorrágico em doentes com score HAS-BLED mais elevado.

PO271
666 AIT COMO PISTA PARA UMA CAUSA ATÍPICA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Isabel O. Cruz[1], Helena Greenfield[1], Ana P. Ferro[1], Liliana Carneiro[1], Ana Sofia Correia[2]

[1]Serviço de Medicina Interna, Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal

[2]Serviço de Cardiologia, Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal

Introdução

O mixoma cardíaco é o tumor cardíaco mais comum e, apesar de histologicamente benigno, pode apresentar-se com sintomas catastróficos causados por fenómenos embólicos ou obstrução intracardíaca.

Descrição

Mulher de 60 anos, com antecedentes de obesidade grau 3 e hipertensão arterial. Recorreu ao SU por ter acordado com alterações na fala e hemiparesia esquerda. Referia ainda dispneia e ortopneia com 3 meses de evolução. Ao exame objetivo com crepitações inspiratórias no terço inferior bilateralmente à auscultação pulmonar, paresia facial central esquerda, disartria e hemiparesia esquerda. Tomografia computorizada (TC) cerebral sem lesões agudas ou trombos. Documentadas fibrilação auricular de novo, insuficiência respiratória tipo 1 e sinais de sobrecarga de volume na radiografia torácica. Ficou em vigilância e apresentou recuperação total dos défices neurológicos em menos de 24 horas.

O ecocardiograma transtorácico mostrou dilatação de todas as cavidades, compromisso da função biventricular e massa hiperecogénia na aurícula esquerda (AE), que o ecocardiograma transesofágico revelou ser uma massa móvel, que infiltrava o septo interauricular e a válvula mitral, condicionando insuficiência mitral moderada a grave. A ressonância magnética cardíaca reforçou a suspeita de mixoma da AE e não era sugestiva de miocardite prévia. O cateterismo cardíaco revelou artérias coronárias normais. Sem história familiar de doença cardíaca. A doente foi submetida a ressecção cirúrgica da lesão e mantém-se em vigilância.

O acidente isquémico transitório, provavelmente por embolismo da lesão

intracardíaca, levou ao diagnóstico de mixoma da AE. Os casos de disfunção ventricular severa e mixoma da AE em indivíduos sem doença coronária são raros e podem dever-se a cardiopatia dilatada não diagnosticada previamente ou efeitos cardiodepressores da massa. O mixoma tem uma alta taxa de sobrevida e a recorrência é rara. Há casos descritos em que a excisão da lesão levou à recuperação da função cardíaca.

PO272
692 PERICARDIO ATÍPICO

Filipa Lucas, Filipa Aragão Carvalho Aragão, Ana Gorgulho

Hospital de Cascais, Cascais, Portugal

Introdução

O Mycoplasma pneumoniae (MP) é responsável por infeções respiratórias na faixa etária entre os 5 os 20 anos, sendo a traqueobronquite aguda e a broncopneumonia as mais comuns. As complicações são incomuns. O envolvimento cardíaco é raro e grave e requer muitas vezes o internamento numa unidade de cuidados intensivos (UCI), sendo que nestes doentes as sequelas cardíacas podem surgir em cerca de 50% dos casos.

Descrição

O Mycoplasma pneumoniae (MP) é responsável por infeções respiratórias na faixa etária entre os 5 os 20 anos, sendo a traqueobronquite aguda e a broncopneumonia as mais comuns. As complicações são incomuns. O envolvimento cardíaco é raro e grave e requer muitas vezes o internamento numa unidade de cuidados intensivos (UCI), sendo que nestes doentes as sequelas cardíacas podem surgir em cerca de 50% dos casos.

Apresenta-se um caso clínico de um doente jovem do sexo masculino, previamente saudável que recorreu ao Serviço de Urgência por precordialgia e teve o diagnóstico de miopericardite. Radiologicamente com imagem nodular para-hilar esquerda e pesquisa de serologia para Mycoplasma pneumoniae positiva a Imunoglobulina M (IgM), iniciando antibioterapia empírica com rápida melhoria sintomática. Realizou também Ressonância Magnética (RM) cardíaca que evidenciou focos de edema com fibrose mas em doente com fracção de ejecção preservada. O doente teve alta ao 7º dia de internamento com boa evolução clínica e analítica e medicado empiricamente com anti-inflamatório, colchicina e anticoagulante oral, com reavaliação em cardiologia passado um mês, sem sequelas.

O tratamento apropriado afeta o prognóstico e por isso, a pesquisa de MP deve ser pedida como rotina no exemplo de miopericardite de causa a esclarecer.

Palavras-chave: Miopericardite, Mycoplasma pneumonia, Pneumonia, antibioterapia.

PO273

798 SÍNDROME DE PLATIPNEIA-ORTODEÓXIA POR ANEURISMA INTERAURICULAR – UMA ENTIDADE RARA

Pedro Oliveira, Maria Ana Canelas, Rita Amorim Costa, Pedro Salvador, Sofia Pereira, Manuela Sequeira, Vitor Paixão Dias

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova De Gaia, Portugal

Introdução

A síndrome de platipneia-ortodeóxia é uma entidade rara, caracterizada por dispneia e dessaturação com o ortostatismo, com melhoria das queixas com posição supina. Pode ter diversas causas, nomeadamente comunicação interauricular cardíaca com shunt.

Descrição

Sexo feminino, 84 anos, Katz D. Antecedentes de hipertensão arterial e doença de Parkinson. Vem ao SU por dispneia com 4 dias de evolução, sem outra sintomatologia associada. Objetivamente agitada, polipneica, tiragem global e saturação periférica de oxigénio (SpO2) de 80% apesar de máscara de alta concentração; sem qualquer outra alteração. Fez gasometria, com paO2 50,3mmHg e saturação de oxigénio de 85%; sem outras alterações analíticas, nomeadamente marcadores cardíacos ou D-dímeros; ECG com taquicardia sinusal; radiografia torácica com discreto padrão de estase bibasal. Durante a permanência no SU, com melhoria discreta da SpO2 com oxigenoterapia; porém verificou-se que a SpO2 subia até 93-95% com decúbito dorsal a 0º. Foi decidido internamento por platipneia e insuficiência respiratória tipo 1. Fez ecocardiograma transtorácico, em que se verificou septo interauricular aneurismático; teste com soro salino agitado positivo para shunt direito-esquerdo. Fez posteriormente ecocardiograma transesofágico que confirmou comunicação interauricular tipo ostium secundum, com aneurisma e shunt; porém com anatomia desfavorável para encerramento percutâneo. Face à fragilidade da doente, após discussão interdisciplinar, considerou-se ser de alto risco intervenção cirúrgica para correção. A doente acabou por ser encaminhada para unidade de cuidados paliativos.

Trata-se de um raro caso de um idoso com síndrome de platipneia-ortodeóxia por rotura de aneurisma interauricular. Este é um diagnóstico difícil, com necessidade de exclusão de outras possíveis causas. O tratamento percutâneo é uma forma simples de resolver a situação, que infelizmente nesta doente não foi possível pela anatomia desfavorável.

PO274

813 AVC ISQUÉMICO: QUANDO A ASSIMETRIA É CAUSA E NÃO CONSEQUÊNCIA.

Anna Lima, Susana Heitor, Rui Almeida, Joana Maurício, Marta Rocha

Hospital Prof. Dr Fernando Fonseca, Amadora, Portugal

Introdução

A síndrome de roubo da artéria subclávia envolve o fluxo sanguíneo retrogrado na artéria vertebral associada a uma oclusão/estenose proximal artéria subclávia ipsilateral. Frequentemente esta síndrome é assintomática,mas, quando associada a uma estenose/oclusão da circulação cerebral anterior a primeira manifestação pode ser neurológica.

Descrição

Apresentamos o caso duma mulher de 80 anos com história pessoal de hipertensão arterial, dislipidemia e hábitos tabágicos prévios que recorreu ao serviço de urgência por um quadro de início súbito de sudorese profusa, náuseas e diarreia, com posterior episódio de síncope com perda de conhecimento e recuperação espontânea. Após recuperar a consciência apresentava confusão mental, alterações da fala e queixava-se de cefaleia holocraniana e desvio da comissura labial. Sem alterações relevantes nas análises, radiografia de tórax e eletrocardiograma. Realizou TAC crânio-encefálica que revelou ligeira hipodensidade corticossubcortical parietoccipital esquerda correspondendo a enfarte recente. Durante o internamento apurou-se assimetria tensional (valores de tensão arterial hipotensivos no membro superior esquerdo comparativamente aos membros contralateral e inferiores) bem como pulso radial esquerdo atrasado e de amplitude diminuída. Realizou TAC torácica com contraste que revelou oclusão da artéria subclávia esquerda proximal com repermeabilização pela artéria vertebral homolateral; e ecodoppler dos vasos do pescoço que revelou estenose das carótidas internas com repercussão hemodinâmica significativa bilateral bem como artérias vertebrais com fluxo invertido à esquerda por síndrome do roubo da subclávia.

Discussão

Neste caso apesar destas alterações da circulação cerebral estarem presentes previamente, a combinação de vários fatores (possível hipovolémia pela diarreia, a estenose significativa da carótida interna e fluxo anormal da artéria vertebral), fez com que a primeira manifestação fosse sob a forma de acidente vascular cerebral.

PO275

819 ABORDAGEM DIAGNÓSTICA DA ENDOCARDITE INFECIOSA DE VÁLVULA PROTÉSICA: PARA ALÉM DO ECOCARDIOGRAMA

Diana Pinho Santos, Ricardo Lavajo, Luísa Lemos Costa, Marlene Delgado, Davide Moreira, António Monteiro

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E., Viseu, Portugal

Introdução

A Endocardite Infeciosa de Válvula Protésica (EIVP) é uma doença com elevada morbimortalidade pelo que o diagnóstico precoce é de extrema importância. Na última década, novas modalidades de imagem se têm mostrado promissoras na abordagem da doença, nomeadamente a Tomografia por Emissão de Positrões (PET). A PET, além de se tratar de um método de imagem não invasivo, vários estudos mostraram a sua maior sensibilidade comparativamente ao Ecocardiograma Transesofágico (EcoTE) no diagnóstico de EIVP.

Descrição

Homem, 59 anos, antecedentes de cirurgia de substituição valvular mitral com colocação de prótese mecânica e valvuloplastia tricúspide em 2015. Internado em Maio de 2017 por quadro constitucional, cansaço fácil e febre objetivada em internamento. Após estudo complementar exaustivo (inclusive Ecocardiograma Transtorácico), concluiu-se: Bacteriemia a Corynebacterium Striatum, sem foco infecioso identificado e anemia inflamatória, tendo cumprido antibioterapia com doxiciclina com evolução clínica favorável. Dois meses depois, reinternamento por quadro clínico idêntico em associação a dispneia para pequenos esforços. Os exames iniciais no SU mostraram biomarcadores de inflamação (inclusive Procalcitonina=2.34ng/mL) e sinais de insuficiência cardíaca descompensada (BNP=786pg/mL, derrame pleural direito e fígado de estase). O rastreio séptico (incluindo sangue e líquido pleural) foi amicrobiano e o estudo imagiológico (nomeadamente EcoTE) não identificou foco infecioso. Completou 14 dias de antibioterapia empírica com piperaciclina+tazobactam e vancomicina com evolução favorável. Posteriormente, realiza a PET solicitada para exclusão de endocardite, que mostrou prótese mitral com hipercaptação de FDG-F18 sugestiva EIVP.

DISCUSSÃO: Este caso ilustra o valor adicional da PET no diagnóstico de EIVP, particularmente quando as hemoculturas e/ou o EcoTE são inconclusivos.

PO276

932 ULTRAFILTRAÇÃO NA INSUFICÊNCIA CARDÍACA: UMA MUDANÇA DE PARADIGMA

Dolores Vazquez[1], Ana Luísa Azevedo[2], Marta Rafael Marques[1], Raquel Vaz[2], António Ramalheiro[2]

[1]Centro Hospitalar Póvoa de Varzim, Vila do Conde, Vila Do Conde, Portugal

[2]Hospital de Braga, Braga, Portugal

Introdução

Doentes com insuficiência cardíaca (IC) descompensada frequentemente apresentam sobrecarga de volume, que é convencionalmente tratada com diuréticos. Esses medicamentos foram associados a vários efeitos adversos, incluindo o aumento da mortalidade, levando alguns médicos a propor ultrafiltração (UF) como alternativa segura para remover o sódio e a água. A remoção de líquidos e o alívio do congestionamento são fundamentais para o tratamento da IC. Os diuréticos têm sido o principal elemento descongestivo, mas suas limitações conhecidas levaram à exploração de estratégias alternativas.

Descrição

Doente de 64 nos de idade, com IC classe III da NYHA com etiologia em cardiomiopatia dilatada não isquémica, com SAOS e com factores de risco vascular: HTA, dislipidemia, obesidade, Diabetes mellitus tipo 2. Com múltiplas recorrências ao SU e internamentos por IC descompensada com hipervolémia, a estratégia para o tratamento sempre foi a administração de doses elevadas de diuréticos, apresentando repercussão transitória a nível da função renal.

Sendo cada vez mas frequentes as agudizações, cursando com agravamento transitório da função renal.

Analisando outras hipóteses de tratamento foi ponderado o início de UF isolada com sessões inicialmente semanais, que rapidamente foram espaçadas por melhoria clínica evidente, aferida pela evolução ponderal e a menor recorrência ao hospital por descompensações.

DISCUSSÃO

Nos últimos anos, tem havido uma tendência crescente ao inicio de UF precoce nos doentes com IC resistente a tratamento diurético, ou até sem atingir dita resistência.

Noutros países observamos como progressivamente esta prática, em detrimento do uso e abuso de diuréticos, tem ido em aumento.

Existem múltiplos estudos recentes que mostram o benefício, mas com alguma controvérsia, da UF na abordagem da IC.

Estamos perante uma mudança de paradigma na abordagem da insuficiência cardíaca?

PO277

953 HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA – TAKE 2

Ana Paula Antunes, Tânia Strecht, Carolina Sequeira, Catarina Oliveira

Hospital de Cascais, Cascais, Portugal

Introdução

Os aneurismas da aorta abdominal têm uma prevalência de cerca de 4%, sendo mais frequentes em homens, idosos e fumadores. A maioria são assintomáticos e por isso é relevante o seu diagnóstico precoce, dada a probabilidade de rotura. A mortalidade de um aneurisma roto chega a atingir os 80%.

Descrição

Apresentamos um caso de um homem de 72 anos com antecedentes de hipertensão, dislipidémia e fumador ativo de 50 UMA's. Internado recentemente por episódio de hemorragia digestiva por úlcera bulbar. Novamente internado 4 dias depois por hematemese abundante com história prolongada de melenas. Analiticamente anemia de 7,2 g/dL. A endoscopia revelou lesão ulcerada na porção DII do duodeno sugerindo estudo complementar por eventual lesão da papila/pâncreas. Ao exame objetivo constatou-se massa palpável para-umbilical à direita, pulsátil, expansível, aderente aos planos profundos, de consistência elástica e superfície lisa e regular, de bordos bem definidos, com diâmetro aparente de 5-6 cm. TAC abdominal demonstrou aneurisma do segmento terminal da aorta infra-renal, com diâmetros axiais máximos seccionados de 3,8x6,5 cm, 4,5 cm de extensão crânio-caudal e 4,5 cm de colo; apresentava aspetos compatíveis com rotura contida. A sua vertente anterior condicionava pseudo-massa paramediana direita comprimindo fortemente a 3ª porção do arco duodenal. Foi transferido com urgência para serviço de Cirurgia Vascular de outro hospital tendo sido submetido a procedimento de Endovascular Aneurysm Repair aorto-bi-ilíaco, sem intercorrências no período intra-operatório e estabilidade clínica em consultas de seguimento.

O interesse deste caso prende-se com a manifestação inicial rara deste aneurisma por compressão de estruturas vizinhas em doente com história recente de hemorragia digestiva. Chama também à atenção para a importância de um exame objetivo pormenorizado, que permitiu um diagnóstico célere de uma condição incomum mas com alta mortalidade, tratável quando diagnosticada atempadamente.

PO278

955 ESTUDO COMPARATIVO DE DOIS SCORES DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO NO DOENTE MÉDICO

Fábia Patinha, Marta Brandão Calçada, Ivo Sá Marques, João M. Alegrio, Catarina Bastos, Mafalda Santos

Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, Santa Maria Da Feira, Portugal

Introdução

A profilaxia do tromboembolismo venoso (TEV) está amplamente recomendada. No nosso serviço utilizamos um modelo de avaliação de risco (RAM) desde 2010. Nos últimos anos foi validado o Padua Prediction Score (PPS) que identifica os doentes internados com alto risco de TEV e que beneficiam de profilaxia farmacológica. O modelo de avaliação de hemorragia IMPROVE risk score (HIS) fornece uma estimativa da probabilidade de hemorragia hospitalar major ou clinicamente significativa desde a admissão até 14 dias após a mesma, permitindo decisões quanto à prescrição farmacológica de heparina de baixo peso molecular (HBPM) profilática.

Objetivos

Estimar que percentagem de doentes seriam classificados como de baixo risco (não candidatos a profilaxia) pelo PPS face ao RAM atual. Objetivos secundários: identificação de eventos de TEV e de hemorragia.

Métodos

Estudo piloto comparativo entre RAM atual e o PPS e HIS. Estudo prospetivo que incluiu doentes internados durante a residência (24h) de cada sexta-feira do mês de junho de 2017 e avaliação nos 3 meses seguintes. Calculado riscos de TEV e indicação para profilaxia com RAM e PPS. Calculado risco de hemorragia pelo HIS. Contabilização do número de eventos de TEV até aos 90 dias após a alta e das hemorragias durante o tempo de terapêutica com HBPM.

Resultados

Foram selecionados 30 doentes, todos considerados em risco usando RAM atual. Foram estratificados de baixo risco 8 doentes (27%) e de alto risco (PPS≥4) 22 doentes (73%). Aplicando o modelo HIS, 2 doentes (6.7%) tinham alto risco de hemorragia (HIS≥7) (risco hemorrágico major médio de 0.6%, e de hemorragia com importância clínica de 1.7%). Na amostra, não se verificou TEV até aos 90 dias após a alta, nem nenhum evento hemorrágico.

Conclusões

A aplicação do PPS poderá evitar a prescrição de HBPM profilática a cerca de ¼ dos doentes internados no serviço. O PPS veio identificar grupos de baixo risco, onde pode ser dispensada a prescrição farmacológica, com vantagens clínicas e económicas que daí possam advir.

PO279

966 APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE MOVIMENTO SISTÓLICO ANTERIOR DA VÁLVULA MITRAL SEM CARDIOMIOPATIA HIPERTRÓFICA ASSOCIADA

Bárbara Soeiro, Nuno Moreno, Raquel Calisto

ULSM - Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal

Introdução

O movimento sistólico anterior da válvula mitral (SAM) é uma característica da cardiomiopatia hipertrófica (CMH). No entanto, esta alteração do movimento valvular pode ocorrer em indivíduos sem cardiopatia, tendo, em raros casos, significado patológico.

Descrição

Caso Clínico:

Apresentamos o caso de um homem de 63 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e doença renal crónica hipertensiva estadio G3a-A1 da KDIGO. Apresentava quadro de dor torácica opressiva, episódica, despoletada com grandes esforços e aliviada com o repouso, com cerca de 5 meses de evolução. Ao exame objectivo não apresentava qualquer alteração, o perfil tensional estava controlado com Amlodipina + Perindopril. O electrocardiograma mostrava apenas um bloqueio aurículo-ventricular de 1º grau e o ecocardiograma transtorácico uma hipertrofia ligeira do septo interventricular. Realizou prova de esforço máxima, com descrição de dor torácica ligeira no final, mas sem alterações electrocardiográficas.

Optamos por fazer um ecocardiograma transtorácico com sobrecarga farmacológica. Não ocorreram alterações da cinética segmentar, mas ocorreu quase obliteração da cavidade ventricular e SAM da válvula mitral a condicionar gradiente de 170 mmHg ao nível do trato de saída, sem insuficiência mitral concomitante. O doente apresentou sensação desconforto torácico com menor intensidade que o habitual, sem alterações eletrocardiograficas. Foi assumida obstrução da câmara de saída do ventrículo esquerdo por SAM em esforço e foi medicado com beta-bloqueador para diminuir o inotropismo e cronotropismo.

Discussão:

O SAM não associado a CMH pode, raramente, originar obstrução da câmara de saída do ventrículo esquerdo. Pode provocar sintomatologia quando exacerbado por inotrópicos positivos e situações de hipovolémia. No caso apresentado, o aumento do inotropismo em conjunto com a redundância valvular mitral provocam um SAM e obstrução da câmara de saída graves e sintomáticos para grandes esforços.

PO280

1014 QUANDO UMA FARINGITE COMPLICA

Rafael Silva[1], Luis Puga[2], Rogério Teixeira[2], Carolina Lourenço[2], Lino Gonçalves[2]

[1]Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

[2]CHUC-polo HG, Coimbra, Portugal

Introdução

A faringite estreptocócica é uma infecção comum, maior parte dos casos tem uma evolução benigna. Raros casos podem apresentar complicações supurativas (abscesso periamigdalino, otite média, fasceite necrotizante) ou não supurativas (febre reumática aguda, glomerulonefrite póstreptocócica). A miopericardite aguda não reumática pós-estreptocócica (MANRE) é uma complicação rara que surge aproximadamente 3-5 dias após o início da infeção, associada a alterações analíticas e eletrocardiográficas que podem sugerir síndrome coronário agudo.

Descrição

Homem 19 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, medicado com azitromicina 500 mg id por um faringite com 3 dias de evolução. Recorre ao serviço de urgência por dor torácica com início há 24h. Realizou ECG que mostrava supraST V4-V6, DI e aVL e DII, ecocardiograma sem alterações motilidade, mas com fina lâmina de derrame pericárdico. Analiticamente troponina I 15.3 ng/ml,pelo que realizou cateterismo onde não se identificaram lesões. Foi iniciado ibuprofeno 400 mg 3 id e colchicina 1 mg id e procedeu-se ao internamento para vigilância. Foi registada franca melhoria da dor, com normalização dos valores de troponina. Realizou holter, prova de esforço que não mostraram alterações. Estudo auto-imune, serologías infeciosas, VIH, HBV e HCV foram todos negativos. Tendo em conta historia de faringite foi solicitado título de anti-estreptolisina O que veio positivo. A RM cardíaca solicitada relata " presença de focos de realce subepicárdico difusos sugestivos de miocardite / miopericardite". Teve alta para ambulatório com colchicina 1 mg id que suspendeu ao fim de 1 mês por resolução da dor torácica e derrame pericárdico.

A MANRE é uma complicação rara das infeções por Streptococcus do grupo A, o tempo evolução agudo (3-5 dias após aparecimento das queixas respiratórias) e o bom prognóstico associado a recuperação total, são características que a diferem da febre reumática clássica

PO281

1073 PNEUMONIA POR LEGIONELLA COMO DESENCADEANTE DE SÍNDROME DE BRUGADA

Cátia Costa Oliveira, Luciana Sousa, Ana Rita Marques, Isabel Campos, Marta Mendes, Sofia Caridade, Ilídio Brandão

Hospital de Braga, Braga, Portugal

Introdução

A Síndrome de Brugada (SB) é uma entidade rara caracterizada pelo supradesnivelamento do segmento ST superior a 0,2 mV em mais do que uma derivação de V1-V3 (morfologia tipo 1), associada a risco de morte súbita cardíaca (MSC). Pode estar presente espontaneamente ou ser induzido por estados febris, vagotónicos ou pela administração de antagonistas dos canais de sódio.

Descrição

Reportamos o caso de um homem de 63 anos, ex-futebolista, com antecedentes de tabagismo e história familiar de MSC precoce que recorreu ao serviço de urgência por febre e astenia com 4 dias de evolução. Encontrava-se febril (39ºC) e com crepitações nos 2/3 inferiores do hemitórax esquerdo. Apresentava elevação de parâmetros inflamatórios, insuficiência respiratória do tipo 1 e antigenúria positiva para Legionella pneumophila. Na radiografia do tórax visualizava-se condensação no 1/3 médio do hemitórax esquerdo. O electrocardiograma (ECG) mostrava ritmo sinusal, padrão de Brugada tipo 1 (em hiperpirexia) desconhecido previamente. Iniciou levofloxacina e foi admitido na unidade de cuidados intermédios, apresentando normalização do padrão de Brugada em apirexia. Para estratificação do risco arrítmico, realizou estudo electrofisiológico, em que se induziu uma taquicardia ventricular polimórfica autolimitada associada a síncope, tendo sido implantado um cardiodesfibrilhador implantável (CDI) para prevenção de MSC. O teste genético mostrou-se negativo. O doente tem mantido em seguimento em consulta externa, tendo-se identificado um episódio de fibrilhação ventricular tratado adequadamente com choque de CDI.

Os autores defendem que todo o doente internado deve realizar ECG, considerado basal ou para memória futura. Este caso ilustra a importância da realização de ECG em estado febril, revelador de patologias potencialmente fatais como a SB. Mostra a importância relativa do teste genético, positivo em apenas 30% dos casos e salienta a relevância da implantação de CDI em doentes de risco arrítmico elevado.

PO282

1081 ESTUDO PROSPECTIVO DAS COMPLICAÇÕES DOS DOENTES COM FIBRILHAÇÃO AURICULAR NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA.

Ana C. Lopes, Ana Pãosinho, Maria Joana Alvarenga, Alberto Mello E Silva

Hospital de Egas Moniz, Lisboa, Portugal

Introdução

A idade constitui factor de risco para a ocorrência de eventos trombóticos e hemorrágicos em doentes com diagnóstico de fibrilação auricular (FA). Por outro lado os estudos têm demonstrado benefício da anticoagulação oral (ACO) nestes doentes, na diminuição da morbimortalidade associada a esta patologia.

Objetivos

Avaliar as complicações tromboembólicas e hemorrágicas de doentes com diagnóstico de FA e indicação para ACO, numa Enfermaria de Medicina, entre Janeiro de 2015 e Dezembro de 2016.

Métodos

Consulta de registos na Plataforma de Dados de Saúde, Health Care Information System e no Sistema de Apoio a Médico. Critérios de inclusão: internamento no Serviço de Medicina, score de risco hemorrágico (HASBLED) e trombótico (CHA2DS2-VASc) e diagnóstico de FA.

Resultados

Foram analisados 147 doentes, com idade média de 82 anos e dos quais 64% eram mulheres. Noventa e quatro doentes (64%) tiveram alta sob ACO e 3 tiveram diagnóstico de fibrilhação auricular de novo. Considerando o período de 1 ano após a alta, 20 doentes (13.6%) apresentaram eventos isquémicos não fatais (doença cerebrovascular isquémica aguda), dos quais apenas 6 (30%) estavam corretamente anticoagulados. Foi possível apurar uma incidência anual de eventos trombóticos de 6.3% em doentes corretamente anticoagulados e de 26.4% em doentes não anticoagulados. Por outro lado, 13 doentes (8.8%) apresentaram complicação hemorrágica, fatal num dos casos, no 1º ano após a alta. Destes, 9 (69.2%) estavam anticoagulados, 30% com dose supra-terapêutica.

Conclusões

Pretende-se salientar a importância da ACO em doentes com diagnóstico de FA, com vista à prevenção de complicações tromboembólicas, apesar do risco hemorrágico associado a esta terapêutica.

PO283

1133 QUANDO À ADMISSÃO CONSEGUIMOS PREVER O DESFECHO! UM ESTUDO RETROSPECTIVO EM DOENTES COM EMBOLIA PULMONAR.

Rita Rocha, Rita Ribeirinho, Bárbara Batista, Sofia Calaça, Iolanda Oliveira, Inês Vieira Santos, Francisco Rebocho, Margarida Jacinto

Hospital Espírito Santo-Évora, Évora, Portugal

Introdução

A Embolia Pulmonar (EP) é uma doença frequente no meio hospitalar e com significativa morbilidade e mortalidade. Os dados epidemiológicos sobre esta patologia são escassos, uma vez que a mesma é, frequentemente, silenciosa, tem uma apresentação clínica inespecífica ou pode ocorrer de modo repentino e fatal. O prognóstico destes doentes é variável porém são conhecidos alguns preditores de mau prognóstico.

Objetivos

Caracterizar os doentes com EP e identificar preditores de mau prognóstico.

Métodos

Estudo observacional, longitudinal e retrospectivo de doentes com o diagnóstico principal de EP (confirmada por AngioTAC – 100% dos doentes, n=183), admitidos num hospital central, durante 45 meses (entre Janeiro de 2013 e Setembro de 2016). Foram considerados dados epidemiológicos (idade e sexo), co-morbilidades (IC, doença pulmonar, doença renal, neoplasia, HTA, DM), alterações imagiológicas (AngioTAC e EcoTT), alterações analíticas (troponina, NTproBNP, D-Dímero) e terapêutica, e correlacioná-las com a duração do internamento e mortalidade (aos 7 dias e 3 meses).

Resultados

A nossa amostra incluiu 183 doentes, com mediana de idade de 77, sendo 61,7% de sexo feminino. 84,7% tiveram diagnóstico de EP maciça. Na AngioTAC 31,7% tiveram evidência de trombo na circulação central bilateral e nos doentes submetidos a EcoTT, 25,1% tiveram algum grau de HT pulmonar e 16,9% disfunção do ventrículo direito. A troponina teve mediana de 0.286. A HTA foi a co-morbilidade mais frequente e a terapêutica com cumarínicos foi a mais usada após a alta. No que diz respeito aos dias de internamento, a mediana foi de 8, com mínimo de 0 e máximo de 39, e a taxa de mortalidade foi de 26%. O valor da troponina, NTproBNP e a evidência de disfunção ventricular direita mostraram ser preditores de mau prognóstico.

Conclusões

O valor da troponina, NTproBNP e a disfunção ventricular parecem prever a morbilidade e mortalidade dos doentes com EP. O sexo feminino e a HTA parecem ter impacto negativo, podendo identificar subgrupos de risco.

PO284

1184 UM CASO RARO DE MIOCARDITE POR VÍRUS INFLUENZA B

Vanessa Ventura Vieira[1], Luis Dias[2], Clara Paiva[2]

[1]Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, Angra Do Heroísmo, Portugal

[2]Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada, Portugal

Introdução

A verdadeira incidência de Miocardite por vírus influenza na população geral é desconhecida, dada a apresentação clínica variável e ausência de testes diagnósticos não invasivos sensíveis e específicos para confirmação do diagnóstico. Apesar do Influenza ser um dos vírus frequentemente implicados na Miocardite, o tipo A é muito mais frequentemente causador que o B. As manifestações clínicas variam desde alterações electrocardiográficas assintomáticas à Insuficiência Cardíaca fulminante com arritmias fatais. Assim, é importante reconhecer os sinais e sintomas cardíacos subtis por vezes encobertos pelas manifestações sistémicas desta infecção vírica. As terapêuticas disponíveis com agentes antivirais como Oseltamivir, tratamento com gamma-globulina intravenosa ou suporte ventricular mecânico são terapêuticas válidas e que deverão ser instituídas em fase precoce da terapêutica. Os autores apresentam um caso de uma mulher com Miocardite por influenza B, a quem a terapêutica foi instituída precocemente, conferindo-lhe um bom prognóstico.

Descrição

Mulher de 31 anos, recorre à urgência por quadro com 3 dias de evolução de febre, astenia, adinamia, anorexia e mialgias. Ao Exame Objetivo: TA 104/70 mmHg e diminuição do murmúrio vesicular na base direita torácica, sem outras alterações de relevo.

Analiticamente com CK 5091 U/L, CK Mb 122 U/L, Troponina I 1.110 ug/L, NT proBNP 1043 pg/mL. Zaragatoa nasal positiva para vírus Influenza B. Radiografia de tórax e Electrocardiograma sem alterações.

Após observação da Cardiologia, admitiu-se miocardite vírica, sendo internada na Medicina Interna, onde realizou Ecocardiograma transtorácico sem alterações. Cumpriu Oseltamivir, com evolução clínica favorável. Após 1 ano de seguimento em ambulatório, continua sem manifestações de Insuficiência Cardíaca.

Em conclusão, perante a possibilidade de miocardite por influenza, cujo desfecho pode ser dramático, a terapêutica antivírica e o suporte cardíaco precoces podem ser a única solução.

PO285

1226 O ESPECTRO DA MORTE SÚBITA NA ESTENOSE AÓRTICA GRAVE

Sara Faria[1], José Sousa[2], Fábio Almeida[1], Carolina Lourenço[2], Lino Gonçalves[2]

[1]Hospital Distrital da Figueira da Foz, Figueira Da Foz, Portugal

[2]Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Hospital Geral, Coimbra, Portugal

Introdução

A estenose aórtica (EA) é a valvulopatia mais comum no mundo ocidental, acometendo sobretudo doentes idosos. A EA grave carece habitualmente de abordagem intervencionista.

Descrição

Homem de 60 anos de idade é admitido na Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos sob Suporte Avançado de Vida (SAV) após paragem cardiorrespiratória (PCR) no contexto de prova de esforço requisitada por EA grave alegadamente assintomática. Manifestou, primariamente, evolução favorável, com desmame progressivo dos suportes aminérgico e ventilatório. Realizou, em seguida, ecocardiograma transtorácico no laboratório, que revelou: EA crítica [área valvular de 0,44cm2, apesar de gradiente médio entre o ventrículo esquerdo (VE) e a raiz da aorta de 32mmHg] e compromisso grave da função sistólica do VE (fracção de ejecção de 30-35%). Adicionalmente foi submetido a coronariografia, que não evidenciou doença coronária significativa. Ao 12º dia de internamento, o doente faz nova PCR após manobra de Valsalva por esforço defecatório. Foi iniciado, de novo, SAV, com restituição da circulação espontânea e extubação às 48h. Como intercorrências posteriores, de ressalvar: pneumonia associada a ventilador, paroxismo de fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida, enfarte agudo do miocárdio tipo 2 e agudização de doença renal crónica. Dada a labilidade do estado clínico, optou-se por realização urgente de valvuloplastia percutânea, que resultou em descida do gradiente (27 mmHg) e permitiu ponte para cirurgia de substituição valvular aórtica, a qual viria a decorrer com sucesso. Um mês após a alta, o doente encontra-se assintomático.

Conclusão: Na EA grave, a prova de esforço é contra-indicada em doentes sintomáticos e a melhor opção terapêutica é a substituição valvular. Em casos de maior instabilidade, pode considerar-se valvuloplastia percutânea como procedimento life-saving e ponte para cirurgia.

PO286

1236 CARDIOMIOPATIA DE TAKOTSUBO OU MIOCARDITE? RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CARDIACA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Luzia Bismarck, Lisete Nunes, Ivone Barracha, Rosa Amorim

Centro Hospitalar do Oeste - Unidade de Torres Vedras, Torres Vedras, Portugal

Introdução

O diagnóstico diferencial (DD) entre etiologia isquémica e não isquémica num doente com dor precordial pode ser um desafio. Na ausência de lesões coronárias evidentes após cateterismo cardíaco o DD realiza-se mais frequentemente entre Cardiomiopatia de Takotsubo (CT) e Miocardite Aguda (MA), tendo a ressonância magnética cardíaca (RMC) um papel fundamental no diagnóstico definitivo.

Descrição

Mulher, 40 anos. Sem antecedentes relevantes, fumadora. Recorreu ao Serviço de Urgência por dor precordial tipo opressivo de inicio em repouso, sem irradiação ou outros sintomas. Exame objectivo à admissão sem alterações. Realizou Electrocardiograma com elevação de ST em DI, DII, aVF e V5 e V6; Ecocardiograma Transtorácico (ECOTT) com ventrículo esquerdo hipertrofiado, alterações segmentares (hipocinesia dos segmentos inferoapical e septoapical) e função sistólica ligeiramente comprometida. Analiticamente com subida dos biomarcadores cardíacos. Internou-se com suspeita de Sindrome Coronario Agudo com Supra- ST (STEMI). Fez cateterismo cardíaco sem identificação de lesões coronárias e sem alterações segmentares por ventriculografia. Repetiu ECOTT sem evidencia das alterações previamente descritas. Realizou RMC com evidência de realce tardio subepicárdico nos segmentos apicais antero e inferolaterais; septo interventricular apical com alterações sugestivas de edema miocárdico regional. Serologias virais negativas. Os biomarcadores cardíacos desceram até valores normais.

Realça-se a importância da RMC no DD nestas situações e a sua especificidade relativamente ao ECOTT. Sendo a primeira hipótese tida em consideração o STEMI, que se excluiu após cateterismo sem lesões, pela reversibilidade das alterações segmentares foram colocadas as opções diagnósticas de CT e MA cujo DD só foi possível após evidência de realce tardio subepicárdico objectivável na RMC.

PO287

1266 UM CASO DE MIOPERICARDITE

Sara Pinto[1], Ana Margarida Santos[2], Gonçalo Fernandes[2], Rui Araújo[2]

[1]Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Aveiro, Portugal

[2]Unidade Local de Saúde de Matosinhos - Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal

Introdução

Miopericardite é uma pericardite com envolvimento do miocárdio, manifestando-se por dor torácica e elevação dos marcadores de necrose miocárdica (MNM). Dependendo da apresentação clínica e dos factores de risco, a realização de coronariografia pode estar recomendada, sendo muitas vezes útil a realização de ressonância magnética (RM) para confirmar o envolvimento do músculo cardíaco e excluir necrose miocárdica na ausência de doença coronária significativa.

Descrição

Homem de 67 anos, hipertenso, dislipidemico e ex-fumador, recorre ao serviço de urgência (SU) por dispneia, tosse seca e dor torácica pleurítica. Na avaliação inicial, objetivada elevação dos MNM e dos parâmetros inflamatórios, elevação discreta e generalizada do segmento ST no electrocardiograma (ECG), alterações difusas da contractilidade com depressão da função e pequeno derrame pericárdico na ecoscopia. Internado sob o diagnóstico de Miopericardite, manteve tratamento com 3g de ácido acetilsalicílico durante cinco dias, tendo apresentado normalização do ECG. Realizada coronariografia que revelou doença de três vasos, pelo que foi proposto para cirurgia de bypass coronário (CABG). Durante este período, aumento progressivo do derrame pericárdico, tendo realizado RM cardíaca que documentou ruptura contida do ventrículo esquerdo. Submetido a CABG e a aneurismectomia do ventrículo esquerdo, manteve-se assintomático e sem outras intercorrências até à alta hospitalar.

DISCUSSÃO: O diagnóstico diferencial da dor torácica pode ser desafiante. Perante uma suspeita de miopericardite é fundamental manter outras entidades em mente, sob pena das suas complicações comprometerem um bom prognóstico. A ruptura do ventrículo esquerdo é rara, mas apesar de grave, nem sempre é fatal.

PO288

1272 A CINTIGRAFIA CARDÍACA COM 99MTC-HDP – UMA NOVA ABORDAGEM NA AVALIAÇÃO DE AMILOIDOSE CARDÍACA

Adriana Sá Pinto, Luís Sobral Torres, Ana Oliveira, Victor Alves, Elisabete Martins, Jorge Pereira

Centro Hospitalar de São João E.P.E., Porto, Portugal

Introdução

O atingimento cardíaco é a principal causa de mortalidade na amiloidose. O diagnóstico definitivo requer biópsia cardíaca, procedimento invasivo e não isento de complicações. A Cintigrafia Cardíaca com 99mTc-HDP (Cint. HDP) foi já reconhecida como uma técnica com elevadas sensibilidade e especificidade no diagnóstico de amiloidose cardíaca do tipo transtirretina (ATTR).

Objetivos

Descrever a utilidade da Cint. HDP na avaliação de amiloidose cardíaca.

Métodos

Foi realizada a análise retrospectiva de todas as Cint. HDP efectuadas nos últimos 3 anos num Hospital Terciário. Foram consultados os processos dos doentes e registados os seus dados demográficos, bem como os subjacentes à doença amiloidótica em estudo, nomeadamente parâmetros analíticos, Ecocardiograma Transtorácico (ETT), Ressonância Magnética cardíaca (RMNc) e biópsia.

Resultados

15 doentes (13 homens) com uma idade média de 70,73+/-8,66 anos: 8 com suspeita inicial de amiloidose cardíaca de Cadeias Leves (AL), 4 ATTR e 3 do tipo Secundário (AA).

12 doentes apresentaram valores de Peptídeo Natriurético B elevados (> 100 pg/mL) e 4 apresentaram Gamapatia monoclonal (2 AL, 1 AA e 1 ATTR).

No ETT (n=13), a fracção de ejecção média foi 48,91+/-15,8%. 8 doentes apresentaram hipertrofia biventricular concêntrica, 2 disfunção diastólica e 10 espessura de septo superior a 12 mm (média 15+/-2,4 mm). A RMNc foi compatível com amiloidose em todos os 6 casos efectuados.

A Cint. HDP foi positiva para ATTR em 4 doentes: 1 AL e 3 ATTR. Destes, apenas 1 realizou biópsia cardíaca, tendo sido positiva para amiloidose. Não foi realizado estudo imunohistoquímico em nenhum caso. 2 doentes realizaram estudo genético, tendo sido positivo para a mutação TTR Met 30 num doente. Dois doentes tinham Gamapatia monoclonal (1 AL e 1 ATTR). Os doentes com Cint. HDP positiva eram significativamente mais velhos (p=0,006) do que os doentes com Cint. HDP negativa.

Conclusões

A Cint. HDP é um estudo não invasivo que poderá ser útil no diagnóstico do subtipo de amiloidose, em doentes mais idosos e sem condições clínicas para a realização de biópsia cardíaca.

PO289

1280 DÉFICE DE VITAMINA D E BIOMARCADORES DE RISCO CARDIOVASCULAR

Ana Corte-Real, Patrícia Vasconcelos, Nuno Bragança
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, Amadora, Portugal

Introdução

O défice de vitamina D (VitD) é altamente prevalente e tem sido associado ao aumento do risco cardiovascular (RCV), embora os mecanismos fisiopatológicos subjacentes ainda não estejam esclarecidos. Estudos recentes mostraram que este défice está associado a perfil lipídico aterogénico bem como, a níveis elevados de outros biomarcadores (BM) de RCV não lipídicos.

Objetivos

Estabelecer uma possível associação entre níveis de VitD, na admissão hospitalar, e alguns BM de RCV.

Métodos

Estudo retrospectivo e observacional de uma amostra de doentes internados a quem foi doseado 25 hidroxiVitD (25(OH)D). Analisámos variáveis socio-demográficas e os seguintes BM registados à admissão: colesterol total, lipoproteína (Lp) de alta densidade (HDL), Lp de baixa densidade, triglicéridos (TG), proteína C reactiva (PCR), creatinina (Cr), ácido úrico (AU) e hemoglobinaA1c. Agrupamo-los com base no valor de 25(OH)D (ng/mL): défice (<20), insuficiência (20-29) e normal (≥ 30) e realizámos análises Odd Ratio (OR) entre o grupo de défice e o de insuficiência para cada um dos BM e por género.

Resultados

Dos 50 doentes estudados, 64% eram homens e 78% tinham défice de VitD. A idade média foi 76 anos. Pela análise OR, verificou-se que os doentes com défice de VitD em comparação com aqueles com insuficiência apresentaram probabilidades aumentadas de ter os seguintes BM elevados: TG (OR=1.32), PCR (OR=3.33), Cr (OR=3.14) e AU (OR=1.57) bem como, maior probabilidade de HDL baixo (OR=1.04). Na análise por género, verificou-se que a probabilidade de níveis alterados de 2 dos BM estudados (PCR e HDL) era superior nas mulheres.

Conclusões

Pela reduzida dimensão da amostra, apenas conseguimos tirar conclusões para alguns dos BM estudados. Contudo, e apesar desta amostra ser por conveniência, o que não permite tirar conclusões para a população de doentes internados, e requer uma análise à posteriori para confirmar os resultados, verificam-se algumas semelhanças com os estudos realizados previamente.

PO290

1323 ENDOCARDITE INFECCIOSA "SEMPRE EM MENTE"

Ana Corte-Real, Sara Vilas-Boas, Patrícia Vasconcelos
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, Amadora, Portugal

Introdução

A Endocardite Infecciosa (EI) é uma doença grave, multissistémica, com várias formas de apresentação, associada a elevada morbimortalidade, sendo encarada como um desafio diagnóstico.

Descrição

Apresentamos o caso de um doente de 39 anos, sem antecedentes conhecidos, referenciado da Cardiologia para investigação etiológica de quadro febril intermitente, perda ponderal e astenia com cerca de 3 meses de evolução.

À observação detectou-se apenas sopro holossistólico rude. Analiticamente, apresentava anemia ferropénica, elevação discreta dos marcadores de isquémia miocárdica e dos parâmetros inflamatórios. Neste contexto, realizou: electrocardiograma (discreta elevação do segmento ST em DI-DII, V5-V6); ecocardiograma transtorácico (apenas espessamento do pericárdio) e cateterismo (excluiu lesões coronárias). Porém, apesar destes resultados, apresentou agravamento clínico e manutenção do quadro febril, pelo que realizou: ecocardiograma transesofágico, que revelou EI da válvula aórtica e ressonância magnética cardíaca, que identificou enfarte da parede inferior transmural em fase aguda. Admitiu-se embolização séptica como causa do enfarte.

Após ausência de resposta à terapêutica antibiótica inicial e exclusão de complicações perivalvulares (em ecocardiogramas seriados e Angio-Tomografia Computorizada), cumpriu antibioterapia dirigida (vancomicina e gentamicina) a Streptococos viridans isolado em três hemoculturas (HC), com melhoria. As HC de controlo foram negativas.

Manteve seguimento em consulta, verificando-se resolução completa do quadro.

Assim, após exclusão de outras causas, nomeadamente neoplasia digestiva, admitiram-se as queixas constitucionais em contexto de EI srubaguda.

Este caso ilustra a necessidade de um elevado índice de suspeição para o diagnóstico de EI, sobretudo em doentes jovens sem factores de risco, dado o seu alargado espectro de apresentações clínicas e mortalidade associada, caso o tratamento não seja instituído atempadamente.

PO291

1326 UMA DOENÇA DE INFÂNCIA AOS 70 ANOS

Diogo Paixão Marques, Sara Rocha, Marta Manso, Raquel Domingos

Serviço de Medicina 2, Hospital Egas Moniz - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

Introdução

As cardiopatias congénitas são, na sua grande maioria, diagnosticadas em idade jovem. Dentro deste grupo, a estenose pulmonar e a comunicação inter-auricular são relativamente frequentes, podendo surgir em associação com outro tipo de cardiopatias, mas não é frequente a sua concomitância no mesmo doente.

Descrição

Mulher de 77 anos, com história de Diabetes mellitus tipo2, hipertensão arterial e sopro cardíaco conhecido desde a infância, não estudado.

Internada para esclarecimento de quadro de vómitos, que resolveu sob terapêutica conservadora.

Concomitantemente iniciou investigação de sopro cardíaco. Tratava-se de sopro sistólico de intensidade V/VI, mais intenso no foco tricúspide e durante a inspiração, sem irradiação. Realizou electrocardiograma (ECG) com desvio direito do eixo eléctrico e bloqueio completo de ramo direito. Radiografia torácica com dilatação do tronco da artéria pulmonar e vasculatura pulmonar, posteriormente confirmada em tomografia computorizada.

Foi solicitado ecocardiograma que demonstrou hipertensão pulmonar (pressão sistólica na artéria pulmonar estimada de 77mmHg) com dilatação de cavidades direitas e insuficiência tricúspide moderada a grave. Documentou-se shunt direito-esquerdo sem defeitos do septo inter-auricular, pelo que fez ressonância magnética cardíaca que revelou estenose pulmonar com jacto dirigido à parede anterior da artéria pulmonar e dilatação aneurismática do tronco e ramos principais desta artéria, bem como comunicação inter-auricular tipo sinus venosus.

Foi encaminhada para a consulta de Medicina Interna, mantendo estabilidade clínica durante vários anos após o diagnóstico.

Uma vez que a maioria dos casos de cardiopatia congénita são detectados em idade jovem, este caso é relevante porque o diagnóstico foi feito apenas em idade avançada, através da conjugação de achados típicos no exame físico e exames de primeira linha, como a radiografia torácica e o ECG, que motivaram a realização de exames detalhados que levaram ao diagnóstico.

PO292

1350 OS DOIS PRIMEIROS ANOS DE UMA CONSULTA ESPECÍFICA DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO

Maria João Ferreira Pinto, Vanessa Chaves, Luís Flores, Verónica Guiomar, Jorge Almeida, Paula Dias

Centro Hospitalar São João, Porto, Portugal

Introdução

O Tromboembolismo Venoso (TEV) constitui um importante problema de saúde pública, pelo seu impacto em termos de morbi-mortalidade, custos e consumo de recursos. Tendo como objectivos homogeneizar e racionalizar o uso de intervenções diagnósticas e terapêuticas, criando uma abordagem sistematizada do TEV, foi criada em 2016 a Consulta de TEV, realizada pela Especialidade de Medicina Interna.

Objetivos

Descrição e análise dos dados de uma das Consultas Externa de TEV em 2016 e 2017.

Métodos

Análise retrospectiva e processamento dos dados dos doentes observados durante o período especificado.

Resultados

Foram realizadas 54 primeiras consultas, 18 em 2016 e 36 em 2017, e 54 subsequentes. 57% dos doentes eram do género feminino, com idade média de 60,5±20,4. Cerca de metade foi proveniente do Internamento, a maioria do Serviço de Medicina Interna, ou pela Medicina Interna em consultadoria noutros serviços, sendo o principal motivo de referenciação o estudo e seguimento de tromboembolismo pulmonar. 18% dos doentes foram enviados pelo Médico de Família (MF), a sua maioria para gestão de hipocoagulação. 37% dos TEV foram provocados, 41% foram não provocados e 11% foram relacionados com neoplasia. Ao final de 2 anos, 63% dos doentes observados tiveram alta, 64% orientados para MF e os restantes para outros hospitais ou consultas. Em média os doentes tiveram 1,8 consultas por ano.

Conclusões

Num hospital onde o TEV pode ser orientado por várias especialidades, a existência de uma consulta específica poderá ajudar a centralizar conhecimentos, a melhorar o tratamento e acompanhamento, sob a alçada da visão holística do Internista. Permite também uma alta mais precoce dos doentes internados com TEV com reavaliação e continuação do estudo em regime ambulatório. A relação estreita com os cuidados de saúde primários também é um dos objectivos, como traduz o número de altas para o MF, tornando cada vez mais esta patologia transversal a praticamente todas as especialidades.

PO293

1378 CARATERIZAÇÃO DA FIBRILHAÇÃO AURICULAR NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA: COMBATER O TABU DA ANTICOAGULAÇÃO NO IDOSO

Ana Pãosinho, Ana C. Lopes, Rita Ivo, Ana Luísa Esteves, João Pereira, Alberto Mello E Silva

Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

Introdução

A anticoagulação oral (ACO) é uma terapêutica eficaz na prevenção de eventos tromboembólicos em doentes com fibrilação auricular (FA). Esta arritmia atinge 10,4% da população com mais de 80 anos. A divulgação dos novos anticoagulantes orais (NOACs) levou à anticoagulação de doentes mais idosos e com mais comorbilidades.

Objetivos

Caraterizar os doentes com o diagnóstico de FA internados numa enfermaria de medicina de Janeiro de 2015 a Dezembro de 2016.

Métodos

Consulta de registos eletrónicos na Plataforma de Dados de Saúde (PDS®) e SAM®. Como critérios de inclusão: alta do internamento, cálculo de score de risco hemorrágico (HAS-BLED) e trombótico (CHA2DS2-VASc) e o diagnóstico de FA.

Resultados

Foram avaliados um total de 147 doentes, dos quais 62,6% eram mulheres e a média de idades foi de 82 anos em que 67% dos doentes tinham 80 anos ou mais. No que concerne ao grau de dependência a média do mRankin foi de 2,36. Os fatores de risco cardiovascular mais frequentemente observadas foram: Hipertensão arterial (HTA) em 82,3%, Dislipidémia em 46,9% e Diabetes mellitus tipo 2 em 34,7%. Dos tipos de FA a maioria era permanente (N= 85) e 15 doentes foram diagnosticados com FA de novo. Da amostra analisada 63% (N=92) dos doentes estavam anticoagulados: 27% com varfarina, 2% com heparina de baixo peso molecular (HBPM) e os restantes com NOACs dos quais o Rivaroxabano foi o mais frequente (N=30). O CHA2DS2-VASc médio foi de 5,4 e o HAS-BLED de 2,2. No que toca a estratégia de controlo de ritmo vs. frequência esta última foi a priveligiada, 57,8%, sendo que 33,3% não tinham qualquer destas estratégias instituídas. Dos motivos avançados para a não anticoagulação o principal foram os eventos hemorrágicos, 40%, seguido por doentes com um elevado grau de dependência (mRankin >4) 27% e risco de quedas (20%).

Conclusões

No presente estudo os autores pretendem caraterizar uma população mais idosa do que a habitualmente contemplada na literatura ilustrando o panorama nacional e a crescente utilização da ACO nesta população.

PO294

1472 MICROANGIOPATIA TROMBÓTICA E INIBIDORES DE CALCINEURINA, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Vanessa Ventura Vieira[1], Mário Góis[2]

[1]Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, Angra Do Heroísmo, Portugal

[2]Hospital Curry Cabral, Lisboa, Portugal

Introdução

A microangiopatia trombótica (MAT) é uma complicação rara associada ao uso dos inibidores de calcineurina no transplantado pulmonar. Como habitualmente ocorre em formas incompletas, não tem um timing estabelecido para ocorrer após o transplante e surge em simultâneo com as infeções, há um atraso no diagnóstico e as lesões isquémicas tornam-se irreversíveis. Apesar da dificuldade no diagnóstico, existe um tratamento eficaz e que deve ser estabelecido a tempo, quer se recorra à Plamaferese, ao Eculizumab e à suspensão ou substituição dos inibidores da calcineurina por outros imunossupressores.

Descrição

Mulher de 48 anos submetida a Transplante unipulmonar direito na sequência de Alveolite alérgica extrínseca há 2 anos, medicada com Everolimus, Tacrolimus e Prednisolona, inicia quadro de disfunção renal progressiva (Ureia 82 mg/dL e Creatinina 2.87 mg/dL) e bicitopénia (anemia – Hb 8 g/dL e trombocitopenia 100 000), motivo pela qual é internada para estudo. Da avaliação complementar destacava-se na ecografia renal aumento da ecogenicidade da cortical renal e biópsia renal com endoteliose e edema mucóide da íntima nas arteríolas e artérias de pequeno calibre, até trombos nas artérias de pequeno e médio calibre. Foram as alterações na Biópsia Renal que permitiram o diagnóstico de microangiopatia trombótica com envolvimento renal. Neste sentido foi alterada a terapêutica imunossupressora para Micofenolato de Mofetil e Prednisolona, com recuperação ligeira da função renal e da disfunção hematológica.

Em conclusão, para o diagnóstico precoce desta entidade é necessário um elevado grau de suspeição, pois só desta forma as alternativas como a Plasmaferese ou mesmo Eculizumab poderão ter maior eficácia e prevenir danos que podem ser irreversíveis com a insuficiência renal. Assim, a MAT é uma complicação que deve ser sempre considerada no seguimento dos doentes transplantados e submetidos a inibidores de calcineurina.

PO295

1479 DA PANCREATITE AGUDA À ENDOCARDITE INFECIOSA, UMA COMPLICAÇÃO HOSPITALAR

Rosana Maia, Francisco Silva, Lúcia Brandão, Duarte Silva, Pedro Pinto, Edgar Torre, Carmelia Rodrigues, Diana Guerra

ULS Alto Minho - Hospital de Santa Luzia, Viana Do Castelo, Portugal

Introdução

A endocardite infeciosa (EI) tem uma alta taxa de mortalidade e de complicações severas. As manifestações clínicas são variáveis, podendo apresentar-se de forma aguda, rapidamente progressiva, subaguda ou crónica.

Descrição

Caso Clínico: Homem, 71 anos, hipertenso, portador de prótese valvular (PV) aórtica, com internamentos prévios por Pancreatite aguda (PA) litiásica e colecistectomia. Recorre ao Serviço (S) de Urgência por dor epigástrica com irradiação dorsal. Internado no S de Cirurgia Geral por PA alitiásica. Em D3 internamento (I), início de febre (Tmáx 40.4ºC), sem queixas associadas. Colheu hemoculturas (HC) e iniciou ceftriaxone e metronidazol. Em D6I, solicitada colaboração de Medicina Interna. Identificada Flebite na mão direita em local prévio de cateter endovenoso (CEV). HC: Staphylococcus meticilinosensível (MSSA). Ecocardiograma transtorácico (Eco-TT) e trans-esofágico (Eco-TE) sem evidência de EI. Por persistência de febre e ausência de melhoria analítica, iniciou terapêutica dirigida para EI (Flucloxacilina e Gentamicina). Em D14I, dor torácica, febre e shivering. ECG: supra-ST na parede inferior. Cateterismo cardíaco: suboclusão por trombo a nível da coronária direita. Eco-TT: na face anterior do anel aórtico, aparente espessamento e duvidosa cavitação. Ajustada antibioterapia: Flucloxacilina, gentamicina e rifampicina. Eco-TE: prótese biológica aórtica com vias de abcedação e vegetações. TC Cerebral e toraco-abdominal: sem evidência de lesões embólicas. Cumpriu 2 semanas de gentamicina e 6 semanas de flucloxacilina e rifampicima. HC: negativas. Avaliado por Cirurgia Cardiotorácica: sem indicação cirúrgica. Melhoria clínica progressiva, tendo tido alta ao 75º dia de internamento.

Discussão: Perante uma bacteriemia por MSSA é importante o despiste de EI, sobretudo na presença de fatores de risco cardíacos (PV) e CEV. Salienta-se neste caso a gravidade da Flebite iatrogénica, que evoluiu para EI a MSSA, complicada com EAM por êmbolo séptico.

PO296

1579 CONTUSÃO MIOCÁRDICA: UM SIMULADOR DE ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

Manuel S. Martins, Andre S. Pinto, Grace Staring, Wildemar Costa, Ivone Barracha, Rosa Amorim

CHO - Torres Vedras, Torres Vedras, Portugal

Introdução

A contusão miocárdica é uma complicação rara do trauma torácico fechado (13%). O seu diagnóstico é difícil devido à sintomatologia pouco específica e à ausência de um exame complementar de diagnóstico de eleição com alta sensibilidade.

Descrição

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um homem de 29 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, que recorre ao serviço de urgência(SU) após acidente de viação. Ao exame objetivo, hemodinamicamente estável, eupneico, dor à palpação da grelha costal à esquerda. Eletrocardiograma(ECG) e Rx Tórax sem alterações. Teve alta. No dia seguinte recorre novamente ao SU por dor torácica tipo aperto, de inicio súbito, agravada com a inspiração profunda. Ao exame objetivo sem alterações de relevo. Realizou ECG que revelou supra desnivelamento do ST nas derivações pré-cordiais. Analiticamente: Troponina I 3627,1 > 11772,5ng/L, CK 301 > 562 U/L; CK-MB 34,6 > 81,9ng/L. Realizou coronariografia que não revelou lesões. Posteriormente realizou RMN cardíaca que revelou lesões de padrão não isquémico, compatíveis com contusão miocárdica.

Discussão: A contusão miocárdica, refere-se à lesão do músculo cardíaco secundária a trauma. A apresentação pode variar desde dispneia, arritmias, pré-cordialgia a choque, simulando diversas patologias cardíacas, dependendo do local e gravidade da lesão. Dado a inespecificidade de sintomas, é necessário um elevado grau de suspeição para realizar o diagnóstico, reduzindo a mortalidade e a necessidade de recurso a exames complementares invasivos .

PO297

1588 VALIDAÇÃO EXTERNA DO SCORE DE BOVA

Ana Rita Santos[1], Ana Pedroso[1], Inês Ferreira[1], Ana Corte-Real[2], Ana Catarina Lameiras[2], Joana Maurício[2], Maria Clara Matos[2], Patricia Vicente[1], Ana Lynce[1], Luis Campos[1]

[1]Hospital São Francisco Xavier, Lisboa, Portugal

[2]Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Lisboa, Portugal

Introdução

A identificação de doentes com Tromboembolismo Pulmonar (TEP) normotensivo com alto risco de complicações a curto prazo é fundamental embora difícil. Nos últimos anos tem-se observado um esforço para desenvolver scores de risco que estratifiquem adequadamente estes doentes, dos quais o score de BOVA é uma referência. No entanto, são necessários estu-

dos que validem a sua eficácia.

Objetivos

Validação externa do score de BOVA.

Métodos

Identificados retrospetivamente doentes com TEP agudo normotensivo em 2 centros hospitalares. Estratificados os doentes de acordo com o score de BOVA e respetivos subgrupos de risco (classe I, II e III) com base nas 4 variáveis prognósticas que o constituem. O endpoint analisado teve como base o artigo original de derivação: endpoint composto de morte atribuível a TEP, descompensação hemodinâmica e recorrência de TEP a 30 dias. Utilizadas curvas de sobrevivência para determinar o risco cumulativo do endpoint a 30 dias e o teste de log-rank para determinar diferenças entre as classes. O poder discriminativo do score foi determinado pela área abaixo da curva ROC.

Resultados

Identificados 862 doentes com TEP agudo normotensivo no Serviço de Urgência de 2009 a 2016. A incidência do endpoint composto foi 8% (n = 65). A incidência de complicações aumentou para cada classe de risco (classe I: 3.4 %, IC95% = 2.1-6.7; classe II: 7%, IC95% = 4.2-9.9; classe III: 16.4%, IC95% = 11.8-22.3). A incidência cumulativa do endpoint a 30 dias foi aumentando para cada classe de risco, sendo a diferença entre grupos significativa (teste de log-rank classe I vs II, p = 0.027; classe II vs III, p = 0.001). O poder discriminativo do score foi 0.72 (IC95% = 0.7-0.73, p < .001). Para classes mais altas o BOVA tendeu a sobrestimar o risco.

Conclusões

O score de BOVA parece estratificar adequadamente doentes com TEP normotensivo no que diz respeito a complicações major relacionadas com TEP a 30 dias. No entanto, na nossa população tendeu a sobrestimar eventos, sobretudo para as classes de maior risco.

PO298

1629 PADRÃO DE WOLFF PARKINSON WHITE NO ECG, UMA ENTIDADE POR VEZES FATAL – RELATO DE 2 CASOS

Vanessa Ventura Vieira[1], Mário Oliveira[2], Lurdes Ferreira[2], Rui Ferreira[2]

[1]Hospital de Santo Espirito da Ilha Terceira, Angra Do Heroísmo, Portugal

[2]Hospital de Santa Marta, Lisboa, Portugal

Introdução

O padrão de Wolff-Parkinson-White (WPW) em Electrocardiograma (ECG), corresponde à presença de uma via de condução acessória (VA), está presente em 0.3% da população, conferindo um risco de morte súbita em 1/1000 doentes/ano, mais frequente nas duas primeiras décadas de vida. Este evento habitualmente ocorre na sequência de Fibrilação Auricular (FA) com condução Auriculo-Ventricular (AV) rápida e é habitualmente iniciado pela taquicárdia de reentrada. Nestes doentes, os agentes bloqueadores do nódulo AV podem paradoxalmente aumentar a condução na via acessória, pelo que em urgência apenas deve ser considerada Procainamida, Amiodarona ou Cardioversão elétrica.

Descrição

Apresentam-se dois casos, dois homens, de 18 e 58 anos, sem fatores de risco cardiovascular conhecidos, com diagnóstico de padrão de WPW prévio em ECG e sem referenciação a consulta especializada. Os dois foram admitidos em Unidade de Cuidados Intensivos, após reanimação de Paragem Cardio-respiratória em contexto de FA com condução rápida e transformação em Fibrilação ventricular. Em ambos os casos procedeu-se a ablação de via acessória postero-septal direita, sem recorrência de arritmia no follow-up em ambulatório (2 anos). Enquanto que o segundo caso não apresentou qualquer sequela da Paragem Cardiorespiratória, no primeiro caso o doente teve encefalopatia anóxica ligeira, o que levou a que este ficasse mais dependente.

Assim, com estes 2 casos reforça-se a recomendação para todos os doentes serem avaliados em consulta de electrofisiologia de forma a submeter a ablação os casos com intervalos R-R < 250 mseg, arritmiais indutíveis dependentes de VA e todos os doentes com profissões de alto risco, evitando assim um desfecho que pode ser fatal ou menos favorável.

PO299

1640 HIPERTENSÃO PULMONAR: DOIS CASOS CLÍNICOS

João Pedro Figueira, Maria Fernanda Paixão Duarte, Raquel Maria Silva, Maria Inês Ferreira

Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, Lisboa, Portugal

Introdução

Hipertensão pulmonar (HP) é definida como uma pressão média arterial pulmonar (PAPm) elevada ≥ 25 mmHg em repouso. Tem várias etiologias e pode ser uma doença progressiva e fatal, se não tratada.

Descrição

Caso 1:

Mulher, 76 anos, com insuficiência cardíaca, tumor bilateral do ovário e doença pulmonar em estudo. Por cansaço, dispneia e edema dos membros inferiores foi internada. Objectivou-se fenómeno de Raynaud, vasculite periungueal e pitting digital. O estudo auto-imune revelou FR 187, ANA 1/640, Ac anti-centrómero B e A positivos. A capilaroscopia revelou alterações sugestivas de Raynaud secundário: esclerodermia vs. síndrome paraneoplásico. Biópsia de ovário revelou fibrotecoma benigno. Ecocardiograma mostrou dilatação das cavidades direitas com

pressão sistólica da artéria pulmonar (PSAP) elevada e a cintigrafia de V/P excluiu etiologia tromboembólica. Cateterismo direito confirmou HP.

Admitiu-se esclerodermia como etiologia da HP. Iniciou-se micofenolato de mofetil e foi observada em consulta de HP.

Veio a falecer algumas semanas depois em paragem cardiorespiratória.

Caso 2:

Mulher, 44 anos, com drepanocitose, artrite reumatóide e tromboembolismo pulmonar (TEP) crónico. Por dor pleurítica, dispneia e agravamento da anemia foi internada. ECG e biomarcadores cardíacos excluíram enfarte agudo do miocárdio. Ecocardiograma revelou tronco e ramos da AP dilatados e PSAP aumentada. TC torácico evidenciou fibrose pulmonar e aumento do calibre dos vasos pulmonares. O cateterismo direito revelou HP. Admitiu-se TEP crónico por crises vaso-oclusivas de repetição e fibrose pulmonar em relação com artrite reumatóide como etiologia da HTP. Encaminhou-se para consulta de HP.

Por infecção respiratória foi transferida para UCI tendo posteriormente falecido.

Conclusão:

HP tem múltiplas etiologias. O diagnóstico é habitualmente tardio e necessita de exames invasivos para a sua confirmação. HP está associada a mau prognóstico se o diagnóstico e o tratamento não forem precoces.

PO300

1646 FORAMEN OVALE PATENTE, UM RISCO ESCONDIDO

Vânia Rodrigues, Tiago Fernandes Gomes, Adriana Santos Silva, Filipa Amado, Ana Ferrão, Alcina Ponte

Centro Hospitalar de Leiria, Leiria, Portugal

Introdução

O Foramen Ovale Patente (FOP) é um canal que permite a comunicação entre as cavidades direitas e esquerdas do coração, sendo um remanescente embrionário presente em cerca de 25% da população adulta.

Constitui habitualmente um achado ocasional sem repercussões hemodinâmicas podendo, no entanto, proporcionar um "shunt" direito-esquerdo que causa hipoxémia de variadíssimos graus ou ser uma via de passagem de trombos da circulação venosa para a sistémica.

Descrição

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 79 anos, com antecedentes pessoais de tromboembolismo pulmonar, hipocoagulada com rivaroxabano, que recorreu ao serviço de urgência (SU) por quadro de dispneia de início súbito, sem toracalgia ou qualquer outra sintomatologia associada.

Do estudo efectuado salienta-se: gasometria arterial em ar ambiente com hipoxemia 42mmHg e hipocápnia de 24mmHg; D-dímeros inferiores a 500. Por manter saturações periféricas na ordem dos 66% realizou angio-tomografia computorizada (Angio-TC) torácica sem imagens atribuíveis a tromboembolismo pulmonar e ainda cintigrama de ventilação-perfusão que mostrou deficiente perfusão no segmento superior do lobo inferior do pulmão esquerdo com ventilação praticamente normal e captação anómala de macroagregados de albumina marcados com tecnécio sestamibi (99mTc) a nível renal e cerebral, traduzindo a existência de shunt-arterio-venoso direito-esquerdo.

Foi complementado o estudo com Ecocardiograma transesofágico que apresentava um septo interauricular aneurismático muito basculante, presença de FOP com passagem de soro salino agitado mesmo sem manobra de valsalva tendo realizado posteriormente encerramento de FOP.

Os autores gostariam de destacar que a abordagem terapêutica dos doentes com embolias paradoxais presumivelmente atribuídas a anomalias do septo inter-auricular permanece controversa.

PO301

1671 O TROMBOEMBOLISMO PULMONAR NA 9ª E 10ª DÉCADAS DE VIDA

Eugeniu Gisca, Melanie Ferreira, Cristina M. Martins, Vilma L. Grilo, Mário C. Amaro, Maria Francisca Delerue

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução

O tromboembolismo venoso(TEV) é a 3ª doença cardiovascular mais frequente, apresentando um aumento da incidência com a idade (<1/10 000/ano nos adultos jovens e 1/100/ano nos idosos). O aumento da idade é considerado um dos fatores de risco mais preponderante para o TEV. Contudo, esta patologia está pouco caracterizada na faixa etária 80 anos.

Objetivos

Caraterizar uma população de doentes com idade 80 anos, internados com o diagnóstico de tromboembolismo pulmonar(-TEP) durante os anos de 2012-2017.

Métodos

Estudo retrospetivo com análise descritiva de dados.

Resultados

Foram analisados 277 doentes (n=277), média de idades 84,9 (±3,6) anos, 66,1% do sexo feminino. Os estados funcionais predominantes, avaliados pela Escala de Katz, foram de dependência moderada e totalmente independente. A esperança média de vida expectável aos 10 anos, segundo o Índice de Comorbilidades de Charlson, foi 2,0% (média do Índice 6,38 [+/-2,01]). A mediana do tempo de internamento foi de 12 dias (intervalo 1-62). A maioria dos eventos ocorreu em ambulatório

(67,9%), os restantes 32,1% foram associados aos cuidados de saúde. Cerca de metade (52,7%) dos eventos foram idiopáticos, os restantes provocados (mínor-11,2%, major-24,5%, persistente-11,6%). A gravidade do TEP, avaliado pelo Pulmonary Embolism Severity Index, foi muito alto - classe V em 51,3%. A estratégia terapêutica (Tx) inicial adotada foi anticoagulação em 95,7%, trombólise em 2,2%, e 2.2% não receberam Tx antitrombótica. À data da alta, 76,2% mantiveram anticoagulação (33,9% antagonistas vitamina k; 32,9% anticoagulantes orais diretos; 9,4% heparina de baixo peso molecular) e 23,8% não foram anticoagulados. A taxa de mortalidade intrahospitalar por TEP foi 15,2%; foram detetados 10,5% de eventos hemorrágicos; e a recidiva de TEP a 1 ano foi 3,1%.

Conclusões

A caracterização desta população com elevado risco trombótico e hemorrágico é essencial para definir a melhor estratégia terapêutica, nomeadamente, ao equacionar o risco-benefício de terapêutica antitrombótica.

PO302

1695 UM CASO RARO DE HEMORRAGIA ALVEOLAR

Luís Lemos[1], Ana Isabel Marques[2], Carla Andrade[1], Jorge Almeida[1]

[1]Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

[2]Instituto Português de Oncologia, Porto, Portugal

Introdução

O síndrome de Eisenmenger condiciona o desenvolvimento de hipertensão pulmonar por sobrecarga das cavidades direitas do coração. Neste contexto, as hemoptises surgem como complicação rara e tardia desta condição clínica.

Descrição

Homem de 25 anos de idade, com antecedentes de cardiopatia congénita complexa (transposição das grandes artérias, comunicação interventricular ecomunicação interauricular, pós-septostomia), complicada por Síndrome de Eisenmenger desde há cerca de 18 anos, com seguimento regular na CE de Cardiologia. Habitualmente em classe II WHO, com saturação periférica de O2 de 85% e hemoglobina basal de 22-23 g/dL. Recorreu ao serviço de urgência por hemoptises com cerca de dois dias de evolução e aumento progressivo da quantidade de expetoração. Ao exame objetivo apresentava-se eupneico com aporte de O2 suplementar por máscara de alto débito e com saturação periférica de O2 de 67%; apresentava cianose labial e exuberante baqueteamento digital. Analiticamente com hemoglobina 15.7 g/dL, sem outras alterações de relevo. Realizou angio-TC torácico que mostrou extensas opacidades em "vidro despolido", bilateralmente, com um padrão típico de hemorragia alveolar. Durante o internamento foi medicado com codeína e ácido aminocapróico, com diminuição franca das hemoptises. Ao 8º dia de internamento realizou novo TC torácico para reavaliação, continuando a observar-se bilateralmente extensas opacidades em "vidro despolido", embora menos marcadas do que no exame anterior.

Este caso demonstra uma das complicações do síndrome de Eisenmenger, a condicionar hemorragia alveolar por hipertensão pulmonar.

PO303

1696 SYNCOPE AFTER INVASIVE PROCEDURE - WHAT IS DIAGNOSIS?

Márcia Barros, Neusa Guiomar, Ana Mosalina, Ricardo Fontes Carvalho, Pedro Braga, Vasco Gama

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, Porto, Portugal

Introdução

INTRODUÇÃO: A Substituição da Válvula Aórtica via Percutânea (TAVI) é uma alternativa terapêutica para os doentes com estenose aórtica grave sintomática e elevado risco cirúrgico. Tal como em qualquer procedimento de intervenção, existem complicações associadas e descritas na literatura, entre as quais as perturbações da condução auriculoventricular.

Descrição

CASO CLINICO: Mulher de 87 anos de idade, hipertensa, diabetes mellitus do tipo 2 não insulinotratada, com doença renal crónica estadio III- provável nefropatia diabética, fibrilação auricular permanente sob anticoagulação oral, com estenose valvular aórtica grave sintomática (gradiente médio de 56 mmHg e área valvular de 0.9 cm2). Foi proposta para cirurgia de substituição valvular aórtica, sendo recusada por elevado risco cirúrgico, considerada mais adequada abordagem por via percutânea. Foi então submetido a TAVI via transfemoral, com sucesso. No 2º dia pós-intervenção, teve episódio sincopal, sem pródromos. Eletrocardiograma mostrou Bloqueio Auriculoventricular (BAV) completo. Ecocardiograma: prótese valvular aórtica normalmente inserida, com gradientes máximos e médios de 18/10 mmHg, função sistólica ventricular conservada. Sem derrame pericárdico. Perante sintomatologia e achados eletrocardiográficos, foi estabelecido o diagnóstico BAV completo como complicação de TAVI, atendendo à relação temporal com o procedimento. Foi implantado pacemaker definitivo unicameral, com sucesso, sem intercorrências. Restante internamento sem intercorrências. Discussão: A TAVI é uma alternativa no tratamento da estenose aórtica grave sintomática com alto risco cirúrgico ou nos casos considerados "inoperáveis". A incidência de perturbações da condução (bloqueio AV ou bloqueio de ramo) é de 10-50%, pelo que é importante a avaliação, vigilância eletrocardiográfica sistemática após a intervenção, que possibilite o diagnóstico precoce desta complicação e a terapêutica adequada, de acordo com as normas de orientação atuais.

PO304

1709 CARDIOMIOPATIA DE TAKOTSUBO: UMA CAUSA INCOMUM DE DOR TORÁCICA

Luís Magalhães, Marli Cruz, João Ananias Gonçalves, Avelino Ferreira, António Carneiro

Hospital da Luz - Arrábida, Vila Nova De Gaia, Portugal

Introdução

A cardiomiopatia de Takotsubo é uma entidade cada vez mais reconhecida de disfunção cardíaca. No entanto, dado mimetizar frequentemente a clínica e achados do enfarte agudo do miocárdio, é frequentemente identificada e abordada como tal. O início dos sintomas está frequentemente associado a um estado de stress físico ou emocional, não sendo, contudo, condição necessária, como este caso demonstra.

Descrição

Mulher, 77 anos, com risco vascular alto por hipertensão e dislipidemia, com antecedentes de neoplasia da mama. Recorre ao Serviço de Urgência por dor torácica relacionada com os esforços nos 3 dias que antecedem a admissão, com episódio de desconforto torácico mais intenso no dia de admissão. Na admissão sem dor. Electrocardiograma em ritmo sinusal, com inversão da onta T de V1 a V6, com infradesnivelemento do segmento ST de V4 a 6. Elevação dos marcadores de necrose miocárdica à admissão com perfil ascendente ao às 3 horas (Troponina I > 1 ng/mL). Ecocardiograma trans-torácico com dilatação ligeira do ventrículo esquerdo, com predominio apical, descrito como globoso. Função sistólica do ventrículo esquerdo moderadamente deprimida com hipercontractilidade dos segmentos basais e acinésia dos segmentos médios e distais e discinésia apical. Inicialmente assumido provável enfarte agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST, tendo sido definida estratégia invasiva precoce. Cateterismo cardíaco mostrou acinésia anterolateral, apical e inferoapical e hipercontractilidade dos segmentos basais do ventrículo esquerdo, com função sistólica moderadamente deprimida. Sem evidência de lesões coronárias.

Neste caso, o ecocardiograma levantou inicialmente a suspeita do diagnóstico, apesar de não ter a apresentação clínica mais característica, tendo o diagnóstico sido confirmado por cateterismo cardíaco. O prognóstico desta condição é habitualmente benigna, apesar do risco de complicações intrahospitalares ser semelhante à do enfarte agudo do miocárdio.

PO305

1763 DOR NA ANCA COM EVOLUÇÃO TRÁGICA

Diana Falcão, Zara Soares, Luísa Teixeira, José Barata

Hospital de Vila Franca de Xira, Vila Franca De Xira, Portugal

Introdução

A endocardite infeciosa (EI) é definida como uma infeção da superfície endocárdica que envolve geralmente as válvulas cardíacas. Cerca de 70% das EI em válvula nativa são causadas por espécies de Streptococcus, com uma taxa de mortalidade associada de 10%. O AVC isquémico é uma das complicações mais graves da EI, afetando principalmente a artéria cerebral média (ACM).

Descrição

Apresenta-se o caso de um homem de 76 anos, autónomo, que recorre ao serviço de urgência por dor incapacitante da anca esquerda. Após observação e realização de TC foi excluída patologia osteoarticular aguda. À observação salientava-se sopro sistólico audível em todo o precórdio e febre. Analiticamente apresentava elevação franca dos parâmetros inflamatórios. Do estudo complementar dirigido destacam-se hemoculturas com isolamento de Strep. gallolyticus e ecocardiograma transesofágico a revelar foramen ovale permeável e imagem de vegetação aderente ao folheto anterior da mitral. Sob antibioterapia dirigida inicia quadro súbito de disartria e paresia do membro superior esquerdo, com TC-CE a revelar isquemia aguda no território da ACM direita. Por evolução clínica com dispneia, hipoxemia e hipocapnia realizou AngioTC tórax que confirmou múltipla embolização arterial pulmonar subsegmentar. Apresentou quadro de agravamento do estado neurológico e respiratório, tendo sido confirmada evolução extensa da lesão isquémica com marcado efeito de massa, acabando o doente por falecer.

A embolização cerebral ocorre em cerca de 20-40% dos casos de EI e apresenta grande impacto prognóstico. Neste caso, destaca-se a muito provável embolização séptica pulmonar inerente ao defeito do septo auricular e o facto de a queixa inicial do doente em nada fazer suspeitar do quadro descrito. Um exame objetivo cuidado e a condução da marcha diagnóstica dirigida aos achados é crucial perante o desafio diagnóstico e terapêutico que é a EI, de modo a reduzir as complicações associadas que podem definir o fatal curso da doença.

PO306

1790 UM TIPO RARO DE DOR TORÁCICA

Mariana Alberty Guerra[1], Filipa Amorim[1], Ivone Barracha[1], Rosa Amorim[2]

[1]Centro Hospitalar do Oeste - Torres Vedras, Torres Vedras, Portugal
[2]Centro Hospitalar do Oeste - Caldas da Rainha, Caldas Da Rainha, Portugal

Introdução

A Síndrome de Brugada é uma condição genética rara, de transmissão autossómica dominante, sem alteração cardíaca estrutural subjacente. É mais frequente no género masculino e a sintomatologia surge maioritariamente na idade adulta, podendo ser assintomática ou despoletar tonturas, lipotímias, palpitações e alterações do ritmo cardíaco com morte súbita. Para o diagnóstico é fundamental a existência de alterações típicas

no electrocardiograma (ECG), assim como estudo electrofisiológico e genético, podendo classificar-se em tipo 1, 2 ou 3.

Descrição

Os autores descrevem o caso de uma mulher de 45 anos com antecedentes de hipertensão arterial, admitida na Urgência por desconforto retroesternal em repouso. De antecedentes familiares relevantes: mãe com "disritmia cardíaca". Apresentava TA 152/67mmHg, FC 96bpm e auscultação cardio-pulmonar sem alterações relevantes. Realizou ECG com elevação convexa do segmento ST com > 2mm e ondas T negativas em V1-V3, sugestivo de padrão de Síndrome de Brugada tipo 1. Avaliação laboratorial, Ecocardiograma transtorácico e Holter 24h, não apresentaram alterações significativas. Teve alta do internamento orientada à especialidade para estudo electrofisiológico e eventual colocação de cardio-desfibrilhador implantável (CDI).

DISCUSSÃO

A Síndrome de Brugada, sendo rara, deve ser considerada em adultos sem patologia estrutural cardíaca e com sintomatologia sugestiva. Alterações-padrão em ECG são fundamentais para o diagnóstico. Mesmo os doentes assintomáticos podem requerer CDI para prevenção de fibrilhação ventricular e morte súbita. Os estudos electrofisiológico e genético devem ser feitos ao próprio e aos familiares directos.

PO307

1794 UMA SÍNCOPE COMPLICADA

Pedro Leite Vieira, Rui Isidoro, Paula Paiva, Alexandre Louro, Maria Eugénia André

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco - Hospital Amato Lusitano, Castelo Branco, Portugal

Introdução

A dissecção da aorta (DAo) é uma patologia emergente com uma mortalidade de 25-30% e uma incidência de 2.6-3.5/100000/ano. Em 90% dos doentes apresenta-se com dor torácica ou dorsal de início súbito. A síncope ocorre em 5 a 10% dos casos e pode relacionar-se com dissecção dos vasos supra-aórticos (VSAo). A DAo classifica-se pelos sistemas de Standford ou DeBakey.

Descrição

Mulher, 67 anos. Recorre ao serviço de urgência (SU) após síncope relacionada com esforço. Apresentava TA 64/46 mmHg (106/46 mmHg após fluidoterapia), palidez cutânea acentuada e diminuição da amplitude dos pulsos carotídeo e braquial direitos. Do estudo complementar: D-dímeros >20 µg/mL; Radiografia do tórax com alargamento da silhueta aórtica; Angio-TC do tórax "DAo torácica que se estende para a aorta (Ao) abdominal e VSAo. O tronco braqueo-cefálico parte do falso lúmen e os VSAo esquerdos do verdadeiro. Aneurisma da Ao ascendente e crossa com máximo de 52 mm". Transferida para Cirurgia Cardio-Torácica e submetida a cirurgia de substituição da Ao ascendente. Nas primeiras 4h de pós-operatório (pós-op) foi re-intervencionada por hemorragia local com tamponamento cardíaco. Alta ao 13º dia pós-op.

Ao 23º dia pós-op, recorreu ao SU por quadro de hemiplegia direita com face, afasia global e desvio preferencial do olhar para a esquerda. A Angio-TC-Cerebral e Cervical revelou "Oclusão da artéria cerebral média esquerda ao nível da bifurcação do segmento M1 com 1cm" assumida como secundária à dissecção dos VSAo. Sem critérios para trombectomia. Tratamento com controlo dos fatores de risco cardiovasculares e referenciação para Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados para reabilitação.

A apresentação deste caso pretende salientar os diagnósticos diferenciais de síncope no SU, alguns deles emergentes e com uma elevada mortalidade. Além disso, é importante estarmos alerta para as complicações da DAo precoces e tardias, algumas das quais presentes no caso enunciado.

PO308

1814 HAVERÁ INFLUENCIA DOS VALORES LABORATORIAIS NO PROGNÓSTICO A MÉDIO-LONGO PRAZO DOS DOENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA COM FRACÇÃO DE EJECÇÃO NÃO REDUZIDA?

Ana Rita Pereira, André Faria Esteves, Catarina Patrão Correia, Ana Luísa Broa, Francisca Delerue

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução

Os marcadores prognósticos na insuficiência cardíaca (IC) com fracção de ejecção ventricular esquerda (FEVE) reduzida têm sido extensamente estudados, contudo, menos se sabe acerca das formas de IC com FEVE não reduzida.

Objetivos

Avaliar o valor prognóstico das características laboratoriais em doentes (dts) internados por IC aguda com FEVE não reduzida.

Métodos

Revistos os dts internados nos Serviços de Medicina Interna, durante 2016, por IC aguda (de novo ou descompensação de IC crónica), definida segundo as guidelines europeias. Seleccionados aqueles com FEVE maior ou igual a 40%. Definidos como outcome primário morte no internamento e como outcome secundário morte no follow-up (FU).

Resultados

Incluídos 116 dts: 61 (61,2%) mulheres; idade média 76 ± 13 anos. A etiologia não isquémica foi a causa mais comum de IC [94 dts (81%)] e as disritmias a causa mais frequente de agudização [34 dts (29,3%)]. À admissão, objectivaram-se: frequência cardíaca (Fc) 93 ± 25 bpm; tensões arteriais sistólica 153 ±

30 mmHg e diastólica 73 ± 24 mmHg. Observaram-se os seguintes valores laboratoriais máximos: creatinina (Cr) 1,9 ± 0,8 mg/dL, troponina T de alta sensibilidade (TnT) 331 ng/L [amplitude interquartil (AIQ) 657 ng/L], NT-proBNP 10461 pg/mL (AIQ 12564 pg/mL). A mediana de internamento foi 12 dias (AIQ 10 dias). Observou-se o outcome primário em 9 dts (7,8%). Num FU médio de 20 ± 4 meses, 47 dts (40,5%) morreram. Não se observaram associações entre os valores laboratoriais máximos e a ocorrência do outcome primário. Contudo, valores superiores de Cr (p < 0, 01), TnT (p < 0,01) e NT-proBNP (p = 0,01) associaram-se à ocorrência de morte no FU. Internamentos mais prolongados também se associaram a maior mortalidade no seguimento (p = 0,04).

Conclusões

A taxa de mortalidade a médio-longo prazo foi elevada. As associações encontradas encorajam a optimização da terapêutica modificadora de prognóstico nos dts com níveis elevados de Cr, TnT e NT-proBNP durante o internamento.

PO309

1833 UMA ETIOLOGIA ATÍPICA DE PERICARDITE TRAUMÁTICA

Sara Raquel Pereira Martins, Tiago Pereira Guedes, Ana Oliveira, Cláudia Pereira, João Araújo Correia

Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal

Introdução

A pericardite aguda é a doença pericárdica mais comum, com incidência de 0.1% entre doentes hospitalizados. As manifestações incluem dor pleurítica melhorada com anteflexão do tronco, atrito pericárdico, supradesnivelamento ST difuso de concavidade superior/depressão do PR e derrame pericárdico. Maioritariamente idiopática, pode ser de causa infeciosa, autoimune, neoplásica, metabólica, iatrogénica (radiação/fármacos), cardíaca (enfarte/miocardite) ou traumática.

Descrição

Homem, 83 anos, admitido por suboclusão intestinal por fecaloma. Às 48h de internamento desenvolve toracalgia pleurítica precordial; auscultatoriamente com atrito pericárdico. ECG com supradesnivelamento ST de concavidade superior em DI, DII, AVF, AVR e infradesnivelamento do intervalo PR em V1-V3 (imagem 5). Excluídas miocardite, infeção vírica, tuberculose, doença autoimune, uremia e hipotiroidismo. Rx torácico com nível hidroaéreo (imagem 1) sobreposto à sombra cardíaca. EcoTT com massa ecodensa sobreposta à parede da aurícula esquerda, espessamento dos folhetos pericárdicos e fina lâmina de derrame pericárdico. TC toraco-abdominal a mostrar volumosa hérnia do hiato esofágico, com parte do corpo e fundo gástrico intratorácicos, com compressão da aurícula esquerda (imagem 3 e 4). Estabelecido diagnóstico de pericardite aguda de provável etiologia traumática secundária a pressão herniária sobre as estruturas cardíacas, aumentada por suboclusão. Iniciou corticoterapia e colquicina, com resolução da dor e normalização das alterações do ECG. Reavaliado em consulta, sem recidiva das queixas após suspensão de terapêutica, com normalização do Rx (imagem 2) e do EcoTT sob medidas anti-obstipantes.

A pericardite traumática é uma entidade com poucos casos relatados, geralmente associados a trauma ou cirurgia torácicos. Este caso clínico ressalva o diagnóstico desta mesmo em contextos inesperados, obrigatoriamente estabelecido por exclusão

PO310

1873 INFEÇÃO DE DISPOSITIVOS CARDÍACOS ELETRÓNICOS IMPLANTÁVEIS

Tiago Pack, Cristiano Cruz, Teresa Ferreira, Torcato Marques, Patrícia Cachado, Teresa Garcia

Hospital de Santa Marta, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, Portugal

Introdução

a implantação de dispositivos cardíacos eletrónicos aumentou exponencialmente nos últimos anos. Dado o aumento da esperança média de vida, tem-se verificado concomitantemente um aumento da taxa de infeção dos mesmos, em doentes idosos com cada vez mais comorbilidades e fatores de risco associados.

Descrição

Caso clínico: reportamos o caso de um senhor de 73 anos, portador de pacemaker desde 2002 em contexto de doença do nódulo sinusal, reimplantado em 2011. 3 meses antes da ida ao SU, foi internado para realização de RTU-V em contexto de hiperplasia benigna da próstata. Referia desde a alta hospitalar quadro de cansaço e perda ponderal. À admissão estava febril, taquicárdico, normotenso, eupneico com fervores bibasais à auscultação pulmonar, sem outras alterações. Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios sistémicos (PCR 142 mg/L) e leucocitúria. Internado com o diagnóstico de cistite sob antibioterapia (AB) empírica com ceftriaxone. Urocultura e hemoculturas positivas a Klebsiella pneumoniae ESBL. Ecocardiograma transesofágico revelou massa aderente ao electrocatéter 15x10mm à qual estava apensa estrutura filamentosa móvel com 8 mm compatível com vegetação. Realizou AB no período pré e pós extracção e reimplantação de pacemaker, cumprindo no total 8 semanas. Teve alta clinicamente melhorado e com resolução dos parâmetros inflamatórios sistémicos.

Conclusão: Os autores realçam este caso pela importância da suspeição diagnóstica em doentes idosos com múltiplas comorbilidades internados em enfermarias de Medicina Interna por quadros infecciosos, em que, tendo em conta o número crescente de infecções de dispositivos cardíacos electrónicos, poderão ser cada vez mais frequentes.

PO311

1880 UM OLHAR MULTIDISCIPLINAR SOBRE A GRAVIDEZ - UM CASO DE ECLÂMPSIA COMPLICADA.

Isabel Montenegro Araújo, Sofia Mateus, Diana Repolho, Margarida Pimentel Nunes, Inês Branco Carvalho, Adriana Paixão Fernandes, Salomão Fernandes, Ricardo Dinis Sousa, Maria João Serpa, Susana Franco, António Martins Baptista, José Lomelino Araújo

Hospital Beatriz Ângelo, Lisboa, Portugal

Introdução

A Eclâmpsia é definida como uma crise tónico-clónica que ocorre em grávidas com características de pré-eclâmpsia (PE), embora a PE possa ser diagnosticada retrospetivamente. É uma condição rara, acontecendo em apenas 0,5% das grávidas com PE ligeira e 2-3% com PE grave. Tipicamente apresentam alterações na RM-CE. PRES, síndrome de encefalopatia posterior reversível é uma destas alterações - é uma entidade clínica e imagiológica, rara, que comummente reverte com o desaparecimento da causa.

Descrição

Apresenta-se o caso de uma mulher de 27 anos, grávida de 27 semanas e 2 dias, previamente saudável. Admitida na urgência por dor lombar alta com dias de evolução, agravamento progressivo e cefaleia súbita. À admissão apresentava-se hipertensa (TA 237/132mmHg), com transamínases hepáticas e desidrogenase lática bastante aumentadas. Iniciou labetalol para controlo da tensão arterial e ainda sulfato de magnésio e dexametasona pela suspeita de Síndrome de HELLP. Ainda, por suspeita de disseção da aorta, realizou RM-TAP, mas durante o exame objetivou-se crise convulsiva tónico-clónica generalizada, assumindo-se eclâmpsia. Efetuou cesariana de emergência e foi transferida para Unidade de Cuidados Intermédios. Por manter crises convulsivas, fez perfusão de sulfato de magnésio e levetiracetam. Mantinha quadro de encefalopatia, pelo que realizou RM-CE apresentando alterações sugestivas de leucoencefalopatia posterior reversível, mais pronunciada nos lobos frontais. Após controlo da tensão arterial e do quadro neurológico (embora com persistência de estado anímico, com mioclonias e parestesias generalizadas) e correção da lesão hepática, a doente teve alta orientada para consulta de Medicina Obstétrica para vigilância. 6 meses depois, as alterações imagiológicas reverteram totalmente, o quadro neurológico ainda se mantém, embora com melhoria progressiva.

O quadro de eclâmpsia nesta mulher não era expectável, pela ausência de fatores de risco, tirando o facto de ser nulípara. Assim, mesmo em mulheres jovens, previamente saudáveis, a gravidez pode trazer um conjunto de complicações com implicações drásticas - a avaliação multidisciplinar destas doentes é vital para a correta orientação e melhor prognóstico para as mesmas.

PO312

1887 AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA DIABETES MELLITUS EM DOENTES INTERNADOS POR INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA - ESTUDO PILOTO

Árcia Chipepo, Vanda Jorge, Sofia Mateus, Ana Isabel Reis, Yasmin Mamade, Rita Gameiro, Isabel Araújo, Rodolfo Gomes, Sara Fernandes, Pedro Simões, Francisco Araújo

HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO, Lisboa, Portugal

Introdução

A diabetes mellitus (DM) é um factor de risco independente para a Insuficiência cardíaca (IC). Actualmente é identificada como um problema de saúde pública, dada a sua prevalência e incidência crescentes. Alguns estudos demonstraram que 44,0% dos doentes hospitalizados com IC têm DM.

Objetivos

Avaliação da prevalência da DM em doentes internados com IC descompensada, num Serviço de Medicina Interna. Avaliação comparativa entre os grupos Sem-DM (S-DM) vs Com-DM (C-DM), em relação aos dados demográficos, comorbilidades, IC de acordo com a fracção de ejecção (Fej) e tempo de evolução (IC crónica descompensada ou IC de novo), capacidade funcional segundo a New York Heart Association (NYHA), NTproBNP, causas de descompensação, números de hospitalizações/ano e taxa de mortalidade.

Métodos

Realização de um Estudo observacional transversal de doentes internados por IC descompensada, entre 1 de Maio e 31 de Julho/2017.

Resultados

Dos 1243 doentes internados, cerca de 162 (13,0%) foram por IC descompensada e, destes 70 tinham DM (43,2%). Em relação à diferença entre os dois grupos (S-DM vs C-DM), 64,1% vs 48,6% eram do sexo feminino, com média de idades de 82,2 vs 77,0 anos. Foram mais frequentes a hipertensão arterial (85,9% vs 95,7%), fibrilhação auricular (47,8% vs 58,6%), doença renal crónica (16,3% vs 72,9%), dislipidemia (34,8% vs 71,4%), cardiopatia isquémica (25,0% vs 41,4%) e doença cerebrovascular (17,4% vs 30,0%). A maioria com Fej preservada (64,8% vs 76,1%), IC crónica descompensada (81,5% vs 87,1%), capacidade funcional em classe III/IV (56,9% vs 49,1%) e valor médio de NTproBNP de 9445 vs 7575 pg/dL. A insuficiência terapêutica e a infecção como principais causas de descompensação (38,8% vs 42,9% e 39,1% vs 40,0%), hospitalizações/ano de 1,4 vs 1,9 vezes e mortalidade de 9,8% vs 4,3%.

Conclusões

Cerca de 43,3% dos doentes internados por IC descompensada tinham DM, com uma maior prevalência da doença renal

crónica e de complicações macrovasculares, apesar de uma menor mortalidade intra-hospitalar.

PO313

1905 SEM FRONTEIRAS NA ABORDAGEM DA HIPERTENSÃO GRAVÍDICA - A REALIDADE NO HOSPITAL DE BRAGA

Rita Magalhães, Jorge Teixeira, Elsa Gonçalves, José Mariz

Hospital de Braga, Braga, Portugal

Introdução

A hipertensão é a complicação não-obstétrica mais comum da gravidez. Cerca de dois terços apresenta-se como pré-eclâmpsia, que por sua vez se pode acompanhar de convulsões (eclampsia) e síndrome HELLP (hemólise, citólise hepática e trombocitopenia), ambas manifestações severas da pré-eclampsia, associadas a significativa mortalidade.

Objetivos

Caracterizar os internamentos realizados no Hospital de Braga entre 2012 e 2017, por hipertensão na gravidez.

Métodos

Análise retrospectiva descritiva e estatística de internamentos por hipertensão gravídica, pré-eclampsia, eclampsia e HELLP, através da consulta de processos clínicos, com base nos dados fornecidos pela codificação GDH.

Resultados

Em 6 anos, houve 572 internamentos por hipertensão gravídica. Destes, 44% cumpriam os critérios de pré-eclampsia (10 com S. HELLP) e 5 evoluíram para eclampsia. Anualmente, registaram-se entre 27 e 52 internamentos por pré-eclampsia. Nos últimos anos, foi crescente o número de casos admitidos em cuidados intermédios, sob orientação de Internista, sendo este o principal foco de análise do estudo em questão. Foram analisados fatores como idade, história prévia de pré-eclâmpsia, tipo e tempo de gestação, fármacos administrados, tempo de internamento, orientação e mortalidade.

Conclusões

O único tratamento conhecido para pré-eclâmpsia é o parto, logo que seja viável; no entanto, por poder manifestar-se no pós-parto, uma cuidada abordagem é determinante no prognóstico. É nesta etapa que o Internista assume um papel preponderante, nomeadamente em ambiente de Cuidados Intermédios, com o controlo da hipertensão, a profilaxia de convulsões e o adequado balanço hídrico devido ao risco de edema pulmonar.

PO314

1937 HIPERTENSÃO PORTO-PULMONAR EM DOENTE COM CIRROSE HEPÁTICA E SÍNDROME DE BUDD-CHIARI

Marta Meleiro Lisboa1, Ana Sofia Alves[1], Sheila Jamal[1], Adelaide Moutinho[1], Luisa Carvalho[2], Cristiana Sousa[1], Paula Vaz Marques[3]

[1]Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, Chaves, Portugal

[2]Hospital de Santo António - Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal

[3]Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

Introdução

Hipertensão Porto-Pulmonar (HPP) refere-se a hipertensão pulmonar associada a hipertensão portal, excluída outra causa. Afeta 2-5% dos doentes com hipertensão portal e tem importantes implicações clínicas e prognósticas. A sua patofisiologia ainda não está bem esclarecida.

Descrição

Homem, 46 anos e antecedentes de acidente de viação de alto impacto com fratura de 7º-10º arcos costais direitos, alcoolismo crónico, cirrose hepática Child-Pugh B com hipertensão portal e diagnóstico Hipertensão Arterial Pulmonar (HAP) em internamento recente por anasarca. Implementada terapêutica diurética com melhoria sintomática. Retorna por quadro de dispneia para pequenos esforços, edema periférico bilateral importante. Iniciado estudo etiológico de HAP: analiticamente sem alterações do hemograma, serologias para VIH e hepatites víricas negativas, estudo auto-imune negativo; Ecocardiograma com insuficiência tricúspide moderada/grave com pressão sistólica da artéria pulmonar de 65mmHg, grave dilatação das cavidades direitas, função sistólica do ventrículo esquerda conservada e disfunção sistodiastólica grave do ventrículo direito. Excluída cardiopatia esquerda, shunt intra-cardíaco, hipertensão pulmonar tromboembólica crónica e doença pulmonar crónica. Cateterismo Direito revelou pressão artéria pulmonar média 45mmHg e pressão capilar pulmonar 14mmHg. Angio-tomografia abdominal revelou estenose das veias supra-hepáticas, sem segura permeabilidade. Diagnosticada HPP associada a cirrose hepática e Síndrome de Budd-Chiari. O doente iniciou terapêutica com diuréticos e Ambrisentan com boa resposta e sem re-internamentos.

Este doente apresenta fatores importantes para o desenvolvimento de HPP: a cirrose alcoólica e a trombose das veias supra-hepáticas. Salienta-se a importância do estudo etiológico exaustivo para a estratégia terapêutica. O Ambisentran, além do efeito de classe, não é hepatotóxico pelo que é uma escolha segura e eficaz nestes doentes.

PO315

1943 PROTEUS MIRABILIS: CAUSA RARA DE ENDOCARDITE INFECIOSA DE VÁLVULA NATIVA E ESPONDILODISCITE EM SIMULTÂNEO

Marta Costa, Patrícia Carvalho, Rui Santos, Armando Carvalho

CHUC, Coimbra, Portugal

Introdução

A endocardite infeciosa por bactérias da espécie Proteus é uma entidade rara e pouco reportada.

Descrição

Os autores descrevem o caso de uma mulher de 62 anos, admitida no SU por febre intermitente de predomínio vespertino com 4 semanas de evolução; sem queixas respiratórias, gastrointestinais ou urinárias. História de internamento prévio 3 meses antes por sépsis com ponto de partida urinário, com isolamento de Proteus mirabilis MR em hemoculturas. Antecedentes de paralisia cerebral, fratura do úmero com material de osteossíntese (10 anos antes) e craniotomia por hematoma epidural pós-traumático (6 meses antes). À admissão estava vigil, hemodinamicamente estável, eupneica, SPO2 97%, subfebril (37,7ºC auricular), sem sinais meníngeos; AC com sopro sistólico panfocal grau III/VI; restante exame sem alterações relevantes. Analiticamente tinha discreta elevação dos parâmetros inflamatórios: PCR de 5,18 mg/dL (0 – 0,5 mg/dL) e leucocitose de 10,9 x 10^9/L (4,0-10,0 x10^9/L). Colhidas hemoculturas e iniciada antibioterapia empírica com ceftriaxone 2g id ev e amicacina 1,25g id ev. Por suspeita de endocardite, realizou ecografia transtorácica que evidenciou vegetações aderentes à VAo, sem sinais de disfunção, e ecografia transesofágica que excluiu complicações associadas. As hemoculturas foram positivas para Proteus mirabilis. Atendendo aos antecedentes, bacteriémia persistente e queixas de dorsalgias entretanto manifestadas, realizou cintigrafia com leucócitos marcados que revelou alterações da captação a nível da coluna, tendo sido confirmada por RM espondilodiscite D11-D12. Cumpriu antibioterapia durante 7 semanas com boa resposta. Existem poucos casos descritos de endocardite por Proteus mirabilis. Nas séries existentes, a taxa de mortalidade foi elevada ou houve necessidade de intervenção cirúrgica. Dada a pouca experiência, a terapêutica desta entidade não se encontra bem definida. A escassez de casos pode dever-se à raridade desta entidade, contudo existem dúvidas se não será uma doença sub-diagnosticada.

PO316

1953 AMILOIDOSE CARDÍACA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Margarida Coelho, Tânia Afonso, Romeu Pires, Elisabete Pinelo

, Unidade Hospitalar de Bragança, Unidade Local de Saúde do Nordeste, Bragança, Portugal

Introdução

Amiloidose é uma doença sistémica causada pela deposição extracelular de fibrilhas insolúveis de proteínas de baixo peso molecular; as mais comuns são as cadeias leves (amiloidose AL), a proteína amiloide tipo A sérica (amiloidose AA) e a transtirretina (ATTR). Os depósitos de TTR compostos de fibrilas sem mutações ocorrem com o envelhecimento, e a ATTRwt tem sido diagnosticada com frequência em homens com mais 65 anos com miocardiopatia amiloide.

Descrição

Doente de 78 anos, sem história familiar de cardiopatias; com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, doença renal crónica (DRC) e insuficiência cardíaca de etiologia valvular (portador de prótese aórtica biológica), recorre ao serviço de urgência por ortopneia e edema periféricos com agravamento nos últimos 15dias. Ao exame objectivo: normotenso, normocárdico, eupneico e apiretico, a auscultação pulmonar diminuição do murmúrio à esquerda e edemas membros inferiores até raiz da coxa. O estudo complementar evidenciou DRC agudizada, BNP 1237pg/ml e aumento do índice cardiotoracico com apagamento dos ângulos costofrenicos. O electrocardiograma mostrava bloqueio auriculoventricular do 1º grau e bloqueio completo de ramo direito e critérios de baixa voltagem. O ecocardiograma transtorácico documentou hipertrofia severa do ventrículo esquerdo e moderada ventrículo direito, miocárdio de aspecto granulado e heterogéneo. Existia disfunção sistólica biventricular severa associada a disfunção diastólica, reflectindo estádio avançado (NYAH III). Perante os achados ecocardiográficos e o electrocardiografico colocou-se a hipótese de amiloidose. Efectuou ressonância magnética cardíaca e cintigrafia com tecnésio 99 difosfonico-1,2-propano carboxílico (Tc99m-DPD) cujos achados são sugestivos de amiloidose por deposição de transtirretina. Apesar amiloidose cardíaca ser uma doença rara, cujo diagnóstico exige alto índice de suspeição, o seu diagnóstico não pode ser excluído, mesmo em doentes já com cardiopatias definidas.

PO317

2008 ENDOCARDITE COMO SINAL DE ALERTA PARA OUTRO DIAGNÓSTICO

Fani Ribeiro, Pedro Carvalho, José Luís Martins, Tiago Adrega, Gorete Jesus, José António Santos

Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro, Portugal

Introdução

A endocardite infeciosa é uma patologia frequente, associada a mortalidade e morbilidade significativas, causada pela invasão subendocárdica de vários microrganismos. O Streptococcus gallolyticus é um microrganismo que coloniza o trato gastrointestinal, tipicamente associado a esta infeção.

Descrição

Mulher de 78 anos, com prótese biológica aórtica implantada em 2013 e história de endocardite de válvula mitral nativa. Internada no Serviço de Cardiologia por suspeita de endocardite de válvula protésica. Apresentava febre com uma semana de evolução e ecocardiograma transesofágico com "múltiplas imagens cavitadas, pulsáteis, fora do anel de inserção da prótese biológica aórtica, sugestivas de pseudo-aneurisma ou abcesso; pequena imagem ecodensa aderente a um dos folhetos da prótese sugestiva de vegetação aórtica". Iniciou antibioterapia empírica com vancomicina e gentamicina, com manutenção apenas da primeira, de acordo com o perfil de suscetibilidade, após isolamento de Streptococcus gallolyticus spp em duas hemoculturas. Por se tratar de microrganismo frequentemente associado a neoplasias cólicas efetuou colonoscopia que mostrou lesão neoplásica séssil no ângulo hepático cuja histologia revelou tratar-se de adenocarcinoma de baixo grau. TC toraco-abdominopélvica sem metastização à distância. Submetida a colectomia parcial, com boa recuperação pós operatória. Fez, ainda, angiografia TC da aorta que excluiu abcesso, apresentando foco infecioso controlado.

Existe uma associação bem estabelecida entre endocardite por Streptococcus gallolyticus e neoplasia do cólon. Os autores pretendem alertar para a necessidade de investigação de lesões intestinais nestes doentes e de vigilância dos que se apresentam com colonoscopia normal, uma vez que o aparecimento da infeção pode preceder o da neoplasia.

PO318

2037 UM CASO DE HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA IDIOPÁTICA

Rita Varudo, Rosa Alves, Tiago Ferreira, Tiago Judas

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução

A hipotensão ortostática (HO) idiopática, associada a disautonomia, apesar de pouco frequente, é de extrema importância em virtude dos sintomas incapacitantes e dificuldade no manuseio terapêutico, particularmente no doente idoso.

Descrição

Apresentamos o caso de um homem, de 80 anos, com o diagnóstico recente de neoplasia do recto, ainda em estadiamento. Internado para esclarecimento de episódios recorrentes de síncope, com características de HO, com dois meses de evolução, condicionando perda da autonomia, nomeadamente para a marcha. À admissão confirmou-se a existência de HO, com bradicardia associada, tonturas e náuseas e episódios recorrentes de retenção urinária e obstipação. Sem outras alterações, nomeadamente no exame neurológico. Foi aumentado progressivamente aporte de fluidos e instituída terapêutica farmacológica com com fludrocortisona em associação a midodrina, sem que se verificasse melhoria do perfil tensional e sintomatologia associada. Estudo de auto-imunidade, cortisol sérico e urinário, função tiroideia,eletroforese de proteínas séricas, ecocardiograma e tomografia computorizada cranio-encefálica sem alterações de relevo. Pedida monitorização ambulatorial da pressão arterial, que o doente realizou em internamento e sem efetuar levante, que demonstrou a ausência de perfil tensional circadiano e hipertensão sistólica ligeira a moderada. Foi excluída a hipótese de doença neurodegenerativa. Para despiste de etiologia paraneoplásica foram pedidos os anticorpos anti-neuronais, que se revelaram negativos. Não estando documentada uma associação da neoplasia do recto com síndromes paraneoplásicos, foi despistada a hipótese de neoplasia síncrona. Assumiu-se o diagnóstico de HO idiopática, tendo sido titulada terapêutica medicamentosa e reforçadas medidas não farmacológicas, verificando-se melhoria do perfil tensional e tolerância ao ortostatismo.

O presente caso ilustra a dificuldade no diagnóstico e abordagem terapêutica, assim como a importância das medidas não farmacológicas no controlo sintomática da HO.

PO319

2050 O IMPACTO DA DIABETES NOS DOENTES COM ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO SEM SUPRADESNIVELAMENTO DO SEGMENTO ST

Marta Freixa[1], Joana Rodrigues[1], André Ferreira Simões[2], Sara Úria[1], Glória Nunes Da Silva[1]

[1]Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

[2]Hospital de Vila Franca de Xira, Lisboa, Portugal

Introdução

A diabetes (DM) confere maior risco de ocorrência de eventos isquémicos.

Objetivos

Descrever o impacto da DM em doentes com enfarte agudo do miocárdio (EAM) sem supradesnivelamento do segmento ST (SSST).

Métodos

Estudo retrospectivo de 84 doentes com EAMSSST internados numa enfermaria de Medicina Interna durante 5 anos. A amostra foi dividida em 2 grupos: diabéticos (G1,n=29) e não diabéticos (G2). G1 foi subcategorizado de acordo com HbA1c: <8%(G1A) e ≥8%(G1B). A mortalidade por qualquer causa durante o internamento e no período pós-EAM (6 meses e 1 ano) foi analisada, bem como a recorrência de EAM (reEAM) e reinternamento nos mesmos períodos.

Resultados

Considerando G1: (1) O género masculino é mais prevalente (51,7vs45,5%,p=0,584); a idade média é superior (80,8±6,8vs79,6±12,2 anos,p<0,05) tal como a demora média (11,1±7,6 vs 9,8±8,1 dias,p=0,481). (2) Tem maior prevalência de hipertensão (HTA) (96,4vs65,5%,p<0,05), obesidade (13,8vs7,3%,p=0,438), tabagismo (14,3vs9,1%,p=0,478) e prevalência igual de dislipidémia (34,5%), apesar de colesterol HDL mais baixo (38,6±12,5vs46,3±15,9,p<0,05). A prevalência de insuficiência cardíaca é inferior (28,6vs41,8%,p=0,328) mas a ocorrência de fracção de ejecção <40% é maior (22,2vs9%,p=0,273) e o NT-proBNP médio é mais elevado (19644 vs 13743,p=0,068). (3) 27,6% teve EAM prévio (vs18,2%,p=0,318). (4) Apesar de não apresentar maior mortalidade, tem maior taxa de reEAM a 6 meses (13,8vs3,8%,p=0,180) e a 1 ano (10,7vs3,8%,p=0,334), de reinternamento a 6 meses (46,4vs32,1%,p=0,203) e a 1 ano (51,7vs42,6%,p=0,426). Considerando G1B, verifica-se maior prevalência de reEAM a 6 meses (20vs7,1%,p=0,598) e a 1 ano (20vs0%,p=0,226) bem como reinternamento a 6 meses (64,3vs28,6%,p=0,058) e a 1 ano (66,7vs35,7%,p=0,096).

Conclusões

Os doentes com EAMSSST diabéticos apresentam maior morbilidade. Contudo, a expressão da doença é variável dentro deste grupos – os diabéticos com pior controlo glicémico têm maior taxa de reEAM e reinternamento. Assim, conclui-se que a DM tem importante impacto nos doentes com EAM SSST no período pós-EAM, pelo que se enfatiza a necessidade de melhor controlo metabólico para prevenir novos eventos.

PO320

2056 SÍNDROME DE EHLERS-DANLOS TIPO IV - CATÁSTROFE VASCULAR EM DOENTE JOVEM

Tiago Santos, Leonor Carvalho

CHLN-HSM, Lisboa, Portugal

Introdução

O Síndrome de Ehlers-Danlos vascular é uma doença do tecido conjuntivo, cuja apresentação clínica pode ser inicialmente catastrófica, com atingimento de praticamente todos os territórios vasculares. Este síndrome, caracterizado por hipermobilidade das articulações, hiperextensibilidade da pele e fragilidade dos tecidos, é classificado actualmente em 13 subtipos, sendo o tipo IV, o subtipo vascular. Este subtipo é o mais grave e raro, com uma sobrevida média entre os 49 e 53 anos, no homem e na mulher, respectivamente. Caracteriza-se por uma mutação no gene COL3A1 e pode apresentar variabilidade fenotípica.

Descrição

Apresenta-se o caso de uma doente de 41 anos, de sexo feminino com antecedentes de cirurgia a varizes, hemorragia intra-abdominal e aneurisma cerebral embolizado. Após o início de dor pré-cordial, com evidência de enfarte agudo do miocárdio com supra-ST, realizou ecocardiograma que evidenciou dissecção coronária secundária a dissecção da aorta torácica tipo A. Posteriormente, constatou-se dissecção da artéria carótida interna com AVC isquémico subsequente. O internamento desta doente foi ainda marcado por isquémia mesentérica, pneumotórax bilateral, tromboses venosas e arteriais em diversos territórios e múltiplas complicações infeciosas associadas a internamento prolongado em Cuidados Intensivos. Actualmente, com resolução de todas as complicações, mantendo-se totalmente autónoma medicada com celiprolol para controlo do perfil tensional. É reavaliada periodicamente em Consulta de Medicina Interna e de Genética, após diagnóstico confirmado da mutação no gene COL3A1.

PO321

2061 OCTREOTIDO NO SÍNDROME DE HEYDE: CASO CLÍNICO

Márcia Cravo, João Neves Maia, Catarina Mendonça, Luísa Carvalho

Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal

Introdução

Síndrome de Heyde (SH) define-se pela presença concomitante de estenose valvular aórtica (EAo) e hemorragia digestiva baixa (HDB) filiada a angiodisplasias intestinais (AI). A doença de von Willebrand tipo 2A adquirida é a teoria etiopatológica mais aceite. A EAo e AI são patologias subdiagnosticadas muito prevalentes nos indivíduos idosos.

Descrição

Homem de 92 anos, autónomo com funções cognitivas preservadas. História pregressa de anemia crónica multifactorial e cardiopatia por EAo severa a condicionar insuficiência cardíaca classe II NYHA com fração de ejeção preservada e fibrilhação auricular permanente não hipocoagulada. Ainda, síndrome apneia obstrutiva do sono, hipertensão arterial, hiperuricemia, tabagismo passado e doença renal crónica estadio 4 NKF multifactorial.

Quadro com várias semanas de evolução de hematoquézias associadas a astenia e agravamento da dispneia para o repou-

so. Hemodinamicamente estável e normocárdico com palidez das mucosas e pele. Analiticamente anemia agravada com ~5g/dL de hemoglobina (Hb) e trombocitopenia crónica estável (~90.000). Estudo coagulação sem alterações. Endoscopia digestiva alta e colonoscopia sem lesões. Transfusões múltiplas de concentrados eritrocitários com baixa rentabilidade. Estabelecida, em reunião multidisciplinar, ausência de critérios para procedimentos invasivos dado risco elevado pela idade e comorbilidades. Assumida HDB por prováveis AI de origem jejunal filiada a EAo severa. Iniciada terapêutica com octreotido (20mg/mês). Evolução clínica e analítica favoráveis sem evidência de novos episódios de hemorragia digestiva com estabilidade sustentada da Hb.

O diagnóstico de SH implica suspeição clínica. A decisão terapêutica é desafiante devendo ser multidisciplinar e individualizada. A substituição da válvula aórtica demonstrou ser o tratamento mais eficaz não sendo, no entanto, sempre viável. O octreotido poderá ser uma terapêutica alternativa eficaz para controlo de hemorragia em doentes não candidatos a cirúrgia.

PO322

2098 UMA CAUSA "TRATÁVEL" DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Márcia Barros, João Pedro, Neusa Guiomar, Ana Mosalina, Ricardo Fontes Carvalho, Luís Vouga, Vasco Gama

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, Porto, Portugal

Introdução

Mixomas são tumores benignos do coração, correspondem a aproximadamente 30-50% de todos os tumores primários do coração, são mais comuns em mulheres, entre a terceira e sexta décadas de vida. Cerca de 70% têm origem no interior do átrio esquerdo e menos de 1% nos ventrículos.

Descrição

Caso clínico: Mulher de 62 anos de idade, sem antecedentes cardiovasculares conhecidos. Sem história familiar relevante. Queixas de cansaço fácil e dispneia de esforço de agravamento progressivo há 9 meses. Um mês antes agravamento da sintomatologia associada a desconforto torácico inespecífico e tonturas. Sem história de sincope. Exame físico sem alterações de realce, auscultação cardíaca sopro sistólico de grau II/VI. Análises e eletrocardiograma sem alterações de realce.Ecocardiograma mostrou uma massa arredondada, com 40x50 mm de dimensões, sugestiva de mixoma, ocupando mais de 70% da cavidade auricular esquerda, comprometendo o funcionamento da válvula mitral, condicionando insuficiência de grau ligeiro-moderado. TAC torácica confirma massa com 40x50 mm no interior da aurícula esquerda, compatível com mixoma. Foi submetida a cirurgia cardíaca para excisão da massa na aurícula esquerda e diagnóstico definitivo revelando massa volumosa na aurícula esquerda com base de inserção séssil e extensa ao longo de quase todo o septo interauricular. A biópsia da peça cirúrgica revelou neoplasia benigna, demonstrando histologicamente células mixomatosas, indiferenciadas, com formações vasculares em meio à matriz amorfa extracelular, confirmando o diagnóstico de Mixoma aurícular. Discussão: clinicamente, os mixomas manifestam-se de forma e intensidade variadas, dependendo do tamanho, localização e mobilidade. A maioria dos doentes manifestam-se com pelo menos um dos sinais da tríade clássica de sintomas: Obstrução cardíaca (responsáveis pela dispneia, edema pulmonar e insuficiência cardíaca), manifestações embólicas e sistêmicas. O tratamento para o Mixoma sintomático é a ressecção cirúrgica do tumor.

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 07
14:00 - 15:30

PO323

2102 SINTOMAS RESPIRATÓRIOS ENGANADORES

Marta Pires De Lima[1], Isabel Esperança[2], André Casado[2], Daniel Ferreira[3], Ângelo Nobre[4], Anabela Raimundo[2], Alexandra Baião Horta[2]

[1]Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, Lisboa, Portugal

[2]Departamento de Medicina Interna – Hospital da Luz, Lisboa, Portugal

[3]Departamento Cardiovascular – Hospital da Luz, Lisboa, Portugal

[4]Serviço de Cirurgia Cardiotorácica - Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

Introdução

Apesar de raro, o mixoma atrial é a neoplasia cardíaca primária mais comum. Maioritariamente sintomático, a apresentação habitual é de cardiopatia obstrutiva, embolização, sintomas constitucionais ou mesmo morte súbita. O tratamento cirúrgico é urgente e curativo sendo importante um elevado índice de suspeição para o diagnóstico atempado desta patologia.

Descrição

Mulher de 44 anos, sem antecedentes. Apresentou-se com tosse irritativa, astenia de agravamento progressivo e sudorese noturna com 6 meses de evolução e febrícula nos últimos 2 meses, sem melhoria após antibioterapia empírica para infeção respiratória. No mês anterior, o quadro agravou-se com períodos de ortopneia, pieira, hemoptises, palpitações e perda ponderal. À observação apenas se salientava taquicardia sinusal. Da investigação efetuada destacava-se PCR 1,25mg/dL, VS 45mm, pesquisa BK na expetoração negativa, ECA 50U/L e ECG normal. Pediu-se TAC tórax que apresentava adenopatias mediastínicas, derrame pleural bilateral com atelectasia do

parênquima adjacente e densificação em vidro despolido no lobo superior direito, tendo-se programado broncofibroscopia. Pediu-se ainda ecocardiograma que revelou dilatação do átrio esquerdo e massa de grandes dimensões (64X36mm), vacuolada, com pedículo aderente ao septo interatrial, móvel, com obstrução frequente da válvula mitral.

A doente foi submetida a cirurgia cardíaca emergente mini-invasiva por toracotomia lateral direita. Foi confirmada a ausência de massa residual por ecoendoscopia transesofágica, com alta ao 5ºdia pós-operatório, assintomática.

O presente caso pretende evidenciar a necessidade de elevado grau de suspeita clínica para o diagnóstico desta patologia. A apresentação com predomínio da sintomatologia respiratória e constitucional, associada a adenomegalias, representa um desafio no diagnóstico diferencial com patologias sistémicas com manifestação pulmonar, nomeadamente tuberculose e sarcoidose, muito mais frequentes na prática clínica diária.

E-POSTERS

PO324

2142 BRADIARRITMIAS NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS DE MEDICINA INTERNA

Tânia Branco Mano[1], Tiago Duarte[2], Rita Pocinho[2], Liliana Antunes[2], Carmen Marques[2], Júlio Almeida[2]

[1]Hospital de Santa Marta, Lisboa, Portugal

[2]Hospital de São José, Lisboa, Portugal

Introdução

As bradiarritmias são um motivo frequente de admissão em Unidades de Cuidados Intermédios (UCIm), para monitorização e/ou suporte hemodinâmico.

Objetivos

Caracterizar os doentes admitidos por bradicardia, quanto à sua demografia, etiologia, terapêutica e mortalidade.

Métodos

Estudo prospectivo de doentes internados numa UCIm de Medicina Interna, de Julho a Dezembro de 2017, com diagnóstico principal de bradicardia. P<0,05 considerado estatisticamente significativo.

Resultados

10 doentes, 50% do sexo masculino, com idade média 75 ± 10 anos. Proveniência: serviço de urgência 6, enfermaria 3 e Unidade de Cuidados Intensivos 1. Seis com diagnóstico prévio de arritmia, utilizando 7 fármacos bradicardizantes - beta-bloqueantes, digoxina ou antagonistas dos canais de cálcio. À admissão encontravam-se todos sintomáticos. Valores médios de frequência cardíaca de 33,6 batimentos por minuto, SAPSII 38,3 e Índice de comorbilidades de Charlson 5,2, BNP de 683,4 pg/ml (n=7) e troponina I de alta sensibilidade de 42,6 pg/ml. Níveis de digoxinémia terapêuticos em 2 casos. Ritmo cardíaco: fibrilhação auricular com resposta ventricular lenta - 6, bloqueio aurículo-ventricular (BAV) de 2ºgrau mobitz II -2, BAV completo - 1 e ritmo idioventricular-1. Necessidade de cronotrópicos positivos em três casos e período de washout de fármacos bradicardizantes em seis doentes (tempo médio: 4,3 dias). No total 7 implantaram pacemaker definitivo, três dos quais com período de washout prévio. Não foi encontrada relação entre tipo de arritmia, frequência cardíaca mínima ou fármacos bradicardizantes e implantação de pacemaker. Não houve óbitos durante o internamento ou até 30 dias após a alta.

Conclusões

A Fibrilhação Auricular com resposta ventricular lenta foi o ritmo mais frequente, previsível numa população idosa com várias comorbilidades. Em 30% comprovou-se etiologia extrínseca após washout farmacológico, mas a maioria teve necessidade de terapêutica definitiva com pacemaker.

PO325

2167 IMPACTO DE UM EVENTO CARDIOVASCULAR MAJOR NO CONTROLO DO DOENTE DIABÉTICO

Rita Gomes, Carolina Cadório, Nuno Sousa, Carlos Mendonça, Carlos Rabaçal, José Barata

Hospital de Vila Franca de Xira, Vila Franca De Xira, Portugal

Introdução

Os doentes diabéticos (DD) têm maior risco de desenvolver doença coronária (DC) e a maioria das mortes são causadas por doença cardiovascular (DCV). A intervenção rigorosa sobre os fatores de risco cardiovasculares (FRCV) modificáveis é fundamental na definição do seu prognóstico.

Objetivos

Determinar o impacto do internamento por Síndrome Coronário Agudo (SCA) no controlo dos FRCV e seguimento dos DD.

Métodos

Estudo retrospectivo de doentes admitidos no serviço de cardiologia, entre janeiro de 2015 e dezembro de 2016, codificados com diagnóstico de SCA. Foram selecionados os doentes com antecedentes ou diagnóstico inaugural de DM (tipo 1 ou 2). Excluíram-se aqueles com morte intra-hospitalar.

Resultados

Incluíram-se 84 doentes (64,3% do sexo masculino), com 69,8±10,8 anos. 92,9% eram hipertensos, 21,7% fumadores e 30,9% obesos. Foram internados 67 doentes por enfarte agudo do miocárdio. Dos submetidos a coronariografia (81,0%), apenas 10,3% não tinha estenoses significativas. Destes doentes, 98,8% tinha DM2, sendo que 34,6% tinha retinopatia, neuropatia,

doença cerebrovascular ou doença arterial periférica; 20,2% era insulinotratado e a mediana da HbA1C era 7,5% (intervalo interquartil [IQ] 6,7-9,0). Eram previamente seguidos em consulta hospitalar de DM 39,3%. O diagnóstico inaugural aconteceu em 8 doentes e apenas 1 foi referenciado à CDM. À data da alta, 23,2% sofreram ajuste da terapêutica antidiabética oral (ADO), 2,4% iniciaram insulina e a maioria teve alta com estatina (91.7%) ou fármacos inibidores do sistema renina-angiotensina (95,2%). Aos 12 meses, 58,8% sofreram alterações na terapêutica ADO e 18,8% iniciaram insulina. A variação da HbA1C foi de -0,13±1,56% e a dos valores de colesterol total foi de -17,5mg/dL.

Conclusões

O controlo glicémico e dos FRCV nesta população de muito elevado risco cardiovascular requererá maior pró-atividade e uma relação mais próxima entre o cardiologista e o especialista em DM.

PO326

2169 PANORAMA ANUAL DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NA ENFERMARIA DE CARDIOLOGIA

Rui Osório, João Bispo, Teresa Salero, Ana Camacho, Ilídio De Jesus

Centro Hospitalar Universitario do Algarve - Hospital de Faro, Faro, Portugal

Introdução

A insuficiência cardíaca (IC) é um problema de saúde publica a nível mundial e esta associada a um aumento da mortalidade, morbilidades e custos. É uma das principais causas de internamento no mundo ocidental.

Objetivos

Caracterizar a população internada num serviço de Cardiologia por insuficiência cardíaca.

Métodos

Estudo retrospectivo observacional dos doentes internados com o diagnóstico de insuficiência cardíaca durante o ano de 2016.

Resultados

Foram observados 181 doentes, 70% do género masculino e uma média de idades de 69 12 anos. Do total de internamentos, 41,5% constituíram o primeiro episódio de insuficiência cardíaca (IC). A média do tempo de internamento foi de 6±5 dias e registarou-se uma taxa de mortalidade 3,3% (n=6 doente). Os factores de risco cardiovascular dominantes foram: hipertensão artéria (25,5%), dislipidemia (17,6%) e diabetes mellitus (13,6%). Quanto aos factores precipitantes, 27% estavam associados com a progressão natural da doença, 23% a síndromes coronários agudos e 22% a arritmias. A maioria das IC eram de etiologia isquémica (38,1%), hipertensiva (18,2%) e valvular (17,8%). À admissão cerca de 58% apresentavam fração de ejecção ventricular esquerda (FEVE) < 40% e apenas 18,7% com FEVE 40-49%.

No seguimento a um ano dos doentes internados registaram-se 27 óbitos, a taxa de reinternamento aos 12 meses foi de 38% (70 doentes) e 111 doentes tiveram necessidade de recorrer ao Serviço de Urgência, num total 340 episódios de urgência. A grande maioria (72%) foi referenciada e acompanhada em Consulta Externa de Cardiologia ou de Insuficiência Cardíaca.

Conclusões

Os doentes internados apresentavam frequentemente uma descompensação da sua insuficiência cardíaca de base, aparentemente associada a cardiopatia isquémica e na sua maioria com FEVE < 50%. Conhecer a população com insuficiência cardíaca e os seus factores de risco pode ajudar a melhor prevenir e tratar esta patologia.

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 07
14:00 - 15:30

PO327

2230 SÍNDROME DE HEYDE - ASSOCIAÇÃO DIAGNÓSTICA

Nuno Zarcos Palma, Mariana Da Cruz, Gisela Evaristo Vasconcelos, Margarida Cruz, Lindora Pires, Vitor Fagundes, Mari Mesquita

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Penafiel, Portugal

Introdução

O Síndrome de Heyde consiste na associação entre hemorragia por angiodisplasia gastrointestinal e estenose aórtica, também descrita em casos de cardiomiopatia hipertrófica obstrutiva. Um mecanismo possível para esta associação é a doença de von Willebrand adquirida.

Descrição

Apresentamos o caso de uma mulher de 78 anos, com antecedentes de cardiopatia obstrutiva do trato de saída do ventrículo esquerdo e anemia ferropénica em investigação etiológica há 4 anos. Realizadas endoscopia digestiva alta, baixa e enteroscopia por cápsula identificando ectasias vasculares gástricas, sem foco hemorrágico.

Internamento por prostração, melenas anemia normocítica normocrómica (Hb 3,5g/dL). Ferropenia. Défice de vitamina B12. Esfregaço de sangue periférico a demonstrar anisocitose, policromatofilia e células em alvo. Prolongamento de aPTT. Submetida a transfusão de 4U concentrado eritrocitário. Atendendo ao estudo já realizado decidido progredir para cin-

tigrafia com eritrócitos marcados que demonstrou hemorragia de baixo débito ativa de provável localização no jejuno. Executada enteroscopia com duplo balão identificando no jejuno 2 pequenas angiectasias (<2mm), destruídas com argon-plasma. Repetida video-cápsula identificando diminuta angiectasia ileal. Iniciou beta-bloqueador, suplementação de cianocobalamina e terapêutica marcial. Estabilidade clinica, sem intercorrências até à consulta de follow-up aos 3 meses.

A progressão na investigação etiológica permitiu inferir tratar-se de anemia secundária a hemorragia por angiectasias jejunais múltiplas mínimas associada a cardiopatia obstrutiva – Síndrome de Heyde.

E-POSTERS

PO328

2264 MINOCA – O IMITADOR DE STEMI

Victor Espadinha, Miguel Araújo, Liliana Fernandes, João Machado

Hospital Prof. Fernando Fonseca, Lisboa, Portugal

Introdução

O enfarte agudo do miocárdio (EAM), mesmo na presença de supradesnivelamento de ST, pode ocorrer sem obstrução coronaria angiograficamente significativa (>50%), correpondendo a uma nova entidade, definida como MINOCA (Myocardial infarction with Non-obstructive Coronary Arteries) nas guidelines de 2017.

Descrição

Homem, 47 anos, fumador e com história familiar de doença arterial coronária, admitido por quadro de dor retroesternal súbita, após esforço, sem irradiação. À observação sem angor em repouso, TA 150/90 mmHg, sem sopros cardiacos, sem estase pulmonar e pulsos simétricos. Electrocardiograma com supradesnivelamento de segmento ST nas derivações inferiores. Analíticamente troponina I de 6mg/dL, sem anemia e sem insuficiência renal. Realizou coronariografia que revelou coronárias sem estenoses significativas. Ecocardiograma TT revelou boa função sistólica global, sem alterações da cinética segmentar, pericárdio com ligeiro aumento da reflectividade. Iniciou terapêutica com colchicina e ibuprofeno por possivel Miocardite. Estudo infeccioso, auto-imune e paraneoplásico foi negativo. Realizou RM cardíaca que mostrou: "pequena zona de realce tardio transmural inferior, correspondendo a oclusão da porção apical de OM2. Sem miocardite". Ficou com dupla antiagregação plaquetar assumindo-se MINOCA.

O MINOCA é uma condição heterogénea com doentes a preencher os critérios para síndrome coronário agudo e, em alguns casos de STEMI. Existem diferentes subgrupos de MINOCA, incluindo miocardite, "verdadeiro" enfarte agudo do miocárdio e cardiomiopatia de Tako-Tsubo. Os mecanismos por trás desta entidade são desconhecidos. A ressonância magnética é uma ferramenta útil na identificação das causas e confirmação de enfarte. Com este caso os autores relembram esta entidade, ainda subdiagnosticada e subvalorizada, mas que acarreta um prognóstico não desprezável, sendo a sua mortalidade estimada de 35% em 1 ano.

PO329

2269 PERICARDITE PURULENTA: UMA ENTIDADE RARA NA ERA DO ANTIBIÓTICO

Pedro Silva Rodrigues[1], Maria João Pinto[1], Leonor Almeida[1], Alexandra Leitão[2], Jorge Almeida[1]

[1]Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

[2]Hospital de Santa Maria Maior de Barcelos, Barcelos, Portugal

Introdução

A pericardite purulenta é uma entidade rara na era do antibiótico. Na sua maioria resulta da disseminação hematogenea ou direta intratorácica. Define-se pela presença de exsudado purulento de etiologia infeciosa na cavidade pericárdica. Os agentes mais comuns são o Staphylococcus aureus (SA), Streptococcus pneumoniae ou Haemophilus influenzae. A apresentação costuma ser aguda com risco elevado de tamponamento cardíaco

Descrição

Homem de 69 anos. Antecedentes de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Clínica insidiosa de coriza, rinorreia, tosse seca e febre, que motivou observação médica em ambulatório e prescrição de amoxicilina com clavulanato, na presunção de infeção respiratória bacteriana. Agravamento da sintomatologia ás 72h. Recorreu ao serviço de urgência: polipneico, com tiragem, febril, normotenso; derrame pleural esquerdo de pequeno volume. Insuficiência respiratória tipo 1 e elevação dos marcadores inflamatórios. Internado com diagnóstico pneumonia da comunidade. No primeiro dia iniciou dor torácica precordial em repouso. Electrocardiograma com elevação difusa do segmento ST. Ecocardiograma (ETT) com derrame pericárdico (DP) de moderado volume sem sinais de tamponamento. Medicado com acido acetilsalicílico em dose anti inflamatória e colquicina. Evolui favoravelmente e o estudo etiológico inicial foi inconclusivo. Ao sétimo dia, apresentou recidiva de febre e recrudescimento dos marcadores inflamatórios. ETT com DP volumoso e sinais precoces de tamponamento. Pericardiocentese com drenagem de liquido com critérios microscópicos de pús: pericardite purulenta. Iniciou antibioterapia empírica, oportunamente ajustada ao isolamento, no DP, de SA meticilino sensível. Necessidade de drenagem cirúrgica com pericardiectomia antefrénica por persistência de DP e loculação.

Este caso testemunha a importância do diagnóstico oportuno e drenagem eficaz do DP. A origem não foi identificada, não

sendo de excluir a hipótese de infeção vírica com superinfeção bacteriana.

PO330

2315 DESAFIOS NA ABORDAGEM DA DOR TORÁCICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Tatiana Salazar[1], Daniela Salazar[2], Isabel Freitas[1], Teresa Pinho[2], Júlia Maciel[2]

[1]Centro Hospitalar do Médio Ave, Vila Nova De Famalicão, Portugal

[2]Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

Introdução

A dor torácica retroesternal pode ter várias etologias. O síndrome coronário agudo (SCA) é uma situação que requer abordagem urgente, no entanto outras etiologias devem ser consideradas. O diagnóstico atempado é imperativo, dado as implicações no tratamento e prognóstico.

Descrição

Homem, 42 anos. Antecedentes de tabagismo ativo e gastrectomia subtotal por adenocarcinoma, sob quimioterapia adjuvante com capecitabina. Admitido por dor torácica retroesternal opressiva, em repouso, prolongada, com irradiação mandibular. ECG com fibrilação auricular (FA) e supra-desnivelamento de ST inferolateral. Cateterismo cardíaco sem doença coronária significativa. Reversão espontânea a ritmo sinusal. Internado por suspeita de pericardite aguda pelo que iniciou acido acetilsalicílico 500mg 3id. Durante o internamento, recorrência de dor torácia com as mesmas características. ECG: ondas T apiculadas na parede anterior. Marcadores de necrose miocárdica seriados, D-dímeros e parâmetros inflamatórios negativos. Por suspeita de vasoespasmo coronário, iniciou terapêutica com amlodipina 10mg/dia, sem recorrência da dor. Ecocardiograma: hipocinésia global e disfunção sistólica moderada do ventrículo esquerdo (VE). Tendo em conta a apresentação do doente em FA e supra-desnivelamento ST, ausência de doença coronária, disfunção sistólica do VE e hipocinésia global, foi assumido vasoespasmo coronário associado a cardiotoxicidade pela capecitabina. Teve alta após optimização de terapêutica modificadora de prognóstico da insuficiência cardíaca e bloqueador dos canais de cálcio, tendo sido suspensa quimioterapia adjuvante. Reavaliado em consulta após um mês, assintomático e com função sistólica do VE conservada.

A capecitabina é um 5-FU com cardiotoxicidade descrita, atribuída a vasoespasmo coronário, que se manifesta clinicamente, em <1% dos doentes por SCA, insuficiência cardíaca ou cardiomiopatia. Em <5% dos casos, pode ocorrer FA. A sua incidência é maior em doentes com comorbilidades cardíacas, dislipidemia e tabagismo ativo. Apesar de transitória e potencialmente reversível, pode ter impacto na morbi-mortalidade.

PO331

2329 UM OLHAR SOBRE 7 ANOS DE PERICARDITES AGUDAS

Luís Pontes Santos[1], Joana Sá Couto[2], Raquel Afonso[1], Raquel López[2]

[1]ULSAM - Hospital de Santa Luzia, Viana Do Castelo, Portugal

[2]Serviço de Medicina 1, Viana Do Castelo, Portugal

Introdução

A dor torácica é das principais queixas no Serviço de Urgência. A primeira intervenção é o despiste de supra-ST. Contudo, para além do enfarte também a pericardite é uma dessas causas, estando muito provável subestimada a sua prevalência. Em Portugal, existem poucos dados.

Objetivos

Caracterização demográfica, clínica, terapêutica e prognóstica dos doentes com pericardite.

Métodos

Estudo retrospectivo, observacional, dos doentes admitidos num serviço de Medicina entre os anos de 2011 e 2016 com o diagnóstico de pericardite. Os dados foram recolhidos dos processos dos doentes e analisados.

Resultados

Foram incluídos 45 internamentos correspondendo a 39 doentes. A idade média era de 50 anos e 80% homens. O tempo médio de internamento foi de 6,9 dias. 20% tinha episódio prévio de pericardite. Dos outros antecedentes, destaque para a dislipidemia em 42% e hipertensão em 22%. Todos referiam dor torácica, havendo em 36% história prévia de infecção respiratória e em 7% gastrointestinal. À admissão, o perfil tensional médio foi de 132/78mmHg, com uma frequência cardíaca média de 83bpm. Analiticamente, a PCR média era de 8,5mg/dL e os leucócitos eram em média de 10278 x10^9/L com 71% neutrófilos e 19% linfócitos. Havia supra-ST no electrocardiograma em 67% dos casos. 18% apresentava associadamente quadro de miocardite e 40% tinha derrame pericárdico. 3 doentes realizaram ressonância magnética cardíaca e 1 doente foi submetido a pericardiocentese. Foi isolado um agente apenas em 4%. Quanto ao tratamento, 96% realizou anti-inflamatório não esteroide associado em 47% a colquicina. 42% foi admitido em unidade de cuidados intermédios. Verificou-se 1 óbitos por uma intercorrência infeciosa. Verificou-se recorrência da pericardite em 6%.

Conclusões

Os dados obtidos estão de acordo com os poucos estudos realizados, verificando-se um predomínio do sexo masculino e uma importante taxa de recorrências. Salienta-se a dor torácica associada a supra-ST e elevação da PCR como a tríade típica de apresentação no serviço de urgência.

PO332

2339 PRESCRIÇÃO DE ESTATINAS NOS DOENTES IDOSOS ADMITIDOS NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA

Ana Lopes Dos Santos, Rui Morais, Sara Trevas, Maria João P Correia, Fátima Alves, Vanisa Rosário, Susana Jesus, Ana Leitão, Candida Fonseca, Luís Campos

Hospital São Francisco Xavier - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

Introdução

As estatinas são inibidores da redutase da HMG-CoA, condicionando uma redução do colesterol LDL e VLDL. A sua importância não é devida apenas à redução do colesterol, mas também às suas atividades antioxidantes e anti-inflamatórias. Contudo, sabe-se que o seu uso pode estar associado ao aumento dos valores de CK, frequentemente num contexto de interação medicamentosa e, ocasionalmente, na forma de miopatia com eventual significado clínico, podendo revestir-se de gravidade significativa. Nos indivíduos >75 anos com Doença Cardiovascular Arterosclerótica (DCA) é razoável avaliar o potencial benefício na redução do risco cardiovascular com os efeitos adversos e as interações medicamentosas que advêm da introdução de estatina.

Objetivos

Estudar, num Serviço de Medicina (SM) de um hospital central, a prevalência de doentes >75 anos medicados com estatinas.

Métodos

Estudo observacional retrospectivo de doentes internados consecutivamente no primeiro semestre de 2017.

Resultados

Incluídos 248 doentes: 60,5% (150) do género feminino, com idade média 80±12 anos, dos quais 23,8% (59) apresentavam cardiopatia isquémica, 10,9% (27) tinham doença cerebrovascular aterosclerótica e 19.8% (49) tinham dislipidémia. Verificou-se que a estatinas constavam em 15,8% (39) das prescrições à admissão destes doentes e em 36,7% (91) das prescrições à data da alta.

Conclusões

Como esperado, nesta população idosa e muito idosa, verificou-se uma elevada prevalência de DCA. No entanto, atendendo à faixa etária e à polimedicação a que habitualmente estão sujeitos estes doentes, torna-se imprescindível analisar o risco/benefício da introdução/manutenção da estatina no plano terapêutico.

PO333

2356 TRATAMENTO DA NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRACÇÃO DE EJECÇÃO PRESERVADA OU INTERMÉDIA

Rita Gavancha, Vanessa Carvalho, Inês Rodrigues, Luis Landeiro, Pedro Moraes Sarmento

Hospital da Luz, Lisboa, Portugal

Introdução

A avaliação da cinética do ferro constitui actualmente uma recomendação formal na abordagem do doente com insuficiência cardíaca (IC) e fracção de ejecção (FE) reduzida. Apesar de uma prevalência de ferropénia sobreponível, não existe evidencia da importância da abordagem desta no doente com IC com FE preservada e intermédia (FEp/i).

Objetivos

Caracterizar os doentes com IC com FEp/i referenciados para tratamento com carboximaltose férrica endovenosa (CMFev) por ferropénia.

Métodos

Avaliamos de 34 doentes com IC com FEp/i referenciados para CMFev: dados demográficos, comorbilidades, terapêutica, classe funcional, tipo de ferropénia (absoluta (ferritina <100 mcg/L) ou funcional (ferritina 100-299 mcg/L e saturação da transferrina <20%)), e presença de anemia de acordo com a definição da OMS.

Resultados

Dos 34 doentes, 20(56%) eram homens e a idade média foi 86±8 anos. 3% em Classe I da NYHA, 52% em Classe II, 42% em Classe III e 3% em Classe IV. A presença de ferropénia absoluta foi 77% vs 23% de funcional. 82% dos doentes tinham anemia. Quinze (44%) doentes apresentavam doença coronária, 26(76%) HTA, 21(62%) fibrilhação auricular (FA), 9(26%) diabetes mellitus, 26(76%) doença renal crónica (DRC), 10(29%) doença pulmonar crónica obstrutiva, 5(15%) doença péptica e 3(9%) antecedentes de neoplasia do tracto digestivo. Quinze (44%) doentes estavam medicados com antiagregantes, 21(62%) com hipocoagulantes, 19(56%) com iECA/ARAII, 86,5% com diuréticos, 25(74%) com betabloqueadores e 59,6% com inibidores da bomba de protões. 90,4% tinham anemia, 25% com microcitose.

Conclusões

Os doentes com IC e FEp/i referenciados para tratamento com CMFev são doentes muito idosos, com anemia, em Classe II e III da NYHA, com maior prevalência de ferropénia funcional que a verificada nos doentes com IC e FEr. Mais de 2/3 dos doentes tem HTA, DRC ou FA. Estudos visando avaliar o impacto funcional bem como o prognostico da correcção da ferropénia nos doentes com IC e FEp/i são necessários.

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 07
14:00 - 15:30

PO334

2358 IMPACTO PROGNÓSTICO DA HIPONATRÉMIA EM DOENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA

Leila Cardoso, Liliana Reis, Rogério Teixeira
HG-CHUC, Coimbra, Portugal

Introdução

A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma patologia com elevada prevalência em doente com mais de 65 anos, com uma elevada morbilidade e mortalidade. É reconhecido o valor prognóstico da hiponatremia (< 135 mmol/L) em doentes com insuficiência cardíaca.

Objetivos

Avaliar o impacto prognóstico da Hiponatremia, em doentes (D) com insuficiência cardíaca aguda (ICA).

Métodos

Estudo retrospectivo de 333 D admitidos por ICA de forma consecutiva entre Fevereiro de 2010 e Setembro de 2016 numa unidade de cuidados intensivos cardíacos. A Hiponatremia foi definida por sódio <135 mmol/L. De acordo com este valor, a amaostra inicial foi dividida em dois grupos- Grupo 1 (G1) com hiponatrémia (<135 mmol/L) e o grupo G2 (G2) sem hiponatrémia (135 mmol/L). Avaliou-se o impacto prognóstico da hiponatremia em termos de reinternamos por ICA e mortalidade.

Resultados

A amostra tinha uma idade média de 68±14 anos e um predomínio do género masculino (78%). Em 28% dos D a etiologia era isquémica. A FEVE média era de 33±12%. O reinternamento por ICA ocorreu em 38% e a mortalidade foi de 40%.

Hiponatremia foi identificada em 45% dos D.

Na admissão os grupos apresentavam características clínicas e analíticas semelhantes: maioria com IC congestiva (G1 100% vs G2 91%) e valores de NT-proBNP (G1 13270±10513pg/nL vs G2 13895±16897pg/nL). A etiologia foi isquémica em 28% dos D do G1, em 30% dos D do G2. Quanto à terapêutica, diuréticos endovenosos na maioria dos grupos (G1 72% vs G2 62%); uso de levosimendan predominantemente nos D do G1 (G1 76% vs G2 52%); noradrenalina/dobutamina (G1 24% vs G2 14%). A ventilação não invasiva foi usada em 52% dos D do G1, em 41% do G2.

Verificamos que nos doentes com hiponatremia na admissão, apresentavam pior prognóstico- maior número de reinternamentos por ICA (p=0,05), maior mortalidade intrahospitalar (p=0,05), e também maior mortalidade durante o seguimento a 12 meses (p < 0.001).

Conclusões

De acordo com a literatura verificamos uma elevada percentagem de reinternamentos e de mortalidade nos doentes com IC. Verificamos que a hiponatrémia na admissão tem impacto prognóstico devendo ser cuidadosamente avaliada e corrigida em todos os doentes com ICA.

E-POSTERS

Doenças Cerebrovasculares e do Sistema Nervoso Central (SNC)

PO335

214 UMA CAUSA POUCO COMUM DE SÍNDROME DE BROWN-SEQUARD

Sofia Gonçalves, Bela Machado, Helena Luís, Pedro Balza, Luz Reis Brazão
Hospital Central do Funchal, Funchal, Portugal

Introdução

A fraqueza muscular é uma queixa inespecífica e consideravelmente frequente, em contexto de urgência. As etiologias são múltiplas e abrangem tanto causas neurológicas como causas não-neurológicas. A síndrome de Brown-Sequard, ou síndrome de hemisecção lateral, produz fraqueza e perda da sensibilidade propriocetiva e vibratória ipsilateral e perda da sensibilidade termológica do lado contra lateral. Causas menos frequentes desta síndrome incluem tumores medulares, herniação discal, enfartes e infeções medulares.

Descrição

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 47 anos, com antecedentes de transplante renal e miomatose uterina. Recorreu ao serviço de urgência por queixas de lombalgia, fraqueza marcada de ambos os membros inferiores (MIs) e diminuição do débito urinário. Ao exame neurológico (EN) era evidente paraplegia e arreflexia dos MIs, com reflexos cutâneo-plantares indiferentes, parésia das mãos e nível de sensibilidade cervico-dorsal. Restante exame objetivo sem alterações de relevo. Foi realizada ressonância magnética cervico-dorsal que revelou “diminuição da espessura e da hidratação discal a nível de C6-C7 e protusão discal póstero-lateral esquerda que condiciona acentuada estenose do canal raquidiano e acentuada compressão da medula”. Neste contexto, apresentava indicação neurocirurgica urgente, à qual se procedeu de imediato, com realização de

artrodese anterior de C6-C7. No EN, realizado ao segundo dia de pós-operatório, apresentava plegia mas com sensibilidade álgica mantida do MI esquerdo e força muscular (FM) grau 2+ mas com hipoestesia marcada a nível do MI direito, compatível com síndrome de Brown-Sequard. Durante o internamento assistiu-se a melhoria neurológica progressiva apresentando, à data da alta, FM grau 4+ no MI direito e grau 2 no MI esquerdo.

Discussão: A herniação discal é uma causa pouco frequente de síndrome de Brown-Sequard mas que exige diagnóstico e abordagem célere, de forma a minimizar as sequelas neurológicas e a melhorar o prognóstico.

PO336

273 AVC E FORAMEN OVALE PATENTE – CASUÍSTICA DE UMA UNIDADE CEREBROVASCULAR

Mário Rodrigues, Carla Pereira, Marisa Mariano, Ana Paiva Nunes

Hospital de São José, Lisboa, Portugal

Introdução

O foramen ovale patente (FOP) é um defeito cardíaco presente em 25% da população e geralmente é assintomático. Contudo, pode estar associado a acidente vascular cerebral isquémico (AVCi), sendo a sua contribuição presumível e a taxa de recorrência desconhecida, mas que se admite ser baixa. Assim, a abordagem na prevenção secundária do AVC em doentes com FOP não reúne ainda consenso.

Objetivos

Caracterizar a população de doentes admitidos com AVCi e FOP e sua abordagem terapêutica.

Métodos

Estudo retrospetivo dos casos de AVCi atribuíveis a FOP, admitidos numa Unidade de AVC durante 6 anos (2011-2016), com base no processo clínico do internamento e seguimento em consulta.

Resultados

Foram incluídos 62 doentes com AVCi e FOP. A idade média foi de 44,5 anos (17-78 anos) e não houve predomínio de géneros. 5 doentes tinham história de AVC prévio, 3 dos quais com FOP documentado. 57 doentes apresentavam shunt direito-esquerdo no ecocardiograma transtorácico e 29 revelaram microbolhas no doppler transcraniano, 62% com padrão em cortina ou chuveiro. Em 14 casos foi documentada presença de septo interauricular aneurismático (ASIA). À data da alta, 33 doentes foram hipocoagulados (a maioria por ASIA) e os restantes antiagregados. Dos 62 doentes apenas 47 mantiveram seguimento no centro hospitalar, sendo que 27 realizaram encerramento percutâneo do FOP, em média 7 meses após o evento, com baixa taxa de complicações (7,4%) e sem recorrência de AVC.

Conclusões

Sendo amplamente conhecida a associação entre FOP e o AVCi, o seu reconhecimento pode ter impacto terapêutico, sobretudo se excluídas outras etiologias. A abordagem terapêutica permanece controversa, contudo, estudos recentes sugerem que o encerramento percutâneo é superior à terapêutica médica na prevenção da recorrência de novos eventos a longo prazo e, tal como na nossa população, sem elevada taxa de complicações associadas.

PO337

291 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NO JOVEM ADULTO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Lopes Gonçalves, Andrei Gradinaru, Andreia Diegues, Helena Maurício, Miriam Blanco, Jorge Poço

ULS NE, Bragança, Portugal

Introdução

As disseções arteriais são uma causa comum de acidente vascular cerebral (AVC) no jovem adulto mas podem ocorrer em qualquer grupo etário. Ocorrem quando existe um compromisso das camadas da artéria que culminam na sua rutura. Estima-se que cerca de 20% dos avc isquémicos na faixa etária inferior aos 50anos sejam atribuídos a disseção da carótida interna.

Descrição

Doente de 38anos, iniciou subitamente queixas de cefaleia intensa e visão turva. Recorreu ao Centro de saúde e teve alta. Quatro dias depois, apresentou dificuldade na fala e sensação de formigueiro no hemicorpo direito. No exame neurológico apresentava-se afásico, com desvio da comissura labial e hemiparesia com hemipostesia direitas.

A AngioTC cerebral e dos vasos do pescoço revelou alterações compatíveis com lesão isquémica no território da artéria cerebral média esquerda e disseção da artéria carótida interna esquerda. Foi iniciada hipoacogulação com recuperação total dos défices neurológicos.

A disseção espontânea da artéria carótida interna é rara, com mortalidade inferior a 5-10%. A sua abordagem adequada e precoce permite, frequentemente, um desfecho favorável, apesar do seu prognóstico se relacionar com as complicações. O avanço nos métodos de diagnóstico por imagem traduziram melhor compreensão da fisiopatologia do AVC e na abordagem terapêutica mais racional neste grupo de doentes.

PO338

344 EPIGASTRALGIA COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE ENFARTE MEDULAR

Vanessa Ventura Vieira, Leonor Monjardino, Almerindo Rego

Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, Angra Do Heroísmo, Portugal

Introdução

Existem várias causas para a dor epigástrica, desde as causas mais benignas e mais frequentes, mas também aquelas que simbolizam lesões potencialmente graves e por vezes até mais raras e impensáveis. Todos os médicos devem ser capazes de decidir quais os doentes apenas susceptíveis de tratamento sintomático e aqueles que devem ser submetidos a mais exames complementares de diagnóstico. Esta tarefa pode ainda ser dificultada pelo facto da dor abdominal estar associada a outros sintomas menos específicos. Os autores apresentam um caso de enfarte medular manifestado inicialmente por epigastralgia.

Descrição

Tratava-se de uma mulher de 58 anos de idade, com antecedentes de Hipertensão arterial, com quadro com cerca de 10 dias de evolução de epigastralgia súbita com irradiação em cinturão para a região dorsal, com agravamento com os movimentos. Recorre ao Serviço de Urgência nesta altura e teve alta com analgésicos. Posteriormente, inicia formigueiros e diminuição da Força Muscular dos membros inferiores. No exame objectivo destacava-se força muscular dos membros inferiores com grau 2/5 proximal e distal bilateralmente, reflexos osteotendinosos e cutâneo-plantares ausentes nos membros inferiores, anestesia álgica nível D8-D9 bilateralmente. Realizou RMN medular que evidenciou lesão envolvendo os cordões anteriores da medula estendendo-se desde o nível D3 a D9, com hipersinal em T2, presença de restrição à difusão das moléculas de água e sem captação de Gadolínio. Foi decidido internamento para estudo e iniciada reabilitação motora, com melhoria ligeira do quadro.

Em conclusão, com este trabalho os autores pretendem sugerir mais uma causa de epigastralgia não referida na literatura e impensável. Neste caso apenas a integração de todos os achados da história clínica e exame objectivo, permitiram o correto diagnóstico e manejo adequado da causa.

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 08
14:00 - 15:30

PO339

362 ANEMIA FERROPÉNICA COMO CAUSA DE HIPERTENSÃO INTRACRANIANA

Vanessa Ventura Vieira, Leonor Monjardino, Almerindo Rego

Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, Angra Do Heroísmo, Portugal

Introdução

A anemia ferropénica, apesar de estar muito raramente associada ao aumento da pressão intracraniana pode ser a única causa de Hipertensão Intracraniana. Na literatura, são cada vez mais os relatos desta associação. Assim, a recomendação de um hemograma completo e cinética do ferro, nestas situações torna-se imperiosa. Os autores apresentam um caso de hipertensão intracraniana devida a anemia ferropénica, com resolução completa após correcção do défice de ferro.

Descrição

Tratava-se de uma mulher de 28 anos, previamente saudável, que recorreu ao Serviço de Urgência por quadro com 3 semanas de evolução de cefaleia holocraniana, de agravamento progressivo, sem resposta à terapêutica analgésica e acompanhada de acufeno contínuo não pulsátil nas fases mais intensas de dor. Nos últimos 3 dias com alterações visuais referidas ao olho esquerdo, com visão turva e pontos brilhantes persistentes. Não apresentava alterações de relevo ao Exame Objectivo. Foi avaliada pela Oftalmologia com diagnóstico de edema bilateral do disco óptico com hemorragia em chama de vela. Assim, após RMN que mostrou estenose dos seios transversos, decidiu-se internamento para investigação de Hipertensão Intracraniana Ideopática. Da investigação, chegou-se à conclusão tratar-se de anemia ferropénica (Hemoglobina 10.3 g/dL, Capacidade total de Fixação do Ferro aumentada, Saturação da Transferrina e Ferritina muito diminuídas), secundária a perdas menstruais abundantes. Após tratamento da Ferropénia, verificou-se normalização da Pressão intracraniana.

Em conclusão, perante um diagnóstico de hipertensão intracraneana, há que excluir a ferropénia (até mesmo sem anemia), uma vez que é uma causa potencialmente reversível de Hipertensão Intracraneana e que pode ser facilmente diagnosticável e tratável. Embora os mecanismos que ligam estas duas entidades se mantenham desconhecidos, nestes casos há que excluir sempre a trombose venosa cerebral subjacente e por vezes presente.

E-POSTERS

PO340

392 HIPOCOAGULAR OU NÃO: EIS A QUESTÃO!

Filipa Guimarães, Ana Ferro, Axel Ferreira, Paulo Coelho, Sandra A. Morais

ULSM - Hospital Pedro Hispano, Porto, Portugal

Introdução

O acidente vascular cerebral (AVC) é a principal causa de morte no mundo. São frequentemente isquémicos (pelos múltiplos fatores de risco vasculares na população cada vez mais idosa), mas também hemorrágicos (tendencialmente mais graves e de gestão mais cuidadosa).

Descrição

Caso clinico: Mulher de 74 anos, com síndrome metabólico. Recorreu ao serviço de urgência por paresia do hemicorpo esquerdo, PFCE e disartria com mais de 10 horas de evolução. TAC cerebral revelou lesão hemorrágica focal aguda lentículocapsular externa direita; RMN cerebral a revelar imagem sugestiva de angiopatia amiloide com lesão hemorrágica recente e lesão vascular isquémica igualmente recente; TAC TAP revelou imagem sugestiva de trombo no ventrículo esquerdo, com ecocardiograma transtorácico a mostrar depressão grave da função do ventrículo esquerdo; Não foram documentados eventos arrítmicos. Face à documentação de trombo intracardíaco coexistente com AVC hemorrágico foi avaliado em reunião multidisciplinar o risco/benefício de hipocoagulação, tendo-se decidido iniciar. Do estudo etiológico pró-trombótico: prolongamento do apTT (máximo de ~50 seg) a que se associou um anticoagulante lúpico positivo (>1.1 em 2 avaliações com > 6 meses de intervalo), um Fator VIII elevado (179%) e poliglobulia sustentada. Após 2 semanas de hipocoagulação, realizada RMN cardíaca sem imagem compatível com trombo interventricular que permitiu a suspensão da hipocoagulação. Não houve agravamento dos défices neurológicos, tendo a doente a evoluído favoravelmente sob reabilitação funcional. Destacamos a complexidade do caso: Coexistência expressão pró-trombótica onde se preconizava a hipocoagulação e, paralelamente, expressão pró-hemorrágica (angiopatia amiloide cerebral) a contra-indicar a mesma.

Os autores pretendem demonstrar a coexistência de fatores pro-trombóticos e pro hemorrágicos no mesmo doente, com expressão clinica dos mesmos, levando à questão: Hipocoagular ou não? Eis a questão.

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 08
14:00 - 15:30

PO341

548 A SÍNDROME MIASTÊNICA DE LAMBERT-EATON: SERÁ UMA SOMBRA DO TUMOR?

Bogdan Kachan[1], Maria Carmo Macario[2], Carolina Carboni[1], Paulina Mariano[1], Rosa Silva[1]

[1]ULSCB, Hospital Amato Lusitano, Castelo Branco, Portugal

[2]CHUC, Coimbra, Portugal

Introdução

A Síndrome Miastênica de Lambert-Eaton (LEMS) é um distúrbio pré-sináptico raro da transmissão neuromuscular. O mecanismo fisiopatológico envolve uma resposta imunomediada através de auto-Acs IgG que inibem canais de calcio voltagem--dependentes (VDCC), o que resulta na dificuldade de liberação da acetilcolina (ACh) na fenda sináptica. Estima-se que cerca de 60% dos casos relatados estejam relacionados a um carcinoma pulmonar de pequenas células (CPPC)

Descrição

Homem de 70A, ex-fumador, portador da cardiopatia isquémica. Recorreu ao hospital por um quadro clinico com sete meses de evolução caracterizado por perda progressiva da força muscular nos quatro membros, lombalgia intensa e períodos de xerostomia. Negava outras queixas. O exame físico não revelou alterações. Ao exame neurológico destacava-se uma tetraparesia grau IV com hiporeflexia generalizada, sem ouras alterações. O estudo analítico foi normal. A radiografia torácica, tomografia computadorizada (TC) crânio-encefálica e da coluna dorso-lombo-sagrada sem alterações. A eletroneuromiografia demonstrou patologia de junção neuromuscular pré-sinática com teste de estimulação repetitiva a 40Hz com incremento das amplitudes motoras superior a 130% compatível com a LEMS. Detetou-se presença dos Acs séricos dos VDCC tipo P/Q sem Acs anti-ACh. A TC toraco-abdomino-pélvico mostrou apenas varias adenomegalias hilares. A broncofibroscopia, a colonoscopia e a cintigrama óssea sem alterações. A neuroenolase especifica foi elevada (60ng/ml). Realizada biopsia do gânglio mediastínico sugestiva a metástase de CPPC. Foi administrado imunoglobulina com melhoria do quadro neurológico. Teve alta referenciado para a consulta de Oncologia.

Discussão: a LEMS deve ser suspeita em todos os doentes com fraqueza muscular progressiva de novo. O diagnóstico requer estudo eletroneuromiografico e pesquisa dos Acs-VDCC presentes em 95% dos casos. Uma vez diagnosticada a LEMS necessita de exclusão do processo tumoral subjacente

E-POSTERS

PO342

560 NEUROSARCOIDOSE ISOLADA – UM ENIGMA DIAGNÓSTICO

Isabel O. Cruz[1], Francisca Pinto Beires[1], Sara França[2], Joana Cancela[1]

[1]Serviço de Medicina Interna, Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal

[2]Serviço de Neurologia, Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal

Introdução

A sarcoidose é uma doença granulomatosa não-caseosa multissistémica de etiologia desconhecida. Há envolvimento neurológico em 5 a 15% dos doentes, sendo a neuropatia de nervos cranianos ou meningite asséptica as formas mais comuns. O diagnóstico definitivo é feito pelo exame histológico.

Descrição

Mulher de 35 anos, sem antecedentes, admitida por alteração do estado de consciência, discurso lentificado e falhas mnésicas com dois meses de evolução. Tomografia computorizada (TC) cerebral com hipodensidade da substância branca. A ressonância magnética (RM) encefálica revelou alteração de sinal difusa da substância branca e realce leptomeníngeo. O líquido cefalo-raquidiano (LCR) apresentava pleocitose e proteinorráquia. No TC toracoabdominopélvico detetados gânglios hilares pericentimétricos bilaterais. Estudo alargado (estudo imunológico, citologia, microbiológicos e bandas oligoclonais no LCR, subclasses da imunoglobulina G, anticorpos anti-neuronais e enzima conversora da angiotensina (ECA) sérica) normal. A doente evoluiu desfavoravelmente, com períodos de agitação psico-motora, pelo que iniciou corticoterapia. Após 15 dias de tratamento apresentou melhoria imagiológica (RMN) e das características do LCR. Posteriormente complementado estudo com ECA no LCR e doseamento do receptor solúvel da Interleucina-2 (RsIL-2) sérico, ambos elevados. PET sem evidência de atingimento extra-cerebral por doença inflamatória. Assumido diagnóstico de presunção de Neurosarcoidose, a doente teve alta sob corticóide em esquema de desmame e mantém seguimento na consulta de Medicina Interna e Neurologia, sem evidência até ao momento de recidiva da doença.

A RM cerebral e o estudo do LCR são sensíveis para a deteção de inflamação do sistema nervoso central, mas pouco específicos, tornando o diagnóstico de neurosarcoidose um desafio, principalmente quando não há evidência de envolvimento sistémico. Alguns marcadores como o RsIL-2 ou a ECA no LCR podem ser usados, mas ainda aguardam validação.

PO343

575 INFLUÊNCIA DA ANTICOAGULAÇÃO EM AMBULATÓRIO NO OUTCOME DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Bruno Bouça, Patrícia Alves, Anna Taulaigo, Madalena Vicente, Diana Silva, Ana Lladó, António Panarra

Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, Portugal

Introdução

De acordo com os dados da Direcção Geral de Saúde de 2016, mais de 25000 pessoas com acidente vascular cerebral (AVC) viram-se incapacitadas pela doença. É, por isso, essencial identificar e controlar os factores de risco cardiovasculares (FRCV) que influenciam a morbilidade do AVC.

Objetivos

Avaliar a duração de internamento e da mortalidade entre os doentes admitidos com AVC hipocoagulados e os não hipocoagulados em ambulatório.

Métodos

Análise retrospectiva dos processos clínicos de 143 doentes com o diagnóstico de AVC admitidos entre Janeiro de 2015 e Dezembro de 2017. Foram avaliadas as características demográficas e clínicas, a terapêutica prévia e subsequente, o CHA-D2DS2-VASc e a mortalidade intra-hospitalar.

Resultados

Dos 143 doentes avaliados, a maioria eram mulheres e a média de idades de 77,8 anos. Em relação aos FRCV, cerca de 70% dos doentes apresentavam 2 ou mais FRCV. A prevalência de FA nesta população era de 31%. Destes mais de um terço estava hipocoagulado à admissão, 27% dos quais sob um dos novos anticoagulantes orais. Dos doentes com CHAD2DS2-VASc igual ou superior a 2, apenas 33% se encontravam a fazer terapêutica com anticoagulantes. A média de internamento e a taxa de mortalidade dos doentes hipocoagulados vs não-hipocoagulados em ambulatório foi de 13,9 vs 10,8 dias (ρ=0,199) e 20% vs 12,2% (ρ=0,326), respectivamente.

Conclusões

Cerca de um terço dos doentes apresentava FA mas nem todos com indicação para anticoagulação estavam de facto hipocoagulados. Por outro lado, os doentes hipocoagulados apresentaram maior média de internamento e maior mortalidade, apesar de com uma diferença não estatisticamente significativa. Dada a pequena dimensão da amostra, podemos admitir hipóteses como AVC extensos, demora no acerto de INR ou eventuais complicações. Ainda assim, apesar da redução da mortalidade nacional, a morbilidade do doente com AVC continua inaceitavelmente elevada exigindo um controlo mais assertivo dos FRCV.

PO344

592 MIASTENIA GRAVIS ASSOCIADA A TIMOMA - UM CASO CLÍNICO

Luís Carvalho, João Carvalho, Filipa Cabral Amado, Miguel Pires, Rita Rocha, Hélia Mateus, Sónia Chan, Behnam Moradi, Alcina Ponte

Centro Hospitalar de Leiria, Leiria, Portugal

Introdução

A Miastenia Gravis (MG) é uma doença auto-imune da junção neuromuscular na qual a produção de anticorpos dirigidos contra os receptores nicotínicos da acetilcolina na membrana pós-sináptica, se manifesta clinicamente com fraqueza muscular de predomínio bulbar e fadiga com a actividade muscular repetida. O timo parece estar implicado na perda de tolerância aos auto-antigénios, com consequente desenvolvimento da auto-imunidade.

Descrição

Os autores apresentam o caso clínico de um homem de 70 anos, hipertenso, que recorreu ao serviço de urgência por queixas com 1 ano de evolução de diplopia esporádica, disfonia e disfagia a determinar perda ponderal de 13 kg desde o início da sintomatologia. Ao exame objectivo doente com peso de 56 kg, sinais vitais dentro da normalidade; sem ptose mas com fatigabilidade palpebral à direita e do membro superior esquerdo. Já havia sido efectuado estudo em ambulatório com TC CE, rx-tórax, endoscopia digestiva alta e trânsito esofágico, sem alterações.

Durante o internamento foram excluídas patologias infecciosas ou neoplásicas; estudo auto-imune sistémico inicial negativo e função tiroideia normal. Electromiografia com estimulação nervosa repetitiva, sem evidência de disfunção da placa motora. Anticorpos anti-receptores de acetilcolina positivos. TC tórax a revelar formação de 28 mm compatível com timoma. Pelos achados clínicos, analíticos e imagiológicos confirmou-se o diagnóstico de Miastenia Gravis associado a Timoma. Inciou medicação com piridostigmina verificando-se melhoria sintomatológica progressiva, aumento da tolerância às refeições e ganho ponderal de 3 kg's no internamento. O doente foi encaminhado para serviço de Cirurgia Cardio-Torácica para timectomia.

Os doentes com MG proporcionam um desafio diagnóstico, realçando a importância da história clínica e do exame objectivo detalhado. O diagnóstico atempado assume importância especial nesta patologia pelo impacto que a terapêutica dirigida alcança na qualidade de vida destes doentes.

PO345

737 COMPLICAÇÕES MÉDICAS EM DOENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL AGUDO SUBMETIDOS A TERAPÊUTICA DE REVASCULARIZAÇÃO PRECOCE

Francisca Abecasis[1], Rafael Nascimento[2], Teresa Silvério[1], Liliana Pereira[1], Miguel Rodrigues[1]

[1]Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

[2]Hospital dos Marmeleiros, Funchal, Portugal

Introdução

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a principal causa de morte por doença vascular em Portugal. Nos últimos anos a terapêutica de revascularização precoce tem revolucionado o prognóstico desta patologia. As complicações médicas no internamento contribuem de forma significativa para o aumento da morbilidade e mortalidade dos doentes.

Objetivos

Este trabalho tem como objetivo a avaliar a ocorrência de complicações médicas no que diz respeito à sua frequência, características e influência no tempo de internamento.

Métodos

A amostra analisada é composta por todos os doentes com o diagnóstico de AVC isquémico agudo que foram submetidos a terapêutica de revascularização precoce (com trombólise e/ou trombectomia) no nosso hospital nos anos de 2016 e 2017. Foram avaliados dados demográficos, complicações e escalas de AVC através da análise retrospetiva dos processos clínicos e aplicado o teste de qui-quadrado para comparação entre variáveis.

Resultados

Os 178 doentes avaliados tinham idade média de 73,4 anos, sendo 52,3% do género masculino. Metade dos doentes desenvolveram pelo menos uma complicação médica durante o internamento. As complicações mais frequentes foram infeciosas (infeção do trato urinário (n=55) e pneumonia (n=28)) seguidas de lesão renal aguda (n=13) e desequilíbrio hidro-eletrolítico (n=7). Verificou-se um aumento de complicações médicas nos doentes com défice neurológico mais grave, medido pela pontuação na escala NIHSS >10 às 24 horas após terapêutica ($p<0,001$). As complicações prolongam significativamente o número de dias de internamento (com uma média de 16,2 dias versus 6,6 dias nos doentes sem intercorrências) e agravam a recuperação funcional a 3 meses. ($p<0,001$).

Conclusões

As complicações médicas são frequentes nos doentes com AVC agudo contribuindo para um atraso na recuperação funcional e para a morbilidade desta patologia. A prevenção, diagnóstico precoce e tratamento dirigido destas intercorrências poderão melhorar o prognóstico dos doentes.

PO346

738 DUAS TROMBECTOMIAS EM MENOS DE 48 HORAS EM DOENTE COM PERICARDITE AGUDA

Maria Duarte[1], Raquel Rocha[2], Ana Afonso[2], Nuno Moreno[2], Filipe Correia[2]

[1]CHPVVC, Vila Do Conde, Portugal

[2]ULSM - HPH, Matosinhos, Portugal

Introdução

Cerca de 30% dos Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) isquémicos são recorrentes, associando-se a pior prognóstico. A sua prevenção depende da determinação da etiologia e controlo dos fatores de risco modificáveis. Descreve-se um caso de AVC recorrente precoce secundário a fibrilhação auricular (FA) paroxística oculta.

Descrição

Mulher de 76 anos, hipertensa e com dislipidemia. Internada por pericardite aguda com derrame pericárdico de pequeno volume e insuficiência cardíaca descompensada. Instalação abrupta de défices neurológicos: disartria moderada, paresia facial central (PFC) e hemiplegia (HP) esquerdas, pontuando 12 na National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS). Ritmo sinusal na telemetria. Tomografia computorizada (TC) e angio-TC cerebral sem sinais de lesão isquémica aguda mas com oclusão da artéria cerebral média direita (ACMD). Decidido não realizar trombólise pela pericardite de etiologia não esclarecida e risco de hemopericárdio. Transferida para trombectomia, com recanalização eficaz. Reavaliação por TC: enfarte em território da ACMD. Eco-doppler cervical e transcraniano sem alterações. Retorno ao hospital de origem após mais de 24 horas de vigilância sem intercorrências, NIHSS 2. Recorrência de AVC cerca de 40 horas pós-evento inicial. Exame neurológico: hemianópsia homónima esquerda, PFC e HP esquerdas, NIHSS 17. Ritmo de FA. Angio-TC cerebral: novo trombo na ACMD. Nova trombectomia com repermeabilização total. NIHSS 2 à readmissão no hospital de origem. Ecocardiograma transtorácico: fina lâmina de derrame pericárdico. Evolução favorável tendo tido alta hipocoagulada.

Discussão: Pelas recomendações atuais, em caso de AVC major e pericardite aguda a trombólise pode ser considerada, se possível por equipa multidisciplinar que inclua Cardiologia. Pela presença de trombo optou-se pela trombectomia mecânica no 1º evento, sendo na recorrência a única hipótese de tratamento. Os autores relembram a necessidade de manter vigilância apertada na fase aguda de AVC.

PO347

809 ENCEFALOPATIA METABÓLICA HIPOGLICÉMICA SEVERA

Gonçalo Miranda[1], Axel Ferreira[2], Miguel Silva[2], Daniela Carvalho[2], Filipe Correia[2]

[1]Centro Hospitalar Cova da Beira, Covilhã, Portugal

[2]Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos, Portugal

Introdução

Hipoglicémia é uma causa frequente de alteração do estado de consciência na prática clínica, especialmente em doentes diabéticos. Episódios prolongados podem associar-se a alterações neurológicas graves causando coma, convulsões e outros défices neurológicos focais.

Descrição

Homem de 65 anos, com diabetes mellitus tipo 2 medicado com metformina e glibenclamida, HTA, doença renal crónica e carcinoma urotelial vesical. Foi encontrado inconsciente 9h após ter sido visto bem pela última vez. À chegada da VMER encontrava-se em coma, com sinais vitais estáveis e hipoglicemia inferior a 10mg/dL. Foi-lhe administrada glicose hipertónica endovenosa, tendo sido entubado e ventilado.

À admissão na Sala de Emergência apresentava Escala de Glasgow de 6T, sem sinais de disfunção do tronco cerebral mas com hiperreflexia generalizada e reflexos cutâneo-plantares extensores bilateralmente. A TC-CE, análise do LCR e o restante controlo analítico não mostraram alterações.

Foi admitido no Serviço de Medicina Intensiva mantendo encefalopatia grave apesar do controlo dos valores de glicemia.

A RM-CE mostrou áreas de lesões corticais e subcorticais bilateralmente nas imagens de difusão e o EEG evidenciou eletrogénese de base lenta, pouco reativa e com deficiente continuidade indiciando disfunção cortical severa e difusa. Estes achados enquadrados na história clínica são compatíveis com o diagnóstico de encefalopatia hipoglicémica grave. Apesar dos esforços não se conseguiu a reversão do estado de coma e o doente acabou por falecer.

No caso descrito, a presença de vários fatores de risco para hipoglicemia grave (uso de secretagogos de insulina, doença renal, tabagismo e tumor) associados ao não reconhecimento imediato da hipoglicemia determinaram a instalação de lesões irreversíveis no SNC.

Os autores alertam para a necessidade de realizar sempre a exclusão de outras encefalopatias que podem cursar com alteração do estado de consciência como AVC, epilepsia ou outras encefalopatias tóxico-metabólicas.

PO348

849 O IMPACTO DA ENCEFALITE POR HERPES VÍRUS NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Margarida Silva Cruz, Lígia Rodrigues Dos Santos, Gisela Evaristo Vasconcelos, Vera Ferraz Moreira, João Rocha, Carla Fraga, Mari Mesquita

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Penafiel, Portugal

Introdução

A Encefalite Vírica Herpes Simplex1(EHSV1) constitui a causa mais comum de encefalite fatal, não epidémica, do mundo. É caraterístico o envolvimento preferencial dos lobos temporal e frontal, que traduz a via de transmissão pelo nervo olfativo e trigémio, provocando encefalite necrosante e hemorrágica. Manifesta-se por febre, cefaleias, alterações neurológicas focais e convulsões. A PCR do HSV1 do líquido cefalorraquidiano(LCR) é goldstandard diagnóstico, no entanto o eletroencefalograma, tomografia computadorizada cerebral(TCCE) e ressonância magnética cerebral(RMNC) podem dar suporte.

Descrição

Homem, 67 anos, com hábitos etílicos moderados. Trazido à urgência após ter acordado com alterações da linguagem. No dia anterior objetivada febre e estado confusional agudo e três dias antes mau estar geral, anorexia e episódio de vómito. À admissão confuso, febril, sem outras alterações ao exame objetivo. Analiticamente sem alterações de relevo. TCCE com ligeira acentuação inespecífica dos sulcos corticais encefálicos. Realizada punção lombar e iniciada terapêutica com cobertura meníngea. Durante a permanência no SU agravamento clinico, desvio conjugado do olhar para a esquerda, síndrome piramidal direito com babinski ipsilateral. Repetiu TC com ténue hipodensidade temporal e insular esquerda. Evoluiu com crises focais de predomínio direito, tendo sido admitido nos cuidados intensivos para neuroproteção por provável meningoencefalite herpética, entretanto confirmada por PCR do LCR. Após estabilização clinica, transferido para o internamento onde completou 21dias de aciclovir e realizou RMNC. Como sequelas apresentava alterações cognitivas, comportamentais e funcionais significativas, pelo que foi referenciado para os cuidados continuados.

A EHSV1 é devastadora para o SNC, quando não tratada a taxa de mortalidade ronda os 70% e mesmo com a administração precoce de aciclovir, efetivo na supressão da replicação, cerca de 2/3 dos doentes, ficam com défices neurológicos significativos.

PO349

858 A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO: DÉFICES NEUROLÓGICOS AGUDOS?

Margarida Silva Cruz, Lígia Rodrigues Dos Santos, Dalila Parente, Mariana Da Cruz, Nuno Zarcos Palma, Vera Ferra Moreira, Mari Mesquita

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Penafiel, Portugal

Introdução

Os abcessos cerebrais, constituem complicações raras, de infeções, trauma ou cirurgia. A sua formação ocorre após disseminação direta ou hematogenica de bactérias, que inicialmente causam fenómenos de cerebrite (lesões mal definidas associadas a edema localizado) e após 2-3 semanas, áreas de necrose e liquefação envoltas numa cápsula fibrótica. As manifestações são inespecíficas (cefaleias, convulsões, défices neurológicos focais) condicionando atraso no diagnóstico, sugerido por exames de imagem e confirmado por histopatologia.

Descrição

Homem, caucasiano, 52 anos, antecedentes de atraso cognitivo e doença hepática crónica de etiologia alcoólica, sem medicação habitual. Trazido ao serviço de urgência por prostração e afasia, com cerca de 3h de evolução. Na admissão subfebril, sonolento, ptose palpebral esquerda, anisocoria, afasia motora, cumpria ordens simples e com hemiparesia direita grau 4. Analiticamente sem alterações de relevo, tomografia computorizada de crânio a revelar lesão expansiva necrótico quística subcortical frontal esquerda marginada por edema de tipo vasogénico em todo o lobo frontal, com extensão ao joelho do corpo caloso e vertente anterior da região lenticular esquerda. Transferido para o Serviço de Neurocirugia do Centro Hospitalar S. João. AngioRMN cerebral, sugestiva de abcesso cerebral tendo sido submetido a drenagem por craniotomia. Isolamento de um Staphylococcus Aureus e Streptococcus Intermedius multisensiveis tendo iniciado antibioterapia dirigida com ceftazidima + metronidazol + ampicilina. Após investigação etiológica assumido ponto de partida em infeção dentária, tendo realizado tratamento odontológico. Evolução clínica e analítica favoráveis.

Na presença de sinais ou sintomas neurológicos os abcessos cerebrais não devem ser esquecidos enquanto possível diagnóstico diferencial. Reconhecer sinais de alerta, efetuar um diagnostico precoce e instituir o tratamento adequado são essências na prevenção de uma emergência potencialmente fatal.

PO350

861 PARÉSIA DA LÍNGUA: UMA APRESENTAÇÃO DE DISSEÇÃO CAROTÍDEA

Filipa Guimarães, Sara Castelo Branco, Paulo Coelho, João Pimentel

ULSM - Hospital Pedro Hispano, Porto, Portugal

Introdução

A dissecção carotídea, antigamente considerada rara, é nos dias de hoje, com a melhoria da neuroimagem, cada vez mais frequentemente reconhecida, sendo uma importante causa de acidente vascular cerebral (AVC) em doentes jovens (10-25%). São muitos os factores de risco que a este se associam: a hipertensão arterial, a dislipidemia, diabetes mellitus, mas também factores ambientais, nomeadamente eventos com rotação ou hiperextensão do pescoço. O principal sintoma é a cefaleia (em 90% dos casos). O atingimento isolado de pares cranianos é raro (apenas 12%), e geralmente faz-se acompanhar de cefaleia.

Descrição

Homem, 43 anos, trabalhador na construção civil, com hipertensão arterial não medicada. Admitido no serviço de urgência por dor na hemiface esquerda desde ha 15 dias, intermitente, sem qualquer precipitante ou de alivio. Ao exame neurológico apenas desvio da língua para a esquerda. Estudo analítico, ECG e TC-cerebral sem alterações. AngioTAC dos troncos supraorticos revelou kinking da artéria carótida interna esquerda, sem outras alterações de relevo. Durante o internamento, completado estudo com RMN e AngioRMN cerebral que revelou tortuosidade das artérias carótidas internas e dilatação fusiforme da porção distal do segmento cervical da artéria carótida interna esquerda, sugerindo hematoma em fase crónica com compressão do canal do hipoglosso, no conjunto aspetos sugestivos de dissecção carotídea. À direita apresentava também imagem sugestiva de aneurisma dissecante. Completando estudo com angiografia cerebral e renal sem alterações de relevo. O doente manteve desvio da língua para a esquerda, associado a fasciculações com melhoria progressiva, sem qualquer outra alteração ao exame neurológico.

Os autores pretendem relembrar que a dissecção carotídea, apesar de frequente, ocorre muitas vezes associada a alterações minor ao exame neurológico sendo esta apresentação rara. Neste caso, assumiram-se a hipertensão arterial e a atividade laboral como fatores causais sinérgicos.

PO351

912 FORAMEN OVAL PATENTE – UMA CAUSA TRATÁVEL DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL RECORRENTE

Inês Almeida, Filomena Carneiro, Fátima Campante

CHBM, Barreiro, Portugal

Introdução

O foramen oval patente (FOP) é um defeito embrionário caraterizado pela permanência de uma comunicação no septo interauricular, permitindo uma via direta de embolização da circulação sistémica para o cérebro.

Descrição

Doente do sexo masculino, 58 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia, medicado e controlado. Referência a dois episódios prévios de acidente isquémico transitório (AIT). Recorre ao serviço de urgência por início súbito de disartria, constatando-se parésia facial central direita. Tomografia computorizada crânio-encefálica revelando hipodensidade arredondada parietal posterior esquerda, correspondendo a lesão isquémica aguda e várias lacunas dispersas. Internado no serviço de Medicina Interna para investigação etiológica de acidente vascular cerebral (AVC). Analiticamente sem alterações da coagulação, função tiroideia, função renal ou ionograma; hemoglobina glicada 6.8%, perfil lipídico controlado. Holter 24horas sem documentação de fibrilação/ flutter auricular. EcoDoppler dos vasos do pescoço revelando espessamento parietal difuso das carótidas primitivas e placa condicionando estenose de 20% na bifurcação das carótidas. Ecocardiograma transtorácico revelando abaulamento do septo interauricular (SIA) para a aurícula direita com critérios de aneurisma (12mm), sem passagem de fluxo. Atendendo à presença de AVC recorrentes, realizado ecocardiograma transesofágico (ETE) que mostrou FOP com shunt espontâneo esquerdo-direito. Estando na presença de um doente jovem com vários fatores de risco cardiovascular mas também vários episódios de AIT/ AVC, proposto e aceite para encerramento de FOP, decorrido sem complicações e sem novos eventos isquémicos. ETE posterior com dispositivo de encerramento de FOP bem posicionado no SIA, sem passagem de fluxo peri-dispositivo.

Conclusão: Presente entre 15-25% dos adultos, o FOP foi identificado como causa de AVC, mais relevante no adulto jovem e em casos de AVC recorrente.

PO352

937 FOP E AVC EM JOVEM – MITO OU REALIDADE?

Bárbara Soeiro, Isabel Cruz, Nuno Moreno, Raquel Rocha, Filipe Correia

ULSM - Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal

Introdução

O papel do forâmen ovale patente (FOP) e do embolismo paradoxal no acidente vascular cerebral (AVC) é controverso, mas a sua prevalência é maior em casos de AVC criptogénico em indivíduos com menos de 55 anos, do que na população geral.

Descrição

Caso Clínico:

Descrevemos o caso de um homem de 41 anos, fumador activo de 10 UMA. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de instalação súbita de vertigem, vómito alimentar e cefaleia hemicraniana direita após levante de posição de "cócoras" prolongada. Ao exame neurológico apresentava nistagmo horizontal na dextroversão e ataxia da marcha sem outros défices focais. A ressonância magnética cerebral mostrou lesões isquémicas recentes no hemisfério cortical cerebeloso direito compatível com AVC isquémico em território vertebro-basilar.

Foram excluídas malformações vasculares cerebrais na angioR-M-CE; esteve sob monitorização electrocardiográfica durante 7 dias sem qualquer evento arrítmico; o ecodoppler carotídeo e vertebral era normal; foram excluídas alterações hormonais, infecção por sífilis, VIH, VHC e VHB; os anticorpos anti fosfolipídio e o estudo de trombofilias foram negativos.

O ecocardiograma transesofágico mostrou um septo interauricular aneurismático, com shunt direito-esquerdo via FOP, apenas após manobra de valsalva. Realizou ecodoppler dos membros inferiores que excluiu trombos neste território venoso.

Foi calculado o score de RoPE (Risk of Paradoxical Embolism) que mostrava 62% de probabilidade de o FOP ser o factor causador e um risco de 8% de recorrência de AVC.

Foi submetido a encerramento do FOP com dispositivo amplatzer e manteve anti-agregação plaquetária. Não teve novos eventos em 5 meses de follow-up.

Discussão:

É difícil confirmar uma relação causa-efeito, mas dada a idade e comorbilidades do doente estabeleceu-se um nexo de causalidade e procedeu-se ao encerramento do FOP.

Os autores realçam a importância de excluir FOP nos casos de AVC com fontes embólicas indeterminadas particularmente em jovens.

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 08
14:00 - 15:30

PO353

970 DOS 3 NÃO ERA NENHUM: UMA ETIOLOGIA POUCO PROVÁVEL DE UMA PATOLOGIA MUITO FREQUENTE

Sara Vaz Garez Gomes, Rita Gameiro Dos Santos, Samuel Almeida, Teresinha Ponte, Filomena Carneiro, Fátima Campante

Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Setúbal, Portugal

Introdução

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma urgência médica frequente que exige uma abordagem imediata e sistemática na fase aguda, bem como estudo etiológico após estabilização. Esta intervenção no imediato e respetivo estudo caracterizam bem a incumbência do Médico Internista.

Descrição

CASO CLÍNICO: Mulher, 66 anos, antecedentes relevantes de hipertensão, dislipidémia e diabetes insulino-dependente complicada com polineuropatia sensitiva. Recorre ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de desorientação associado a tonturas, sensação de lipotímia, astenia, diminuição da força no hemicorpo esquerdo e desequilíbro na marcha, com 5 horas de evolução e com agravamento progressivo. Referência a episódios de lipotímia sem síncope no mês precedente. À observação destacava-se força muscular grau 1 em 5 do membro inferior esquerdo, sem alterações ao restante exame objetivo. Realizou tomografia computorizada (TC) crânio encefálica, que identificou lesão isquémica recente no território da artéria cerebral média direita (ACMD), admitindo-se AVC da ACMD.

Realizou estudo etiológico durante o internamento, destacando-se no ecocardiograma transtorácico uma aurícula esquerda (AE) gravemente dilatada e uma massa ovaloide de bordos irregulares e grandes dimensões (6.95 centímetros longitudinalmente, 5.6x3.6 diâmetros transversais), aparentemente pedículada e aderente ao septo interauricular, com aspeto sugestivo de mixoma. Os achados confirmaram-se por ecocardiograma transesofágico, onde é descrita massa "muito móvel, fazendo procidência sobre a válvula mitral e a câmara do ventrículo esquerdo em diastole". Foi referenciada para cirurgia cardíaca urgente.

DISCUSSÃO: Tendo em conta os fatores de risco cardiovasculares seria de esperar uma diferente etiologia no entanto a marcha diagnóstica conduziu a uma patologia pouco frequente, ressaltando a importância de uma investigação etiológica zelosa.

E-POSTERS

PO354

980 LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESSIVA EM DOENTE SEM IMUNODEFICIÊNCIA APARENTE

Luís Magalhães, Marli Cruz, João Ananias Gonçalves, Rui Carneiro, António Carneiro

Hospital da Luz - Arrábida, Vila Nova De Gaia, Portugal

Introdução

A leucoencefalopatia multifocal progressiva (PML) é uma doença desmielinizante cerebral rara, habitualmente diagnosticada em doentes imunocomprometidos e causada pela reactivação do vírus JCV. Este trabalho descreve um caso de PML ocorrida num doente sem evidência de imunodeficiência major.

Descrição

Homem, 75 anos, tabagismo, antecedentes de tuberculose pulmonar.

Doença renal crónica de etiologia em estudo. Hipertensão arterial. Recorreu ao serviço de urgência por clínica de défice cognitivo rapidamente progressivo, com períodos de desorientação, agitação psicomotora, desequilíbrio e perda ponderal.

Do estudo realizado, destaque para Ressonância Magnética Cerebral que mostrou lesões extensas cortico-subcorticais bi-hemisféricas, sem captação de contraste, parietais, frontal à esquerda e temporais bilaterais sugestivas de PML.

Microbiologia com PCR JC positivo no LCR. VIH negativo. Do restante estudo realizado, destaque para biopsia duodeno (3 fragmentos) sem estruturas sugestivas de doença de Whipple. ANA, AntidsDNA, MPO, PR3, FR, anti-transglutaminase IgG e IgA, AC. Anti-Beta-2-Glicoproteina I IGG, Ac. Anti- Gliadina IgG e IgA: negativos. C3 e C4 ligeiramente diminuídos, IgA, IgM, IgG, IgE: normais. ANCAs negativos.

Contagem de CD4+ 476, correspondentes a 28% dos linfócitos.

Assumido diagnóstico de PML em doente com imunodeficiência ligeira pela doença renal crónica, tendo-se dispensado biópsia. Iniciou mirtazapina, sem melhoria do quadro clínico. Deterioração clínica progressiva, tendo falecido 6 meses após o diagnóstico.

DISCUSSÃO: Apesar de mais frequente em doentes HIV positivo, a PML pode ocorrer em doentes sem imunodeficiência evidente, sendo necessário um grau de suspeição elevado para o seu diagnóstico. As opções terapêuticas nestes doentes são escassas e o prognóstico é mau.

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 08
14:00 - 15:30

PO355

986 DEFEITOS DO SEPTO INTERAURICULAR COMO CAUSA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Andreia Diegues, Rita Silva, Tiago Ceriz, Elisa Tomé, Jorge Poço

ULSNE, Bragança, Portugal

Introdução

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) e o acidente isquémico transitório (AIT) são criptogénicos em 30-40%. Há um aumento da prevalência de deformidades do septo auricular, como foramen ovale patente (FOP) e aneurisma do septo auricular (ASA) nestes casos. Estas anomalias estão implicadas na fisiopatologia dos AVC de causa embólica. Os êmbolos podem ter origem na circulação venosa sistémica (êmbolo paradoxal) ou na circulação arterial sistémica.

Descrição

Casos Clínicos:

Caso 1: Mulher de 52 anos, sem antecedentes relevantes, admitida por parestesias no membro superior direito (MSD) e hemiface direita e disartria transitória após esforço. No exame neurológico (EN) hipostesia da hemiface direita e força grau 4 no MSD. TC cranioencefálico (TCE) sem alterações. Resolução dos défices antes de 24 horas. Assumido AIT. Do estudo etiológico, ecocardiograma transesofágico (ETE) - FOP com shunt direito-esquerdo, restante estudo normal. Alta hipocoagulada.

Caso 2: Homem de 76 anos, diabético, hipertenso, admitido por inicio súbito de disartria, tonturas e desequilíbrio, com episódios prévios similares. No EN dismetria à esquerda na prova dedo nariz, sem outros défices. TCE à admissão sem alterações, ás 48 horas enfarte lacunar talâmico direito e hemisfério cerebeloso posterior direito, admitindo-se AVC isquémico. Do estudo etiológico a destacar aneurisma do septo interauricular no ecocardiograma transtorácico (ETT), sem outras alterações. Alta hipocoagulado.

Discussão: O FOP e o ASA devem ser considerados nos doentes com AVC criptogénico, quando o estudo etiológico exclui outras causas. O ETE pode ser diagnóstico naqueles com história sugestiva de causa embólica e que o ETT ou outros exames não revelaram alterações. É difícil estimar o risco exato de um AVC primário ou a sua recorrência associada ao FOP e ASA. O tratamento com antiagregação, hipocoagulação e encerramento cirúrgico do defeito depende de vários fatores, como o risco de recorrência e o tipo de anomalia.

E-POSTERS

PO356
990 A IMPORTÂNCIA DA SEMIOLOGIA AVC ISQUÉMICO MESENCÉFALO-PROTUBERANCIAL

Rafael Nascimento, Fabiana Gouveia, João Miguel Freitas, Rita Vieira, Luz Brazão

Hospital Central do Funchal, SESARAM EPE, Funchal, Portugal

Introdução

Apresenta-se um caso de acidente vascular cerebral (AVC) isquémico mesencéfalo-protuberancial.

Descrição

Mulher de 76 anos com antecedentes conhecidos de diabetes mellitus tipo 2 não cumpridora de terapêutica. Dá entrada no serviço de urgência (SU) por quadro com quatro horas de evolução de visão turva. No SU a doente apresentava-se sem sinais focais tendo realizado tomografia axial computorizada crânio-encefálica que não mostrou alterações, pela persistência da sintomatologia ficou internada por síndrome lacunar cerebeloso.

Já em contexto de internamento ao ser avaliada no primeiro dia, apresentava limitação do olho esquerdo na adução com diplopia binocular em várias posições do olhar, hipostesia da hemiface esquerda com hipostesia e hemiparesia direita com força muscular grau 4, hemi-ataxia direita de predomínio sensitivo e reflexos cutâneo plantar em extensão à direita, pontuando um total de 5 na National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS). Pela semiologia apresentada foi colocada a hipótese de AVC do mesencéfalo/protuberância à esquerda. A doente realizou ressonância magnética que mostrou enfarte isquémico recente protuberancial paramediano esquerdo e mesencefálico mediano e paramediano esquerdo. Durante o internamento destaca-se da investigação uma HbA1C de 11.2%, o internamento decorreu sem intercorrências, tendo a doente alta encaminhada à Medicina Física e Reabilitação.

Na consulta de reavaliação apresentava-se com 2 tanto na escala modificada de Rankin como na NIHSS.

Apresenta-se um caso de um AVC do tronco que aparentemente não teria semiologia sugestiva do mesmo à entrada. Os autores alertam para a necessidade de realizar uma anamnese e exame neurológico cuidadosos, dado que são doentes que podem ter critérios para trombólise no mínimo, contudo neste caso em específico a doente apresentou uma evolução favorável tendo em conta o local e extensão da lesão isquémica.

PO357
1036 SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ RAPIDAMENTE DIAGNOSTICADO

Rafael Nascimento, Bela Machado, João Miguel Freitas, Rita Vieira, Luz Brazão

Hospital Central do Funchal, SESARAM EPE, Funchal, Portugal

Introdução

Os autores apresentam um caso de uma doente idosa que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) com um quadro de fraqueza nos membros inferiores tendo sido diagnosticado um Síndrome de Guillain-Barré (SGB).

Descrição

Apresenta-se um caso de uma mulher de 78 anos com antecedentes conhecidos de hérnias discais na região lombar inoperáveis, que dá entrada no SU por quadro de fraqueza nos membros inferiores com inicio na manha do próprio dia. A doente referia ter estado com um síndrome gripal duas semanas antes e que cinco dias antes teve queda com traumatismo crânio encefálico. Ao exame objetivo salientava-se um hematoma exuberante na região frontal, diminuição da força a nível dos membros inferiores grau 4- nos pés, abolição dos reflexos aquilianos e ligeira diminuição da sensibilidade vibratória nos pés sendo a marcha sem apoio impossível.

Realizou tomografia axial computorizada crânio-encefálica a fim de se excluir hematoma subdural pela queda que havia tido há cinco dias, que não mostrou alterações tendo a doente sido internada com o diagnóstico de SGB.

Durante o internamento realizou imunoglobulina humana e ao fim de quatro dias estava melhorada da força muscular dos membros inferiores, sendo possível a marcha apoiada. O eletromiograma apresentou achados compatíveis de neuropatia sensitiva.

O SGB é a polineuropatia aguda mais comum, sendo geralmente desmielinizante mas podendo ser axonal. Os autores alertam para o alto índice de suspeita que deve de haver a fim de se diagnosticar esta patologia, especialmente em contexto de urgência com pouco tempo de evolução como foi o caso.

PO358
1040 O SÍNDROME DE RAMSAY HUNT TIPO II COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Miguel Granado Seixal, David Marques, Maria José Grade, Luísa Arez

Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Portimão, Portugal

Introdução

O Síndrome de Ramsay Hunt Tipo II é uma entidade clínica rara que resulta da presença de uma neuropatia facial periférica

causada por uma reativação latente do vírus Herpes zoster no gânglio geniculado.

Descrição

Mulher de 72 anos recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de cefaleia, desequilíbrio, oftalgia esquerda e desvio da comissura labial ipsilateral com um dia de evolução. Dos antecedentes pessoais destacam-se fibrilhação auricular permanente, hipertensão arterial e dislipidemia. Ao exame objetivo apresentava-se com desvio da comissura labial à esquerda, com hiperalgesia da face e lagoftalmos homolateral. A TC Cranioencefálica demonstrou presença de enfartes lacunares lenticulocapsulares bilaterais, de datação incerta. Por suspeita de Acidente Vascular Isquémico, a doente iniciou abordagem com antiagregante plaquetário e estatina. Ao longo do internamento a doente iniciou quadro de dor e edema do pavilhão auricular esquerdo, associado a eritema vesicular do canal auditivo externo. Efetuou ciclo de prednisolona e aciclovir, assumindo-se um diagnóstico presuntivo de Síndrome de Ramsay Hunt Tipo II, com melhoria do quadro clínico e resolução do lagoftalmos. A doente beneficiou de programa de reabilitação funcional e foi reavaliada posteriormente em Hospital de Dia, com melhoria do quadro de parésia facial e apresentando resolução do quadro álgico após instituição de pregabalina. Os autores sublinham a necessidade de considerar o diagnóstico de Sìndrome de Ramsay Hunt Tipo II no diagnóstico diferencial do Acidente Vascular Cerebral, uma vez que pode conduzir a complicações como meningite e/ou encefalite vírica.

PO359

1059 AVC COMO MANIFESTAÇÃO RARA DE DOENÇA RENAL

Ana P. Ferro, Marília Santos Silva, Raquel Rocha, Filipe Andrade, Teresa Santos, Eduardo Eiras

Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal

Introdução

Perante um acidente vascular cerebral (AVC) isquémico, é realizada investigação de causas trombóticas, embólicas e de hipoperfusão sistémica, entre outras.

Descrição

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 73 anos, autónoma, dislipidémica, que recorre à urgência por afasia motora súbita com 2 horas de evolução, sem outros défices neurológicos. TC cerebral com hipodensidade cortico-subcortical fronto-insular esquerda e hipodensidade cortico-subcortical parietal direita. Angio-TC dos vasos supra-aórticos sem estenoses significativas. Monitorização eletrocardiográfica em 24h sem registo de arritmia.

Analiticamente, VS 77 mm/h e serologias compatíveis com infeção crónica por VHB (atg HBs, atc HBc e atc HBe positivos, atg HBe e atc HBs negativos). Albuminúria de 1000mg/dL, 13 eritrócitos/campo, rácio proteínas/creatinina 9,51, urina de 24h com perda de 5,3g, compatível com proteinúria nefrótica. Associadamente com edema periférico, hipertensão arterial, hipoalbuminemia e hipercolesterolemia, sendo diagnosticado síndrome nefrótico. Sem monoclonalidade em imunoeletroforese sérica ou urinária, ANA e ANCA negativos, sem consumo de complemento, estudo de SAF negativo. Realizada biópsia renal que mostra glomerulonefrite membranosa (GNM).

Eco-Doppler dos vasos do pescoço com placa na carótida interna esquerda sem repercussão hemodinâmica; ecocardiograma normal; RMN cerebral com lesões cortico-subcorticais hiperintensas em T2, em topografia temporo-occipital direita e fronto-opercular esquerda, sugerindo lesões isquémicas recentes no território das artérias cerebrais médias.

Assumido enfarte parcial da circulação anterior (PACI) bilateral secundário a hipercoagulabilidade por síndrome nefrótico, em doente com GNM secundária a infeção crónica por VHB. Iniciado entecavir e orientada para consulta de Medicina Interna e Nefrologia.

Mesmo sendo uma causa rara de AVC isquémico, o síndrome nefrótico deve ser considerado no estudo etiológico, após a exclusão das principais causas.

PO360

1115 NEUROSSÍFILIS

Filipa Lage, Filipe Morais De Almeida, Margarida Paixão Ferreira, Paulo César, Carlos Costa Marques, José Vaz

ULSBA, Beja, Portugal

Introdução

Apesar de pouco comum, a sífilis é um caso de saúde pública em Portugal. É importante a sua identificação pelo facto de evoluir assintomaticamente durante vários anos e mimetizar outras patologias envolvendo o sistema nervoso central.

Descrição

Apresenta-se o caso clinico de um homem, 62 anos com antecedentes pessoais de Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico em 2016 sem sequelas e Sífilis não especificada. Sem medicação habitual de ambulatório. Trazido ao serviço de urgência por prostração, afasia e incontinência de esfíncteres. À admissão o exame objetivo revelava disartria grave, paresia grau 4 do membro superior direito e incapacidade para a marcha. Analiticamente apresentava ligeira elevação dos parâmetros inflamatórios (leucócitos 11920/L sem neutrofilia, PCR 1,1mg/dL) e realizou tomografia computorizada crânio-encefálica que revelou de novo "(…) hipodensidade cortico-subcortical occipital à esquerda, compatível com enfarte (…)".

Assumiu-se o diagnóstico de AVC isquémico e foi internado no serviço de Medicina.

Realizou estudo cardiovascular que não revelou alterações de relevo e iniciou reabilitação física. Foram pedidas serologias que revelaram TPHA e RPR positivos no soro, VIH 1/2 negativo. Na suspeita de neurossifilis realizou punção lombar que revelou ausência de células, hiperproteinoraquia (87mg/dL), VDRL negativo, TPHA positivo, bacteriologia negativa.

Assumiu-se o diagnóstico de neurossífilis como causa primária do AVC e iniciou terapêutica dirigida com Penicilina 24MU/dia durante 14 dias.

À data de alta o doente apresentava-se vigil, colaborante dentro das suas possibilidades, discurso simplificado mas coerente, sem défices motores mas com alguma descoordenação na marcha.

Discussão:

O diagnóstico de Neurossífilis pode ser um desafio clínico, devendo ser ponderada no estudo etiológico do AVC em doente jovem, pois tratando-se de uma patologia com potencial de prevenção de novos eventos através da antibioterapia, é importante a sua identificação e tratamento.

PO361

1126 SINDROME WALLENBERG

Joana Frutuoso

CHO-Caldas da Rainha, Caldas Da Rainha, Portugal

Introdução

Sindrome de Wallenberd é um conjunto de sintomas provocados pela oclusão da arteria cerebelosa posterior(PICA). O síndrome tem maior incidência em doentes com mais de 40 anos e relaciona-se com factores de risco cardiovasculares. O tratamento é sintomático com incidência no alivio de sintomas .

Descrição

Caso Clínico

Home com 89 anos antecendentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia, inicia quadro com 5 dias de náuseas, tonturas e hipostesia da hemiface direita. Admitido no serviço de medicina. Durante internamento ao quadro acima descrito associa-se ataxia da marcha e parésia do pilar amigdalino direito, hipostesia do membro superior direito e inferior esquerdo. Analiticamente com dislipidemia mista, sem outras alterações. TC-CE sem lesões agudas, doppler vasos do pescoço sem alterações, electocardiograma com bloqueio aurículo-ventricular do 1º grau e ecocardiograma trans-torácico sem alterações. RM-CE revela enfarte isquémico agudo retro-latero –bulbar direito com discreta restrição do sinal de difusão, compatível com enfarte da fosseta retro olivar, território da PICA homolateral e lacuna isquémica do núcleo caudado direito. Iniciou reabilitação motora com franca melhoria e controlo de factores de risco cardiovascular. A data da alta mantinha ataxia da marcha e termoanalgesia no hemicorpo esquerdo.

Discussão

O sindrome de wallenberg é uma doença neurológica pouco conhecida e por isso raramente diagnosticada. A prevenção de complicações e recorrência de sintomas é fundamental para uma boa abordagem deste síndrome. Requer reabilitação motora intensiva e prevenção secundária. Muitas vezes confundida com síndrome vertiginoso e por isso requer uma anamnese detalhada para que o diagnóstico diferencial de enfarte no território da PICA seja considerado.

PO362

1134 AVC E SAAF - QUAL O ALVO DA HIPOCOAGULAÇÃO?

Catarina Faria[1], Renato Guerreiro[2], Nuno Ferreira[3], Ana Lourenço[3], Fátima Grenho[3], Luís Campos[4]

[1]Serviço de Medicina IV - Hospital São Francisco Xavier (CHLO), Lisboa, Portugal

[2]Serviço de Medicina III - Hospital São Francisco Xavier (CHLO), Lisboa, Portugal

[3]Serviço de Medicina IV e Unidade de AVC - Hospital São Francisco Xavier (CHLO), Lisboa, Portugal

[4]Director do Serviço de Medicina Interna do Hospital São Francisco Xavier (CHLO), Lisboa, Portugal

Introdução

O síndrome anticorpo anti-fosfolípido (SAAF) é uma doença sistémica auto-imune caracterizada por trombose arterial e/ou venosa. Após um evento vascular o INR alvo recomendado é entre 2 e 3, contudo a evidência científica que suporta este valor tem bastantes limitações.

Descrição

Descreve-se o caso de uma mulher de 51 anos, com história de acidente vascular cerebral (AVC) isquémico em 2009, com diagnóstico concomitante de SAAF e foramen oval patente encerrado cirurgicamente em 2010, hipocoagulada desde então com varfarina, que recorre ao serviço de urgência com quadro de afasia e hemiparesia direita. Objectivava-se um score da National Institute of Heath Stroke Scale (NIHSS) 15. Realizou tomografia computorizada (TC) cranioencefálica (CE) que revelou perda de diferenciação do parênquima nas regiões insular e lenticular à esquerda. INR de 2.2 à entrada contra-indicando trombólise. A Angio-TC revelava trombo no segmento M1 da artéria cerebral média esquerda (ACMEsq), sendo elegível para trombectomia mecânica. Submetida a tratamento endovascular com necessidade de múltiplas passagens por re-oclusão do vaso, com vasospasmo resolvido após administração de nimodipina intra-arterial, última passagem com reperfusão completa conseguida após 6 horas e 45 minutos da hora zero. Ao primeiro dia após o evento, agravamento do NIHSS para 18, motivando nova TC-CE que revelou enfarte no território superficial e profundo da ACMEsq com desvio das estruturas da linha

média, traduzindo AVC maligno, tendo sido realizada craniectomia descompressiva.

A ocorrência de um evento trombótico apesar de um INR terapêutico levanta preocupações relativamente à necessidade de um alvo mais elevado nesta população, contudo, é sabido que um INR terapêutico no dia do evento não exclui valores infra-terapêuticos em dias anteriores. Ainda assim vários autores defendem que se estabeleça um alvo de INR superior, como prevenção secundária após a ocorrência de um evento trombótico com um INR habitualmente preconizado.

PO363

1141 SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ – CASUÍSTICA DE 10 ANOS NUM HOSPITAL DISTRITAL

Maria Margarida Pereira, Natália Teixeira, Ana Vera Cruz, Marta Vieira Dias, Jorge Mourato Becho, Adelaide Palos, Petra M. Pego

Hospital Distrital de Santarém, EPE, Santarém, Portugal

Introdução

A Síndrome de Guillain-Barré (SGB) é um conjunto de polineuropatias inflamatórias agudas, imunomediadas, raras. Apesar da realização de imunoterapia, cerca de 20% dos doentes mantém défices moderados e 2-12% acabam por falecer. Pode ter início agudo ou subagudo, manifestando-se com parestesias, fraqueza muscular, dor ou a combinação destes sintomas.

Objetivos

Caracterizar a população de doentes internados no nosso hospital num período de 10 anos com diagnóstico de SGB.

Métodos

Análise retrospectiva de processos clínicos dos internamentos codificados como Polineuropatia infecciosa aguda (ICD9: 357.0) e SGB (ICD10: G61.0) de 2007 a 2016. Elaboração de base de dados e análise de resultados em Excel™ 2010.

Resultados

No período descrito identificaram-se 23 internamentos num total de 20 doentes com idades compreendidas entre 25 e 81 anos (média 59,9 anos); destes, 65% eram do sexo masculino. O tempo médio de internamento foi de 21 dias. O tempo médio de latência dos sintomas foi 16,4 dias; em 3 doentes desconhecia-se a duração dos sintomas. Em termos etiológicos: 1 doente estava infectado com VIH, 1 doente tinha infecção por Plasmodium malariae, 2 doentes tinham sido vacinados recentemente para a gripe e num dos casos foi identificada uma possível causa paraneoplásica; 30% dos casos foram precedidos de infecção respiratória. A variante mais frequente foi polineuropatia desmielinizante inflamatória aguda. Três doentes necessitaram de cuidados intensivos e 2 dos doentes faleceram no internamento. Em relação ao tratamento, a grande maioria dos doentes realizou imunoglobulina endovenosa e 2 realizaram também plasmaferese.

Conclusões

A SGB é uma entidade relativamente rara mas com uma elevada taxa de morbilidade associada, pelo que devemos estar atentos à rápida identificação dos seus sintomas. A análise dos dados demonstra que o seu espectro de gravidade e evolução são variáveis. O tratamento atempado é fulcral para atingir resultados e recuperação favorável.

PO364

1160 O AVC VENOSO

Marta Sofia Oliveira, Sara Barbosa, Érica Ferreira, Dulcídia Sá, Rosa Jorge

Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro, Portugal

Introdução

A trombose venosa cerebral (TVC) é uma entidade incomum com múltiplas etiologias, marcada por formação de coágulos na circulação venosa cerebral, dos seios da dura ou, em raros casos, das veias corticais. Apresenta-se como um largo espetro de sinais e sintomas clínicos, tornando o diagnóstico um desafio fascinante.

Descrição

Apresenta-se o caso de uma mulher de 19 anos, obesa e medicada com contraceptivo oral, que se apresentou ao Serviço de Urgência com quadro de cefaleias frontais do tipo pressão com quatro dias de evolução, acompanhadas de náuseas e fotofobia, a condicionar a qualidade do sono. Com sinais vitais normais, não grávida, não apresentava sinais meníngeos, febre nem défices neurológicos focais. A veno-tomografia cerebral não excluiu trombose venosa, pelo que o diagnóstico foi confirmado por ressonância magnética, que revelou trombose parcial do seio longitudinal superior ao nível da região parietal. Foi internada na Unidade de AVC, tendo desenvolvido diplopia por edema da papila e parésia do VI par bilateral em contexto de hipertensão intracraniana. Do estudo realizado, foi excluída etiologia infeciosa, bem como patologia do foro auto-imune, verificando-se que a doente é portadora de uma variante dos genes MTHFR e PAI-1 em homozigotia. Iniciou hipocoagulação com varfarina, cumpriu acetazolamida e suspendeu contraceptivo oral, encontrando-se assintomática à data de alta. É atualmente seguida em consulta externa de Medicina Interna e Oftalmologia, sem intercorrências.

DISCUSSÃO: Este caso realça a importância de pensar na TVC como causa de AVC e integração de diagnósticos diferenciais nos doentes com clinica recente de cefaleias ou défices focais, sobretudo em mulheres. A correção das causas e a utilização de varfarina continuam a ser as indicações formais. O diagnóstico e intervenção terapêutica precoces são fundamentais para

uma excelente recuperação funcional.

PO365

1167 HEMORRAGIA CEREBRAL ESPONTÂNEA - CASUÍSTICA DE 3 ANOS

João Pedro Pais, Francisco Silva, Ana Sofia Matos, Miguel Romano, Ana Nascimento, Diana Guerra

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana Do Castelo, Portugal

Introdução

As hemorragias intracerebrais (HIC) correspondem à segunda maior causa de acidentes vasculares cerebrais, apresentando elevada morbimortalidade. O estudo etiológico é importante para impulsionar a implementação de medidas preventivas.

Objetivos

Caracterização dos internamentos por HIC durante 3 anos num serviço de Medicina Interna, avaliando possíveis fatores de risco para hemorragia e morbimortalidade associada.

Métodos

Estudo longitudinal retrospetivo de casos internados num serviço de Medicina Interna com o diagnóstico de HIC, no período de 1 de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2016. Excluídos os casos de HIC de etiologia traumática e as hemorragias de localização subdural e subaracnoideia. Analisadas as variáveis demográficas, classificação de Rankin modificada à admissão e à alta, mortalidade, tempo de internamento, dados clínicos e analíticos e etiologia da HIC.

Resultados

Analisados 302 casos, 47% do sexo feminino, com idade média de 73 anos. Registou-se uma taxa de mortalidade de cerca de 25%. A classificação de Rankin à admissão e à alta foi de 1 e 3,4, respetivamente. Cerca de 20% dos doentes estavam hipocoagulados, 80% sob antagonistas da vitamina K. Nos hipocoagulados, o valor médio de INR foi de 2,9, sendo que 25% apresentava um INR superior a 3. Neste subgrupo, a classificação de Rankin média à data de alta foi de 4,9, com uma taxa de mortalidade superior a 50%. A principal etiologia identificada foi a hipertensiva, em cerca de 40% dos casos.

Conclusões

A diferença observada na escala de Rankin à admissão e na alta, confirma a elevada morbimortalidade da HIC. Sendo a principal etiologia encontrada a hipertensiva, reforça-se a necessidade de controlo dos fatores de risco cardiovasculares, nomeadamente a hipertensão arterial. Dada a elevada mortalidade nos hipocoagulados com níveis supra-terapêuticos, é urgente a definição de estratégias de maior controlo e vigilância terapêutica, bem como avaliar se nos utilizadores de anticoagulantes orais diretos a prevalência de HIC será efetivamente menor.

PO366

1230 "O NEVOEIRO CEREBRAL"

João Carvão, Carolina M. Barros, Mariana Gomes, Carolina Morna, Margarida Gonçalves, Luís Freitas, Luz Reis

Hospital dos Marmeleiros, Funchal, Portugal

Introdução

A Gliomatose Cerebral (GC) é uma infiltração neoplásica difusa de células da glia, com envolvimento de mais de dois lobos cerebrais. Classifica-se em dois tipos: o clássico ou tipo I no qual não existe massa tumoral individualizada e o tipo II em que se evidencia uma discreta massa tumoral. Este raro tumor, tem um diagnóstico difícil, pois muitas vezes não é evidente na Tomografia Computadorizada Crânio-Encefálica (TC-CE), sendo conhecido por "Nevoeiro Cerebral". A sua natureza difusa impede o tratamento cirúrgico.

Descrição

Homem de 75 anos, autónomo, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e Prostatectomia por hiperplasia benigna da próstata, referindo tonturas e desequilíbrio na marcha para a direita com 3 dias de evolução. No dia da admissão hospitalar apresentou tontura, motivando queda sem traumatismo e disartria com cerca de 8 horas de duração. O exame objetivo à entrada era normal, à exceção de hemiparésia com força muscular de grau 4 no membro superior direito e desequilíbrio na marcha para a direita. Do estudo realizado destaca-se: Exames Analíticos - sem alterações relevantes; ECG- Ritmo sinusal, 70 ppm, sem sinais de isquémia aguda e sem bloqueios; TC-CE - sem lesões isquémicas ou hemorrágicas no parênquima encefálico. A ressonância magnética cerebral realizada para melhor esclarecimento do quadro mostrou alterações com efeito de massa na protuberância, tálamo esquerdo e esplénio do corpo caloso sugestivas de GC. Durante o internamento iniciou corticoterapia e anti-epilépticos, ficando assintomático.

Conclusão: Com este caso os autores demonstram a importância de um elevado grau de suspeição clínica para o diagnóstico da GC, que se manifesta de formas muito diversas, muitas vezes sem alterações aparentes na TC-CE. O diagnóstico atempado é fundamental, pois permite o tratamento precoce, fundamental na evolução e prognóstico da GC.

PO367

1233 AVC E LESÃO RENAL AGUDA: EXISTE RELAÇÃO COM A APRESENTAÇÃO E PROGNÓSTICO NOS AVC CARDIOEMBÓLICOS E DE PEQUENOS VASOS?

Sérgio Brito[1], Nuno Ferreira[2], Eduardo Gonçalves[3], Teresa Neves[4], Rita Vaz[1], Mariana Malheiro[4], Ana Lourenço[2], Fátima Grenho[2], Luís Campos[2]

[1]Serviço de Medicina IV, Hospital São Francisco Xavier - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

[2]Unidade de AVC e Serviço de Medicina IV, Hospital São Francisco Xavier - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

3Serviço de Medicina Física e Reabilitação - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

[4]Unidade de Oncologia Médica, Hospital de São Francisco Xavier - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

Introdução

O Acidente Vascular Cerebral(AVC) é a principal causa de morbimortalidade em Portugal. A Doença Renal Crónica é um fator de risco independente para AVC isquémico, sobretudo cardioembólico (AVC-CE) e de pequenos vasos (AVC-PV), mas a relação entre Lesão Renal Aguda (LRA) e AVC está pouco estudada. A diminuição da Taxa de Filtração Glomerular (TFG) na admissão, isoladamente, parece não indicar pior outcome, mas não tem sido comparada à TFG basal em estudos prévios.

Objetivos

Apurar se os doentes com AVC-CE ou AVC-PV com LRA nas primeiras 24 horas têm maior gravidade ou pior outcome a curto e longo prazo, em comparação com os que não tem LRA e se há diferenças entre os estadios.

Métodos

Estudo retrospetivo de doentes admitidos numa Unidade de AVC com AVC-CE e AVC-PV no ano de 2016. Foram usados os critérios KDIGO de LRA. A gravidade do AVC foi avaliada pelo National Institute of Health Stroke Scale à entrada (NIHSS-e) e o prognóstico pelo NIHSS à saída (NIHSS-s),o modified Rankin scale à saída (mRs-s) e o mRs aos 6 meses (mRs-6m).

Resultados

Foram incluídos 115 doentes (82 AVC-CE, 33 AVC-PV) de um total de 254 doentes. 39 doentes (34%) tiveram LRA. Os grupos sem LRA(n=76), KDIGO1(n=28), KDIGO2(n=7) e KDIGO3(n=4), tiveram respetivamente: NIHSS-e-8.45 (±5.68); 15.18(± 6.20); 13.57(±7.23); 25.75(±7.27); NIHSS--s-4.84(±8.36); 13.29(±11.89); 14.29(±13.58); 24.75(±12.09); mRs-s-1.96(±1.60); 3.68(±1.42); 3.71(±1.50); 4.75(±1.25); mRs-6m- 1.36(±1.67); 3.17(±2.37); 4.67(±1.63); 5.50±0.71. Há uma correlação positiva do estadio de LRA com o NIHSS-e(s= 0.49,p<0.01); NIHSS-s(s=0.53,p<0.01); mRs=-s(s-0.50,p<0.01) e mRs-6m(s=0.50;p<0.01). Há ainda relação entre o número de fatores de risco vascular (FRV) e o estadio de LRA(s=0.21;p=0.03).

Conclusões

Nos AVC-CE e AVC-PV existe relação entre a ocorrência e estadio de LRA e maior gravidade de apresentação do evento. A LRA é também indicador de pior prognóstico a curto e longo prazo. Esta relação poderá acontecer por descontrolo de FRV comuns de lesão renal e AVC com o evento agudo.

PO368

1305 SÍNDROME DE ALICIA NO PAIS DAS MARAVILHAS SECUNDÁRIO A AGOMELATINA

Paula Sofia Santos Araujo, Eduardo José Carvajal Ronderos, Juan M Urbano Gálvez

Hospital Santa Luzia de Elvas. ULSNA EPE, Elvas, Portugal

Introdução

O Síndrome de Alicia no Pais das Maravilhas (AWS) é uma entidade clínica incomum e alarmante, caracterizada por breves episódios de distorção na perceção 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.

Descrição

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 perceção 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 infeciosa. O exame psiquiátrico, neurológico e oftalmológico foi normal. A doente tinha episódios de ansiedade e sintomas depressivos secundários à morte de sua mãe um mes 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 liquido 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 este síndrome benigno, 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

PO369

1308 UM CASO PECULIAR DE DIPLOPIA

Olga Silva, Mónica Lopes, Svetlana Ilina, Domitília Faria, Luísa Arez

Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade Hospitalar de Portimão, Portimão, Portugal

Introdução

O Síndrome de Miller-Fisher (SMF) é uma rara variante clínica do Síndrome de Guillain-Barré, caracterizada pela tríade oftalmoplegia, ataxia e arreflexia. Paralisia facial, ptose e fraqueza das extremidades também podem ocorrer. O diagnóstico assenta na presença do anticorpo (Ac) GQ1b, análise do líquido cefalorraquidiano (LCR) com dissociação albuminocitológica e estudos electrodiagnósticos com diminuição das respostas sensoriais.

Descrição

CASO CLÍNICO: Homem de 65 anos com antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensão Arterial admitido por quadro de início súbito de diplopia e visão turva, que evoluiu com parestesias das mãos, disartria e desequilíbrio da marcha nas 24 horas seguintes. Apresentava marcha de base alargada. Oftalmoplegia, ptose parcial esquerda, disartria e apagamento do sulco nasogeniano direito. Diminuição da força muscular generalizada. Reflexos osteotendinosos abolidos globalmente. Dismetria na prova dedo-nariz. Analiticamente monocitose absoluta, hiperproteinemia com hipoalbuminemia e aumento da ferritina, velocidade de sedimentação e transaminases. Serologias negativas. Pesquisa de anticorpos antinucleares e anti-SSA positiva. Electroforese das proteínas do soro com hipergamaglobulinemia. Ac anti.GQ1b e do Ac recetor da acetilcolina pendentes. A TC-CE e RM-CE revelaram leucoencefalopatia crónica e o LCR mostrou dissociação albuminocitológica. Assumiu-se SMF e fez tratamento com imunoglobulina durante 5 dias. A eletromiografia confirmou SMF. Iniciou fisioterapia e evoluiu favoravelmente tendo alta apenas com diplopia para visão à distância.

DISCUSSÃO: No caso descrito o doente apresentou a tríade clássica de SMF além de outros sintomas menos comuns. O tratamento inclui utilização de plasmaferese e/ou gamaglobulina. Cerca de 80% recupera completamente embora alguns doentes apresentem sequelas residuais. O diagnóstico é um desafio mas o tratamento pode modificar a evolução do quadro e permitir um prognóstico mais favorável.

PO370

1412 SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ: UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICO

Natália Nunes Teixeira, Marta Cerol, Ana Rita Paulos, Ana Mestre, Cátia Da Cruz Correia, Maria Margarida Pereira, Filipa Pedro, Sónia Almeida, Margarida Cabrita, Raquel Almeida

Hospital Distrital de Santarém, Santarém, Portugal

Introdução

O síndrome de Guillain-Barré (SGB), é a causa mais frequente de neuropatia paralítica aguda. Normalmente apresenta-se como uma polineuropatía inflamatória de inicio agudo, de progressão rápida, ascendente e com compromisso dos reflexos osteotendinosos, com ou sem dor neuropática. A causa exacta do SGB é desconhecida, a maioria dos casos aparece 2 semanas depois de uma infecção respiratória o gastrointestinal.

Descrição

Mulher 82 anos, sem história de quadros infecciosos nos últimos meses, recorre por impotência funcional em ambos membros inferiores (+ esquerda) e perda de controlo esfínter urinário. Ao exame neurológico Mingazzini positivo esquerda, reflexos cutâneo-plantares indiferentes. Após 3 dias, agravamento neurológico com hemiparesia esquerda, reflexos osteotendinosos globalmente diminuídos membros inferiores, foi realizada punção lombar e colocada a hipótese de uma polirradiculopatia inflamatória desmielinizante aguda, sem dissociação albumino-citológica. Iniciou terapêutica com imunoglobulina e repetiu-se punção lombar após 5 dias, já com a presença de com dissociação albumino-citológica. Agravamento progressiva, com falência respiratória.

Discussão: A forma de apresentação atípica não é excepcional podendo dificultar o diagnóstico e tratamento, e com isto atrasar a recuperação efectiva do doente.

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 08
14:00 - 15:30

PO371

1430 MIASTENIA GRAVIS COMO SINTOMA INICIAL DA NEOPLASIA DA PRÓSTATA

Mafalda Sá Pereira, Raquel Freitas, Conceição Escarigo, Pedro Correia Azevedo

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução

A Miastenia Gravis é uma doença auto-imune da placa neuro-

-muscular que se manifesta com fraqueza muscular e fatigabilidade. Pode apresentar-se como um síndrome paraneoplasico, estando associada a 15% dos timomas e mais raramente a outras neoplasias extra-mediastinicas. Os autores não encontraram relatos de associação entre a miastenia e a neoplasia da próstata.

Descrição

Os autores descrevem o caso clínico de um homem de 88 anos com quadro de ptose palpebral esquerda e diplopia ocasional com uma semana de evolução e de agravamento progressivo. Apresentava fraqueza muscular nos membros inferiores, dificuldade para a marcha com 6 meses de evolução, disfagia para sólidos, disfonia e obstipação desde há 4 meses.

Ao exame objetivo apresentava ptose palpebral bilateral e oftalmoparésia à esquerda, com fatigabilidade associada. Além disso tinha disartria moderada, hipofonia e disfonia; tetraparésia isotónica, de predomínio crural. Admitiu-se Acidente Vascular Cerebral Isquémico em território vertebro-basilar, que não foi confirmado por exames de imagem, obrigando a um diagnóstico diferencial mais abrangente. Após colocada a hipótese diagnóstica de doença neuromuscular foi realizado teste com anticolinérgico (edrofónio) e estudo eletromiográfico. Ambos os testes compatíveis com disfunção da placa neuromuscular sugestiva de Miastenia Gravis. Os anticorpos anti-receptores da acetilcolina e anti-MuSK foram negativos. Foi iniciada terapêutica com corticoterapia e inibidor da acetilcolinesterase com melhoria progressiva das queixas.

Admitindo-se que este quadro neurológico poderia ser uma síndrome paraneoplásica, realizou estudo complementar tendo sido foi diagnosticada neoplasia da próstata com invasão local e metastização óssea.

Os autores apresentam este caso pela sua raridade, mas também com a finalidade de salientar a importância de um diagnóstico diferencial abrangente.

E-POSTERS

PO372

1444 INFECÇÕES VIRAIS DO SNC - A PROPÓSITO DE UM CASO DE ENCEFALITE HERPÉTICA

Francisco Pulido Adragão, Natacha Silveira, Carla Leitão, Helena Rita, Domitília Faria, Luísa Arez

Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Hospital de Portimão, Portimão, Portugal

Introdução

As infecções virais do sistema nervoso central podem apresentar-se sob a forma de meningite asséptica, encefalite ou ainda meningoencefalite.

Descrição

CASO CLÍNICO:

Mulher, 70 anos de idade, caucasiana, autónoma nas actividades de vida diária. Com antecedentes pessoais conhecidos de insuficiência cardíaca, escoliose e neurofibromatose. Foi admitida no serviço de urgência por quadro convulsivo após episódio febril, apresentando nova convulsão tonico-clonica, com desvio conjugado do olhar para a esquerda. Hipertensa, taquicardica e febril, encontrava-se vígil, mas com alteração da personalidade e hemiplegia esquerda; sem alterações meníngeas ou outras alterações ao exame objectivo. Analiticamente apresentava leucocitose com neutrofilia, mas sem subida de proteína c reactiva. Dado quadro clínico realiza tomografia computorizada craneo-encefálica, sem alterações, optando-se por realizar punção lombar. Por apresentar líquido cefalorraquidiano (LCR) límpido, incolor, com 1 célula por mm3, com citobioquímica normal, sem isolamento de agentes, realiza ressonância magnética craneo-encefálica na qual se visualizavam aspectos sugestivos de encefalite herpética e de hidrocefalia. Tinha sido medicada empiricamente com antibioterapia à entrada, pelo que faz switch para aciclovir após discussão com neurologia que admite diagnóstico mais provável de encefalite herpética. Foi enviada amostra para estudo de vírus neurotrópicos, mas sem isolamentos. Com evolução favorável ao longo do internamento, seguida em consulta de neurologia.

DISCUSSÃO:

A encefalite caracteriza-se por alteração do estado de consciência, do comportamento ou de personalidade, presença de deficits motores ou sensoriais, que a diferenciam da meningite. O seu diagnóstico baseia-se na clinica, alterações imagiológicas e características do LCR. A sua incidência é difícil de estimar, uma vez que muitos casos não são reportados, o seu diagnóstico nem sempre é considerado e a etiologia viral especifica pode nunca ser confirmada.

PO373

1485 AVC NO ADULTO JOVEM – COMPLICAÇÃO DE ABCESSO PARAFARÍNGEO

José Eduardo Mateus, José Coelho, João Sargento, Gustavo Cordeiro, Fernando Silva

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

As infeções profundas da região cervical são cada vez menos frequentes dada a utilização precoce e repetida de antibióticos. Consequentemente, a clínica clássica pode estar ausente, dificultando o diagnóstico, atrasando o tratamento e agravando o prognóstico.

Descrição

CASO CLÍNICO:

Doente de 24 anos, sexo masculino, previamente saudável, in-

ternado por abcesso parafaríngeo direito, submetido a drenagem complicada com hemorragia local (2 reintervenções após cirurgia inicial para revisão de hemostase). Cinco horas após última intervenção desenvolve clínica de síndrome parcial da circulação anterior (PACI) direita - hemiplegia, hemihipostesia e hemianopsia homónima esquerdas, pontuando 13 na escala de NIHSS. A tomografia computorizada (TC) encefálica revelou hiperdensidade espontânea dos segmentos M1 e M2 da artéria cerebral média direita com pontuação ASPECTS de 4, sugerindo lesão isquémica extensa já constituída, impossibilitando terapêutica de revascularização aguda. Foi transferido para a Unidade de AVC do hospital terciário de referência. A Angio-TC cervical mostrou oclusão da artéria carótida interna direita 2cm após a bifurcação carotídea, favorecendo a hipótese de dissecção carotídea. O restante estudo etiológico não identificou outra causa para o evento vascular. Dois anos depois e após meses de reabilitação funcional não apresenta limitação funcional significativa.

DISCUSSÃO:

O abcesso parafaríngeo pode ser secundário a infeção dentária, abcesso peri-amigdalino, parotidite ou otite e é uma emergência médico-cirúrgica pelo risco de bacteriémia, obstrução da via aérea e atingimento carotídeo. Neste caso, a disseção carotídea pode ter ocorrido por extensão da infeção ou, mais provavelmente, secundária às várias cirurgias a que foi submetido. Alerta-se assim para uma complicação rara mas possível de uma infecção grave num adulto jovem previamente saudável, sublinhando a importância de manter a vigilância clínica e neurológica no período posterior ao ato cirúrgico.

PO374

1512 UM CASO DE SÍNDROME DE WERNICKE-KORSAKOFF

Marisa Rosete, Rui Ferreira, Sara Faria, Fábio Almeida, Susana Magalhães, Rosário Marinheiro, Ana Henriques, Amélia Pereira

Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE., Figueira Da Foz, Portugal

Introdução

Uma das possíveis consequências do alcoolismo crónico é o desenvolvimento da síndrome de Wernicke-Korsakoff, desencadeado pelo défice nutricional de tiamina. A fase aguda, Encefalopatia de Wernicke, caracteriza-se pela tríade clássica de ataxia, oftalmoplegia e quadro confusional. A evolução para cronicidade, Síndrome de Korsakoff, caracteriza-se por alterações da memória e confabulação. O diagnóstico desta síndrome é essencialmente baseado na sua apresentação clínica, dificultado pelo facto de que, na fase aguda, apenas 16% dos doentes apresentam a tríada completa, contribuindo para o seu subdiagnóstico.

Descrição

Mulher, 53 anos, caucasóide. Observada na Urgência por quadro confusional e lipotímia. Antecedentes de etilismo crónico, sem medicação habitual. Ao exame objetivo apresentava-se taquicárdica, normotensa, com lentificação cognitiva, discurso com referência a alucinações visuais, estrabismo convergente, com défice da abdução do olho direito e escasso movimento vertical, nistagmos vertical e horizontal, e com ataxia franca da marcha com queda tendencial para a frente. Analiticamente, com etanolémia <0,1g/L, gama glutamil transpeptidase de 451U/L e vitamina B12 normal. Assumindo-se o diagnóstico de Síndrome de Wernicke-Korsakoff, iniciou tiamina parentérica e foi internada na Neurologia, onde se verificaram manifestações cardiovasculares, com hipotensão. Após consolidação terapêutica e reabilitação física, a doente apresentou uma recuperação favorável a nível cognitivo, da oftalmoparésia e da marcha, tendo tido alta após reabilitação social, com evicção de hábitos etílicos.

Conclusão: Este caso é singular pela abundância de manifestações. No entanto, considerando a mortalidade não negligenciável e as dificuldades inerentes ao diagnóstico eminentemente clínico, a síndrome de Wernicke-Korsakoff deve ser considerada em todos doentes com risco de défices nutricionais, nomeadamente em Portugal, onde existe um elevado consumo de álcool.

PO375

1558 SÍNDROME DE ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSÍVEL – CASO CLÍNICO

Sarah Lopes[1], Mariana Pacheco[2], Susana Ferreira[2]

[1]IPO Porto, Porto, Portugal

[2]Hospital São João, Porto, Portugal

Introdução

A encefalopatia posterior reversível (Posterior Reversible

Encephalopathy Syndrome - PRES) é uma síndrome clínico-radiológica, descrita pela primeira vez por Hinchey em 1996. Caracteriza-se pela presença de edema vasogénico cerebral, que pode ser provocado por emergências hipertensivas, doenças auto-imunes ou exposição a quimioterapia e fármacos imunossupressores. Alguns dos sintomas, quase sempre reversíveis, incluem alteração do estado mental, epilepsia, cefaleias, sintomas neurológicos focais e distúrbios visuais.

Descrição

Este trabalho relata o caso clínico de um doente do sexo masculino, 65 anos, com exposição profissional a compostos químicos das tintas e antecedentes de hipertensão arterial controlada, dislipidemia e obesidade. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por disartria, desvio da comissura labial para a direita e défice motor ligeiro no membro superior direito. Realizou no SU estudo analítico sumário e electrocardiograma que foram nor-

mais. TC cerebral sem evidência de lesões isquémicas ou hemorrágicas agudas. No internamento realizou ecodoppler dos vasos do pescoço que foi negativo para lesões hemodinamicamente significativas e ecocardiograma transtorácico que foi normal. Completou-se estudo com ressonância magnética (RMN) cerebral que mostrou alterações radiológicas compatíveis com PRES. O estudo imunológico foi negativo, incluindo anticorpos anti-neuronais. Excluída toxicidade por cobre e zinco. Pesquisa de vírus JC e anticorpos anti-Borrelia negativos. O doente apresentou reversão completa dos défices em três semanas. A etiologia do quadro clínico não foi totalmente esclarecida.

Discussão: Pretendemos, assim, apresentar um caso raro de PRES, cujas manifestações clínicas podem mimetizar as de um acidente vascular cerebral. A distinção entre ambas depende da realização de uma RMN cerebral. A síndrome PRES apresenta bom prognóstico, na maioria dos casos com reversibilidade total dos défices, tal como se verificou neste doente.

PO376

1634 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL HEMORRÁGICO – UM ANO EM RETROSPECTIVA

Eduardo João Cernadas[1], Ana Patrícia Gomes[1], Didia Lages[1], Dalia Estevão[1], Vitor Cruz[2]

[1]Centro Hospitalar Cova da Beira, Covilhã, Portugal

[2]ULS Matosinhos - Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal

Introdução

A hemorragia intracraniana é a segunda causa mais comum de acidente vascular cerebral (AVC), logo após eventos isquémicos. Estimam-se incidências anuais de 16 a 33 casos por 100.000 pessoas. Existem múltiplas causas associadas ao AVC hemorrágico entre as quais a hipertensão arterial, angiopatia amiloide, rotura de aneurisma sacular ou malformação vascular.

Objetivos

Análise da etiologia, principais localizações, fatores de risco cardiovasculares associados e "outcome" dos doentes admitidos durante um ano por AVC hemorrágico no Serviço de Neurologia de um Hospital Distrital.

Métodos

Estudo de 32 variáveis de forma retrospetiva, referentes à casuística de doentes internados por AVC hemorrágico durante um ano no Serviço de Neurologia de um Hospital Distrital.

Resultados

Foi realizado um estudo retrospectivo de um total de 75 doentes, internados entre Dezembro de 2016 e Dezembro de 2017 com o diagnóstico de AVC hemorrágico, sob orientação clinica conjunta dos Serviços de Neurologia e Medicina Interna. Um total de 43 doentes (57%) eram do género masculino, com uma média de idades que se situou nos 73,6 anos. Em 59 casos (79%), a lesão hemorrágica principal era de localização supratentorial e destas, apenas 26 (44%) de localização cortical, sendo as restantes 33 (56%) profundas. Dos fatores de risco cerebrovascular mais prevalentes, a hipertensão arterial estava presente em 68 casos (91%) seguida pela dislipidemia em 51 casos (68%). À admissão no Serviço de Urgência, 51 doentes (68%) apresentavam perfil hemodinâmico hipertensivo (Tensão arterial >140/90mmHg). Foi ativada a Via Verde AVC em 43 casos (57%), vindo o doente com acompanhamento médico pré-hospitalar em apenas 29 ocasiões (39%). O "mRankin score" calculado inicialmente situou-se nos 1.82, sendo à data de alta de 3.51, para uma mortalidade global de 16% (12 doentes). O tempo médio de internamento foi de 16,6 dias.

Conclusões

O AVC hemorrágico continua a ser uma importante causa de morbimortalidade por todo o mundo, sendo de primordial importância o controlo de fatores de risco cerebrovasculares como a hipertensão arterial, para a sua prevenção. O prognóstico varia consoante a localização da hemorragia, volume, compressão de estruturas adjacentes e apresentação inicial. Embora neste estudo a mortalidade encontrada se situe em cerca de 16%, globalmente estima-se em cerca de 35 a 52%, ocorrendo metade dos óbitos nas primeiras 48 horas.

PO377

1644 ESCLEROSE MÚLTIPLA – UMA APRESENTAÇÃO RARA

Ana Figueiredo Albuquerque, Juliana Silva, Susana Cunha, Catarina Pereira, Helena Carrondo, Célio Fernandes

Centro Hospitalar de Leiria, Leiria, Portugal

Introdução

A esclerose múltipla é uma doença que pode ter várias apresentações clínicas e imagiológicas, dependendo da localização das lesões. Os diagnósticos diferenciais são extensos sendo necessário um elevado grau de suspeição.

Descrição

Apresenta-se o caso de uma doente, sexo feminino, 36 anos, que recorreu ao SU por sensação de parestesias e de diminuição da força muscular em todo o hemicorpo esquerdo com evolução progressiva, sem outros sintomas associados. Antecedente de cirurgia ao túnel cárpico bilateralmente aos 20 anos de idade e como medicação habitual apenas um anticoncepcional oral. À admissão doente apresentava discreto desvio da comissura labial esquerda, hipostesia e diminuição da força muscular em todo o hemicorpo esquerdo.

Em termos analíticos não se verificou nenhuma alteração e foi realizada tomografia cerebral que revelou uma lesão hipodensa frontal pré-central direita quística/necrótica com área de edema vasogénico perifocal. Já no internamento a execução da ressonância magnética revelou extensas alterações da substância

branca cerebral com configuração em dedos de Dawson e a presença de uma lesão ovalada no centro semioval direito que realça em anel após administração de gadolínio endovenoso e com edema perilesional, sugestivas de lesões desmielizantes. Após o resultado foi efetuada a punção lombar, cujo resultado de citológico e bioquímico não revelou alterações, tendo sido verificada a presença de bandas oligoclonais.

Assumiu-se o diagnóstico de Esclerose Múltipla em fase de surto com lesão pseudotumoral, tendo sido iniciada terapêutica com pulso de metilprednisolona, com boa evolução clínica e imagiológica.

Discussão

Os autores apresentam este caso para alertar sobre a importância do internista estar sensibilizado para esta patologia, principalmente à sua apresentação como forma pseudotumoral, que por ser rara e facilmente confundida com lesões de outra natureza é um desafio diagnóstico.

PO378

1686 UM AVC POUCO PROVÁVEL

Joana Sousa Morais, Ana Andrade Oliveira, Inês Burmester, Maria João Regadas, Paulo Gouveia, Carlos Capela

Hospital de Braga, Braga, Portugal

Introdução

A artéria de Percheron irriga o tálamo; o acidente vascular cerebral (AVC) neste território é um evento raro e de difícil diagnóstico, cujas consequências podem ser limitantes.

Descrição

Caso clínico: Mulher de 77 anos, autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial, fibrilhação auricular (FA) não hipocoagulada, dislipidemia, aneurisma da artéria cerebral média corrigido cirurgicamente, e outros aneurismas cerebrais sob vigilância. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por alteração súbita do estado de consciência: encontrava-se não-reativa (escala de coma de Glasgow (ECG) de 7), com anisocoria pupilar, alternando com períodos de aparente normalização do estado de consciência (ECG 14), onde a única queixa era diplopia. Realizou tomografia computorizada crânio-encefálica (TAC CE) que não identificou lesões cerebrais recentes. Ficou em vigilância no SU mantendo o estado de consciência oscilante. Após 24 horas repetiu a TAC CE, onde é levantada a hipótese de AVC isquémico do território da artéria de Percheron, mais tarde confirmada por ressonância magnética nuclear. Durante o internamento manteve as flutuações do estado de consciência, com períodos de apatia, hipersonolência e alterações da memória alternados com normalização do estado de consciência. Do estudo realizado destaca-se estenose aórtica e FA, tendo iniciado hipocoagulação. Teve alta para seguimento em consulta externa de Medicina Interna e Cardiologia, mantendo os períodos de flutuação do estado de consciência e as queixas de diplopia.

Discussão: As sequelas descritas, neste caso, são as mais típicas de um evento isquémico no território da artéria de Percheron, sendo limitantes e de difícil diagnóstico dada a sua inespecificidade. É ainda pertinente abordar o tema da hipocoagulação, à luz dos antecedentes patológicos e eventos recentes, destacando a necessidade de uma avaliação criteriosa dos riscos/benefícios desta terapêutica.

PO379

1739 ESCALA ICH PARA PREVISÃO DE MORTALIDADE NA HEMORRAGIA CEREBRAL: REVISÃO SISTEMÁTICA E META-ANÁLISE DE ESTUDOS.

Inês Albuquerque[1], Sara Pipa[2], Gabriel Atanásio[2], Pedro Cavaleiro[2], Nuno Sá[2], Tiago Gregório[2]

[1]Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

[2]Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova De Gaia, Portugal

Introdução

A utilização de escalas de gravidade é recomendada por guidelines em doentes com hemorragia cerebral. A escala ICH é uma escala derivada e extensamente validada para a mortalidade aos 30 dias nesta população.

Objetivos

Avaliar a discriminação e calibração da escala ICH para a previsão de mortalidade na hemorragia cerebral e estudar os seus determinantes.

Métodos

Revisão sistemática com meta-análise de estudos de validação da escala ICH para a previsão de mortalidade intra-hospitalar aos 30 dias após hemorragia cerebral espontânea. A avaliação da discriminação usou a área debaixo da curva (AUC) e a avaliação da calibração baseou-se no cálculo de razões de risco (RR), dividindo a mortalidade observada pela mortalidade esperada de acordo com a escala. Os determinantes destes parâmetros foram estudados usando análise de subgrupos e meta-regressão.

Resultados

Após pesquisa da PubMED, ISI, Scopus e CENTRAL foram identificados 54 estudos. Destes, 37 estudos disponibilizaram dados para avaliação da discriminação e 20 para avaliação da calibração. Globalmente, a escala estudada mostrou uma boa discriminação (AUC agregada 0.831) mas estudos mais recentes mostraram menor capacidade discriminativa (ß=-0.004/ano). A escala sobrestimou a mortalidade para doentes com score ICH>3 (RR=0.877) e para coortes de cuidados intensivos (RR=0.772). A previsão de mortalidade mostrou heterogeneidade significativa para doentes com escala ICH>1 (I2>70%).

Conclusões

A escala ICH identifica de uma forma consistente doentes de baixo risco (ICH 0-1) mas mostra heterogeneidade na atribuição de risco de mortalidade para doentes de risco mais alto (ICH>1). O nível de cuidados prestados afeta a calibração da escala e a discriminação da mesma está a diminuir com o tempo. Novos estudos são necessários para melhor caracterizar doentes de risco mais alto.

PO380

1807 ESTADO DE MAL NÃO CONVULSIVO COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE PROVÁVEL DOENÇA DE CREUTZFELD-JAKOB

Dora Lameiras Xete[1], José Campillo[2], Ana Valverde[2]

[1]Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental - Hospital de Egas Moniz - Serviço de Medicina Interna 1A, Lisboa, Portugal

[2]Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca- Serviço de Neurologia, Amadora, Portugal

Introdução

A doença de Creutzfelt-Jakob esporádica é uma doença neurodegenerativa rara, caracterizada por um quadro clínico de demência rapidamente progressiva. A idade média de diagnóstico é de 60 anos, afectando igualmente os dois sexos. O prognóstico é mau - 90% dos doentes falecem em um ano.

Descrição

Caso clínico: Mulher de 70 anos, previamente autónoma para as actividades de vida diária, reformada de empregada de limpeza, com antecedentes de: Hipertensão arterial, Dislipidémia, Tabagismo e Cistites de repetição. Dá entrada no serviço de urgência com um quadro de deterioração progressiva do estado de consciência com várias semanas de evolução. O electroencefalograma (EEG) à entrada mostrava lentificação moderada e difusa da electrogénese associada a actividade paroxística muito abundante hemisférica esquerda compatível com estado de mal não convulsivo. Instituído tratamento com diferentes antiepilépticos, os EEG's subsequentes normalizaram, sem evidência de estado de mal. Foi efectuado estudo imagiológico cerebral que foi inconclusivo. Excluídas intercorrências infeciosas ou metabólicas como causa deste quadro, a determinação de proteína 14-3-3 no liquido cefalorraquidiano (LCR) foi positiva em duas determinações diferentes. Ao longo do mês que esteve internada até falecer, sofreu deterioração clínica com mutismo acinético, afasia global, rigidez generalizada e cegueira. Concluiu-se o diagnóstico de provável doença de Creutzfelt-Jakob esporádico, em concordância com os critérios de diagnóstico.

Discussão: Na ausência de outras causas de estado de mal não convulsivo e quando este está associado a um quadro de demência rapidamente progressiva, a suspeita clínica de doença de Creutzfelt Jakob deve ser considerada. Não obstante, dada a escassez de centros especializados em Portugal, a confirmação diagnóstica mediante estudo necrópsico é difícil. A exclusão desta entidade em casos de demência aguda/subaguda resulta procedente pelas implicações prognósticas.

PO381

1841 SÍNDROME DE ALAGILLE E HEMORRAGIA SUBARACNOIDEIA: CASO CLÍNICO

Pedro Vieira[1], Andreia Póvoa[1], Miguel Tavares[2]

[1]ULS Guarda - Hospital Sousa Martins, Guarda, Portugal

[2]Centro Hospitalar do Porto - Hospital de Santo António, Porto, Portugal

Introdução

A síndrome de Alagille (AGS) é uma doença autossómica dominante com atingimento multiorgânico, com prevalência estimada de 1/100000, causada por mutações no gene JAG1. A hemorragia intracraniana é uma causa de mortalidade e morbilidade significativas na AGS.

Descrição

Apresenta-se o caso de uma doente de 43 anos, previamente autónoma para as atividades de vida diárias, com AGS diagnosticada em 2003. Biópsia hepática inconclusiva. Irmã falecida aos 44 anos por rotura de aneurisma. Filha, 21 anos, AGS, confirmado por biópsia hepática.

Múltiplos aneurismas intracranianos, com hemorragia subaracnóideia (HSA) em 2001 e em Abril de 2017, tendo recuperado sem sequelas.

Dá entrada no SU por cefaleia holocraniana intensa de início súbito, náuseas e vómitos. À admissão, sonolenta, despertável à chamada, O3V4M6. Sem outros défices neurológicos. Pupilas isocóricas e fotorreativas, embriotóxon posterior bilateral. Analiticamente, discreto padrão de citocolestase, Hb 11,3 g/dL, ionograma sem alterações.

Realizou TC de crânio que mostrava HSA Fisher 4. Angio-TC demonstrou 2 aneurismas, com provável origem da hemorragia no aneurisma da artéria cerebral média (ACM) direita.

Submetida a clipagem dos aneurismas e colocação de derivação ventricular externa. Admitida para os cuidados intensivos, sob ventilação mecânica invasiva.

Pressões intracranianas inicialmente elevadas na dependência de grande hematoma intraoperatório que foi incompletamente removido.

Internamento complicado por pneumonia associada ao ventilador por Pseudomonas aeruginosa, tendo cumprido 8 dias de piperacilina-tazobactam.

Após 13 dias de internamento nos cuidados intensivos, a doente passou para os cuidados intermédios. Aquando da passagem para os intermédios, cumpria ordens de forma intermitente, sem explicação por electroencefalograma. Fluxo da ACM direita sugestivo de vasospasmo. Diminuição da força muscular

no membro inferior esquerdo (3/5), restantes membros 4/5 por miopatia de desuso. Sem outros défices neurológicos.

PO382

1875 CAUSAS DE DEMÊNCIA NA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA: UM ESTUDO RETROSPECTIVO.

Matilde Fraga, Liliana Portela, Rui Barata, Jorge Fernandes, Ana Catarina Rodrigues, Vera Bernardino, Ana Catarina Pereira, António Panarra

Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital Curry Cabral, Lisboa, Portugal

Introdução

A Demência caracteriza-se por um declínio em um ou mais domínios cognitivos. Com o envelhecimento da população aumenta a incidência global de Demência, pelo que se torna premente optimizar o seu diagnóstico. A prevalência da Demência Vascular (DV) é mais elevada na raça negra, em doentes com Hipertensão Arterial (HTA) e Diabetes Mellitus (DM).

Objetivos

Caracterizar os doentes internados num serviço de Medicina Interna entre Janeiro de 2015 e 31 de Março de 2017 com diagnóstico de Demência.

Métodos

Análise retrospectiva e consulta de processos clínicos da população alvo.

Resultados

Foram internados 1667 doentes, 119 com Demência (7.1%). Destes, 65.5% eram mulheres;a média da idade era 85,5 anos.73.1% dos doentes tinham diagnóstico prévio de Demência;nos restantes o diagnóstico foi estabelecido enfermaria. A DV foi o tipo mais frequente (68,9%), seguida da Doença de Alzheimer (6,7%), Demência de Parkinson (3,4%), Demência de Corpos de Lewy (2,5%), Demência Frontotemporal (0,8%) e Sub-cortical (0,8%); em 22,7% dos casos não estava caracterizada. 65.5% dos doentes tinham HTA e destes 67.9% tinham DV. 25.2% apresentavam DM, dos quais 76.7% tinham também DV. Por último, 3.4% eram de raça negra e destes 75% apresentavam DV. Outras causas associadas foram o álcool (5,0%), síndrome depressiva (19,3%) e neoplasia do sistema nervoso central (1,7%). O estudo das causas metabólicas e infecciosas foi igualmente realizado.

Conclusões

A DV foi a causa mais frequente de Demência, com maior prevalência nos subgrupos raça negra, HTA e DM, o que realça a importância da prevenção cardiovascular. No entanto, dada a etiologia frequentemente multifactorial, o estudo da demência deve ser abrangente por forma a identificar factores reversíveis ou tratáveis. O numero expressivo das demências não caracterizadas reflecte a dificuldade em estabelecer o diagnóstico correctamente no contexto de enfermaria, por concomitante descompensação de outras co-morbilidades.

PO383

1927 DEFICIÊNCIA DE PROTEÍNA S E POSSÍVEL RELAÇÃO COM AVC

Manuel Monteiro, João Costa, Mário Rodrigues, Luis Dias

Hospital de São José, Unidade Funcional Medicina 1.2, Lisboa, Portugal

Introdução

A variante de Heerlen (vHer) é uma mutação rara do gene da proteína S (PROS1), associada a níveis reduzidos da referida proteína. Tem sido estudada como fator de risco para eventos trombóticos, tanto isoladamente como em combinação com outros fatores genéticos.

Descrição

Homem, 54 anos, com infeção VIH com bom controlo imunológico. Internado por hemiparesia direita. Angio-TC-CE e angiografia cerebral evidenciaram oclusão distal da artéria basilar, pelo que foi realizada trombectomia com total repermeabilização. RM-CE revelou lesões isquémicas no território de ambas as artérias cerebrais posteriores, assim como protuberanciais e cerebelosas também bilaterais, algumas com cronologia distinta. Realizou doppler dos vasos do pescoço, doppler transcraniano, ecocardiograma transtorácico e transesofágico assim como Holter, sem alterações. Do estudo do AVC no jovem destaca-se proteína S diminuída (57%), que foi confirmada numa segunda avaliação. Estudo para síndrome do anticorpo anti-fosfolipídico negativo. O estudo genético identificou a vHer em heterozigotia no exão 13 do gene PROS1.

Discussão: A vHer, inicialmente considerada uma mutação neutra, tem sido associada a níveis reduzidos da proteína S. A sua associação com aumento do risco de eventos trombóticos, isoladamente ou em combinação com outros fatores genéticos, encontra-se em investigação. Uma análise de 4 estudos de caso-controlo em doentes com trombose venosa documentada sugeriu associação entre heterozigotia para a vHer e aumento do risco de trombose venosa. Outro estudo sugeriu um sinergismo entre a referida variante e o fator V de Leiden a condicionar risco de trombofilia. Neste caso, perante exames imagiológicos com várias lesões isquémicas de cronologia diferente, com restante estudo etiológico sem alterações, a vHer poderá estar implicada na etiologia, apesar de se tratar de um evento arterial e não venoso. Estas alterações implicaram a anticoagulação permanente do doente.

PO384

1930 DOENÇA DA SUBSTÂNCIA BRANCA PRECOCE ASSOCIADA À LIPODISTROFIA FAMILIAR – UM CASO RARO

Inês Felizardo Lopes[1], Diana Melancia[2], Filipa Quaresma[1], Mario Rodrigues[1], João Costa[1], Isabel Luiz[1]

[1]Hospital de São José, CHLC, Lisboa, Portugal

[2]Hospital Santo António dos Capuchos, CHLC, Lisboa, Portugal

Introdução

A lipodistrofia Familiar tipo 2, doença autossómica recessiva rara, caracteriza-se por alterações metabólicas e da distribuição de gordura corporal.

Descrição

Trata-se de uma mulher de 44 anos, com antecedentes de lipodistrofia familiar – S. Dunnigan (mutação heterozigótica p.R482 gene LMNA) –, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial de difícil controlo, esteatose hepática, neoplasia colo do útero submetida a histerectomia total, e história familiar de AVC em idade jovem. Há 4 anos, quadro de inicio súbito de hemiparésia de predomínio braquial e hipostesia álgica do membro superior e hemiface direita, associada cefaleia temporo-parietal. TC-CE e RM CE não compatíveis com AVC. Ecodoppler carotídeo e vertebral, ecocardiograma TT e TE, e estudo de trombofilias e serologias sem alterações de relevo, destacando-se hipercolestrolémia e hipertrigliceridémia marcadas. Manteve cefaleias intermitentes e parestesias, com seguimento em consulta de doenças cerebrovasculares. É reinternada três anos depois por agravamento das queixas, sem outros défices neurológicos. O ecodoppler dos vasos do pescoço mostrou estenose significativa (60-70%) na origem da carótida interna direita, confirmada por Angio TC-CE. RMN-CE mostrou aumento das lesões vasculares microangiopáticas envolvendo a substância branca hemisférica cerebral bilateral e a protuberância; os restantes exames não mostraram alterações de relevo. Mantinha perfil lipídico elevado apesar das medidas terapêuticas e de seguimento em consulta de nutrição (ColT 264 mg/dL,Tg 652 mg/dL). O caso foi discutido com a neurologia e neurorradiologia, reteve-se o diagnóstico de leucoencefalopatia vascular no contexto da doença de base.

Discussão: Relatos têm associado esta doença rara a disfunção endotelial com aterosclerose precoce e doença cardiovascular, pelo que o controlo dos factores de risco é fundamental nestes doentes.

PO385

1939 SÍNDROME MALIGNA DOS NEUROLÉPTICOS: UM DIAGNÓSTICO A PONDERAR.

Isabel Maria Freitas, Tatiana Salazar, Carla Dias, Ana Luísa Cruz, Augusto Duarte

CHMA-Famalicão, Famalicão, Portugal

Introdução

A incidência da Síndrome Maligna dos Neurolépticos (SMN) varia entre 0,02% e 3% nos doentes sob terapêutica neuroléptica. Clinicamente caracteriza-se por flutuações do estado de consciência, rigidez muscular, hipertermia e sinais disautonomicos. A sua evolução pode ser grave e potencialmente fatal sugerindo a importância da necessidade de um elevado grau de suspeição para o diagnóstico e tratamento.

Descrição

Caso Clínico: Doente do género masculino de 83 anos, previamente autónomo e cognitivamente íntegro. Admitido por AVC isquémico temporoparietal esquerdo com transformação hemorrágica exibindo como défices neurológicos iniciais, hemianopsia homónima direita e afasia mista. Nos primeiros dias de internamento houve necessidade de administração de haloperidol intravenoso e ciamemazina para controlo da agitação psicomotora. Ao quinto dia iniciou quadro de prostração, febre, hipotensão e meningismo, sem evidente foco infecioso e sem isolamentos nos exames culturais. Repetiu Tomografia Computadorizada cerebral que excluiu lesões vasculares de novo evidenciando sinais de absorção da hemorragia. Perante esta clínica foi colocada a hipótese de SMN, suspendida esta terapêutica e iniciado tratamento de suporte. Verificou-se apirexia ao fim de 48 horas, e às 72 horas sem neurolépticos o doente apresentava melhoria do estado neurológico e da rigidez.

Discussão e Conclusão: A SMN é uma complicação idiossincrática ao uso dos neurolépticos e frequentemente subdiagnosticada. Este caso ilustra a necessidade em deter um amplo conhecimento teórico de forma a contemplar diagnósticos pouco comuns. O diagnóstico precoce possibilitou o tratamento imediato conferindo uma melhoria da sobrevida e diminuição do risco de sequelas permanentes.

PO386

1948 UM DESFECHO INESPERADO: POLINEUROPATIA DESMIELINIZANTE INFLAMATÓRIA AGUDA

Mafalda Sá Pereira, Fábio Carneiro, Conceição Escarigo, Pedro Correia Azevedo, Miguel Grunho, Cláudia Guarda

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução

As polineuropatias desmielinizantes inflamatórias agudas [PDIA] são patologias auto-imunes, com grande variabilidade fenotípica,

incluindo a Síndrome Guillain-Barre [GB] e Miller-Fisher, e com diagnóstico diferencial vasto e desafiante.

Descrição

Apresenta-se o caso de uma mulher de 71 anos, que inicia quadro agudo de parestesias periorais e dos membros, disartria, disfagia e diminuição da força muscular. Ao exame neurológico tinha hipoestesia da região mandibular perioral, língua e mucosa jugal bilateralmente; disfagia para líquidos; tetraparésia, de predomínio proximal, com força muscular grau 3 nos segmentos proximais do membro superior esquerdo e grau 4 nos restantes membros; hipotonia braquial esquerda e hipopalestesia no pé esquerdo.

Inicialmente interpretou-se como um Acidente Vascular Cerebral [AVC], do território arterial vertebro-basilar, não confirmado por tomografia computorizada ou ressonância magnética. Houve rápido agravamento da tetraparesia com arreflexia, aparecimento de pupilas midriáticas e falência respiratória, necessitando de ventilação invasiva em menos de 24 horas de internamento.

Colocou-se então as hipóteses de Doença da Placa Neuromuscular (Botulismo ou Síndrome Miasténico) e de PDIA. Fez punção lombar, com dissociação albumino-citológica e a eletromiografia confirmou o diagnóstico de PDIA. Foi tratada com imunoglobulina, com melhoria das queixas. À data de alta mostrava franca melhoria, já sem dificuldade respiratória, apresentando tetraparésia arrefléxica, força grau 3 no membro superior esquerdo e grau 4 nos restantes.

Este caso demonstra o espectro de apresentação da PDIA e as dificuldades de diagnóstico que tal coloca, obrigando a investigação sequencial e finalmente a necessidade de abordagem multidisciplinar desta patologia, pelas complicações que pode condicionar.

PO387

1973 HIPERTENSÃO INTRACRANIANA IDIOPÁTICA - UM DIAGNÓSTICO DE EXCLUSÃO.

José Costa Carvalho, Rosa Lobato, Maria Amélia Mendes, Carlos Ribeiro

ULSAM - Viana do Castelo, Viana Do Castelo, Portugal

Introdução

A Hipertensão Intracraniana Idiopática é uma doença de etiologia desconhecida que afeta maioritariamente mulheres obesas em idade fértil. Caracteriza-se por hipertensão intracraniana (HIC) da qual resulta papiledema que pode levar a atrofia no nervo óptico e perda de visão progressiva e por vezes permanente.

Descrição

Mulher de 34 anos, negra, com queixas de cefaleias, zumbido pulsátil, náuseas, alterações transitórias da visão e perda de visão periférica com agravamento progressivo ao longo de 1 mês. Antecedentes de obesidade, enxaquecas na adolescência e gastrite, medicada com omeprazol. Recorreu ao serviço de urgência onde foi diagnosticado papiledema bilateral a traduzir provável HIC. Sem alterações ao exame neurológico. Realizada tomografia computorizada cerebral com venografia que revelou discreto apagamento de sulcos e fissuras corticais e seio transverso esquerdo com fluxo reduzido, não se podendo excluir trombose ou uma variante do normal. Decidido hipocoagular e melhor caracterizar por ressonância magnética cerebral e cervical que revelou fluxo no seio transverso esquerdo filiforme de possível natureza constitucional, sem sinais de trombose venosa aguda e sem outras alterações. Suspensa hipocoagulação e realizada punção lombar com pressão de abertura superior a 500mmH2O. Citoquímica do líquor normal. Estudo analítico normal, tendo sido excluídas alterações da função tiroideia, coagulação, pró-trombóticas, imunológicas e Doença de Addison. Concluiu-se Hipertensão Intracraniana Idiopática, medicada com acetazolamida e recomendada perda ponderal.

Discussão:

Apesar de sugestivo, tratando-se de doente obesa em idade fértil, é um diagnóstico de exclusão. Tem particular interesse pela incerteza de trombose do seio transverso esquerdo, no entanto, os seios transversos de menor calibre são um achado frequente nestes doentes, não sendo seguro se é causa ou efeito da HIC. Releva-se o risco de perda permanente de visão, beneficiando de seguimento frequente e multidisciplinar.

PO388

1980 ENCEFALOPATIA DE HASHIMOTO: UM CASO CLÍNICO.

António Epifânio Mesquita, Ana Filipa Palma Dos Reis, Catarina Patrício, Vítor Brotas

Serviço de Medicina 2.3 - Hospital de Santos António dos Capuchos, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, Portugal

Introdução

A Encefalopatia de Hashimoto (EH) é uma síndrome neurológica rara e pouco reconhecida caracterizada por um fenótipo variado, presença de Tiroidite de Hashimoto, e boa resposta – geralmente dramática – a corticoterapia.

Descrição

CASO CLÍNICO: Os autores expõem o caso de um homem de 52 anos, saudável, que se apresenta com quadro de evolução subaguda caracterizado por tetraparésia recorrente, com reflexos osteo-tendinosos (OT) vivos, declínio cognitivo, e tremor postural assimétrico. Foram excluídas causas vasculares, desmielinizantes, metabólicas, ou encefalites de causa infeciosa, auto-imune ou paraneoplásica. Da avaliação complementar realizada há a destacar hiperproteinorráquia, uma Tomografia por Emissão de Positrões (PET) de corpo inteiro (incluindo encéfalo e medula-espinhal) que documentou hiper-captação do metabolito ao nível da glândula tiroideia, e presença de anticor-

pos anti-tiroperoxidase e anti-tiroglobulina associados a hipotiroidismo subclínico. Foi assumido o diagnóstico de EH e iniciou-se tratamento de indução com pulso de Metilprednisolona e Imunoglobulina endovenosas (EV), com dose de manutenção de 80mg por dia de Prednisolona. O doente apresentou melhoria clínica incompleta, com resolução do défice cognitivo, mas mantendo alguma fraqueza muscular e o tremor postural.

DISCUSSÃO: A EH é uma síndrome rara que deve ser considerada em casos de encefalopatia associados a títulos elevados de anticorpos anti-tiroideus, quando outras causas foram devidamente excluídas. O caso apresentado parece enquadrar-se, na opinião dos autores, no contexto de uma EH. Porém, esta assunção não deixa de levantar dúvidas considerando a ausência de critérios de diagnósticos bem definidos. A EH ainda é uma entidade polémica e a presença de anticorpos anti-tiroideus parece ser um epifenómeno desta síndrome não havendo uma relação patogénica causal estabelecida. Parece possível estarmos na presença de uma patologia auto-imune cujo substrato imunológico ainda não foi identificado.

PO389

1984 COMPLEXO ESCLEROSE TUBEROSA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Teresa Mendes, Sofia Garcês Soares, Inês Oliveira, Diana Anjos, André Paupério, Mari Mesquita

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Penafiel, Portugal

Introdução

O Complexo Esclerose Tuberosa (TSC), ou Doença de Bourneville, é uma patologia genética rara com uma incidência de aproximadamente 1 em 5000-10000 nascidos vivos, multissistémica, de transmissão autossómica dominante. Resulta da mutação em dois genes supressores tumorais (TSC1 e/ou TSC2) que regulam a proliferação e diferenciação celulares, podendo originar neoformações em qualquer órgão. A sua apresentação é muito variável no que diz respeito à idade de apresentação, severidade e localização.

Descrição

Homem de 67 anos trazido ao Serviço de Urgência por défice motor nos membros direitos com resolução completa em menos de 24 horas. Internado no Serviço de Medicina Interna para estudo etiológico. História de debilidade mental e epilepsia. Sem outros antecedentes pessoais de relevo. História familiar de epilepsia. Ao exame objetivo, apresentava angiofibromas faciais na região malar, nariz, e mento. Na região sacrococcígea, apresentava uma pápula de consistência firme, não eritematosa (Shagreen patch). Realizou Tomografia Axial Computorizada e Ressonância Magnética Cerebrais que demonstraram nódulos subependimais, supratentoriais, e túbulos nas regiões fronto-parieto-occipital bilateralmente. Apresentava, também, atingimento oftalmológico (hamartomas retinianos) e cardíaco (rabdomioma no ventrículo direito sem compromisso da função). Foi, então, diagnosticada Esclerose Tuberosa com atingimento dermatológico, cerebral, oftalmológico e cardíaco.

O TSC é uma entidade patológica rara com uma apresentação muito variável. As alterações dermatológicas estão presentes na maioria dos doentes e podem contribuir para um diagnóstico precoce, elevando o grau de suspeição. A implementação de atitudes que protelem o desenvolvimento de complicações major é de extrema importância, reduzindo a morbi-mortalidade associada a esta patologia. Deve, por isso, ser mantido um seguimento periódico.

PO390

2124 OS INTERNAMENTOS DE DOENTES COM SÍNDROME DEMENCIAL NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA.

Matilde Fraga, Liliana Portela, Rui Barata, Jorge Fernandes, Ana Catarina Rodrigues, Vera Bernardino, Ana Catarina Pereira, António Panarra

Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital Curry Cabral, Lisboa, Portugal

Introdução

O estado de dependência inerente ao Síndrome Demencial (SD) obrigada muitas vezes ao internamento de doentes idosos com comorbilidades descompensadas o que faz com que haja uma importante representação deste síndrome nas enfermarias de Medicina Interna.

Objetivos

Caracterizar os internamentos num serviço de Medicina Interna entre Janeiro de 2015 e 31 de Março de 2017 com diagnóstico de Demência.

Métodos

Análise retrospectiva e consulta de processos clínicos da população alvo.

Resultados

Foram internados 1667 doentes, 119 com SD (7.1%). Destes, 65.5% eram mulheres; a média da idade era 85,5 anos. As principais causas de internamento foram pneumonia (22,7%), cistite (13,4%), bronquite aguda (10,9%) e cardiopatia com insuficiência cardíaca (6,7%). 66,4% dos doentes estavam sob psicofármacos (PF), sendo mais frequentes a quetiapina (36,7%), a melperona (12,7%), a memantina (12,7%), a risperidona (12,7%) e o donepezilo (11,4%). Em 16,5% destes doentes, foi necessário proceder a ajustes terapêuticos; em 13,9% o internamento foi prolongado por descompensação da SD. Nos doentes sem PF prévios, foi introduzido fármaco em 35,3% dos casos; o internamento foi prolongado em 25,5% dos doentes por agravamento da SD.

Conclusões

Os doentes com SD são habitualmente idosos, polimedicados

e os internamentos ocorrem habitualmente por causa infecciosa. Dadas estas intercorrências e agravamento das suas co-morbilidades, a SD descompensa com frequência durante a hospitalização, prolongando os internamentos. Uma intervenção atempada na gestão dos PF e internamentos abreviados poderão melhorar esta situação. A hospitalização domiciliária promete ser uma opção para evitar a descompensação destes doentes.

PO391

2145 HEMIPARÉSIA DIREITA EM DOENTE JOVEM

Iolanda Santos[1], Gonçalo Santos[2], Sofia Calasa[2], Andreia Bernardino[2], Francisco Azevedo[2]

[1]Hospital Espírito Santo - Évora, Porto Salvo, Portugal

[2]Hospital Espírito Santo - Évora, Évora, Portugal

Introdução

Os acidentes vasculares cerebrais isquémicos (AVC's) da artéria basilar correspondem a apenas 3% dos AVC's, mas a sua mortalidade é superior a 75%. Os autores apresentam o caso de um doente com AVC isquémico da artéria basilar, tratado com rtPA e tratamento endovascular, com complicações hemorrágicas graves, secundárias à dupla antiagregação após angioplastia.

Descrição

Caso Clínico: Homem, 43 anos, leucodérmico, empregado de limpeza urbana, antecedentes de HTA não tratada, hábitos etílicos e tabágicos marcados, admitido com cerca de 2h de evolução de alteração do estado de consciência de instalação súbita, diminuição da força muscular no hemicorpo direito e incontinência de esfíncteres. À admissão, Glasgow 8, movimentos tónico-clónicos e RCP extensor bilateralmente. Angio TC CE: deficiente preenchimento com contraste dos 1/3 proximal e médio da artéria basilar por provável trombo endoluminal. Iniciou trombólise às 3h45 de evolução, sem melhoria e com necessidade de EOT por GCS 7. Transferido para outro hospital para realização de trombectomia e colocação de stent na artéria basilar às 7h de evolução, com internamento subsequente em UAVC. Transferido para o hospital de origem após 7 dias com GCS 9-11, sob dupla antiagregação com AAS+ticagrelor. Dois dias depois, com epistáxis grave e TC - tórax que confirmou inundação alveolar por sangue, sendo re-entubado e optando-se por alterar a dupla antiagregação para AAS+clopidogrel após realização de cauterização de vaso do septo nasal. Foi extubado. Porém, nova hemorragia, tendo sido internado em UCI por insuficiência respiratória grave. Manteve antigregação durante o internamento na UCI e a angio-TC de controlo confirmou patência do stent. Transferência para a enfermaria de Medicina após 17 dias de internamento, com evolução favorável e alta para Unidade de Convalescença: Glasgow 15, parésia facial central direita, hemiparésia direita 3/5, dismetria na prova calcanhar-joelho à esquerda, hemihipostesia direita e disartria ligeira.

PO392

2223 TROMBECTOMIA NO AVC ISQUÉMICO AGUDO: SEGMENTO M1 VS M2

Rui Osório[1], Patrícia Ferreira[2], Marisa Mariano[2], Ana Paiva Nunes[2]

[1]Centro Hospitalar Universitario do Algarve - Hospital de Faro, Faro, Portugal

[2]Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital São José, Lisboa, Portugal

Introdução

A trombectomia mecânica é actualmente uma terapêutica recomendada no acidente vascular cerebral (AVC) isquémico com oclusão de grande vaso. Os seus benefícios estão claramente demonstrados na oclusão distal da artéria carótida e proximal da artéria cerebral média (ACM). No entanto, o benefício da trombectomia em porções mais distais da ACM não está ainda tão bem estabelecido.

Objetivos

Comparar resultados de eficácia e segurança da trombectomia mecânica nos doentes com AVC isquémico e oclusão do segmento M1 e M2.

Métodos

Estudo retrospectivo e observacional dos doentes admitidos numa Unidade de AVC entre Janeiro de 2016 e Dezembro de 2017, com o diagnóstico de AVC isquémico e oclusão dos segmentos M1 e M2 da ACM submetidos a trombectomia mecânica.

Resultados

Foram incluídos 280 doentes, 226 com oclusão do segmento M1 e 54 de M2. A média de idades foi de 74 ± 12,9 e 68 ± 18,3 anos, respectivamente (p= 0,101). Etiologicamente, no total dos doentes 56% eram cardioembólicos. Doentes com oclusão de M1 apresentaram valores do National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) mais elevados (mediana 17 vs 15; p=0,03). A percentagem de doentes submetidos a trombólise foi cerca 66% em ambos os grupos. As taxas de repercussão (TICI > 2b) foram semelhantes (81,5% vs 87,7%; p=0,541) em ambos os grupos, assim com o número de passagens (medianas 2 em ambos, p=0,586). As taxas de hemorragia intracraniana foram semelhantes. Aos 90 dias não houve diferenças em termos de resultados funcionais avaliados pela escala de Rankin modificada (mRS), nos mRS disponíveis, tanto na percentagem de doentes com mRs≤2 (44,7% vs 40%, p=0,687) como mRs=6 (20,8% vs 17,7%; p=0,984).

Conclusões

Aparentemente parece não haver diferenças nas taxas de sucesso e de complicações quando se procede a recanalização dos segmentos M1 ou M2 da ACM; o que nos leva a acreditar que trombectomia em oclusões de M2 da ACM é igualmente segura e eficaz. No entanto mais estudo são necessários.

PO393

2268 POLINEUROPATIA DESMIELINIZANTE INFLAMATÓRIA CRÓNICA - UMA ENTIDADE SUBDIAGNOSTICADA

Filipa Pedro, Mariana Saraiva, Ana Oliveira, Ana Mestre, Natália Teixeira, Cátia Da Cruz Correia, Rui Loureiro, Cristina Santos

Hospital Distrital de Santarém, Santarém, Portugal

Introdução

A polineuropatia desmielinizante inflamatória crónica (PDIC) é uma neuropatia adquirida caracterizada por uma diminuição simétrica da força muscular, de instalação progressiva. Após exclusão de outras entidades, um electromiograma (EMG) compatível faz o diagnóstico. O tratamento com imunoglobulina (Ig) e corticoides leva à regressão da sintomatologia na maioria dos doentes.

Descrição

Homem de 69 anos com antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 2 e hipoacusia grave. No final de 2016 inicia quadro de quedas frequentes, por aparente diminuição de força dos membros inferiores (MIs). Seguem-se vários internamentos por infeções respiratórias, com agravamento progressivo do grau de dependência e desenvolvimento de insuficiência respiratória com necessidade de oxigenioterapia de longa duração e ventilação não invasiva (VNI) nocturna. Em Junho de 2017, é reinternado por nova pneumonia. Objetiva-se tetraparésia arreflexica de predomínio nos MIs, insuficiência respiratória grave e tosse ineficaz com necessidade de VNI contínua e cough assist. A investigação etiológica com serologias, hemoculturas, função tiroideia, eletroforese das proteínas e estudo autoimune é negativa. A tomografia computorizada crânio-encefálica revela várias discretas hipodensidades subcorticais de natureza vascular microangiopática. A análise do líquido cefalorraquidiano revela pleiocitose, hipoglicorráquia e hiperproteinorráquia. Por apresentar um audiograma com surdez neurosensorial grave, realiza estudo genético para a doença de Charcot-Marie-Tooth tipo 1 que é negativo. No EMG apresenta polineuropatia periférica sensitivo-motora, axonal e desmielinizante, simétrica, mais grave nos MIs. É admitido o diagnóstico de PDIC e inicia Ig e corticoterapia, com melhoria da capacidade ventilatória e dos défices motores. As patologias desmielinizantes são entidades complexas e por vezes de difícil diagnóstico. No entanto, a natureza reversível destas impõe um diagnóstico precoce para uma terapêutica adequada.

PO394

2293 AVC ISQUÉMICO COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE FIBROELASTOMA VALVULAR

Andreia Paulo, Ana Braz Da Silva, Ana Alvarez Pidal, Alexandre Amaral E Silva, Pedro Bico, Gil Nunes, Ana Denise Lopes, Socorro Piñero, Sónia Costa, Vânia Almeida, Cândida Barroso, José Barata

Hospital Vila Franca de Xira, Vila Franca De Xira, Portugal

Introdução

Os fibroelastomas são tumores cardíacos primários benignos--os segundos mais frequentes. Geralmente são achados imagiológicos mas também podem ser sintomáticos, por embolização de trombo ou de fragmentos do próprio tumor, sendo o acidente vascular cerebral (AVC) isquémico a forma de apresentação. O tratamento consiste na excisão cirúrgica.

Descrição

Os autores apresentam o caso clínico de um homem de 35 anos, sem antecedentes patológicos relevantes, que recorre à urgência por quadro súbito de hemiparesia esquerda. À entrada a tomografia computorizada crânio encefálica (TC CE) com estudo angiográfico documentou hipodensidade ténue corticossubcortical envolvendo os opérculos frontal, temporal e insular à direita associada a presença de trombo endoluminal no segmento M1 da artéria cerebral média direita, pelo que iniciou trombólise endovenosa com 2h30 de evolução do quadro. No estudo etiológico o ecocardiograma revelou a presença de uma lesão vegetante, apensa à cúspide não coronária, com aspeto sugestivo de fibroelastoma. Foi referenciado à cirurgia cardiotorácica, sendo inicialmente diferido o tratamento cirúrgico por transformação hemorrágica petequial na TC CE de controlo que contraindicavam a hipocoagulação necessária ao procedimento. A intervenção foi concretizada duas semanas após o início do quadro tendo decorrido sem intercorrências.Os fibroelastomas são causas raras de AVC. Apesar de serem tumores de natureza benigna podem, neste contexto, associar-se a eventos causadores de elevada morbi-mortalidade. O tratamento é cirúrgico e o timing do mesmo deve ser definido tendo em consideração as caracteristicas do tumor bem como as da lesão cerebral por ele causada como sejam a topografia, extensão ou presença de componente hemorrágico.

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 08
14:00 - 15:30

PO395
2307 UMA CAUSA RARA DE DEFICIT NEUROLÓGICO AGUDO

Pedro Neves Tavares, Paula Gonçalves Costa, Catarina Duarte Santos, Carla Falcão, Dolores Gomes, Alcina Ponte
Centro Hospitalar de Leiria, Leiria, Portugal

Introdução

O doente adulto com deficit neurológico agudo impõe ao Internista um enorme desafio diagnóstico, não só pela grande variedade de etiologias que podem estar na base destas alterações clínicas como pela necessidade de um diagnóstico rápido.

Descrição

Doente do sexo masculino, 57 anos, com antecedentes de consumo de drogas injetáveis, hipertensão arterial e dislipidemia. É levado ao serviço de urgência por obnubilação, hipertensão (TA 195/120mmHg), hemiparesia direita e disartria. O estudo analítico não apresentava alterações de relevo para além de pesquisa de drogas positiva para cocaína e opiáceos. Realizou tomografia computorizada cranioencefálica que mostrou "hipodensidade inespecífica cerebelosa bilateral, protuberancial e mesencefálica". Para melhor caracterização realizou RM-CE que mostrou "tumefação e hípersinal de toda a protuberância compatível com Síndrome de Encefalopatia Posterior Reversível do tronco cerebral". Realizou tratamento com anti-hipertensores e dexametasona com melhoria clinica e imagiológica progressiva.

O Síndrome de Encefalopatia Posterior Reversível é uma entidade rara que clinicamente se pode manifestar por cefaleias, alteração do estado de consciência e convulsões. Este síndrome é frequentemente secundário a hipertensão ou a fármacos (cocaína e imunossupressores) sendo tipicamente reversível quando corrigida atempadamente a causa subjacente.

E-POSTERS

PO396
2319 AVC ISQUÉMICO ASSOCIADO A FORAMEN OVALE PATENTE

Mariana Pacheco[1], Diana Macedo Martins[2], Susana Ferreira[2]
[1]Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal
[2]Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, IPOP-FG, Porto, Portugal

Introdução

O foramen ovale patente (FOP) é um defeito do septo auricular resultante da ausência de fusão dos septum primum e septum secundum na localização da fossa oval resultando num potencial shunt interauricular. Apesar da relação causa-efeito ser controversa, alguns estudos sugerem que o FOP possa estar relacionado com a etiologia de AVC criptogénico por mecanismo de embolização paradoxal.

Descrição

Apresentamos o caso clínico de um homem de 45 anos trazido ao SU com défices de afasia e parésia facial direita com 3 horas de evolução, em contexto de AVC isquémico frontoparietal esquerdo. Tratava-se de um senhor ex-toxicodependente em programa de substituição com metadona e fumador activo, com antecedentes de Cirrose hepática de etiologia mista (Infecção HCV curada e alcoolismo no passado), Insuficiência renal crónica e proteinúria nefrótica por Glomerulonefrite membranoproliferativa (com estudo imunológico alargado sem alterações à excepção de ANAs positivos com crioglobulinas negativas), diagnosticada em Agosto de 2017, Alveolite alérgica extrínseca de presunção sob corticoterapia desde a mesma altura, bem como diabetes autoimune latente do adulto insulinotratada, hipertensão arterial e hipotiroidismo sem suplementação. Na busca de contexto etiológico para o evento cerebrovascular, foi observado no ecocardiograma transtorácico a presença de Foramen Ovale Patente (FOP). Realizou ecodoppler transcraniano com injeção de soro agitado para pesquisa de shunt direito esquerdo que foi positivo. Desta forma e tendo em conta a presença de lesão isquémica distal dos dedos do pé direito, assumida etiologia cardioembólica para o AVC. Este caso clínico destaca a utilização do ecodoppler transcraniano com injeção de soro agitado como um exame sensível para diagnóstico de shunt cardíaco direito-esquerdo, sugerindo-se a sua utilização nos casos de AVC inexplicado.

Doenças Endocrinas e metabólicas

PO397

21 SAL: AMIGO OU INIMIGO?

Diana Marinho Silva Mendes Oliveira[1], Luis Flores[1], Daniela Salazar[1], Cláudia Costa[2], Inês Ferro[3], Jorge Oliveira[1], Jorge Almeida[1]

[1]Centro Hospitalar São João, Porto, Portugal

[2]Instituto Português de Oncologia - Porto, Porto, Portugal

[3]Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais, Tocha, Portugal

Introdução

Doente de 33 anos, encaminhada para a consulta de Medicina Interna por hiponatremia crónica de causa desconhecida. Refere que sabe ter hiponatremia desde há cerca de 8 anos, sem sintomatologia associada. Não tem história médica prévia, e da restante história clínica destaca-se a adopção de uma dieta vegan desde 1999, sem ingestão de qualquer produto de origem animal e com ingestão de 3 litros de água diários. Nega ingestão de álcool ou outras drogas. Ao exame objectivo destacava-se um IMC baixo, de 12.4 kg/m2, sem outras alterações.

Descrição

Iniciou-se a marcha diagnóstica de estudo de hiponatremia, que pode ser classificada de várias maneiras: gravidade bioquímica, tempo de evolução, sintomatologia, osmolaridade sérica ou estado de volemia. Após estudo analítico, nesta doente foram objectivadas as seguintes alterações: natremia sérica de 124 mmol/L (hiponatremia grave), crónica, assintomática, com osmolaridade sérica de 258 mOsm/kg, numa doente em que ficou a dúvida do estado de volemia. Para melhor clarificar este aspecto, foi necessário excluir causas de hiponatremia não hipotónica (nomeadamente uremia e dislipidemia). Estando então perante uma hiponatremia hipovolemica, foram excluídas outras hipóteses: insuficiência supra-renal e doença renal subjacente. A análise de urina relevou uma osmolaridade urinária de 29 mOsm/Kg (portanto, inferior a 100). Tendo todos estes aspectos em consideração, as hipóteses restantes mais prováveis incluíam: polidipsia primária, baixa ingestão de solutos e potomania da cerveja. Tendo em conta a sua alimentação extremamente restritiva associada a baixo peso, consideramos tratar-se de hiponatremia por baixa ingestão de solutos ("low solute intake hyponatremia"). Numa sociedade em que os nossos esforços médicos visam sobretudo motivar a população a fazer uma dieta hipossalina, este caso destaca-se por se situar no extremo oposto. Torna-se também evidente a necessidade do clínico permanecer actualizado para as diferentes dietas praticadas pela sociedade, que podem provocar alterações analíticas preocupantes mas isentas de valor prognóstico negativo.

PO398

54 DOCES MOVIMENTOS INVOLUNTÁRIOS

António Grilo Novais, Cátia Cabral, Joana Capelo, Diana Pinho Santos, Adelino Carragoso

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Viseu, Portugal

Introdução

A coreia como forma de apresentação de hiperglicemia é uma manifestação clínica incomum.

Descrição

Mulher de 85 anos que recorreu ao serviço de urgência por episódios de movimentos involuntários inicialmente do membro superior que progrediram para o hemicorpo direito, com cerca de 15 dias de evolução, que iniciavam e cediam espontaneamente.

Notou perda ponderal, poliúria e polidipsia. Sem alteração do estado de consciência, fraqueza, dificuldade na marcha, cefaleia, alteração da visão e da fala, febre ou sintomas gripais. Sem introdução de medicação neutolética, antiparkinsónica ou anticonvulsivante. Antecedentes de Diabetes mellitus tipo 2, sob metformina. Ao exame objetivo movimentos coreicos dos membros direitos, ligeira hipotonia do membro superior, mas força muscular preservada em todos os segmentos. Com hiperglicemia (710 mg/dL), sem critérios de cetoacidose. TC crânio com sinais de leucoencefalopatia isquémica e sem outras alteração.

Internada com o diagnóstico de diabetes mellitus descompensada por hiperglicemia e coreia adquirida. Iniciou insulinoterapia com melhoria progressiva do controlo glicémico. Em 3 dias foi evidente melhoria clínica, com franca redução dos movimentos anormais do hemicorpo direito. Fez EEG com traçado dentro da normalidade. Fez estudo complementar analítico, com A1c 14.3%, hormonas tiroideias, enzimologia hepática, hemograma e cinética do ferro normais. À reavaliação após 2 semanas já sem movimentos coreicos. Considerou-se, dado o contexto clínico e a evolução da doente, a Coreia hiperglicémica como a etiologia mais provável das suas manifestações neurológicas.

A coreia é um distúrbio do movimento raro, com um padrão mal definido e irregular de movimentos involuntários. As doenças cerebrovasculares, entre outras, são causas secundárias conhecidas desta rara condição. Hiperglicemia é a causa metabólica mais comum de coreia-hemibalismo. O bom controlo da Diabetes mellitus, com ou sem medicação neuroléptica, é a chave para o tratamento.

PO399

55 TIREOTOXICOSE APÁTICA

Inês Coelho Santos1, Tiago Pereira Alves1, Geetha Girithari1, Márcia Melo1, Fátima Pimenta2

[1]Centro Hospitalar Médio Tejo, Torres Novas, Portugal

[2]Centro Hospitalar Médio Tejo, Abrantes, Portugal

Introdução

Tireotoxicose apática é uma representação rara de tempestade tiróideia, encontrada principalmente na população idosa. O quadro clínico é de apatia, depressão e fraqueza muscular em contraste com a hipercinesia do hipertiroidismo, retardando assim o diagnóstico.

Descrição

Mulher, 76 anos, parcialmente dependente para as suas atividades de vida diária, antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2, Doença de Alzheimer, neoplasia da mama e hipertiroidismo. Na sua lista de medicação habitual não constava anti-tiroideus de síntese. Trazida ao serviço de urgência por quadro de febre, letargia e recusa alimentar com cerca de uma semana de evolução. Na observação inicial apresentava febre (38,5ºC), taquicardica (Frequência cardíaca +- 130/min) e Hiperglicémia. Não existia exoftalmia nem aumento do volume da tiroideia. Membros inferiores: edemas (duro) maleolares. Laboratorialmente, existia discreto aumento da proteina C reativa: 2.68 mg/dL. O Rx-Tórax, sumária de urina, TAC-CE, punção lombar, ecografia cardíaca, abdominal, renal e pélvica foram normais. As culturas foram negativas. Iniciou empiricamente Piperacilina+Tazobactam. Foi posto como hipótese diagnóstica Encefalite vírica. Iniciou Aciclovir. Na enfermaria manteve picos febris (39,5ºC – 40,1ºC), Fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida, agravamento da prostração com miotonia dos membros inferiores e superiores. Posteriormente, admitiu-se tireotoxicose apática (Escala de Burch-Wartofsky: 85) confirmada laboratorialmente, tiroxina (FT4) 1.7 ng/dL e thyroid stimulating hormone (TSH) 0,036 uU/mL. Inicou propiltiouracilo, hidrocortisona e beta-bloquente com recuperação da consciência, mobilidade dos membros, reflexo de deglutição, controlo perfil glicémico e FC. Receptor da TSH-TRAB, Ac: <0.3. Cintigrafia da Tiróide: Adenoma tóxico do lobo direito.

Este caso ilustra a presentação duma entidade sub-diagnosticada nos doentes idosos, a qual pode simular outras patologias.

PO400

117 PREDITORES DE HIPOGLICÉMIA EM DOENTES INTERNADOS COM DIABETES MELLITUS

Ana Ponciano, Sónia Santos, Fernanda Pinhal, José Leite, Célio Fernandes

Centro Hospitalar de Leiria, Leiria, Portugal

Introdução

A hipoglicémia é um achado frequente nos doentes com Diabetes Mellitus e associa-se a elevada morbimortalidade.

Objetivos

Avaliar factores de rsico pre-admissão associados com hipoglicémia intra-hospitalar.

Métodos

Análise retrospectiva de doentes admitidos no internamento de Medicina com Diabetes Mellitus num intervalo de 2 anos. O evento primário foi a presença de hipoglicémia intra-hospitalar

Resultados

Dos dos doentes incluidos em estudo, registaram-se cerca de 7% de hipoglicémia. Esses eram idosos e com maior incidência de insuficência renal crónica e doença cerebrovascular. Diabetes Mellitus com mais de 10 anos de evolução associou-se a aumento do risco de hipoglicémia, bem como o uso de insulina. Registaram-se 20 mortes.

Conclusões

Monitorização apropriada e intervenção precoce podem conduzir a melhoria na prevenção da hipoglicémia intra-hospitalar que se associa a elevada mortalidade e morbilidade

PO401

130 APRESENTAÇÃO TARDIA DE DOENÇA GENÉTICA METABÓLICA

Adriana Bandeira, Luís Carvalho, Miguel Santos, Behnam Moradi, Alcina Ponte

Centro Hospitalar de Leiria, Leiria, Portugal

Introdução

A acidúria glutárica tipo 1 (GA-1) é uma doença autossómica recessiva causada pela deficiência ou reduzida actividade residual da enzima glutaril-CoA-desidrogenase (GCDH), levando à acumulação de ácido glutárico, 3-hidroxiglutárico e outros derivados neurotóxicos. Sem tratamento, a GA-1 traduz-se habitualmente no período perinatal por um quadro encefalopático agudo mas o grau de actividade da GCDH acaba por condicionar um largo espectro de manifestações, um fenótipo heterogéneo com tradução clínica e imagiológica distinta.

Descrição

Uma doença raramente diagnosticada na fase adulta actualmente rastreada no período neonatal, descrevemos um caso de

F 49 anos, previamente saudável, que recorre ao SU por quadro com 24 horas de evolução de diplopia no olhar conjugado em frente e para a direita de inicio súbito, sem outra sintomatologia acompanhante. A doente apresentava fácies ligeiramente dismórfico com testa alta, abdução lenta do olho direito não máxima, restante exame objectivo sem alterações.

No sentido de esclarecer parésia do nervo abdutor direito realizou TC/RMN-CE revelando marcada marcada atrofia córtico-subcortical encefálica difusa e alargamento dos espaços de liquor das convexidades cerebrais temperopolares, insulares bilateralmente e das convexidades cerebrais frontoparietais e da cisterna cerebelosa superior. Da investigação realizada destaca-se elevação dos níveis séricos e urinários de ácido glutárico, doseamentos de ác.hidroxiglutárico e restantes ácidos orgânicos no sangue e urina normais. Carnitina sérica no limite inferior da normalidade e urinária baixa. Teste genético detetou a mutação c.901G>A em homozigotia no gene GCDH. Doente posteriormente orientada para consulta de nutrição para controlo dietético e foi iniciada suplementação com L-carnitina.

PO402

185 QUISTO DA BOLSA DE RATHKE-LESÃO INTRACRANIANA RARA

Galini Koursari Vieira, Sara Dâmaso, Paula Rocha, J Meneses Santos, Rui M M Victorino

Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital Santa Maria, Lisboa, Portugal

Introdução

O quisto de Rathke, lesão epitelial intraselar benigna com origem nos remanescentes da bolsa da Rathke, constitui menos de 1 % das neoplasias intracranianas. É, na maioria dos casos, um achado imagiológico ou de autópsia, tornando se sintomático quando comprime a glândula e a haste hipofisárias, o hipotálamo ou o quiasma óptico.

Descrição

Caso clínico

Mulher de 66 anos com hipertensão arterial desde há 20 anos e diplopia por lesão traumática do oculomotor comum drtº há 45 anos, referia, desde há dois anos, redução das capacidades cognitivas, cefaleia frontal, agravamento da diplopia, diminuição da acuidade visual e hipotiroidismo medicada com levotiroxina. Internada por parésia braquio-facial esqª de início súbito. Tinha FT4-0.97 ng/dL (VR 0.93-1.7), TSH-3.99 µU/mL (VR 0.3-4.2), FSH-14.2 U/L (VR 25-134), LH-2.35 U/L (VR 7.7-58), hGH-0.17 ng/mL , PRL-119 ng/mL (VR 4.7-23), ACTH-33.8 pg/mL (VR 7.2-63), cortisolémia 15 µg/dL (VR 2.7-10), cortisolúria 24h 584 µg (VR 124-581). A RMN revelou acidente vascular cerebral isquémico e quisto selar e supra-selar, em forma de ampulheta, de 24 mm, condicionando remodelação difusa dos contornos da sela turca, não sendo possível identificar a imagem correspondente ao parênquima hipofisário bem como moldagem com significativa remodelação do quisma óptico, aspectos sugestivos de quisto da bolsa de Rathke. Perante hipopituitarismo parcial, síndrome da haste hipofisária e agravamento das lesões oftalmológicas, foi proposta intervenção cirúrgica.

Discussão

Cerca de 1/3 dos doentes com quisto de Rathke são sintomáticos. As manifestações mais frequentes são as que decorrem de hipopituitarismo com diversas endocrinopatias ou de hiperprolactinémia por compressão da haste hipofisária, as perturbações visuais e a cefaleia. Na RMN nuclear a imagem mais sugestiva é a de um quisto intra e/ou supraselar, não calcificado e não captando contraste com um nódulo intraquistico. O tratamento é cirúrgico, havendo referencia a cerca de 18% de recidivas.

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 09
14:00 - 15:30

PO403

209 ADDISON DE CARAS

Carolina Vidal, Filipa Carreiro, Filipe Pinheiro, Beatriz Braga, Luís Dias, Clara Paiva

Serviço de Medicina Interna do Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE, Ponta Delgada, Portugal

Introdução

A doença de Addison é uma entidade rara, que se manifesta-se clinicamente quando pelo menos 90% do tecido glandular se encontra disfuncional. Quando não identificada e tratada atempadamente, a doença de Addison, pode ser fatal.

Descrição

Homem de 27 anos, previamente saudável, referia história de perda ponderal de 14% em 2 meses, anorexia e astenia progressiva. Três semana antes de recorrer ao Serviço de Urgência apresentou agravamento da anorexia e hipersonolência que se associaram a náuseas e vómitos pós-prandiais. À admissão apresentava-se prostrado, hipotenso (pressão arterial:78/42 mmHg), normotérmico, normoglicémico. Ao exame objetivo destacava-se hiperpigmentação cutânea exuberante (pregas palmares), da mucosa oral e gengivas. Analiticamente salientava-se hiponatrémia de 125 mmol/L, potássio: 4,17 mmol/L, sem outras alterações relevantes. Internado para estudo que revelou doseamento de cortisol sérico matinal de 0,00 ug/dL, ACTH basal elevada (1437 pg/mL) e aldosterona sérica diminuída (< 24,0 pg/mL) confirmando-se o diagnóstico de insufi-

ciência supra-renal primária. Foram excluídas causas infecciosas. Tomografia computorizada abdominal mostrou glândulas supra-renais de morfologia e espessura normais, sem lesões. Foi iniciada terapêutica com hidrocortisona com evidente melhoria clínica e analítica. Posteriormente foi confirmada a etiologia auto-imune da insuficiência supra-renal com a positividade de anticorpos anti-21 alfa hidroxilase. Anticorpos anti-GAD1 e 2 negativos. Anticorpos anti-TPO positivos (178,5 UI/ml), anti-TG <15 UI/ml e anti-TRABS negativos contudo com função tiroideia normal.

Discussão

Este caso paradigmático relembra aspetos típicos da insuficiência supra-renal primária, o que contrasta muitas vezes com o subdiagnóstico desta entidade. De facto, na prática clínica é necessário um elevado grau de suspeição para identificar a doença de Addison de modo a instituir tratamento precoce e reduzir a morbimortalidade associada a esta doença.

E-POSTERS

PO404

274 UM CASO DE HIPONATREMIA GRAVE RECORRENTE

Cristiana Fernandes[1], Sofia Barroso[1], Daniel Kiessling[2], Carlos Oliveira[1]

[1]Hospital Santa Maria Maior - Barcelos, Barcelos, Portugal

[2]USF Vale do Vez, Viana Do Castelo, Portugal

Introdução

O Síndrome de Secreção Inapropriada de Hormona Antidiurética (SIADH) caracteriza-se pela excreção inapropriada de água secundária à incapacidade de suprimir a secreção de hormona antidiurética (ADH). O SIADH deve ser suspeitado na presença de hiponatremia com hipoosmolaridade sérica e hiperosmolaridade urinária.

Descrição

Homem, 56 anos, com antecedentes de tabagismo ativo, esquizofrenia, hipertensão arterial e Doença pulmonar obstrutiva crónica. Enviado para consulta externa de Medicina Interna após alta hospitalar por hiponatrémia grave recorrente para estudo.

Durante o estudo constatou-se que se tratava de uma hiponatrémia com osmolaridade plasmática baixa e osmolaridade urinária elevada com sódio urinário >40mEq/L; não apresentava evidência de aumento do líquido extracelular e hipouricemia. Uma vez feito o diagnóstico de SIADH duas causas para este síndrome foram consideradas em primeiro lugar, um SIADH secundário a produção ectópica tumoral, neste caso ou a uma neoplasia pulmonar (doente fumador) ou um SIADH secundário à toma de neurolépticos. Excluída a presença de neoplasia, confirmou-se o diagnóstico de SIADH secundário à toma de cloropromazina e de haloperidol.

São várias a etiologias que originam o SIADH, podendo surgir por distúrbios do sistema nervoso central, nomeadamente psicose, secundário a certas neoplasias ou à toma de alguns fármacos, entre outras. De facto, vários fármcos podem aumentar a secreção ou o efeito da ADH, tal como acontece com a cloropromazina. Estudos experimentais sugerem que a cloropromazina pode aumentar a capacidade de concentração da urina quer por aumento da capacidade de reabsorção renal de cloreto de sódio na ansa de Henle, quer por aumento da permeabilidade do tubo colector à agua, mediado pelo aumento de receptores de ADH.

PO405

311 SÍNCOPES DE CAUSA INVULGAR

Sara Almeida Ramalho, Filipa Bastos, Ana Ferreira, João Capelinha, Elena Pirtac, João Namora

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução

Homem 79 anos internado por tonturas, náuseas, vómitos, perda generalizada da força muscular, queda, sem perda de conhecimento ou movimentos involuntários.

Descrição

Durante internamento episódios de perda de conhecimento, sem convulsões, com incontinência esfíncteres e amnésia para a ocorrência. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial, tabagismo, acidente vascular isquémico protuberancial. Negava diabetes mellitus. Inicialmente hemodinamicamente estável, apirético, sem alterações no exame objectivo geral e neurológico. Analiticamente glicemia 89 mg/dL, ureia 64 mg/dl, creatinina 2,2 mg/dl, sódio 139 mmol/L e potássio 4,6 mmol/L sem outras alterações.Tomografia computorizada cranioencefálica com enfartes lacunares sem lesões recentes. No estudo de síncope não foram encontradas alterações no electroencefalograma, ecocardiograma ou Holter 24 horas. Doppler arterial cervical com placa ateromatosa estenosante na carótida interna esquerda. Ao 6º dia doente hipotenso, febril, dificilmente despertável com glicemia capilar 68 mg/dl corrigida com glicose hipertónica endovenosa e recuperação do estado de consciência. Na suspeita de sepsis, medicado com antibiótico. Culturas (sangue, urina, líquido cefalorraquidiano) estéreis. Perfil glicémico baixo, mantendo-se soro glucosado. Desde então sem perdas de conhecimento. Na investigação de hipoglicemias, efectuado estudo constatando-se níveis baixos de cortisol sérico/urinário, ACTH, TSH e testosterona. Medicado com hidrocortisona e levotiroxina houve regressão dos sintomas. Ressonância magnética cranioencefálica detectou lesão hipotalâmica de características infiltrativas sugestiva de sarcoidose versus neoplasia.

Protelou-se a realização de biópsia dada a difícil abordagem neurocirúrgica, mantendo o doente seguimento em consulta externa. Após a alta constatou-se desenvolvimento diabetes insípida, tendo iniciado desmopressina. Com o presente trabalho pretende-se salientar um caso de hipopituitarismo evidenciado por síncopes de repetição.

PO406

369 PAN-HIPOPITUITARISMO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Cleide Barrigoto[1], Patrícia Pereira[2], Leonor Soares[1], Carla Maravilha[1], Catarina Rodrigues[1], Umbelina Caixas[1], Helena Amorim[1], José Rola[1]

[1]Hospital de São José - Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, Portugal

[2]Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, Lisboa, Portugal

Introdução

O pan-hipopituitarismo é uma condição rara que consiste na diminuição ou ausência de hormonas hipofisárias (GH, LH/FSH, TSH, ACTH e prolactina). A clínica é insidiosa e depende do tipo e da gravidade do défice hormonal, sendo necessário um elevado grau de suspeição para o seu diagnóstico.

Descrição

Apresentamos o caso de um doente de 85 anos, género masculino, com antecedentes de cardiopatia isquémica, insuficiência cardíaca, fibrilhação auricular e DPOC tabágica internado por insuficiência cardíaca descompensada, fibrilhação auricular com resposta ventricular lenta e hiponatrémia. Durante o internamento verificou-se agravamento clínico com evolução para insuficiência respiratória global e necessidade de ventilação não invasiva. Dado ginecomastia, rarefação pilosa, hiponatrémia, hipotensão, bradicardia, história de cansaço fácil e aumento ponderal colocou-se hipótese de doença endocrinológica central. Realizou TC-CE e RM-CE que confirmaram presença de sela turca vazia secundária a processo não recente de necrose de adenoma hipofisário. Fez estudo do eixo hipofisário anterior que confirmou diagnóstico de pan-hipopituitarismo e após discussão com endocrinologia iniciou hidrocortisona e levotiroxina. Com inicio desta terapêutica e ajustes da medicação de base houve melhoria clínica com necessidade apenas de VNI noturno. Após adaptação ao ventilador pela pneumologia teve alta para o domicilio mantendo seguimento em consulta externa.

O pan-hipopituitarismo é uma entidade rara, de evolução insidiosa e com sintomas inespecíficos; tal é particularmente importante na população idosa com múltiplas comorbilidades em que a sintomatologia é invariavelmente interpretada no seu contexto dificultando o diagnóstico e prognóstico da doença. O caso clínico que apresentamos é ilustrativo não só dessa dificuldade, mas também da necessidade de pensar no pan-hipopituitarismo para que ele seja considerado no diagnóstico diferencial.

PO407

438 ESTUDO COMPARATIVO RETROSPECTIVO DE DOENTES COM E SEM DIABETES SUBMETIDOS A AMPUTAÇÃO NÃO TRAUMÁTICA DOS MEMBROS INFERIORES

Ana Rita Moura, Marina Boticário, Guilherme Cunha, Maria Filomena Roque

Hospital de Santarém EPE, Santarém, Portugal

Introdução

O pé diabético é uma das principais complicações do diabetes mellitus (DM), caracterizado pela presença de lesões nos pés decorrentes de neuropatias periféricas, doença vascular periférica e deformidades, representando uma parcela significativa de internamentos hospitalares prolongadas, morbidade e mortalidade. De 40% a 60% das amputações, não traumáticas de membros inferiores, ocorrem em diabéticos, sendo que 85% destas são precedidas de úlceras nos pés.

Objetivos

Comparar características clinicas e socio demográficas de doentes com e sem diabetes submetidos a amputação não traumática dos membros inferiores.

Métodos

Estudo retrospetivo realizado no período de 2015-2017 dos internamentos submetidos a amputação não traumática dos membros inferiores. Foram analisados dados sociodemográficos nomeadamente, género, idade, e clínicos tais como nível de amputação e comorbilidades assim como tempo de internamento e mortalidade intra hospitalar. Os dados foram analisados usando SPSS ® versão 23.0. O nível de significância do estudo foi fixado em 5% ($p<0.05$).

Resultados

Foram englobados 425 indivíduos dos quais 69,2% eram diabéticos. Os indivíduos com diabetes tinham na sua maioria DM2, com longa evolução da doença, maioritariamente homens, 33,3% já haviam sofrido uma amputação prévia, no internamento 45,2% foram submetidos a amputação de dedos, mas 36,1% sofreram amputação acima do joelho. No que se refere às comorbilidades salienta-se doença arterial em 95,2%, HTA em 8,1%.

Conclusões

Este estudo mostra que a maioria dos sujeitos submetidos a amputação são homens, idosos, com tempo de diagnóstico superior a 10 anos , com mau controle glicémico, usando agentes hipoglicemiantes orais e com períodos prolongados de hospitalização.

Dado que, a maioria das amputações são evitáveis com educação, triagem, tratamento e acompanhamento adequados. A maioria dos diabéticos ainda não cumpre todas as indicações que lhes são dadas para o bom controle da doença e consequente diminuição das complicações

PO408

458 COMO COMPLICAR A DIABETES - CASUÍSTICA DE UMA CONSULTA DE DIABETES

Ana Clara, Andreia Cruz, Ana Baptista, Mário Lázaro

Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Hospital de Faro, Faro, Portugal

Introdução

A Diabetes mellitus (DM), é uma doença metabólica em que na ausência de controlo adequado leva a múltiplas complicações sobejamente conhecidas. Em consulta externa hospitalar de adultos, são abordados os casos com controlo inadequado de DM tipo 2, os DM tipo 1, as grávidas com diabetes gestacional e ainda outras formas de diabetes.

Objetivos

Caracterização de uma população de doentes com DM numa consulta de Medicina Interna - Diabetologia.

Métodos

Estudo observacional retrospectivo com revisão do registo clínico e tratamento dos dados em Excel dos doentes com DM numa consulta de Medicina Interna - Diabetologia durante um período de 6 meses.

Resultados

Durante 6 meses foram avaliados em consulta 102 doentes, num total de 239 consultas, sendo 13 primeiras e 226 subsequentes. Dos doentes avaliados, 57,8% foram do sexo feminino, com média de idades de 44 ± 15,6 anos. Em relação ao tipo, 42 doentes DM tipo 1, 5 doentes eram LADA, 35 doentes DM tipo 2 com controlo metabólico não optimizado, 19 grávidas com diabetes gestacional e 1 doente com diabetes secundária à corticoterapia. Dos 35 doentes com DM tipo2, 16 estavam medicados com antidiabéticos orais e insulina. As comorbilidades mais comuns foram a HTA (n=35), a dislipidémia (n=31), a obesidade (n=18) e o hipotiroidismo (n=5). Em relação às complicações crónicas microvasculares 25 doentes apresentaram retinopatia diabética, 13 doentes nefropatia diabética e 4 doentes neuropatia diabética. Nas complicações crónicas macrovasculares da DM 5 doentes apresentaram doença arterial coronária estabelecida, 2 doença cerebrovascular e 1 doente apresentou doença arterial periférica.

Conclusões

A DM é uma doença com elevada prevalência na sociedade, a justificar o número elevado de consultas realizadas em ambiente hospitalar. A amostra analisada apresentava mais doentes do sexo feminino, no entanto, para período homólogo foram avaliadas 19 grávidas. Metade das complicações crónicas da DM foram microvasculares. Cerca de 1/3 dos doentes apresentava dislipidémia e a HTA.

PO409

485 DESCONTROLO GLICÉMICO ASSOCIADO A DUAS COMPLICAÇÕES NEUROLÓGICAS GRAVES

Isabel Cruz[1], Ana Isabel Lopes[1], Helena Greenfield[1], Ana Lisa Lima[1], Vítor Tedim Cruz[2]

[1]Serviço de Medicina Interna, Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal

[2]Serviço de Neurologia, Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal

Introdução

A estriatopatia diabética pode ser a forma de apresentação de diabetes ou sinal de descontrolo glicémico grave. A tríade típica carateriza-se por hiperglicemia, hemicoreia ou hemibalismo e anomalias contralaterais no corpo estriado nos exames de imagem.

Descrição

Homem de 80 anos, autónomo, com antecedentes de hipertensão e diabetes tipo 2 com mau controlo metabólico, que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por febre com 24 horas de evolução. Reportava quadro com um mês de evolução de movimentos involuntários dos membros esquerdos, objetivados no SU como movimentos coreicos no membro superior esquerdo. Cumpria critérios de síndrome hiperglicémico hiperosmolar e apresentava na tomografia computorizada cerebral uma hiperdensidade lenticular direita. Iniciou insulinoterapia com controlo do perfil glicémico e resolução completa dos movimentos coreicos. No dia seguinte, dada a flutuação do estado de consciência e instalação de hemiparesia esquerda de novo realizou punção lombar, que foi compatível com encefalite herpética, tendo cumprido tratamento com aciclovir. Na ressonância magnética encefálica detetadas lesão no corpo estriado à direita, sugestiva de estriatopatia diabética e alterações corticais insulares e temporais bilaterais compatíveis com encefalite. O eletroencefalograma revelou disfunção encefálica difusa com predomínio direito mas sem atividade epiléptica. Ocorreu melhoria clínica e imagiológica, mas o doente manteve quadro de afasia sensitiva.

Neste doente, o mau controlo glicémico esteve na origem da hemicoreia e foi provavelmente o fator que contribuiu para a imunodepressão que facilitou a coincidência de uma encefalite herpética. Ambas as complicações constituem quadros neurológicos graves, de difícil abordagem diagnóstica, mas tratáveis se identificados em tempo útil.

PO410

499 DOENÇA RENAL DIABÉTICA NUMA CONSULTA ESPECIALIZADA: CARACTERIZAÇÃO DO FENÓTIPO ALBUMINÚRIA VS NÃO-ALBUMINÚRIA

Pedro Salvador, Marina Reis, Pedro Oliveira, Ana Rita Costa, Filipa Borges Santos, Rafaela Veríssimo, Vítor Paixão Dias

CHVNG/E, Vila Nova De Gaia, Portugal

Introdução

A nefropatia diabética é a causa mais comum de doença renal crónica (DRC) terminal. O fenótipo clássico, com compromisso sobretudo glomerular, caracteriza-se por albuminúria progressiva seguida de compromisso da função renal (doença renal diabética albuminúrica-DRD-A). Contudo, evidência cada vez mais sustentada apoia a designação de outro fenótipo de doença renal diabética, com declínio progressivo da função renal sem desenvolvimento prévio de albuminúria (doença renal diabética normoalbuminúrica-DRC-NA).

Objetivos

Com este estudo pretendeu-se caracterizar a DRD-NA em doentes seguidos numa consulta de Diabetologia.

Métodos

Foram incluídos 144 doentes com DM2 com pelo menos uma consulta em 2017 e com taxa filtração glomerular estimada (TFGe)<60mL/min/1,73m2 pela fórmula CKD-EPI. Os doentes com DRC de etiologia atribuída a outra patologia foram excluídos. Definiu-se DRD-NA como presença de TFGe<60mL/min/1,73m2 e ratio albumina/creatinina<30 mg/g durante o seguimento hospitalar. Nos antecedentes de doença cardiovascular incluiu-se enfarte agudo do miocárdio, doença cérebro vascular ou doença arterial periférica.

Resultados

Verificou-se que 52,8%(n=76) apresentava DRD-NA. A idade média 74±8 anos, sendo 47.9%(n=69) homens. Apresentavam valores de médios de HbA1c de 8.4±1.6% e a diabetes diagnosticada, em média, há 18.60±9.36 anos. 52.8%(n=76) tinha retinopatia diabética e 46.5%(n=6,7) antecedentes de doença cardiovascular (DCV).

Utilizando um modelo de regressão logística verificou-se que os doentes com DRD-NA eram mais velhos (p=0,022) e apresentavam valores de HbA1c menores (p=0,017) do que os doentes como fenótipo clássico. As diferenças na incidência de DCV foram substanciais, mas sem significância estatística.

Conclusões

Os resultados obtidos vão de acordo com a evidência recente de que a DRD-NA e DRD-A são entidades clinica e epidemiologicamente distintas. Mais estudos e com maior número de doentes poderão ajudar a melhor caracterizar os grupos, e identificar potenciais abordagens dirigidas no tratamento.

PO411

TRABALHO RETIRADO

PO412

572 APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE SÍNDROME DE CUSHING – A PROPÓSITO DE UM INCIDENTALOMA DA SUPRARRENAL

Sara Duarte[1], Carlos Dias Da Silva[1], Filipe Vilão[1], Rui M. Santos[2], Armando Carvalho[2]

[1]Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

[2]Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

Incidentalomas das supras renais (SR) são massas identificadas incidentalmente em estudo de imagem e podem corresponder a lesões malignas ou adenomas. Entre os adenomas funcionantes (15-20% de todos os incidentalomas), os mais comuns são os produtores de aldosterona ou de cortisol, resultando em aldosteronismo primário (AP) e hipercortisolismo ou síndrome de Cushing (SC), respetivamente. O AP apresenta-se com hipertensão arterial (HTA) e/ou hipocaliémia. O SC traduz-se clinicamente em obesidade central, atrofia muscular, pele fina, hirsutismo, estrias cutâneas arroxeadas e alterações psicológicas. Estes doentes podem também apresentar osteoporose, HTA, equimoses fáceis, poliúria e polidipsia com ou sem glicosúria e hipocaliémia.

Descrição

Mulher, 42 anos, observada por palpitações, distensão abdominal, HTA, poliúria e labilidade emocional. Antecedentes de obesidade, dislipidémia e HTA recente, medicada com bisoprolol e hidroclorotiazida. Uro-TC 15 dias antes por pielonefrite aguda, revelou lesão nodular na SR esquerda, sugestiva de adenoma. Apresentava hipocaliémia ligeira (3,3 mEq/L), sem outras alterações. Pela suspeita de AP, realizou estudo hormonal revelando uma relação aldosterona/atividade da renina <25, excluindo assim esta hipótese. O doseamento normal de metanefrinas séricas e urinárias excluiu feocromocitoma. Contudo, o estudo do eixo ACTH-cortisol mostrou ACTH suprimida (<5pg/mL), com nível de cortisol sérico normal. O diagnóstico de SC foi confirmado pelo teste de supressão das SR com dexametasona: cortisol sérico às 8h da manhã seguinte >5ug/dL e nível aumentado de cortisol na urina das 24h (96ug/24h).

DISCUSSÃO

Doentes que se apresentam com HTA e/ou hipocaliémia devem ser investigados para AP. Todavia, embora menos comuns, estes são achados também observados em doentes com SC. Com este caso pretendemos alertar para o facto de num doente com um incidentaloma da SR e clínica altamente sugestiva de

AP, perante a sua exclusão, é perentório investigar a hipótese SC.

PO413

672 TIROIDITE SUBAGUDA DE QUERVAIN APRESENTANDO-SE COM FEBRE ALTA E CRISE TIREOTÓXICA

Marta Fonseca, Rita Pinheiro, Zélia Neves, João Machado

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora, Portugal

Introdução

A tiroidite subaguda de Quervain pode causar hipertiroidismo de forma transitória e ocasionalmente os sinais inflamatórios (febre, calafrios e hipersudorese) podem dominar o quadro clínico. A sua etiologia não é clara, mas infeções virais podem ter um papel, não estando envolvido um processo auto-imune mediado por anticorpos.

Descrição

Caso Clínico: Mulher de 51 anos admitida pelo SU por quadro subagudo de febre alta com calafrios associada a tumefação cervical dolorosa, precedida e acompanhada de fadiga, palpitações, intolerância ao calor, perda de peso e queixas de aumento da frequência de dejeções. Objetivamente, febril (38,9ºC), sem exoftalmia. AC: Taquicárdia rítmica; AP sem alterações. Analiticamente no SU, leucocitose de 17700/L com 70% neutrófilos, PCR 19mg/dl, TSH <0,08mUI/L; FT4 2,69ng/dl. FT3 8,35pg/mL; ECG Taquicardia sinusal (FC 115 bpm) e radiografia do tórax normal. Do estudo complementar: VS 109 mm 1ª hora. Os anticorpos anti-peroxidade, anti-tiroglobulina e anti-receptores da TSH (TRAb) foram negativos. A tiroglobulina era elevada (147 pg/L).

A ecografia tiroideia mostrou glândula globosa, aumentada, estrutura grosseira e heterogénea com imagens nodulares sólidas hipoecogénicas indefinidas, sugestiva de tiroidite aguda. A cintigrafia mostrou ausência quase completa de captação pelo radiofármaco.

A doente foi medicada com Naproxeno e Prednisolona, durante 1 mês com resolução clínica e analítica. Manteve eutiroidismo nas consultas de seguimento.

Discussão: No caso apresentado o perfil clínico e laboratorial de crise tireotóxica evocou a doença de Graves, mas a presença de tiroideia aumentada e muito dolorosa, febre, VS muito elevada e TRAb negativo estabeleceram o diagnóstico de tiroidite de Quervain, confirmada na cintigrafia. O aumento da tiroglobulina sérica resultante da destruição glandular reforçou o diagnóstico. Apesar de na fase pós-aguda poder surgir hipotiroidismo, neste caso a doente apresentou-se eutiroideia.

PO414

675 CARCINOMA DE CÉLULAS RENAIS, UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA.

Rita Vieira Alves, Inês R Figueiredo, Ana Margarida Antunes, Filipa Lourenço, Emanuel Gouveia, Ana Monteiro, Teresa Rego, Heidi Gruner, Antonio Panarra

Hospital Curry Cabral, Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, Portugal

Introdução

A neoplasia das células renais pode associar-se a síndrome paraneoplásica em 10% a 40% dos doentes, apresentando sintomas constitucionais como febre e anorexia que derivam de alterações endocrinológicas que podem ser a manifestação inicial. Os sintomas mais clássicos de hematúria, dor e massa palpável, são raros, sendo que representam apenas 15% dos doentes que são diagnosticados com neoplasia renal.

Descrição

Caso Clinico: Doente de 53 anos, sexo masculino, natural da Ucrânia, internado por quadro indolente de 9 meses de astenia, anorexia não seletiva e perda ponderal de 20 Kg. Referia febre com hipersudorese noturna e lombalgia que motivaram 2 internamentos prévios com investigação etiológica não conclusiva. Foi realizada TC coluna lombar e pélvica que relatou lesões osteoblásticas , nódulo de 3mm no segmento superior rim esquerdo e adenopatias em todos os grupos ganglionares profundos. A biópsia inicial de uma dessas lesões foi inconclusiva. Face a estas alterações e presença de hipertensão arterial de difícil controlo, fez-se estudo endocrinológico que mostrou elevação da ACTH e cortisol, tendo o estudo complementar evidenciado hipercortisolismo endógeno ACTH dependente, neste contexto clínico por provável secreção ectópica de tumor primário de etiologia indeterminada. O nódulo renal foi posteriormente caracterizado por RNM e após biopsia foi diagnosticado carcinoma de células renais.

Discussão:

A relação entre a neoplasia das células renais e o síndrome de Cushing é conhecida há mais de 50 anos, representa 2 % de todos os tumores responsáveis por síndrome de Cushing por ACTH ectópico. Sendo raro, pensa-se ser derivado a conversão secundaria de pro-opiomelanocortin (POMC) para ACTH pelo tumor, a ACTH aumenta o cortisol secretado por sua vez pelas suprarenais. Salientamos com este caso também, a importância da multidisciplinaridade, sendo que este diagnóstico complexo foi apenas possível devido a entre ajuda entre a Medicina Interna, Endocrinologia e Oncologia.

PO415

682 UMA CAUSA RARA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

Mónica Dinis De Mesquita, Ana Oliveira E Costa, Rita Rei Queirós, Joana Calvão, Ana Isabel Barreira, Fernando Salvador, Paula Vaz Marques

Centro Hospitalar de Trás-os-montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

Introdução

O hiperaldosteronismo primário (HP) caracteriza-se por uma produção excessiva de aldosterona autónoma dos principais reguladores. A prevalência varia entre 5-10% nos doentes com hipertensão arterial (HTA) e é frequentemente subdiagnosticado.

Descrição

Mulher, 73 anos, antecedentes de HTA, dislipidemia e fibrilhação auricular hipocoagulada. Referenciada à consulta por HTA com 30 anos de evolução com agravamento recente e lesão de órgão-alvo (hipertrofia ventricular esquerda) e nódulo de 3cm no pólo superior do rim esquerdo em ecografia abdominal. Medicada para a HTA (enalapril/lercanidipina 20/20mg e clorotalidona 50mg), mantendo valores de pressão arterial sistólica de 190mmHg. Objetivamente com edemas periféricos e hipocaliemia grave (1,9 mEq/L) a motivar internamento, sem resposta à reposição agressiva e com controlo após introdução de espironolactona. Do estudo, a destacar aldosterona 89,5 pg/mL e renina 1pg/mL, com ratio 8,95. A tomografia axial computorizada revelou massa de 6cm com densidade não sugestiva de adenoma (70 unidades de Hounsfield). Em ressonância magnética confirmou-se massa de 53x26mm hipointensa em T1 e T2, de contorno regular e bem definido, com captação significativa de contraste nas ponderações fora de fase. A PET revelou hipercaptação em lesão da glândula suprarrenal esquerda, sugestiva de patologia neoplásica maligna. Submetida a adrenalectomia. Histologia compatível com adenoma cortical adrenal com aspetos morfológicos sugestivos de comportamento agressivo (Ki67 3%). Após 4 meses, encontra-se assintomática e em vigilância clínica, imagiológica e laboratorial com K 4,6mEq/L, aldosterona de 73,1 pg/mL e renina de 5,9pg/mL com ratio de 1,2. A pressão arterial é de 174/84mmHg sob amlodipina 10mg.

O presente caso clínico expõe uma causa rara de HTA. Os carcinomas adrenocorticais produtores de aldosterona representam menos de 1% das causas. É demonstrada também a pertinência da anamnese e achados clínicos e laboratoriais na suspeita de causas secundárias.

PO416

688 UM CASO DE ENCEFALOPATIA HIPERAMONIÉMICA ASSOCIADA À CARBAMAZEPINA

João Neves Maia, Inês Henriques Ferreira, Ana Campar, Teresa Mendonça, João Araújo Correia

CHP, Porto, Portugal

Introdução

A hiperamoniémia é uma causa frequente de encefalopatia, na maioria dos casos decorrente de perda de função hepatocelular e/ou shunts portossistémicos. Causas mais raras incluem infecções por organismos urealíticos, defeitos primários do ciclo da ureia e iatrogenia medicamentosa.

Descrição

Homem, 67 anos, doença renal crónica (DRC) estadio 4 NKF e nevralgia do trigémeo, sob carbamazepina (400mg bid).

Recorre por alteração do comportamento com uma semana; sem ingestão de tóxicos ou novos fármacos; 2 semanas antes feita endoscopia alta (EDA) e polipectomia, com hemorragia minor.

Objectivamente: desorientado, sonolento e com asteríxis; acidose metabólica compensada, creatinina no basal, anemia agravada, amónia venosa elevada (108umol/L), enzimas hepáticas normais, carbamazepina em níveis terapêuticos, pesquisa de tóxicos negativa; tomografia computorizada cerebral sem lesões de novo. Repetida EDA que excluiu hemorragia activa.

Administrado suporte transfusional com boa rentabilidade, pantoprazol endovenoso e, perante encefalopatia hiperamoniémica, lactulose. Resolução clínica da hemorragia sem melhoria do estado neurológico do doente, flutuando paralelamente à amónia sérica. Excluídas sistematicamente outras causas de hiperamoniémia. Assumida toxicidade da carbamazepina, que foi substituída por pregabalina com normalização dos níveis de amónia e resolução da encefalopatia.

A associação da encefalopatia hiperamoniémica a fármacos sem lesão hepática associada, implica inibição das enzimas do ciclo da ureia ou toxicidade mitocondrial como causa. Embora estejam descritos casos de hiperamoniémia associada à carbamazepina, o mecanismo é desconhecido. No nosso caso o precipitante foi provavelmente a sobrecarga proteica pela hemorragia digestiva. A resolução da encefalopatia após a suspensão da carbamazepina favorece um mecanismo de causalidade. Dado o uso generalizado deste fármaco na Neurologia/Psiquiatria, é importante o estudo de preditores da sua toxicidade metabólica.

PO417

749 SÍNDROME IATROGÉNICA - UM CASO CLÍNICO DA SÍNDROME SEROTONINÉRGICA

Heloísa Paxis, D'Jalma Sousa, Ivone Barracha, Rosa Amorim, José Pereira

Centro Hospitalar do Oeste - Unidade de Torres Vedras, Torres Vedras, Portugal

Introdução

O Síndrome serotoninérgico é uma entidade clínica iatrogénica de rápida evolução e potencialmente fatal. É caracterizada por alterações neuropsiquiátricas, autonómicas e neuromusculares. Esta síndrome é causada por estimulação excessiva dos recetores de serotonina no sistema nervoso central, sendo causado por drogas que afetam o metabolismo da serotonina ou atuam como agonistas de recetores de serotonina. Os sintomas clínicos geralmente estão associados ao início de um medicamento serotoninérgico, ao aumento da dose ou sobredosagem. A verdadeira incidência é desconhecida devido à complexidade e elevada suspeição clínica necessária para o diagnóstico, sendo por isso subdiagnosticado.

Descrição

Descrevemos o caso de uma mulher de 71 anos, autónoma, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, Síndrome depressivo e Doença Parkinson. Internada por infeção respiratória e medicada com terapêutica antibiótica e broncodilatadora. Apresentava agravamento do quadro clínico, com febre e hipertensão persistente e alteração do estado de consciência apesar de melhoria dos parâmetros inflamatórios. Realizou TC- Crânio encefálico, sem alterações. Verifica-se na história clinica suspensão abrupta de terapêutica serotoninérgica e dopaminérgica com posterior reintrodução em "full" dose das mesmas. Admitiu-se a hipótese de Síndrome serotoninérgico vs. Síndrome maligno dos Neurolépticos. Realizou-se a suspensão da terapêutica serotoninérgica e dopaminérgica, havendo a melhoria do quadro clinico. O diagnóstico diferencial entre as duas entidades é difícil, mas por aspetos clínicos e laboratoriais diferenciadores chegou-se ao diagnóstico da síndrome serotoninérgico. A doente teve alta clínica medicada com terapêutica habitual, apenas com suspensão da medicação serotoninérgica.

O conhecimento médico deste síndrome mostra-se de elevada importância, pela rápida evolução potencialmente fatal, quando não tratada e pelo uso de terapêutica antidepressiva, cada vez mais presente na nossa sociedade.

PO418

773 CRÓNICA DE UMA HIPOCALIÉMIA

David Lopes Sousa, Diana Gonçalves, Dilva Silva, Ana Sofia Teixeira, Joana Coelho, Adriano Rodrigues

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

A associação de hipertensão arterial (HTA), alcalose metabólica e hipocaliémia espontânea ou com baixas doses de diuréticos faz suspeitar de hiperaldosteronismo (HA), que pode ser primário ou secundário à elevação da renina. Uma relação plasmática aldosterona/renina (RPAR) > 25, associada a valores baixos de renina e elevados de aldosterona favorece o diagnóstico de HA primário.

Descrição

Reportamos o caso de um homem de 62 anos, autónomo, com antecedentes de hepatopatia alcoólica crónica (abstinente há 6 meses), insuficiência cardíaca, fibrilhação auricular hipocoagulada, hipertensão arterial grau I mal controlada de longa data e hipocaliémia (conhecida desde 2009). Encontrava-se medicado com varfarina, amiodarona, furosemida, cloreto de potássio e lercanidipina. Enviado ao Serviço de Urgência por INR supraterapêutico, foi constatada alcalose metabólica (pH 7,53; HCO3 33,4 mmol/L) e hipocaliémia (2,5 mmol/L), resistente a reposição endovenosa (100 mEq/dia). Foi internado para estudo complementar, tendo-se objectivado renina plasmática 7,4 uU/mL (N 7-76), aldosterona 891,3 pg/mL (N 40-310) e RPAR 145,5. Destaca-se ainda cirrose hepática com ascite e hiperesplenismo. Resolução da hipocaliémia e controlo da HTA com espironolactona 100 mg, tendo tido alta ao 10º dia de internamento orientado para consulta externa e com TC marcada para ambulatório.

Discussão:

Num doente cirrótico e insuficiente cardíaco seria expectável o diagnóstico de HA secundário. No entanto, quando a HTA precede estes diagnósticos é de suspeitar de HA primário, como sugere este caso. O tratamento com um antagonista da aldosterona permitiu o controlo destas patologias, possibilitando a estabilização do doente.

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 09
14:00 - 15:30

PO419

774 SÍNDROME DEPRESSIVO OU INSUFICIÊNCIA DA SUPRA-RENAL?

Clara Machado Da Silva, Filipa Borges Carneiro, Luis Nogueira Silva, Ana Isabel Ferreira, Diana Ferrão, Jorge Almeida

Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

Introdução

A insuficiência da supra-renal pode ser primária (Doença de Addison), secundária ou terciária, consoante a sua causa e as alterações hormonais correspondentes.

Descrição

Mulher de 38 anos, sem história prévia de relevo, apresentava astenia intensa, associada a anorexia, fadiga e anedonia com mais de um mês de evolução. Mais tarde, aparecimento de tonturas e aumento da sede. Ao exame objectivo apresentava pressão arterial de 60/32 mmHg, com tempo de reperfusão capilar normal, pele hiperpigmentada, sobretudo nas extremidades, cabelo fino e quebradiço, sem alterações ao restante exame objectivo. Analiticamente apresentava lactatos normais, lesão renal aguda com creatinina de 1,80 mg/dL e ureia de 123 mg/dL, hiponatrémia de 128 mEq/L e hipercaliémia de 5,9 mEq/L. Iniciou-se tratamento agudo com fluidoterapia e dexametasona, foi realizado o doseamento de cortisol matinal antes e depois do teste do tetracosactídeo. Foi demonstrado cortisol indoseável e hormona adrenocorticotrófica (ACTH) aumentada. Para estudo etiológico, foi realizada tomografia abdominal que não mostrou sinais de hematoma ou massas da supra-renal. Foi realizado o teste interferon gamma release assay (IGRA) (que foi negativo), no entanto a doente não apresentava história sugestiva de infecção presente ou passada, nem contexto epidemiológico suspeito. A doente não apresentava outras alterações hormonais, nomeadamente da função tiroideia ou diabetes mellitus. Com a reposição hormonal com hidrocortisona, inicialmente endovenosa e posteriormente titulada a dose oral, a doente melhorou progressivamente, com recuperação do perfil tensional e normalização da função renal e do ionograma, recuperando o seu estado funcional e a autonomia.

O tratamento célere da insuficiência da supra-renal aguda (em crise) é essencial. Deve iniciar-se reposição com dexametasona para realização de diagnóstico e posteriormente hidrocortisona. Devem sempre excluir-se causas tratáveis da doença, como as infecciosas, traumáticas ou neoplásicas.

E-POSTERS

PO420

831 DIFICULDADE DIAGNÓSTICA DA ACIDOSE LÁCTICA ASSOCIADA À METFORMINA

Joana Maurício, Catarina Lameiras, Marta Rocha, Susana Heitor

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora, Portugal

Introdução

A Acidose Láctica Associada à Metformina (MALA) é um distúrbio potencialmente fatal (mortalidade 30-50%), que ocorre em doentes com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) sob metformina (MF) no contexto de um evento agudo responsável pelo desequilíbrio entre a produção e eliminação de lactato.O conhecimento desta entidade e dos fatores de risco associados é essencial para o diagnóstico e tratamento atempados.

Objetivos

Caracterização de uma população de doentes com DM2 sob MF admitidos no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca entre Janeiro de 2014 e Dezembro de 2017, com o diagnóstico de MALA.

Métodos

Estudo observacional, transversal e retrospetivo incluindo doentes com DM2 sob MF com pH sanguíneo ≤7,35 e lactato ≥5mmol/L.Variáveis analisadas: dados demográficos, antecedentes, anamnese, exame objetivo, avaliação analítica, tratamento e outcome.

Resultados

Foram incluídos 33 casos, com idade média de 75,2 ± 11,6 anos.Como antecedentes 55% dos doentes apresentavam doença renal crónica com taxa de filtração glomerular <60mL/min/1,73m2.Os motivos de admissão incluíram anemia e causas infecciosas, cardiovasculares e gastrointestinais.À admissão 73% dos doentes apresentavam sinais de desidratação, 48% tinham sido expostos a fármacos com potencial nefrotóxico (diuréticos, AINEs e/ou contraste endovenoso) e 55% tinham um quadro infeccioso associado.Todos os doentes apresentavam lesão renal aguda (LRA) de grau variável (AKIN 1: 12%; AKIN 2: 33%; AKIN 3: 55%).O intervalo de pH sanguíneo foi de 6,69-7,34 e de lactato 5,1-24,5 mmol/L.79% dos doentes foram submetidos a técnica dialítica.A mortalidade foi de 39%.

Conclusões

A LRA, de diferentes etiologias, foi um fator predisponente transversal a todos os casos observados.Assim, a MALA deverá ser um diagnóstico equacionado perante doentes com DM2 sob MF, com acidose láctica e agravamento da função renal.No entanto, além da MF, verificaram-se outros fatores potencial-

mente associados a hiperlactacidémia, dificultando uma associação direta entre a MF per si e a acidose láctica.

PO421

847 UMA CAUSA TRATÁVEL DE HIPOCALIÉMIA GRAVE E HIPERTENSÃO ARTERIAL.

Lúcia Moreira Gil, Diana Pedreira, Filipa Silva, Ana Rita Silvério, António Eliseu, Teresa Furtado, Paula Lopes, Manuela Fera, A. Prado Lacerda

Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal, Portugal

Introdução

A hipertensão arterial (HTA) constitui um dos principais fatores de risco no aparecimento de doenças cardiovasculares tendo consequências no aumento da morbi-mortalidade. Divide-se em essencial ou secundária, devendo ser investigadas causas secundárias, predominantemente no doente jovem.

Descrição

Apresenta-se o caso de um homem de 37 anos, com Síndrome Ansioso Depressivo e HTA conhecida há 17 anos sob terapêutica com alprazolam, candesartan e hidroclorotiazida com mau controlo tensional. Foi admitido no Serviço de Urgência por cãibras e fraqueza muscular com duas semanas de evolução, de predomínio nos membros inferiores e incapacidade funcional progressiva. Ao exame objetivo encontrava-se vígil, ansioso, apirético, com Pressão Arterial (PA) 149/100mmHg, sem outras alterações significativas. Analiticamente destacava-se hipocaliémia 1,7mmol/L, hipernatremia 146mmol/L e alcalose metabólica.

Por hipocaliémia grave iniciou correção endovenosa, com boa tolerância e melhoria sintomática. Tratando-se de doente jovem com HTA refratária e hipocaliemia admitiu-se como hipóteses diagnósticas: estenose da artéria renal (excluída por ecodoppler normal); hiperaldosteronismo primário e/ou síndrome de cushing (doseamento de renina plasmática e aldosterona com ratio aldosterona/renina>25 e cortisol sérico normal). Efetuou Tomografia Computorizada Abdominal com evidência de dois nódulos hipodensos na glândula supra-renal esquerda sugestivos de adenomas. Admitiu-se síndrome de Conn e iniciou espironolactona e beta-bloqueante com controlo da PA e normalização da caliémia.

Foi encaminhado para consulta de Medicina Interna para posterior referenciação a Endocrinologia/Cirurgia endocrinológica.

O hiperaldosteronismo primário é responsável por 5-10% de HTA secundária, dividindo-se em subtipos. A Síndrome de Conn distingue-se por presença de imagem de adenoma na glândula supra-renal. Este caso evidencia a importância do rastreio de causas secundárias de HTA, principalmente em indivíduos jovens.

PO422

864 DIABETES MELLITUS E INFEÇÃO – O QUE ACONTECEU AO LONGO DE 4 ANOS?

Madalena Vicente[1], Anna Taulaigo[1], André Ferreira Dias[2], Marta Leal Dos Santos[2], Mário Ferraz[1], Inês Rego Figueiredo[1], Rita Vieira Alves[1], Ana Lladó[1], Margarida Antunes[1], Heidi Gruner[1], António Panarra[1]

[1]CHLC - Hospital Curry Cabral, Serviço de Medicina 2, Lisboa, Portugal

[2]CHLC - Hospital Curry Cabral, Serviço de Doenças Infeciosas, Lisboa, Portugal

Introdução

As infeções são uma causa frequente de hospitalização. Classicamente considera-se o doente diabético mais propenso ao desenvolvimento de infeções.

Objetivos

Caracterização e comparação das infeções em doentes com Diabetes Mellitus (DM) com e sem complicações.

Métodos

Estudo observacional retrospetivo, através da análise dos processos clínicos dos doentes internados por infeção num serviço de Medicina Interna de um Hospital Central, nos anos de 2012 a2104 e 2016.

Resultados

Houve 1922 internamentos por causa infecciosa, sendo que 552 doentes (28,7%) eram diabéticos. Destes, 358 tinham DM sem complicações e 194 DM com lesão de órgão alvo. Analisando os doentes sem complicações, 51% eram do sexo feminino e a idade média de 78,4 anos; as infeções respiratórias foram as mais prevalentes surgindo em 54,4% dos casos (114 pneumonias e 81 traqueobronquites), seguidas das infeções urinárias, gastrointestinais (GI) e bacteriémia. Isolou-se o agente em 36% dos casos sendo os mais comuns a Escherichia coli (n=61), Pseudomonas aeruginosa (n=19), Staphylococcus aureus resistente à meticilina (n=13) e Klebsiella pneumoniae (n=12); a mediana do Índice de comorbilidade de Charlson (ICC) foi 6 e a mortalidade foi 11,7%. Nos doentes com complicações 44% eram do sexo feminino e a idade média foi 75 anos; a maioria das infeções foi respiratória (40,7%), com predomínio das pneumonias, seguidas das infeções urinárias e GI. Houve isolamento de agente em 38.7% dos casos sendo os mais comuns a Escherichia coli (n=28), Klebsiella pneumoniae (n=12) e Pseudomonas aeruginosa (n=9). A mediana do ICC foi 9 e a mortalidade foi 13,4%.

Conclusões

Apesar da diferença nas complicações/comorbilidades, o tipo de infeção e agentes mais prevalentes foram semelhantes nos dois grupos. O grupo com DM com complicações teve naturalmente maior pontuação no ICC e a mortalidade foi mais elevada. Um bom controlo metabólico pode ter impacto no prognóstico de intercorrências infeciosas.

PO423

919 CITOPATIAS MITOCONDRIAIS E SEU SEGUIMENTO NA IDADE ADULTA : PROBLEMAS E DESAFIOS

Cristina Correia, Paulo Chaves, Mariana Pintalhão, Sofia Batista, Esmeralda Rodrigues, Elisa Leão Teles, M Teresa Cardoso

Centro Hospitalar São João, Porto, Portugal

Introdução

As citopatias mitocondriais são doenças raras e associam-se a morbilidade significativa, exigindo uma abordagem multidisciplinar.

Objetivos

Analisar um conjunto de doentes adultos em relação a características clínicas, terapêuticas e prognósticas.

Métodos

Estudo observacional retrospectivo de doentes em seguimento entre 2007 e 2017.

Resultados

Foram seleccionados 17 doentes (idade média 38,6 anos):11 com encefalopatia mitocondrial, acidose láctica e acidente vascular cerebral ((MELAS) sendo 3 famílias diagnosticadas a partir de 2 casos índice na infância e 1 na idade adulta; 2 síndromes de Kearns-Sayre (KSS); 1 caso de encefalomiopatia neurogastrointestinal mitocondrial (MNGIE) e 2 de oftalmoplegia externa progressiva (PEO). O tempo médio desde o primeiro sintoma até o diagnóstico foi de 15,9 anos. A fadiga (9/17), a mialgia (8/17), a surdez neurossensorial (8/17) e a hiperlactacidemia (8/17) são as manifestações mais prevalentes. Uma família MELAS tem uma mutação rara T3271C relatada sobretudo em japoneses. Quatro deles têm enxaqueca desde a adolescência e um teve AVC aos 29 anos. As outras 2 famílias MELAS têm mutação 3243A> G e apresentam um quadro clinico mais grave (diabetes, surdez neurossensorial, doença renal terminal, fadiga agravada com quadros infeciosos, cardiomiopatia). Constatou-se agravamento neurológico, surdez neurossensorial e defeitos de condução intraventricular em 2 doentes com KSS aos 5 anos de seguimento. Dos doentes com PEO, 1 apresenta cardiomiopatia não compactada e 1 tem neuropatia periférica e disfunção da motilidade gastrointestinal. Foi diagnosticado 1 caso de MNGIE com uma mutação do gene TYMP (c.221T> A / 478T> C).

Conclusões

A diversidade fenotípica, clínica e terapêutica dos doentes adultos com citopatias mitocondriais, exige uma abordagem multissistémica em adulto que beneficia do seguimento adaptado e complexo que a medicina interna oferece.

PO424

934 COMA MIXEDEMATOSO - NEM SEMPRE NEM NUNCA

Joana Paixão, Joana Cascais Costa, Fátima Silva, Dilva Silva, Adriano Rodrigues

Hospital Geral-Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

O coma mixedematoso é uma emergência endócrina rara e potencialmente fatal, muitas vezes subvalorizada, pelos achados inespecíficos, particularmente em idosos. Um elevado nível de suspeição clínica, resultante de alterações do estado de consciência e hipotermia podem ser suficientes para iniciar tratamento.

Descrição

Mulher de 82 anos, admitida no serviço de urgência (SU) por alterações cognitivo-comportamentais com agravamento progressivo, no último mês. Tratava-se de uma doente diabética com mau controlo metabólico, hipertensa e com doença renal crónica. Duas semanas antes, apresentou quadro de pielonefrite aguda, que cedeu a antibioterapia com cotrimoxazol. À observação no SU, a doente encontrava-se hipotérmica e hipotensa, incapaz de verbalizar queixas, com movimentos mastigatórios repetitivos, macroglossia, e edemas generalizados. Havia ainda referência a agravamento da sua obstipação crónica. Analiticamente com hipoglicémia, hiponatrémia, agravamento da função renal e rabdomiólise. Apresentava ainda discretos parâmetros inflamatórios e sumária de urina sugestiva de infecção. Realizou tomografia computorizada crânio-encefálica que exclui existência de eventos agudos. Perante o evidente agravamento do estado de consciência, perfil hipotensivo e hipoglicémico e oligoanúria, apesar da terapêutica instituída (fluidoterapia, antibioterapia), considerou-se a hipótese de hipotiroidismo, pelo que foi pedido doseamento das hormonas tiroideias e iniciada terapêutica com levotiroxina e hidrocortisona endovenosas. A recuperação clínica foi notória com recuperação do estado de consciência, reversão do choque e resolução da rabdomiólise. Os doseamentos inicias de TSH= 84 mU/L e T4L <0.3 mU/L, confirmaram o hipotiroidismo. Os anticorpos antitiroideus foram negativos. A doente teve alta ao 8ºdia de internamento, francamente melhorada.

CONCLUSÃO: Este caso evidencia a necessidade de considerar o diagnóstico de coma mixedematoso perante um doente com clínica sugestiva de hipotiroidismo grave. Neste cenário é consensual o início imediato de reposição hormonal endovenosa enquanto são aguardados os resultados analíticos da função tiroideia, uma vez que, a ausência de tratamento precoce pode condicionar desfecho fatal em até 60% dos casos.

PO425

973 DA HIPONATRÉMIA AO ARACNOIDOCELO

Teresa Dias Moreira, Liliana Castro E Costa, Teresa Pereira, Margarida Almeida, Mariana Martinho, Vítor Fagundes, Diana Cruz, Mari Mesquita

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Penafiel, Portugal

Introdução

A hiponatrémia é a alteração eletrolítica mais frequente na prática clínica hospitalar e reflecte uma alteração do balanço de água, com consequente diminuição da osmolalidade plasmática. Pode ter várias causas, podendo ser uma das manifestações de insuficiência adrenal. Os quistos aracnoideus são coleções localizadas de líquido cefalorraquidiano (LCR) com membranas aracanóides. Representam 1% das massas intracranianas e em cerca de 1/10 casos surgem na região selar/supraselar. São, na sua maioria, assintomáticos mas podem ser uma causa rara de hipopituitarismo.

Descrição

Mulher, caucasiana, 73 anos. Sem patologias de relevo nem medicação crónica, nomeadamente diuréticos ou inibidores selectivos da recaptação da serotonina. Quadro de astenia marcada com 1 mês de evolução e vómitos há 1 semana. Objetivamente hipotensa, euvolémica e sem défices neurológicos focais. Internada por hiponatrémia hiposmolar com líquido extracelular normal, grave e sintomática. Do estudo a salientar sódio(Na) 114mmol/L, potássio 5,1mmol/L, sem alterações equilíbrio ácido-base, osmolaridade sérica 264mOsmol/Kg e Na urinário 61mmol/L. Cortisol matinal 0.955ug/dL e ACTH matinal 8.8. Tomograficamente sem lesões suspeitas, incluindo glândulas supra-renais de morfologia e dimensões normais, sem nódulos sistematizáveis. Insuficiência adrenal secundária. Acrescia LH, FSH e prolactina baixas. RMN hipófise sugestiva de aracnoidocelo intrasselar [“glândula hipofisária de reduzida espessura, sobretudo anteriormente, onde se encontra confinada uma fina lâmina de tecido que reveste o pavimento selar, verificando-se que a sela se encontra preenchido sobretudo por LCR”]. Iniciou hidrocortisona oral 20mg+20mg+10mg após bólus de 50 mg EV, com melhoria clínica e normalização sustentada de valores de Na sérico.

PO426

1110 SÍNDROME DE CUSHING PARANEOPLÁSICO DEPENDENTE DE ACTH – CASO CLÍNICO

Mariana Teixeira Pacheco[1], Sarah Lopes[2], Susana Ferreira[1], Raquel Mora Garcia[1], Neuza Soares[1]

[1]Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

[2]Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, Porto, Portugal

Introdução

Em 1912, Harvey Cushing descreveu pela primeira vez a “síndrome pluriglandular” que designava um mosaico clínico caracterizado por obesidade central de instalação rápida, Diabetes Mellitus, oligoamenorreia, hirsutismo, hipertensão arterial, fraqueza muscular proximal, pele fina e equimoses fáceis. Mais tarde, já sob o epónimo actual, os elementos clínicos da síndrome foram categorizadas por Fuller Albright como anti-anabólicos e anabólicos, sendo os primeiros maior utilidade no diagnóstico diferencial com síndrome metabólica.

O Síndrome de Cushing é o resultado fenotípico do aumento dos níveis séricos de cortisol. Este aumento pode ser endógeno e, nesse caso, tratar-se de S. Cushing independente de ACTH por aumento primário do cortisol ou de S. Cushing dependente de ACTH. A síndrome pode ser iatrogénica quando a fonte da hipercortisolémia é exógena.

Descrição

Este trabalho trata do caso clínico de um homem de 37 anos, que tem como antecedente de relevo taquicardia supra-ventricular por via acessória submetida a ablação em Abril de 2017. Durante esse internamento, o doente notou acumulação de gordura na região cervical posterior. Surgiram ulteriormente edemas dos membros inferiores, fraqueza muscular proximal, hirsutismo na região escapular, edema da face, cefaleias frontais e aumento ponderal importante.

O doente realizou uma radiografia de tórax que evidenciou formação nodular paramediastinica esquerda que, dado o contexto clínico, motivou estudo complementar, tendo sido objectivados níveis séricos elevados de cortisol e ACTH. O estudo de TC torácica confirmou a presença de nódulo pulmonar no lobo superior esquerdo, de 30x21mm, que na PET-Dotanoc era o único foco de captação de radiofarmaco. O estudo histológico do produto de biópsia revelou um Carcinoide do pulmão produtor de ACTH.

Pretendemos descrever um caso de Síndrome de Cushing dependente de ACTH, tendo como objectivo distinguir esta entidade como fenómeno paraneoplásico e precipitante do diagnóstico da neoplasia.

PO427

1125 SOBRECARGA DE FERRO NUMA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA

Diana Oliveira, Joao Frade, Patrícia Dinis Dias, Adélia Simão, Armando Carvalho

CHUC, Coimbra, Portugal

Introdução

A sobrecarga de ferro (SF) é um problema potencialmente grave, com risco de lesão de órgão, muitas vezes negligenciado porque os sintomas são inespecíficos e de início insidioso.

Objetivos

Identificar a prevalência e as principais causas de SF em doen-

tes seguidos em consulta externa de medicina interna (CEMI).

Métodos

Estudo retrospetivo de todos os doentes com hiperferritinemia sérica e determinação concomitante de saturação de transferrina (ST) seguidos em CEMI, num hospital terciário, no ano de 2016. Foram selecionados os que apresentavam SF (homens com ferritina (F)>300 µg/L e ST>50%, mulheres com F>200 µg/L e ST>45%) e analisados dados demográficos, proveniência e motivo de consulta. Foram ainda avaliados, pesquisa de mutações no gene HFE e realização de ressonância magnética hepática (RMH) para quantificação do depósito de ferro e de terapêutica específica (flebotomia/eritraferese).

Resultados

De 176 doentes com hiperferritinemia sérica, 33 (18.8%) apresentaram SF. Destes, 79% eram homens e 21% mulheres, com idade média de 59 +/- 13 anos. O tempo médio de follow-up era de 26 meses. O valor médio de F foi 1274 µg/L e de ST foi 63%. Os motivos mais frequentes de pedido de consulta foram hiperferritinemia e alteração das enzimas hepáticas (21% cada), sendo a maioria proveniente do serviço de urgência (25%). As principais causas de SF foram secundárias (82%), onde se destacam a cirrose hepática e a esteatohepatite alcoólicas; 3 doentes (9%) tinham hemocromatose hereditária (HH). A RMH foi realizada em 3 doentes (1 doente apresentava sobrecarga ligeira, 1 moderada e outro grave). 7 doentes (21%) com SF realizaram terapêutica específica dos quais, 5 (71%) flebotomia e 2 (29%) eritraferese.

Conclusões

A maioria dos doentes com hiperferritinemia não apresenta SF. As causas secundárias de SF como as doenças hepáticas causadas pelo consumo de álcool são a principal causa de SF nos doentes seguidos na CEMI. A HH não é uma causa frequente de SF.

PO428

1130 MACROADENOMA DA HIPÓFISE

Catarina Patronillo, Ângela Coelho, Luciana Faria, Sónia Fernandes, Vera Seara

CHPVVC, Póvoa De Varzim, Portugal

Introdução

Mulher, 73 anos internada por sépsis com ponto de partida em pneumonia bilateral por Legionella, com necessidade temporária de internamento em Unidade de Cuidados Intermédios.

Descrição

No decurso do internamento identificada anemia normocítica/normocrómica agravada, alterações da função tiroideia compatíveis com Hipotiroidismo Central, Diabetes Mellitus tipo 2 de difícil controlo (com vários anos de evolução), osteoporose de gravidade desproporcional à idade da doente, tendência para a hipocaliémia, apesar de Doença Renal Crónica estável de base, e uma predisposição aumentada a intercorrências infeciosas. Objectivamente apresentava características cushingoides.

Optou-se por prosseguir estudo com tomografia cerebral que identificou uma lesão ocupante de espaço de ~4cm compatível com Macroadenoma Hipofisário, confirmada por ressonância magnética cerebral que, adicionalmente, revelou que a não individualização entre a lesão e a glândula, com obliteração da cisterna supra-selar e deformação do quiasma óptico. Durante o internamento não se verificaram sintomas neurológicos sugestivos de hipertensão intracraniana ou, nomeadamente neste caso, alteração dos campos visuais.

O estudo hormonal subsequente foi sugestivo de se tratar de um Macroadenoma Corticotrófico. Uma vez restabelecida, a doente teve alta com indicação para reavaliação em consulta externa de Medicina Interna e orientação para consulta de Neurocirurgia

PO429

1147 SÍNDROME DISMETABÓLICA DE SOBRECARGA DE FERRO

Diana Oliveira, Joao Frade, Patrícia Dinis Dias, Adélia Simão, Armando Carvalho

CHUC, Coimbra, Portugal

Introdução

A síndrome dismetabólica de sobrecarga de ferro (SDSF) corresponde ao aumento das reservas corporais e hepáticas de ferro, associadas a componentes da síndrome metabólica (CSM), na ausência de outra causa para excesso de ferro.

Objetivos

Identificar a prevalência da SDSF nos doentes seguidos em consulta externa de medicina interna (CEMI).

Métodos

Estudo retrospetivo de todos os doentes com hiperferritinemia sérica e determinação concomitante de saturação de transferrina (ST) seguidos em CEMI, num hospital terciário, no ano de 2016. Foram selecionados os que apresentavam hiperferritinemia com ST normal (HSTN) (homens: ferritina (F)>300 µg/L e ST≤50%, mulheres: F>200 µg/L e ST≤45%) e analisados dados demográficos, proveniência e motivo de consulta. Foram ainda avaliados CSM e realização de ressonância magnética hepática (RMH), biópsia hepática (BH) e de terapêutica específica (TE).

Resultados

De 176 doentes, 143 apresentavam HSTN. Destes, 77% eram homens e 23% mulheres, com idade média de 62+/-15 anos. O tempo médio de follow-up era de 32+/-54 meses. O valor médio de F foi 603 µg/L e de ST foi 31%. O motivo mais frequen-

te de pedido de consulta foi alteração das enzimas hepáticas (34.3%), a maioria proveniente do serviço de urgência (29%). As principais causas de HSTN foram doença hepática alcoólica (38%) e hiperferritinemia secundária a CSM (22%). Apenas 14 doentes (10%) realizaram BH e 13 doentes (9%) RMH (3 doentes tinham RMH normais, 9 sobrecarga de ferro ligeira e 1 moderada). Foi possível estabelecer o diagnóstico de SDSF em 13 doentes (9%). De 18 doentes (13%) que realizaram TE, 13 (72%) fizeram flebotomias e 5 (28%) eritraferese.

Conclusões

A SDSF é provavelmente subdiagnosticada na população estudada uma vez que requer a comprovação de sobrecarga hepática de ferro, mas poucos são os doentes que fazem BH/RMH. Dado que a SDSF não requer TE mas sim controlo dos CSM, a realização de exames complementares invasivos/dispendiosos deve ser ponderada individualmente, de acordo com o risco de lesão de orgão alvo.

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 09
14:00 - 15:30

PO430

1202 HEMICOREIA-HEMIBALISMO INDUZIDA PELA HIPERGLICEMIA: RARA, INCAPACITANTE MAS POTENCIALMENTE REVERSÍVEL

Vanessa Palha, Carla Fidalgo, Ana Vilaça, Teresa Pimentel, Narciso Oliveira, Carlos Capela

Serviço de Medicina Interna - Hospital de Braga, Braga, Portugal

Introdução

Os distúrbios metabólicos, incluindo a hiperglicemia, podem associar-se a um espectro clínico amplo de manifestações neurológicas. A hemicoreia-hemibalismo induzida pela hiperglicemia (HHIH), descrita pela primeira vez em 1960, é uma apresentação rara de hiperglicemia grave não controlada, cuja fisiopatologia permanece desconhecida.

Descrição

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, 85 anos, com antecedentes de Hipertensão Arterial, Dislipidemia e Diabetes Mellitus tipo 2, com história de incumprimento terapêutico, foi trazida ao serviço de urgência por aparecimento súbito de movimentos involuntários dos membros esquerdos e hemiface ipsilateral durante o dia, que desapareciam durante o sono, com cerca de 1 mês de evolução. Sem hábitos toxicológicos. Ao exame físico, desidratada, com movimentos involuntários, rápidos, irregulares e não suprimíveis dos membros esquerdos (predomínio da porção distal do membro superior) com envolvimento da hemiface ipsilateral; sem outras alterações de relevo. Do estudo realizado, a salientar hiperglicemia (662mg/dL), hemoglobina glicosilada 15.3%, creatinina 1.3mg/dL, ureia de 79mg/dL e função tiroideia normal; TC cerebral com hiperdensidade no corpo estriado direito não hemorrágica e RMN cerebral com lesão no corpo estriado direito com hipersinal em T1. Os dados clínicos em conjunto com a avaliação labroratorial e imagiológica sugeriram o diagnóstico de HHIH. A doente foi internada no Serviço de Medicina Interna, tendo iniciado insulinoterapia para controlo glicémico e terapêutica anti-psicótica (haloperidol e quetiapina). Associado ao controlo glicémico houve redução dos movimentos involuntários.

Discussão: Perante a tríade hemicoreia-hemibalismo, hiperglicemia e lesão hiperintensa nos núcleos da base na RMN cerebral em T1, o diagnóstico raro, mas com potencial de reversibilidade de HHIH deve ser considerado. A identificação e intervenção precoces permitem a redução da morbilidade associada.

E-POSTERS

PO431

1210 DIABETES AUTO-IMUNE LATENTE DO ADULTO: REVISÃO DE TRÊS DOENTES

Ana Rita Elvas, Filipa Carrega, Telma Mendes, Leopoldina Vicente

Centro Hospitalar Cova da Beira, Covilhã, Portugal

Introdução

A diabetes tipo 2 é responsável por cerca de 90% dos casos de diabetes na Europa e a diabetes tipo 1 por cerca de 5-10%, sendo os restantes casos por outras causas, como defeitos genéticos ou iatrogenias. A prevalência de Diabetes Autoimune Latente do Adulto (LADA) não é conhecida, devendo ser responsável por uma pequena fração.

Objetivos

Revisão de tema

Métodos

Revisão de processos clínicos

Resultados

Caso Clínico 1: Mulher 48 anos com diabetes mellitus (DM), hipotiroidismo auto-imune e índice de massa corporal (IMC) <25kg/m2. Medicada e controlada com sitagliptina/metformina 850/50mg/2x dia. Dez anos após o diagnóstico iniciou quadro de descompensação dos valores glicémicos com perda ponderal. Analiticamente com Ac (anticorpo) anti-GAD (anticorpo anti-glutamato descarboxilase) aumentado. Dignosticada como

LADA com início de insulinoterapia e melhor controlo glicémico.

Caso Clínico 2: Mulher 55 anos com DM com 20 anos de evolução, hipotiroidismo auto-imune e dislipidemia. Diagnóstico de LADA aos 40anos com múltiplos ajustes de insulinoterapia mas com controlo glicémico precário por má compreensão terapêutica e erros alimentares.

Caso Clínico 3: Homem 47 anos com quadro de emagrecimento, polidipsia e polifagia com hiperglicemia associada há cerca de 6anos. Iniciou metformina/vildagliptina 1000/50mg/2x dia sem controlo. Posteriores ajustes de antidiabéticos orais (ADO) com agravamento dos valores de glicemia capilar tendo sido instituída insulinoterapia cerca de 6meses após o diagnóstico. Posteriormente doseado AC anti-GAD que confirmou suspeita de LADA

Conclusões

Os doentes com LADA são adultos que no momento do diagnóstico não necessitam de insulina, com progressão para dependência de insulina passados vários meses ou anos. Por norma, são um grupo heterogéneo, com títulos de auto-anticorpos, IMC e progressão para dependência de insulina variáveis. A presença e o título de Ac anti-GAD pode ajudar a identificar os doentes com suposta diabetes tipo 2, que apresentam tendência a responder mal a ADO e com maior risco de desenvolver cetoacidose.

PO432

1268 CASUÍSTICA DE DIABETES GESTACIONAL DE UM CENTRO HOSPITALAR EM 2016

Diana Pinho Santos, Giovana Ennis, Rita Dinis, Cátia Ferreira, Cristina Andrade, Adelino Carragoso, Isabel Torres, António Correia

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E., Viseu, Portugal

Introdução

A Diabetes Gestacional (DG) representa a principal complicação médica da gravidez, tendo vindo a aumentar a sua prevalência em Portugal.

Objetivos

Os autores apresentam os dados obtidos das grávidas com diagnóstico de DG seguidas na consulta de Diabetes na Gravidez de um Centro Hospitalar no ano de 2016.

Métodos

As variáveis foram analisadas utilizando os programas Office Excel e SPSS.

Resultados

Incluídas 147 mulheres, com idade média de 33 anos. Foram encaminhadas pelo médico assistente (médico de família ou obstetra particular) 57,14%. Identificaram-se 37,41% das grávidas com antecedentes familiares (1ª grau) de Diabetes Mellitus (DM) e 19,57% das grávidas não primigestas com antecedentes pessoais de DG. A idade gestacional média ao diagnóstico foi 15,1 semanas. O IMC médio da grávida foi de 27,2 (± 5,39) Kg/m2 e o ganho ponderal médio 7,7 (± 5,72) Kg. Instituída insulinoterapia em 51,7% dos casos, com dose total média de 22 Unidades diárias. A Hemoglobina A1c média no 3º trimestre foi de 5,1% (± 0,41). O peso médio ao nascimento dos recém-nascidos (RN) foi de 3203,89g. A morbilidade neonatal ocorreu em 25,85% dos RN, predominando: hiperbilirrubinemia neonatal (23,13%), síndrome de dificuldade respiratória (8,16%), hipoglicemia neonatal (2,72%) e anomalias congénitas (8,16%). Foi necessário internamento em UCIN em 14,97% dos RN. Reclassificação 6-8 semanas após o parto: 0,68% (1/147) com DM; 1,36% (2/147) com anomalia da glicemia em jejum; 2,72% (4/147) com diminuição da tolerância à glicose.

Conclusões

A análise dos casos de DG é um relevante índice de qualidade dos cuidados de saúde. Permite reconhecer falhas no diagnóstico, seguimento e terapêutica das grávidas com o propósito de aprimorar a qualidade dos cuidados prestados e a obtenção de melhores resultados no que refere à saúde materna e neonatal.

PO433

1503 DÉFICE DE VITAMINA B12 - UMA APRESENTAÇÃO INCOMUM

Rosana Maia, Lúcia Brandão, Duarte Silva, Pedro Pinto, Edgar Torre, Carmélia Rodrigues, Diana Guerra

ULS Alto Minho - Hospital Santa Luzia, Viana Do Castelo, Portugal

Introdução

As manifestações clínicas do défice de vitamina B12 (VB12) são variáveis e dependem de vários fatores. A nível neurológico, pode manifestar-se com parestesias, alteração do equilíbrio e da propriocepção e nos casos de deficiência grave com deterioração cognitiva/ demência.

Descrição

Caso Clínico: Homem, 76 anos, diabético, hipertenso e com dislipidemia, admitido no Serviço de Urgência após crise epiléptica (CE) tonicoclónica generalizada. Diarreia com 6 meses de evolução. À admissão, agitado, não colaborante, mobilizava os 4 membros, disfasia e sinais de mordedura da língua. Apirético, normotenso, normocárdico, Dx 199 mg/dL, SatO2 88%. AC e AP: sem alterações. Analiticamente, anemia normocítica e normocrómica (Hgb 12.9 g/dL), leucocitose com neutrofilia, DHL 337 UI/L, CK 208 UI/L e Mioglobina 944 mg/dL. Urina tipo II, radiografia de tórax, ECG, TC-CE e Angio-TC: sem alterações. Necessidade de sedação e ventilação invasiva, pelo que foi admitido na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Punção lombar: citoquímica sem alterações. Iniciou aciclovir e levetiracetam. EEG: sem atividade epileptiforme. RMN-CE: sem

alterações de relevo. VB12 < 83 pg/mL, Ferro 21 ug/dL, CTFF 198 ug/dL e anticorpos anti-fator intrínseco positivos. Restante estudo imunológico negativo. Iniciou suplementação com VB12 e Ferro, com recuperação progressiva dos défices. Transferido para enfermaria em D9 Internamento, apresentando lentificação psicomotora e marcha de base alargada. Endoscopia digestiva alta com biópsia duodenal: sem evidência de Doença de Whipple (W). PCR Treponema W no LCR e anticorpos anti-transglutaminase negativos. Sem novas crises e no momento da alta, sem défices.

Discussão: A anemia perniciosa é uma doença auto-imune e constitui uma das causas de défice de VB12. A exposição deste caso prende-se pela forma rara de apresentação: síndrome confusional agudo e CE com agitação pós-ictal prolongada, necessitando de admissão na UCI. Existem apenas 7 casos descritos na literatura.

PO434

1529 COMPLICAÇÕES DE UM DIAGNÓSTICO TARDIO DE HIPERALDOSTERONISMO PRIMÁRIO

Rosana Maia, Lúcia Brandão, Duarte Silva, Pedro Pinto, Edgar Torre, Carmélia Rodrigues, Diana Guerra

ULS Alto Minho - Hospital Santa Luzia, Viana Do Castelo, Portugal

Introdução

O Hiperaldosteronismo primário (HP) resulta da secreção autónoma de aldosterona, e constitui uma causa comum mas subdiagnosticada de hipertensão (HTA). Esta hipersecreção pode ter origem num adenoma ou em hiperplasia da glândula suprarrenal.

Descrição

Caso Clínico: Homem, 73 anos, hipertenso, diabético, obeso, ex-fumador, com sequelas de AVC isquémico e Doença Renal Crónica, recorre ao Serviço de Urgência por incontinência urinária, astenia e diminuição da força nos membros inferiores. TA 200/112mHg, FC 70 bpm, AC: sopro sistólico grau II/VI, AP: sem alterações. Analiticamente, anemia normocítica e normocrómica (Hgb 11.8 g/dL), Creat 1.52 mg/dL, K 2.9 mmol/L, Mioglobina 382 ng/mL, Troponina I 2266.3 pg/mL. ECG: ritmo sinusal, sem alterações ST-T. Urina II sem alterações. Internado por Emergência hipertensiva e EAM. Ecocardiograma e Cintigrafia de perfusão do miocárdio: suspeita de isquemia lateral médio-basal, depressão ligeira FS. Decidido tratamento conservador. Manteve perfil hipertensivo com necessidade de terapêutica anti-hipertensora multimodal. Revendo histórico analítico, verificada hipocalemia desde 2015, mesmo sob terapêutica com IECA e KCL. Solicitado TC Supra-renal: adenoma da glândula suprarrenal direita e Razão Aldosterona-Renina (RAR) 40.55 que confirmou o diagnóstico de HP. Em D9 internamento, crise epiléptica de curta duração, tendo iniciado levetiracetam. Sem novas crises, mas com períodos de alteração do comportamento. TC Cerebral (CE): sem alterações. RMN-CE (Alto Campo): enfarte lacunar recente na região talamocapsular esquerda e várias lesões no contexto hipertensivo. À data de alta, normotenso. Orientado para consulta de Medicina Interna, Cirurgia Geral e Neurologia.

Discussão: O diagnóstico de causas secundárias de HTA é por vezes esquecido. Perante HTA resistente e hipocalemia refratária é importante a suspeição clínica de HP. Neste caso, um diagnóstico mais precoce, poderia ter evitado a ocorrência de EAM e AVC.

PO435

1606 ACIDOSE LÁCTICA ASSOCIADA A METFORMINA APÓS COLONOSCOPIA COM PREPARAÇÃO INTESTINAL

Diana Macedo Martins[1], Helena Miguel Moreira[2], Joana João Fernandes[2], Maria Teresa Antunes[2]

[1]Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, IPOP-FG, Porto, Portugal

[2]Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

Introdução

A acidose láctica associada à metformina (MALA) é rara mas potencialmente fatal. Caracteriza-se por acidemia metabólica e lactato > 5 mmol/L num doente medicado com metformina após exclusão de outras causas de acidose láctica. Surge associada a fatores precipitantes que interferem com a eliminação da metformina e o metabolismo hepático do lactato.

Descrição

Mulher, 72 anos, admitida no Serviço de Urgência por dor abdominal difusa associada a vómitos e diarreia, um dia após colonoscopia com preparação intestinal. Antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 e nefropatia diabética, medicada com metformina (3g/dia) e vildagliptina. Quadro inicial de agitação seguido de prostração e hipotermia, associado a dificuldade respiratória. Gasometria: pH 6.64, pO2 74 mmHg, pCO2 26 mmHg, HCO3- 2.8 mmol/L e Lactato 17 mmol/L. Lesão renal aguda com Creatinina 7,48 mg/dL e Ureia 123 mg/dL. Excluídas outras etiologias para a acidose láctica, internada na Unidade de Cuidados Intensivos com diagnóstico de MALA secundária a lesão renal aguda por desidratação após preparação para colonoscopia. Evoluiu em choque com necessidade de suporte vasoativo e ventilação mecânica invasiva. Necessidade de hemofiltração venovenosa contínua com correção da acidemia e melhoria da função renal. Transferida para a enfermaria, apresentou evolução clínica favorável mas com alcalose respiratória persistente, acabando por se documentar tromboembolismo pulmonar agudo consequente a trombose venosa profunda gemelar associada a imobilização prolongada. Teve alta sob insulinoterapia e varfarina.

Salienta-se a importância da prescrição adequada de metformina e a necessidade de equacionar a sua suspensão transitória

perante procedimentos diagnósticos que cursem com depleção de volume, sobretudo em doentes idosos ou com comorbilidades importantes. A MALA é uma condição clínica grave e um diagnóstico a ter em mente dado o número exponencial de doentes medicados com metformina.

PO436

1674 PREVALÊNCIA DE DISAUTONOMIA NUMA POPULAÇÃO COM DIABETES – APLICAÇÃO DA ESCALA 'SURVEY OF AUTONOMIC SYMPTOMS'

Rui Valente, Sílvia Balhana, Yasmin Mamade, Mónica Sousa, Árcia Chipepo, Francisco Araújo, José Araújo

Hospital Beatriz Ângelo, Lisboa, Portugal

Introdução

A disautonomia diabética é uma complicação da Diabetes mellitus (DM), sendo uma entidade subdiagnosticada e subvalorizada pelos próprios doentes. O questionário 'Survey of Autonomic Symptoms (SAS)' foi criado e validado para identificar sintomas precoces de disautonomia, como tonturas, secura de mucosas, padrão de sudorese, sintomas gastrintestinais e genito-urinários.

Objetivos

Avaliar a prevalência de disautonomia diabética numa população de doentes com DM de um serviço de medicina.

Métodos

Aplicação do questionário SAS a uma população de doentes com DM provenientes do serviço de Medicina Interna (consulta e internamento). Descrição das características demográficas da população (género, idade, tempo de evolução de diabetes, terapêutica e controlo metabólico) e a prevalência da sintomatologia disautonómica de acordo com o SAS.

Resultados

Foram incluídos 49 doentes, 53% do sexo feminino, com idade média de 74,5 anos (DP=14), a maioria com DM tipo 2 (93%), com duração média de doença > 10 anos (67%). Como complicações 31% dos doentes apresentava doença vascular cerebral, 39% nefropatia e 45% doença coronária. A hemoglobina glicada média foi de 7,6% (DP=1,7) e a taxa de filtração glomerular média foi de 58 mL/min. Cerca de 98% dos doentes apresentava pelo menos um sintoma de acordo com o SAS, sendo os mais frequentes a boca seca (65%), as tonturas (51%), a sensação de diminuição de sudorese dos pés (31%) e os sintomas gastrintestinais (24%). Cerca de 39% referiram disfunção eréctil.

Conclusões

A disautonomia diabética é muitas vezes subdiagnosticada e pouco estudada nos doentes com DM. Este estudo vem mostrar que a grande maioria dos doentes apresenta algum tipo de disfunção autonómica que poderá justificar estudo complementar de disautonomia cardiovascular ou de neuropatia periférica, que são factores de risco de doença cardíaca e morte cardiovascular precoce.

PO437

1699 CALCINOSE DIFUSA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Filipa Leal, Luís Nogueira, João Rocha, André Paupério, Vítor Fagundes, Anabela Silva, Mari Mesquita

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Penafiel, Portugal

Introdução

O hipoparatiroidismo é um distúrbio endócrino raro. A principal causa é a cirurgia do pescoço anterior, como tiroidectomia. A incidência de hipoparatiroidismo permanente após tiroidectomia total está reportado entre 0.3 e 6.3%. Apresentamos um caso de hipoparatiroidismo prolongado a condicionar calcinose difusa com calcinose intracraniana exuberante.

Descrição

Mulher de 73 anos, mRankin prévio 1. Antecedentes de hipertensão arterial e tiroidectomia total há 20 anos com hipotiroidismo e hipocalcemia secundárias, medicada com levotiroxina e suplementação de cálcio, com cumprimento irregular e sem seguimento médico.

Internada por acidente isquémico transitório carotídeo direito. Tomografia computarizada a revelar extensa calcificação crónica dos núcleos cerebrais e cerebelosos centrais, dos espaços de Virchow-Robin e corticais calcarinos. Doppler carotídeo com estenose superior a 90% em ambas artérias carótidas internas. Doppler e angiografia abdominal com extensa calcificação ateromatosa da aorta e artérias renais. Estudo analítico com hipocalcemia grave, défice de vitamina D, hipoparatiroidismo e hiperfosfatémia. Dada a estenose carotídea direita sintomática foi submetida a endarterectomia sem intercorrências.

Foi ajustada dose de levotiroxina, iniciou suplementação de cálcio e vitamina D, ficando eutiroidea e atingindo a normocalcemia.

Hipertensão arterial de difícil controlo admitindo-se contributo importante da estenose das artérias renais bilateralmente.

O hipoparatiroidismo iatrogénico com hipocalcemia é uma complicação importante da tiroidectomia e, pode variar entre assintomática a ameaçadora de vida.

Em termos de calcinose intracraniana é raro o atingimento de estruturas para além dos núcleos da base e do cerebelo. Estas alterações podem culminar no desenvolvimento de síndromes extrapiramidais ou demência.

O reconhecimento do diagnóstico e terapêutica, com acompanhamento regular permitem evitar o desenvolvimento de lesões.

PO438

1705 CASO RARO DE ALTERAÇÕES HORMONAIS DIAGNOSTICADAS NA FASE ADULTA

Ana Leite, Helena Sarmento, Jorge Cotter

Hospital Senhora Oliveira, Guimarães, Portugal

Introdução

O hipogonadismo hipogonadotrófico idiopático (HHI) é causado por uma deficiência na produção, secreção ou ação da hormona libertadora de gonadotropina (GnRH), caracterizando-se sobretudo por uma puberdade ausente ou incompleta. O HHI é clínica e geneticamente heterogéneo podendo estar associado a anosmia (Síndrome de Kallmann) ou surgir de forma isolada. Geralmente diagnostica-se antes dos 18 anos de idade e tem uma predominância masculina (3-5:1).

Descrição

Apresentamos o caso de um jovem de 21 anos do sexo masculino, que foi encaminhado para a nossa consulta por diminuição da pilosidade facial e voz fina. Laboratorialmente apresentava diminuição da testosterona, hormona luteinizante (LH) e hormona folículo-estimulante (FSH). Restante estudo analítico do eixo hipotálamo-hipofisário foi normal. Ecografia testicular mostrou testículo de 5 ml. A ressonância magnética pituitária não revelou micro ou macroadenomas da hipófise. A densitometria óssea mostrou osteopenia. Foi diagnosticado HHI e foi iniciada a terapêutica hormonal com testosterona com indução de virilização ao fim de 6 meses, encontrando-se também medicado com cálcio e vitamina D.

O diagnóstico de HHI é de extrema importância para o estado de saúde futura destes doentes. Efetivamente, a osteoporose, a disfunção sexual e a infertilidade são algumas das consequências desta entidade clínica que podem ser reversíveis com o seu correto diagnóstico e tratamento.

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 09
14:00 - 15:30

PO439

1806 CAUSA RARA DE CEGUEIRA EM DOENTES JOVENS

Rute Sousa Martins, Ana Carolina Abreu, Sílvia Monteiro, Rosa Ribeiro, Sara M. Rocha, Arlindo Guimas, Júlio Rocha, Manuela almeida

Centro Hospitalar do Porto - Hospital Geral de Santo António, Porto, Portugal

Introdução

A Atrofia Girata da coróide e da retina é uma doença hereditária do metabolismo, autossómica recessiva, rara, causada pelo défice de ornitina aminotransferase (OAT). Tem início na infância, podendo levar a cegueira entre os 40 e 60 anos Esta doença carateriza-se por uma distrofia coriorretiniana progressiva, acompanhada de perda de visão e sintomas semelhantes a retinite pigmentosa como nictalopia e restrição do campo visual, miopia e cataratas.

Descrição

CASO CLINICO: Homem 33 anos com diagnóstico clínico de retinose pigmentar, foi observado em consulta de oftalmologia por luxação da lente intraocular. Por apresentar edema macular foi avaliado com retinografia e angiografia fluoresceínica que levantou a suspeita de Atrofia Girata, confirmada pelo doseamento elevado dos níveis de ornitina sanguíneos. Foi orientado para consulta de Doenças Metabólicas e da Nutrição, estando neste momento sob tratamento dietético com restrição proteica e de arginina. Posteriormente foi identificada uma irmã do doente, de 35 anos, igualmente diagnosticada com retinite pigmentar. Apresentava antecedentes de Diabetes Mellitus gestacional, história de défice da acuidade visual e nictalopia relatada desde infância. Tinha igualmente antecedentes de cataratas intervencionadas aos 23 anos. Foi avaliada por oftalmologia, constatando-se fundoscopia muito sugestiva de atrofia girata e fez doseamento de ornitina que se verificou estar elevado. Em ambos os casos, existe já doença avançada num dos olhos, com acuidade visual (AV) de movimentos de mão.

DISCUSSÃO: A perda de acuidade visual em doentes jovens deve levantar suspeita de distúrbio metabólico. Os casos relatados de atrofia girata demonstram que com alto nível de suspeição pode ser feito diagnóstico e correção da acumulação de ornitina. A precocidade do diagnóstico é fundamental para a instituição das medidas dietéticas que poderão atrasar o desenvolvimento da atrofia da coróide e retina e a consequente perda de função retiniana.

E-POSTERS

PO440

1819 UMA CAUSA INCOMUM DE FEBRE

Lígia Rodrigues Dos Santos, Gisela Evaristo Vasconcelos, Margarida Silva Cruz, Teresa Dias Moreira, Alice Castro, Mari Mesquita

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Porto, Portugal

Introdução

Na abordagem do doente com febre é essencial uma anamnese e exame físico detalhados e a reavaliação frequente na pesquisa de novos sinais/sintomas. Deverão ser consideradas causas infeciosas; inflamatórias, incluindo doenças do tecido conjuntivo; e neoplásicas.

Descrição

Mulher, 51 anos. Febre com 3 semanas de evolução, predomínio vespertino, associada a astenia, anorexia e perda ponderal, sem outra sintomatologia ou contexto epidemiológico conhecido. Objetivamente febril, sem outras alterações. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios sistémicos e sem alterações na radiografia torácica ou sedimento urinário. Admitida por febre sem foco identificado. Do estudo efetuado: hemoculturas e urocultura negativas, serologias e estudo imunológico negativos, ecocardiograma e tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica sem alterações. Durante o internamento dor e noção de edema da região cervical anterior. Identificada tiroide globosa e dolorosa à palpação. Analiticamente com hipertiroidismo e elevação da velocidade de sedimentação e proteína C reativa. Ecografia tiroideia com glândula aumentada, heterogénea e hipoecogénica, compatível com tiroidite, sem nódulos ou adenomegalias cervicais. Cintigrafia da tiroide sem captação de radiofármaco. Assim, quadro compatível com tiroidite subaguda, tendo iniciado corticoterapia oral com apirexia sustentada, melhoria das queixas cervicais e parâmetros inflamatórios em franco decrescendo. Verificada posterior normalização da função tiroideia e resolução sintomática em poucos meses, o que permitiu confirmar o diagnóstico. A tiroidite subaguda é uma causa rara de hipertiroidismo caracterizada por bócio difuso doloroso, elevação dos parâmetros inflamatórios sistémicos e baixa captação na cintigrafia. A febre e outros sintomas inespecíficos podem estar presentes e o tratamento baseia-se no alívio sintomático, verificando-se resolução espontânea e normalização da função tiroideia em poucas semanas a meses.

PO441

1894 A IMPORTÂNCIA DOS IÕES NA CHAVE DO DIAGNÓSTICO

Raquel Fontes, Ana Luísa Azevedo, Anna Knoch, Flávia Pereira, Cláudia Matta Coelho, Olinda Caetano, Carlos Capela

Hospital de Braga, Braga, Portugal

Introdução

O diagnóstico de hipercalcemia é frequentemente efetuado após achado incidental de cálcio sérico aumentado. Em 90% dos casos, é causada por hiperparatiroidismo primário ou tumores malignos. No primeiro, os níveis de cálcio são geralmente normais ou ligeiramente elevados (< 11 mg/dl), enquanto que no segundo, os valores geralmente excedem os 13 mg/dl. Pode ser assintomática ou apresentar queixas variadas.

Descrição

CASO CLÍNICO:Homem, 67 anos, antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, doença renal crónica, insuficiência cardíaca, fibrilhação auricular, hipocoagulado, portador de pace-maker, patologia osteoarticular degenerativa e tabagismo. Internado por síndrome constitucional para estudo. Apresentava astenia e anorexia progressivas, com perda ponderal, dor abdominal inespecífica, alterações do trânsito intestinal e insónia. Durante o internamento evidenciou períodos de desorientação e lentificação. Analiticamente hemoglobina de 12,5 g/dl (normocítica normocrómica) e creatinina de 2 mg/dl. Constatada hipercalcémia de 14.5 mg/dl, com aumento da paratormona 1581 pg/ml, fósforo normal, vitamina D baixa e função tiroideia normal. Na TC toracoabdominopélvica destacou-se formação nodular na transição cervico-torácica em localização retro-tiroideia lateral esquerda, suspeita de corresponder a tumor da paratiróide. A cintigrafia das paratiróides confirmou a presença de tecido paratiroideu hiperfuncionante. Efetuou terapêutica com pamidronato por 2 vezes enquanto aguardava tratamento cirúrgico, com redução dos níveis de cálcio e melhoria clínica. Foi submetido a paratiroidectomia inferior esquerda e hemitiroidectomia esquerda. Teve alta melhorado, medicado com carbonato de cálcio e calcitriol. A histologia revelou tratar-se de um adenoma.

DISCUSSÃO:Apresentamos um caso de particular interesse pela magnitude de instalação de um quadro que acabou por se revelar benigno e que mostra a importância da avaliação iónica na abordagem diagnóstica.

PO442

1929 ADENOMA DE CONN – CAUSA TRATÁVEL DE HIPERTENSÃO.

Luciana Faria, Florisa González, Teresa Pinto, Maria Duarte, Sónia Da Costa Fernandes, Catarina Patronillo

Centro Hospitalar Póvoa de Varzim Vila do Conde, Vila Do Conde, Portugal

Introdução

O hiperaldosteronismo primário é considerada uma causa rara de hipertensão secundária (<2%), mas com incidência crescente pela maior acuidade diagnóstica. A hipocalémia, descrita com característica "clássica", apenas está presente em 9-37% no momento do diagnóstico.

Descrição

Descreve-se o caso de uma mulher de 52 anos internada em 2011 por hipocalémia (2 mEq/L) e antecedentes de hipertensão arterial desde os 30 anos medicada com 4 classes anti-hipertensoras, Diabetes Mellitus tipo 2 desde os 40 anos medicada com anti-diabéticos orais, obesidade grau 2 e com 3 internamentos anteriores por erisipelas e pneumonia. Do estudo efetuado pós-internamento apresentava valores de aldosterona sérica e urinárias elevadas com renina baixa e com tomografia computorizada a revelar adenoma da supra-renal esquerda. Em 2015 face à manutenção de valores de hipocalémia e hipertensão, resistentes a tratamento, verifica-se que relação aldosterona/renina (decúbito) estava aumentada (>2769.9ng/L / ng/mL/h). A doente foi submetida a suprarrenalectomia esquerda, com exame histológico a confirmar adenoma adrenocortical (Conn), com resolução da hipocalémia e controlo da hipertensão com uma classe farmacológica.

Dado tratar-se de uma doente que afirmava ter vários erros alimentares e com má adesão à terapêutica o diagnóstico de hiperaldosteronismo primário arrastou-se durante cerca de 4 anos. Alerta-se para a necessidade de elevado nível de suspeição para reconhecimento e tratamento atempado da doença e evicção de complicações.

PO443

1978 UMA CAUSA RARA DE HIPERTENSÃO E HIPOCALÉMIA.

Rosa Macedo Carvalho, Sara Costa, Luís Monteiro Dias, Vânia Gomes, Céu Rodrigues, Carlos Capela

Hospital de Braga, Braga, Portugal

Introdução

Os tumores neuroendócrinos são um grupo de neoplasias com origem em células do sistema neuroendócrino com a capacidade de produzir aminas e péptidos, podendo apresentar-se sob uma ampla variedade de caraterísticas morfológicas, funcionais e comportamentais.

Descrição

Apresenta-se o caso de um homem de 77 anos, com antecedentes de HTA de difícil controlo, admitido por quadro de tremor generalizado e parestesias, associado a hipocaliemia grave refratária ao tratamento instituído no SU. Para além do perfil hipertensivo, sem mais alterações objectivas. No 2º dia de internamento, desenvolve quadro de dor abdominal, febre, associado a elevação dos parâmetros inflamatórios e padrão colestático, com ecografia abdominal a confirmar colecistite mas mostrava também lesões hepáticas provavelmente secundárias. Calculo da VBP submetido a tratamento conservador, com posterior realização de CPRE. Do estudo realizado, salientava-se: função renal, sódio sérico e aldosterona sérica dentro da normalidade; cortisol sérico 194 ug/dL, cortisol urinário 11193 ng/mL, ACTH 204 pg/mL. Perante o diagnóstico de hipercortisolismo dependente de ACTH iniciou tratamento com metirapona (750mg/dia). RMN crânio com contrate mostrou formação nodular sugestiva de microadenoma da hipófise. Complicação com choque hemorrágico pós-CPRE, e morte, não permitindo diagnóstico do tumor primário.

A produção ectópica de ACTH por tumores neuroendócrinos é responsável por 5 a 10% dos casos de Doença de Cushing. A sua forma de apresentação inclui uma ampla gama de sinais e sintomas inespecíficos, dentro dos quais se inclui a hipocalémia e a hipertensão. Neste sentido, os autores pretendem alertar para a grande inespecificidade de formas de apresentação destes tumores raros, salientando que o descontrolo tensional em doentes previamente controlados, torna mandatoria a exclusão de causas secundarias.

PO444

2049 UMA CAUSA INCOMUM DE SÍNDROME CONFUSIONAL

Ana Teresa Ferreira, Tiago Pack, Vitória Pires, Catarina Pires, Afonso Rodrigues, Sara Castelo Branco, Patrícia Cachado, Teresa Garcia, António Sousa Guerreiro

Hospital Santa Marta, Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, Portugal

Introdução

A apoplexia hipofisária é um evento raro e potencialmente fatal, surgindo associada, na maioria dos casos, a adenomas da hipófise.

Descrição

Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino de 68 anos, internado por agravamento de doença arterial periférica obstrutiva. Destaca-se história de macroadenoma da hipófise diagnosticado há 8 meses, na altura sem alterações hormonais hipofisárias.

Nos dias seguintes à realização de endarterectomia dos tripés femorais pela Cirurgia Vascular, desenvolve quadro de síndrome

confusional agudo, com períodos de agitação e agressividade alternando com sonolência e lentificação psicomotora, associados a perfil tensional hipotensivo. Não se apuraram sinais ou sintomas oftalmológicos de novo. Do estudo complementar realizado, destaca-se TC crâneo-encefálica sugestiva de necrose hemorrágica do componente supra-selar do macroadenoma hipofisário, com moldagem e desvio superior do quiasma óptico, achados posteriormente confirmados por RMN. Foi realizado estudo hormonal sérico, do qual se destaca diminuição da T3 e T4 livre com TSH normal, diminuição do nível de testosterona, cortisol da manhã no limite inferior do normal, com FSH, LH e prolactina dentro dos valores de referência. Sem desequilíbrios iónicos ou alterações glicémicas valorizáveis.

Admitido hipopituitarismo primário no contexto de apoplexia de adenoma hipofisário, foi iniciada corticoterapia sistémica e levotiroxina, objectivando-se recuperação progressiva do estado neurológico prévio.

Clinicamente, a apoplexia hipofisária pode traduzir-se por um quadro súbito de cefaleias, vómitos, alteração do estado de consciência, sintomas oftalmológicos e disfunção hormonal (onde se inclui compromisso hemodinâmico pela insuficiência adrenal), devido a isquémia ou hemorragia agudas da glândula hipofisária. É habitualmente despoletada por factores desencadeantes como cirurgias major. O tratamento pode ser conservador ou existir necessidade de intervenção neurocirúrgica.

PO445

2088 HIPOPITUITARISMO: CAUSA RARA DE DETERIORAÇÃO COGNITIVA RAPIDAMENTE PROGRESSIVA

Carlos Ramalheira, Ana Gonçalves, Sara Irina Almeira, Rita Dutschmann

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, Amadora, Portugal

Introdução

A diminuição subaguda do desempenho cognitivo pode ter multiplas etiologias, algumas das quais potencialmente tratáveis. Este caso de hipopituitarismo com hipotiroidismo central e insuficiência suprarenal constitui um exemplo paradigmático da importância da história clínica.

Descrição

Identificação: Homem, 75 anos de idade, leucodermico.

Antecedentes pessoais: hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 não insulinotratado, hipercolesterolémia, défice cognitivo minor, tabagismo (60 UMA).

Resumo: Admitido na sequência de um episódio de queda acidental com traumatismo cranioencefálico. Apurou-se um quadro de astenia, lentificação e dispneia de instalação incidiosa com semanas de evolução. Ao exame objectivo não apresentava alterações de relevo excepto pressão arterial de 98/50mmHg (sem medicação habitual). Analiticamente observou-se uma hiponatrémia de 131mEq/L. Os restantes parâmetros das análises (hemograma, coagulação, creatinina e ureia séricas, PCR), o ECG, radiografia do tórax e a TC-Cranioencefálica não apresentavam alterações de relevo. A gasimetria revelou hipocápnia (PaCO2 30mmHg) e hipoxémia (PaO2 56mmHg) pelo que se pediu angio-TC do tórax que revelou múltiplos defeitos de repleção envolvendo bilateralmente ramos segmentares da artéria pulmonar em todos os lobos pulmonares. Realizou ecocardiograma por hipotensão relativa que não revelou sinais de sobrecarga ventricular direita. Internado por tromboembolismo pulmonar sob hipocoagulação. Ao longo do internamento verificou-se progressivamente lentificação psicomotora e deterioração do desempenho cognitivo discrepantes do que estaria descrito meses antes, hipotensão relativa e hiponatrémia com líquido extracelular normal. Do estudo complementar destacamos: ACTH, cortisol, TSH, FT3 e FT4 baixos com as restantes hormonas normais. A ressonância magnética cranioencefálica não apresentou alterações de relevo. Iniciou corticoterapia e posteriormente hormona tiroideia observando-se resolução do quadro clínico.

PO446

2136 AMILOIDOSE CARDÍACA – A DIFICULDADE DO DIAGNÓSTICO

Raquel Fontes, Ana Luísa Azevedo, Anna Knoch, Flávia Pereira, Olinda Caetano, Carlos Capela

Hospital de Braga, Braga, Portugal

Introdução

A amiloidose cardíaca é uma doença rara e o diagnóstico é habitualmente tardio, uma vez que se trata de uma patologia cujas manifestações clínicas são pouco específicas e frequentemente confundidas com outras doenças.

Descrição

CASO CLÍNICO: Mulher, 86 anos, autónoma. Antecedentes de gastropatia atrófica e diverticulose do cólon, sem medicação habitual. Recorreu ao Serviço de Urgência por queixas de dispneia em repouso e palpitações com 5 dias de evolução, associadas a edemas dos membros inferiores. Apresentava-se polipneica e taquicárdica. No estudo efetuado, evidenciada fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida e tromboembolismo pulmonar. A doente iniciou hipocoagulação. Foi excluída patologia neoplásica como causadora do evento trombótico. Realizou ainda ecocardiograma que evidenciou hipertrofia concêntrica severa com depressão ligeira da função sistólica biventricular, por provável etiologia infiltrativa. Em ecocardiograma realizado 6 meses antes não apresentava disfunção relevante. Ressonância cardíaca compatível com miocardiopatia infiltrativa/amiloidose. Do estudo complementar alargado, excluída hemocromatose e sarcoidose. Electroforese das proteínas do soro sem pico mo-

noclonal. Realizou biópsia da gordura abdominal, onde não se constatou deposição de substância amilóide. Aguarda histologia de glândulas salivares.

CONCLUSÃO: Apresentamos este caso pois, apesar do elevado índice de suspeição com base na clínica e nos exames complementares não invasivos, particularmente o ecocardiograma transtorácico e a ressonância cardíaca, o diagnóstico definitivo de amiloidose exigirá sempre demonstração histológica, o que nem sempre é possível.

PO447

2182 UM CASO DE PARALISIA PERIÓDICA TIREOTÓXICA

Ricardo Pinto Sousa[1], Clara Valério Cunha[2], Francisco Sousa Santos[3], Alberto Mello E Silva[4]

[1]Serviço de Medicina II, Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

[2]Serviço Endocrinologia, Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

[3]Serviço de Endocrinologia, Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

[4]Serviço de Medicina I e II, Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

Introdução

A paralisia periódica tireotóxica (PPT) constitui um quadro neurológico de hipertiroidismo, de apresentação rara. Caracteriza-se por episódios recorrentes de fraqueza muscular e hipocaliémia associados à tireotoxicose. É mais comum em homens de origem asiática e com idades compreendidas entre os 20 e os 40 anos.

Descrição

Mulher caucasiana de 42 anos com história conhecida de Doença de Graves desde os 27 anos, há 12 meses medicada com tiamazol e propanolol. Admitida no serviço de urgência por tetraparésia de predomínio proximal, de início súbito após queda com traumatismo do joelho direito. Da anamnese destacava-se ingesta de refeição rica em hidratos de carbono previamente à instalação do quadro, tendo sido também apurado, quadro de palpitações, perda ponderal discreta, hipersudorese e labilidade emocional com um mês de evolução. Não se verificava história familiar de paralisia periódica. Ao exame neurológico com tetraparésia flácida, simétrica e de predomínio proximal, com maior envolvimento dos membros inferiores (grau 3/5 membros inferiores e grau 4/5 nos membros superiores). Laboratorialmente destacava-se hipocaliemia (K+ 2.7 mmol/L) e hipertiroidismo primário (TSH < 0.014 mUI/L, T4 livre >100 pmol/L, T3 livre 18.4 pmol/L), TRAb 6.95 UI/mL. O electrocardiograma revelava taquicardia sinusal, 109/min. Admitido o diagnóstico de paralisia periódica tireotóxica associada à Doença de Graves, pelo que foi iniciada terapêutica com prednisolona, tiamazol, propranolol e reposição iónica, assistindo-se a uma evolução clínica e laboratorial favorável.

Este caso ilustra a importância de considerar a PPT no diagnóstico diferencial de adultos jovens com quadros de défices neurológicos simétricos agudos. Como factores desencadeantes do quadro foram considerados o traumatismo e a refeição com alto teor de hidratos de carbono. O restabelecimento do estado eutiroideu constitui o princípio fundamental do tratamento, evitando a recorrência dos episódios de paralisia.

PO448

2190 PREVALÊNCIA E CARACTERIZAÇÃO DOS DOENTES DIABÉTICOS NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Carolina Sequeira, Marta Custódio, Paula Antunes, Tânia Strecht, Pedro Azevedo, Anabela Marques, Guiomar Peres

Hospital de Cascais - Dr. José de Almeida, Lisboa, Portugal

Introdução

A diabetes é uma doença com prevalência crescente sobretudo entre os doentes hospitalizados.

Objetivos

Determinar a prevalência da diabetes na enfermaria de Medicina Interna (MI) de um hospital distrital e caracterizar o respetivo perfil metabólico.

Métodos

Análise transversal no dia 8/2/2018 dos doentes internados na enfermaria de MI. A diabetes foi definida de acordo com diagnóstico prévio ou segundo os critérios de 2018 da American Diabetes Association.

Resultados

Dos 87 doentes internados, 32 (36.8%) eram diabéticos, sendo o tipo 2 o mais prevalente (84.4%). A média de idades dos doentes diabéticos foi 79.5 ± 11.3 anos e 17 (53.1%) eram do sexo feminino. A maioria (71.9%) era seguida nos Cuidados de Saúde Primários e apenas 1 não tinha vigilância médica, sendo um dos 3 doentes com diagnóstico inaugural. Apurou-se o tempo de evolução da diabetes em apenas 9 doentes, com uma média de 20.6 ± 9.1 anos de evolução, e a presença de lesão de órgão alvo em 13 doentes, sendo a nefropatia a mais prevalente (61.5%). Apenas 81.3% dos diabéticos estavam medicados no ambulatório, dos quais 46.2% com apenas um antidiabético oral. A HbA1c média foi 7.3%. Dos diabéticos, 68.6% estavam internados por doença infecciosa e 50% encontravam-se normoglicémicos nas 24 horas precedentes ao estudo (não se registaram hipoglicemias). O tratamento intra-hospitalar mais prescrito foi o esquema de insulina basal + sliding scale (43.8%) com apenas 21.4% normoglicémicos, e de seguida o esquema sliding scale (34.4%) com 72.7% dos doentes controlados. A hipertensão arterial, a dislipidemia e a obesidade ou excesso de peso foram prevalentes entre os doentes diabéticos (84.4%,

75% e 62.5% respetivamente).

Conclusões

A diabetes é uma doença prevalente e frequentemente subvalorizada em contexto agudo, sendo necessário uma maior implementação das recomendações da sua abordagem no doente hospitalizado. Os nossos resultados convergem com os dados nacionais publicados em 2016 e refletem a necessidade de maior rigor e detalhe dos registos clínicos.

PO449

2203 E TUDO O OSSO COMEU...

Luís Landeiro, Bernardo Baptista, Margarida Proença, Susana Coelho, Miguel Allen, Francisco Rosário

Hospital da Luz, Lisboa, Portugal

Introdução

A hipocalcémia é comum após paratiroidectomia por aumento de influxo ósseo e excreção renal de cálcio. Habitualmente é ligeira e transitória, havendo rápida recuperação da função paratiroideia. Contudo, em 4 a 13% dos casos, a hipocalcémia é grave (< 2.1mmol/L) e prolongada (> 4 dias) mesmo após normalização dos níveis de paratormona (PTH) - hungry bone syndrome. Este ocorre em contexto de redução abrupta de paratormona (PTH) após período prolongado de elevado turnover ósseo.

Descrição

Mulher, 61 anos, hipertensa, com quadro com semanas de evolução de cervicalgia, dorsalgia, odinofagia, dispneia e cansaço para pequenos esforços. Exame físico sem alterações. Do estudo complementar, a destacar: hipercalcémia 13.9mg/dL; PTH 1635pg/mL; função tiroideia normal; creatinina 3.1mg/dL; tomografia computorizada com massa sólida 32x31x67mm, em relação com lobo esquerdo da tiroide, mergulhante e com desvio da traqueia; ecografia renal sugestiva de nefropatia médica. Realizou paratiroidectomia; exame histológico foi compatível com adenoma da paratiroide. Foi doseada a PTH intraoperatória - basal > 2500pg/mL; 30 minutos após excisão 30pg/mL; mínimo 12pg/mL. No pós-operatório, evoluiu com hipocalcémia (sem tetania, arritmia, Chvostek, Trousseau ou outros sinais clínicos), hipofosfatémia e hipomagnesiémia graves e prolongadas. Houve durante 15 dias necessidade de reposição endovenosa de cálcio (perfusão e posteriormente bólus), fosfato e magnésio e consequente vigilância apertada com ionograma a cada 8 horas. Apesar da normalização precoce da PTH (10 dias), manteve hipocalcémia com necessidade de reposição com cálcio oral em alta doses e vitamina D até 6 semanas após a cirurgia.

Conclusão: O hungry bone syndrome é uma complicação incomum, grave e de difícil manejo em doentes submetidos a paratiroidectomia. Estes carecem de vigilância apertada, por forma a adequar o aporte iónico e hormonal e evitar complicações mais graves.

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 09
14:00 - 15:30

PO450

2208 SINDROME DE SHEEHAN - O DIAGNÓSTICO 32 ANOS DEPOIS

Joana Rodrigues Ferreira, Ana Luisa Silva, Maria João Tavares, Gonçalo Castelo Branco, Tiago Seco, Jorge Cotter

Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães, Portugal

Introdução

O hipopituitarismo pós-parto caracteriza-se por necrose e disfunção pituitárias causadas por quadros de hemorragia em contexto obstétrico. Os sintomas e sinais dependem das deficiências hormonais, sendo mais comum a insuficiência supra-renal, o hipotiroidismo e a amenorreia. O síndrome de Sheehan representa uma doença crónica, que pode manifestar-se imediatamente após o evento causador, ou vários anos mais tarde, dependendo do grau de destruição.

Descrição

Descreve-se o caso de uma doente de 56 anos, com antecedentes de asma. Internada na Medicina Interna por hiponatremia hiposmolar euvolémica, desorientação e astenia. Quadro prolongado no tempo de astenia, amenorreia, variações do humor, diminuição da pilosidade corporal. Ao exame objetivo, discurso lentificado, palidez mucosa, rarefação pilosa, hipotensão, hipoglicemia. A amenorreia foi descrita desde os 26 anos, pós-parto. Do estudo efetuado durante o internamento, documentado hipocortisolismo, com cortisol sérico < 0.5ug/dL e cortisol urinário não doseável; ACTH 9; T4 livre muito diminuída com TSH normal; dislipidemia mista. Realizou RMN da hipófise que revelou uma hipófise com espessura reduzida a uma fina lamina aplanada do pavimento selar, refletindo uma"sela turca vazia". Tendo em conta a história clinica, os doseamentos hormonais basais realizados e os achados neuroradiológicos, foi colocada como hipótese diagnóstica mais provável o hipopituitarismo em contexto de síndrome de Sheehan. A doente iniciou terapêutica com hidrocortisona e levotiroxina, com melhoria clinica muito significativa, bem como melhoria laboratorial . A doente mantém o seguimento em Consulta Externa.

O síndrome de Sheehan apresenta a particularidade de se associar à necrose hipofisária motivada por hemorragia pós-parto ou como sequência de choque hipovolémico em contexto de gravidez. Necessita de um tratamento substitutivo crónico, tendo como objetivo a normalização dos níveis circadianos das hormonas que estão alteradas e a melhoria sintomática.

PO451

2359 FEBRE CENTRAL

Luis Gonçalves Vicente, Ana Rita Clara, Ana Baptista

Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Faro, Portugal

Introdução

Os tumores pituitários representam a grande maioria dos tumores intracranianos.

A maioria apresenta sinais e sintomas da hipersecreção hormonal. Contudo, 25-30% são clinicamente não funcionantes.

Adenomas não funcionantes podem ser completamente assintomáticos e a sua deteção ser um achado imagiológico. Noutros verificam-se sintomas neurológicos pela compressão do nervo ótico pelo adenoma ou pela perda da normal função pituitária.

Descrição

Os autores descrevem caso de homem de 81 anos, com antecedentes de bócio multinodular, anemia e lesão polipoide do reto submetida a mucosectomia recente. Vindas recorrentes ao serviço de urgência por febre e astenia. Quantifica perda ponderal de 10 Kg no último ano com anorexia e náuseas sem vómito, cansaço a médios esforços e progressiva dificuldade na locomoção. Internado para estudo apresenta-se lentificado, pálido com força muscular mantida. A avaliação analítica inicial mostra anemia, hiponatremia e hipocaliemia. Surge febre elevada e por suspeita de síndrome pós polipectomia iniciou antibiótico (atb) empiricamente. Manteve picos febris diários sem relação horária, apesar de atb de largo espectro. Estudo endócrino negativo, sem isolamento de qualquer agente nas culturas e sem parâmetros inflamatórios aumentados.

Realiza tomografia computorizada crânio-encefálica que apresentava lesão expansiva hiperdensa localizada à região da sela turca e com extensão supra selar a sugerir ressonância magnética que revela macroadenoma da hipófise (27 x 19 x 19 mm) com invasão do seio cavernoso direito, a moldar a adenohipofise e significativa moldagem do quiasma ótico e dos nervos óticos pré-quiasmáticos.

Por falta de colaboração do paciente ainda sem avaliação da campimetria. Iniciou terapêutica com melhoria clínica. Orientado para neurocirurgia, a aguardar intervenção.

Discussão: Caso clínico de febre não infeciosa, raramente associada a tumor pituitário que, pelas suas dimensões, provoca compressão da haste hipofisária e está na génese da febre.

E-POSTERS

Doenças Gastroenterológicas

PO452

73 ECTASIA VASCULAR DO ANTRO GÁSTRICO (GAVE) EM PADRÃO ESTÔMAGO-MELANCIA: APRESENTAÇÃO COM ANEMIA FERROPÉNICA GRAVE EM DOENTE COM TÍTULO ALTO DE ANTICORPOS ANTI-NUCLEARES (ANA'S) E ANTI-CENTRÓMERO POSITIVO

Ana Catarina Trigo, Ana Afonso, Isabel Cruz, Ana Costa, Adelina Pereira, Rui Silva

Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos, Portugal

Introdução

A GAVE é uma causa incomum de hemorragia digestiva alta (HDA) - cerca de 4% dos casos de etiologia não varicosa. A sua patogénese é pouco compreendida. Em 60% dos casos existe associação com fenómenos autoimunes ou presença de auto-anticorpos (sobretudo ANA's e anti-centrómero) e alguns autores defendem que a GAVE possa ser uma manifestação vascular da esclerodermia. O diagnóstico faz-se por endoscopia, podendo estar presente o padrão patognomónico da mucosa em "estômago em melancia". O tratamento é endoscópico.

Descrição

Caso Clínico: Mulher, 68 anos. Antecedentes: DM tipo2, HTA, dislipidemia, cardiopatia multifatorial, leucoencefalopatia isquémica, gastrite do antro, tendinopatia do ombro esquerdo. Recorreu ao SU por palidez e quadro de astenia desde há várias semanas. Por omalgia esquerda fazia uso de AINEs desde há 1 mês. Referia dejeções com características de melenas nos 2 dias anteriores. Negava fenómeno de Raynaud e disfagia. Objetivamente: palidez mucocutânea, lentificada, sem achados sugestivos de esclerodermia. Analiticamente: Hb de 4.2g/dL e ferropenia marcada. Realizada transfusão de concentrado eritrocitário com bom rendimento. Estudo etiológico: colonoscopia sem alterações, endoscopia digestiva alta (EDA) a mostrar GAVE em padrão estômago melancia, tendo sido feita laqueação elástica e posteriormente coagulação com árgon plasma. Estudo analítico com título de ANA's 1:640 com padrão centrómero, ENA's positivo e anti-centrómero positivo. Ecocardiograma a evidenciar hipertensão pulmonar; tomografia torácica sem evidência de fibrose pulmonar.

Discussão: Este caso ilustra uma causa incomum de HDA. A doente apresentava antecedentes de gastrite antral, podendo traduzir uma fase inicial na patogénese da GAVE. A clínica suge-

re anemia por perdas crónicas, agudizada pela toma de AINEs. A presença de auto-anticorpos sugere uma patogénese imune, embora não exista neste caso fenótipo de esclerodermia. A doente teve alta e mantém vigilância em consulta.

PO453

99 PROCTITE A CITOMEGALOVÍRUS - UMA CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA NO IMUNOCOMPETENTE

Carolina Amado, Ines Zão, Fani Ribeiro, Marcelo Aveiro, Mariana Leal, Daniela Meireles, Margarida Cruz

Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro, Portugal

Introdução

A apresentação da infeção por citomegalovírus (CMV) depende maioritariamente do hospedeiro. Em doentes imunocomprometidos cursa com elevada morbi-mortalidade, enquanto que em imunocompetentes habitualmente é benigna e auto-limitada. O diagnóstico desta infecção tem sido mais frequente no imunocompetente, em alguns casos com severidade.

Descrição

Caso clínico: Mulher, 89 anos, com cardiopatia isquémica e valvular e fibrilhação auricular hipocoagulada. Sem outros antecedentes de relevo conhecidos. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por prostração, diarreia, febre e hipotensão, com alguns dias de evolução. Apresentou, de novo, retorragias, interpretadas como iatrogenia à hipocoagulação. A referir, admissão prévia recente por quadro semelhante, abordada como gastroenterite aguda bacteriana, com evolução favorável.

Ao exame físico, doente prostrada, emagrecida, pálida, desidratada, hipotensa e febril. Analiticamente com anemia normocítica e normocrómica e lesão renal aguda.

Após fluidoterapia e suporte transfusional realizou colonoscopia, que mostrou duas lesões ulceradas, cuja biópsia foi positiva para CMV por imunohistoquímica e pesquisa de DNA. As serologias IgM e IgG foram igualmente positivas. Foram excluídas causas de imunodeficiência.

Iniciou ganciclovir, tendo tido alta sob valganciclovir até cumprir 21 dias de tratamento. As lesões evoluíram com cicatrização progressiva.

Discussão: A proctite por reativação do CMV latente é rara em imunocompetentes, mas quando ocorre, atinge preferencialmente o cólon e o reto. É mais frequente em idosos, cujas co-morbilidades têm efeito imunomodulador celular com alteração da resposta aos agentes infeciosos.

Neste caso, não se identificaram, para além da idade, outros fatores de maior suscetibilidade ao CMV. A imuno-senescência é atualmente considerada um fator de risco para a infeção por este vírus.

Evidencia-se assim a importância de equacionar o CMV como causa de colite em imunocompetentes, para uma abordagem célere e adequada.

PO454

180 PARA ALÉM DO ÓBVIO – UM CASO DE DIARREIA

David Lopes Sousa, Helena Assunção, Ana Sofia Teixeira, Carlos Athayde, Adriano Rodrigues

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

A infecção por Clostridium difficile (CD) está associada a toma de antibióticos de largo espectro, originando quadros de diarreia de difícil resolução. A colite linfocítica afecta principalmente mulheres na sexta e sétima décadas de vida, sendo uma forma rara de doença inflamatória intestinal que não apresenta alterações na endoscopia. Caracteriza-se por início súbito de diarreia aquosa, o que pode mimetizar diarreia infecciosa. A toma de sertralina é um factor de risco para esta doença, que está também associada a doença celíaca.

Descrição

Reportamos o caso de uma mulher de 86 anos, parcialmente dependente, com antecedentes de insuficiência cardíaca, fibrilhação auricular hipocoagulada, hipertensão arterial, anemia, depressão (medicada com sertralina), demência e vitiligo e internamento recente por pneumonia, tendo cumprido antibioterapia com ceftriaxone e azitromicina. Recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia, febre e tosse produtiva, tendo sido diagnosticada pneumonia e iniciada empiricamente piperacilina/tazobactam, com boa resposta. No internamento foi evidenciada diarreia com pesquisa da toxina de CD positiva. Iniciou então metronidazol, com alteração das características das dejecções, mas mantendo diarreia, mesmo após ciclos de vancomicina e fidaxomicina. Realizou colonoscopia total, sem alterações grosseiras da mucosa, tendo o exame histológico revelado colite microscópica de predomínio linfocítico. Observou-se resolução do quadro de diarreia com budesonida oral, com alta ao 46º dia de internamento com trânsito regularizado e orientada para consulta externa.

Discussão: A ausência de resposta à terapêutica na suspeita de diarreia por CD obriga à revisão da história clínica e das hipóteses diagnósticas, bem como ao aprofundamento da investigação etiológica.

PO455

181 ABCESSO HEPÁTICO INDUZIDO POR MIGRAÇÃO DE ESPINHA DE PEIXE – DOIS CASOS CLÍNICOS

José Eduardo Mateus, Carlos Silva, Sofia Beirão, Jorge Pimentel

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

Embora a ingestão de corpo estranho seja uma situação relativamente comum, a perfuração e penetração do trato gastrointestinal é pouco frequente e a formação de um abcesso hepático é ainda mais rara.

Descrição

CASO CLÍNICO:

Primeiro caso: Doente de 76 anos com dor abdominal com 3 dias de evolução. Apresentava distensão abdominal, sem sinais de irritação peritoneal. Ecografia evidenciou lesão hepática de 9 cm e tomografia computorizada caracterizou-a como lesão multiloculada a nível do lobo esquerdo do fígado, com corpo estranho linear e hiperdenso na sua parede posterior. Apesar de drenagem percutânea e antibioterapia, a situação só foi resolvida após drenagem do abcesso via laparotomia e remoção de uma espinha de peixe de 5 cm alojada no fígado.

Segundo caso: Doente de 45 anos com quadro de astenia, mialgias e tosse com 2 dias de evolução. À admissão no Serviço de Urgência estava hipotenso e taquicárdico, sem resposta a ceftriaxone, reposição de volume, dopamina e noradrenalina. Cerca de 24h depois iniciou dor epigástrica intensa. Apresentava, ecograficamente, uma lesão hepática hipoecogénica, que, na tomografia computorizada, se revelou tratar de um abcesso em redor de um corpo estranho linear compatível com espinha de peixe. Evolução favorável após drenagem percutânea.

DISCUSSÃO:

A ausência de história de ingestão de corpo estranho, a inespecificidade dos resultados dos exames complementares e das manifestações clínicas contribuem para um atraso no diagnóstico e, também por isso, influenciam o próprio prognóstico.

PO456

353 ESÓFAGO NEGRO

Ana Simas, Mariela Rodrigues, Joana Mota, Juvenal Morais, Luís Gonzaga, Rui Susano, Fátima Pinto, António Goulart

Hospital da Horta, EPER, Horta, Portugal

Introdução

A necrose esofágica aguda é uma patologia rara, cuja etiologia não está bem definida, que é diagnosticada por endoscopia e se caracteriza por imagens exuberantes de necrose circunferencial no terço distal do esófago que termina abruptamente ao nível da linha Z, seguindo-se uma mucosa sem alterações. O tratamento é médico e o prognóstico sombrio, resultando numa mortalidade elevada.

Descrição

Doente do sexo masculino, de 56 anos. Antecedentes pessoais de alcoolismo severo e epilepsia. Entrada no Serviço de Urgência após ter sido encontrado caído no domicílio. Ao exame objetivo apresentava-se consciente, orientado, colaborante, sarcopénico, desidratado, com sinais de choque e abdómen doloroso à palpação do epigastro, sem reação peritoneal. Apresentou episódio de vómito em "borra de café", tendo sido colocada sonda nasogástrica, com drenagem hemática. Endoscopia digestiva alta de urgência com esófago de cor negra em toda a sua extensão, estômago sem lesões e duodeno com dupla úlcera bulbar. Assumiu-se o diagnóstico de necrose esofágica aguda e foi admitido na Unidade de Cuidados Intensivos por instabilidade hemodinâmica, onde prosseguiu estudo. Apresentou múltiplas intercorrências, mas com melhoria progressiva da necrose esofágica.

A necrose esofágica é uma patologia rara de etiologia multifactorial. No entanto, é uma causa de hemorragia digestiva alta com elevado índice de mortalidade devendo, por isto, ser investigada em doentes críticos.

PO457

424 COLITE POR CITOMEGALOVÍRUS: O OVO E A GALINHA

Diogo Morgado Conceição, Fábio Salgueiro, Rui Almeida, João Fonseca, Nélson Pedro Jesus, José Pereira Moura, Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

A colite por citomegalovírus (CMV) é comum em imunocomprometidos, associando-se à terapêutica imunossupressora ou à infecção por Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). Porém, o processo de imuno-senescência do envelhecimento pode por si só justificar infecções oportunistas, pelo que esta entidade representa um desafio diagnóstico e terapêutico.

Descrição

Mulher de 77 anos, sero-negativa para VIH e sem antibioterapia prévia ou imunossupressão, foi admitida no Serviço de Urgência por diarreia abundante, febre e dor abdominal com 3 dias de evolução. Apresentava choque, sem sinais de peritonite, pelo que foi iniciado suporte aminérgico e ventilatório, para além de fluidoterapia endovenosa e antibioterapia empírica (piperacilina/tazobactam e metronidazol). Após 12 dias, estava clinicamente estabilizada, mas mantinha diarreia persistente. Foi detectada toxina de C. difficile e tratada com vancomicina oral, com me-

lhoria parcial (diminuição da frequência e quantidade das dejecções, mas mantendo elevação progressiva de parâmetros inflamatórios).

Após 3 dias, apresentou melenas. Realizou endoscopia digestiva alta (normal) e baixa; esta revelou ulceração contínua da mucosa até à sigmóide e algumas zonas com pseudo-membranas. O resultado histológico foi de colite ulcerada a CMV.

Em função do quadro arrastado e com rebate sistémico, apesar de apresentar bicitopenia, iniciámos terapêutica com valganciclovir, 900 mg, po, 2id. Houve resolução completa do quadro clínico e negativação da carga viral plasmática.

DISCUSSÃO

A infecção por CMV por reactivação de infecção latente está associada à imuno-senescência do idoso, sendo um diagnóstico muitas vezes descurado por não haver precipitante óbvio. Neste caso, persiste a dúvida se a infecção por CMV foi causa ou consequência do quadro clínico inicial; no entanto, considerando a evolução clínica, parece-nos inequívoco que desempenhou um papel determinante no estado de saúde da doente.

Por outro lado, uma série de co-morbilidades poderá obstar à terapêutica anti-viral; todavia, não devemos esquecer que as mesmas poderão ser sinais da própria infecção por CMV e poderão melhorar com a terapêutica dirigida.

PO458

487 COLESTASE INTRA-HEPÁTICA A OXIMETOLONA

Rui Fernando Silva[1], Tiago Alpoim[2], Manuela Sousa[1]

[1]CHSJ, Porto, Portugal

[2]IPO, Porto, Portugal

Introdução

Os esteróides androgénicos anabolizantes são uma causa cada vez mais frequente de lesão hepática induzida por fármacos, sobretudo as formas C17-alquiladas, como é o caso da oximetolona. A colestase intra-hepática é uma forma de lesão muito típica dos esteróides anabolizantes, com uma incidência estimada de 1% e uma latência descrita de 1 a 4 meses para o aparecimento dos primeiros sintomas, mas que pode levar 6 a 24 meses. O tratamento consiste na descontinuação do agente, sendo o quadro geralmente reversível, mas pode levar meses.

Descrição

Homem, 25 anos, sem antecedentes médicos patológicos, medicação habitual, alergias ou história familiar de doenças hepáticas. Apresenta-se no serviço de urgência com história de náuseas, anorexia, icterícia, acolia, colúria e prurido ao longo de 3 semanas de evolução. Negava febre, emagrecimento, sintomas respiratórios ou outros, viagens recentes, contacto com pessoas doentes ou animais, consumo de álccol, tabaco ou comportamentos sexuais de risco. No entanto, revelava ter começado um esteróide androgénico anabolizante, a oximetolona, uma vez por dia, durante dois meses e que interrompeu no início dos sintomas. Ao exame físico, consciente, colaborante, orientado, normotenso, apirético, sem sinais de dificudade respiratória, mas com icterícia. Analiticamente: ALT 112 IU/l, AST 56 IU/l, FA 223 IU/l, GGT 86, BT 9.64 mg/dl, BD 4.86 mg/dl, LDH 242 U/L, Cr 1.23 mg/dL. Tempo de protrombina normal (12,1 segundos). Ecografia abdominal: hepatomegalia ligeira, sem outras alterações. Foi admitido no internamento, em que se manteve hemodinamicamente estável, apirético, sem sinais de encefalopatia hepática ou agravamento do tempo de protrombina. Foram excluídas etiologias infeciosas, auto-imunes ou metabólicas. Por agravamento progressivo da bilirrubina total, atingindo um máximo de 41,32 mg/dL no vigésimo dia de internamento, realizou biópsia hepática,que revelou colestase canalicular e hepatocelular, de predomínio centrolobular, e inflamação portal ligeira com polimorfonucleares, sem evidência de ductopenia, compatível com lesão hepática induzida por esteróides. No dia 25 de internamento teve alta orientado para consulta semanal que evidenciou melhoria progressiva da hiperbilirrubinemia.

PO459

530 PERITONITE ESCLEROSANTE ENCAPSULANTE – UMA DOENÇA RARA E INSIDIOSA MAS POTENCIALMENTE FATAL

Nuno Reis Carreira, Luís Leite, Válter Fonseca, Marisa Teixeira Silva, Rui M. M. Victorino

Serviço Medicina 2, Hospital de Santa Maria - Centro Hospital Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

Introdução

A Peritonite Esclerosante Encapsulante (PEE) é uma doença rara e insidiosa, associada a extenso espessamento e fibrose do peritoneu, sobretudo em doentes sob diálise peritoneal (DP). Nas fases terminais observa-se encarceramento de ansas e obstrução intestinal. Apresenta prevalência de 0,7-3,3% em doentes sob DP e taxa de mortalidade de 60-93%. A apresentação clínica inespecífica, torna o diagnóstico desafiante.

Descrição

Caso Clínico

Homem, 47 anos. Antecedentes de doença renal crónica terminal; cumpriu 8 anos de diálise peritoneal (catéter de diálise subcutâneo implantado) e em hemodiálise desde há 3 meses. Refira-se nefrectomia bilateral por neoplasia renal, hipertensão arterial e infecção VHC com carga viral negativa.

Admitido por febre, anorexia, aumento do volume abdominal e ascite com 1 semana de evolução, tendo já cumprido empiricamente antibioterapia de largo espectro, sem melhoria.

Objetivamente com abdómen indolor, sem massas ou reação peritoneal, ascite volumosa. Analiticamente, elevação da PCR. Ecografia abdominal: volumosa ascite não pura, septada. Por suspeita de peritonite, fez paracentese diagnóstica que revelou liquido hemático compatível com exsudado e TC-abdominal: ascite septada, espessamento do peritoneu parietal e visceral com compressão das ansas intestinais e figado, compatível com PEE. Iniciou tamoxifeno e trocado catéter de diálise. Após excluída causa infecciosa, iniciou corticoterapia. Com terapêutica, verificou-se resolução dos sintomas, descida da PCR e diminuição da ascite e do espessamento peritoneal em TC-abdominal de reavaliação.

Discussão

Neste trabalho descreve-se uma complicação rara e potencialmente fatal da DP, com particular interesse por se tratar de um doente sem DP activa na altura do diagnóstico. Dada a sua apresentação, achados laboratoriais e imagiológicos geralmente inespecíficos, torna-se essencial uma avaliação clínica meticulosa dos casos suspeitos.

PO460

541 O DESAFIO DIAGNÓSTICO DE UMA DOR ABDOMINAL – UM CASO DE TROMBOSE VENOSA PORTAL

Joana Carvalho, Leonor Boavida, Raquel Maia, Catarina Favas, José Alves

Medicina IV, Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, Amadora, Portugal

Introdução

A trombose da veia porta e das suas tributárias é uma condição rara, mais comum em doentes com cirrose e neoplasia. As trombofilias genéticas conferem baixo risco trombótico quando isoladas. Contudo, o risco torna-se significativo quando associado a outro fator pro-trombótico.

Descrição

Os autores apresentam o caso de uma doente de 37 anos, melanodérmica, portadora assintomática do vírus da hepatite B e que se encontrava em processo de fertilização in vitro.

Nos dois dias prévios à implantação do embrião, iniciou quadro de dor abdominal epigástrica com irradiação para o dorso. Recorreu por quatro vezes a diferentes serviços de urgência e foi submetida a laparoscopia exploradora que excluiu apendicite. Ao exame objetivo apresentava dor abdominal à palpação profunda do epigastro. Da avaliação laboratorial destacava-se anemia normocítica com hipocromia (Hemoglobina de 10.4g/dL), elevação da proteína C reativa (5.8 mg/dL) e discreto padrão de colestase, sem hiperbilirrubinemia (fosfatase alcalina de 135U/L e gama glutamil transferase de 117UI/L). Realizou ecografia abdominal que revelou trombose venosa portal e confluente esplenо-mesaraico com extensão às veias mesentéricas, esplénicas e hepáticas, confirmada por tomografia computorizada. Do estudo etiológico de fatores pró-trombóticos salientou-se a terapêutica hormonal para estimulação ovárica e a deteção do polimorfismo genético PAI-1 4G/5G. A doente iniciou anticoagulação terapêutica com enoxaparina de baixo peso molecular com transição posterior para apixabano.

O polimorfismo PAI-1 4G/5G aumenta o risco trombótico através da desregulação da fibrinólise. A associação deste fator genético à ocorrência de trombose venosa é ainda controversa, porém a sua conjugação com a terapêutica de estimulação ovárica, parece ter favorecido o ambiente prótrombotico para a ocorrência de trombose venosa portal extensa. Os novos anticoagulantes têm sido reportados como opção terapêutica em casos de trombofilias primárias.

PO461

552 UMA CAUSA RARA DE HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL ALTA – CASO CLÍNICO

Ana Carolina Andrade, Mónica Pedro, Fernanda Martins, Fátima Campante

Serviço de Medicina Interna - Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE, Barreiro, Portugal

Introdução

A Ectasia Vascular do Antro Gástrico (GAVE, acrónimo anglo-saxónico), apesar de rara, é uma causa relevante de hemorragia gastrointestinal alta aguda e crónica, cujo diagnóstico e a terapêutica são efetuados por via endoscópica. O principal diagnóstico diferencial é a Gastropatia da Hipertensão Portal, que frequentemente é concomitante, tendo em conta que cerca de 30% dos doentes com GAVE têm Cirrose Hepática.

Descrição

Os autores descrevem o caso de uma mulher de 61 anos com múltiplas comorbilidades, das quais, realça-se doença renal crónica sob hemodiálise e Hepatite C crónica, que recorreu ao Serviço de Urgência por quadro com 15 dias de evolução caracterizado por astenia e adinamia associadas a melenas. No exame objetivo destacava-se palidez mucocutânea e taquicardia sinusal de 110bpm. Das análises realizadas, salientava-se anemia (Hg 6,7g/dL) normocítica e normocrómica, plaquetas 158x109/L, tempo de protrombina 13,5seg(>13seg), tempo tromboplastina parcial ratio 1,18(>1,19), ureia 88 mg/dL e creatinina 5,59 mg/dL(valor basal da doente), ferro 49 ug/dL, valor de transferrina, ferritina e capacidade de fixação do ferro normais, ác.fólico 17,3 ng/mL e VitB12 593 pg/mL. Inicialmente, foi estabilizado o valor de hemoglobina com aporte transfusional de 2 UCE e foi realizada endoscopia digestiva alta que revelou gastropatia de hipertensão portal e GAVE que foi submetida a tratamento com árgon-plasma, com efeito. A doente teve alta clínica com melhoria do quadro sintomático e analítico, tendo sido encaminhada para consulta de Gastrenterologia.

Os autores destacam a importância da identificação desta entidade, pouco frequente, pela especificidade da sua abordagem terapêutica e respectivo impacto no prognóstico.

PO462

588 UMA CAUSA INCOMUM DE ANEMIA

Maria José Cunha Guimarães, Ana Rita Fernandes Matos, Elisabete Coelho, Sofia Caridade

Hospital de Braga, Braga, Portugal

Introdução

Angiodisplasias correspondem a vasos sanguíneos aberrantes e são encontradas mais comummente no trato gastrointestinal. Angiodisplasias do intestino delgado (ID) são a causa de cerca de 4 a 7% das hemorragias digestivas. Geralmente apresentam-se como hemorragia obscura, não sendo detetadas em estudos endoscópicos básicos, sendo imprescindíveis estudos endoscópicos mais diferenciados para o seu diagnóstico.

Descrição

Homem de 63 anos, duplamente antiagregado por doença coronária há 12 anos. Admitido por astenia e tonturas, associadas a fezes escuras. Ao exame físico apresentava mucosas descoradas e toque rectal com fezes castanhas escuras, sem evidência de sangue. Do estudo inicial, de realçar anemia microcítica/hipocrómica com hemoglobina (Hb) de 7,7 g/dL. Realizou transfusão de glóbulos rubros, com subida de Hb para 8,5 g/dL e remissão das queixas. O estudo da cinética do ferro revelou tratar-se de uma anemia ferropénica. Realizou endoscopia digestiva alta (EDA) e baixa (EDB), sem achados de relevo e TAC abdomino-pélvica com contraste também sem alterações. O estudo por videocápsula endoscópica mostrou 2 angiectasias, uma no duodeno distal, outra no jejuno, esta com hemorragia ativa. Foi então submetido a terapêutica local por endoscopia alta com colonoscópio pediátrico, que permitiu alcançar e esclerosar a angiodisplasia mais proximal e push enteroscopy, com realização de esclerose com árgon plasma da angiodisplasia jejunal. O doente manteve seguimento na consulta de Medicina Interna, apenas com um antiagregante, tendo-se mantido até à data assintomático e com Hb de 15,1 g/dL.

CONCLUSÃO: Trata-se de um caso de anemia ferropénica, com EDA e EDB normais, em que foram detetadas, por videocápsula, lesões de angiodisplasia no ID com hemorragia ativa. Realça-se, neste caso, o facto do doente se encontrar duplamente antiagregado durante 12 anos e o papel integrador da Medicina Interna na investigação da etiologia da anemia.

PO463

611 DOR ABDOMINAL E ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS NA DEPRESSÃO: SERÁ TUDO SOMATIZAÇÃO?

João Enes Silva, Maria João Ferreira, Marta Amorim, Jorge Almeida

Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

Introdução

A Depressão pode manifestar-se sob a forma de sintomas somáticos ou conversivos, não invalidando o estudo destes pacientes perante sintomatologia de novo.

Descrição

Homem, 25 anos, paquistanês, a residir em Portugal há 2 anos. Com síndrome depressivo reactivo (separação da família e mudança cultural significativa), seguido pelo médico assistente.

Trazido ao serviço de urgência (SU) por dor abdominal difusa, agitação psico-motora e febre baixa (máx. 38.2ºC). No SU apresentava crises paroxísticas em que deixava de responder, dobrava-se sob o abdómen pela dor e apresentava movimentos cefálicos erráticos e oftalmoparésia do VI par bilateral, com reversão no fim da crise. Analiticamente, apresentava anemia microcítica e elevação da PCR (60mg/dL). Descartado quadro abdominal agudo (TC abdominal). Foram pesquisadas drogas de abuso, colhidas serologias víricas e screening de porfirias, tudo negativo. O TC Cerebral e a Punção Lombar excluíram infecção ou alterações agudas do SNC. Realizou ainda EEG: com autorização do doente, injectados 50cc de soro fisiológico, sob a sugestão de que esta substância poderia despoletar uma crise – doente mimetizou sintomas neurológicos das crises prévias, sem apresentar alterações do traçado de base, confirmando as alterações neurológicas como somáticas.

No internamento mantinha dor abdominal e anorexia. Aprofundado a anamnese, percebemos que os episódios de dor abdominal eram recorrentes desde que se encontrava em Portugal, associados a diarreia e perda de peso. Realizou endoscopia baixa, sem alterações, e endoscopia alta, com biópsias duodenais que demonstraram atrofia das vilosidades e marcada linfocitose intra-epitelial, que em conjunto com anticorpos anti-transglutaminase tecidular fortemente positivos (61 U/mL) permitiram o diagnóstico de doença celíaca.

Em seguimento na nossa consulta e de Nutrição, apresenta melhoria dos sintomas gastrointestinais, recuperação de peso e resolução da anemia após evicção do glúten, raro na dieta paquistanesa.

PO464

689 ASCITE – UMA CAUSA POUCO COMUM

José Eduardo Mateus, Carlos Silva, Marlene Louro, Teresa Vaio, Rui Santos, Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

A ascite pode ser a forma de apresentação de diversas doenças, maioritariamente doença hepática crónica. Contudo, pode estar subjacente uma doença menos comum, atrasando e dificultando o diagnóstico.

Descrição

CASO CLÍNICO:

Doente de 59 anos, sexo feminino, hipertensa, avaliada por distensão abdominal com 3 semanas de evolução, mal-estar inespecífico e perda ponderal. Tinha realizado controlo analítico (normal) e ecografia abdominal (volumosa ascite) 1 semana antes, a pedido do médico assistente. À observação apresentava abdómen distendido. Avaliação analítica sem alterações relevantes. Ecografia abdominal revelou ascite de moderado volume e tomografia computorizada (TC) mostrou densificação da gordura retroperitoneal envolvendo os grandes vasos e estendendo-se ao espaço peri-renal e pré-sagrado, sugestivo de fibrose retroperitoneal, obstrução das veias mesentérica superior, porta e esplénica, com extensa circulação colateral, cavernoma da porta e volumoso derrame peritoneal e pleural esquerdo. Paracentese diagnóstica revelou líquido peritoneal turvo, sem células neoplásicas e com gradiente albumina soro-ascite superior a 1,1g/L. Tomografia por emissão de positrões mostrou extensa densificação hipermetabólica retroperitoneal, adenopatias hipermetabólicas supra e infra-diafragmáticas e envolvimento hipermetabólico renal bilateral e medular. Estudo endoscópico do tubo digestivo, medulograma e biópsia óssea foram normais. Realizou biopsia da região retroperitoneal guiada por TC cuja histologia mostrou neoplasia linfoproliferativa de características sugestivas de linfoma folicular ou linfoma B da zona marginal, de padrão folicular.

DISCUSSÃO:

A fibrose retroperitoneal é uma entidade rara caracterizada pela presença de fibrose e inflamação do tecido retroperitoneal. Em 8% dos casos é secundária a neoplasias, sendo a doença linfroproliferativa uma das possíveis. O linfoma folicular é um dos linfomas não Hodgkin mais comuns, sendo a ascite uma forma de apresentação extremamente rara.

PO465

697 COLITE PSEUDOMEMBRANOSA NÃO É SINÓNIMO DE INFECÇÃO POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE

Mariana Figueiras, Eduarda Carias, Sergio Pina, Sofia Amálio, Ana Lopes, Antonio Cadilla

Hospital de Faro, Faro, Portugal

Introdução

A colite pseudomembranosa (CPM) é uma manifestação grave da doença do cólon, geralmente associada com a infecção por Clostridium difficile (CD), mas pode ter outras etiologias. A colite isquémica, doença inflamatória intestinal (DII), infecções virais, bacterianas e parasitárias e certas intoxicações podem estar na sua origem. Nos doentes com DII podem-se ver pseudomembranas na fase activa da doença relacionadas ou não com infecções (CD e citomegalovirus).

Descrição

Homem de 53 anos, com antecedentes de tabagismo e hipertensão arterial essencial. Internado por AVC isquémico lenticulo-capsular direito. Uma semana antes do internamento refere dejecções diarreicas com sangue e muco, autolimitadas. Ao 5º dia de internamento volta a ter dejecções diarreicas e hematoquézias. Realizou colonoscopia que mostrou pequenas ulcerações, exsudado esbranquiçado formando placas brancas, edema, friabilidade, focos hemorrágicos, sugestivo de CPM pelo que iniciou terapêutica. Foram pedidas duas pesquisas de CD, coproculturas e pesquisa de ovos, quistos e parasitas, todas elas negativas. É de salientar que o doente não tomou antibióticos previamente. Acabou por cumprir 10 dias de terapêutica com vancomicina sem melhoria clínica pelo que repete a colonoscopia que evidencia toda a mucosa do cólon e recto com padrão granitado, perda do padrão vascular, friável, erosionada e com exsudado mucoso. Foram colhidas biopsias compatíveis com colite ulcerosa. Iniciou corticoterapia com melhoria clinica. CPM é um estado inflamatório do colon na maioria das vezes causado por infecção por CD. Caso a presença de CD não se confirme e o aspecto endoscópico seja compatível com CPM devem-se considerar outras etiologias como a DII e devem ser feitas biópsias de áreas afectadas e não afectadas. A histologia varia bastante em função da etiologia e estabelece o diagnóstico na maioria das vezes.

PO466

989 COLITE MICROSCÓPICA COMO CAUSA DE DIARREIA CRÓNICA

Mariana Gomes, Helena Luís, Carolina Barros, Bela Machado, Mariana Bilreiro, João Carvão, Margarida Gonçalves, Rita Rodrigues, Luz Brazão

Hospital Central do Funchal, Funchal, Portugal

Introdução

A Colite Microscópica (CM) é uma doença inflamatória intestinal crónica de etiologia desconhecida, que inclui a colite linfocítica e a colite colagenosa. É uma causa frequente de diarreia aquosa crónica, principalmente em mulheres idosas e o seu diagnóstico baseia-se na presença de diarreia crónica, colonoscopia normal e características histológicas típicas. Fármacos como os anti-inflamatórios não esteróides, inibidores da bomba de protões e outros, tal como doenças auto-imunes e o tabagismo estão associados a um maior risco de CM.

A existência de complicações graves é incomum, no entanto os sintomas da CM podem ser debilitantes e afetar negativamente a qualidade de vida dos idosos.

Descrição

Apresenta-se um caso clínico de uma mulher de 79 anos, com antecedentes de Cardiopatia isquémica, Hipertensão e Patologia osteoarticular, medicada com Monitrato de Isossorbida, Furosemida 40 mg, Olmesartan 20 mg, Lansoprazol 30 mg e Etodolac 600 mg, que recorreu ao Serviço de Urgência por diarreia aquosa, não sanguinolenta (>10 dejeções por dia), com predominância diurna, com um mês de evolução, acompanhada por cólicas abdominais. Ao exame objetivo e analiticamente sem alterações de relevo. Foi recomendada dieta antidiarreica, tendo alta com Loperamida e Butilescopolamina e orientada para consulta de Medicina Interna. Por manutenção dos sintomas, foi realizado estudo da auto-imunidade e colonoscopia que se revelou negativo e normal, respectivamente. Biópsias do cólon mostraram lesões de colite com sinais de atividade, compatível com colite colagenosa. A doente iniciou terapêutica com Budesonida, com melhoria progressiva dos sintomas.

O presente caso serve para lembrar o diagnóstico de CM e da importância da realização de biópsias da mucosa cólica durante a colonoscopia, quando perante um quadro de diarreia crónica e ausência de alterações macroscópicas.

PO467

1043 GAVE, UM DIAGNÓSTICO EM SECOND-LOOK!

Cátia Costa Oliveira, Luciana Sousa, Ana Rita Marques, Isabel Durães Campos, Marta Mendes, Isabel Apolinário, Ilídio Brandão

Hospital de Braga, Braga, Portugal

Introdução

A ectasia vascular do antro gástrico (GAVE) é uma causa rara de hemorragia digestiva (HD) contando para cerca de 4% das causas de hemorragia digestiva alta (HDA) não atribuíveis a varizes. As apresentações típicas desta condição variam desde ferropenia assintomática até HDA severa.

Descrição

Os autores apresentam o caso de um homem de 68 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, DRC em estadio 5 de provável etiologia hipertensiva, anemia sob eritropoietina e adenocarcinoma da próstata. O doente foi internado no serviço de Medicina Interna por agravamento de anemia, referindo perdas hemáticas gastrintestinais. Apresentava uma hemoglobina de 6,0 g/dL, ferro de 36 µg/dL, ferritina 113 ng/mL, capacidade total de ligação ao ferro de 307 µg/dL e saturação de transferrina de 11,7%, vitamina B12 de 776 pg/mL, ácido fólico> 20 ng/mL e reticulócitos de 5,5%. O doente efectuou endoscopia digestiva alta (EDA) e baixa (EDB). A EDA mostrou padrão de mosaico no corpo e antro gástrico, tendo a biópsia relevado sinais de gastropatia atrófica do antro. A EDB não mostrou lesões de relevo. Complementou o estudo com videocápsula endoscópica que revelou um eritema gástrico antral difuso compatível com GAVE, hemorragia abundante na transição piloro-duodeno e angioectasias não hemorrágicas em vários pontos do intestino delgado. O doente repetiu novamente a EDA que, desta vez, mostrou padrão de GAVE, tendo sido efectuado tratamento com árgon-plasma, voltando o doente ao seu valor habitual de hemoglobina à data de alta.

Salientamos a importância deste caso na procura de uma causa rara e por vezes subvalorizada de anemia, particularmente num doente com DRC, e discutimos o papel diagnóstico da videocápsula endoscópica. Salientamos ainda o valor limitado da biópsia na GAVE uma vez que se negativa não excluí a doença devido à sua limitação espacial. Assim, o diagnóstico assenta essencialmente no aspecto endoscópico de vasos ectásicos limitados ao antro o que a distingue de outras gastropatias.

PO468

1189 PANCREATITE AGUDA DE CAUSA RARA E REVERSÍVEL

Tânia Strecht, Ana Paula Antunes, Sara Custódio Alves, Catarina Vizinho De Oliveira, Carolina Sequeira, Ana Filipa Raposo

Hospital de Cascais, Lisboa, Cascais, Portugal

Introdução

As pancreatites podem apresentar-se de forma aguda, crónica e recorrente, com variadas etiologias, entre as quais algumas reversíveis.

Descrição

O caso retrata um homem de 72 anos, com antecedentes de Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus tipo II, Hiperplasia Benigna da Próstata, Síndrome do cólon irritável; que recorreu ao Serviço de Urgência por epigastralgia e náuseas com 2 dias de evolução. Na admissão destacava-se abdómen difusamente doloroso sem defesa, e Lipase de 3007 UI/L. A tomografia axial computorizada (TAC), compatível com pancreatite, não mostrava sinais de litíase ou dilatação das vias biliares. Ficou internado por Pancreatite aguda alitiásica de etiologia a esclarecer.

Excluiu-se como causa o etanolismo, hipertrigliceridémia e fármacos. Destacava-se hipercalcémia de 13.7 mg/dL. Descrita como causa rara de pancreatite, a hipercalcémia deve-se em cerca de 90% dos casos a hiperparatiroidismo primário (HPTP) ou doença neoplásica.

Do estudo etiológico realizado realça-se ausência de sintomas consumptivos, adenopatias ou massas no exame objectivo, electroforese de proteínas normal e TAC sem alterações.

A Hormona Paratiroideia (PTH) estava muito aumentada com 163.6 pg/ml; suportando a hipótese de HPTP.

Realizada ecografia Paratiroideia, que mostrou uma formação nodular sólida hipoecogénica com 17 x 15mm sugestiva de Adenoma.

O doente teve alta após resolução do quadro de pancreatite, referenciado a Cirurgia Geral, tendo sido submetido a paratiroidectomia parcial. O estudo histológico confirmou tratar-se de um Adenoma da Paratiroide. Após 120 dias da intervenção, não se registaram novos episódios de pancreatite e o valor sérico de cálcio era normal.

Este caso retrata a importância da investigação etiológica dos casos de pancreatite, a fim de evitar novos recrudescimentos de doença, uma vez que esta se pode tornar recorrente ou crónica se a causa persistir. Por outro lado, mostra a importância de uma abordagem multidisciplinar no sucesso do tratamento do doente.

PO469

1203 NECROSE ESOFÁGICA AGUDA

Carla Falcão, Rita Grácio, Pedro Neves Tavares, Catarina Duarte Santos, Diana Fernandes, Maria Conceição Neves, Alcina Ponte

Centro Hospitalar de Leiria, Leiria, Portugal

Introdução

A necrose esofágica aguda é uma patologia rara com prevalência de 0,2% de casos reportados na literatura e taxa de mortalidade elevada (32-50%). Carateriza-se pela presença de pigmentação escura difusa em placas ou circundante sugestiva de isquemia e necrose, que atinge sobretudo o esófago distal. Tem etiologia desconhecida, mas foram relatadas várias causas prováveis, como sépsis, tromboembolismo e cetoacidose diabética.

Descrição

Os autores propõem apresentar o caso de um doente de 79 anos, sexo masculino, dependente e institucionalizado, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, insuficiência cardíaca, fibrilhação auricular, doença pulmonar obstrutiva crónica e doença renal crónica. Medicado com apixabano 2,5mg 2id, salmeterol/ fluticasona 250/25mcg 2id, perindopril 8mg id, furosemida 40mg 3id, metolazona 5mg id, amlodipina 10mg id, rilmenidina 1mg id e linagliptina 5mg id. Recorreu ao SU por dispneia, anasarca e febre. Do estudo analítico destacava-se: leucocitose 16.700/mm3, hemoglobina 9,8g/dl, PCR 100mg/L e creatinina 2,5mg/dl e no raio-x torácico apresentava infiltrado à direita. Admitiu-se o diagnóstico de insuficiência cardíaca descompensada em contexto de infeção respiratória. Após 48h de admissão, iniciou quadro de melenas e hematemeses. Objetivamente, constatou-se obnubilação, polipneia, TA 78/50mmHg, FC 115bpm, e palidez cutânea. No estudo analítico, destacava-se hemoglobina 6,5g/dl e lactatos 8,6mmol/L. Assumiu-se choque hipovolémico/ séptico e iniciou fluidoterapia, perfusão de IBP, suporte transfusional e aminérgico. Efetuou endoscopia digestiva alta que mostrou «Lúmen esofágico com coágulos e sangue vivo em quantidade abundante. Mucosa de aspeto equimótico e áreas de aspeto necrótico em praticamente toda a sua extensão, compatível com isquemia». Apesar das medidas instituídas, o doente veio a falecer. Com este caso, os autores pretendem alertar para a gravidade desta patologia e importância do diagnóstico atempado.

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 03
14:00 - 15:30

PO470

1234 UMA CAUSA RARA DE DISPNEIA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Maria João Ferreira Pinto[1], Pedro Rodrigues[1], Leonor Almeida[1], Alexandra Leitão[2], Luís Flores[1], André Gomes[1], Gonçalo Rocha[1], Fernando Friões[1]

[1]Centro Hospitalar São João, Porto, Portugal

[2]Hospital Santa Maria Maior, E.P.E., Barcelos, Barcelos, Portugal

Introdução

O Síndrome de Boerhaave é uma ruptura completa da parede esofágica, que ocorre na ausência de patologia pré-existente, secundário a um aumento súbito da pressão intraesofágica, geralmente durante episódios de vómitos. Os sintomas da ruptura esofágica são muitas vezes inespecíficos, mimetizando patologias mais comuns.

Descrição

Homem, 94 anos, história de hipertensão arterial e dislipidemia, internado no Serviço de Medicina Interna por pneumonia da adquirida na comunidade à direita, com insuficiência respiratória (IR) hipoxémica, medicado com ceftriaxone e azitromicina e com evolução favorável. Episódio de vómito alimentar no dia 2 de internamento seguido de dispneia franca, broncospasmo marcado, IR agravada e hipotransparência em toalha no hemitórax esquerdo. Verificou tratar-se derrame pleural exsudativo, com pH 6.6, amilase 19734 U/L (sérica 98U/L) e glicose < 10 mg/dL. Uma TC toracoabdominal com contraste oral confirmou extravasamento esofago-pleural, tendo sido feito o diagnóstico de Síndrome de Boerhaave. Foi colocado de dreno torácico com necessidade transitória de ventilação não invasiva. Em endoscopia visualizou-se ulceração longitudinal com cerca de 15-20mm aos 40cm dos incisivos, sendo colocada prótese metálica auto-expansível. O internamento foi complicado por infecção de derrame pleural com necessidade de antibioterapia de largo espectro e necessidade de substituição de prótese por insuficiente coaptação do segmento superior da prótese prévia. O doente teve alta para o domicílio após 60 dias de internamento.

DISCUSSÃO:

Nos pacientes não tratados esta patologia apresenta uma mortalidade de quase 100%. Este caso mostra a abordagem desta patologia com sucesso, tendo-se optado por uma estratégia o menos invasiva possível. O aumento da esperança média de vida impõe uma abordagem e ponderação caso a caso do nível de cuidados prestados e manobras invasivas realizadas nos doentes no internamento de Medicina Interna.

E-POSTERS

PO471

1343 ARTRITE TIBIOTÁRSICA MIGRATÓRIA: O LEVANTAR DO VÉU PARA UMA PANCOLITE ULCEROSA COM ILEÍITE TERMINAL

Jorge Lourenço, Daniela Marado, Jorge Fortuna, Adriano Rodrigues

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Hospital Geral, Coimbra, Portugal

Introdução

A colite ulcerosa é o fenótipo mais comum da doença inflamatória intestinal, caraterizada por um amplo espectro clínico, marcado pelo aparecimento de sintomatologia extra-intestinal em até 50% dos casos, sobretudo no sexo feminino.

Descrição

CASO CLÍNICO:

Mulher, 36 anos, sem antecedentes patológicos conhecidos (IMC de 19Kg/m2), que recorreu ao Serviço de Urgência por artralgia inflamatória da articulação tibiotársica esquerda com 1 semana de evolução, associada a febre e sinais inflamatórios locais. Analiticamente, com elevação dos parâmetros inflamatórios, assim como anemia ferripriva (Hb 9,2 g/dL) e hipoalbuminemia. Foi ecograficamente detectado derrame articular, tendo sido submetida a artrocentese com saída de líquido citrino turvo. Foi medicada empiricamente com ceftriaxone e submetida a estabilização da articulação com gesso. Foi internada na enfermaria de Medicina Interna para estudo de monoartrite tendo sido excluída artrite séptica e gota. Durante o internamento, registou-se o aparecimento, de novo, de sinais inflamatórios na articulação tibiotársica contralateral. A investigação do quadro articular migratório associada a anemia ferripriva revelou sintomatologia previamente desvalorizada pela doente, nomeadamente desconforto abdominal recorrente e diarreia crónica. O estudo serológico autoimune foi negativo, nomeadamente para doença celíaca e doença inflamatória intestinal. O estudo endoscópico e histopatológico foi compatível com pancolite ulcerosa crónica com atingimento do íleo terminal. Neste sentido, a doente iniciou terapêutica com prednisolona e sulfassalazina, com boa evolução clínica.

DISCUSSÃO:

A ileíte terminal secundária a colite ulcerosa é uma complicação rara, atingindo até 17% dos casos. Este caso ilustra a forma paradoxal como a sintomatologia extra-intestinal foi o ponto de partida para o diagnóstico de um quadro extenso de doença inflamatória intestinal.

PO472

1355 ANOTHER CASE OF ASCITES

Bianca Cristea, Maria Ines Alexandre, Mariana Simoes, Isabel Pinheiro, Luis Menezes Falcão

Hospital Santa Maria/CHLN, Lisboa, Portugal

Introdução

Puzzling clinical cases are a challenge of internal medicine

Descrição

A 47-year-old woman was admitted in our hospital for investigation of recurrent ascites with a 10 months evolution.

Habits:alcohol consumed in social contexto.

Routine lab tests were normal except GGT 153U/L; alkaline phosphatase 150 U/L.

Further investigation:

Ascitic fluid:SAAG >1,1g/dL(3 evacuatory paracentesis);negative for aerobic and anaerobic bacterias,negative for fungus,negative for neoplastic cells, Ziehl-neelsen negative.

Anti-HIV ½;HBsAg;HBeAg;Anti-HBe;Anti-HBc IgM;Anti-HCV negative,Anti-CMV IgG positive and anti-CMV-IgM negative,Treponema pallidum antibodies not reactive.Epstein Barr antibodies(AB) IgG positive and IgM negative,anti-EBNA1 antibodies not reactive.

The following antibodies were negative: anti-DS-DNA Ab;ANA screening (SSA,SSB, SM,RNP,SM,HS70,JO1);AMA Ab,Anti-smooth muscle Ab; MPO+C-ANCA.

Ceruloplasmin levels 33mg/dL,ACE 11U/L;alfa-fetoprotein 7,7ng/ml,alfa 1- antitrypsin 196mg/dL

CEA 1,1ng/ml; CA 125: 395U/ml; CA 19.9: 31,2 U/ml

lysosomal lipase deficiency negative

Imaging investigation:

-Thoracic-Abdominal-Pelvic CT scan: pulmonary system normal.Small mass of the left ovary.

-Abdominal and pelvic ultrasound: small left ovarian mass

-PET: small mass on the left ovary.

-ERCP: without alterations

-Abdominal MRI, MR Colangiography: discrete hepatomegaly. Diffuse ductopenia suggesting vanishing duct syndrome

Biopsies: 3 hepatic biopsies- idiopathic non cirrhotic portal hypertension

She was submitted to a laparotomy exploration that rulled out intestinal tuberculosis.

Diagnosis: Idiopathic Non-cirrhotic Portal Hypertension.

The patient is on spironolactone and furosemide, waiting for TIPS in the pre hepatic transplantation phase.

The diagnosis of Idiopathic Portal Hypertension implies a thorough investigation, has a reserved prognostic and is dependent on liver transplantation. The prognosis is reserved and dependent on the response to TIPS and liver transplantation.

PO473

1385 NECROSE ESOFÁGICA AGUDA

Ana Teresa Pina, Miguel Alpalhão, Paulo Cantiga Duarte

Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

Introdução

A necrose esofágica aguda é uma causa rara de hemorragia digestiva alta, causada por hipoperfusão, com aspeto endoscópico típico e associada a condições clínicas e co-morbilidades importantes.

Descrição

CASO CLÍNICO

Sexo masculino, 74 anos. Com hematemeses, com descida da hemoglobina 1.7 g/dL.

A endoscopia digestiva alta (EDA) evidenciou mucosa esofágica com aspeto negro a partir dos 20 cm da arcada dentária até à junção esofagogástrica, mais evidente no terço distal. A TC de tórax documentou estruturas vasculares de fino calibre na aorta torácica descendente e artéria brônquica esquerda com permeabilidade apenas nos segmentos proximais, espessamento da parede esofágica e discreta densificação da gordura periesofágica sobretudo na porção inferior.

Iniciou dieta líquida fria, inibidor da bomba de protões (IBP) e Sucralfato, com melhoria clínica. A EDA de reavaliação (após 1 semana) comprovou a evolução favorável da isquemia.

Teve alta, com indicação para manter IBP e Sucralfato.

DISCUSSÃO

A necrose esofágica aguda tem uma incidência 0.01-0.28%, afeta mais o sexo masculino, com pico de incidência na 6.ª década de vida.

A patogénese e a etiologia são desconhecidas.

O diagnóstico diferencial inclui melanose, pseudomelanose, melanoma maligno, acantose nigrans, infeção e ingestão cáustica.

A apresentação clínica mais comum (>80%) é hemorragia digestiva alta.

O diagnóstico é feito pela EDA que demonstra lesões ulcero-necróticas circunferenciais da mucosa, de cor negra e transição abrupta para mucosa normal na junção esofagogástrica.

A maioria dos doentes recupera com hidratação, tratamento da causa, IBP e Sucralfato.

A mortalidade por necrose esofágica aguda é 6-10%, a mortalidade global pode chegar a 15-36%. A complicações incluem perfuração (< 7%) e estenose esofágica (10-25%).

A necrose esofágica aguda é uma causa rara de hemorragia

digestiva alta, com elevada mortalidade, sendo o diagnóstico e tratamento precoces muito importantes pois podem salvar a vida do doente.

PO474

1386 UM CASO DE EDEMA EM IDADE JOVEM

Bruno Sousa, Rosa Alves, Tiago Judas

Hospital Garcia de Orta, EPE, Almada, Portugal

Introdução

As enteropatias perdedoras de proteínas (EPP) caracterizam-se por uma perda excessiva de proteínas pelo sistema gastrointestinal, resultando em hipoptropteinémia, edema e por vezes anasarca. A infecção por Helicobacter pylori (HP)tem sido associada a EPP, particularmente no contexto de doença de Ménétrier's.

Descrição

Apresentamos um caso de um jovem de 24 anos com antecedentes de tromboembolismo pulmonar idiopático e diabetes mellitus tipo 1.

Foi internado para esclarecimento dequadro de diarreia com dois meses de evolução em estudo e edema progressivo dos membros inferiores. Analiticamente destacava-se anemia ferropénica, hipoproteinémia, hipoalbuminémia e hipogamaglobulinémia graves. Proteinúria de 24 horas inocente. Realizou ecografia abdominal que mostrou hepatomegália, fibroesteatose hepática e mínima ascite, e ecocardiograma transtorácico sem alterações. Para investigação da hepatomegália pesquisaram-se serologias virais, sem alterações, e TC abdominal também sem alterações.

Para estudo da diarreia realizadas coproculturas e exame parasitológico das fezes negativos. Pesquisa de anticorpo antitransglutaminase IgA igualmente negativo. Para estudo da anemia ferropénica fez colonoscopia, sem alterações, e endoscopia digestiva alta que revelou hipertrofia das pregas gástricas, cujas biópsias evidenciaram gastrite crónica do antro HP positiva. Admitiu-se o diagnóstico de EPP causada por infeção por HP. Após terapêutica erradicação verificou-se resolução do quadro.

Este caso mostra a importância de se considerarem causas menos frequentes no diagnóstico diferencial de edema, sobretudo em indivíduos em idade jovem.

PO475

1432 PRESCRIÇÃO DE INIBIDORES DA BOMBA DE PROTÕES: EM CONFORMIDADE COM A NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA?

Sara Trevas, Rui Morais, Ana Lopes Dos Santos, Fátima Alves, Maria João P. Correia, Vanisa Rosário, Susana Jesus, Ana Leitão, Candida Fonseca, Luís Campos

Hospital São Francisco Xavier - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

Introdução

Os Inibidores da Bomba de Protões (IBPs) diminuem a acidez gástrica inibindo irreversivelmente a bomba ATP H+/K+ na célula parietal. São usados em larga escala para uma grande variedade de sintomas dispépticos, porém o seu uso crónico, segundo a NOC 2011, está apenas indicado na Doença do Refluxo Gastro Esofágico (DRGE) com esofagite, sintomas persistentes ou complicações, na Úlcera Péptica (UP) com episódios recorrentes e no Síndrome de Zollinger-Ellison (SZE). Apesar de estarem bem documentados os efeitos adversos graves associados ao seu uso continuado e as frequentes interações medicamentosas, é sabido que são frequentemente prescritos inapropriadamente.

Objetivos

Avaliar, num Serviço de Medicina (SM) de um hospital central, a conformidade da prescrição de IBPs, com base na Norma de Orientação Clínica NOC de 2011, à data da alta do internamento.

Métodos

Estudo observacional retrospetivo de doentes internados consecutivamente nos primeiros seis meses de 2017. Comparou-se a existência de diagnóstico de DRGE, UP e/ou SZE com a presença de prescrição de IBP à data da alta e à admissão, mediante consulta dos processos clínicos.

Resultados

Incluídos 249 doentes: 60,2% (150) do género feminino, com idade média 80±12 anos. Objectivou-se que os IBPs constavam da prescrição à admissão em 41,8% (104) dos casos e à data da alta em 59,4% (148). Não foi identificada indicação formal para o uso de IBP em 83,1% (123) dos casos e em 16,9% (25) identificaram-se os seguintes diagnósticos: DRGE (13; 8,8%), UP (3; 2,0%) e SZE (9; 6,1%).

Conclusões

Verificou-se uma alta prevalência de prescrição de IBPs sem indicação formal. Apesar deste facto, o número de prescrições à alta aumentou comparativamente à admissão. Poderá ser importante sensibilizar os clínicos a regerem a prescrição de IBPs pela indicação clínica clara e a rever periodicamente a sua existência, evitando o uso crónico destes fármacos.

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 03
14:00 - 15:30

PO476

1442 SÍNDROME DA ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR - UM CASO CLÍNICO

Cátia Nunes, Soraia Ribeiro, Carla Silva
USF Condeixa, Coimbra, Portugal

Introdução

Síndrome da Artéria Mesentérica Superior (SAMS) é uma causa rara de compressão da 3ª porção do duodeno entre a artéria mesentérica superior (AMS) e a aorta, idiopática ou com fatores de risco congénitos ou adquiridos. Apresenta sintomatologia gastrointestinal inespecífica. O diagnóstico é de exclusão e requer investigação imagiológica e diagnóstico diferencial com outras causas comuns de obstrução duodenal. O tratamento inicial é conservador. Se clínica persistente há indicação para correção cirúrgica.

Descrição

Homem de 20 anos, estudante, com antecedentes de asma, escoliose e tabagismo, sem medicação habitual, com sintomas recorrentes de epigastralgias, pirose, refluxo gastro-esofágico, flatulência e sensação de enfartamento e náuseas pós-prandiais, associado a dificuldades no aumento ponderal (IMC~17kg/m2), com 3 anos de evolução. Realizou estudo etiológico, com análises (hemograma, função renal, função hepática, ionograma), ecografia abdominal e endoscopia digestiva alta sem alterações. Fez prova terapêutica com Omeprazol 20mg por dia, sem melhoria clínica. Repetida ecografia abdominal por manutenção das queixas, apresentava "ectasia da veia renal esquerda por aparente compressão e diminuição da AMS". Pedida Tomografia Computorizada Abdominal que confirmou SAMS. O doente foi referenciado para a Gastrenterologia para continuação de cuidados. Mantém-se em vigilância sob tratamento médico conservador, com educação nutricional e posicional.

Discussão: O diagnóstico de SAMS pode ser desafiador, como demostrado neste caso, muitas vezes realizado tardiamente, resultando em complicações significativas físicas (perfuração gástrica, malnutrição e alterações eletrolíticas e desidratação graves) e psíquicas, com interferência na qualidade de vida. A abordagem engloba uma equipa multidisciplinar, exigindo um elevado nível de suspeição clínica por parte dos profissionais de saúde, com necessidade de exames de imagem confirmatórios, para o tratamento atempado e adequado.

E-POSTERS

PO477

1780 SÍNDROME DE OGILVIE E DOENÇA DE PARKINSON

Susana Conceição, José Ribeiro, Júlio De Almeida
Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital São José, Lisboa, Portugal

Introdução

O síndrome de Ogilvie é uma condição clínica com sinais, sintomas e aparência radiológica de dilatação acentuada do cólon, sem causa mecânica identificada. Associado a várias situações clínicas, nomeadamente trauma, status pós cirúrgico, hipertiroidismo, doença de Parkinson, e vários fármacos, ... não apresenta uma fisiopatologia definida. A teoria mais aceite descreve que resulta de uma excessiva supressão parassimpática e/ou estimulação simpática, que culminam em atonia total do cólon.

É um diagnóstico de exclusão, podendo complicar-se de ruptura cólica (mais comum quando o diâmetro do cólon atinge 12-14 cm), com infecção abdominal subsequente. O tratamento pode realizar-se de três formas - abordagem conservadora, cirúrgica ou descompressão por colonoscopia.

Descrição

Homem de 92 anos, autónomo, com diagnóstico recente de Doença de Parkinson, medicado desde então com levodopa + carbidopa. Cerca de 1 mês após diagnóstico, com quadro de volvo recidivante (5 episódios em 2 meses), resolvidos por abordagem endoscópica.

Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por quadro com 7 dias de evolução de obstipação, com distensão abdominal marcada, a condicionar quadro álgico exuberante. Na radiografia abdominal com grande dilatação de todo o quadro cólico, ainda que sem evidência de obstrução intestinal. Colocada sonda de enteróclise com alívio sintomático imediato, tendo ficado internado por suspeita de Síndrome de Ogilvie, em pausa alimentar, sob terapêutica laxante e fluidoterapia.

No internamento, com restabelecimento do trânsito intestinal ao 3º dia de internamento, tendo-se verificado reversão clínica e imagiológica do quadro. Neste caso, pela relação temporal, assumiu-se que a Doença de Parkinson/terapêutica anti-parkinsónica desempenharam um papel etiológico importante no síndrome de Ogilvie.

Pensar nesta hipótese diagnóstica pouco conhecida, permitindo uma abordagem terapêutica rápida, poderá diminuir a morbi-mortalidade destes doentes.

PO478

1808 COLITE LINFOCÍTICA: UMA CAUSA RARA DE DIARREIA CRÓNICA

Antonio Costa Carneiro, Priscila Diaz, Mariana Vieira, Madalena Silva, Isa Silva, Magda Faria, Liliana Fernandes, Sofia Rodrigues, Ana Boquinhas

Hospital de Cascais, Lisboa, Portugal

Introdução

A colite linfocítica é uma doença inflamatória crónica, de etiologia desconhecida, rara (1 a 5 em 100000 habitantes/ano), manifestando-se sob a forma de diarreia crónica. O diagnóstico é histológico, através da demonstração de infiltração intraepitelial linfocítica, sem alterações macroscópicas na colonoscopia. O tratamento tem como objectivo reduzir o número de dejecções diárias, sendo a budesonida o fármaco com efeito mais comprovado nesta doença. Tem um comportamento crónico e intermitente, com bom prognóstico, curiosamente com uma associação negativa com o cancro colorrectal.

Descrição

Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino, com 61 anos, sem antecedentes relevantes, admitido no S. Urgência com 4 meses de evolução de diarreia aquosa em grande volume, sem outras queixas a destacar. À admissão, o estudo complementar revelou uma lesão renal aguda AKIN III (Ureia 108 mg/dL, Creatinina 2.33 mg/dL), não oligúrica, sem hipercaliémia, com acidémia metabólica (pH 7.32, pCO2 19 mmHg, HCO3 9.8 mmol/L, Lactato 0.5 mmol/L), admitida em contexto pré-renal. O doente foi internado para estudo etiológico da diarreia crónica, tendo apresentado evolução favorável, com resolução da lesão renal e normalização completa do trânsito intestinal, sem terapêutica dirigida ou restrição dietética. O estudo complementar, analítico e imagiológico, não revelou alterações. O doente foi submetido a colonoscopia, que não apresentou alterações macroscópicas; contudo, as biópsias cólicas foram compatíveis com o diagnóstico de colite linfocítica (confirmado com repetição do exame após 30 dias).

Este caso clínico reitera a importância de considerar esta entidade clínica nos doentes que se apresentam com diarreia crónica, e sobre a importância do estudo endoscópico com biópsias da mucosa, mesmo na ausência de alterações macroscópicas.

PO479

1867 PANCREATITE AGUDA ALITIÁSICA - CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Filipa Ramalho Rocha, Débora Sousa, Sérgio Baptista, Pedro Oliveira Raimundo

Hospital da Luz Lisboa, Lisboa, Portugal

Introdução

O diagnóstico de pancreatite aguda implica a classificação entre etiologia litiásica ou alitiásica. As pancreatites alitiásicas têm causas diversas, por vezes difíceis de estabelecer, sendo a abordagem diagnóstica bastante heterogénea. A causa mais frequente de pancreatite aguda alitiásica é a alcoólica, e num elevado número de casos não se estabelece uma etiologia.

Objetivos

Caraterizar a população e a distribuição etiológica dos internamentos por pancreatite aguda alitiásica num serviço de Medicina Interna.

Métodos

Consulta dos processos eletrónicos de internamento por pancreatite aguda período compreendido entre 2012 e 2017. O diagnóstico de pancreatite aguda baseou-se na presença de pelo menos 2 de 3 critérios (clínico, analítico ou imagiológico).

Resultados

Registaram-se um total de 138 episódios de pancreatite aguda, 40 (29%) litiásicas e 98 (71%) alitiásicas. Os doentes com pancreatite alitiásica tinham uma média de 56,3 anos, 46% do sexo masculino e 54% do feminino, com uma duração média de internamento de 7,5 dias. Apresentaram-se com dor em 100% casos, náuseas em 54% e vómitos em 38%. As etiologias identificadas foram: idiopática (41,8%, n=41), pancreatite alcoólica (18,4% n=18), pancreatite medicamentosa (16,3%, n=16), associada à hipertrigliceridémia (7%, n=7), pós-procedimentos (7%, n=7), associada a alterações anatómicas (6%, n=6), auto-imune (2%, n=2) e associada a infeção (1%, n=1). A taxa de recorrência foi 28,6% e verificaram-se dois óbitos.

Conclusões

As pancreatites agudas alitiásicas foram as mais prevalentes, e as três causas mais comuns foram a alcoólica, a medicamentosa e a associada à hipertrigliceridémia. Houve uma elevada prevalência de pancreatites idiopáticas, o que os autores associam à perda de seguimento de alguns doentes após a alta e reforça a necessidade da criação de um protocolo de abordagem sistematizado desta entidade.

PO480

1886 HEPATITE C E DÉFICE DE COBALAMINA

Ana Teresa Melo, Patrícia Martins, Liliana Ribeiro Dos Santos, Ana Paula Vilas

Centro Hospitalar Lisboa Norte / Hospital de Santa Maria - Serviço de Medicina 2B,, Lisboa, Portugal

Introdução

O défice de cobalamina é uma das principais causas de anemia megaloblástica. Se o défice for grave podem surgir, além das citopénias, queixas sistémicas como emagrecimento, e de órgão, como diarreia ou obstipação. A sua absorção ocorre no íleon e é mediada pelo fator intrínseco (FI). Na presença de anticorpos anti-FI (anemia perniciosa) a absorção da cobalamina fica comprometida. Em doentes com hepatite C está bem documentada a associação com algumas doenças mediadas por auto-anticorpos, como a crioglobulinémia, estando descritos alguns casos de associação com anemia perniciosa. Por outro lado, alterações a nível da circulação entero-hepática podem conduzir a défices de cobalamina.

Descrição

Homem de 73 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por lipotímia, referindo ter tido vários episódios desde um ano antes. Referia ainda astenia e perda ponderal significativa neste período, bem como obstipação e colúria. Havia recorrido várias vezes ao SU, tendo já diagnosticada bicitopénia (Hb 10gr/dL, VGM 127.5fL, plaq. 101000/mm3). À observação destacam-se ar emagrecido, escleróticas ictéricas e hepatomegália nodular. Laboratorialmente com pancitopénia grave (Hb 6.1gr/dL, VGM 103.6fL, GB 2090/mm3, plaq. 16000/mm3), hiperbilirrubinémia (Bb 2.4mg/dL, BNC 0.69mg/dL), LDH 1116U/L. Do estudo complementar, a destacar défice grave de cobalamina (<50 pg/mL; VR 195-770), anti-VHC (anti-vírus da hepatite C) positivo, carga viral 52171UI/mL. Iniciou cobalamina intramuscular, com remissão clínica completa e resolução da pancitopénia. Não foi possível completar a investigação etiológica por recusa do doente.

O caso apresentado mais uma vez levanta a questão da associação hepatite C, anemia megaloblástica por défice de cobolamina e anemia perniciosa. Pode-se postular que a hiperestimulação crónica da população linfocitária pelo VHC possa resultar na produção de anticorpos também contra as cédulas parietais gástricas e/ou o FI e, como tal, associar-se a anemia perniciosa.

PO481

1926 LESÃO DE DIEULAFOY E SINDROME DE HEYDE - UM RELATO DE CASO

Joao Eduardo Pina Cabral, Joana Coelho, Adriano Rodrigues

CHUC, Coimbra, Portugal

Introdução

A lesão de Dieulafoy (LD) é uma entidade rara, podendo ser causa de hemorragia digestiva (HD) oculta e/ou massiva do trato gastrointestinal (TGI). A lesão de Dieulafoy encontra-se, mais frequentemente, dentro de 6 centímetros da limite gastroesofágico, mas há raros casos descritos noutras zonas do TGI. Há risco de recorrência de HD, pelo que os doentes devem ter um seguimento apertado, sobretudo se diátese hemorrágica, seja por doenças congénitas ou adquiridas.

Descrevemos aqui o caso de uma doente com lesão de Dieulafoy do jejuno proximal com com Síndrome de Heyde associado.

Descrição

Doente com antecedentes de cancro do cólon, T3N0M0, hemicolectomizada em 2014 e sem recidiva nos controlos imagiológicos. A doente apresenta também uma estenose aórtica grave, tendo recusado por várias vezes ser operada.

A doente recorre ao SU com queixas de astenia e fezes escuras, tendo-se objectivado uma hiponatremia e anemia sintomática, pelo que é internada no serviço de Medicina Interna para estudo. Durante o internamento, são objectivadas fezes negras e quedas no valor de hemoglobina, que motivaram suporte transfusional, pelo que realiza endoscopia alta e colonoscopia, com lesões infracentimétricas não sangrantes, no corpo e antro gástrico. Foram excluídas causas infecciosas e de hemólise, assumindo-se quadro de hemorragia oculta do trato gastrointestinal.

Realiza uma Videocápsula, em que se objectivam coágulos recentes no bulbo e DII. É realizada enteroscopia, onde se visualiza lesão de Dieulafoy activa no jejuno proximal e é feito tratamento local.

DISCUSSÃO

A lesão de Dieulafoy é uma entidade a ter em conta quando se suspeita de HD, mesmo quando a avaliação endoscópica inicial não identifica lesões, visto que raramente a LD se apresenta em locais que não o estomago ou duodeno. Temos também que visualizar o doente como um todo, e considerar qualquer tipo de factor agravante, como, neste caso, o Síndrome de Heyde , uso de anti-inflamatórios não esteroides ou anticoagulantes.

PO482

2001 DOENÇA INFLAMATÓRIA DO INTESTINO E PORFIRIA CUTÂNEA TARDA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Tânia Vassalo, Inês Colaço, Tiago Rodrigues, Nina Jancar, Jorge Gama Prazeres, Diogo Cruz

Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

Introdução

A associação entre porfiria e doença inflamatória do intestino (DII) tem sido descrita na literatura, representando um desafio para o diagnóstico diferencial, inerente à sobreposição das manifestações clinicas e semiológicas destas duas patologias.

Descrição

Apresenta-se o caso de uma mulher de 33 anos, com antecedentes de porfiria cutânea tarda diagnosticada aos 10 anos, sem medicação habitual.

Recorre à Urgência por um quadro com 4 dias de evolução, caracterizado por astenia, dor abdominal difusa, lesões cutâneas eritematosas e aumento da frequência de dejecções diarreicas, sem sangue, muco ou pus. Referia ainda episódios de dejecções diarreicas desde a adolescência. Ao exame objectivo apresentava defesa peritoneal na palpação da fossa ilíaca esquerda. Laboratorialmente com elevação isolada da proteína C-reactiva de 8.38mg/dL, com parâmetros de citocolestase e amilasémia normais. Dos exames complementares de diagnósticos efectuados destaca-se tomografia computorizada abdomino-pélvica com espessamento do íleon terminal e gânglios ileocólicos infracentimétricos. É internada no Serviço de Medicina para estudo etiológico. Durante o internamento, laboratorialmente com anemia (Hb 11.3g/dL) com ferropénia de 9µg/dL, ferritina normal e velocidade de sedimentação de 33mm, sem outras alterações.. Realizou colonoscopia que revelou íleon terminal e cólon com mucosa friável e lesões aftóides intercaladas com área de mucosa normal, alterações sugestivas de doença inflamatória do intestino, posteriormente confirmadas histopatologicamente. Assumido diagnóstico de Doença de Crohn, com evolução clínica com normalização do trânsito gastrointestinal, sem necessidade de terapêutica imunossupressora, tendo a doente tido alta, referenciada à consulta de gastroenterologia.

Os autores pretendem com este caso enfatizar a importância de equacionar o diagnóstico de doença inflamatória do intestino em doentes com antecedentes de porfiria, cuja agudização pode mimetizar e protelar o diagnóstico de DII.

PO483

2141 DIARREIA CRÓNICA: DESAFIO DIAGNÓSTICO

André Faria Esteves[1], Ana Rita Pereira[1], Catarina Patrão Correia[2], Inês Pimenta Rodrigues[1], Ana Luísa Broa[1], Francisca Delerue[1]

[1]Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

[2]USF Cova da Piedade, Almada, Portugal

Introdução

A diarreia crónica é uma entidade com diagnóstico diferencial vasto. Nos países desenvolvidos, as causas não infeciosas, como a síndrome do intestino irritável, a doença inflamatória intestinal (DII) e as síndromes de má absorção constituem as causas mais frequentes.

Descrição

Homem, 79 anos, hipertenso, antecedente de diarreia crónica em investigação. Recorre ao serviço de urgência por agravamento do quadro de diarreia com 1 semana de evolução (8-9 dejeções aquosas por dia, sem sangue ou muco), acompanhado de febre, astenia, anorexia, perda de peso e marcada desnutrição, sem outros sintomas. Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios e isolamento de Aeromonas caviae em coprocultura, pelo que cumpriu antibioterapia. Dos restantes exames destaca-se função tiroideia normal, serologias para VIH, CMV e EBV, pesquisa da toxina Clostridium difficile e estudo de autoimunidade com ANA, ANCA, ASCA e anticorpo Anti-transglutaminase negativos. De realçar calprotectina fecal >2000. Colonoscopia sem macro-alterações, biópsias cólicas compatíveis com colite aguda (PCR de micobactérias negativa) e entero-ressonância com alterações inflamatórias ativas, sugerindo uma doença inflamatória de base com agudização. Prosseguiu o estudo com biópsias duodenais por endoscopia digestiva alta, que revelaram arquitetura vilositária conservada, com moderado infiltrado linfoplasmocitário e ligeira hiperplasia de glândulas de Brunner. Assim, assume-se o diagnóstico de DII tipo Colite Indeterminada perante histologia sugestiva, marcadores autoimunes negativos e calprotectina aumentada. Iniciou Mesalazina.

Discussão: De entre os doentes com DII, 10-15% apresentam doença não classificável como Colite ulcerosa ou Doença de Crohn. Apresentam quadro clínico muito sugestivo mas exames imagiológicos e histológicos pouco específicos associados à ausência de marcadores autoimunes. Este caso permite alertar para a importância dum elevado grau de suspeita clínica perante exames complementares de diagnóstico não confirmatórios.

PO484

2156 DOENÇA DE CROHN: UM CASO DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

Marta Custódio, Carolina Sequeira, Anabela Salgueiro Marques, Beatriz Costa Neves, Paula Gaspar

Hospital de Cascais, Cascais, Portugal

Introdução

A doença de Crohn (DC) é um processo inflamatório crónico de etiologia desconhecida, não curável e que pode envolver qualquer segmento do tubo digestivo, com maior afinidade para o íleo terminal e segmento proximal do intestino grosso. O atingimento tem intensidade variável, de forma uni ou multifocal, e transmural.

São comuns as manifestações extraintestinais, e o curso clínico caracteriza-se por múltiplas agudizações e remissões.

Descrição

Apresentamos o caso de um homem de 23 anos, com antecedentes de asma, que inicia em 2015 quadros recidivantes de dor abdominal tipo cólica, associada a vómitos alimentares pós prandiais. Analiticamente com anemia ferropénica (hemoglobina mínima de 7.8gr/dL), e sangue oculto nas fezes positivo. Restante estudo analítico, radiológico e endoscópico, sem alterações significativas. As biópsias duodenais foram compatíveis com duodenite crónica inespecífica.

Num destes episódios a tomografia computadorizada mostrou distensão de ansas do intestino delgado (ID) com subsequente laparoscopia diagnóstica que foi inconclusiva. Fez trânsito do intestino delgado sem alterações, pelo que, por persistência dos quadros de sub-oclusão com restantes exames normais, acabou por realizar enteroscopia por cápsula endoscópica que mostrou estenose do jejuno distal, reconfirmada por enteroscopia de duplo balão mas cujas biópsias não foram conclusivas.

Foi submetido a ressecção segmentar do ID, cuja histologia foi compatível com DC em fase ativa com linfadenite reativa associada.

Os maiores desafios da doença são o diagnóstico, nem sempre fácil, e o tratamento, cujo objetivo principal é evitar a cirurgia.

Esta apresentação inicial com estenose de difícil identificação não é frequente; a obstrução intestinal ocorre em cerca de 4% dos casos, as náuseas e os vómitos são a apresentação inicial em 25% e a anemia em 20%.

As estenoses são uma das mais graves complicações da DC e pressupõem a ressecção cirúrgica de segmentos intestinais com perda do seu estado fisiológico.

PO485

2309 UM PÂNCREAS DIVISUM MUITO POUCO INOCENTE – A PROPÓSITO DE UM CASO

Mafalda João[1], Jorge Bastos Mendes[2], David Donaire[2], Emília Louro[2], Adélia Simão[2], Armando Carvajo[2]

[1]IPO de Coimbra, Coimbra, Portugal

[2]Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

O pâncreas divisum é uma variante anatómica congénita, caracterizada pela ausência de fusão das porções ventral e dorsal do pâncreas, apresentando uma prevalência de 7-10%. A maioria dos doentes permanece assintomática a vida toda, sendo que na presença de sintomatologia a pancreatite aguda recorrente é o quadro mais comum.

Descrição

Homem de 50 anos, com antecedentes de dispepsia funcional, recorreu ao serviço de urgência por dor nos quadrantes abdominais superiores, icterícia, colúria e acolia fecal. Analiticamente apresentava apenas uma discreta elevação das transaminases, bilirrubina e parâmetros inflamatórios. A ecografia abdominal revelou ectasia discreta das vias biliares e distensão da vesícula biliar, sem litíase identificável. Foi assumida colecistite aguda de provável etiologia litiásica tendo o doente sido submetido a colecistectomia de urgência. Posteriormente apresentou três episódios semelhantes com intervalos de cerca de 3 meses, que cederam espontaneamente motivo pelo qual foi referenciado à consulta de Medicina Interna. Analiticamente apresentava elevação marcada das transminases e enzimas de colestase e ligeira hiperamilasémia. A ecografia abdominal apenas descrevia uma discreta ectasia das vias biliares extra-hepáticas. Realizou tomografia computadorizada abdominal que não revelou alterações. Pela recorrência dos episódios, sem causa identificada foi solicitada colangiopancreatografia por ressonância magnética que foi compatível com pâncreas divisum, não se identificando sinais de coledocolitíase.

Atendendo à sintomatologia recorrente foi submetido esfincterotomia endoscópica, tendo a intervenção decorrido sem intercorrências. Desde então encontra-se assintomático.

Os autores salientam a dificuldade diagnóstica desta patologia, na maioria dos casos assintomática e destacam a importância da sua exclusão perante casos de dor abdominal recorrente. Acresce referir que a terapêutica deve ser ponderada individualmente entre os indivíduos sintomáticos.

PO486

2325 HEMORRAGIA NA DOENÇA DIVERTICULAR: CASUÍSTICA DE 3 ANOS

Tânia Gago, Joana Roseira, Ana Catarina Cunha, Pedro Campelo, André Ramos, Horácio Guerreiro

Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Faro, Portugal

Introdução

A doença diverticular do cólon é uma condição comum nas sociedades ocidentais desenvolvidas e com crescente incidência em todo o mundo, particularmente na população idosa. Na maioria dos casos é uma condição assintomática, mas podem surgir complicações em cerca de 5% dos casos, mais frequentemente diverticulite ou hemorragia diverticular.

Objetivos

Analisar a casuística dos doentes com doença diverticular complicada de hemorragia

Métodos

Análise retrospectiva dos doentes admitidos por doença diverticular complicada de hemorragia entre 2015 e 2017. Análise estatística com recurso ao SPSS v24.

Resultados

Incluídos 68 doentes admitidos por doença diverticular complicada de hemorragia, idade média de 80,85±9.49 anos, cerca de 57,4% do sexo masculino e 42,6% feminino. 88.2% provinham do domicilio e 20,6% já tinham apresentado hemorragia no mesmo contexto. A hemoglobina média à entrada foi de 95,4 ± 25,1 mg/dl, com pressão arterial sistólica média de 115,10±18,64 mmHg e frequência cardíaca de 79±10,7 bpm. A média de dias de hemorragia foi de 1,59±1dias, com necessidade de transfusão de 0.94±1 unidades de concentrados de eritrócitos e hemoglobina média à saída de 104,6±18,9 mg/dl. A média de dias de internamento foi de 6,56±4.99 dias. 22.1% dos doentes estavam a fazer anti-inflamatórios não esteroides, 45.7% antiagregantes plaquetários e 42,7% anticoagulantes orais. A grande maioria dos doentes, 63.2%, apresentava doença cardíaca e 58,8% hipertensão arterial. 100% dos indivíduos apresentaram melhoria do quadro clinico e em nenhum dos casos estudados foi necessário referenciação para a cirurgia.

Conclusões

Os resultados analisados vão de encontro ao que tem vindo a ser descrito na literatura, em que a doença diverticular afecta maioritariamente a população idosa e o progressivo envelhecimento global da população poderá contribuir para o aumento crescente da incidência desta entidade, assim como das suas complicações. Apesar de ser a causa mais frequente de hemorragia digestiva baixa, habitualmente é auto-limitada.

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 02
14:00 - 15:30

PO487

2362 GASTROENTERITE EOSINOFÍLICA - UMA CAUSA RARA DE DIARREIA

Inês Gonçalves, Filipa Pinho, Laura Costa, Francisco Gonçalves, Luisa Pinto, Carlos Capela

Hospital de Braga, Portugal, Portugal

Introdução

A gastroenterite eosinofílica é uma doença inflamatória rara, caraterizada pela infiltração de eosinófilos no tubo digestivo. Pode afetar qualquer idade, mas tipicamente ocorre mais entre a terceira e a quinta década. Clinicamente, pode manifestar-se com diarreia, dor abdominal, vómitos ou ascite.

Descrição

Apresentamos um caso de um homem, de 83 anos, autónomo, com hipertensão arterial, dislipidemia, gota e diverticulose do cólon. Recorreu á Urgência por diarreia crónica (com mais de 10 dejeções diárias, sem sangue ou muco), com 3 meses de evolução, associada a anorexia, astenia, dor abdominal e vómitos . Ao Exame físico apresentava-se emagrecido , desidratado e com abdómen difusamente doloroso á palpação profunda, sem organomegalias. Analiticamente hipocalemia grave, lesão renal aguda, parâmetros inflamatórios elevados, sem eosinofilia no sangue periférico.

De referir 3 internamentos prévios na Cirurgia geral e na Gastroenterologia, pelo mesmo motivo. Realizou colonoscopia , que mostrou diverticulos, com biopsia cólica que foi normal. Efetuou também endoscopia digestiva alta, que evidenciou esofagite e múltiplas úlceras do estômago. Foi ainda excluída doença infeciosa e parasitológica.

Para complementar estudo e esclarecimento etiológico da diarreia foi outra vez internado.Foram então excluídas causas neoplásicas (nomeadamente doença linfoproliferativa, gastrinoma e tumores carcinoides), inflamatórias e novamente infeciosas e parasitárias. Realizou também colonoscopia, desta vez com múltiplas biópsias às cegas, que revelaram infiltração eosinofílica no colon. Assim, o diagnóstico de gastroenterite foi considerado e iniciou corticoterapia. Verificou-se melhoria clínica , com resolução completa da diarreia e recuperação do peso.. Analiticamente normalização da função renal.

Apesar de se tratar de uma doença rara, esta entidade clínica deve ser considerada, uma vez que pode provocar grande morbilidade e o tratamento com corticoterapia é altamente eficaz.

E-POSTERS

Doenças Hematológicas

PO488

22 SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO COMO APRESENTAÇÃO DE LINFOMA DE BURKITT ASSOCIADO A VIH

Ana Raquel Monteiro[1], Inês Albuquerque[2], Susana Ferreira[2]

[1]Instituto Português de Oncologia de Coimbra, Coimbra, Portugal

[2]Centro Hospital São João, Porto, Portugal

Introdução

Introdução

O linfoma de Burkitt (LB) é um subtipo de linfoma não Hodgkin de células B maduras altamente agressivo associado a translocação e desregulação do gene c-MYC do cromossoma 8. Existem 3 formas clínicas distintas: endémica, esporádica e associada a imunodeficiência, sendo a apresentação clínica variável entre estas formas.

Descrição

Caso Clínico

Homem, 61 anos, hipertenso e com diabetes mellitus tipo 2. Apresentou-se no serviço de urgência por quadro confusional com 2 semanas de evolução acompanhado de perda ponderal de cerca de 15% em um mês, anorexia, astenia e prurido. Apresentava-se hemodinamicamente estável, apirético e o exame neurológico, à excepção de desorientação temporal e discurso incoerente, não apresentava outras alterações. O estudo analítico inicial mostrou anemia (hemoglobina 12 g/dL), sem outras alterações relevantes no hemograma, LDH aumentada (400 U/L), aumento de transaminases e parâmetros inflamatórios baixos. Foi feita punção lombar que excluiu infecção do sistema nervoso central (SNC). Foi realizada ecografia abdominal que mostrou hepatoesplenomegália homogénea e tomografia computadorizada (TC) crânio-encefálica que mostrou áreas de hipodensidade subcortical parietais e temporais suspeitas de envolvimento secundário do parênquima cerebral. O estudo complementar realizado em regime de internamento mostrou múltiplas adenopatias suspeitas de doença linfroproliferativa supra e infra-diafragmática em TC e infecção VHB e VIH com linfopenia severa (CD4 98/mm3). Foi realizada endoscopia digestiva alta que revelou candidíase esofágica e lesões ulceradas gástricas cuja biópsia conclui o diagnóstico de LB.

Discussão

No caso apresentado, apesar da presença de síndrome constitucional, frequentemente presente em doenças linfoproliferativas, o síndrome confusional agudo era a alteração predominante. Após excluídas causas infecciosas e metabólicas, as alterações no parênquima encefálico, apesar de inespecíficas, conduziram ao estudo complementar que permitiu o diagnóstico de LB com envolvimento do SNC. Confusão é um sintoma comum nos idosos, multifactorial, e cujo diagnóstico diferencial pode representar um desafio especialmente no serviço de urgência. O LB é raro, e quando relacionado com a imunodeficiência ocorre principalmente em doentes com infecção VIH, e menos frequentemente em doentes com outras causas de imunodeficiência. Ao contrário do doente apresentado, afecta tipicamente doentes com contagens de CD4 relativamente altas e sem infecções oportunistas.

PO489

48 MASSA MEDIASTÍNICA DE ETIOLOGIA RARA

Marta Bento, Nuno Vieira E Brito, Pawel Sierzputowski, Paula Alcântara

Centro Hospitalar de Lisboa Norte - Hospital Santa Maria, Lisboa, Portugal

Introdução

Os linfomas representam 13% das massas do mediastino e na maioria das vezes trata-se de doença de Hodgkin, ou linfomas B de alto grau e agressivos. Apresentamos o caso de uma mulher com massa mediatínica com vários contornos pouco frequentes e de etiologia rara.

Descrição

Mulher de 38 anos, melanodermica, angolana admitida por massa mediastínica. Aparentemente saudável até Fevereiro de 2017, altura em que inicia quadro do edema facial, membros superiores, dorso e tórax superior, com ingurgitamento jugular, prurido cutâneo generalizado, perda ponderal e anorexia. A TC de corpo mostrou extensa lesão sólida com importante componente necrosado, com contornos mal definidos, com invasão da aurícula direita e da VCS com sinais de destruição do vaso, trombose da veia jugular e ambos os troncos braquio-cefálicos. O ecocardiograma TT revelou massa exógena nas cavidades direitas, VCI sem motilidade respiratória, de dimensão aumentada, sem evidência de trombo dentro do vaso; deslocação caudal do coração por massa que não tem bordos definidos na localização dos grandes vasos e pequena quantidade de derrame pericárdico no ventrículo direito.A Biópsia cirúrgica da massa mostrou Linfoma não- Hodgkin B de pequenas células com diferenciação plasmocitóide. Realizou 8 ciclos de R-CHOP com resposta parcial; entretanto foi recebido resultado final da biopsia com mutação MyD88 e t(11; 18) negativas, pelo que se considera diagnóstico final de Linfoma Linfoplasmocítico, estádio IV B.

O linfoma linfoplasmocítico é uma neoplasia de baixo grau, composta por pequenos linfócitos B, linfócitos plasmocitóides e células plasmáticas. O LPL constitui uma doença rara, com

uma incidência de 3-4 casos por milhão, tem pico de incidência em média aos 63 anos de idade sendo a localização medistinica rara; a ausência de mutação MYD88 ocorre apenas em 10% dos LPL e fazem diagnóstico diferencial com o linfoma da zona marginal, linfoma linfocítico de pequenas células/leucemia linfocítica crónica.

PO490

101 ANEMIA APLÁSICA – DIZ-ME O QUE FAZES, EU TE DIREI O QUE É!

Joana Maurício[1], Inês Almeida[2], Anna Lima[1], Rui Almeida[1], Marta Rocha[1], Susana Heitor[1]

[1]Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora, Portugal

[2]Unidade de Saúde Familiar Lapiás, Pêro Pinheiro, Portugal

Introdução

A Anemia Aplásica (AA) é uma doença hematológica com apresentação clínica variável e deve ser equacionada no adolescente/adulto jovem com pancitopénia. Na maioria dos casos é idiopática, mas uma história clínica cuidada, incluindo medicação e exposição ocupacional, pode identificar um agente causal. O diagnóstico é confirmado com mielograma. A AA grave é uma emergência hematológica e, se não tratada prontamente, apresenta risco de mortalidade de 70% num ano.

Descrição

Homem, 22 anos, serralheiro, sem antecedentes pessoais ou medicação habitual. Internamento recente por pancitopénia com neutropénia febril (neutrófilos 10/µL), com foco em amigdalite aguda, sem isolamentos microbiológicos e com serologias virais negativas. Nesse internamento fez mielograma que revelou a presença de 49% de blastos e micromegacariócitos, com bloqueio maturativo no estadio blasto/promielócito, tendo-se colocado a hipótese diagnóstica de Leucemia Mielóide Aguda (LMA). Iniciou empiricamente Piperacilina-Tazobactam, com descida da PCR e melhoria do hemograma. Repetiu mielograma com evidência de progressão na maturação granulocítica, já com neutrófilos na medula e com 4% de blastos, excluindo LMA. Doze dias após alta recorre ao Serviço de Urgência por calafrios, febre, mialgias e odinofagia. Ao exame objetivo, orofaringe com exsudado amigdalino, sem adenomegálias ou organomegálias palpáveis. Analiticamente com pancitopénia com neutropénia (neutrófilos 200/µL). Admitida nova neutropénia febril com foco em amigdalite aguda e iniciou empiricamente Piperacilina-Tazobactam.Quando questionado, o doente referiu trabalhar em local não ventilado, com tintas e sprays, sem uso de máscara protetora, relacionando o início das queixas com o retomar da atividade profissional após alta. Sem isolamentos microbiológicos e com serologias virais negativas. Repetiu mielograma, que excluiu LMA, tendo sido admitido o diagnóstico de AA transitória/cíclica, em contexto de exposição ocupacional a solventes existentes nas tintas.

PO491

162 MACROGLOBUNEMIA DE WALDENSTRÖM, UM TIPO DE LINFOMA DE CÉLULAS B RARO

Paulo Zoé Costa, Ivanna Ostapiuk, Andreia Póvoa, Pedro Vieira, Jorcélio Vicente, Orlando Mendes, João Correia

Unidade Local de Saúde da Guarda, Guarda, Portugal

Introdução

A macroglobunemia de Waldenström (MW) é um tipo de linfoma de células B raro, caracterizado por produção monoclonal de imunoglobulina M (IgM) e a sua acumulação na medula óssea. Manifesta-se como fadiga, anemia, hepatoesplenomegalia, adenopatia e hiperviscosidade.

Descrição

Mulher de 43 anos, veio à consulta de medicina interna, apresentava queixas de fadiga e astenia com alguns meses de evolução. Refere também perda ponderal de 5 Kg. Nega história de febre e sudorese. Apresentou os resultados do estudo analítico, solicitado pelo médico assistente, que demonstrou anemia normocítica normocrómica. Ao exame físico, apresentava ligeiramente pálida e adenomegalias axilares e inguinais bilaterais, moles e não dolorosas. Procedeu-se mais investigação, nomeadamente estudo da cinética de ferro e electroforese das proteínas séricas. Três meses depois, o estudo analítico demonstrou, além da anemia, o pico monoclonal e hipercalcémia. Efectuou a colheita da urina de 24h para doseamento de cadeias livres e caracterização e imunofixação do pico monoclonal que posteriormente se observou tratar de IgM. Feito medulograma óssea, imunofenotipagem e biópsia óssea, a qual se observou infiltração de 55% linfócitos com 3% de diferenciação plasmocítica e com CD19+, CD20+, CD5-, CD10-, CD23-. Para diferenciar MW dos restantes patologias secretoras de IgM, foi solicitado a determinação da mutação de gene MYD88L265P que veio corroborar o diagnóstico. Efectuou também tomografia computorizada toraco-abdomino-pélvico para pesquisa de organomegálias e outras adenopatias. Foi referenciada à consulta de hematologia.

A MW é uma neoplasia rara, com cerca de 2% de doenças hematológicas. Muitas vezes os doentes apresentam queixas inespecíficas, e em minoria, queixas de epistáxis ou sinais e sintomas da síndrome da hiperviscosidade.

Além da electroforese das proteínas e do pico monoclonal, é necessário efectuar medulograma, imunofenotipagem e biópsia óssea para efectuar o seu diagnóstico e distinguir a MW de outras doenças das células B. Os critérios de diagnósticos principais são: deteção do pico monoclonal de IgM e infiltração medular >10% pelas células de linfoma linfoplasmocítico, ao contrário de mieloma múltiplo por IgM. O gene MYD88L265P é expresso em cerca de 90% dos casos de MW, portanto também auxilia o seu diagnóstico.

A decisão de iniciar a terapia é baseada nos sintomas e sinais clínicos da doença e nunca se deve basear em níveis séricos da proteína monoclonal.

Existem critérios de prognóstico, nomeadamente International Prognostic Scoring System for Waldenström's Macroglobulinemia, sendo esta doente acima mencionada tinha apenas 1 critério, que corresponde baixo risco, ou seja, 87% de sobrevivência em 5 anos.

PO492

174 SÍNDROME HEMATOFAGOCIA – A PROPÓSITO DE UM CASO

Raquel Gil, Maria João Castro, Andrei Gradinaru, Ana Rita Lopes, Miriam Blanco, Jorge Poço, Miguel Alexandre Bento Alves

ULS Nordeste, Bragança, Portugal

Introdução

A síndrome hemofagocítica (SHF) é uma entidade de difícil diagnóstico devido à baixa prevalência no adulto e inespecificidade de manifestações clínicas e laboratoriais. Caracteriza-se por hiperativação pró-inflamatóra do sistema imunitário, com infiltração macrófagica orgânica, induzindo febre, alterações hematológicas, disfunção hepática, hepatoesplenomegália e fagocitose celular sanguínea. A etiologia pode ser primária ou secundária. No SHF secundário, o desencadeante poderá ser infeccioso, oncológico ou autoimune. O correto diagnóstico e tratamento são fundamentais para um bom prognóstico.

Descrição

Mulher de 86 anos, com antecedentes de Hipertensão Arterial e Dislipidemia, medicada habitualmente com losartan, hidroclorotiazida e sinvastaina.

Admitida por mialgias, astenia e anorexia com 2 semanas de evolução. Sem febre ou outros sintomas constitucionais. Sem alterações ao exame físico. Analicamente apresentava anemia normocítica e normocrómica (Hemoglobina 8.2 g/dL), trombocitopenia (Plaquetas 79000), sem leucocitose, elevação da LDH, haptoglobina normal, lesão renal aguda e elevação da proteína C reactiva. Durante o internamento apresentou agravamento da bicitopenia. Do estudo efectuado salienta-se: LDH 781 U/L, Ferritina 1463 ng/mL, Triglicerídeos 300, VS 86, serologias víricas para VIH, VHB, VHC, EBV, CMV e Parvovirus negativas e estudo imunológico negativo. O TC TAP demonstrou esplenomegalia. A EDA e EDB foram normais. Realizou mielograma que mostrou hipercelularidade e imagens de hemafagocitose.

Estabeleceu-se o diagnóstico de SHF pela presença de esplenomegalia, bicitopenia, hipertrigliceridemia, hiperferritinemia e presença de hemagofagocitose. Iniciou prednisolona na dose de 1mg/kg/dia, com melhoria clínica e analítica. A doente permanece em seguimento em consulta, não se tendo determinado a etiologia do SHF.

Pretende-se com este caso alertar para a identificação precoce do SHF e instituição terapêutica atempada, com o objectivo de melhorar o prognóstico clínico.

PO493

233 ESFEROCITOSE HEREDITÁRIA DISSIMULADA

Marília Silva[1], Maria José Teles[2], Fátima Ferreira[2]

[1]Unidade Local de Saúde de Matosinhos - Hospital Pedro Hispano, Porto, Portugal

[2]Hospital de São João, Porto, Portugal

Introdução

A esferocitose hereditária (EH) é uma doença hemolítica com espectro de apresentação clínica muito variável, que cursa habitualmente com anemia normocítica, reticulocitose, icterícia e esplenomegalia.

Descrição

Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino, de 19 anos e etnia cigana, com pais consanguíneos, encaminhado para consulta para estudo de anemia microcítica (Hb 11,3 g/dL; MCV 68,8 fL), associada a esplenomegalia. Tendo em conta a presença também de microcitose no pai e nos dois irmãos, foi considerada como mais provável a presença de doença genética. Do estudo inicial destacou-se a presença de ferropenia que foi necessário suplementar com ferro endovenoso por má absorção do ferro oral. Verificou-se normalização da hemoglobina, persistindo apenas microcitose (Hb 14,3 g/dL; MCV 78,9 fL), que motivou a exclusão de hemoglobinopatias (cromatografia das hemoglobinas sem picos anómalos, Hb A2 normal e rastreio das deleções da alfa-talassémia negativos). Com a suplementação continuada de ferro tornou-se evidente reticulocitose e elevação discreta de parâmetros hemolíticos (LDH, bilirrubina), com prova de antiglobulina direta negativa. Estas alterações, em doente com história familiar positiva, permitiram o diagnóstico clínico de esferocitose hereditária, confirmado pelo estudo do perfil proteico da membrana eritrocitária, que revelou a presença de défice de espectrina.

Este caso relembra-nos da possibilidade de, na presença de défices nutricionais, as características das células sanguíneas poderem ser alteradas, mascarando a doença de base. Geralmente a EH está associada a anemia normocítica, no entanto, têm sido descritos casos clínicos de doença ligeira sem anemia e com microcitose.

PO494

250 LEUCEMIA A PLASMÓCITOS – CASO CLÍNICO

Ana Carolina Andrade[1], Bela Nogueira[2], Mónica Pedro[1], Fernanda Martins[1], Fátima Campante[1]

[1]Serviço de Medicina Interna - Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE, Barreiro, Portugal

[2]Serviço de Patologia Clínica - Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE, Barreiro, Portugal

Introdução

A Leucemia a Plasmócitos (LP) é uma evolução rara e agressiva do Mieloma Múltiplo (MM), definida pela presença de valores elevados de plasmócitos no sangue periférico. A LP pode ser secundária, se surgir da transformação leucémica de MM já conhecido. No entanto, em cerca de 60%, dos casos surge "de novo", sendo classificada como primária.

Descrição

Os autores apresentam o caso de um homem com 58 anos, fumador (35 unidades maço-ano), sem antecedentes pessoais relevantes, com quadro clínico de toracalgia difusa com cerca de 1 mês de evolução e de agravamento progressivo, que motivou múltiplas idas ao Serviço de Urgência (SU). Na última ida ao SU, o quadro álgico foi atribuído a dor óssea e da avaliação imagiológica destacou-se a presença de múltiplas lesões osteolíticas nas costelas e em diversas vertebras dorsais na TC torácica. O doente ficou internado no Serviço de Medicina Interna para controlo da dor e estudo etiológico das lesões ósseas. Dos resultados analíticos destacavam-se anemia (Hg 11.9g/dL) e leucocitose (14.8x109/L); a lâmina do sangue periférico revelou ≥16% de plasmócitos; função renal e valor de cálcio normais; eletroforese das proteínas com hipogamaglobulinémia sem pico monoclonal; valor de beta2microglobulina aumentado (6.7ug/mL). Admitiu-se a hipótese diagnóstica de Leucemia a Plasmócitos e o doente foi transferido para o Serviço de Hematologia do Centro Hospitalar de referência, que confirmou o diagnóstico. O doente iniciou quimioterapia e posteriormente foi submetido a transplante autológo da medula óssea, com sucesso.

Os autores salientam a raridade da patologia, a necessidade de elevada suspeição clínica na presença de dor óssea e a avaliação multidisciplinar para obter o diagnóstico.

PO495

277 PANCITOPÉNIA, APRESENTAÇÃO POUCO FREQUENTE DA INFEÇÃO A PARVOVÍRUS B19

Mário Rodrigues, João Costa, Manuel Monteiro, Anabela Nunes, Luis Dias

Hospital de São José, Lisboa, Portugal

Introdução

A pancitopénia é uma situação hematológica comum mas potencialmente grave. A marcha diagnóstica é um desafio pelas suas múltiplas etiologias. Descreve-se o caso de uma doente que desenvolveu pancitopénia no contexto de infeção a parvovírus B19.

Descrição

Caso Clínico: Mulher de 44 anos, melanodérmica, internada para esclarecimento de quadro de anorexia, astenia, mialgias e febre, associada a pancitopénia (anemia microcítica com hemoglobina 7,7g/dL e VGM 70, leucopenia 1,72x109/L, 91x109/L plaquetas). Durante o internamento manteve estabilidade e permaneceu apirética, sem adenopatias ou organomegálias palpáveis. Analiticamente com reticulócitos diminuídos 0,07% (0,5-1,5); morfologia do sangue periférico com microcitose, hipocromia e células em alvo; doseamento de ferro, ácido fólico e vitamina B12 bem. O estudo infecioso foi positivo para parvovírus B19 - IgM 48 (<0,9) e IgG 46 (<0,9) e negativo para hepatites, HSV, CMV, EBV, VIH, adenovírus, Leishmania e Plasmodium. A TAC-toraco-abdomino-pélvica não revelou organomegálias, lesões ocupando espaço ou adenopatias suspeitas. Admitiu-se pancitopénia por infeção a parvovírus B19 e teve alta referenciada para a consulta. Verificou-se persistência da anemia (9-10g/dl) com normalização do restante hemograma e foi feito diagnóstico de alfa-talassémia.

Discussão: A infeção por Parvovírus B19 é frequente na população e, em indivíduos saudáveis, é maioritariamente assintomática, podendo cursar com sintomas cutâneos (frequentes nas crianças) e articulares (sobretudo em adultos). Contudo, pelo tropismo pelos precursores eritróides, em doentes com hemoglobinopatias e anemia hemolítica, como em doentes com talassémia, pode originar crise aplásica transitória com anemia grave e, ocasionalmente, pancitopénia. É uma situação transitória, havendo recuperação da eritropoiese com a constituição de imunidade e cessação da virémia, sendo geralmente uma situação única na vida do doente. A terapêutica é de suporte e a evolução geralmente favorável.

PO496

282 NEUTROPÉNIA E OLANZAPINA, COMPLICAÇÃO RARA DE FÁRMACO FREQUENTE

Mário Rodrigues, João Costa, Manuel Monteiro, Anabela Nunes, Luís Dias

Hospital de São José, Lisboa, Portugal

Introdução

Os antipsicóticos são fármacos frequentemente administrados em contexto de internamento, sendo conhecida a associação de alguns destes fármacos com alterações hematológicas. A olanzapina é um antipsicótico de segunda geração, sendo o 3º antipsicótico com maior incidência de neutropenia, com risco de leucopénia/neutropenia em 1:10000 doentes. Apresenta-se o caso de uma doente que desenvolveu neutropénia grave após administração deste fármaco.

Descrição

Caso Clínico: Mulher de 85 anos, internada por AVC isquémico do território cerebral esquerdo por oclusão da artéria carótida interna esquerda, sendo submetida a fibrinólise que se complicou de hematoma temporal ipsilateral. Após maior estabilidade foi transferida para enfermaria de Medicina, onde manteve cuidados de reabilitação motora e manteve-se a aguardar vaga em Unidade de Convalescença. Por períodos de inquietação e confusão foi instituída olanzapina, titulada até à dose de 7,5mg/dia. Cerca de 10 dias depois verificou-se instalação de leucopénia/neutropénia progressiva e grave: 1,26 leucócitosx109/L (4,5-11) e 0,01 neutrófilos x109/L (2-8,5). Na ausência de outro fármaco responsável, foco infeccioso evidente ou outra etiologia admitiu-se efeito iatrogénico da olanzapina. Com suspensão deste fármaco e administração de filgastrim 2x300mgr verificou-se normalização do leucograma em poucos dias, que manteve até à alta hospitalar.

Discussão: O caso descrito representa um exemplo de reacção adversa medicamentosa rara mas potencialmente grave. O mecanismo fisiopatológico através do qual a olanzapina cursa com neutropénia não está bem estabelecido, sendo proposta a formação de metabolitos tóxicos e a interferência directa nos moduladores dos precursores dos neutrófilos. Na maioria dos casos a normalização da contagem de leucócitos ocorre apenas com suspensão deste fármaco. Devem ser consideradas e excluídas outras etiologias, mas este efeito iatrogénico deve ser sempre considerado se houve instituição recente do fármaco.

PO497

417 DOENÇA DE AGLUTININAS A FRIO COMO MANIFESTAÇÃO GRAVE DE LINFOMA SUBCLÍNICO.

Filipe Bessa, João Ferreira, Pedro Gaspar, Catarina Mota, João Meneses, Rui Vitorino

Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

Introdução

As crioaglutininas, habitualmente IgM, ocorrem em diversas doenças infeciosas por anticorpos policlonais e em doenças linfoproliferativas de células B por anticorpos monoclonais. Estes podem causar anemia grave sem que o processo expansivo linfocitário tenha expressão tumoral ou leucémica – doença de aglutininas a frio (DAF).

Descrição

Mulher de 68 anos com carcinoma do cólon submetida a sigmoidectomia, admitida por febre e prostração. Palidez e distensão abdominal, sem adenomegalias, esplenomegalia ou outras alterações. Hb.: 8.5 g/dL, leucograma e plaquetas sem alterações, AST 16 U/L, ALT 10 U/L, G-GT 124 U/L, FA 235 U/L, LDH 235 U/L. TC abdominal com lesão sólida no lobo hepático direito e 3 lesões satélites, sem adenomegalias ou esplenomegalia. Colonoscopia com lesão vegetante a 19 cm da margem do ânus sugestiva de recidiva tumoral. Biópsia hepática revelou metástase de carcinoma do cólon. Durante o internamento, crise hemolítica com descida de Hb para 5.5 g/dL, observando-se agregação eritrocitária. Pesquisa positiva para crioaglutinina, título de 1:256, especificidade anti-I e grande amplitude térmica. Imunofixação sérica com IgM-k oligoclonal. Admitido o diagnóstico de DAF, realizado mielograma que revelou medula com 25% de linfócitos, alguns dismórficos, compatível com linfoma de células B maduras. Iniciou rituximab, com refractariedade e evolução clínica desfavorável.

Conclusão: Apesar da entidade condicionar frequentemente anemia ligeira, cerca de 50% dos doentes com DAF dependem de suporte transfusional e existem formas severas de tratamento difícil. As crioaglutininas são resistentes à corticoterapia e à esplenectomia e as respostas à azatioprina e ciclofosfamida são limitadas. Apesar do prognóstico melhorado com a introdução de rituximab e fludarabina, verifica-se resposta eficaz em pouco mais de 60% dos doentes. Surgem na literatura novos regimes terapêuticos que poderão ampliar o armamento terapêutico disponível e melhorar o prognóstico.

PO498

418 APRESENTAÇÃO AUTO-IMUNE MAS DIAGNÓSTICO NEOPLÁSICO!

Ana Ramalho, Claudia Jesus, Ana Afonso, Eduarda Comenda, Filipa Moleiro, Helena Vitorino, Mario Barbosa, Nadine Monteiro, Sofia Santos, Helena Cantante

Hospital dos Lusíadas, Lisboa, Portugal

Introdução

As doenças sistémicas são difíceis de diagnosticar e de diferenciar entre si, já que quando nos propomos ao exercício as hipóteses são inúmeras. Torna-se assim complexo, perante alterações clínicas e serológicas tão pouco especificas, rotular a patologia causadora com certeza e celeridade.

Descrição

Mulher, 73 anos, história de Hipertensão Essencial, sob anti-hipertensores, controlada. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de 3 semanas de nódulos cutâneos eritematosos nos membros inferiores, mãos, e poliartralgias assimétricas com sinais inflamatórios da tibio-társica direita. Analiticamente com pancitopénia, discreta elevação das transaminases, Proteína C Reativa de 6.04 mg/dL, Desidrogenase láctica de 523 UI/L e Anticorpos Antinucleares (ANAs) com título de 640. Foram realizados mielograma e biópsia óssea, sem alterações. Dadas as lesões compatíveis com eritema nodoso e positividade dos ANAs, inicia terapêutica com 0.5mg/Kg prednisolona, assumindo-se doença do tecido conjuntivo. Aparecimento posterior de nódulo mamário semelhante às restantes lesões, com ecografia

e mamografia a revelar apenas alterações benignas, e tomografia computorizada que denotou formações ganglionares axilares bilaterais.

Três semanas após início do quadro, surgiram nódulos semelhantes no membro superior esquerdo, dorso e cavidade oral e nasal. A biópsia das lesões do membro superior foi compatível com Linfoma Difuso de Grandes Células B. Iniciou RCHOP - Rituximab, Ciclofosfamida, Doxorrubicina, Vincristina e Prednisolona, com regressão das lesões descritas e recuperação parcial da pancitopenia.

Este caso traduz uma apresentação clínica atípica de um Linfoma Difuso de Grandes Células B. A presença de poliartralgias, lesões cutâneas, pancitopenia e ANAs positivos, indiciou patologia Auto-imune. No entanto, é de extrema importância considerar que a pele é o local de envolvimento extranodal mais comum nos Linfomas não-Hodgkin, e que todas as lesões suspeitas devem ser biopsadas.

PO499

420 TRANSFORMAÇÃO BLÁSTICA E PROGRESSÃO FIBRÓTICA NA POLICITÉMIA VERA

Filipe Bessa, João Ferreira, Pedro Gaspar, Catarina Mota, João Meneses, Rui Vitorino

Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

Introdução

A policitémia vera (PV) é uma das neoplasias mieloproliferativas BCR-ABL1-negativas. O prognóstico é globalmente favorável, com sobrevida média estimada em cerca de 24 anos. A sobrevivência a longo prazo é, ainda assim, comprometida por complicações graves, em particular a transformação em mielofibrose (MF) ou leucemia mielóide aguda (LMA).

Descrição

Homem de 82 anos, com PV diagnosticada há 15 anos sob hidroxiureia 500 mg/dia, admitido por astenia e adinamia com 2-3 semanas. À observação, descorado, desidratado, esplenomegalia, sem outras alterações. Laboratorialmente, Hb 10.6 g/dl, glóbulos brancos de 90910/uL com 20000/uL neutrófilos, 1820/uL metamielócitos e 72000/uL blastos. Mielograma sem fragmentos de medula óssea, 64% de mieloblastos. A imunofenotipagem de sangue periférico revelou população blástica de 54.8% com fenótipo CD34+/ CD117+/ CD13+/ CD33+/ HLA-DR+ e com expressão aberrante do CD7, compatível com LMA.

Mulher de 81 anos, com PV diagnosticada há 3 anos sob hidroxiureia 500 mg/dia, admitida por apatia, cansaço e anorexia com 2 meses. À observação descorada, hepatoesplenomegália, sem outras alterações. Laboratorialmente Hb 8.0 g/dl, glóbulos brancos de 13710/uL com 6310/uL neutrófilos, 140/uL promielócitos, 2190/uL mielócitos, 1000/uL metamielócitos e 270/uL bastonetes, Plaquetas 146000/uL. Realizou biopsia óssea que revelou medula com hipercelularidade intensa, trilinear, megacariócitos dismórficos e acentuada fibrose reticulínica com deposição de algumas fibras de colagénio, aspectos compatíveis com mielofibrose.

Discussão: Na literatura, estimam-se frequências de transformação de PV em MF de cerca de 4,9-6% aos 10 anos. A LMA ocorre também como evento raro e tardio, estimada em cerca de 2.3–14.4% aos 10 anos. Apesar do prognóstico favorável da PV, a potencial transformação em MF ou LMA continua a ser uma das complicações de maior gravidade, sendo fundamental uma melhor compreensão dos eventos moleculares que levam à transformação blástica ou fibrótica.

PO500

463 "1 GATO, 1 ARRANHADELA: DUAS DOENÇAS" – CASO CLÍNICO DE DOENÇA DA ARRANHADELA DO GATO COMO MANIFESTAÇÃO INCIAL DE LEUCEMIA MIELÓIDE CRÓNICA

Joana Couto[1], Luís Pontes Santos[1], Pedro F. Pinto[1], Emília Guerreiro[1], Raquel López[1], Augusta Silva[1], Teresa Garrido[2]

[1]Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana Do Castelo, Portugal

[2]Serviço de Hematologia - Hospital de São João, Porto, Portugal

Introdução

A infeção por Bartonella henselae (BH) apresenta-se normalmente como linfadenopatia local, mas em raras situações pode haver envolvimento sistémico com complicações graves. Apresenta-se o caso de um doente diagnosticado com doença da arranhadela do gato cujo estudo permitiu identificar doença subjacente causadora de imunossupressão - Leucemia Mieloide Crónica (LMC)

Descrição

Caso Clínico:

Homem, 37 anos, antecedentes de dislipidemia. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) a 12/01/18 por quadro com 1 mês de evolução de febre (Tªax. Máx: 40,5ºC), astenia, anorexia, perda ponderal e aumento progressivo de tumefação epitroclear esquerda. Empregado fabril, mas pelo quadro descrito, de baixa laboral. Referia mordedura por gato em 07/17 com necessidade de sutura local e antibioterapia com doxiciclina. Ao exame objetivo de realçar hepatomegalia palpável, lesão colóide na face dorsal da mão esquerda e adenomegalia epitroclear esquerda palpável com cerca de 4 cm de diâmetro – adenopatia regional. Analiticamente, anemia normocrómica, normocítica, leucocitose marcada (186730 - Neutrófilos: 64%, Metamielócitos: 18%, Blastos: 1%), esfregaço compatível com LMC. Ecografia abdominal revelou hepatoesplenomegalia e 2 adenopatias inespecíficas no espaço porto-cava com 2 cm; a ecografia de partes

moles mostrou 2 adenopatias na zona epitroclear – a maior com 2,5 cm. Por elevado grau de suspeição clínica colheu serologia (POSITIVA) e PCR de BH, no entanto para continuação de cuidados e tratamento por Hematologia foi transferido para Hospital Central.

Conclusão:

O diagnóstico de infeção aguda baseou-se na serologia (IgM positiva), a presença de hepatoesplenomegalia com adenopatias locais sugeriam envolvimento sistémico, sobretudo tratando-se de um doente imunodeprimido por LMC. Assumiu-se infeção disseminada estando a cumprir 1 mês de antibioterapia com rifampicina e doxiciclina. É fundamental identificar doenças causadoras de imunossupressão e iniciar o tratamento adequado precocemente.

PO501

498 LINFOMA DE HODGKIN, FORA DOS PICOS – A PRÓPOSITO DE UM CASO CLÍNICO

Joana Alves Vaz, Maria João Pinto De Sousa, Nuno Ferreira Monteiro, Leandro Silva, Maria Manuela Soares, Alberto Mello E Silva

Hospital Egas Moniz, Lisboa, Portugal

Introdução

O linfoma de Hodgkin tem uma distribuição bimodal (pico de incidência nos jovens adultos e após os 65 anos). Cursa habitualmente com adenopatias e sintomas B (febre, sudorese e perda ponderal) mas pode ter um carácter indolente.

Descrição

Homem de 49 anos, trabalhador da Junta de Freguesia, fumador ativo (60UMA) enviado à consulta por lombalgia intensa há 1 mês, a condicionar incapacidade e massa na região inguinal direita, de 4cm de maior eixo, indolor, de consistência dura, não móvel e sem sinais inflamatórios, compatível com conglomerado adenopático com cerca de 3 anos de evolução. Negava outras alterações como astenia, sudorese nocturna e perda ponderal ou contexto epidemiológico relevante. A TC da coluna lombar e anca mostraram lesões líticas do corpo vertebral de L4 e de ambos ossos ilíacos, traduzindo depósitos secundários. Analiticamente destacava-se: leucócitos 21100/uL com 13610 neutrófilos, LDH 214 U/L, serologias negativas para VIH, EBV e CMV; PCR e estudo de autoimunidade normal. A imunofenotipagem do sangue periférico não detetou população de células linfoides anormais e o mielograma não foi possível por incapacidade de aspiração de sangue medular. A TC revelou múltiplas adenopatias supra e infradiafragmáticas e femorais. A histologia da biópsia guiada da lesão lítica óssea foi inconclusiva. A biópsia excisional da adenopatia inguinal direita possibilitou o diagnóstico histológico de linfoma de Hodgkin clássico, variante celularidade mista. O doente foi então encaminhado para o Serviço de Hematologia, encontrando-se sob esquema de quimioterapia. O aparecimento da tumefação inguinal há vários anos foi desvalorizada pelo doente por não afetar a sua qualidade de vida. Assim, o diagnóstico foi tardio e só possível após sintoma de envolvimento extra-ganglionar, condicionando pior prognóstico. Cerca de 10% dos linfomas nos países desenvolvidos são de células B, o que implica a necessidade de estarmos alerta à sua ocorrência, para melhorar a sobrevida.

PO502

534 UMA ETIOLOGIA RARA DE ANGIOEDEMA DA FACE ADQUIRIDO

Nuno Reis Carreira, Luís Leite, Válter Fonseca, Marisa Teixeira Silva, Rui M. M. Victorino

Serviço Medicina 2, Hospital de Santa Maria - Centro Hospital Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

Introdução

O Angioedema Adquirido (AA) constitui uma manifestação rara de doença linfoproliferativa, ocorrendo em cerca de 0,5% dos linfomas não Hodgkin de células B (LNH-B). Associa-se habitualmente a níveis baixos de C1 inibidor (C1-IN), embora raramente estes se encontram normais. Nestas situações há produção de anticorpos que causam inactivação funcional do C1-IN. O Síndrome da Veia Cava Superior (SVCS) pode clinicamente simular um angioedema, designado por pseudoangioedema.

Descrição

Caso clínico

Mulher, 87 anos, sem antecedentes relevantes. Admitida por quadro de edema facial e palpebral intermitente, sensação de corpo estranho ocular e aperto laríngeo, com 6 semanas de evolução. A referir, no mesmo período, perda ponderal, anorexia e xerostomia. Nega alterações cutâneas. Episódios prévios semelhantes com melhoria após corticoterapia e anti-histamínicos. Sem factores alimentares, medicamentosos ou outros potenciadores de angioedema. Exame objectivo sem outras alterações. Realizada laringoscopia que evidenciou edema retrofaríngeo e das bandas ventriculares. Analiticamente, hipogamaglobulinémia IgG, IgA e IgM, VS 73 mm/h; sem défices de C3, C4 e C1-IN. Para esclarecimento etiológico, fez TC-tórax que documentou volumosa massa mediastínica retroesternal com envolvimento da veia cava superior, traduzindo SVCS. Histologia da massa mediastinica compatível com LNH-B, com características de linfoma folicular difuso. Iniciada terapêutica com Dexametasona em alta dose e Heparina de baixo peso molecular, com progressiva melhoria clinica e regressão dos sintomas iniciais. Dado o diagnóstico de doença linfoproliferativa, a doente foi posteriormente orientada para consulta de Hematologia e inicio de quimioterapia.

Discussão

Neste caso ilustra-se uma manifestação clínica atípica de LNH-

-B, traduzida por angioedema. Etiopatogenicamente, resulta provavelmente de uma combinação da produção paraneoplásica de anticorpos e consequente inactivação de C1-IN e de um pseudoangioedema associado ao SVCS.

PO503

562 QUANDO A MANIFESTAÇÃO CLÍNICA SURGE EM FORMA DE COMPLICAÇÃO

Ana Nunes, Ana Palricas, Márcia Pacheco, Carina Graça, Madalena Paulino, José Barata

Hospital Vila Franca de Xira, Vila Franca De Xira, Portugal

Introdução

A trombocitémia essencial é uma neoplasia mieloproliferativa crónica que se caracteriza pela produção excessiva de plaquetas, predispondo a eventos trombóticos e/ou hemorrágicos. A idade média, na altura do diagnóstico, é de 60 anos.

Descrição

Apresenta-se o caso de uma mulher de 28 anos com antecedentes pessoais de doença celíaca, medicada habitualmente com anticonceptivo oral (Acetato de ciproterona+ Etinilestradiol 35,2 mg+0,035 mg), que recorreu ao serviço de urgência por cansaço e dor abdominal, tendo alta orientada à consulta de Medicina Interna para estudo de anemia microcítica hipocrómica (Hb 9.2g/dL; VGM 65.4fl; HGM 19.9pg) e trombocitose (774x10^3/uL).

A consulta da Plataforma de Dados da Saúde (PDS) permitiu aceder às análises de há um ano, com hemoglobina dentro dos valores da normalidade e trombocitose de 907x10^3/uL. Foram excluídas as causas de trombocitose reativa. O estudo analítico evidenciou ferropénia (17mcg/dL) e ferritina baixa (6ng/dL), com valores de TSH, vitamina B12 e ácido fólico normais. Efetuou Endoscopia digestiva alta que documentou esófago com varizes grandes no 1/3 distal, tendo sido colocados 6 elásticos. A colonoscopia revelou varizes colorrectais.

Realizou ecografia abdominal com estudo doppler verificando-se trombose da veia porta e da veia esplénica e esplenomegalia com 16cm de maior eixo.

O estudo das trombofilias revelou, apenas, redução da proteína S total funcional, interpretada no contexto da trombose e toma de anticonceptivo oral.

Efetuou biópsia óssea com aspetos sugestivos de doença mieloproliferativa crónica - trombocitémia essencial provável.

Como intercorrência destaca-se um episódio de hemorragia digestiva alta secundária à toma de anti-inflamatório não esteroide.

Procedeu-se a substituição do método de anticoncepção e iniciou terapêutica com hidroxicarbamida.

Conclusão:

Na trombocitémia essencial a avaliação do risco trombótico e hemorrágico é fundamental e condiciona o desafio terapêutico. A doença pode manifestar-se na forma de uma das complicações e, desta forma, atrasar o diagnóstico. Destaca-se a pesquisa dos dados na PDS como fator importante na marcha diagnóstica.

PO504

613 PARA ALÉM DO DIAGNÓSTICO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Mariana Silva Leal, Carolina Amado, Marcelo Aveiro, Fani Ribeiro, Inês Zão, Clara Batista, Flávio G. Pereira, Mariana Sousa, Rosa Jorge

Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro, Portugal

Introdução

A Insuficiência Cardíaca (IC) descompensada é uma patologia comum nos nossos serviços de urgência, que pode ocorrer como sintoma de condições cujo diagnóstico é um desafio. As gamapatias monoclonais podem constituir um processo benigno e indolente ou traduzir/evoluir para patologias com pior prognóstico. Na amiloidose ocorre deposição no tecido extracelular de fibrilas insolúveis, com comprometimento da função dos órgãos envolvidos.

Descrição

Os autores descrevem o caso de um homem, 79 anos, com antecedentes de síndrome túnel cárpico, hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e doença renal crónica estadio 3b, admitido no Serviço de Urgência por: edemas periféricos, agravamento da dispneia de esforço, ortopneia e dispneia paroxística nocturna. Os exames iniciais revelaram peptídeo natriurético B aumentado, hipoalbuminemia, insuficiência respiratória hipoxémica e derrame pleural bilateral, interpretados no contexto de IC descompensada. Do estudo complementar, destacaram-se gamapatia monoclonal de cadeias leves lambda e ecocardiograma com hipertrofia ventricular esquerda de grau severo. Fez RMN cardíaca, compatível com doença infiltrativa (amiloidose); biópsia de gordura abdominal e pesquisa de substância amilóide na medula óssea negativas e posterior biópsia endomiocárdica com relatório inicial indicando miocardiopatia fibrótica. Mais tarde, foi re-admitido por falência renal com necessidade de diálise, acabando por falecer. Adenda post mortem da biópsia endomiocárdica compatível com Amiloidose de cadeias leves (AL).

Discussão: Com o estudo realizado, existe evidência de envolvimento cardíaco com deposição de cadeias leves lambda, no contexto de Amiloidose AL a condicionar IC, cujo prognóstico é reservado. Adicionalmente, não podemos excluir a presença prévia de Gamapatia Monoclonal de Significado Indeterminado. A discussão prende-se com o elevado índice de suspeita no diagnóstico de uma patologia incomum subjacente à IC e a decisão de iniciar terapêutica dirigida.

PO505

616 DOENÇA DE AGLUTININAS A FRIO: DOIS CASOS CLÍNICOS

Márcia Agostinho Pereira, Madalena Lobão, Rita Ribeiro, Ana Sofia Spencer, Ana Filipa Reis

Hospital Santo António dos Capuchos (CHLC), Lisboa, Portugal

Introdução

A doença de aglutininas a frio é uma anemia hemolítica caracterizada pela existência de imunoglobulinas, frequentemente do tipo IgM, dirigidas contra antigénios eritrocitários, causando aglutinação eritrocitária a temperaturas baixas e hemólise extravascular. Pode ser primária ou habitualmente secundária a doença infecciosa ou oncológica. Apresentam-se dois casos em que foi diagnosticada esta entidade.

Descrição

Caso 1: Homem, 70 anos, história de internamento recente e prolongado em unidade de cuidados intensivos por herniorrafia complicada de hidropneumoperitoneu, ileostomizado. Recorreu ao Serviço de Urgência por vómitos, febre e prostração. No exame físico destacava-se parésia incompleta do III par craniano esquerdo. Analiticamente Hb 11.3 g/dL com aglutinação eritrocitária, LDH 1121UI/mL, leucocitose 23580/uL com neutrofilia, PCR 48 mg/L. No internamento constatou-se agravamento da leucocitose com aparecimento de blastos (18%) no sangue periférico e agravamento da anemia com Coombs positivo. Após estudo exaustivo diagnosticou-se linfoma não Hodgkin de alto grau com infiltração leptomeníngea e doença por crioaglutininas secundária. Caso 2: Mulher de 79 anos, internada por febre, dor lombar e astenia com 1 semana de evolução. Analiticamente apresentava leucocitose 11900/uL, PCR 258 mg/L, leucocituria 222/uL, admitindo-se pielonefrite. Destacava-se ainda Hb 6.2 g/dL, com aglutinação eritrocitária a frio. Durante o internamento isolou-se Escherichia coli na urocultura e hemoculturas, detectaram-se crioaglutininas IgM policlonais e coombs positivo. Excluiu-se neoplasia oculta, assumindo-se o diagnóstico de doença de aglutininas a frio secundária a bacteriémia por Escherichia coli. A doente fez tratamento dirigido com ceftriaxone com resolução completa do quadro. Conclusão: Os autores consideram que o interesse destes casos reside não só na raridade desta entidade, bem como na diversidade etiológica que se lhe associa e desafio diagnóstico que representa.

PO506

617 PETÉQUIAS E EPISTÁXIS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA - UM CASO DE PTI

João Enes Silva, Maria João Ferreira, Marta Amorim, Jorge Almeida

Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

Introdução

A púrpura trombocitopénica idiopática, PTI, é uma das causas mais comuns de trombocitopenia em adultos.

Descrição

Homem, 67 anos, reformado, autónomo. Antecedentes pessoais de DM tipo 2, cardiopatia reumatismal, com próteses valvulares mecânicas mitral e aórtica, disfunção ventricular esquerda moderada; FA.

Recorre ao SU por petéquias dispersas nos membros e orofaringe e epistáxis discreta. Relata início recente de tratamento com mianserina. Analiticamente trombocitopenia grave (plaquetas <10000/L), confirmada por observação do esfregaço sanguíneo, normalidade morfológica e numérica dos eritrócitos e leucócitos. INR de 3,97. Marcadores víricos negativos (VIH, Hepatite C, imunidade para Hepatite B). Ecografia abdominal sem alterações. Internado na Unidade de Cuidados Intermédios da Medicina Interna. Iniciou pulsos de corticoterapia, seguida de metilprednisolona na dose de 1mg/kg/ dia. Resposta transitória. Tratamento com imunoglobulina humana polivalente na dose de 1g/kg durante três dias, com subida substancial da contagem plaquetária. Ecografia tiroideia, TC toraco-abdomino-pélvico sem evidência de neoplasia. EDA e EDB sem alterações de relevo. Anticorpos Anti-Heparina/PF4 negativos.

À data de alta, contagens plaquetárias sustentadamente superiores a 100 000/L, indicação para corticoterapia no domicílio. Optou-se por não re-introdução de mianserina, dado trombocitopenia ser um dos possíveis efeitos laterais do fármaco.

Discussão: os doentes com PTI apresentam sinais de hemorragia e trombocitopenia, sem outras alterações hematológicas. Na avaliação destes doentes é importante excluir causas secundárias (como neoplasia, infecção por VIH/HCV, leucemia linfocítica crónica), doença hepática crónica, hiperesplenismo, supressão da medula óssea ou infeção. Em mulheres é também importante excluir gravidez. O diagnóstico de PTI é de exclusão, requerendo apenas trombocitopenia sem outra causa aparente.

PO507

669 UMA ETIOLOGIA RARA PARA UMA SÍNDROME COMUM: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO DE AMILOIDOSE AL

Filipa Taborda[1], Maria João Lobão[1], Gonçalo Proença[1], Jorge Manuel De Castro[1], Ana Filipa Raposo[1], Isabel Serrano[1], Alexandra Monteiro[2]

[1]Hospital de Cascais, Cascais, Portugal

[2]Hospital Santo António dos Capuchos, Lisboa, Portugal

Introdução

A amiloidose AL é uma doença rara e potencialmente fatal, que resulta de um distúrbio clonal dos plasmócitos, caracterizando-se por uma deposição excessiva de cadeias leves a nível tecidular. O envolvimento cardíaco está frequentemente associado a uma sobrevida menor do que 6 meses.

Descrição

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 62 anos, melanodérmica, com história prévia de hipertensão arterial (sem outros fatores de risco cardiovascular conhecidos), referenciada a consulta externa por dispneia para pequenos esforços e ortopneia com 6 meses de evolução. Não havia achados a relevar ao exame objectivo. A ecocardiografia inicial levantou a suspeita de doença infiltrativa do miocárdio. Na investigação diagnóstica subsequente, identificou-se uma gamapatia monoclonal IgG/lambda. Apesar do mielograma mostrar uma plasmocitose medular de 20%, não se reuniam critérios adicionais que permitissem inferir o diagnóstico de mieloma múltiplo. A biópsia de gordura abdominal evidenciou a presença de depósitos rosados e hialinos na parede de pequenos vasos, positivos na coloração de Vermelho do Congo, nomeadamente quando observados em luz polarizada e com pré-tratamento com permanganato de potássio, compatíveis com o diagnóstico de amiloidose AL. A doente cumpriu 6 ciclos com ciclofosfamida, bortezomib e dexametasona, verificando-se franca melhoria sintomática e aumento da tolerância ao esforço. Atualmente aguarda a realização de auto-transplante medular.

Com este caso clínico, os autores pretendem destacar a importância da suspeita diagnóstica de uma doença rara face a uma apresentação clínica comum. Neste caso, o diagnóstico precoce garantiu a elegibilidade da doente para terapêutica com intenção curativa, do qual resultou uma melhoria do performance status e um esperado impacto positivo na sobrevida da doente.

01 DE JUNHO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 08
09:00 - 10:30

PO508

846 PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA: UM DESAFIO NO INTERNAMENTO

Raul Neto, Filipa Duarte-Ribeiro, Raquel Barreira, Margarida Correia, Janine Resende, João Valente

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova De Gaia, Portugal

Introdução

As Microangiopatias Trombóticas mais prevalentes são a púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) e a síndrome hemolítica-urémico. A PTT caracteriza-se por febre, alterações neurológicas e renais, trombocitopenia severa e anemia hemolítica com esquisócitos.

Descrição

Este é o caso clínico de uma mulher de 40 anos que recorreu ao serviço de urgência por astenia de agravamento progressivo, menorragia e petéquias, com uma semana de evolução. Exame objetivo: TA 118/86mmHg, FC 71bpm, SpO2(21%) 98%, lesões petequiais milimétricas e difusas e dois hematomas no membro inferior esquerdo. Dos exames realizados salientava-se anemia N/N Hb 6,9g/dL, 10.000 plaquetas/ul, esfregaço sangue periférico com esquizócitos, haptoglobina <10mg/dL, bilirrubina total 3,01mg/dL (à custa da bilirrubina indireta), LDH 671U/L, U/Cr 64/1,13mg/dL. Ecografia Abdominal com sinais de nefropatia médica.

Neste contexto foi assumido o diagnóstico de PTT , tendo a doente ficado internada na unidade de cuidados intermédios para tratamento com plasmaférese e corticoterapia.

Internamento de 27 dias complicado por crise tónico-clónico generalizada (TCG) secundária a hipocalcemia induzida pela plasmaférese, com necessidade de colocação de cateter venoso central para suporte vasopressor. Reação anafilática ao concentrado plaquetário transfundido durante a técnica. Cumpriu antibioterapia empírica com Ceftriaxone (7 dias) por suspeita de aspiração com posterior dessaturação e febre.

Melhoria clinica progressiva, pelo que ao décimo segundo dia de internamento se suspendeu a plasmaférese. No entanto, ao fim de 48 horas, verificou-se recidiva da PTT, tendo sido iniciada terapêutica de resgate com Rituximab semanal Reavaliada duas semanas após a alta, clinicamente estável e a cumprir desmame de corticoterapia.

O diagnóstico e tratamento da PTT são difíceis, é necessário um elevado índice de suspeição clínica e vigilância de complica-

ções neurológicas associadas à própria doença ou secundárias ao tratamento.

E-POSTERS

PO509

909 APLASIA ERITROIDE E TIMOMA - UMA CAUSA RARA DE ANEMIA

Catarina Dantas Rodrigues, Catarina Almeida, Conceição Constanço, Alexandra Vaz, Paula Rocha, Helena Vitória, António Correia

Centro Hospitalar Tondela Viseu, Viseu, Portugal

Introdução

A aplasia eritroide (AE) é uma entidade rara caracterizada por uma anemia severa associada a redução dos reticulócitos no sangue periférico e ausência de precursores eritróides na medula óssea. Apesar de ser geralmente idiopática, pode estar associada a outras causas, nomeadamente timoma. Trata-se de uma associação rara (10% casos) que envolve fenómenos imunes.

Descrição

Homem de 72 anos, cronicamente hipocoagulado com rivaroxabano por fibrilhação auricular, recorre ao serviço de urgência por apresentar um quadro de astenia, perda ponderal de 8kg e palidez mucocutânea, desde há 2 meses, sem outras queixas associadas, nomeadamente queixas oculares ou fraqueza muscular. Analiticamente apresentava anemia (Hb 4 e VGM 102) com necessidade de suporte transfusional, sem alteração nas outras linhagens e sem indicadores sugestivos de hemólise. Orientado para Consulta Externa na semana seguinte para prosseguir estudo, destacando-se ausência absoluta de reticulócitos no sangue periférico e ferritina elevada. Restante cinética de ferro, vitamina B12, ácido fólico e função tiroideia normais. Foram ainda excluídos processos infeciosos e autoimunes. O estudo medular revelou ausência de precursores eritróides, compatível com o diagnóstico clínico de AE. Por suspeita de síndrome paraneoplásico, fez uma TAC toracoabdominopélvica que revelou uma massa no mediastino anterior sugestiva de lesão tímica. Foi submetido a timectomia, mas não obteve remissão da anemia, pelo que necessitou de corticoterapia.

A associação de AE e timoma apesar de rara é importante reconhecer, visto a timectomia não só tratar o timoma, mas também ter impacto no curso da aplasia, levando a uma remissão inicial da mesma em 30% das situações. No entanto, tal como neste caso, uma remissão sustentada exige na maioria das vezes, terapêutica médica com corticosteróides, ciclosporina ou ciclofosfamida.

PO510

936 ANEMIA HEMOLÍTICA AUTO-IMUNE COM AGLUTININAS A QUENTE SECUNDÁRIA AO ÁCIDO ACETILSALICÍLICO.

Isabel Fernandes, Mariana Almeida, Carina Ramalho, Joaquim Peixoto, Rosário Ginga, Fátima Campante

Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Lisboa, Portugal

Introdução

A anemia hemolítica auto-imune (AHAI) é causada por um anticorpo que reage contra um antigénio presente nos eritrócitos, existem dois tipos major de anticorpos, IgG e IgM, sendo que o anticorpo IgG reage com a superfície do eritrócito à temperatura do corpo, daí que se designe AHAI com aglutininas a quente.

O inicio dos sintomas é normalmente abrupto, podendo manifestar-se com sinais e sintomas de estado hiperdinâmico, a remoção maciça de eritrócitos causa icterícia. O teste de diagnostico é o teste de COOMBS, que quando positivo, o diagnóstico é estabelecido; é necessário excluir doenças infecciosas, neoplásicas bem como doenças auto-imunes e fármacos suspeitos.

Descrição

Doente do sexo masculino, de 89 anos, com antecedentes de fibrilhação auricular, medicado com acido acetilsalicílico e rivaroxabano; internado para investigação de icterícia progressiva. No exame objetivo observou-se icterícia; na avaliação laboratorial objetivou-se elevação de bilirrubina total e direta de 7.0 UI/L e 1.20 UI/L respetivamente, haptoglobina indoseável, LDH aumentado e teste de COOMBS positivo para aglutininas a quente.

Na marcha diagnóstica foi realizado estudo de processo infecioso e auto-imune que se revelou negativo. Foi realizado tomografia computorizada toraco-abdomino-pelvica e medulograma com biópsia óssea que não mostraram alterações.

Admitiu-se anemia hemolítica auto-imune secundária ao ácido acetilsalicílico (fármaco suspeito), que suspendeu. O doente realizou terapêutica com prednisolona; seis meses após a alta, o doente não apresentou recidiva.

O caso clinico acima descrito documenta a associação de um fármaco na destruição dos glóbulos vermelhos à temperatura do corpo; acredita-se que o acido acetilsalicilico poderá alterar os antigénios presentes no glóbulo vermelho, resultando na produção de anticorpos que vão reagir de forma cruzada.

Mais de metade dos doentes responde ao corticoide, produzindo uma remissão imediata, contudo as recidivas não são raras.

PO511

951 PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IMUNE NO IDOSO

Lídia Alves Ribeiro, Mafalda Pereira, Pedro Correia Azevedo, Conceição Escarigo

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução

A púrpura trombocitopénica imune(PTI) no idoso está a tornar-se mais prevalente em linha com o aumento da esperança média de vida e tem sido descrita em associação com a administração da vacina contra a gripe. A gravidade e inexistência de recomendações específicas tornam esta patologia particularmente desafiante.

Descrição

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 83 anos, com história de fibrilhação auricular, anticoagulada com dabigatrano, que recorre à urgência por hemorragia ativa após extração dentária. 10 dias antes havida sido vacinada contra a gripe. À observação apresentava petéquias, hematomas dispersos e hemorragia no alvéolo dentário; analiticamente: pancitopenia com trombocitopenia grave (3000/uL). Realizou controlo hemostático, suporte transfusional e foi suspensa anticoagulação. Foi internada e iniciou corticoterapia(CT). Do esfregaço do sangue periférico destacaram-se neutrófilos pseudo-Pelguer-Huett e o estudo medular revelou possível síndroma mielodisplásico(SMD). O estudo molecular e citogenético foi negativo para alterações associadas a SMD. A imunofenotipagem não detetou células linfóides anormais ou aumento do número de blastos. A doente evoluiu favoravelmente, com alta ao 23º dia, assintomática e apenas com trombocitopenia ligeira (105000/uL). À reavaliação em consulta externa, sob esquema de desmame de CT, apresentava trombocitopenia em melhoria (134000/uL). Concluiu-se diagnóstico de PTI, com resposta à CT, interpretando como trigger a vacina contra a gripe. Dada a predisposição para cronicidade, o seguimento será mantido em consulta externa para monitorização e possibilidade de novas intervenções terapêuticas.

A PTI no idoso acompanha-se de maior risco de discrasia hemorrágica, não só pela sua fragilidade, como por frequentemente cumprir terapêutica antiagregante ou anticoagulante. Quanto à relação com a vacina contra a gripe como trigger, no presente caso o tempo entre a administração e o início da sintomatologia está de acordo com a literatura.

PO512

964 DESAFIO DIAGNÓSTICO EM DOENTE COM PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA

Josiana Duarte, Sofia Sobral, Ana Teresa Goes, David Campoamor, Paula Pestana, Henrique Rita, Sousa E Costa

Hospital do Litoral Alentejano, Santiago Do Cacém, Portugal

Introdução

O linfoma difuso de grandes células B é o linfoma mais comum, representando 31% dos linfomas não Hodgkin e é rapidamente fatal se não tratado.

Descrição

Homem, 38 anos de idade, saudável, recorreu ao SU por dor retroauricular direita, zumbidos, cefaleia frontal e parésia facial periférica direita, c/ 1 mês de evolução. Previamente medicado c/ corticóide, anti-vertiginosos e antibióticos s/ melhoria. À observação inicial: parésia facial periférica dta e massa cervical dta c/ 3 cm de > eixo. TAC de Crânio e RMN CE de há um mês relatadas como sem alterações. Internado no S. de Medicina para estudo. Ecografia do pescoço: múltiplas adenopatias jugulares, supra-claviculares à dta reativas inflamatórias. LCR: 60 células s/ predomínio, hipoglicorraquia e hiperproteinorraquia; pesquisa de células neoplásicas negativa. Assumida Meningite viral e iniciado aciclovir. No internamento queixas de dor tipo ciática à direita de intensidade 9/10 s/ cedência à medicação anti-álgica. Neurologia assumiu eventual polineuropatia craniana inflamatória assimétrica e subaguda c/ disautonomia. Pelo risco de compromisso respiratório foi transferido para a UCI. Na UCI fez pulsos de metilprednisolona e terapêutica com doxiciclina e anti-bacilares pela suspeita de eventual rickettsiose/tuberculose meníngea. Esteve 3 dias na UCI onde se assistiu a melhoria clínica, nomeadamente da dor tipo ciática. Exame cultural e vírus neurotrópicos negativos no LCR. Repetiu RM-CE: processo neoplásico com infiltração leptomeníngea. TC toraco-abdomino pélvica: múltiplas adenopatias. Após diagnóstico provável de linfoma c/ atingimento do SNC foi transferido para IPO, onde lhe foi diagnosticado linfoma não hodgkin B de grandes células estadio IV com envolvimento do SNC e medula óssea.

Apresenta-se este caso pela importância da elevada suspeição clínica não só pela manifestação inicial ser atípica como também pela pesquisa de células neoplásicas no LCR ser negativa assim como a RM-CE inicial ter sido relatada como normal.

PO513

978 TROMBOEMBOLISMO VENOSO RECORRENTE - DESAFIO DA ANTICOAGULAÇÃO

Teresa Dias Moreira, Margarida Silva Cruz, Teresa Pereira, Vítor Fagundes, Vera Moreira, Mari Mesquita

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Penafiel, Portugal

Introdução

O Tromboembolismo venoso(TEV) inclui a trombose venosa profunda(TVP) e a embolia pulmonar(EP), é uma patologia muito prevalente, constituindo uma causa major de morbimortalidade. Embora patogénese não esteja totalmente esclarecida, acredita-se que o processo seja influenciado pela interação entre fatores genéticos e ambientais, sendo que trombofilias hereditárias estão presentes numa grande percentagem. Porém, a pesquisa destas é controversa, os dados são limitados e não existem orientações validadas sobre o assunto.

Descrição

Mulher, caucasiana, 66 anos. Episódio de abortamento no 1ºtrimestre, com 3 partos de termo posteriormente e história de TVP e EP há 18 anos. Desconhece-se estudo etiológico prévio, tendo sido anticoagulada durante 2 anos. Internada por diarreia sanguinolenta. Achado tomográfico de TVP das veias ilíaca externa e femoral comum esquerdas. Sem traumatismo, cirurgia recente ou imobilização. Excluída EP. Sem evidência de neoplasia oculta. Estudo imunológico negativo. Na colonoscopia aspectos sugestivos de sufusões subepiteliais de colite isquémica. Doença inflamatória intestinal excluída no anatomopatológico. Colheu estudo genético de trombofilia e iniciou anticoagulação com antagonista vitamina K. Estudo viria a revelar hiperhomocisteinemia por 2 mutações heterozigóticas no MTHFR (677 C>T e 1298 A>C). Manteve hipocogulação, sem novos episódios de TEV. DISCUSSÃO: As duas mutações da MTHFR presentes são consideradas prevalentes mas com um papel controverso enquanto fatores de risco genéticos independentes para a ocorrência de TEV. Apesar da literatura defender que o resultado dos testes não deve afetar a decisão no que diz respeito à duração do tratamento com anticoagulante, a presença de novos eventos trombóticos após suspensão de anticoagulação, motivou os autores a mantê-la. CONCLUSÃO: Abordagem ao TEV continua a ser desafiante, desde o diagnóstico à duração da anticoagulação, pretendendo os autores contribuir com a sua experiência.

PO514

1000 SÍNDROME CONSTITUCIONAL DE LONGA EVOLUÇÃO

Mafalda Ferreira, Ana Rita Nogueira, Rita S. Gomes, José Bernardes Correia, Manuel Teixeira Verissimo, Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

O linfoma de Hodgkin clássico é o tipo mais frequente de linfoma nos países desenvolvidos, sendo a esclerose nodular o subtipo mais comum e o mais prevalente em idades jovens.

Descrição

Homem, 66 anos, independente, com quadro constitucional em estudo há cerca de 2 anos. Inicialmente apresentava trombocitopenia, esplenomegalia e adenopatias retroperitoneais, tendo evoluído para um quadro de anorexia, náuseas, emagrecimento (aproximadamente 30Kg num ano), febre de predomínio vespertino, aparecimento de nódulos cutâneos na região cervical, lombar e inguinal, pelo que foi referenciado a consulta de Infecciologia com a suspeita de tuberculose. IGRA positivo sem identificação de micobactérias no lavado brônquico e nas biópsias realizadas. Biópsia a nódulo cutâneo demonstrou processo granulomatoso necrotizante profundo com paniculite. A biópsia óssea e medulograma não mostraram alterações. Por manter agravamento clínico e declínio funcional, e considerando processo granulomatoso/linfoproliferativo pouco específico, realizaram-se várias punções aspirativas a gânglios, que não foram conclusivas. Uma segunda biópsia a nódulo cutâneo revelou processo proliferativo de fenótipo T sem expressão antigénica característica. Observado em Medicina Interna, apresentando declínio rápido do estado geral, com síndrome anorexia-caquexia, evidência de endurecimento e hiperpigmentação cutânea, desaparecimento espontâneo dos nódulos cutâneos assim como das adenopatias periféricas, tornando necessária excisão de gânglio axilar sob anestesia. O estudo anátomo-patológico identificou linfoma de Hodgkin clássico tipo esclerose nodular. Iniciou corticóide e isoniazida por eventual tuberculose latente antes de se iniciar quimioterapia.

A incongruência dos resultados citológicos e anátomo-patológicos das diferentes amostras, assim como uma evolução clínica atípica, contribuíram para o atraso diagnóstico.

PO515

1032 MIELOFIBROSE PRIMÁRIA, DIAGNÓSTICO DE EXCLUSÃO NO ESTUDO DE ANEMIA E ESPLENOMEGALIA

Duarte Silva, Lúcia Meireles Brandão, Rosana Maia, Pedro Pinto, Carmélia Rodrigues, Diana Guerra

ULSAM - Hospital de Santa Luzia, Viana do Castelo, Viana Do Castelo, Portugal

Introdução

Alterações do hemograma são causa frequente de referenciação à consulta de Medicina Interna. Muitas vezes indolentes, implicam um estudo criterioso, podendo representar um verdadeiro desafio diagnóstico.

Descrição

Homem, 59 anos. Enviado a consulta por anemia. Apresentava perda ponderal de 5.7% e enfartamento pós-prandial. Anemia (10.5g/dl), e trombocitopenia (134x10^9/L. Sem alterações ao exame objectivo. Ecografia abdominal com esplenomegalia homogénea (18cm). Elevação da desidrogenase lática (554UI/L); Sem evidência de hemólise. Excluídas causas imunológicas e infecciosas. Biópsia de medula óssea revelou hipercelularidade, proliferação abundante de megacariocitos e fibrose, compatível com processo mieloproliferativo. Mutação JAK2 V617F positiva, estabelecendo-se o diagnóstico de Mielofibrose Primária; classificação prognóstica: DIPPS baixo risco (sobrevida média de 15.4 anos). Referenciado a consulta de hematologia, feito estudo de dador compatível e mantida vigilância.

Conclusão: A mielofibrose é a neoplasia mieloproliferativa crónica menos frequente (incidência ~1.5/100.000) e a mais difícil de definir dado o mimetismo fenotípico de uma grande variedade de doenças hematológicas e não hematológicas, benignas ou malignas. Afecta predominantemente o sexo masculino, a partir da sexta década de vida.15 a 30% dos doentes são assintomáticos, com o diagnóstico a ser estabelecido na investigação de esplenomegalia (presente em 90% dos casos), hepatomegália e/ou alterações do hemograma. A mutação mais prevalente, JAK2, está presente até 65% dos casos. Destaca-se, neste caso, a clínica indolente (perda ponderal e enfartamento em relação com esplenomegalia), o diagnóstico, que implica alto índice de suspeição, e a importância da estratificação de risco, vigilância criteriosa e estudo de dadores compatíveis, já que, o transplante alogénico de células estaminais hematopoiéticas é a única opção terapêutica com remissão a longo prazo e potencial curativo.

PO516

1047 HEMORRAGIA CEREBRAL LOBAR, TROMBOSES VENOSAS E POLIGLOBULIA: SERÁ A POLICITÉMIA VERA A ETIOLOGIA COMUM?

Duarte Silva, Lúcia Meireles Brandão, Cátia Barreiros, Rosana Maia, Pedro Pinto, Irene Miranda, Carmélia Rodrigues, Diana Guerra

ULSAM - Hospital de Santa Luzia, Viana do Castelo, Viana Do Castelo, Portugal

Introdução

As doenças hematológicas são causas raras de doença cerebrovascular. A Policitemia Vera (PV) é uma neoplasia mieloproliferativa associada a tromboses, mas as manifestações hemorrágicas cerebrais são raras.

Descrição

Homem de 71 anos, com HTA, diabetes mellitus e cardiopatia isquémica. Medicado com ácido acetilsalicílico. Acorda com cefaleia súbita, intensa holocraneana, alterações da linguagem e vómitos. Na urgência: consciente, paresia facial central direita, afasia motora e alexia. TC CE com hematoma intraparenquimatoso agudo temporo-occipital e parietal esquerdo (E), com 4 cm. RMN CE com venografia: hemorragia lobar temporo-occipital E, sem aparentes lesões tumoral/malformativa vasculares subjacentes e trombose venosa, aparentemente antiga dos seios transverso e sigmoide e da veia jugular E. Perfil tensional de difícil controlo com necessidade de terapêutica multimodal. Sem registo de arritmias na monitorização electrocardiográfica. Dez dias depois agravamento neurológico com sonolência, hemianopsia homónima e paresia direitas. TC CE com aumento de hemorragia, efeito de massa e edema. Uma semana depois trombose venosa (TV) profunda do membro inferior E. Colocou filtro na veia cava inferior. Analiticamente poliglobulia (hemoglobina: 19g/dL e hematócrito 54.8%), trombocitose e leucocitose. Sem organomegalias. Excluídas causas secundárias de poliglobulia. Eritropoietina normal/ baixa, mutação JAK 2 positiva, concluindo-se por síndrome mieloproliferativo (PV). Iniciou flebotomias.

Conclusão/Comentários: Não se conseguiu apurar em definitivo a etiologia da hemorragia cerebral lobar: hipertensiva, angiopatia amiloide, patologia vascular, trombose venosa cerebral, síndrome de hiperviscosidade? Foi diagnosticada PV, justificando as manifestações trombóticas recentes e não recentes. A presença simultânea de eventos hemorrágicos e trombóticos condiciona as opções terapêuticas.

PO517

1083 APRESENTAÇÃO SUBTIL DE UMA ENTIDADE POTENCIALMENTE FATAL

Carolina Afonso, Adriana Roque, Alexandra Pereira, Marília Gomes, Letícia Ribeiro

Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

A púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) é uma entidade rara e potencialmente fatal na ausência de terapêutica atempada. A pêntade clássica (anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia, febre, disfunção renal e neurológica) não está presente na maioria dos casos, ao diagnóstico. No que se refere aos sinais neurológicos, habitualmente transitórios e flutuantes, ocorrem em cerca de 60% dos doentes à apresentação. De entre estes, a disgrafia é, no entanto, uma manifestação incomum.

Descrição

Caso Clínico: Doente do sexo masculino, 36 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência após dois episódios auto-limitados de disartria e disgrafia nas 48h prévias, sem outras queixas associadas. Sem antecedentes de relevo. À admissão: vigil, orientado e colaborante; apirético e hemodinamicamente estável; sem sinais de diátese hemorrágica; sem alterações ao exame neurológico e na TC crânio-encefálica. Analiticamente: anemia hemolítica (hemoglobina 6,9 g/dL, LDH 1426 U/L; bilirrubina total 2,4 mg/dL; esfregaço com frequentes esquizócitos; teste de Coombs direto negativo), trombocitopenia grave (plaquetas 16 G/L); lesão renal aguda (creatinina 1,55 mg/dL). Estudos de auto-imunidade e de infeção negativos. Doseamento da atividade da ADAMTS13 de 0% (N: 40-130) e anticorpo anti ADAMTS13 de 69 U/mL (N <15). Por suspeição clínica de PTT, iniciou Terapêutica de Troca Plasmática (TPT), mantida durante 6 dias, em associação com prednisolona 1mg/kg/dia, com resolução das citopenias e da hemólise, sem novas intercorrências neurológicas. Ao 9º dia, por recorrência de trombocitopenia (88 G/L), houve necessidade de reiniciar plasmaferese. Conclusão: Atendendo a que a PTT se pode manifestar com sintomatologia fruste e simular outras patologias, este caso ilustra a necessidade de uma criteriosa avaliação de sintomatologia por vezes desvalorizada, de forma a que possa ser instituída uma terapêutica precoce.

PO518

1086 DUVIDAR DA PTI REFRACTÁRIA?

Catarina Dantas Rodrigues, Catarina Marques, Conceição Constanço, Mónica Santos, Paula Rocha, Maria Reis, Helena Silva

Centro Hospitalar Tondela Viseu, Viseu, Portugal

Introdução

O Linfoma T hepatoesplénico (HSTL) é uma entidade rara que afecta maioritariamente jovens adultos do sexo masculino. É uma doença agressiva que se manifesta com hepatoesplenomegalia e trombocitopenia, sem adenopatias ou linfocitose periférica, sendo o prognóstico reservado apesar do tratamento.

Descrição

Mulher de 65 anos sem antecedentes patológicos relevantes, foi diagnosticada com Púrpura Trombocitopénica Imune (PTI) primária após exclusão de causas secundárias, inclusivé neoplásicas (estudo medular, serológico e autoimune normal e sem hepatoesplenomegalia). Por PTI refratária à corticoterapia e imunoglobulina, associou-se azatioprina no 7º mês após diagnóstico. Nesta altura foi internada por febre no contexto de Pneumocistose (serologias positivas e imagem radiológica sugestiva), que resolveu sob terapêutica com cotrimoxazol. Ao 9º mês recorre novamente ao serviço de urgência com febre e trombocitopenia grave (6000/L). Iniciou tratamento dirigido a uma infecção urinária por apresentar urocultura positiva, assim como eltrombopag. Contudo, manteve-se com febre e sem melhoria clínica ou analítica. O estudo ecográfico documentou esplenomegalia de novo, confirmada por TAC que relata também múltiplos enfartes esplénicos. Devido a uma elevada suspeita clínica de se tratar de um processo linfoproliferativo, repetiu estudo medular, que se manteve sem alterações, e realizou imunofenotipagem de sangue periférico, que revelou células T gamma/delta compatível com HSTL. Posto isto, iniciou quimioterapia mas só cumpriu um ciclo, pois recusou mais tratamentos e veio a falecer pouco tempo depois.

Com este caso clínico pretendemos demonstrar a dificuldade diagnóstica de certas doenças linfoproliferativas. Além de se tratar de um linfoma muito raro, foi ainda mais invulgar a sua apresentação clínica inicial com trombocitopenia sem hepatoesplenomegalia e sem infiltração medular.

PO519

1104 HELICOBACTER PYLORI: CULPADA OU INOCENTE?

Ana Rita Fernandes Matos, Elisabete Coelho, Maria José Cunha Guimarães, Sofia Caridade

Hospital de Braga, Braga, Portugal

Introdução

A Púrpura Trombocitopénica Idiopática (PTI) é uma patologia caracterizada por uma destruição plaquetária imunomediada, que pode ser primária ou secundária a doenças linfoproliferativas, auto-imunes e infecciosas. Existem dados que apontam para uma associação entre a infecção por Helicobacter pylori (H.P.) e a PTI e para uma recuperação da contagem plaquetária com a sua erradicação.

Descrição

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma doente de 76 anos,

com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia e trombocitopenia crónica com 3 anos de evolução. A etiologia da trombocitopenia foi amplamente estudada, em consulta externa, não tendo sido verificada nenhuma causa. Realizou, inclusivamente, mielograma e biópsia óssea, sendo que este último demonstrou alterações morfológicas compatíveis com síndrome mielodisplásico com displasia trilinear. Após reunião com a Oncologia, optou-se por manter vigilância apertada. Apesar de se encontrar medicada sob corticoterapia, a doente foi internada, por evidência de agravamento da trombocitopenia associada a equimoses fáceis, para realização de novo estudo. No esfregaço de sangue periférico foi confirmada a presença de trombocitopenia grave e anisocitose plaquetária. O estudo analítico etiológico apresentou-se normal (serologias infecciosas, perfil de auto-imunidade, electroforese de proteínas séricas, ácido fólico, vitamina B12, teste de Coombs). A pesquisa de H.P. nas fezes foi positiva e a doente iniciou terapêutica de erradicação. Cerca de 15 dias após o início desta terapêutica, e numa altura em que se ponderava a repetição da biópsia óssea, verificou-se um aumento progressivo e posterior normalização sustentada do valor das plaquetas. De facto, destaca-se a importância da investigação etiológica sistematizada das causas da trombocitopenia.

Discussão: Neste caso, este estudo aprofundado, com a inclusão da pesquisa da H.P., impediu a realização de exames invasivos e resolveu o problema da doente.

PO520

1284 COXALGIA COMO MANIFESTAÇÃO DE UM PLASMOCITOMA SOLITÁRIO

Rúben Reis, Francelino Ferreira, Magda Silva, Anneke Joosten, Fátima Capante

Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Barreiro, Portugal

Introdução

O plasmocitoma solitário (PS) totaliza cerca de 5% de todas as doenças das plasmócitos, sendo a sua localização mais frequente a lesão óssea. É mais frequente no sexo masculino e a idade mediana do diagnóstico situa-se entre 55 e 65 anos. O PS caracteriza-se por lesão única, localizada, sem características típicas de outras doenças dos plasmócitos (ex. mieloma múltiplo) como anemia, doença renal, hipercalcémia ou múltiplas lesões ósseas.

Descrição

Doente de 52 anos, caucasiano, electricista com antecedentes pessoais de dislipidemia, fumador (32 unidades maço ano). Iniciou quadro com cerca de um mês de evolução caracterizado por dor na região glútea, anca e face externa da coxa direitas com irradiação para a virilha de ritmo macânico, nega outras queixas de órgão. Agravamento progressivo da dor levando a incapacidade funcional, motivo pelo qual vem ao serviço de urgência. Portador de Tomografia computorizada da coluna lombar: "extensa lesão osteolítica do ilíaco direito com componente das partes moles e na região glútea. A lesão tem limites mal definidos com contornos irregulares" Analiticamente: hemoglobina 14.3 mg/dL; velocidade de sedimentação 103 mm; Creatinina 0.76 mg/dL; Cálcio 8.9 mg/dL; Electroforese proteínas com pico gamma; IgG 1800; Cadeias leves lambda 2230; Radiografia de corpo sem outras lesões osteolíticas; Biópsia: "Diagnostico Anatomopatológico: Plasmocitoma". Posteriormente realizou biopsia óssea com mielograma e PET sem evidência de outras lesões.

O doente foi encaminhado para a consulta externa de hematologia com o diagnóstico de plasmocitoma IgGL do ilíaco direito.

Conclusão

O tratamento do PS tem como objectivo uma resposta completa (desaparecimento, neste caso de IgGL do sangue periférico e regressão da lesão) para evitar a sua progressão para mieloma múltiplo – Risco de progressão em doente com PS localizado é cerca de 10%. O tratamento consiste inicialmente em radioterapia localizada e posteriormente se necessário transplante de medula óssea.

PO521

1296 TROMBOCITOPENIA SEVERA NA INFEÇÃO PELO VÍRUS EPSTEIN-BARR

Juliana Sá, Clara Jorge, Francisco Belém, Céu Evangelista, Margarida Ascenção, Leopoldina Vicente

Centro Hospitalar Cova da Beira, Covilhã, Portugal

Introdução

A monocucleose infeciosa, causada pelo Vírus Epstein-Barr (VEB), é uma patologia frequente que segue frequentemente um curso benigno. Raramente, o quadro clínico desta infeção inclui manifestações hematológicas severas, como a trombocitopenia, que podem colocar o diagnóstico diferencial adicional de síndrome linfoproliferativo.

Descrição

Caso clínico

Apresenta-se o caso de um homem de 20 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência por um quadro com uma semana de evolução com astenia marcada e odinofagia. Tratava-se de um doente sem antecedentes pessoais de relevo, com antecedentes familiares de linfoma em idade avançada em dois tios paternos. Sem medicação habitual. Ao exame objetivo apresentava lesões petequiais do palato mole, duas adenopatias cervicais dolorosas, rash macular não pruriginoso do tronco e lesões petéquiais muito discretas dos membros inferiores bilateralmente. Do estudo analítico, de salientar inversão da formula linfocitária, trombocitopenia severa (plaquetas 6 000/uL) e padrão de

citólise hepática com elevação de LDH. Monoteste positivo e IgM VCA positivo. Foi admitido para internamento, onde realizou ecografia abdominal que mostrou esplenomegalia (16 cm). Por apresentar melhoria clínica e do padrão de citólise hepática mas trombocitopenia mantida no valor da admissão, iniciou terapêutica com prednisolona 1mg/Kg com melhoria franca do quadro de trombocitopenia.

Discussão

Embora a trombocitopenia moderada ocorra em alguns casos de infeção por VEB, a trombocitopenia severa é rara e não está identificado um mecanismo responsável por esta alteração. No caso apresentado, os antecedentes familiares de linfoma criavam uma suspeita adicional de síndrome linfoproliferativo assim como a ausência de resposta hematológica, apesar da evolução clínica e analítica positiva. Assim, pretende-se recordar as possíveis complicações graves de uma patologia com uma evolução clínica frequentemente benigna.

PO522

1325 MICROANGIOPATIA PSEUDO-TROMBÓTICA: O DÉFICE DE VITAMINA B12 COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA MAT

Daniela Salazar[1], Cláudia Costa[2], Inês Ferro[3], Diana Oliveira[1], Tatiana Salazar[4], Pedro Mondim[1], Luís Flores[5], Jorge Oliveira[5], Jorge Almeida[5]

[1]Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

[2]Instituto Português de Oncologia do Porto, Porto, Portugal

[3]Centro de Medicina Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais, Leiria, Portugal

[4]Centro Hospitalar do Médio Ave, Vila Nova De Famalicão, Portugal

[5]Centro Hospitalar São João, Porto, Portugal

Introdução

O défice de vitamina B12 pode ter consequências hematológicas graves. Em casos raros, manifesta-se como anemia hemolítica microangiopática (AHM), condição denominada microangiopatia pseudo-trombótica, situação que mimetiza a microangiopatia trombótica (MAT) e cuja abordagem em contexto de emergência é substancialmente diferente desta.

Descrição

Homem, 55 anos, diabético tipo 2 sob metformina 2g/dia e linagliptina e doença hepática crónica de etiologia alcoólica (abstinente há 15anos). Clínica de astenia e fadiga fácil com cerca de 3 dias de evolução. Perda de peso de 8kgs em 2 meses. Sem perdas hemáticas aparentes. À admissão, pálido, ictérico, sem alterações neurológicas. Anemia 6,3g/dL de novo, VGM 91,9fL, %reticulócitos 1,51, leucopenia 3,40/uL, DHL 3643, bilirrubina total 3,86mg/dl, bilirrubina direta 0,86mg/dl, haptoglobina <8mg/dL, sem alteração da função renal. Combs direta negativa. Realizada transfusão de 2U GR no serviço de urgência. EDA: varizes no esófago médio, sem sinais de hemorragia aguda ou recente. Evolução analítica inicial desfavorável com trombocitopenia 40 x 109/L e agravamento da leucopenia. Esfregaço sangue periférico: esquizócitos (4-5/campo), anisopoiquilocitose, sem hipersegmentação. Vitamina B12 < 83 pg/mL. Ac. anti- células parietais fracamente positivos e ac. anti-FI negativos. Serologias e estudo auto-imune negativos. ADAMST13 negativo. Realizada terapêutica de suporte e suplementação parentérica intensiva com cianocobalamina, com recuperação clínica e analítica substancial. Teve alta com hemoglobina 9,6g/dl, leucopenia mantida, trombocitopenia ligeira (109 x 109/L), DHL 1544, orientado para consulta e medicado com cianocobalamina 1mg/ml IM mensal. A AHM associada ao défice de vitamina B12 é uma condição rara. Os baixos níveis desta vitamina, e a ausência de disfunção neurológica e renal presentes na MAT corroboram esta hipótese diagnóstica. Apesar da anemia perniciosa constituir uma das principais causas deste défice, a falta de especificidade dos ac. anti- células parietais e a sua fraca positividade, colocam o uso prolongado de metformina como o factor etiológico mais provável.

PO523

1379 TROMBOCITEMIA ESSENCIAL - UMA MUTAÇÃO RARA

Rosa Cardoso, Pedro Gonçalves, Jonatas Garcez, Margarida Monteiro, Manuela Vasconcelos

Hospital de Braga, Braga, Portugal

Introdução

A trombocitemia essencial é uma neoplasia mieloproliferativa indolente que pode cursar com eventos vasculares trombóticos ou hemorrágicos. Em 90% dos casos associa-se às mutações dos genes JAK2 (o mais frequente), CALR ou MPL (mais raros). Quando a mutação JAK2 é negativa, 60% doentes apresentam a mutação CALR no exão 9.

Descrição

Os autores apresentam o caso de um homem, de 70 anos, com múltiplos antecedentes pessoais, entre os quais trombocitose em estudo pelo médico assistente (valor prévio 1 300 000/uL plaquetas). Sob Aspirina® 100mg/dia e varfarina, em esquema, por alegada insuficiência arterial periférica. Recorre à urgência por dor lombar direita (intensidade maior na articulação coxo-femoral), hipostesia na face interna da coxa e força muscular diminuída no membro inferior direito; sem história de trauma. Analiticamente com anemia (Hb 10g/dL), rabdomiólise e INR 4,5; tomografia computorizada abdomino-pélvica demonstrou hematoma do músculo ilio-psoas à direita, com dimensão aproximada 5,4 x 3,5 cm. Realizada reversão de hipocoagulação com10 mg vitamina K endovenosa; internado. Da investigação adicional evidência de ferropenia com hiperferritininémia, sem outras alterações valorizáveis. Pela suspeita diagnóstica foi pesquisada em sangue periférico a mutação JAK2, que foi nega-

tiva, motivo pelo qual foi posteriormente pesquisada mutação CALR - esta que foi positiva, em heterozigotia). Observado por Cirurgia Vascular que excluiu patologia vascular periférica (venosa ou arterial) e portanto sem necessidade terapêutica por esse motivo.

Verificada melhoria das queixas álgicas e recuperação funcional após início de reabsorção do hematoma e sob gabapentina 300mg/dia. Não realizou biópsia óssea, já que dada a idade não seria candidato a transplante. Retomou Aspirina® 100mg/dia e decidido iniciar citorredução com hidroxiureia, com evolução analítica favorável.

PO524

1402 A LOMBALGIA CONSUMPTIVA

Cátia Carvalho, Daniana Condado, Joana Diogo, Aline Pedrosa Gonçalves, Maria Helena Pacheco

Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital Santo António dos Capuchos, Lisboa, Portugal

Introdução

A Mielofibrose é uma doença rara, caracterizada pela fibrose progressiva da medula óssea. A incidência anual é de 0.3 a 1.5 casos por 100.000 habitantes, sendo bastante variável na sua apresentação clínica; nos casos mais graves a sua taxa de sobrevivência é de 22 meses. Sem causa definida, o tratamento objectiva o controlo sintomático.

Descrição

Apresentamos um septuagenário, anti-coagulado no contexto de patologia cardíaca isquémica e fibrilhação auricular, que no passado haveria tido um tumor da próstata. Foi ao Serviço de Urgência por lombalgia com irradiação aos membros inferiores associada a quadro consumptivo progressivo desde há 2 meses (emagrecimento de 11Kg, anorexia e apatia). À avaliação clínica o doente apresentava: sopro cardíaco, sem organomegalias e uma pancitopenia de novo (2.6x10^9/L leucócitos com hemoglobina (Hb) de 9.2x10gr/L e 40x10^9/L plaquetas) associado a uma avaliação imagiológica que excluía a presença de metástases ósseas lombares. Do ponto de vista hematológico, foi feito mielograma e biópsia óssea cuja histologia revelou mielofibrose em fase fibrótica, sem infiltração por doença linfoproliferativa, JAK2 negativa. Foi necessário suporte transfusional de 21 UI de CE, e posteriormente iniciada corticoterapia, com muito boa resposta sintomática inicial. No entanto, o doente acabou por falecer menos de um ano após o diagnóstico. É uma patologia rara, com uma manifestação comum – a lombalgia, em que muitas vezes o doente desvaloriza o que é menos limitativo funcionalmente - o quadro consumptivo, apesar de ser este que associado às alterações analíticas, encaminham para o diagnóstico. Volvidos 5 anos, nenhuma outra proposta terapêutica além do transplante de medula permite potencialmente a cura.

PO525

1434 A PROPÓSITO DE UM CASO DE NEUTROPÉNIA FEBRIL

Filipe Morais Almeida, Isaac Pereira, Filipa Lage, Paulo Cesar, Patricia Marujo, José Vaz

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo - Hospital José Joaquim Fernandes, Beja, Portugal

Introdução

Define-se neutropénia febril como contagem absoluta de neutrófilos <500/uL, assossiado a uma temperatura >38ºC, sendo reconhecida como uma complicação da quimioterapia e da imunossupressão. Em alguns paises da união europeia, metamizol magnésico(MMg) é o analgésico não-opioide de primeira linha preferido, sendo que a agranulocitose é um efeito adverso raro, tendo já motivado a suspensão da sua comercialização nalguns países.

Descrição

Mulher, 62 anos, com antecedentes pessoais relevantes de hipertensão arterial, dislipidemia mista, sem hábitos tóxicos ou viagens. Recorreu ao seu médico assistente por quadro de epigastralgias, tendo sido medicada com inibidor de bomba de protões e MMg. Ao fim de 7 dias iniciou quadro de febre (temperatura timpanica de 39,5ºC), arrepios de frio, tosse irritativa e toracalgia inespecífica. Analiticamente com Leucopénia importante, neutropénia grave (100cel/uL), esfregaço de sangue periférico com 18% de células mononucleadas, de citoplasma laxo e vacuolizadas e elevação da proteina C Reactiva, serologias virais negativas, autoimunidade negativa, vitamina B12 e Folato sem alterações. Após colheta de exames bacteriológicos iniciou antibioterapia de largo espectro e factor de crescimento granulocitário, associada a suspensão de toda a medicação de ambulatório. Assitiu-se a uma progressiva melhoria clínica e laboratorial.

DISCUSSÃO: Embora seja um efeito secundário pouco comum, a agranulocitose iatrogénica, como a causada pelo MMg é potencialmente fatal, se o agente não for identificado nem evitado, devendo ser sempre considerada quando à exposição a fármacos.

PO526

1439 LINFOMA B DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS: UMA MANIFESTÇÃO ESPLÉNICA

Sara Simões Macedo, Mónica Teixeira, Mafalda Couto, Andreia Correia, Maria Reis, António Monteiro, António Correia

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E., Viseu, Portugal

Introdução

Embora o baço esteja envolvido em cerca de um terço dos pacientes com linfoma não-Hodgkin, o linfoma B difuso de grandes células esplénico é raro, tendo uma incidência relatada de menos de 1% de todos os linfoma não-Hodgkin.

Descrição

Homem de 34 anos, recorreu ao Serviço de Urgência por toracalgia esquerda que agravava com a inspiração profunda; inicou antibioterapia empírica por broncopneumonia com alivio parcial. Após 1 mês, agravamento da toracalgia e epigastralgia acompanhante. Sem perda ponderal, febre nem sudorese nocturna. Ao exame objetivo destacava-se abdómen doloroso à palpação no epigastro, esplenomegalia que se extende 3-4 cm do rebordo costal e adenopatia retroauricular com cerca de 1 cm. Analíticamente sem alterações da fórmula leucocitária, LDH 1500 UI/L e Epstein Barr Ig G positivo. Ecografia abdominal: esplenomegalia com diametro bipolar de 18-19 cm com ecoestrutura heterogenea com múltiplos nódulos hipoecoides dispersos no parênquima esplécnico. Viagem a Moçambique há 4 anos. Suspeita de Linfoma de Hodgkin aos 10 anos de idade, sem confirmação diagnóstica. Tomografia computadorizada cervical, torácica, abdominal e pélvica: esplenomegalia de 18,5 cm de diâmetro bipolar com acentuada heterogeneidade do parênquima esplénico com áreas de necrose e enfarte extensas, ausência de adenomegalias. Realizou esplenectomia e vacinação com anti-pneumocócica, anti-meningocócica e anti-Haemophillus tipo b. Imunofenotipagem da medula óssea sem alterações. Histologia de peça cirúrgica com Linfoma B Difuso de Grandes Células Esplénico Centoblástico. Iniciou tratamento esquema com R-CHOPb com resposta metabólica completa ao 6º ciclo.

Discussão: Doentes com Linfoma B Difuso de Grandes Células Esplénico normalmente apresentam dor abdominal, LDH elevado e massa esplénica, como observado neste caso. A esplenectomia melhora a sobrevida destes doentes.

PO527

1477 SÓ UMA PTI?

Tiago Alves, Inês Coelho Santos, Teresa Inês

Centro Hospitalar do Médio Tejo, Torres Novas, Portugal

Introdução

A anemia aplásica (AA) é caracterizada por pancitopenia associada a hipocelularidade medular com substituição das células hematopoiéticas por adipócitos, sem evidencia de transformação maligna ou doença mieloproliferativa. Atingindo principalmente indivíduos jovens, alguns casos podem cursar com depressão de apenas uma ou duas das três linhagens, o que dificulta o seu diagnóstico.

Descrição

Homem de 28 anos, previamente saudável, sem toma crónica de fármacos ou hábitos nocivos, que foi encaminhado à consulta de Medicina por trombocitopenia. O exame físico não revelou alterações e analiticamente destacava-se no hemograma - Leucócitos: 5.800/ul, Hemoglobina:13.1g/dl, VGM:86fl e Plaquetas: 60.000/ul. De todo o estudo etiológico realizado (autoimune, infecioso, gamopatias, défices vitamínicos e imagiológico), apresentava os Anticorpos anti-plaquetários GPIa/IIa e GPIV positivos. Neste contexto admitiu-se o diagnóstico de Púrpura Trombocitopénica Imune e iniciou Prednisolona 60mg/dia (1mg/kg/dia). Por agravamento progressivo da trombocitopenia, surgimento de anemia normocitica (Hb:9.8g/dl, VGM:83fl) e discrasia hemorrágica cutânea o doente foi internado electivamente para estabilização. Realizado medulograma e biópsia óssea e enquanto se aguardava o resultado foi iniciado ciclo de imunoglobulina humana durante 5 dias, sem repercussão no valor plaquetário, cujo nadir foi de 3.000/ul. A biópsia óssea revelou medula óssea hipocelular (10%), com 90% de adipócitos, sobretudo à custa das séries mieloide e megacariocítica, sem alterações de maturação e sem fibrose no estroma. Foi então colocado o diagnóstico de AA e após discussão do caso com o Serviço de Hematologia iniciou Ciclosporina A (5mg/kg/d), com melhoria clínica e analítica, sendo posteriormente encaminhado para a consulta de hematologia, onde mantém seguimento.

Discussão: Neste caso os autores expõem uma forma de apresentação menos frequente de AA que apesar rara, tem uma mortalidade elevada.

01 DE JUNHO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 08
09:00 - 10:30

PO528

1495 SINDROME MIELODISPLÁSICA, UMA FORMA DE APRESENTAÇÃO MENOS FREQUENTE

Tiago Alves, Inês Coelho Santos, Ana Rita Cardoso, Teresa Inês

Centro Hospitalar do Médio Tejo, Torres Novas, Portugal

Introdução

A síndrome mielodisplásica (SMD), é uma doença hematológica que pode cursar com mono, bi ou pancitopenia. Habitualmente assintomática manifesta-se com citopenias em análises de rotina, ou associada a complicações relacionadas com as linhagens afectadas. Num pequeno número de casos a SMD pode mimetizar a púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) cuja pêntade clássica, presente em 20% dos casos, é constituída por anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia, alterações neurológicas, disfunção renal e febre.

Descrição

Descreve-se caso de homem de 81 anos com história pessoal de hipertensão arterial medicado com lisinopril 20mg, que recorre ao SU por quadro de astenia de agravamento progressivo desde há cerca de 2 meses. Ao exame objectivo apresentava febrícula de 37.5ºC, palidez muco-cutânea e petéquias ao nível dos membros inferiores, sem adenomegálias, organomegálias ou outras alterações. Analiticamente destacava-se leucocitose de 38.960/uL com 17.5% de Neutrofilos, 10% de blastos, 21% de mielóticos entre outros percursores hematopoiéticos, Hemoglobina de 5.3g/dl, VGM:91.5fL, reticulocitose de 4.2% e trombocitopenia de 35.000u/L. O esfregaço de sangue periférico evidenciou anisocitose e poiquilocitose com presença de esquizócitos. Para além destas destacava-se creatinina 3.0g/dl, bilirrubina total de 2.3mg/dl à custa da indirecta, LDH: 1162U/L e prova de Coombs negativa. Dada evidência analítica de anemia hemotilica microangiopática, lesão renal aguda e trombocitopenia foi colocada a suspeita de PTT e doença mieloproliferativa. Discutido o caso com a Hematologia, sendo efectuada citometria de fluxo sugestiva de síndrome mielodisplásica com progressão para leucemia mieloide aguda, tendo o doente iniciado citorredução com hidroxicarbamida 500mg 2id e posteriormente encaminhado para o Serviço de Hematologia.

Discussão: Este caso é um exemplo de uma manifestação pouco frequente da SMD que pode mimetizar complicações potencialmente fatais como a PTT.

E-POSTERS

PO529

1520 DA AUTOIMUNIDADE À ONCOLOGIA - PANCITOPENIA COMO CONFUNDIDOR

Ana Isabel Gonçalves Ferreira, Vanessa Chaves, Clara Silva, Ester Ferreira, Jorge Almeida

Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

Introdução

A pancitopenia pode estar associada a infiltração da medula óssea, aplasia, défices vitamínicos, infeção, toxicidade ou sequestração esplénica, sendo essenciais no diagnóstico uma cuidadosa anamnese e exame físico.

Descrição

Mulher, 48 anos, Síndrome Antifosfolipídico obstétrico, suspeita de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) medicada com prednisolona e azatioprina 150mg/dia por episódios de purpura cutânea. Internada por quadro de fadiga, enfartamento precoce com 6 meses. Objetivamente subfebril 37.7ºC e esplenomegalia palpável. Analiticamente: pancitopenia, VS 81mm/1ªh, sem hemólise. Suspendeu azatioprina com melhoria transitória. TAC abdominopelvica revelou baço com 210mm com áreas de isquemia/necrose, hepatomegalia 18.9cm e conglomerado adenopático junto ao hilo hepático, ascite moderada e derrame pleural esquerdo. Toracocentese revelou exsudado com população linfóide não possível de caracterizar. Esfregaço de sangue periférico com suspeita de linfócitos vilosos. Analiticamente documentada gamapatia monoclonal IgM kappa (IgM 1860mg/dl), B2-microglobulina >5000mg/ml, imunofenotipagem com população escassa (17%) de linfócitos B monoclonais kappa, CD5 negativo. Crioglobulinas positivas. Aspirado medular “dry tap”. Realizada esplenectomia e excisão de gânglio do hilo hepático, com recuperação hematológica. Anatomia patológica revelou linfoma marginal esplénico. Estabelecido diagnóstico de crioglobulinemia tipo I associada a linfoma marginal esplénico.

DISCUSSÃO: A mielossupressão secundária à azatioprina é bem reconhecida, contudo a pancitopenia grave é rara. Neste caso, a ausência de recuperação 10 dias após suspensão do fármaco, a existência de esplenomegalia e critérios dúbios para diagnóstico de LES, determinaram investigação adicional que culminou no diagnóstico de doença linfoproliferativa. É necessário a aplicação critica dos critérios de classificação de doenças autoimunes visto partilharem várias manifestações e alterações laboratoriais com doenças hemato-oncológicas.

PO530

1521 UM CASO DE DERRAME PLEURAL RECIDIVANTE

Ana Marques, Rita Varudo, Rosa Alves, Inês Conde, Fernanda Vargas, Tiago Judas

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução

O linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) é uma neoplasia agressiva caracterizada pela heterogeneidade morfológica, imunofenotípica e molecular.

Descrição

Mulher, 60 anos, com antecedentes de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) tabágica, hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia e obesidade mórbida. Internamento hospitalar por quadro de insuficiência respiratória global. O radiograma torácico apresentava imagem sugestiva de derrame pleural (DP) bilateral e alargamento do mediastino. A Tomografia Computorizada (TC) do tórax revelou DP direito loculado. Efetuada toracocentese diagnóstica com saída de exsudado (predomínio de linfócitos), sendo o estudo microbiológico e citológico negativo. Ecocardiograma transtorácico sem alterações. Teve alta sob oxigenoterapia e VNI noturno. Após 15 dias foi reinternada por recidiva de DP direito com necessidade de toracocentese evacuadora. Repetida TC tórax que revelou extensa lesão pulmonar heterogénea, central à direita, compatível com lesão atípica, que apresentava invasão da veia cava superior (VCS), adenomegalias mediastínicas e axilares direitas e hepatoesplenomegalia. Por evidência de síndroma da VCS, foi orientada para angioplastia. Analiticamente evolução com pancitopenia, elevação de NSE e CA 125. A broncofibroscopia revelou sinais indiretos de neoplasia. Biópsia brônquica e citológico das secreções brônquicas negativos. Realizado mielograma, cintigrafia óssea e TC-cranio-encefálica, sem alterações. A PET revelou volumosa massa mediastínica metabolicamente ativa no hemitórax direito. Realizada biópsia aspirativa transtorácica da lesão que revelou LDGCB, estadio IV, CD 20+, tipo não GCB (MUM 1+). A biópsia óssea não revelou alterações. Iniciada quimioterapia, com resposta favorável.

Conclusão: Este caso pretende alertar para a dificuldade no diagnóstico com que nos deparamos na prática clínica num tumor com rápido crescimento como o LDGCB, em que é fulcral uma instituição precoce de terapêutica.

PO531

1561 FERROPENIA E MACROCITOSE – UMA ASSOCIAÇÃO INESPERADA

Vanessa Palha[1], Isabel M. Eira[1], Bruno Mesquita[2], Mafalda Alpoim[2], Marisol Guerra[2], Margarida Inácio[2], Ana Carvalho[2], Manuel Cunha[2]

[1]Serviço de Medicina Interna - Hospital de Braga, Braga, Portugal

[2]Serviço de Hematologia - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

Introdução

A hemorragia gastrointestinal (GI) é a causa mais comum de anemia ferripriva no homem e na mulher pós-menopausa. Em apenas 5% dos casos a hemorragia tem origem no intestino delgado e, nesses casos, as angiectasias constituem a causa mais frequente. Nas perdas GI persistentes, pode ser necessária a suplementação com ferro endovenoso (ev).

Descrição

Caso clínico: Homem, 68 anos, com história de alcoolismo crónico, seguido há 13 anos por anemia ferripriva grave (ao diagnóstico: hemoglobina 3.5g/dL e microcitose) por angiectasias do intestino delgado. Desde então, sob suplementação com ferro ev por manter anemia marcada e redução persistente da ferritina associadas às perdas hemáticas crónicas (melenas). Recentemente, aparecimento de macrocitose (111fL) e trombocitose (809000/uL). Do estudo realizado: esfregaço de sangue periférico com células em alvo, reticulócitos 4.7%, bilirrubina total 0.4mg/dL, LDH 168U/L, haptoglobina normal, teste de Coombs negativo, ferritina 39ng/mL, vitamina B12 436pg/mL, ácido fólico 5.4ng/mL, função tiroideia normal. TC abdominopélvica, endoscopias digestivas alta e baixa sem alterações de relevo. Videocápsula do trato GI com múltiplas angiectasias do jejuno com hemorragia activa. Manteve suplementação com ferro ev e iniciou terapêutica hormonal com estrogénio e progestativo.

Discussão: Num doente com perdas crónicas de sangue, é expectável a presença de anemia normocítica ou, pela deplecção das reservas de ferro, microcítica. O aparecimento de macrocitose impõe novo estudo da anemia, com exclusão das causas mais frequentes: défices vitamínicos, hipotiroidismo e hemólise (particularmente na presença de reticulocitose). Excluídas estas causas, concluído tratar-se de uma causa menos comum: macrocitose consequente a reticulocitose exuberante como resposta fisiológica a hemorragia continuada num doente com eritropoiese eficaz que manteve preenchimento dos depósitos de ferro pela suplementação ev. A trombocitose marcada é reactiva à hemorragia GI.

PO532

1584 NEOPLASIAS MÚLTIPLAS E ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE – DA IMPROBABILIDADE DIAGNÓSTICA AOS DESAFIOS TERAPÊUTICOS

Isabel M. Eira[1], Vanessa Palha[1], Bruno Mesquita[2], Mafalda Alpoim[2], Marisol Guerra[2], Margarida Inácio[2], Ana Carvalho[2], Manuel Cunha[2]

[1]Serviço de Medicina Interna - Hospital de Braga, Braga, Portugal

[2]Serviço de Hematologia - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

Introdução

A leucemia linfocítica crónica de células B (LLC-B) é a neoplasia linfoide mais prevalente na Europa e pode associar-se a citopenias autoimunes, das quais se destaca a anemia hemolítica autoimune (AHAI), com uma frequência de 5 a 10%.

Descrição

Caso Clínico: Doente do sexo masculino, com diagnóstico de adenocarcinoma prostático aos 56 anos, tratado com radioterapia (RT), em follow-up há 4 anos. Documentada na mesma altura linfocitose persistente (16400/µL). Esfregaço de sangue periférico com predomínio de pequenos linfócitos maduros, sem atipia nuclear. Citometria de fluxo com população monoclonal de linfócitos B, confirmando diagnóstico de LLC-B. Estadiamento compatível com Binet A (sobrevida >10 anos); manteve vigilância. Aos 58 anos, em investigação de cefaleias e crises convulsivas, diagnosticado oligodendroglioma; fez exérese incompleta da lesão seguida de RT. Durante a RT, documentação inaugural de anemia de 7,4 g/dL macrocítica (118 fL) à custa de reticulocitose de 21%, com hemólise (haptoglobina 8 mg/dL, desidrogenase láctica 659 U/L, hiperbilirrubinemia). Coombs direto positivo. Assim, AHAI secundária a LLC-B, tendo iniciado corticoterapia (CCT), sem necessidade de interromper RT. Desmame lento de CCT ao longo de meses; contudo, verificou-se agravamento de anemia hemolítica impedindo doses de prednisolona inferiores a 15 mg/dia. Associada ciclofosfamida, que mantém há mais de 1 ano sem haver, contudo, resolução da AHAI. Sem progressão da neoplasia cerebral em seguimento de 2,5 anos.

Discussão: O tratamento da LLC-B encontra-se apenas indicado nos casos de doença ativa e sintomática, o que não inclui as citopenias imunes exceto se estas não responderem a terapêuticas de 1ª linha. Neste caso, dada a AHAI refratária a CCT e ciclofosfamida, pondera-se introduzir rituximab. Este caso desafia as probabilidades pelo aparecimento sequencial de 3 doenças oncológicas, cujo diagnóstico atempado e intervenção adequada permitiram ganhos importantes em sobrevida e estado funcional.

PO533

1622 UMA COMPLICAÇÃO FULMINANTE DA ANEMIA FALCIFORME

Inês Santos, Raquel Mesquita, Helena Monteiro, Ana Bravo, Cláudia Janeiro, Rita Santos, Sofia Salvo, João Teixeira

CHLC - Hospital de Santo António dos Capuchos, Lisboa, Portugal

Introdução

Uma das características fisiopatológicos mais importante da anemia de células falciformes (ACF) são as crises vaso-oclusivas, com particular destaque para o Síndrome torácico agudo. Estas podem ser precipitadas por episódios infecciosos, entre outros factores, numa população que, de base, apresenta uma maior predisposição a infeções.

Descrição

Os autores apresentam o caso de uma jovem de 29 anos, com antecedentes conhecidos de anemia de células falciformes, apurando-se a história de incumprimento terapêutico recente e abandono da medicação, que se apresenta no Serviço de urgência com um quadro de pielonefrite com 24h de evolução acompanhado por gonalgia bilateral de grande intensidade interpretada como crise vaso-oclusiva. Iniciou fluidoterapia intensiva, analgesia e antibioterapia empírica assistindo-se a uma progressão desfavorável do quadro com manutenção das gonalgias e aparecimento de dor no hipocôndrio direito e retroesternal com insuficiencia respiratória parcial concomitante e infiltrado radiológico de novo, a motivar admissão em cuidados intensivos, com a hipótese diagnóstica de Síndrome torácico agudo, onde necessitou de suporte ventilatório e aminérgico, fluidoterapia intensiva e suporte transfusional. A tomografia axial realizada veio a documentar áreas de enfarte pulmonar. Após 25 dias de internamento a doente teve alta melhorada, sob hidroxiureia.

Os fenómenos vaso-oclusivos representam causas importantes de morbilidade e mortalidade, com especial destaque para o Síndrome torácico agudo, associado a taxas de mortalidade superiores a 25%. Assim, destacamos a importância que deve merecer a procura activa deste diagnóstico, de forma a reconhecer precocemente esta entidade e iniciar prontamente as medidas terapêuticas necessárias a fim de evitar as consequências fatais deste Síndrome.

PO534

1633 AMILOIDOSE RENAL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Joana Correia Magalhães[1], Arsénio Barbosa[2], Isabel Camões[2], Jorge Almeida[2]

[1]Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, Coimbra, Portugal

[2]Centro Hospitalar São João, Porto, Portugal

Introdução

A amiloidose é uma doença que resulta da deposição de agregados proteicos insolúveis e tóxicos em diversos tecidos. As suas manifestações clínicas dependem da proteína precursora, da quantidade de depósito amilóide e da sua distribuição pelos tecidos. A amiloidose renal manifesta-se frequentemente sob a forma de proteinúria assintomática, síndrome nefrótico clinicamente evidente ou comprometimento da função renal.

Descrição

Doente do sexo feminino, 82 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II e polimialgia reumática, recorre ao Serviço de Urgência (SU) por quadro com 3 semanas de evolução de disúria e artralgias, que motivaram o aumento da toma de anti-inflamatórios não-esteróides (AINEs). Do estudo analítico realizado no SU, apresentava anemia normocítica e normocrómica (Hb 9.1g/ dL), sem leucocitose e com valores normais de plaquetas, lesão renal aguda (LRA) AKIN 3, ionograma sem alterações e proteína C reactiva elevada; exame sumário da urina com leucocitúria. A ecografia abdomino-pélvica mostrou rins com dimensões normais, ecogenicidade aumentada e perda de diferenciação parenquimo-sinusal, em relação com nefropatia diabética. Ficou internada no Serviço de Medicina Interna. Inicialmente, interpretou-se a LRA como secundária a infeção do trato urinário em doente diabética, com consumo excessivo de AINEs e medicada com inibidor da enzima conversora da angiotensina e diurético; contudo, após antibioterapia dirigida, fluidoterapia e suspensão dos fármacos com potencial nefrotóxico, não se verificou a recuperação da função renal, pelo que foi necessário alargar o estudo etiológico. De acordo com as suspeitas clínicas levantadas, este estudo culminou com a realização de biópsia renal que revelou positividade para pesquisa de susbstância amilóide, compatível com o diagnóstico de amiloidose.

Este caso clínico pretende ilustrar uma das formas de apresentação da amiloidose renal e a complexidade associada ao seu diagnóstico.

PO535

1638 ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE ADQUIRIDA, UMA CONSEQUÊNCIA RARA A UMA TERAPÊUTICA COMUM

Alexandra Esteves, José Carvalho, Paula Felgueiras, Diana Guerra, Carmélia Rodrigues

ULSAM, Viana Do Castelo, Portugal

Introdução

A anemia hemolítica autoimune (AHAI) caracteriza-se pela lise eritrocitária e eritrofagocitose mediada por auto anticorpos fixos a antigénios na membrana eritrocitária, de etiologia diversa, pode ser congénita ou adquirida.

Descrição

Mulher, 75 anos, com antecedentes de HTA e patologia osteoarticular. Assintomática até 2 semanas antes do internamento, quando iniciou queixas de lombalgia intensas, tendo sido medicada com tiocolquicosido, diclofenac e diazepam (1 administração intramuscular/dia num total de 6 dias). Ao 5º dia de terapêutica inicia astenia de agravamento progressivo associado a vómitos pré-prandiais de características biliares e diarreia, sem perdas hemáticas, melenas ou alterações da cor da urina associadas. No SU constatada anemia macrocítica (Hb: 7,9 g/dL, VGM: 96fL) e reticulocitose (9,2%) associadas à presença de hemólise extravascular (com hiperbilirrubinemia, DHL elevada e haptoglobina diminuída), com teste de Coombs positivo para IgG. Assumido AHAI tendo inciado corticoterapia com prednisolona (1mg/Kg/dia), com melhoria progressiva. Do estudo etiológico, afastadas as hipóteses de AHAI secundária a processo infecioso (serologias negativas, apirexia sustentada), de doença do tecido conjuntivo (ANAs e ANCAs negativos, sem consumo do complemento) ou de doença linfoproliferativa. Após a exclusão das outras causas de anemia e dado o contexto clínico agudo após a toma de diclofenac (AINEs), foi assumido o diagnóstico de AHAI secundária a AINEs. Seguimento em consulta permitiu diminuição progressiva da corticoterapia instituída, à presente data sem anemia (Hb: 14g/dL) na ausência de corticoterapia.

DISCUSSÃO: Estão descritas vários casos de doentes com AHAI desencadeada pela terapêutica com AINEs, nomeadamento o diclofenac. No entanto, a AHAI desencadeada por fármacos é uma entidade rara pelo que a exclusão sistemática de outras etiologias é essencial.

PO536

1669 POLICITEMIA VERA - QUANDO A ANTICOAGULAÇÃO NÃO CHEGA

Nuno Leal, José Ribeiro Almeida, Marta Sousa, Margarida Badior, Fábio Murteira, Vitor Paixão Dias

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia Espinho, Vila Nova De Gaia, Portugal

Introdução

A policitemia vera (PV) é uma doença mieloproliferativa rara que cursa com produção aumentada de eritrócitos independente do estímulo da eritropoietina. É uma causa rara de trombose arterial e venosa recorrentes. Após o seu diagnóstico, é imperiosa a instituição de tratamento de acordo com a estratificação de risco trombótico para reduzir estes eventos.

Descrição

Mulher de 48 anos, com antecedentes de dislipidemia, enfarte cerebeloso em 1999, desconhecendo-se estudo realizado, e PV com trombose da veia porta e enfarte esplénico à apresentação em 2014, mutação JAK2 V617F+ e biópsia medular compatível. Persistentemente com neutrofilia discreta e eritrocitose, sem trombocitose, aumento da hemoglobina (Hgb) ou hematócrito (Htc). Sem flebotomia ou citorredução prévias. Medicada habitualmente com varfarina e atorvastatina.

Internada em 2016 por EAM com evolução em Killip III, à entrada com INR terapêutico, Hgb 17.2 g/dL, Htc 53%, eritrocitose e neutrofilia francas, bem como discreta trombocitose. A notar estudo analítico realizado dois dias antes do evento sobreponível ao habitual supramencionado. Submetida a angiografia emergente a revelar trombo na artéria descendente anterior proximal reperfundida com heparina, sem achados de doença aterosclerótica.

À data de alta com depressão severa da fração de ejeção do ventrículo esquerdo. Instituída dupla antiagregação, citorredução com hidroxiureia, bloqueador beta e inibidor da enzima de conversão da angiotensina.

Os doentes com PV devem ser estratificados de acordo com o risco trombótico. No caso de história pregressa de trombose, estão indicadas anticoagulação, flebotomias para Htc<42%, com o objetivo de diminuir a viscosidade, e hidroxiureia, no caso de resistência. Deverá ser considerada também antiagregação com aspirina em indivíduos selecionados. Com o presente caso pretende-se a discussão das indicações para terapêutica citorredutora em doentes com história de trombose mas sem poliglobulia.

PO537

TRABALHO RETIRADO

PO538

1703 NEM SEMPRE É SÓ UM SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO: RELATO DE UM CASO CLÍNICO

Inês Zão[1], Marco Dias[2], Luísa Regadas[2], Cláudia Casais[2]

[1]Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Aveiro, Portugal

[2]Serviço de Hematologia do Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal

Introdução

O síndrome antifosfolipídico (SAF) caracteriza-se pela ocorrência de um evento trombótico ou de um aborto espontâneo inexplicável, na presença de pelo menos um anticorpo antifosfolipídico (aFL) sérico, em duas avaliações com 12 semanas de intervalo. Os aFL aumentam o risco de trombose venosa e arterial e incluem o anticorpo anti-cardiolipina (aCL), anti-2 glicoproteina e anticoagulante lúpico. O SAF pode ser primário ou secundário.

Descrição

Homem, 43 anos, com diagnóstico de SAF primário (antecedentes de trombose venosa profunda (TVP) e tromboembolismo pulmonar, com aCL positivo), hipocoagulado com varfarina. Recorreu ao Serviço de Urgência por astenia e queixas álgicas no membro inferior direito (MID). Ecodoppler confirmou TVP do MID. Estudo analítico com INR terapêutico e APTT prolongado; hemoglobina 11,7 g/dL, plaquetas 93000/uL, leucócitos 73700/uL e 93% de blastos. Aspirado medular a confirmar diagnóstico de leucemia mieloide aguda (LMA), morfologia M1, de risco intermédio (cariótipo normal, mutação NPM1+, sem FLT3-ITD). Cumpriu quimioterapia (QT) de indução com idarrubicina e citarabina por cateter venoso central (CVC). Ao 5º dia de internamento, trombose venosa associada ao CVC, apesar da hipocoagulação com enoxaparina em dose terapêutica. Dado o elevado risco trombótico, apesar da trombocitopenia induzida pela QT, manteve enoxaparina, com suporte transfusional e redução de dose quando plaquetas inferiores a 30000/uL. Confirmada remissão hematológica pós indução. Realizou QT de consolidação seguida de transplante alogénico de dador não relacionado, complicado precocemente com doença veno-oclusiva hepática.

Em conclusão, este caso alerta para a associação do SAF com neoplasias, nomeadamente as leucemias, e para a difícil gestão do risco trombótico/hemorrágico nestes doentes.

PO539

1719 MUITO MAIS QUE UMA GASTROENTERITE...

Ana Raquel Miranda, Inês Pimenta Rodrigues, Ana Luísa Broa

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução

O tromboembolismo venoso é uma doença com etiologia multifactorial, manifestada sobretudo nas formas de trombose venosa profunda das extremidades inferiores e embolia pulmonar. Contudo, existem outras formas de apresentação menos comuns, com localizações atípicas associadas a diferentes factores de risco pelo que é determinante o diagnóstico etiológico.

Descrição

Caso clínico: Reportamos o caso de uma mulher de 64 anos com antecedentes de hipertensão arterial que recorre ao serviço de urgência por febre, náuseas e vómitos alimentares, dor no hipocôndrio esquerdo e diarreia aquosa com uma semana de evolução. À admissão apresentava-se febril (38.8ºC), sem alterações relevantes ao exame objetivo. Analiticamente: trombocitose (626000), leucocitose (19.100/L), AST 131U/L,ALT 37 UI/L, GGT 53 UI/L, PCR 19.55 mg/dL, LDH 1551 UI/L. Realizou ecografia abdominal que identificou lesões nodulares hipoecoides hepáticas e pancreáticas e suspeita de trombose portal. Admitiu-se gastroenterite aguda e para esclarecimento dos achados ecográficos realizou ressonância magnética abdominal: pequeno abcesso hepático, quistos hepáticos e pancreáticos e confirmou-se trombose portal, com extensão à veia esplénica e confluente esplenomeseraico com enfartes esplénicos. Iniciou antibioterapia e anticoagulação. Dada a reduzida dimensão do abcesso, foram investigadas outras etiologias da exuberante trombose, incluindo causas neoplásicas, infeciosas, auto-imune ou trombofilias, do qual se obteve detecção de mutação JAK2: p.V617F . Completado estudo com mielograma – sugestivo de síndrome mieloproliferativo crónico –e biópsia óssea – compatível com Policitemia Vera. Discussão: Este caso clínico destaca-se pela forma de apresentação de um síndrome mieloproliferativo manifestado como um evento trombótico extenso numa zona infrequente. Ainda que estes síndromes se associem a eventos trombóticos, representando um factor de morbilidade, as localizações atípicas são raras.

PO540

1802 PODE UM DÉFICE VITAMÍNICO SER A CAUSA DE ABORTAMENTOS DE REPETIÇÃO?

Cátia Fava Gaspar, Sara Ramos, Filipa Guimarães

Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal

Introdução

Os abortamentos de repetição são motivo de procura médica e estudo exaustivo. Com uma multiplicidade de etiologias e após exclusão das causas comuns, outras entidades menos frequentes deverão ser ponderadas.

Descrição

Mulher de 29 anos, sem antecedentes de relevo ou medicação crónica, com história de abortamentos de repetição (3 abortamentos no 1º trimestre). Estudo prévio não revelou anormalidades anatómicas ou trombofilias. Apresentava queixas de aftas orais e candidíase vaginal recorrentes. Analiticamente, anemia (11,3 g/dL) hipocrómica e microcítica, ANAs 1:640 padrão homogéneo, défice de vitamina B12 e hiperhomocisteinemia (14,6 umol/L). Estudo posterior revelou anticorpo anti-células parietais positivo (1:80), com resultados a favorecer o diagnóstico de anemia perniciosa, tendo iniciado reposição de cianocobalamina IM com resolução do défice de Vitamina B12, mas persistência da anemia. Realizou endoscopia alta (EDA) cuja histologia revelou tumor neuroendócrino gástrico G1 com marcação de cromogranina e sinaptofisina. A doente foi sujeita a mucosectomias sucessivas por via endoscópica com remoção completa do tumor. À posteriori, com PET scan e EDA de reavaliação sem sinais de recidiva local. Com esta estratégia houve resolução da anemia, a sugerir perdas hemáticas por via gástrica. Atualmente a doente encontra-se grávida de 34 semanas, sem anemia e sem intercorrências durante a gestação.

DISCUSSÃO: A anemia perniciosa é uma doença autoimune caraterizada por gastrite atrófica crónica, défice de cobalamina e presença de anticorpos anti-células parietais e anti-factor intrínseco positivo. Esta entidade pode cursar com diversas complicações como abortamentos de repetição (por tromboembolismo associado à hiperhomocisteinemia) e tumores carcinoides gástricos. Com o presente caso, pretendemos alertar para uma causa rara, mas possível, de abortamentos de repetição, bem como à necessidade de uma abordagem multidisciplinar dada a complexidade do quadro.

PO541

1831 HEMOFILA A ADQUIRIDA IDIOPÁTICA

Catarina Parente, António Cardoso, Célia Carmo, Fátima Campante

Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Barreiro, Portugal

Introdução

As perturbações da coagulação são condições que resultam de um desequilíbrio entre factores pró e anti-trombóticos, podendo-se classificar como hereditárias ou adquiridas, as últimas como consequência de um distúrbio primário. As formas mais comuns de anomalias da coagulação adquiridas estão geralmente relacionadas com terapêutica anticoagulante, doença hepática ou défice de vitamina K.

Descrição

Relata-se caso de homem, 80 anos, que recorre ao Serviço de Urgência por extensa tumefacção do antebraço e mão esquerdos associada a equimose e dor intensa à palpação, de surgimento espontâneo e com impotência funcional importante. Referia história de hematomas espontâneos dos membros com cerca de 1 mês de evolução. Negava febre, queixas gastrointestinais, respiratórias ou urinárias, artralgias ou antecedentes de discrasia hemorrágica. Negava perdas de sangue visíveis. Das análises realizadas à admissão destacava-se apenas discreto padrão de rabdomiólise, pelo que foi admitido em internamento para investigação do quadro.

Do estudo complementar realizado salienta-se, imagiologicamente, hematomas de ambos os membros superiores e ao nível do músculo ilíaco. Durante o internamento verificou-se novos hematomas espontâneos topograficamente dispersos, com queda do valor de hemoglobina e necessidade de suporte transfusional. Analiticamente detectou-se prolongamento do tempo de tromboplastina parcial activada e défice de factor VIII com pesquisa de inibidores do factor VIII positiva. Realizado extenso estudo etiológico excluindo-se doença neoplásica, auto-imune, infecciosa ou outra.

Discussão

A hemofilia A adquirida trata-se de uma doença rara que cursa com deficiência de factor VIII e que se apresenta sob a forma de um (ou mais) episódio hemorrágico súbito e potencialmente grave em doentes sem história de coagulopatia prévia. Muitas vezes associada a doença auto-imune ou outras patologias primárias, pode ocorrer também sob a forma idiopática.

01 DE JUNHO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 08
09:00 - 10:30

E-POSTERS

PO542

1864 ENTEROPATIA EXSUDATIVA E TROMBOEMBOLISMO: A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

Antonio Costa Carneiro, Priscila Diaz, Mariana Vieira, Madalena Silva, Isa Silva, Magda Faria, Liliana Fernandes, Sofia Rodrigues, Natalia Fernandes, Ana Boquinhas

Hospital de Cascais, Lisboa, Portugal

Introdução

A enteropatia exsudativa é uma síndrome caracterizada pela perda excessiva de proteínas pelo tubo digestivo, com hipoalbuminémia, hiperlipidémia, edema e diarreia. Apesar de não se encontrar amplamente descrito, o défice de factores de coagulação, nomeadamente, antitrombina, pode ocorrer neste contexto e ser responsável por um estado pró-trombótico, fisiopatologicamente idêntico ao défice hereditário desta proteína, sendo possível encontrar alguns relatos de casos de trombose arterial ou venosa secundários a enteropatias.

Descrição

Apresentam-se dois doentes com quadros arrastados de diarreia crónica internados por fenómenos trombóticos arteriais e venosos. O primeiro, um homem com 40 anos, autónomo, que foi internado por uma trombose venosa profunda total da veia poplítea esquerda. Dos antecedentes, referia-se um relato de estenose pilórica submetida a gastro-jejunostomia em Y de Roux complicada com diarreia crónica com vários meses de evolução. O estudo analítico revelou um estado de desnutrição grave com hipoalbuminémia, bem como um défice de antitrombina III de 10.6 mg/dL. A TC abdominal evidenciou uma fístula entre a face anterior do corpo gástrico e o cólon transverso que se admitiu ser responsável pelo quadro intestinal. O segundo, um homem com 50 anos, internado por AVC da ACM direita, sem critérios para trombólise/trombectomia, com evolução favorável sem sequelas. Foi apurado quadro de dor abdominal pós-prandial com diarreia recorrente, tendo sido diagnosticado, a posteriori, um défice de antitrombina III, com actividade funcional de 66%, em contexto de doença inflamatória intestinal, com uma biópsia entérica compatível com doença de Crohn.

Os autores propõem que os fenómenos trombóticos arterial e venoso descritos decorreram de um estado pós-trombótico por défice adquirido de antitrombina, explicada pela enteropatia exsudativa com disproteinémia, nomeadamente, com perda de factores de coagulação.

PO543

1866 SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICA: UMA ENTIDADE A RECONHECER PRECOCEMENTE

Rute Sousa Martins, Diana Mano, Ricardo Costa, Rita Coutinho, Fátima Farinha, João Correia Araújo

Centro Hospitalar do Porto - Hospital Geral de Santo António, Porto, Portugal

Introdução

A síndrome Hemofagocítica é uma entidade rara, ameaçadora de vida caraterizada pela exagerada ativação imunitária com inflamação sistémica, secreção exuberante de citocinas e disfunção multiorgânica.

Descrição

CASO CLINICO: Homem 51 anos, antecedentes de neoplasia do estômago submetido a gastrectomia sub-total e QT adjuvante; episódio de urgência por febre, exantema abdominal não pruriginoso, destacando-se lesão macular na perna direita e artralgias após limpeza de mato; assumida zoonose, medicado com doxiciclina, com boa resposta inicial. Regressa 3 semanas depois por manter quadro febril, astenia e perda ponderal de 9kg. Analiticamente pancitopenia, elevação das transaminases, DHL, B2-microglobulina e D-Dímeros (sem evidência de evento tromboembólico) e ferritina extremamente aumentada (~22676ng/mL), com triglicerídeos normais. Por suspeita de síndrome hemofagocítica realizou biópsia de medula óssea (MO) e mielograma, instituindo-se posteriormente terapêutica empírica com corticoterapia em altas doses. Imunofenotipagem de sangue periférico com células NK anormais (a levantar suspeita de etiologia vírica), mielograma com MO normocelular e raras imagens de hemofagocitose; biópsia da MO a confirmar síndrome hemofagocítica. Excluídas etiologia infeciosa, neoplásica ou auto-imune, assumindo-se a zoonose como etiologia mais provável. Boa resposta clínica e analítica, apirexia sustentada e normalização paulatina dos parâmetros previamente alterados.

DISCUSSÃO: Serve o presente caso para relembrar esta entidade que requer tanto um diagnóstico como um tratamento precoce para reduzir a mortalidade. O diagnóstico exige alta suspeição, dado que, à apresentação, muitos doentes não preenchem os critérios diagnósticos de acordo com a Histiocyte Society-2004; estes critérios têm sido revistos e atualmente está proposto um novo score para adultos para reconhecimento precoce. A sua associação a zoonoses é rara, mas está descrita na literatura, não havendo certezas quanto ao prognóstico.

PO544

1870 DOR ABDOMINAL... QUE PERIGOS ESCONDE?

Maria João Silva, Maria João Palavras, Anton Vasin, Filipa Alçada, Célio Fernandes

Centro Hospitalar de Leiria, Leiria, Portugal

Introdução

A Trombocitémia Essencial (TE) é uma neoplasia mieloproliferativa cromossoma Philadelphia negativa, também chamada BRC-ABL negativa, em que há um aumento descontrolado da produção de megacariócitos na medula óssea (MO) com consequente trombocitose periférica. Esta leva a eventos trombo-hemorrágicos que são causa major de morbi-mortalidade. Não sendo específica desta patologia, metade destes doentes têm mutação JAK2. O diagnóstico inclui a deteção de hiperplasia megacariocítica na MO, além da exclusão de causas sistémicas capazes de elevar as plaquetas. Não há tratamento curativo, apenas agentes redutores da contagem plaquetária e prevenção das complicações trombo-hemorrágicas.

Descrição

Homem, 68 anos com artrite reumatóide sob metrotexato e neoplasia da próstata. Recorreu ao Serviço de Urgência por dor à palpação do epigastro e flanco esquerdo, sem massas ou organomegálias palpáveis. Analiticamente, leucocitose 18000 leu/ul; monocitose 4200mon/ul; plaquetas 879000 pla/ul e Hb 14.2g/dl. Tomografia abdominal e pélvica com "hipodensidade de todo o terço médio e inferior esplénico, em relação com extensa área de isquémia esplénica, associada a trombose da artéria e da veia esplénica".

Realizou-se estudo genético das trombofilias, iniciando enoxaparina com resolução das queixas e melhoria imagiológica, com reperfusão parcial das zonas isquemiadas no controlo aos 6 meses. O medulograma assinalou "linha mielóide com >10% de displasia, 2% de blastos, monócitos de fenótipo normal e alterações mais sugestivas de neutropoiese reativa com JAK-2V617F+" e biópsia óssea sugestiva de síndrome mieloproliferativo do tipo TE.

Verificou-se ser portador homozigoto da mutação MTHFR 1298>C e heterozigoto PAI-1 5G/4G. Para efeitos de diagnóstico diferencial foi pesquisado o gene de fusão BCR-ABL, resultando negativo. Os autores pretendem discutir a importância do diagnóstico diferencial da trombocitose alertando para a importância de diagnósticos menos frequentes que cursam com estas alterações.

PO545

1874 UM CASO DE AFASIA INTERMITENTE NUM SÍNDROME MICROANGIOPÁTICO TROMBÓTICO

Gabriela Santos

Hospital Garcia de Orta, Lisboa, Portugal

Introdução

As síndromes microangiopáticas trombóticas(SMT) devem-se à oclusão microvascular, decorrente de pequenos fenómenos trombóticos, que cursa com anemia hemolítica microangiopática, trombocitopénia e por vezes com lesão de órgão.

Descrição

Homem, 28 anos, fumador, obeso (IMC 38), medicado com anti-inflamatórios não esteróides (AINES) em SOS, veio ao serviço de urgência (SU) por diminuição da força muscular no hemicorpo esquerdo e afasia, com melhoria clínica espontânea e posterior alta nesse dia. No dia seguinte regressa ao SU com as mesmas queixas tendo sido admitido através da Via verde AVC, mas novamente com remissão espontânea. Realizou tomografia computorizada(TC) craneo-encefálica(CE) e TC angiográfica dos vasos do pescoço, ambas sem alterações. Assim, ficou internado, observando-se de novo intermitência entre afasia global e discurso fluente. Realizou ressonância magnética nuclear CE sem evidência de lesões agudas isquémicas ou he-

morrágicas. Destacava-se anemia (Hb 9.2g/dL), trombocitopénia (15000 plaquetas/L), LDH 2268 UI/L, bilirrubina total 3,5mg/dL, haptoglobina <10mg/dL, sem alterações na coagulação ou função renal. Apresentava esquizócitos no sangue periférico e um teste Coombs negativo. Admitiu-se inicialmente um acidente isquémico transitório mas face às alterações analíticas compatíveis com SMT, nomeadamente a purpura trombocitopénica trombótica (PTT), iniciou plasmaferese e corticoides, com melhoria clínica. Os marcadores de auto-imunidade, a endoscopia digestiva alta e a TC toraco-abdomino-pelvica, sem alterações. Não foi efectuado o doseamento da proteína ADAMST-13. Mantém-se estável desde então. Face as alterações neurológicas intermitentes de remissão completa, à ausência de achados neurológicos agudos em exames imagiológicos, à presença de marcadores analíticos compatíveis com STM pode-se aceitar como hipótese mais provável a PTT adquirida. Sabe-se que a confirmação genética da deficiência da proteina ADAMTS13 não é necessária para o diagnóstico presuntivo.

PO546

2029 APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B

Luis Gonçalves Vicente, Ana Rita Clara, Ana Baptista, Mário Lázaro

Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Faro, Portugal

Introdução

O Linfoma Não Hodgkin consiste num vasto grupo de neoplasias linfoides cuja prevalência tem vindo a aumentar. O variado espectro de apresentação clínico depende do tipo de linfoma e das áreas envolvidas.

Normalmente doença primária dos nódulos linfáticos com envolvimento secundário extranodal em 40% dos casos. A invasão secundária da medula óssea é relativamente comum, contudo o envolvimento primário é uma forma de apresentação rara.

Descrição

Os autores descrevem caso de mulher de 69 anos sem antecedentes patológicos.

Aparentemente bem, altura em que recorre ao serviço de urgência (SU) por síndrome febril tendo feito antibiótico (ATB) sem melhoria. Por persistência de febre diária, sem relação horária, acompanhados de sudorese/calafrio, regressa ao SU. Questionada refere síndrome gripal recente e queixas de disúria e lombalgia no último mês. À admissão edema dos membros inferiores até à raiz do joelho, murphy renal negativo, sem adenomegalias. Nas análises anemia, trombocitopenia e aumento dos parâmetros inflamatórios. Realizou ecografia pélvica e foi internada por pielonefrite não respondedora a ATB ambulatório. Internamento com evolução negativa, mantendo-se febril, degradação paulatina do estado geral. Por suspeita de abcesso realiza tomografia abdominal que revela ligeira esplenomegalia homogénea, sem adenomegalias. Desenvolvimento de astenia, anorexia e febre não respondedora a vários ciclos de ATB. Agravamento da anemia, da trombocitopenia e manutenção de parâmetros inflamatórios aumentados. Por suspeita de síndrome mieloproliferativo realiza medulograma que revela diagnóstico de linfoma difuso de grandes células com invasão da medula. Encaminhada para centro de referência onde iniciou tratamento.

Discussão:

Caso clínico desafiante pela co-existência de processo infecioso a sobrepor-se a apresentação atípica. Não fosse ointernamento prolongado, com surgimento de sintomas B e agravamento clínico, o diagnóstico poderia passar despercebido e tornar-se fatal.

PO547

2046 LINFOMA ANAPLÁSICO DE GRANDES CÉLULAS T – UMA RARIDADE DE CASO CLÍNICO

Juliana Ferreira Da Silva, Susana Cunha, Ana Albuquerque, Ana Ponciano, Catarina Pereira, Helena Carrondo

Centro Hospitalar de Leiria, Leiria, Portugal

Introdução

Os linfomas anaplásicos de grandes células T, representam cerca de 3% de todos os linfomas não-Hodgkin em adultos, sendo o tipo ALK (anaplastic large cell lymphoma kinase protein) positivo mais frequente em adultos jovens do sexo masculino (idade <30 anos), e o tipo ALK negativo mais frequente com o aumento da idade, afetando igualmente homens e mulheres. No grupo ALK positivo para além da afeção ganglionar, há geralmente envolvimento extranodal - tecidos moles, pele, osso, pulmão, fígado, e mais raramente intestino e sistema nervoso. No grupo ALK negativo o envolvimento extranodal é pouco frequente.

Descrição

Os autores apresentam o caso de um homem de 67 anos com história de Hipertensão, Doença Renal Crónica, Dislipidémia, Hiperuricémia e Esplenectomia por traumatismo.

Referenciado para observação hospitalar por volumosa massa cervical direita, indolor com 3 meses de evolução e crescimento progressivo. Nega sintomas B. Observado no médico assistente, onde realizou ecografia cervical que apresentava 2 nódulos sólidos hipoecogénicos e heterogéneos, o maior com 30mm de maior eixo - volumosa adenomegalia. Submetido a biópsia por punção aspirativa, com citologia compatível com provável metástase de carcinoma.

Internado para estudo, tendo sido realizada ecografia cervical que descreve presença de 2 massas sólidas no escavado supraclavicular correspondendo provavelmente a adenopatias de carácter suspeito. Estudo imagiológico complementar com TC

toraco-abdomino-pelvica – sem outras lesões identificadas.

Submetido a biópsia excisional de lesão cervical cujo exame histológico revelou: Fragmentos de tecidos moles extensamente invadidos por neoplasia maligna. Os aspectos observados são tradutores de Linfoma anaplásico de grandes células T, do tipo comum, ALK negativo.

Os linfomas anaplásicos de grandes células T são clínica e histologicamente heterogéneos o que condiciona dificuldades diagnósticas importantes, com consequente atraso na referenciação e orientação terapêutica.

PO548

2119 "BLOODY MARY": UM CASO DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO

Rita Varudo, Tomás Loureiro, Ana Marques, Rosa Alves, Tiago Ferreira, Adriana Carapucinha, Salomé Xavier, Tiago Judas

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução

O Munchausen por procuração consiste numa perturbação na qual um indivíduo tem uma necessidade de que outra pessoa seja encarada como estando doente, sem a pretensão de obter um benefício concreto, estando disposto a submeter o seu familiar a procedimentos invasivos ou a induzir-lhes doença, a fim de receber a atenção e cuidados que são frequentemente concebidos a doentes e suas famílias.

Descrição

Apresentamos o caso de um homem de 62 anos, com limitação funcional por parésia pós traumática do membro superior direito. Residia com a esposa, sua cuidadora. Antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus e doença renal crónica. Tinha tido internamento prévio por quadro de pneumonia da comunidade e tromboembolismo pulmonar, sob terapêutica anticoagulante oral (ACO) com varfarina. Teve várias admissões no serviço de urgência por quadro de discrasia hemorrágica em contexto de hipocoagulação iatrogénica. Cumpriu um total de 3 meses de ACO. Após suspensão de ACO manteve quadros repetidos de discrasia hemorrágica, com evidencia de prolongamento de INR, que normalizava espontaneamente. Após vários episódios o doente foi internado para investigação etiológica, tendo sido comprovado déficit dos fatores dependentes da vitamina K, excluindo-se causa adquirida (pesquisa de inibidores específicos da coagulação negativa). Ainda assim foi despistada neoplasia oculta. O doente negou sempre toma de ACO e não havia registo de novas prescrições. Manteve-se sem novos episódios durante um ano, altura que teve novo internamento hospitalar por discrasia hemorrágica. Foi pedida pesquisa sérica de anticoagulantes que se revelou positiva para varfarina. Colocada a hipótese de caso de Munchausen por procuração, confirmado após entrevista psiquiátrica à esposa. Não se verificaram novos episódios desde então. Com o presente caso os autores salientam a necessidade do enquadramento psico-social do doente na marcha da investigação etiológica, particularmente em casos com apresentação bizarra.

PO549

2233 DA TROMBOSE À TROMBOCITOPÉNIA

Rosa Alves, Ana Rita Varudo, Tiago Lobo Ferreira, Tiago Judas

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução

O processo de hemostase divide-se em hemostase primária assegurada pelas plaquetas e em hemostase secundária realizada pela activação da cascata da coagulação a nível da lesão endotelial, devendo haver um equilíbrio hemostático que permite prevenir a trombose e corrigir a hemorragia.

Descrição

Os autores apresentam o caso de um homem, de 52 anos, com história de tabagismo, obesidade, que teve um episódio de trombose idiopática do seio venoso dural, da veia porta e mesentérica superior ficando sob anticoagulação oral com antagonista da vitamina K. O estudo das trombofilias hereditárias e adquiridas foi negativo. Ao 1º ano de follow-up, verificou-se instalação de trombocitopénia grave (2000 plaquetas), sem sinais de discrasia hemorrágica ou outra sintomatologia. Após exclusão de causas auto-imunes, infecciosas, neoplásicas, iniciou pulsos de metilprednisolona durante 3 dias, com rápida recuperação da contagem plaquetária. Admitido o diagnóstico de púrpura trombocitopénica idiopática. Este caso representa duas patologias opostas no espectro da hemostase. Por um lado trata-se de um doente com elevado risco trombótico e necessidade de manutenção de anticoagulação oral associado a um elevado risco hemorrágico decorrente da trombocitopénia grave com necessidade de corticoterapia (factor de risco para eventos trombóticos), o que constitui um desafio no manejo da terapêutica que o internista deve ser capaz de gerir.

PO550

2246 PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA - UM DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR

Inês Gonçalves, Filipa Pinho, Laura Costa, Filipa Macedo, Catarina Nunes, Francisco Gonçalves, Luísa Pinto, Carlos Capela

Hospital de Braga, Braga, Portugal

Introdução

A Púrpura Trombocitopénica Trombótica adquirida (PTT) é uma microangiopatia trombótica, causada pela atividade reduzida do ADAMTS13 (protease de clivagem do fator de Von Willebrand), que é provocada por um anticorpo inibidor. Habitualmente, apresenta-se em pessoas previamente saudáveis, com trombocitopenia e anemia microangiopática graves.

Descrição

Caso Clínico: Mulher, de 39 anos, sem antecedentes de relevo, transferida de hospital periférico por alterações neurológicas transitórias, associadas a trombocitopenia e anemia graves, para ser observada por Neurologia. Doente estaria assintomática até 3 meses antes, altura em que iniciou epigastralgias intensas, cataménios prolongados e equimoses fáceis. Foi várias vezes observada no SU, tendo alta com AINES e indicação para fazer EDA, que mostrou gastrite e infeção por Helicobacter Pylori. Em estudo analítico, realizado 1 mês antes já teria trombocitopenia, mas não anemia.

Do exame objetivo realizado, neste serviço de urgência destacou-se afasia motora, petéquias e equimoses dispersas. Analiticamente, com <5.000 plaquetas, anemia hemolítica (Hb 6,6mg/dl, LDH 752mg/dl, haptoglobulina <8, esquizócitos no esfregaço de sangue, Coombs direto negativo) e função renal normal. Realizou tomografia computorizada crânio-encefálica, toraco-abdomino-pélvica que não tinham alterações. Fez-se diagnóstico presuntivo de PTT e inicia no mesmo dia, plasmaferese e corticoterapia com melhoria clínica. Durante o internamento, houve recidiva das alterações analíticas, que resolveram definitivamente após terapêutica com rituximab Foi ainda confirmada a presença de inibidor da ADAMTS13, realizado tratamento para Helicobacter Pylori e excluídas outras causas secundárias, imunológicas e neoplásicas.

Apesar de a PTT ser rara, o diagnóstico deve ser considerado, uma vez que é uma emergência médica, sendo fatal, se o tratamento apropriado não for iniciado precocemente.

PO551

2259 CID E NEOPLASIA

Catarina Araujo[1], Rita Homem[1], Anilda Barros[1], Margarida Freitas[1], Vanda Spencer[2], Francisca Delerue[2]

[1]Hospital Garcia de Orta, Lisoa, Portugal

[2]Hospital Garcia de Orta, Lisboa, Portugal

Introdução

A coagulação intravascular disseminada (CID) é um síndrome adquirido caracterizado pela ativação intravascular generalizada da coagulação que leva a eventos hemorrágicos e/ou trombóticos. Esta é causada por várias condições clínicas como trauma, doenças hepáticas, anomalias vasculares, cancro e causas infecciosas.

Descrição

Apresenta-se o caso de um homem de 71 anos, com história de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, obesidade mórbida e hábitos alcoólicos moderados; admitido no hospital por traqueobronquite aguda e insuficiência respiratória, tendo sido iniciada antibioterapia, oxigenioterapia e ventilação não-invasiva, com melhoria do quadro respiratório. Manteve contudo sonolência e análises com trombocitopénia, prolongamento do tempo de protrombina e hiperbilirrubinémia ligeiras. A tomografia computorizada abdominal mostrou trombose da veia porta, pelo que se iniciou terapêutica com heparina de baixo peso molecular. Na sequência de traumatismo minor do membro inferior desenvolveu hematoma na coxa, assistindo-se a instalação de coagulopatia de consumo em contexto de CID. Despistaram-se causas infeciosas, auto-imunes e trombofilias. A ressonância magnética abdominal e a tomografia de emissão de positrões revelaram imagem nodular hepatobiliar sugestiva de malignidade. Os autores salientam neste caso o desafio na abordagem e diagnóstico dada a apresentação clínica frustre, o que ocorre frequentemente em doentes com cancro em constraste com doentes com CID subaguda ou aguda em que a apresentação é mais fulminante.

PO552

2260 APLASIA ERITRÓIDE PURA ASSOCIADA A INFEÇÃO POR PARVOVÍRUS B19

Helena Luís, Mariana Gomes, Carolina Barros, Bela Machado, Mariana Bilreiro, Sofia Gonçalves, Jéssica Chaves, Catarina Lume, Yaqueline Freitas, Nídia Neves, José Alves, Ana Paula Coelho, Graça Andrade, José Luís Andrade, Maria Luz Brazão

Hospital Central do Funchal, Funchal, Portugal

Introdução

A aplasia eritróide pura é uma síndrome hematológica rara, caraterizada por anemia normocítica e normocrómica grave, associada a reticulocitopénia e marcada diminuição ou até ausência

de eritroblastos na medula óssea. Nos adultos é frequentemente idiopática, contudo, pode ser secundária a diversas outras patologias como infeções virais, doenças auto-imunes, doenças linfoproliferativas ou neoplasias.

Descrição

Doente do sexo masculino, de 76 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidémia e neoplasia da bexiga. Medicado habitualmente com perindopril, metformina e atorvastatina. Enviado ao serviço de urgência por tonturas e dispneia de esforço de agravamento progressivo desde há 2 dias. À observação encontrava-se hemodinamicamente estável, polipneico em ar ambiente com 99% de saturação de oxigénio, pele e mucosas descoradas e tempo de preenchimento capilar aumentado. Gasimetricamente com alcalémia respiratória e hiperlactacidémia (2,4 mmol/L). Analiticamente com anemia normocítica e normocrómica (hemoglobina 4,7g/dL, volume corpuscular médio 109,8 fL e hemoglobina corpuscular média 38,1 pg). Ficou internado com a hipótese de diagnóstico de anemia para estudo. Realizou medulograma que revelou aplasia eritróide pura. Do estudo etiológico efetuado destaca-se pesquisa de ácidos nucleicos de parvovírus B19 por Polymerase chain reaction no aspirado medular positiva.

DISCUSSÃO: Os autores pretendem enfatizar a importância deste diagnóstico perante um doente com anemia isolada associada a reticulocitopénia. A infeção pelo parvovírus B19 é frequentemente reconhecida em doentes com anemia hemolítica subjacente contudo, este agente infecioso tem sido identificado como causa de crises aplásticas transitórias atuando através da lise de progenitores dos eritrócitos nos estadios de diferenciação. Ainda a referir que os doentes com crises aplásticas transitórias frequentemente não apresentam outros sinais e sintomas de infeção viral.

PO553

2262 O SEGREDO ESTÁ NO GÂNGLIO!

Luis Landeiro, Margarida Proença, Ana Carolina Freitas, Maria Manuela Mafra, António Almeida

Hospital da Luz, Lisboa, Portugal

Introdução

A Doença de Castleman (DC) engloba um grupo de patologias linfoproliferativas com hiperexpressão de citocinas que incluem a interleucina 6 (IL-6). Ainda que inicialmente descrita em doentes imunocomprometidos e tipicamente associada a Herpesvirus Humano 8 (HHV-8), um terço dos casos ocorre em imunocompetentes na forma multicêntrica idiopática.

Descrição

Homem, 60 anos, hipertenso, apresentou quadro com quatro semanas de evolução de tetraparésia progressiva, parestesias em meia e luva e anasarca. Meses antes, foi internado pelo mesmo quadro com posterior melhoria transitória. Objetivou-se hepatoesplenomegália, edema dos membros e de declive. Do estudo complementar, destacava-se: velocidade de sedimentação 71mm/h; proteinúria nefrótica 5,5g/24h; hipoalbuminémia; líquor com dissociação albumino-citológica; eletromiograma com polirradiculopatia sensitivo-motora; tomografia computorizada com adenomegálias mediastínicas, celíacas e mesentéricas, esplenomegália moderada, ascite e extenso derrame pleural direito. Por síndrome nefrótico, fez biópsia renal compatível com nefropatia membranosa classe I. O quadro não era explicado por amiloidose, mieloma múltiplo ou outras doenças linfoproliferativas. Realizada excisão de gânglio intra-abdominal cujo exame histológico foi compatível com DC (imunohistoquimica negativa para HHV-8). As serologias do Vírus da Imunodeficiência Humana e HHV-8 foram negativas. Iniciou prednisolona 1mg/kg/dia com recuperação da força muscular. Comprovou-se aumento de IL-6. Após a alta iniciou rituximab, mantendo corticoterapia, com resposta clínica e laboratorial.

Discussão: Este caso mostra uma apresentação atípica de DC multicêntrica idiopática, patologia já por si rara. Cumpre critérios clínicos, laboratoriais e histológicos, fulcrais para o diagnóstico, mas evoluiu com síndrome nefrótico e polineuropatia inflamatória, reportados até à data apenas pontual e isoladamente em associação com a doença.

PO554

2280 UM CASO RARO DE NEOPLASIAS SÍNCRONAS

Gisela Evaristo Vasconcelos, Lígia Santos, Catarina Couto, Nuno Zarcos Palma, Alice Castro, Mari Mesquita

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Penafiel, Portugal

Introdução

As doenças neoplásicas apresentam uma incidência crescente, constituindo importante fonte de morbimortalidade.

Descrição

Homem, 71 anos. Lombalgia persistente em repouso, refratária a analgesia, com 2 meses de evolução e agravamento progressivo, a condicionar crescente limitação funcional. Sem outros sintomas ou história de traumatismo. Múltiplas lesões líticas vertebrais, com fraturas de L2 e L5, documentadas em ressonância magnética e tomografia computadorizada (TC) lombar de ambulatório. Admitido a internamento para estudo. Constatada pancitopenia, elevação de desidrogenase láctica e hipercalcemia, sem disfunção renal. Proteinograma, quantificação de imunoglobulinas, cadeias leves livres e imunoeletroforese sérica e urinária sem evidência de monoclonalidade. PSA normal. Função e ecografia da tiroide sem alterações. Serologias víricas negativas. TC toracoabdominopélvica a revelar adenopatias axilares, mediastínicas e abdominais; baço de textura heterogénea,

com lesões nodulares hipodensas. Biópsias óssea e excisional de gânglio inguinal com histologia e imunohistoquimicas a revelar população linfoide de células grandes com positividade para CD20, sugestivo de linfoma difuso de grandes células B (LDGCB). História familiar de neoplasia gástrica, pelo que foi realizada endoscopia digestiva alta - biópsia de área de mucosa congestiva e erosionada, cuja histologia e imunohistoquimicas foram sugestivas de adenocarcinoma (positividade para EA1/EA3, PASD e CAM5.2; negatividade para CD20). Assim, linfoma não-hodgkin (LNH) difuso de grandes células B estadio IV e adenocarcinoma gástrico. Iniciou protocolo de quimioterapia e profilaxia do sistema nervoso central.

O LDGCB é o tipo de LNH mais comum. O atingimento extranodal gastrointestinal é o mais frequente, destacando-se que neste caso a neoplasia gástrica se tratava de um primário distinto, constituindo um caso raro de neoplasias síncronas. O atingimento extranodal ósseo é mais raro, salientando-se também neste caso.

PO555

2312 MIELOMA MÚLTIPLO E MASSA RETROPERITONEAL: CASO CLÍNICO

Ricardo Lavajo, Luisa Costa, Marlene Delgado, Maria Reis, António Monteiro

CHTV, Viseu, Portugal

Introdução

O Mieloma Múltiplo (MM) é uma neoplasia hematológica secundária à proliferação monoclonal de plasmócitos. Habitualmente a doença fica confinada à medula e ao esqueleto, sendo que a disseminação extramedular ocorre em menos de 5%. A Fibrose Retroperitoneal (FRP) é um processo raro caracterizado por inflamação crónica, proliferação de fibroblastos e depósito de matriz extracelular excessiva, comprometendo os órgãos abdominais por compressão/infiltração. Pode ser idiopática ou secundária, incluindo as neoplasias.O envolvimento do retroperitoneu pelo MM causando fibrose retroperitoneal é uma das raras manifestações extramedulares e cujo mecanismo subjacente é desconhecido.

Descrição

Homem de 84 anos, com HTA. Internado por sintomas constitucionais há 6 meses, dor lombar com massa palpável e edemas periféricos. Analiticamente anemia macrocítica e lesão renal aguda. Mediante electroforese das proteínas, imunolectroforese sérica e urinária e medulograma com imunofenotipagem concluiu-se o diagnóstico de MM de cadeias leves lambda, estadio IIIB e atingimento renal (lesão renal e proteinuria nefrótica) e ósseo (bacia e coluna lombar). Para estudo de massa abdominal realizou TC que identificou massa de tecidos moles retroperitoneal direita, centrada à veia cava inferior/ureter direito com extensão entre o rim e à escavação pélvica, com infiltração de múltiplos tecidos. Enquanto aguardava, a realização de biopsia guiada por TC para caracterização histológica, a Hematologia, inicia tratamento com melfalan e prednisolona precedido por dexametasona. Aquando da realização da biópsia (coincidindo com 1ºciclo), constata-se desaparecimento da massa.

Embora o envolvimento retroperitoneal do MM, inclua o plasmocitoma ou deposição de amiloide, neste caso a hipótese de FRP, parece-nos mais plausível, dado apenas fez dexametasona, e não nenhum tratamento dirigido, que levou ao desaparecimento da massa, sugerindo assim tratar-se de uma massa de natureza inflamatória.

01 DE JUNHO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 08
09:00 - 10:30

PO556

2355 SÍNDROME DE MAY THURNER: A PROPÓSITO DE UM CASO CLINICO

Fabian David Gordillo Rodriguez, Carla Fernades

Centro Hospitalar de Barreiro Montijo, Barreiro, Portugal

Introdução

O Síndrome de May – Thurner (SMT) é uma variação anatômica que ocorre quando a veia ilíaca esquerda é comprimida pela artéria ilíaca direita contra a coluna lombar. Isso causa lesões no revestimento interno do endotélio, o qual favorece a formação de trombos.

Descrição

O caso clínico que apresento refere-se a uma mulher de 42 anos, que recorreu ao serviço de urgências por quadro de 5 dias evolução de dor no membro inferior esquerdo, e área inguinal esquerda, associado a edema duro, redistribuição da rede venosa ao nível da face anterior da coxa e pele marmoreada ao longo do membro. Analiticamente com D dímeros de elevados de 635. O Eco Doppler venoso foi compatível com Trombose venosa profunda extensa, com extensão as veias: poplítea, femoral superficial, femoral comum, veia ilíaca externa e comum esquerda. Não se identificando a extremidade proximal da formação trombótica, pelo que realizou Tomografia (TC) Abdomino-Pélvico, que evidenciou extenso trombo da veia cava inferior com extremidade superior a nível da emergência das veias renais, observando-se ectasia da ilíaca primitiva esquerda. Foi referenciada de urgência para Cirurgia Vascular. Apos da avaliação voltou com indicação para investigação etiológica e manter anti coagulação já iniciada no momento do diagnostico inicial.

Durante internamento foram feitos vários estudos, nomeadamente serologias infeciosas, estudo para trombofilias, doenças autoimunes, sem evidência de alterações relevantes. Apos de revisar a literatura sobre as tromboses venosas de localização anatómica na região inguinal a esquerda, verifiquei a existência do SMT. Foi pedido um TC abdomino-pélvico de controlo com esta nova hipótese, o qual foi confirmado. Foi discutido com a cirurgia vascular, sendo a doente programada para angioplastia com colocação de stent.

Conclusão: De modo geral, o diagnóstico do SMT é feito após um episódio de TVP e exige alto grau de suspeita clínica, como aconteceu neste caso clinico

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 03
14:00 - 15:30

Doenças Hepáticas

PO557

136 UMA CAUSA DE HEPATITE AGUDA SUBDIAGNOSTICADA

Nuno Rodrigues De Melo[1], Luís Flores[1], Isabel Azevedo Pereira[2], Filipa Gomes[1], Fernando Friões[1], Jorge Almeida[1]

[1]Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

[2]Instituto Português de Oncologia - Porto, Porto, Portugal

Introdução

A infeção pelo vírus da hepatite E (VHE) é habitualmente uma doença autolimitada, na maioria das vezes assintomática. Estão descritos casos esporádicos de hepatite E aguda na Europa, sendo que o primeiro caso descrito em Portugal data de 2011.

Descrição

Homem de 54 anos. Antecedentes de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2. Recorre ao SU por astenia com uma semana de evolução associada a colúria e acolia com 3 dias de evolução. Quadro prévio de odinofagia e rinorreia com resolução espontânea. Negava consumo de novos fármacos, drogas, água não potável ou infusões. Sem exposição ocupacional ou comportamentos sexuais de risco. Sem conviventes doentes ou viagens recentes. Analiticamente com elevação das transaminases (AST/ALT: 176/1282 UI/L), colestase (FA/GGT: 97/329 UI/l) e hiperbilirrubinemia (BT/BD: 6,75/4,01 mg/dl). Sem coagulopatia. Serologias de VHB e VHC negativas. Sem outras alterações analíticas de relevo. Ecografia abdominal sem dilatação das vias biliares, hepatomegalia ou lesões focais. Internado para estudo e vigilância. Pesquisa HIV, CMV, EBV, parvovirus B19, toxoplasmose e leptospira negativos. Doseamento de ceruloplasmina, alfa 1 anti-tripsina e cinética do ferro normal. Pesquisa de RNA HEV positiva no sangue. Apresentou melhoria clínica e analítica progressivas. Avaliado em consulta de Medicina Interna 1 mês após a alta apresentando seroconversão. Sem citólise hepática ou alterações da função hepática.

DISCUSSÃO: Apesar de ainda ser olhada como uma infeção associada a viagens para países endémicos, a prevalência de anti-HEV IgG chega até 52,5% em alguns estudos de seroprevalência em países Europeus, sendo esta percentagem mais elevada em pessoas que contactam com porcos. Em Portugal, a prevalência de anti-HEV IgG na população geral é de 19,9%, pelo que em doentes com hepatite aguda e sem fatores de risco ou consumo de risco evidente, deverão ser testados para a infeção por VHE.

E-POSTERS

PO558

409 PERANTE UMA INUNDAÇÃO RECORRENTE, SÓ UMA ABORDAGEM INCOMUM

Cristiano Silva Cruz[1], Valentina Tosatto[1], Torcato Marques[1], Lourenço Cruz1, David Silva[2], André Almeida[1], Nélia Marques[1], Rita Barata Moura[1]

[1]Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital de Santa Marta - Medicina 4, Lisboa, Portugal

[2]Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital de Santa Marta - Pneumologia, Lisboa, Portugal

Introdução

O controlo sintomático do hidrotórax hepático (HH) recidivante é um desafio, sobretudo pela degradação da qualidade de vida do doente, múltiplas hospitalizações, complicações e custos associados.

Descrição

Homem de 76 anos com hipertensão arterial, enfisema pulmonar, doença renal crónica (estadio 2) e doença hepática crónica etanólica (Child-Pugh B) a condicionar HH direito recidivante sintomático, hipertensão portal, hepatoesplenomegalia e trombocitopenia; múltiplos internamentos (5 no último ano) por descompensação da patologia hepática (agudização de encefalopatia portossistémica e HH recidivante, sem ascite clinicamente significativa) e disfunção renal, de difícil otimização terapêutica. Apesar das avaliações seriadas do líquido pleural se mostrarem compatíveis com transudado foi feita inicialmente pleurodese química (que se revelou ineficaz) e posteriormente colocação de cateter pleural tunelizado (CPT) de longa duração. Desde então, controlo sintomático e ajuste terapêutico eficaz, com

consequente alta hospitalar e agendamento de drenagens semanais pelo CPT em regime de Hospital de Dia. Cerca de 1 mês após a alta hospitalar, readmissão por empiema pleural direito a Acinetobacter radioresistens, tendo-se realizado antibioterapia dirigida com meropenem, substituição do CPT por drenagem torácica convencional e posterior intervenção cirúrgica para drenagem de empiema, lavagem pleural e tentativa de libertação pulmonar que acabou por não ser eficaz no controlo de foco infecioso; doente acabou por falecer devido à progressão de infeção e falência multiorgânica.

Discussão: O CPT parece ser uma opção em crescendo para o controlo sintomático do derrame pleural recidivante, com maiores taxas de infeção nos casos de HH relativamente à etiologia neoplásica. A discussão atempada destes casos com centros com experiência em CPT é fundamental.

PO559

441 CIRROSE HEPÁTICA-PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO

Sónia Almeida, Maria Inês Santos, Ana Rita Moura, Martim Alçada, Guilherme Cunha, Marina Boticário, Maria Filomena Roque

Hospital de Santarém EPE, Santarém, Portugal

Introdução

Os estudos publicados nas últimas décadas demonstraram que a cirrose hepática constitui um importante problema de saúde pública e um fator de relevância crescente de morbi-mortalidade em todo o mundo, incluindo Portugal.

Objetivos

Caraterização do perfil clinico-epidemiológico dos doentes internados nos serviços de medicina interna de um hospital distrital no período de 2013-2017 e clarificar a importância da cirrose hepática nas suas vertentes clínica e epidemiológica.

Métodos

Estudo retrospetivo dos caos internados nos serviços de medicina Interna no período 2013-2017. Análises estatística SPSS ® versão 23.0.

Resultados

De um total de 686 episódios de internamento, a maioria foi do sexo masculino (83,5%), a idade média foi de 65,51 anos, e a demora média de internamento foi de 10.47 dias. O principal motivo de internamento foi a infeção em 25,2% , seguido da encefalopatia hepática 20,1% e da hemorragia digestiva com 17,8%. Relativamente à etiologia: 79,3% dos casos apresentavam etiologia alcoólica e 8,3% estavam infetados cronicamente pelo vírus da hepatite C; em 5.4% dos casos, à infeção crónica pelo vírus da hepatite C associou-se o álcool e em 0,7 % a infeção crónica pelo vírus da hepatite B foi a responsável. No que se refere às comorbilidades 58,2% tinham HTA; 64,1% Diabetes e 79,8% apresentavam insuficiência cardíaca. Quando classificamos a cirrose hepática observamos que 49,4% são Child-Pugh B. Constatou-se ainda que apesar de terem indicação para profilaxia da PBE apenas 19,6% realizavam quer por não prescrição quer por incumprimento terapêutico. Faleceram durante o internamento 19,5% dos indivíduos.

Conclusões

Como as causas principais da cirrose estão relacionadas com escolhas do estilo de vida, os programas de prevenção devem focar-se na mudança do estilo de vida. Por outro lado dada a complexidade associada à gestão dos doentes cirróticos é necessário que estes cumpram o regime terapêutico de forma rigorosa, ao mesmo tempo que se devem sensibilizar os clínicos para a prescrição de profilaxia

PO560

444 INFECÇÃO BACTERIANA NO DOENTE COM CIRROSE

Maria Inês Santos, Ana Rita Moura, Sónia Almeida, Martim Alçada, Marina Boticário, Guilherme Cunha, Maria Filomena Roque

Hospital de Santarém EPE, Santarém, Portugal

Introdução

Os estudos publicados apontam para que cerca de 30% dos pacientes com cirrose hepática apresentam infeção bacteriana na admissão hospitalar ou a desenvolvem durante a mesma e que estas infeções bacterianas são responsáveis por até 25% das mortes nesta população de doentes.

Objetivos

Avaliar a prevalência de infeção bacteriana numa população de doentes cirróticos internados nos serviços de medicina interna de um hospital inserido em ambiente rural/urbano, bem como correlacionar a sua presença com o grau de insuficiência hepática e a etiologia da mesma.

Métodos

Estudo retrospetivo dos casos internados nos serviços de medicina Interna com cirrose hepática no período 2013-2017. Análise estatística SPSS ® versão 23.0.

Resultados

Foram analisados um total de 686 episódios de internamento, correspondendo a maioria ao sexo masculino (83,5%), a idade média foi de 65,51 anos, e a demora média de internamento foi de 10.47 dias. A etiologia alcoólica esteve presente em 79,3% dos casos. Em 167 (25,2%) dos indivíduos a infeção foi o motivo de internamento, no entanto verifica-se que as infeções bacterianas ocorreram em 44,7% dos doentes. Destas as mais frequentes foram a infeção do trato respiratório em 33,6%, a infeção do trato urinário em 24,8% dos casos, a peritonite bacte-

riana espontânea em 11,7% e a infeção de pele e tecido celular subcutâneo em 4,8%. Verificou-se associação da presença de infeção com a etiologia alcoólica da hepatopatia, e com a classificação de Child-Pugh. A mortalidade hospitalar foi maior nos pacientes infetados 25,3% versus 14,2% nos não infetados.

Conclusões

A ocorrência de infeção bacteriana no doente cirrótico hospitalizado é frequente e correlaciona-se com a etiologia alcoólica da hepatopatia, com a reserva funcional hepática. Além disso, a presença de infeção bacteriana correlaciona-se com mau prognóstico.

PO561

674 DISPNEIA NO DOENTE HEPÁTICO DESCOMPENSADO

Giovana Ennis, Joana Silva Marques, António Novais, Filipa Sousa, Cristina Andrade, Nuno Monteiro, Mafalda Miranda, Luís Costa Matos, António Correia

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E., Viseu, Portugal

Introdução

A Cirrose Hepática (CH) é uma das principais causas de morbimortalidade nos países desenvolvidos e as suas complicações um dos principais determinantes do prognóstico dos doentes. Os autores apresentam um caso de uma complicação menos frequente da CH e uma revisão da literatura.

Descrição

Homem, 66 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e consumo alcoólico elevado (>80g/dia). Recorreu ao serviço de urgência por aumento do perímetro abdominal, edemas dos membros inferiores com 2-3 semanas de evolução e dispneia para pequenos esforços com agravamento recente. Negou febre, dispneia paroxística noturna, ortopneia ou platipneia. Apresentava-se normotenso, apirético; auscultação cardíaca rítmica, FC:110bpm; auscultação pulmonar com murmúrio vesicular diminuído nas bases bilateralmente; abdómen indolor com ascite sob tensão; edemas simétricos até aos joelhos. Analiticamente apresentava macrocitose sem anemia, plaquetas e estudo da coagulação sem alterações; padrão de citólise hepática e colestase ligeiros; PCR 9.29mg/dL.

A ecografia abdominal demonstrou alterações sugestivas de hepatopatia crónica, ascite e esplenomegalia. O líquido ascítico, com características de transudado, foi negativo no exame cultural e para células neoplásicas.

O estudo etiológico de doença hepática crónica (vírica, metabólica, auto-imune e neoplásica) foi negativo, assumindo-se etiologia etanólica. Apresentava ainda insuficiência respiratória hipoxémica e após exclusão de pneumonia, derrame pleural e embolia pulmonar, foi colocada a hipótese de Síndrome Hepatopulmonar (SHP). Para confirmação, foi realizado um ecocardiograma transtorácico com injeção de microbolhas que foi positivo para a presença de shunt direito-esquerdo extra-cardíaco.

A SHP caracteriza-se pela perturbação das alterações gasosas pulmonares devido à presença de dilatação vascular e shunts arteriovenosas intra-pulmonares. Não tem tratamento médico eficaz, sendo o transplante hepático curativo. O seu diagnóstico precoce é essencial.

PO562

683 MORTALIDADE NA DOENÇA HEPÁTICA CRÓNICA, CARACTERIZAÇÃO DE UMA POPULAÇÃO ADMITIDA POR ENCEFALOPATIA PORTOSSISTÉMICA

Tiago Fiúza, Isabel Taveira, Teresa Bernardo, Lucas Diaz, José Sousa E Costa

Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, Santiago Do Cacém, Portugal

Introdução

A Encefalopatia Portossistémica (EPS) engloba um espectro de alterações neuropsiquiátricas potencialmente reversíveis em doentes com disfunção hepática e/ou shunts porto-sistémicos. É uma das principais complicações da doença hepática crónica, assumindo relevância clínica pela variabilidade de apresentação e pelo seu prognóstico.

Objetivos

Caracterização da população com Doença Hepática Crónica (DHC) admitida durante o ano de 2015 por EPS.

Métodos

Estudo retrospetivo, consecutivo, de série hospitalar, de doentes internados por EPS de 1 de Janeiro de 2015 a 31 de Dezembro de 2015.

Resultados

Foram admitidos 92 doentes com DHC, 24 dos quais por primeiro episódio de EPS, com média de idades 63,6 (Desvio Padrão 14,6), maioritariamente do género masculino (80%). A principal etiologia da DHC foi a etanólica (11), seguida da doença oncológica (8), viral (3) e outras. Relativamente aos marcadores de prognóstico à admissão, o Child-Pugh médio foi de 12 (C); sendo que apenas três doentes apresentavam Child-Pugh B, enquanto que o valor médio do (Model for End-Stage liver Disease) MELD se fixou em 27 pontos. As principais causas de EPS foram o incumprimento terapêutico e intercorrências infeciosas. O tempo médio de internamento foi de 13 dias, com um total cumulativo de 321 dias, e uma taxa de mortalidade intra-hospitalar de 62% (n=15). Dos 9 doentes que tiveram alta hospitalar, apenas 1 foi readmitido nos primeiros 7 dias após a alta e 2 foram novamente internados até aos 30 dias subsequentes. Apesar da sua readmissão precoce, estes doentes tiveram uma sobrevida média de 264 dias após o primeiro episódio de EPS.

Conclusões

Conforme descrito na literatura, os episódios de EPS associam-se a elevada mortalidade. Possivelmente, o diagnóstico precoce da DHC e um adequado acompanhamento clínico associada a literacia na saúde, poderá diminuir os episódios de EPS e de outras complicações da DHC, com consequente decréscimo da mortalidade.

PO563

736 ASCITE QUILOSA TRATADA COM OCTREÓTIDO

Teresa Tavares, Joana Morais, Filipe Andrade

Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal

Introdução

A Ascite Quilosa (AQ) consiste na acumulação intraperitoneal de líquido com aparência leitosa rico em triglicerídeos, proveniente do sistema linfático. A sua incidência é baixa (1:20000 admissões hospitalares) e as causas mais frequentes são neoplasias, cirrose (países desenvolvidos) e infeção (países em desenvolvimento).

Descrição

Caso Clínico: Mulher de 79 anos, raça negra, residente em Angola até há 1 mês. Quadro de dor e aumento do perímetro abdominais, anorexia, perda ponderal e confusão, progressivo nos últimos 3 meses. Documentada ascite de grande volume, padrão de cirrose hepática, esplenomegalia, variz esofágica pequena e circulação colateral porto-sistémica. Análises com pancitopenia, elevação moderada dos marcadores inflamatórios, citólise e disfunção hepáticas ligeiras. A paracentese revelou AQ. Biópsia hepática e estudo imunológico compatíveis com diagnóstico definitivo de Hepatite Autoimune. Excluídas outras etiologias, nomeadamente infeciosas (incluindo Tuberculose, Schistossomíase, Leishmaniose e Microfilaríase), neoplásicas e tóxicas. Manteve AQ sem possibilidade de escalar terapêutica diurética por encefalopatia. Iniciou octreótido subcutâneo pela presunção de AQ secundária a hipertensão portal. Manteve injeções intramusculares de octreótido em ambulatório, com necessidade de 1 única paracentese nos 3 meses seguintes. Dada a baixa atividade inflamatória na biópsia hepática e a idade considerado não existir benefício em iniciar imunosupressão.

Discussão: Menos de 1% das ascites associadas à cirrose são quilosas e parecem dever-se ao aumento de pressão e rutura de linfáticos, devido ao aumento da produção de linfa pelo fígado e da pressão na veia porta. O octreótido é um análogo da somatostatina, cujo mecanismo estará relacionado com a diminuição da pressão portal e da absorção intestinal de lípidos. Este é apenas um dos raros relatos de caso da sua eficácia no tratamento da AQ em doentes com cirrose.

PO564

1075 SÍNDROME HEPATO-PULMONAR

Teresa Tavares, Filipe Andrade, Sofia Monteiro, Sara Camões, Joana Morais, Rui Môço

Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal

Introdução

A síndrome hepato-pulmonar carateriza-se pela evidência de um distúrbio da oxigenação causado por anomalias vasculares intrapulmonares em doentes com patologia hepática e hipertensão portal. Estima-se uma prevalência de cerca de 25% na doença hepática crónica, independente da sua gravidade.

Descrição

CASO CLÍNICO: Mulher de 52 anos, ex-toxicodependente, fumadora com enfisema pulmonar (sem critérios espirométricos de doença pulmonar obstrutiva crónica), com diagnóstico de cirrose hepática por vírus C e álcool, durante descompensação com ascite. Perdeu seguimento e regressou aos cuidados de saúde 6 anos depois, por dispneia de esforço, progressiva há 4 meses, constatando-se cianose, insuficiência respiratória tipo 1 (paO2=56mmHg; gradiente alvéolo-arterial 38mmHg) e agravamento da insuficiência hepática e da trombocitopenia (Child C; MELD 12). Excluiu-se infeção, tromboembolismo pulmonar e outra patologia pulmonar parenquimatosa. O ecocardiograma transtorácico revelou apenas dilatação da aurícula esquerda e hipertensão pulmonar ligeiras. A investigação subsequente mostrou a presença de ortodeoxia (sem platipneia) e no ecocardiograma com teste de soro agitado foi evidente passagem de micro-bolhas para as câmaras esquerdas ao 4º batimento, configurando o diagnóstico de síndrome hepatopulmonar grave. Iniciou oxigenoterapia de longa duração e foi encaminhada para consulta de transplante hepático.

DISCUSSÃO: É essencial um elevado grau de suspeição para o diagnóstico desta patologia, que deve ser considerada aquando da presença de dispneia, platipneia/ortodeoxia, hipóxia ou aranhas vasculares em pessoas com doença hepática crónica. Neste contexto o ecocardiograma com soro agitado é o exame de 1ª linha para diagnosticar shunts intrapulmonares. O único tratamento definitivo é o transplante hepático, que está indicado se paO2<60mmHg. Estão em investigação terapêuticas alternativas, como o shunt portossistémico intra-hepático transjugular, embolização e fármacos vaso-ativos.

PO565

1121 UM CASO DE COLANGIOCARCINOMA INTRA-HEPÁTICO

Filipa Lage, Filipe Morais De Almeida, Margarida Paixão Ferreira, Paulo César, Carlos Costa Marques, José Vaz

ULSBA, Beja, Portugal

Introdução

A doença hepática, independentemente da sua etiologia, é uma das patologias frequentemente encontradas nas enfermarias de Medicina. O colangiocarcinoma intra-hepático é um tumor maligno das vias biliares, raro, clinicamente silencioso e habitualmente diagnosticado já em estadio avançado, com mau prognóstico a curto prazo.

Descrição

Os autores apresentam um caso de um doente de 62 anos, sexo masculino, com antecedentes pessoais de hábitos etanólicos esporádicos e ex-tabagismo (30UMA). Não tomava qualquer medicação de ambulatório.

Recorreu ao serviço de urgência por quadro de dejeções líquidas, disúria e mau estar inespecífico com 3 dias de evolução. Referia toma de sildenafil 50mg 3 dias antes. Ao exame objetivo apresentava icterícia cutânea e das escleróticas, sem outras alterações. Analiticamente destacava-se alterações da bioquímica hepática e hiperbilirrubinémia. Ecograficamente, a região abdominal não apresentava alterações.

Foi internado no serviço de Medicina por suspeita de hepatite tóxica associada à toma de sildenafil.

Durante o internamento o doente apresentou agravamento analítico da bioquímica hepática e da hiperbilirrubinémia, pelo que realizou ecografia abdominal que revelou uma hipoecogenicidade focal com cerca de 28mm junto à região hilar hepática. Neste contexto realizou tomografia computorizada abdominal que revelou "hipodensidade no segmento I com extensão ao lobo esquerdo hepático, segmentos IV 2 II de limites mal definidos e com extensão à região hilar condicionando estenose pilar e dilatação dos canais biliares intra-hepáticos até ao hepático comum", confirmada posteriormente por colangiorressonância, com o diagnóstico de colangiocarcinoma intra-hepático.

Discussão:

Apesar de o diagnóstico de colangiocarcinoma intra-hepático ser raro, o seu tratamento é cirúrgico e, quando realizado, pode elevar a sobrevida estes doentes, apesar da elevada mortalidade a curto prazo. O diagnóstico em fase precoce torna-se crucial.

PO566

1195 PORFIRIA CUTÂNEA TARDA – CASO CLÍNICO

Sara Faria, Margarida Gaudêncio, Rui Ferreira, Ana Costa, Rosário Marinheiro, Isabel Bessa, Amélia Pereira

Hospital Distrital da Figueira da Foz, Figueira Da Foz, Portugal

Introdução

As porfirias são doenças incomuns, frequentemente hereditárias e ocorrem por deficiências enzimáticas na biossíntese do grupo heme da cadeia da hemoglobina.

Descrição

Homem de 66 anos de idade apresenta, em sucessivas consultas de Medicina, lesões cutâneas no dorso das mãos: bolhosas, outras cicatriciais e friabilidade ao toque. Portador destas lesões desde há aproximadamente 20 anos, quando deixou de ser dador de sangue. Antecedentes: Síndrome Mielodisplásico, Síndrome de Klinefelter, osteoartrose degenerativa, alcoolismo crónico (80g/dia) e tabagismo crónico (50 UMA). Não fazia medicação crónica. Ao exame objectivo: orientado e colaborante. Mucosas coradas e hidratadas. Ginecomastia. Auscultação cardiopulmonar normal. Abdómen globoso, mole e depressível, indolor, sem massas palpáveis. Membros inferiores sem alterações. Analiticamente: leucopenia (2.480/ul) e trombocitopenia (97.000/uL), discreta elevação das transaminases (TGO: 58U/L; TGP:51U/L), ferritina de 413,9 ng/ml. Gene HFE não mutado. ANA e AntiDs-DNA, marcadores da hepatite B/C, HIV e marcadores tumorais: negativos. Ecografia abdominal sem alterações. Porfirinas urinárias aumentadas [480ug/24h (N:<150ug/24h] e coproporfirinas fecais, ácido aminolevulínico (ALA) e porfobilinogénio normais, depreendendo-se que o diagnóstico mais provável é o de Porfiria Cutânea Tarda por provável défice de uroporfirinogênio descarboxilase, com aumento do substrato desta enzima nomeadamente o uroporfirinogénio III. O doente foi incentivado a diminuir a exposição solar, utilizar fotoproteção e cessar a ingesta alcoólica. Iniciou flebotomias mensais de 250 mL, com melhoria das lesões cutâneas.

Conclusão: A porfiria cutânea tarda é a porfiria mais comum. As manifestações clinicas ocorrem habitualmente após trigger onde o alcoolismo, a infecção pelo vírus da hepatite C ou pelo HIV, a exposição a estrógenos, a hemossiderose e a neoplasia hepática são fatores de risco.

PO567

1397 HEPATITE GLICOGÉNICA: UMA CAUSA RARA DE HEPATITE EM DIABÉTICOS TIPO 1

Ana Marçal, Mariana Taveira, Ana Pinho, Mylene Costa, Sara Costa Correia, Rui Môço

Serviço de Medicina Interna, Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos, Portugal

Introdução

A hepatite glicogénica (HG) é uma forma rara de hepatite aguda em doentes com diabetes mellitus tipo 1 (DM1) com mau controlo glicémico.

Descrição

Mulher de 27 anos, DM1 há 7 anos, sem lesão de órgão-alvo, com mau controlo metabólico e cumprimento terapêutico irregular. Epilepsia tratada há vários anos com levetiracetam e depressão sob citalopram e mexazolam há 5 meses.

Admitida por dor no hipocôndrio direito e náuseas. Constatada hiperglicemia >800mg/dL com hemoglobina glicada 15,7%, hiperosmolaridade e hepatite aguda (aspartato aminotransferase 1169 U/L e alanina aminotransferase 639 U/L máximas), sem disfunção hepática; γ-glutamiltranspeptidase 159 U/L, fosfatase alcalina normal, hipertrigliceridemia ligeira. Sem evidência de infeção, contexto epidemiológico relevante, consumo de álcool, drogas, suplementos ou produtos de ervanária nem introdução recente de outros fármacos. Sem alterações ecográficas do fígado, vias biliares, baço e vasos abdominais. Excluída etiologia vírica, autoimune e genética.

Com o progressivo controlo glicémico durante o internamento verificou-se melhoria do perfil hepático, mesmo após reintrodução da medicação de ambulatório. Decidido não realizar biópsia hepática pela rápida normalização das transaminases, tendo-se assumido o diagnóstico de provável HG. Um mês após a alta verificada normalização analítica, sem recidiva do quadro meio ano após.

DISCUSSÃO: A HG é uma complicação pouco reconhecida da DM1 mal controlada, causada pela acumulação de glicogénio nos hepatócitos, que pode ser documentada no exame histológico. Neste caso, a exclusão com razoável certeza de causas alternativas e a excelente evolução após melhoria sustentada do perfil glicémico, levaram ao diagnóstico de presunção desta entidade. Pretende-se alertar para esta complicação pouco reconhecida, de evolução tendencialmente benigna, que faz diagnóstico diferencial de hepatites agudas em doentes com DM1.

PO568

1611 COLESTASE INDUZIDA POR AMOXICILINA/ÁCIDO CLAVULÂNICO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Cristina Mestre, Cátia Da Cruz Correia, Ana Alves Oliveira, Filipa Pedro, Natália Teixeira, Yahia Abuowda

Hospital Distrital de Santarém, Santarém, Portugal

Introdução

A associação Amoxicilina/Ácido Clavulânico é frequentemente utilizada no tratamento de infecções respiratórias. É geralmente bem tolerada, contudo, estão descritos vários efeitos adversos, de entre os quais se destacam a lesão hepática - podendo apresentar um padrão hepatocelular, colestático ou misto. Estima-se que a sua incidência seja de 1-17 de cada 100000 prescrições, e está associada a alguns factores de risco: idade superior a 55 anos, genéro masculino e uso concomitante de fármacos hepatotóxicos. O tempo médio de aparecimento dos primeiros sintomas pode variar entre 1 a 6 semanas após o início do antibiótico.

Descrição

CASO CLÍNICO: Homem de 61 anos de idade medicado com Amoxicilina/Ácido Clavulânico durante oito dias por infecção respiratória. Duas semanas após a suspensão do fármaco, recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de anorexia, prurido generalizado, colúria e fezes acólicas. Negava hábitos etílicos, exposição a outros fármacos ou drogas. Apresentava-se ictérico, apirético, sem dor à palpação abdominal, sem hepatomegália e/ou esplenomegália. Sem estigmas de doença hepática crónica. Analiticamente objetivou-se elevação marcada da bilirrubina total (com predomínio da fração conjugada), gama glutamil transferase e fosfatase alcalina, com ligeira elevação das transaminases hepáticas. As serologias excluíram hepatite viral ou auto-imune. A ecografia, tomografia e ressonância magnética abdominais não revelaram alterações. O doente teve alta após 8 dias de internamento, com melhoria clínica e analítica. No seguimento em consulta manteve-se assintomático e sem alterações analíticas.

DISCUSSÃO: O tratamento desta entidade consiste na suspensão da Amoxicilina/Ácido Clavulânico e está associado a bom prognóstico. Contudo, estão descritos casos que evoluíram desfavoravelmente, com necessidade de transplante. Assim, dada a frequência com que esta combinação antibiótica é prescrita, torna-se importante reconhecer esta complicação potencialmente grave.

PO569

1612 HEPATOTOXICIDADE INDUZIDA POR CARVEDILOL, UMA CAUSA RARA DE HEPATITE MISTA

João Rua, Ana Rita Prata, Ricardo Marques, Rafael Silva, Bráulio Gomes, Amílcar Silva, Jorge Fortuna, Adriano Rodrigues

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

A lesão hepática induzida por fármacos (LHIF) é um evento muito pouco frequente e, maioritariamente, idiossincrásico. O Carvedilol pode, raramente, ocasionar hepatite mista secundária a lesão dos canalículos biliares por metabolitos tóxicos.

Descrição

Os autores relatam o caso de uma mulher de 83 anos que deu entrada no Serviço de Urgência (SU) por hipercalémia (K+ 7,1 mmol/L), em ionograma de rotina, e prurido intenso, com cinco meses de evolução. À admissão apresentava-se ligeiramente ictérica, sem hepatomegalia. Analiticamente, objetivada elevação das transaminases (TGO 67 U/L e TGP 110 U/L) e enzimas de colestase (fosfatase alcalina 430 U/L, g-GT 936 U/L), com bilirrubina normal. Foram suspensos os fármacos potencialmente hepatotóxicos e o estudo ulterior foi negativo para marcadores do VIH, hepatites A, B, C, E, Citomegalovírus, Adenovírus, Leptospira, Epstein-Barr e auto-imunidade hepática. A TC abdominal revelou fígado regular, de textura homogénea e ausência de alterações das vias biliares. Verificou-se ter havido reagravamento da citocolestase em contexto de reintrodução de Carvedilol ainda no SU, o que reforçou a suspeita de uma causa tóxica para o quadro apresentado. Dada a incerteza clínica e elevação enzimática sustentada, realizada biópsia hepática, cuja anatomo-patologia revelou hepatite reativa inespecífica, sem alterações morfológicas, apoiando uma síndrome colestática crónica, compatível com etiologia tóxica e com o padrão histológico de hepatotoxicidade ao Carvedilol. O fármaco foi suspenso, com melhoria progressiva das alterações clínicas e analíticas.

A chave do diagnóstico de LHIF prende-se com uma investigação focada na evolução temporal das alterações enzimáticas e com a exclusão de outras etiologias. Neste caso, ao início da toma de Carvedilol meses antes, aliou-se um padrão clínico, enzimático e histológico compatível com o descrito no único outro caso de hepatotoxicidade ao fármaco.

PO570

TRABALHO RETIRADO

PO571

1812 REFLEXÃO SOBRE ABCESSOS HEPÁTICOS PIOGÉNICOS: CASUÍSTICA DE 5 ANOS.

Marta Meleiro Lisboa1, Ana Sofia Alves1, Adelaide Moutinho1, Sheila Jamal1, Cristiana Sousa1, Paula Vaz Marques2

[1]Centro-Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, Chaves, Portugal

[2]Centro-Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

Introdução

Os Abcessos Hepáticos (AH), são uma patologia rara e de difícil diagnóstico que exige elevado de suspeição. A associação de drenagem do abcesso com terapêutica médica tem demonstrado redução da mortalidade para 15-20%.

Objetivos

Caraterizar a população de doentes internados nos últimos 5 anos com este diagnóstico e comparar os resultados com os obtidos na bibliografia.

Métodos

Recolheram-se as listas de doentes com diagnóstico primário/secundário de Abcesso Hepático internados nos últimos 5 anos. Realizada caracterização epidemiológica e terapêutica da amostra.

Resultados

A população revelou média de idades de 72 anos sendo 60% do sexo masculino. 32 dos doentes estavam internados no Serviço de Cirurgia e 27 no Serviço de Medicina com uma duração média de internamento de 24 dias. 49 doentes apresentavam abcessos únicos, 42 desses localizados ao lobo direito. O tamanho médio de abcesso foi 7cm e o máximo de 15.5cm. 61% dos casos apresentavam lesões de grandes dimensões (>5cm). Foi possível dirigir antibioterapia em mais de 80% dos casos e a maioria realizou associadamente drenagem do abcesso, sendo que 87% da amostra apresentou desfecho favorável, com taxa de mortalidade de 11%.

Conclusões

Apesar de fatores de risco importantes (ex: idade avançada (>70anos), abcessos >5cm) o desfecho da população tratada atempadamente foi favorável. A combinação de antibioterapia , empírica ou dirigida, e de drenagem do abcesso e traduz-se numa mortalidade mais baixa que a descrita. Estes internamentos prolongam-se pela necessidade de cumprir antibioterapia endovenosa várias semanas mas também pelo atraso diagnóstico causado por queixas inespecíficas e não focalizadoras.

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 03
14:00 - 15:30

PO572

1881 A FALSA SÉPSIS: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE HIPERLACTACIDÉMIA

Sara Raquel Pereira Martins, Tiago Pereira Guedes, Cláudia Pereira, João Araújo Correia
Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal

Introdução

A hiperlactacidémia é a causa mais comum de acidose metabólica em doentes hospitalizados, sendo maioritariamente secundária a hipoperfusão tecidular (acidose láctica tipo A). Contudo, os diagnósticos diferenciais não devem ser descurados, como ilustra este caso.

Descrição

Homem, 62 anos, apresenta-se com dor abdominal difusa, náuseas, prostração e temperaturas subfebris de predomínio vespertino com 3 semanas de evolução, associada nos últimos dias a lombalgia e disúria. À admissão hipotenso, taquicárdico, apirético e dor à palpação abdominal do quadrante superior direito. Analiticamente sem leucocitose ou neutrofilia, PCR 57mg/dL, DHL 3687U/L e leucocitúria. Gasometria com hiperlactacidémia 9.3mmol/L. Excluída isquemia mesentérica e disfunção hepática, foi assumida sépsis com ponto de partida urinário e hipoperfusão secundária. Iniciou antibioterapia empírica e fluidoterapia com melhoria do perfil tensional e frequência cardíaca mas manutenção da hiperlactacidémia. Sem isolamentos microbiológicos. A elevação da DHL orientou estudo complementar que mostrou hiperuricemia, elevação da b2-microglobulina, metamielócitos e linfócitos atípicos e gamopatia monoclonal IgM/Kappa. A imunofenotipagem de sangue periférico identificou linfoma B de células grandes de elevado índice proliferativo. Evolução desfavorável tendo o doente falecido no internamento.

A hiperlactacidémia que poderia ser atribuível a aumento da produção de lactato por hipoperfusão induzida pela sépsis, revelou-se como o primeiro sinal de doença linfoproliferativa. A doença maligna é uma causa rara de acidose láctica, podendo ocorrer em neoplasias hematológicas ou tumores sólidos, inclusivamente podendo estar presente apesar de baixas cargas tumorais.

PO573

1992 A CONTROVÉRSIA DA HOMOZIGOTIA H63D NA HEMOCROMATOSE

Luís Pontes Santos, Joana Sá Couto, Alexandra Esteves, Joana Carlos Alves, Raquel López
ULSAM - Hospital Santa Luzia, Serviço de Medicina 1, Viana Do Castelo, Portugal

Introdução

A hemocromatose hereditária (HH) é uma doença autossómica recessiva com desregulação do ferro corporal, cujas manifestações incluem cirrose, artropatia, cardiomiopatia, diabetes e hipogonadismo A homozigotia para o C282Y na HFE (proteína responsável por regular a hepcidina) é o defeito genético mais frequente da HH. Contudo, tanto a heterozigotia C282Y/H63D como a homozigotia H63D podem causar HH com um menor grau de sobrecarga de ferro. Existem ainda outras mutações raras do receptor 2 da transferrina, ferroportina, hemojuvelina ou hepcidina.

Descrição

Homem, de 71 anos, sem história de alcoolismo ou história familiar de HH, foi referenciado para a consulta de Medicina por elevação da ferritina. O estudo analítico inicial mostrou ferritina de 1597mcg/L, saturação de transferrina de 55% e elevação das enzimas hepáticas (AST 52, ALT 71, FA 114 e γ-GT 269 UI/L). A ecografia abdominal não mostrou alterações de relevo. Foram excluídas outras causas concomitantes de doença hepática crónica, nomeadamente doença hepática alcoólica, doença de Wilson, défice alfa-1 antitripsina e hepatite vírica. Iniciou flebotomias semanais, enquanto aguardava estudo genético, com melhoria da sobrecarga. O resultado genético revelou homozigotia para H63D. Realizou biópsia hepática para exclusão de outras causas nomeadamente esteatose hepática não-alcoólica. Esta mostrou focos displásicos de baixo grau no seio de um fígado cirrótico associado a siderose hepatocitária moderada e depósitos de ferro de 40mcg/g. Concluiu-se ser uma hemocromatose associada a homozigotia H63D.

Conclusão: Apesar de a homozigotia H63D poder causar HH, ela está presente em 3% da população europeia e a grande maioria destes não terá sobrecarga de ferro. Assim, persiste alguma controvérsia sobre a sua importância na HH. Salienta-se que nestes casos é importante excluir causas concomitantes de sobrecarga de ferro e, em casos de sobrecarga grave de ferro, podem coexistir outras mutações não HFE.

E-POSTERS

PO574

2140 INTOXICAÇÃO POR COGUMELOS - A PROPÓSITO DE TRÊS CASOS

Ines Filipa Freitas Silveira Fonseca[1], Helena Sarmento[2], Carla Carneiro[3]

[1]Hospital Srª de Oliveira, Guimarães, Porto, Portugal
[2]Hospital Srª de Oliveira, Guimarães, Guimaraes, Portugal
[3]Hospital Srª de Oliveira, Guimarães, Guimarães, Portugal

Introdução

A ingestão de cogumelos selvagens é comum e >95% dos casos de intoxicação resultam de erro na identificação por coletores amadores. Os sintomas gastrointestinais, mais comuns, surgem <6 horas após ingestão. Pode ocorrer hepatotoxicidade, nefrotoxicidade, alterações neurológicas e síndrome eritromiálgico. É essencial identificar todas as pessoas envolvidas

Descrição

Homem, 57 anos. Recorre ao serviço de urgência (SU) por vómitos e dejeções diarreicas. Ingestão de cogumelos selvagens colhidos pelo próprio, 12 horas antes. Analiticamente com acidose metabólica e láctica. Contactado centro de intoxicações. Suspeita de elevada toxicidade, provável espécie amanita. Internado para monitorização e controlo analítico seriado. Medicado com penicilina G 250 mg/kg/dia em perfusão contínua. Hepatite aguda, com transaminases >5000 e coagulopatia, em < 24 horas. Transferido para centro de transplante hepático. Iniciou perfusão de N-acetilcisteína. Agravamento analítico inicial, com transaminases ~10.000. Posteriormente com melhoria progressiva. Alta ao 10º dia.

Mulher, 54 anos. Sintomatologia semelhante. No SU, com acidemia metabólica e fibrilação auricular. Internada para vigilância, com penicilina em perfusão. Hepatite aguda, em agravamento progressivo, tendo iniciado N-acetilcisteína. Em 48h, transaminases >3000 e coagulopatia. Transferida para centro de transplante hepático. Agravamento analítico inicial, com transaminases > 5000. Melhoria progressiva posterior. Alta ao 10º dia.

Mulher, 32 anos. Acompanhava os pais no SU. Referiu ingestão de cogumelos, em menor quantidade. Apresentava acidose metabólica. Internada para vigilância, medicada com penicilina em perfusão. Sem intercorrências, alta ao 7º dia.

Discussão

A amatoxina é responsável por > 95% dos casos de morte por intoxicação por cogumelos. Tratamento com fluidoterapia intensiva, carvão activado, perfusão de benzilpenicilina 250mg/kg e de N-acetilcisteína. Redução de 50-60% da mortalidade com boa terapêutica de suporte.

PO575

2151 BACTERIÉMIA E CIRROSE HEPÁTICA - RETROSPETIVAMENTE FALANDO

Jorge Bastos Mendes[1], Mafalda João[2], João Filipe Gomes[1], Emília Louro[1], Adélia Simão[1], Armando Carvalho[1]

[1]Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal
[2]IPO de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

A bacteriémia é uma complicação comum da cirrose hepática, afetando 4-21% dos doentes e sendo 10 vezes mais comum do que nos não cirróticos. Associa-se a elevada mortalidade, prolongamento da hospitalização bem como progressão da doença hepática.

Objetivos

Este estudo de coorte retrospetivo teve como outcome primário a avaliação do impacto da bacteriémia no prognóstico dos doentes cirróticos.

Métodos

Foram incluídos neste estudo todos os doentes com cirrose hepática internados no serviço de Medicina entre janeiro de 2016 e dezembro de 2017 aos quais foram requisitadas hemoculturas (n=106).

Resultados

Dos 106 doentes cirróticos com hemoculturas requisitadas, 72.6% eram do género masculino, a idade média foi 63,4 anos (mínimo 24, máximo 91), sendo a etiologia mais frequente a alcoolica (75.5%), seguida da hepatite C (5,7%). Destes doentes, 60.4% em estadio Child-Pugh C, com MELD-sódio médio de 22 pontos. O diagnóstico de carcinoma hepatocelular foi efetuado em 19.8% dos doentes. Entre doentes com hemoculturas, 40.6% foram positivas, nas quais 60.5% foram isolados microorganismos gram negativos. A Escherichia Coli foi o microorganismo mais frequentemente isolado (47%) sendo o foco urinário o mais comum (30% dos casos). Dos microorganismos isolados 35% são multirresistentes. Registou-se uma mortalidade global de 21.7%, sendo este valor superior nos doentes com hemoculturas positivas de 30.2% (p<0,05). Registou-se ainda uma correlação estatisticamente significativa entre a mortalidade e a existência de carcinoma hepatocelular nos doentes com hemoculturas positivas (p<0,05). A taxa de reinternamento global foi de 16.5%, sendo superior nos doentes com bacteriémia (26.7%, p<0,05).

Conclusões

Este trabalho realça o efeito negativo da bacteriémia em doentes internados com cirrose, com impacto nas taxas de re-internamento e mortalidade.

PO576

2353 SOBRECARGA DE FERRO AOS 98 ANOS

Rita Passos Coelho, Vitória Cunha

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução

A hemocromatose hereditária é uma doença genética por mutações do gene HFE ou outros que causam sobrecarga de ferro numa doença com espectro variável de apresentação clínica e geralmente com aumento da reabsorção intestinal de ferro a longo prazo.

Descrição

Descreve-se o caso de uma mulher de 98 anos, autónoma e com bom estado cognitivo, com antecedentes de hipertensão arterial e litíase vesicular conhecida, sem internamentos prévios. Internada por quadro clínico caracterizado por dor abdominal e icterícia, referindo apenas um episódio de vómito alimentar. À admissão apresentava alterações laboratoriais sugestivas de colestase hepática e ficou internada para esclarecimento do quadro. Da investigação realizada salienta-se sobrecarga de ferro confirmada laboratorialmente (Ferro sérico 205mg/dL, Ferritina >2000 mg/dL e Saturação de Transferrina 88.4%) e da avaliação complementar a ecografia abdominal confirmou apenas a litíase biliar. Realizou colangio-RM que revelou sobrecarga hepática de ferro sem lesões focais. Acabou por realizar uma sessão de flebotomia sem intercorrências e melhoria clinica e laboratorial, mantendo sempre valores estáveis de hemograma. Teve alta e fez o restante estudo em ambulatório, confirmando-se hemocromatose hereditária com homozigotia para a mutação C282Y. Aguarda actualmente reavaliação em consulta e iniciou-se estudo familiar.

A relevância do caso prende-se com a idade de apresentação da doença, sem consequências directas significativas até aos 98 anos de idade, salientando a variabilidade de uma doença genética pouco frequente.

Doenças Oncológicas

PO577

34 NÃO É UM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Ana Isabel Lopes[1], Raquel Basto[2], Isabel Cruz[1], Ana Lisa Lima[1], Sofia Moreira-Silva[1]

[1]Serviço de Medicina Interna, Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos, Portugal

[2]Serviço de Oncologia Médica, Instituto Português de Oncologia de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

O tumor de Pancoast representa 3 a 5% de todas as neoplasias pulmonares. O carcinoma espinhocelular pulmonar é a causa mais comum. O sintoma mais comum na fase inicial é a omalgia, particularmente nos tumores do compartimento anterior. Outra manifestação comum é a síndrome de Horner.

Descrição

Homem de 63 anos, fumador, com fatores de risco cardiovasculares. Paresia do hemicorpo direito com 48 horas evolução, obstipação, oligúria e perda ponderal. À admissão, com hemiparesia direita grau 3/5 de predomínio crural, ptose palpebral e miose à direita, hiporreflexia e Babinsky à direita. Sem alterações analíticas de relevo. A Tomografia Computorizada (TC) cerebral sem eventos agudos. A angio-TC dos vasos do pescoço com oclusão das carótidas internas com fluxo colateral e também lesão dorsal direita, intratorácica com envolvimento vertebral. A TC tóraco-abdomino-pélvica revelou massa de 10cm de diâmetro no vértice posterior do pulmão direito, com invasão direta dos arcos costais e corpos vertebrais, e sinais de invasão intracanalar. Adenopatias mediastínicas e hilares homolaterais. A ressonância magnética comprovou invasão dos corpos vertebrais de D1, D2 e D3, arco posterior, canal vertebral e invasão medular. Sem metastização à distancia. Assumido síndrome de compressão medular incompleto por tumor de Pancoast. Iniciou radioterapia urgente. A biópsia da massa revelou posteriormente adenocarcinoma com provável primário pulmonar.

O tumor de Pancoast é um desafio clínico pela capacidade de invasão e compressão de estruturas vitais, constituindo uma emergência oncológica nos casos em que há envolvimento medular. Uma das múltiplas etiologias da síndrome de Horner é o tumor de Pancoast, pelo que uma boa história clínica e exame físico é crucial para o diagnóstico precoce e orientação terapêutica.

PO578

53 DUAS CAUSAS RARAS DA MESMA DOR TORÁCICA

António Grilo Novais, Joana Capelo, Diana Pinho Santos, Adelino Carragoso

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Viseu, Portugal

Introdução

A toracalgia e a dispneia são sintomas inespecíficos de patologia, muitas vezes desvalorizados pelos doentes e pelos clínicos. Estudos complementares simples e acessíveis como radiografia do tórax podem ser a chave para a deteção da etiologia destas queixas.

Descrição

Apresentamos uma mulher de 72 anos, sem antecedentes de tuberculose e com doença coronária, que recorreu ao serviço de urgência por dor torácica anterior arrastada desde há largos meses, nesse dia com agravamento por irradiação posterior e

para o membro superior esquerdo. Esta dor acompanhava-se de dispneia arrastada, de agravamento insidioso, e cansaço. Foi excluído síndrome coronário agudo. Na radiografia do tórax era evidente alargamento do mediastino superior, sem alterações pleuroparenquimatosas. Fez TC torácica que excluiu embolia pulmonar, mas detetou formação expansiva no mediastino anterior, com cerca de 69x62mm. Dada a localização tumoral, colocou-se como 1ª hipótese de diagnóstico timoma. Realizaram-se provas de fatigabilidade ocular, palpebral, peeking e bulbares negativas, e dos membros em que se admitiu prova de fatigabilidade positiva dos membros superiores, na abdução dos braços. No entanto, os Anticorpos anti-recetor de acetilcolina negativo e o EEG foram desfavoráveis a Miastenia gravis. Discutida situação com cirurgia cardiotorácica, os colegas propuseram resseção cirúrgica. A histologia da peça operatória revelou timoma do tipo B1 intratímico e tuberculoma do timo. Foi referenciada a consulta de Oncologia e ao CDP da área de residência (que propuseram tratamento antibacilar).

CONCLUSÃO: A coincidência de timoma e tuberculoma envolvendo o timo é extremamente rara. A valorização das queixas de toracalgia e de dispneia na nossa doente, manifestações inespecíficas e muitas vezes desvalorizadas numa variedade de situações clínicas, permitiu a deteção e o atempado tratamento destas patologias.

PO579

95 SEMINOMA PRIMÁRIO DO MEDIASTINO

Isabel O. Cruz[1], Bárbara Soeiro[1], Ana Isabel Lopes[1], Raquel Basto[2], Ana Costa[1]

[1]Serviço de Medicina Interna, Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal

[2]Serviço de Oncologia Médica, Instituto Português de Oncologia de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

Os tumores de células germinativas são raros, sendo que 2 a 5% apresentam-se em localização extra-gonadal, preferencialmente em estruturas da linha média como o medastino, retroperitoneu e glândula pineal. O Seminoma Primário do Mediastino ocorre maioritariamente em homens na terceira década de vida, sendo o principal sintoma a dispneia.

Descrição

Apresentamos o caso de um jovem de 25 anos, fumador activo, sem outros antecedentes, que recorreu ao Serviço de Urgência por tosse seca e dispneia. A radiografia torácica revelou uma hipotransparência paracardíaca esquerda pelo que realizou uma tomografia computorizada que mostrou uma massa no mediastino anterior com 10 centímetros de diâmetro máximo. A biópsia revelou um seminoma do mediastino. Sem evidência de doença noutro local, nomeadamente testicular. Do estudo efectuado apresentava elevação da gonadotrofina coriónica humana (beta-HCG) e desidrogenase láctica (DHL), com alfa-fetoproteína normal, conferindo um prognóstico intermédio. Cumpriu quatro ciclos de quimioterapia com bleomicina, etoposídeo e cisplatina com redução dimensional da lesão e normalização dos valores de DHL e beta-HCG. Mantém follow-up e está há 11 meses sem evidência de recidiva da doença. Apesar de infrequente, o seminoma deve ser considerado no diagnóstico diferencial das massas mediastínicas, mesmo na ausência de lesões testiculares. Quando tratado o prognóstico é muito bom, com uma sobrevida média de 90% aos cinco anos.

PO580

114 VOLUMOSAS ADENOMEGALIAS CERVICAIS BILATERAIS: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Bárbara Lima, Carla Margarida Carneiro, Helena Fernandes, Helena Sarmento

Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, Portugal

Introdução

O diagnóstico diferencial de uma massa cervical assenta essencialmente em três grupos etiológicos, nomeadamente, patologia congénita, inflamatória ou neoplásica. Massas cervicais que resultam de doença metastática estão predominantemente relacionadas com carcinoma epidermoide, com origem no trato aero-digestivo. Esta deve ser a 1ª hipótese diagnóstica quando temos um adulto com uma massa cervical de novo.

Descrição

Sexo masculino, 44 anos, autónomo, hábitos tabágicos e etílicos, enviado ao serviço de urgência pelo Médico Assistente por quadro com 3 meses de evolução de tumefação cervical, inicialmente à esquerda, sem dor, mas com rubor e calor, com aumento progressivo das dimensões, e desenvolvimento posterior de tumefação contralateral, e perda ponderal de cerca de 1.5Kg. Tinha ecografia cervical realizada em ambulatório que mostrava "volumosas adenopatias nas cadeias linfáticas cervicais laterais, com 4 e 5cm de diâmetro e conteúdo predominantemente líquido - linfoma?BK?". Do estudo efectuado no internamento, a destacar punção aspirativa na região cervical esquerda, com drenagem de líquido purulento, com predomínio de polimorfonucleares no 1º dia de internamento, mas sem isolamentos microbiológicos. Posteriormente, realizou endoscopia digestiva alta com lesão esofágica protusiva, cuja histologia mostrou carcinoma epidermoide invasor, e biópsia incisional de adenomegalia no bloco operatório, compatível com carcinoma epidermoide. Orientado para Cirurgia Geral e Oncologia, proposto para quimioterapia.

As características das tumefações, volumosas e bilaterais, com conteúdo misto, constituíram um elemento confundidor importante na avaliação diagnóstica deste caso clínico, colocando-se com elevada probabilidade uma etiologia infeciosa no início do internamento. No entanto, não devemos esquecer que num

adulto a investigação de uma tumefação cervical de novo deve sempre incluir a pesquisa de um processo neoplásico.

PO581

149 LINFOMA LINFOBLÁSTICO T NUMA MULHER IDOSA – CASO CLÍNICO

Pedro Salvador, Marina Reis, Pedro Oliveira, Ana Rita Costa, Ana Pereira, Filipa Borges Santos, Sara Beça, Rosa Ferreira, Vítor Paixão Dias

CHVNG/E, Vila Nova De Gaia, Portugal

Introdução

Os linfomas linfoblásticos de células T (LLT) são entidades raras, responsáveis por <2% dos linfomas não-Hodgkin. Com idade média de aparecimento aos 20 anos e duas vezes mais comuns em homens, são agressivos e rapidamente progressivos, estando associados a risco elevado de síndrome de lise tumoral (SLT). Os autores apresentam este caso dada a raridade desta entidade na população idosa.

Descrição

Descrevemos uma mulher de 86 anos, seguida em consulta por linfocitose, sem evidência de doença linfoproliferativa. Recorreu ao serviço de urgência por dispneia, apresentando, no estudo realizado, volumosa massa mediastínica com derrame pleural extenso. Foi realizada biópsia da massa, iniciando posteriormente corticoterapia (CT), complicada com SLT. Medicada com rasburicase, apresentou resolução da SLT. O resultado da biopsia foi compatível com o diagnóstico de LLT. Após a decisão de manter cuidados de suporte, teve alta assintomática.

No caso descrito, dois pontos merecem a nossa consideração. Em primeiro lugar, a localização da massa, características imagiológicas e contexto epidemiológico levantaram a hipótese de um timoma, o mais comum no mediastino anterior. Os LLT, embora possam ser diagnosticados em todas as idades, são característicos de adolescentes e adultos jovens, com apresentação depois dos 40 anos em <20% dos casos, com esparsos casos descritos em doentes acima dos 80 anos. Para confirmação de diagnóstico foi realizada biópsia e instituída CT com intuito citorredutor. Esta atitude, que despoletou a SLT, leva-nos ao segundo ponto discutido. A SLT é a emergência mais comum nas neoplasias hematológicas, mais frequente em linfomas não-Hodgkin e leucemias agudas. Embora haja casos descritos de SLT em tumores sólidos (a nossa suspeita inicial), estes são anedóticos e quase sempre associados a quimioterapia. Por outro lado, os LLT apresentam prevalências de SLT que ascendem a 45%. A não prevenção desta complicação, evolução e singularidades da doente serão abordadas.

PO582

213 QUANDO O BEM-ESTAR DO DOENTE GRITA MAIS ALTO!

Rita Rocha, Rita Ribeirinho, Margarida Jacinto

Hospital do Espírito Santo, Évora, Portugal

Introdução

As neuropatias paraneoplásicas são um grupo heterogéneo de patologias neurológicas que ocorrem em cerca de 1-6% dos doentes com neoplasia.Os autores descrevem um caso de polineuropatia inflamatória desmielinizante crónica(PIDC)que culminou no diagnóstico de neoplasia do recto.A QT era a solução para travar a progressão neoplásica,mas será a melhor opção para o doente?

Descrição

Homem de 74 anos com história de diminuição da força nos membros inferiores(MI's)desde há 3 meses,com quedas frequentes,que culminou na incapacidade de deambular sem apoio.É internado na Medicina Interna por novo episódio de queda associado a febre.Apresentava ausência de reflexos osteotendinosos e diminuição simétrica da força dos MI's(FM G4),bem como da sensibilidade vibratória e postural.A TAC-CE não mostrou alterações de novo.O estudo do líquor revelou dissociação albuminocitológica,com proteinorráquia de 154mg/dL.O EMG foi compatível com PIDC.Cumpriu 5 dias de Imunoglobulina endovenosa,sem melhoria clínica.

Ademais,por queixas de anorexia,perda de 10Kg e obstipação com 2 meses de evolução,além de alteração da enzimologia hepática,realizou TAC TAP,que mostrou lesão atípica do recto com provável metastização pulmonar,hepática e ganglionar.A biópsia da mesma veio comprovar a origem primária da atipia. Ao 10º dia de internamento,o doente encontrava-se assintomático,sem perdas hemáticas,nem clínica de oclusão.Tentar travar o crescimento da neoplasia poderia agravar a polineuropatia,-colocando em risco o bem-estar do doente,sem possibilidade de cura.A decisão foi apoiada na consulta de decisão terapêutica do hospital.

Discussão:A Medicina Interna sempre apresentou interesse na multiplicidade diagnóstica e sua complexidade.Tratar a doença é uma característica que marca os internistas,mas no tempo da Medicina Baseada na Evidência,deve continuar a dar-se importância à experiência e bom-senso.Ser"Bom internista"é tratar o doente e não apenas a doença,é colocar o bem-estar do doente acima de qualquer impulso.

PO583

320 TROMBOSE VENOSA PROFUNDA PARANEOPLÁSICA

Ana Bento Rodrigues, Joana Rosa Martins, Pedro Garrido, António Pedro Machado, Paulo Cantiga Duarte

CHLN-Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

Introdução

Os eventos trombóticos não provocados são de elevada suspeição para neoplasias, pois podem ser uma manifestação paraneoplásica. Os autores expõem um caso clínico de um doente jovem, saudável com eventos trombóticos de repetição.

Descrição

Homem de 41 anos, saudável, não fumador. Referenciado à consulta de Medicina Interna por tromboses venosas profundas (TVP) gemelares à direita, recorrentes sob hipocoagulação terapêutica. Referia quatro eventos trombóticos sem factor desencadeante. Sem outras queixas.

Laboratorialmente destacava-se anticoagulante lúpico positivo em múltiplas determinações, ferritina 1215ug/L e vitamina B12 1688pg/mL. Estudo de trombofilias negativo.

Realizou TC toracoabdominopélvica: massa a envolver a pleura mediastínica dos segmentos internos do lobo inferior direito e lobo médio com 55x22mm. Restante parênquima com padrão de linfangite carcinomatosa; múltiplos nódulos secundários bilateralmente. Adenopatias mediastínicas, carinais e lateroesofágicas em conglomerados.

Completou investigação com TC-CE sem alterações e PET FDG-18: neoplasia maligna metabolicamente activa a nível pulmonar bilateral, pleural, diafragmático e adenopático cervical, torácico e abdominal.

Broncofibroscopia com lesão infiltrativa não oclusiva, biópsia brônquica compatível com adenocarcinoma primitivo do pulmão, com padrões sólido e acinar. O exame imunohistoquímico mostrou positividade para CK7, napsina, TTF1, negatividade para p63 e citoqueratina 5.

Admitiu-se adenocarcinoma do pulmão estadio IV (T4N3M1a) e síndrome antifosfolípido secundário. Fez estudo molecular: rearranjo do gene ALK, encontra-se actualmente sob terapêutica com crizotinib.

Discussão:

As alterações do gene ALK estão presentes em 5% das neoplasias do pulmão de não pequenas células. É frequente em doentes não fumadores com adenocarcinoma. A terapêutica alvo com crizotinib é útil no tratamento destes doentes. É importante a valorização de eventos trombóticos de repetição, não provocados em doentes saudáveis.

PO584

337 SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR COMO APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE METASTIZAÇÃO TUMORAL

Diana Festas Da Silva, Sofia Brazão, Hugo Clemente, José Bernardes Correia, Manuel Teixeira Veríssimo, Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

A síndrome da veia cava superior (VCS) resulta da compressão vascular por uma massa no mediastino anterior ou médio, ou obstrução intrínseca da VCS. Entre as causas mais comuns salientam-se as adenopatias paratraqueais, linfoma, timoma, aneurisma aórtico, processo inflamatório ou trombose.

Descrição

Mulher de 81 anos admitida no Serviço de Urgência por quadro arrastado de disfagia mecânica e anorexia com cerca de 2 semanas de evolução. Referia perda ponderal involuntária significativa e aparecimento recente de 2 nódulos na parede abdominal. Ao exame objetivo destacava-se palidez mucosa, fácies pletórica, edema cervical, ingurgitamento dos vasos cervicotorácicos, e a presença de 2 nódulos abdominais de consistência duroelástica, móveis e indolores. Como antecedentes patológicos registava-se hemicolectomia direita realizada 10 meses antes por adenocarcinoma do cólon ascendente (T4aN1bMx), doença renal crónica e cardiopatia isquémica. A doente foi internada para estudo complementar. Laboratorialmente verificava-se anemia e elevação da desidrogenase láctica. Na radiografia torácica visualizava-se alargamento do mediastino superior e no exame endoscópico digestivo evidenciava-se compressão extrínseca do esófago cervical. A tomografia computadorizada mostrou volumosa lesão tumoral no mediastino posterior com sinais de invasão de estruturas vizinhas e vários nódulos abdominais sugestivos de metastização. Foram realizadas biópsias das lesões cujo estudo anatomopatológico revelou metástases subcutâneas e mediastínicas de adenocarcinoma do cólon. A doente foi proposta para radioterapia paliativa, contudo observou-se deterioração clínica progressiva durante o internamento, tendo-se verificado o óbito ao 21º dia.

DISCUSSÃO: O caso apresentado descreve uma etiologia rara de síndrome da VCS por metastização de adenocarcinoma do cólon, demonstrando a importância do seguimento destes doentes de forma a diagnosticar atempadamente as suas complicações.

PO585

340 LINFOMA PRIMÁRIO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL – UM AMBIENTE IMUNOLOGICAMENTE PERMISSIVO

Ana Rita Marques, Mariana Barbosa, Paulo Medeiros, Luciana Sousa, Marta Mendes, Isabel Apolinário, Ilídio Brandão

Hospital de Braga, Braga, Portugal

Introdução

Os linfomas primários do sistema nervoso central (SNC) representam apenas 4% dos tumores cerebrais, ocorrendo maioritariamente em doentes imunocomprometidos. A raridade da disseminação sistémica sugere que as células implicadas na sua origem sejam de alguma forma eliminadas à periferia, mas que mantenham a capacidade de se desenvolver no SNC, num ambiente imunologicamente permissivo.

Descrição

Homem, 69 anos, fumador (50 UMA), sem outros antecedentes relevantes ou medicação habitual. Apresenta-se por desequilíbrio e diplopia com uma semana de evolução. Objectivamente apresentava paralisia facial periférica esquerda, ligeira limitação da levoversão conjugada, nistagmo horizontal com fase rápida para a esquerda na levoversão, e de fase rápida para a direita com a dextroversão. Analiticamente sem alterações relevantes e serologias infecciosas negativas. Realizou tomografia computorizada (TC) cerebral que mostrou pequenas áreas expansivas intra-axiais hiperdensas em topografia periventricular, a maior localizada na substância branca adjacente ao corno frontal do ventrículo lateral esquerdo e exercendo algum efeito de massa sobre este. Realizada ressonância magnética cerebral para melhor caracterização destes achados. Seguiu-se estudo complementar com realização de TC tóraco-abdomino-pélvico, endoscopias alta e baixa que não mostraram alterações relevantes, acabando por ser submetido a biópsia da lesão periventricular esquerda por neuronavegação. A anatomapatologia confirmou o diagnóstico de linfoma difuso de grandes células B. Realizada ainda biópsia de medula óssea e tomografia por emissão de positrões que excluiu envolvimento sistémico.

Discussão: Dada a raridade dos linfomas primários do SNC, particularmente em doentes imunocompetentes, e as implicações prognósticas associadas, torna-se primordial uma investigação etiológica minuciosa que permita excluir o envolvimento sistémico.

PO586

352 DERMATOMIOSITE

Ana Simas, Rui Susano, Joana Mota, Juvenal Morais, Mariela Rodrigues, Fátima Pinto, António Goulart

Hospital da Horta, EPER, Horta, Portugal

Introdução

A dermatomiosite (DM) é uma miopatia inflamatória sistémica que afeta predominantemente a musculatura estriada e se caracteriza por fraqueza muscular e manifestações cutâneas típicas. Está associada a maior incidência de neoplasias pelo que estes doentes obrigam a uma vigilância apertada e regular.

Descrição

Doente do sexo masculino de 37 anos. Antecedentes pessoais de tabagismo, consumo de cannabis, etilismo, litíase renal e dislipidémia. Antecedentes familiares de neoplasia pulmonar. Referenciado do Centro de Saúde por quadro de edema palpebral e eritema violáceo predominantemente periorbitário e facial com três meses de evolução, associado a mialgias generalizadas, fraqueza muscular e ocasional disfagia. Ao exame objetivo destacava-se edema palpebral, eritema violáceo nas regiões periorbitárias, nasal, do pescoço, tronco, ombros e cotovelos. Sem artrite ou mialgias à palpação e sem alterações da força muscular. Sem adenopatias. A tomografia axial computadorizada (TAC) do pulmão revelou presença de aglomerado nodular sólido no ápex pulmonar direito, em localização anterior, com contacto mediastínico com a traqueia, medindo aproximadamente 5.4x6.5 cm. Perante a presença de massa pulmonar, realizou biópsia guiada por TAC. A histologia confirmou tratar-se de carcionoma do pulmão. Realizou tomografia de emissão de positrões que confirmou presença de tumor maligno pulmonar apical direito, sem evidência de metastização loco-regional ou à distância (T3N0M0). Foi referenciado para centro mais diferenciado para prosseguir tratamento.

Neste caso clínico, estamos perante quadro raro de DM em jovem do sexo masculino, com apresentação típica e diagnóstico concomitante de neoplasia do pulmão.

PO587

372 LINFOMA DE HODGKIN - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Eduardo Diaz, Adozina Ribeiro, José Barata

Hospital Vila Franca de Xira, Vila Franca De Xira, Portugal

Introdução

O Linfoma de Hodgkin é uma neoplasia maligna do sistema linfático, caracterizada pela presença de celulas de Reed-Sternberg, representando 11% dos linfomas, trata-se uma patologia do adulto jovem que se manisfesta por adenopatias periféricas indolores ou por sintomas compressivos associados a uma massa mediastínica.

Descrição

Os autores descrevem um caso de uma doente de 28 anos que recorreu ao serviço de urgência por quadro com cerca de 7 meses de evolução, caracterizado por tosse seca, toracalgia retrosternal, tipo aperto, agravada com a inspiração profunda, sensação de "falta de ar", pieira e congestão nasal. Negava febre, perda ponderal, sudação nocturna, outras queixas. Salientava ter recorrido a "consulta de alergologia" e medicada com antihistaminico e corticoide em SOS. Negava outras queixas e não referia antecedentes patológicos relevantes.

Objetivamente na admissão destacava-se razoável estado geral, eupneica, apirética, pele e mucosas coradas e hidratadas, hemodinamicamente estável sem adenopatias palpáveis nos locais de eleição, auscultação pulmonar sem alterações, sem hepatoesplenomegália

Dos ECD realizados no SU destacava-se anemia normocitica, normocrómica (Hb 10.9 g/dl); Leucocitose 15.500; PCR 12.26 mg/dl; Função renal e ionograma sem alterações; Radiografia de Tórax: Opacidade apical esquerda localizada no campo pulmonar esquerdo. Neste contexto realizou TC Tórax (sem contraste) que revelou massa extensa do mediastino anterior com 6 x 4.5 cm.

Durante o internamento foi realizada TC-TAP com contraste que revelou " Massa no mediastino anterior heterogénea, com área de mínima necrose central com cerca de 6 x 4 cm, reconhecendo-se adenopatias locorregionais, contactando com a aorta, sem planos de clivagem com a crossa e com os recessos pericárdicos superiores. Sem nódulos pulmonares com características inequivocamente suspeitas. Fígado dimensões normais e sem inequívocas lesões focais secundarias." Submetida a broncofribroscopia, colheita de LBA cujo exame citológico revelou positividade para células neoplásicas, provável doença linfoproliferatica, mas a escassez da amostra não permitia um diagnóstico mais preciso. Neste sentido, optou-se pela realização de punção transtorácica. O resultado histológico da biopsia foi compatível com LINFOMA DE HODGKIN CLÁSSICO (provável esclerose nodular) sendo a doente referenciada para a consulta de hematologia.

Conclusão: A investigação diagnóstica de uma massa do mediastino numa doente jovem, conduziu a realização de exames complementares de diagnóstico de forma estruturada que culminou na realização de uma punção transtorácica, estabelecendo-se o diagnóstico definitivo de Doença de Hodgkin do tipo esclerose nodular.

PO588

439 PSEUDOMIXOMA PERITONEAL, NEOPLASIA RARA A CONSIDERAR

Ana Oliveira Monteiro, Ismael Carneiro, Margarida Freitas Silva, Jorge Almeida

Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

Introdução

Pseudomixoma Peritoneal (PP) é uma neoplasia rara. Resulta da acumulação de mucina na cavidade peritoneal com origem em neoplasias mucinosas de ovário, apêndice, colon, pâncreas ou vesícula biliar. Não há sintomas ou sinais patognomónicos, o que explica a dificuldade diagnóstica. A apresentação comum é com ascite, como no caso reportado de um homem, com ascite de novo, refratária ao tratamento médico, com diagnóstico de PP por exame histopatológico.

Descrição

Caso clínico: Homem, 49 anos, história de consumo de álcool 100g/dia, de longa evolução. Apresentação inicial com dor abdominal e ascite com 1 semana de evolução. Ao exame físico, emagrecido, ascite de grande volume, circulação colateral, telangiectasias malares e hipertrofia parotídea. Do estudo realizado, documentada leucocitose 17410/L, neutrofilia 13670/L; transaminases elevadas (AST/ALT 266/46; GGT 759U/L) e hiperbilirrubinemia (total 1,66 e direta 0,66mg/dL). Realizada paracentese e excluída peritonite bacteriana espontânea. Dada história médica prévia e estudo atual, sugerindo diagnóstico de doença hepática crónica de etiologia alcoólica, colocada hipótese de hepatite alcoólica aguda (Maddrey 22), confirmada posteriormente por biópsia hepática. Apesar de tratamento médico, ascite refratária. Realizou TC abdómino-pélvica, com sinais de peritonite e nódulo nos folhetos peritoneais na goteira parietocólica, suspeito de neoplasia. Realizada nova paracentese com saída de líquido gelatinoso, levantando a suspeita de neoplasia mucinosa. O diagnóstico de PP foi confirmado pela anatomia patológica. Discussão: A presença de líquido mucinoso em paracentese, indica ascite e neoplasia produtora de mucina. A presença de mucina é fundamental para a suspeita e confirmação diagnóstica. No caso reportado, a história médica prévia e dados atuais com diagnóstico concomitante de hepatite alcoólica, levou a internamento prolongado e atraso no diagnóstico. O doente foi orientado para cuidados paliativos.

PO589

440 O DESAFIO DIAGNÓSTICO DOS TUMORES MEDIASTÍNICOS - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Maria Margarida Robalo, Diana Pimenta, Ana Raquel Fontes, Joana Sotto Mayor, Sofia Esperança, Carlos Capela

Hospital de Braga, Braga, Portugal

Introdução

Os tumores do mediastino são, muitas vezes, encontrados como achados radiológicos em doentes assintomáticos, sendo que apenas um terço das massas mediastínicas causa sintomas. Na sua avaliação inicial, é necessária uma alta suspeita clínica e minuciosa avaliação imagiológica para dirigir a investigação diagnóstica. Na atualidade, não existem diretrizes para a abordagem destes tumores, sendo que a compartimentalização imagiológica mantém o seu papel fundamental no diagnóstico diferencial. A grande variedade de tipos histológicos e a dificuldade relativa em aceder a exames que possibilitem essa avaliação, pode apresentar um desafio de diagnóstico e atrasar o início do tratamento, influenciando o prognóstico dos doentes.

Descrição

Mulher, 71 anos, autónoma, antecedentes pessoais irrelevantes. Admitida por dispneia, astenia e anorexia com vários meses de evolução. Ao exame objetivo, ausência de murmúrio vesicular na metade inferior do hemitórax esquerdo, tendo ficado internada para investigação diagnóstica de um derrame pleuro-pericárdico, confirmado por radiografia e TAC torácicos. Do estudo realizado, a destacar: análises com perfil imunológico e marcadores tumorais negativos; líquido pleural sero-hemático com características de exsudato, ADA negativa; broncofibroscopia - sinais inflamatórios e estruturais da árvore brônquica esquerda; citologia do aspirado brônquico negativa para células neoplásicas; biópsia brônquica e pleural sem envolvimento de células neoplásicas; citologia do líquido pleural com achados morfológicos e imunofenotípicos sugestivos de doença linfoproliferativa. Repetiu TAC torácico após toracocentese evacuadora, definindo-se uma massa mediastínica com carácter infiltrativo do mediastino anterior e médio. Orientada para ecoendoscopia com biópsia guiada da mesma - confirmado linfoma não Hodgkin difuso de grandes células B do tipo mediastínico. PET de estadiamento sem lesões secundárias. Iniciou quimioterapia dirigida, com excelente resposta metabólica inicial.

PO590

496 O PAPEL DA SEMIOLOGIA NO DIAGNÓSTICO DO SÍNDROME DE PANCOAST

Margarida Silva Cruz, Teresa Dias Moreira, Lígia Rodrigues Dos Santos, Vera Ferraz Moreira, António Caiado, Maria Do Céu Povoa, Mari Mesquita

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Penafiel, Portugal

Introdução

As neoplasias pulmão (NP) constituem a quarta causa de morte por doença oncológica em Portugal, representado os carcinomas de não pequenas células cerca de 80% destas. A maioria dos tumores Pancost decorrem de carcinoma células escamosas do pulmão (CCEP) e associam-se a dor e atrofia muscular do membro superior (AMMS), compressão vascular com edema e síndrome de Horner.

Descrição

Homem, caucasiano, 71 anos, antecedentes doença pulmonar obstrutiva crónica, ex-fumador 100 unidade maço ano, referiu que 7 meses antes do internamento iniciou quadro de dor e AMMS motivo pelo qual realizou eletromiografia, a documentar polineuropatia periférica. Acresce desde essa altura deterioração progressiva do estado geral, agravamento do padrão habitual de dispneia e anorexia a motivar várias recorrências ao Serviço de Urgência (SU). No dia 03 de Março foi levado ao SU por prostração. Nessa altura reativo ao estímulo álgico, subfebril, hipotenso, com sinais de dificuldade respiratória e agravamento insuficiência respiratória hipercápnica habitual. Analiticamente com elevação parâmetros inflamatórios sistémicos. Radiografia torácica a mostrar imagem hipotransparente heterogénea bibasal. Assumido quadro de sépsis com ponto de partida em infeção respiratória, tendo colhido exames culturais e iniciada antibioterapia.

Dada a apresentação clinica e na presença de AMMS direita realizada tomografia computadorizada a mostrar lesão sólida heterogénea apical pulmonar direita com componente necrosante, destrutivo ósseo e invasivo vascular subclávio assim como componente extra pulmonar - lesão sugestiva de tumor de Pancost. Realizou biopsia que revelou CEEP.

A anamese e a semiologia assumem um papel preponderante na investigação diagnostica, condicionando os tratamentos preconizados e o desfecho clinico. Apesar das NP se encontrarem associadas a mau prognóstico, atualmente existem tratamentos (cirúrgicos, quimio e radioterapia) que permitem otimizar a qualidade e prolongar a sobrevida destes doentes.

PO591

542 MASSA MEDIASTÍNICA: UM DIAGNÓSTICO RARO NUM ADULTO JOVEM

Mafalda Miranda Baleiras, Francisca Miranda, Carolina Gouveia, José Guia, Luis Campos

Hospital São Francisco Xavier - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

Introdução

O mediastino anterior é a localização preferencial para a ocorrência de massas mediastínicas nos adultos. Etiologia com predominância dos 4T´s: timoma, patologia tiroidea, teratoma e (terrible) linfoma. Estas massas são frequentemente meros achados radiológicos.

Descrição

Caso clínico: homem, 23 anos, com história de consumos tabágico, etanólico e toxifílico recorreu ao Serviço de Urgência por episódio de síncope acompanhada de hipersudorese, incontinência de esfíncteres e mordedura de língua. Apurou-se quadro de sudorese nocturna, anorexia e perda ponderal de 25Kg nos últimos cinco meses; desconforto torácico inespecífico, edema da região anterior do tórax, face e região peri-orbitária com dois meses de evolução. À observação, edema cervical com ingurgitamento jugular, circulação colateral e palpação esternal dolorosa. A radiografia torácica mostrava alargamento do mediastino anterior. Na tomografia computorizada (TC), volumosa massa sólida lobulada a envolver os grandes vasos torácicos com invasão da parede torácica anterior, trombose venosa central e derrame pericárdico. Investigação complementar com serologias virais negativas. Biópsia de massa mediastínica com detecção de células linfóides B monoclonais na imunofenotipagem; imunohistoquímica positiva para múltiplos marcadores de superfície de célula B. Estudo medular sem infiltração neoplásica. TC por Emissão de Positrões com doença localizada. Diagnóstico de Linfoma Primário do Mediastino de Grandes Células B (LPMGC), proposto para quimioterapia (R-CHOP) e eventual radioterapia conforme resposta à terapêutica instituída.

O LPMGC é uma entidade rara (2-4%), de comportamento agressivo, com maior incidência em mulheres jovens. Respondendo à terapêutica, a sobrevida aos 2 anos é idêntica à da população geral. Este caso ilustra o desafio de um diagnóstico diferencial. Mostra como as novas técnicas de diagnóstico permitem elaborar um plano terapêutico dirigido a determinada patologia com maior probabilidade de sucesso.

PO592

547 TROMBOSE VEIA CAVA SUPERIOR COMO MANIFESTAÇÃO DE DOENÇA NEOPLÁSICA METASTIZADA

Mafalda Ferreira, Ana Rita Nogueira, Sofia Brazão, José Pedro Fernandes, Helder Esperto, Manuel Teixeira Verissimo, Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

A obstrução da Veia Cava Superior (VCS) pode ocorrer por compressão extrínseca, estenose ou trombose, sendo a neoplasia a causa mais frequente. A síndrome da VCS é o conjunto de sinais e sintomas provocados pela obstrução do fluxo sanguíneo, compreendendo dispneia, edema facial, tosse, sensação de “cabeça pesada”, ortopneia, toracalgia, cefaleias e estridor em raros casos.

Descrição

Mulher, 75 anos, independente, que recorre ao SU por toracalgia intensa, constante, sem irradiação ou fatores de alívio, com um dia de evolução. Sem tosse, expectoração ou febre. Referia edema da face e sensação ocasional de “sufocação” com 3 meses de evolução, astenia, anorexia e perda de peso não quantificado. O edema facial motivou múltiplas idas ao Centro de Saúde e ao SU. Hemodinamicamente estável, eupneica, com discreta assimetria com edema facial, sem outras alterações. Registo de mastectomia radical há 12 anos por neoplasia da mama direita (seguimento regular até 2016, sem evidência de recidiva), dislipidémia, HTA essencial e osteoporose. Cintigrama do esqueleto recente evidenciou metastização óssea no esterno e 8º arco costal.

Ainda no SU, radiografia tórax com padrão micronodular bilateral e a angio-TC torácica revelou “sinais de trombose da veia braquiocefálica direita e da VCS com extensa circulação colateral e proeminência da ázigos e múltiplos nódulos pulmonares.”

Diagnosticada recidiva de neoplasia da mama com metastização óssea. Características primárias de carcinoma da mama confirmado por biópsia óssea e metastização pulmonar provável. Alta clinicamente estável com seguimento agendado em Ginecologia, sob anticoagulação com enoxaparina.

A apresentação da síndrome da VCS varia com a velocidade de instalação e o local da oclusão. A clínica pode ser mais subtil se existir circulação colateral, como acontece em casos de instalação crónica da obstrução. Neste caso a repermeabilização da veia ázigos, sistema de circulação colateral mais eficiente, contribuiu para um quadro mais insidioso.

01 DE JUNHO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 02
09:00 - 10:30

PO593

577 CARCINOMATOSE LEPTOMENINGEA EM CARCINOMA GÁSTRICO

Ana Cardoso, Patrícia Semedo, Nuno Jacinto, J. Meneses Santos, Rui M. M. Victorino

Serviço de Medicina 2 do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

Introdução

O envolvimento leptomeníngeo e do espaço subaracnoideu por metástases tumorais define carcinomatose leptomeníngea (CLM). É diagnosticada em 1-5% dos doentes com tumores sólidos sendo mais frequente nas neoplasias da mama, pulmão e melanoma e rara nos cancros gastrointestinais.

Descrição

CASO CLÍNICO

Homem de 58 anos de idade com diagnóstico de adenocarcinoma mucinoso gástrico estadio IV (metastização ganglionar e peritoneal) submetido a quimioterapia (QT) neoadjuvante e gastrectomia total, sob QT adjuvante. Foi internado por cefaleia holocraniana de intensidade crescente refractária a analgesia e náusea sem vómitos com 3 semanas de evolução culminando em crise convulsiva. Observaram-se crises tónicas bilaterais com perda de continência urinária. Realizou electroencefalograma com actividade lenta multifocal bem como tomografia computorizada e ressonância magnética (RMN) crânio-encefálicas que identificaram atrofia cerebral difusa e anomalia venosa de desenvolvimento frontal esquerda. Foi realizada punção lombar com saída de líquor turvo, com sobrenadante incolor. A proteinorráquia era de 47,2mg/dL, a glicorráquia de 35mg/dL (sérica 80mg/dL) e as células de 2,4 células/mm3, tendo-se identificado células de adenocarcinoma. Iniciou terapêutica com dexametasona e anti-comicial com controlo sintomático transitório, tendo vindo a falecer às 7 semanas de diagnóstico.

DISCUSSÃO

A CLM é uma entidade subdiagnosticada que pode complicar virtualmente todas as neoplasias malignas e se manifesta com sintomas neurológicos diversos, sendo o mais importante para o seu diagnóstico a suspeita clínica. A presença de cefaleia, náuseas e convulsões em doente oncológico e alterações em RMN com gadolínio podem sugerir o diagnóstico que deve ser confirmado por citologia do líquor. No cancro gástrico a CLM tem uma incidência estimada em 0,16-0,69% e, apesar dos recentes avanços no tratamento, tem mediana de sobrevida de 4 a 7 semanas.

01 DE JUNHO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 01
09:00 - 10:30

PO594

606 METASTIZAÇÃO ORBITÁRIA NUM CARCINOMA GÁSTRICO - UM CASO RARO

Carolina Morna, Jéssica Chaves, João Carvão, Tiago Esteves Freitas, Maria Luz Brazão

Hospital Central do Funchal, Funchal, Portugal

Introdução

Os autores apresentam este caso, chamando a atenção para a raridade da associação de adenocarcinoma gástrico com metastização dos músculo extra-oculares.

Descrição

Doente do sexo feminino, 53 anos, com antecedentes de neoplasia da mama em remissão e adenocarcinoma gástrico não invasivo, submetido a quimioterapia (QT). Realizada tomografia por emissão de positrões (PET) com captação de radioisótopo apenas na lesão do estômago, sem adenopatias, pelo que é decidido suspender QT e agendar cirurgia de ressecção tumoral.

Doente inicia quadro de cefaleia constante, vómitos e perturbação do equilíbrio. Objectivamente, prova de Romberg sensibilizado com queda para a direita. Restante exame neurológico sem alterações. Realizada tomografia computorizada crânio-encefálica (CE) que releva lesões nodulares que se confundem com músculos rectos medial e lateral à esquerda.

Realizada Ressonância Magnética CE e orbitária com "lesões nodulares nos músculos rectos medial e lateral esquerdos e inferior direito; sinais de carcinomatose leptomeníngea com atingimento dos VIII pares cranianos e do nervo facial direito". Colheita de líquido cefalorraquidiano (LCR) intraventricular, com citologia positiva para células malignas: adenocarcinoma com células em anel de sinete. Punção lombar após um mês com LCR positivo para adenocarcinoma com células em anel de sinete.

Discussão: Metástases orbitárias são incomuns, ocorrendo em cerca de 0.1-4.7% doentes com doença maligna. A metastização dos músculos extra-oculares constitui apenas 9% das metástases orbitárias. Em idade adulta, a metastização extra-ocular tem geralmente como origem melanomas, carcinomas da mama ou pulmão. Muito raramente o primário é um carcinoma do trato gastrointestinal.

Carcinomatose leptomeníngea apresenta-se apenas em 2-4% das neoplasias, sendo a sua incidência bem menor no carcinoma gástrico.

A associação de adenocarcinoma gástrico com este padrão de metastização é rara, razão pela qual a literatura é escassa.

E-POSTERS

PO595

649 SÍNDROME DE LYNCH

Rita Vieira Alves, Inês R Figueiredo, Ana Margarida Antunes, Filipa lourenço, Sara Guerreiro Castro, Heidi Gruner, Antonio Panarra

Hospital Curry Cabral, Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, Portugal

Introdução

Aproximadamente 20-30% dos casos de cancro colorectal são de causa genética. A síndrome de Lynch é a causa mais comum de cancro colorectal (CCR) de causa genética, sendo responsável por 3% de novos diagnósticos de CCR e de 2% de neoplasia do endométrio. Traduz um aumento significativo de risco de cancro colo-rectal (aumento em cerca de 70%) e de neoplasia do endométrio, entre outras. Sendo ainda subdiagnosticada, é importante identificar doentes de risco cujos familiares possam beneficiar de teste genético e rastreio adequado.

Descrição

Caso clinico:

Os autores apresentam o caso de uma doente do sexo feminino, de 31 anos, com história familiar de pai com neoplasia intestinal em idade jovem. Doente internada na sequência de gravidez de termo com parto eutócico sem complicações. No pós-parto é avaliada por aumento do volume abdominal realizando TC que mostrou ascite volumosa e carcinomatose peritoneal. A investigação complementar mostrou espessamento de cólon e a colonoscopia confirmou lesão ulcerada e infiltrativa cobrindo a circunferência luminal, condicionando estenose luminal. O exame anatomopatológico confirmou adenocarcinoma do colon. A doença progrediu rapidamente com quadro de oclusão intestinal antes de ser possível iniciar quimioterapia, tendo falecido nos cuidados intensivos após ileostomia paliativa.

Discussão:

Apesar do desfecho deste caso clinico, salienta-se a importância do rastreio adequado de familiares, sendo que apesar da historia familiar de neoplasia, esta doente nunca teria feito rastreio de CCR ou neoplasia do endométrio. Salientamos que de momento se preconiza nestes doentes rastreio de CCR aos 20-25 anos ou 2 a 5 anos antes da idade do familiar mais novo com CCR com colonoscopia efetuada cada 1-2 anos. O Rastreio para neoplasia do endométrio com ecografia pélvica e biópsia do endométrico anualmente em mulheres aos 30-35 anos ou 3 a 5 anos antes da idade do familiar mais novo com neoplasia.

PO596

693 A RARA ASSOCIAÇÃO DE HIPOGAMAGLOBULINÉMIA E TIMOMA

Catarina Campos Costa, Ana Filipa Rebelo, Paula Marques

CHTMAD, Vila Real, Portugal

Introdução

O timoma é uma neoplasia mediastínica, muitas vezes assintomática, mas que pode cursar com compressão de estruturas mediastínicas ou fenómenos paraneoplásicos.

A hipogamaglobulinémia é um fenómeno paraneoplásico presente em menos de 5% dos doentes com timoma, que se relaciona com o aparecimento de infecções de repetição.

Descrição

Homem, 38 anos. História de febres intermitentes desde 2003, com internamento em 2011, por síndrome febril de etiologia indeterminada, com estudo inconclusivo.

Admitido no serviço de Medicina Interna por febre de etiologia indeterminada com 5 dias de evolução. Referência a cefaleias frontais e occipitais, lombalgia mecânica, artralgias a nível dos pés, mãos e joelhos, mas sem evidência de edema articular.

Do estudo realizado, salienta-se a presença de hipogamaglobulinémia com afeção de todas as imunoglobulinas, com imunofenotipagem de sangue periférico a revelar linfopenia B moderada. Associadamente, evidenciou-se massa mediastínica sugestiva de timoma em TC Torácica. Estudo imunofenotípico de biópsia da massa evidenciou populações celulares correspondentes às habitualmente encontradas no timo, com exame histológico a suportar o diagnóstico.

Realizada exérese cirúrgica da massa, com estudo anatomo-patológico a confirmar diagnóstico de timoma, tipo AB / estadio I.

A excisão cirúrgica é o tratamento de eleição e, no caso de timomas em estadio I, não há indicação de realização de outros tratamentos, nomeadamente QT ou RT. Embora a realização de timectomia não seja preditora da recuperação dos níveis de imunoglobulinas, neste caso, em consulta de seguimento, foi constatada a normalização dos valores das imunoglobulinas.

PO597

725 A PROPÓSITO DE NEOPLASIAS SÍNCRONAS, QUESTIONAMOS O DOENTE?

Isabel Taveira, Pedro Verão, Cláudia Vicente, José Sousa E Costa

Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, Santiago Do Cacém, Portugal

Introdução

Estima-se que cerca de 10% de todos os doentes oncológicos sejam afetados por mais do que uma neoplasia primária.

O prognóstico depende muito da etiologia das mesmas, mas, e neste grupo particular de doentes, é importante equacionar objetivos e gerir expectativas individualmente.

Descrição

CASO 1: Homem, 76 anos, sem antecedentes oncológicos, encaminhado para a Consulta de Medicina Interna por quadro de astenia e prurido não aquagénico, de cerca de 6 meses de evolução. Do estudo realizado pelo Médico de Família destacava-se trombocitopenia ligeira (120 000) e tomografia abdominal com múltiplas adenomegalias dispersas. Realizado o estudo etiológico, foi diagnosticado de Linfoma Não Hodgkin linfocítico e Adenocarcinoma do colón. Após intervenção cirúrgica colorrectal, teve complicações infeciosas múltiplas, com alta hospitalar tardia (cerca de 1mês após a intervenção). Posteriormente, nova intercorrência infeciosa tendo vindo a falecer na Unidade de Cuidados Intensivos cerca de 8 meses após o diagnóstico.

CASO 2: Mulher, 69 anos, sem diagnósticos prévios. Recorreu ao Serviço de Urgência por sintomatologia gastro-intestinal inespecífica de cerca de 3 meses de evolução. Objetivamente, apresentava-se ictérica, detetando-se também massa axilar esquerda, aderente a planos profundos. Durante o internamento, diagnostica-se neoplasia da mama e colangiocarcinoma intra-hepático. Após discussão clínica, optou-se pela orientação para Cuidados Paliativos. A doente faleceu cerca de 4 meses após o diagnóstico, no seu domicílio.

As neoplasias síncronas são relativamente frequentes e o seu prognóstico é altamente variável. Com o presente trabalho, colocam-se questões inerentes à morte, inevitável para todos, mas cujas condições diariamente influenciamos. Em todos os doentes, mas utilizando estes dois casos clínicos como exemplo, os autores pretendem refletir sobre a nossa constante obrigação de aliviar o sofrimento, respeitando os desejos individuais.

PO598

791 MANIFESTAÇÕES NEUROLÓGICAS COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE CARCINOMA ESPINOCELULAR DO SEIO ETMOIDAL

Maria Duarte[1], Raquel Rocha[2], Joana Ricardo Pires[3], Joana Morais[2], Andreia Vilas-Boas[2], Filipe Correia[2]

[1]CHPVVC, Vila Do Conde, Portugal

[2]ULSM - HPH, Matosinhos, Portugal

[3]CHBV, Aveiro, Portugal

Introdução

As neoplasias malignas dos seios peri-nasais são raras, constituindo apenas 3% dos cancros da cabeça e pescoço. A maioria tem origem nos seios maxilares e são mais comuns nos homens. Podem ser inicialmente assintomáticas ou cursar com sintomas sino-nasais inespecíficos, mimetizando patologia benigna. O diagnóstico é frequentemente tardio, decorrente da investigação de sintomas oftalmológicos e/ou neurológicos após invasão local.

Descrição

Homem de 63 anos, autónomo, diabético, hipertenso, com doença renal crónica e parésia facial periférica esquerda (PFPE) sequelar. Enquanto aguardava por consulta hospitalar teve crise tónico-clónica generalizada, sendo assistido pela equipa de emergência interna. Referiu diplopia no olhar vertical inferior e episódios recorrentes de cefaleia frontotemporal esquerda desde há 2 meses. Ocorrência episódica de movimentos involuntários do membro superior direito na última semana. Sem congestão nasal, rinorreia, epistaxis, dor facial ou hiposmia. Exame neurológico: PFPE sequelar, tremor de intenção e ligeira dismetria dedo-nariz bilateralmente, sem outras alterações. Tomografia computorizada cerebral: lesão expansiva no andar anterior do crânio com acentuado edema perilesional. Iniciada terapêutica com antiepilético e corticoide. Ressonância magnética nuclear cerebral: lesão no etmóide esquerdo com invasão orbitária e craniana. Realizada endoscopia nasal com ótica rígida e biópsia da lesão mostrando carcinoma espinocelular do seio etmoidal. Referenciado a Neurocirurgia tendo sido realizada cirurgia de remoção craniofacial em abordagem combinada com Otorrinolaringologia.

Discussão: O tratamento das neoplasias dos seios peri-nasais é controverso, dada a sua raridade e heterogeneidade histológica, limitando o desenvolvimento de ensaios clínicos. A ressecção cirúrgica e a radioterapia adjuvante constituem habitualmente o esquema de eleição para a doença localmente avançada. Alerta-se para esta entidade, a ter em conta em diagnósticos diferenciais.

01 DE JUNHO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 01
09:00 - 10:30

PO599

834 LARGADA DE BALÕES DE UM LOCAL INESPERADO

Cristiana Lopes Martins, Miguel Varela, Mihail Molgidea, Ignacio Moreno, Natercia Joaquim, Ana Lopes

Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, Faro, Portugal

Introdução

O padrão imagiológico designado de padrão pulmonar em largada de balão (PPLB) corresponde a nódulos pulmonares múltiplos dispersos. Está geralmente associado à metastização para o pulmão e tem prognóstico muito reservado.

Descrição

Um doente do género masculino, 75 anos, recorreu ao Serviço de Urgência por astenia e anorexia marcadas. De antecedente relevante, o diagnóstico de carcinoma da próstata (CaP), 4 anos antes, tratado com terapia anti androgénica. Os valores de antigénio prostático específico (PSA) de seguimento estavam dentro da normalidade.

Do exame objectivo do paciente, destacavam-se hipoxemia (saturação de oxigénio de 79%) e crepitações bilaterais à auscultação pulmonar. Analiticamente, de salientar a presença de anemia (hemoglobina 11), hiponatremia (109) e PSA indetectável. A radiografia de tórax mostrava PPLB. A Tomografia Computadorizada (TC) toracoabdominopelvica revelou ainda múltiplos nódulos no fígado. Foram biopsiadas essas lesões hepáticas, cuja análise concluiu serem metástases correspondentes a neoplasia neuroendócrina (NE). O doente iniciou bicatulamida, sem melhorias. O seu estado deteriorou-se rapidamente, tendo falecido antes do diagnóstico anatomopatológico hepático

O PPLB por metastização está geralmente associado a lesões primárias na mama, útero, cabeça, pescoço, rim e fígado. O CaP está descrito como fonte primária de um PPLB num único caso na literatura. Nesse mesmo caso, o PSA era elevado, tendo havido uma boa resposta a terapia anti-androgénica e orquiectomia

No caso que apresentamos, uma vez que a TC não revelou nenhuma outra neoplasia, e considerando o tumor neuroendócrino hepático, levantamos a hipótese do PPLB ter na próstata a sua fonte primária. O processo de diferenciação de carcinoma para tumor neuroendócrino na próstata está descrito, secundário à terapia hormonal, e está associado a mau prognóstico. O tratamento baseia-se em quimioterapia

Num paciente com PPLB, com diagnóstico de carcinoma de próstata e um PSA dentro da faixa normal, que realizou terapia hormonal, sem evidência de outra neoplasia, deve ser colocada a hipótese de diferenciação de CaP em NE. Este é um ponto fundamental, uma vez que o tratamento difere para as duas patologias. E um tratamento adequado e atempado pode fazer a diferença na sobrevivência do doente

E-POSTERS

PO600

865 UM DIAGNÓSTICO EM FIM DE LINHA

Lúcia Meireles Brandão, Duarte Silva, Cátia Barreiros, Rosana Maia, Pedro Pinto, Carmélia Rodrigues, Diana Guerra

ULSAM, EPE - Hospital de Santa Luzia, Viana Do Castelo, Portugal

Introdução

A carcinomatose leptomeningea (CL) é uma condição rara e uma complicação devastadora de neoplasia avançada. Ocorre em apenas 2,5-5% dos tumores da mama. As manifestações clínicas são heterogéneas devido ao envolvimento de multifocal do neuroeixo. O diagnóstico requer alto índice de suspeita e é confirmado pela citologia do líquor e/ou através de neuroimagem.

Descrição

CASO CLÍNICO: Mulher, 49 anos, antecedentes de neoplasia da mama submetida a tumorectomia, radioterapia e quimioterapia (2014), metastização cerebral com exérese de metástase occipital esquerda única (2016). RM crânio-encefálica (CE) de controle, em agosto/17, sem sinais de recidiva. Em Out/17 com dores lombares, realizou RM coluna e TAC toraco-abdomino-pélvico sem lesões metastáticas. Com ptose palpebral direita e paresia facial periférica desde novembro/17. TAC e RM CE sem lesões metastáticas. Em janeiro/18 associam-se vómitos persistentes, febre, desorientação, confusão, midríase direita fixa e retenção urinária. Fez punção lombar (PL) com pleocitose linfocítica, hipoglicorráquia, hiperproteinorraquia. Internada sob antibioterapia, aciclovir e dexametasona. Repetiu RM CE, inconclusiva, com dúvida se existência de pequenas lesões secundárias. A clínica evoluiu com disfagia, biparésia facial, tetraparésia flácida, arreflexia dos membros inferiores, constatando-se polirradiculonevrite com atingimento de nervos cranianos (III, V e VII). Analiticamente: hiponatremia grave e elevação do Ca15.3. Exames microbiológicos negativos. Manteve-se sempre suspeita forte de metastização meníngea e repetiu PL. Apenas na terceira punção se confirmou a presença de células neoplásicas, compatível com envolvimento por carcinoma de origem mamária. Faleceu no 22º dia de internamento.

DISCUSSÃO: Perante a suspeita de CL, se necessário, devem ser realizadas várias citologias do líquor, já que podem ser negativas em até 20% dos casos. A CL está associada a mau prognóstico com sobrevida entre 2-4 meses, como foi o caso descrito.

PO601

928 INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA AGUDA E NEOPLASIA RENAL - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Arsénio Barbosa, Mariana Pintalhão, Isabel Camões, Maria João Lima, Jorge Almeida

Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

Introdução

A forma de apresentação de neoplasia renal é muito variada. A tríada clássica: hematúria, dor e massa abdominal está presente numa minoria de casos (10%). Na maior parte das vezes, os sintomas estão relacionados com a invasão de estruturas ou metástases à distância.

Descrição

Apresenta-se o caso clínico de uma mulher de 81 anos, sem história de consumo de álcool ou outros agentes hepatotóxicos, admitida por insuficiência hepática aguda, com encefalopatia hepática grau II, coagulopatia e elevação de transamínases cerca de 10 vezes o limite superior do normal. A ecografia realizada em contexto de urgência evidenciou fígado de dimensões normais e com padrão homogéneo, objetivando a presença de trombose da veia porta. Foi excluída hepatite vírica. Por edema assimétrico dos membros inferiores foi também realizado eco-doppler venoso que documentou a presença de trombose venosa profunda ileo-femuro-poplítea à direita. Foi pedido angio-TC abdominal, que documentou a presença de neoplasia renal direita com invasão da veia renal e da veia cava inferior, com extenso trombo tumoral estendendo-se pela veia cava inferior até à aurícula direita, bem como a presença de trombose da veia porta e confluência esplenoportal, da veia supra-hepática direita, com alterações da perfusão hepática, e da veia cava inferior infra-renal com extensão às veias ilíacas e femorais. Iniciou hipocoagulação e foi discutida em Reunião de Grupo Oncológico de Urologia, optando-se por iniciar quimioterapia atendendo ao elevado risco cirúrgico.

DISCUSSÃO

Este caso pretende evidenciar uma das várias formas de apresentação de neoplasia renal, com colocação de vários diagnósticos diferenciais e desafio diagnóstico constante.

PO602

988 TUMOR PRIMÁRIO DO PERICÁRDIO – UMA CAUSA RARA DE SÍNCOPE

Daniela Soares Santos, Hugo Clemente, Arsénio Santos, Rui M. Santos, Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

Tumores primários do pericárdio são raros e podem ser benignos, como o lipoma, geralmente assintomático e de diagnóstico incidental, ou malignos, como o mesotelioma, mais frequente em homens e de diagnóstico tardio.

Descrição

Homem, 70 anos, admitido por síncope precedida de tonturas e hipersudorese, com hipotermia e hipotensão. Astenia e dor retroesternal desde há 3 semanas. Antecedentes de ansiedade. No hospital, normotenso e normocárdico, com hipofonese cardíaca. Analiticamente, LDH 645U/L(N:125-220), AST e ALT acima de3 vezes o normal, D-dímeros 2,51(N<0,6), lactatos 3,19, marcadores de necrose miocárdica negativos. Angio-TC tromboembolia pulmonar, revelando derrame pericárdico. Ecocardiograma(EcoTT) sem compromisso do enchimento das cavidades direitas, com espessamento do ventrículo direito(VD). Internado sob anti-inflamatório por suspeita de pericardite. Diminuição da AST, ALT, LDH e do derrame e elevação gradual da PCR e D-dímeros (máx. 22,69). Ao 11º dia iniciou hipotensão mantida, sem febre ou taquicardia,normalizada após administração de dexametasona por hipótese de insuficiência cortico-suprarrenal. ACTH 6,3pg/mL, cortisol 3,4 µg/dL e TC-CE normal. Alta com RM selar marcada.Regressa 15 dias depois por dispneia e dor retroesternal com cerca de 2 dias de evolução. EcoTT revela massa cardíaca heterogénea com compressão do VD e a radiografia do tórax mostra infiltrado nodular bilateral de novo. RM cardíaca sugere origem no pericárdio (sinoviossarcoma/mesotelioma),TC e PET mostram metastização ganglionar, pulmonar, hepática e óssea. Biópsia pericárdica por toracotomia com saída de sangue por invasão do VD pelo tumor, sendo o procedimento interrompido. Anatomopatologia: sobrecarga adiposa/lipoma. Óbito por baixo débito cardíaco pós-operatório.

Discussão: A rápida evolução e agressividade sugere tratar-se de um tumor maligno primário pericárdico com estudo complementar não conclusivo. Doença rara de mau prognóstico, a ponderar na abordagem da síncope sem causa evidente.

PO603

1015 NÓDULOS PULMONARES CAVITADOS – UM DIAGNÓSTICO INESPERADO!

Elisabete Coelho, Ana Rita Matos, Maria José Guimarães, Sofia Caridade

Hospital de Braga, Braga, Portugal

Introdução

O diagnóstico diferencial de nódulos pulmonares cavitados é um desafio, uma vez que estes podem ser de causa infeciosa, neoplásica ou reumatológica. O contexto clínico, associado às alterações laboratoriais e imagiológicas permitem orientar a suspeita clínica. Na ausência de uma apresentação caraterística, a biópsia reveste-se de particular importância.

Descrição

Relata-se o caso de uma mulher de 73 anos, autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes mellitus tipo 2. A doente referia tosse seca e dispneia de esforço de agravamento progressivo, com 2 semanas de evolução. Referia, também, perda ponderal significativa e sintomas crónicos de obstipação, distensão e dor abdominal. O exame objetivo não revelou alterações, à exceção de crepitações bibasais na auscultação pulmonar. Realizou tomografia (TC) de tórax que mostrou múltiplas áreas de opacificação em vidro despolido bilateralmente, associadas a vários nódulos de aspeto consolidativo, alguns cavitados. A doente foi internada para estudo etiológico, tendo sido excluída patologia inflamatória/infeciosa e autoimune. A doente fez TC abdominopélvico na qual se evidenciou um processo lesional envolvendo corpo e cauda do pâncreas (cerca de 7x3cm), condicionando perda de definição da veia esplénica, bem como conglomerados adenopáticos lombo-aórticos e peri-celíacos, imagens hipocaptantes no lobo hepático direito e cúpula vaginal, e liquido livre na escavação pélvica.Realizou biópsia da lesão pancreática, bem como de nódulo pulmonar, sendo a histologia de ambas as lesões compatível com adenocarcinoma.

DISCUSSÃO:

O adenocarcinoma do corpo e cauda do pâncreas apresenta uma evolução silenciosa até fases muito avançadas da doença. Os sinais de doença metastática estão muitas vezes presentes aquando do diagnóstico, afetando comumente o fígado, peritoneu, pulmão e, menos frequentemente, o osso. Os autores destacam a riqueza iconográfica deste caso, bem como a importância do internista na sua orientação.

PO604

1031 CARCINOMA NEUROENDÓCRINO DE GRANDES CÉLULAS DO PULMÃO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Eva Brysch, Andrea Machado, Tiago Abreu, Leonor Mota, Júlio Semedo

Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

Introdução

O carcinoma neuroendócrino de grandes células (CNGC) pulmonar é uma entidade rara, representando 3% de todos os tumores primários pulmonares. Apresenta geralmente um elevado alto grau de malignidade e localização periférica pulmonar. Surge com maior incidência em homens, com mais de 65 anos e em fumadores.

Descrição

Os autores descrevem o caso de um homem de 57 anos, ex-fumador (carga tabágica de 80 UMA), com diagnósticos prévios de enfisema pulmonar, doença de Crohn, e cardiopatia isquémica. O doente recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal, obstipação e náuseas com duas semanas de evolução., referindo também astenia, anorexia e perda ponderal de 5Kg no último mês. Ao exame objetivo apresentava desorientação temporal e discurso lentificado; à inspeção do tórax verificou-se uma tumefação posterior esquerda da parede torácica, de consistência mole, não dolorosa, e à auscultação pulmonar apresentava murmúrio vesicular diminuído no terço superior do hemitórax esquerdo. Na avaliação laboratorial destaca-se anemia ligeira, leucocitose com neutrofília, trombocitose e aumento dos parâmetros inflamatórios. A radiografia do tórax revelava hipotransparência de contornos arredondados no lobo superior esquerdo (LSE) que a Tomografia Computorizada (TC) torácica confirmou uma volumosa massa do LSE com invasão da parede torácica e múltiplos nódulos no parênquima pulmonar. O doente foi internado para investigação sendo o diagnóstico de carcinoma neuroendócrino de grandes células obtido através biópsia pulmonar transtorácica da tumefação da parede torácica sob controlo ecográfico. Realizou também TC cranioencefálica que mostrou lesão expansiva na região frontal direita, sugestiva de depósito secundário. Iniciou quimioterapia durante o internamento, sendo que após o primeiro ciclo desenvolveu pancitopenia e pneumonia do imunocomprometido verificando-se ausência de resposta à terapêutica e um agravamento clínico rapidamente progressivo, acabando por falecer ao 46º dia de internamento.

Este caso demonstra o comportamento altamente agressivo deste tipo de tumor, verificando-se uma apresentação inaugural exuberante, com invasão da parede torácica, provável metastização cerebral e um mau prognóstico com ausência de resposta à quimioterapia.

PO605

1035 HIPONATRÉMIA COMO PRESSÁGIO DE PROGRESSÃO DE DOENÇA

Ana P. Ferro, Hugo M. Oliveira, Manuela Mendes, Eduardo Eiras, Vítor Tedim Cruz

Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal

Introdução

A hiponatrémia é um distúrbio hidroeletrolítico muito frequente na prática clínica, podendo ser documentada em até 22% dos doentes internados. A etiologia e tratamento dependem do estado de volémia do doente, bem como condições subjacentes.

Descrição

Os autores apresentam o caso de um homem de 44 anos, com antecedentes de adenocarcinoma do esófago distal, submetido a quimiorradioterapia neoadjuvante e esofagectomia, recidivante com metastização óssea, tendo iniciado quimioterapia paliativa. Levado ao SU por alteração do estado de consciência, desorientação e tonturas. À admissão, agitado e desorientado. Analiticamente, com hiponatrémia grave de 120 mEq/L. TC ce-

rebral sem alterações. Iniciada correção de hiponatrémia, assumida como hipovolémica, e internado para continuação de cuidados.

No internamento, documentada hipo-osmolaridade sérica (251 mOsm/kg) em doente euvolémico. Excluída iatrogenia medicamentosa ou endocrinopatias. Apesar da correção com cloreto de sódio hipertónico, o doente apresentou hiponatrémia refratária e oscilação do estado de consciência. Realizada punção lombar com proteinorráquia elevada, consumo de glicose e citologia de líquor com células malignas. RMN cerebral com hiperintensidade sulcal na alta convexidade frontoparietal, mas também nas regiões temporais, com predomínio à esquerda, associada a reforço leptomeníngeo após contraste, sugerindo infiltração meníngea. Desta forma, assumida hiponatrémia secundária a síndrome de secreção inapropriada de hormona antidiurética (SIADH) paraneoplásico, em provável contexto de carcinomatose leptomeníngea. Apesar de otimização da terapêutica, o doente faleceu ao 10º dia de internamento.

A ocorrência de carcinomatose meníngea é uma complicação tardia, rara, ocorrendo em apenas 5% de doentes com tumores sólidos metastáticos. No entanto, o prognóstico desta condição é muito reservado, apresentando uma sobrevida de algumas semanas a meses após a sua manifestação.

PO606

1061 SINDROME PARANEOPLÁSICA COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE NEOPLASIA DO OVÁRIO

Laura Pereira, Tiago Osório Petrucci, Pedro Silvério António, Carlos Machado E Costa

CHLN- Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

Introdução

As síndromes paraneoplásicas podem ser definidas como manifestações clínicas que acompanham a neoplasia mas que não resultam do crescimento tumoral ou de invasão local ou à distância. Podem apresentar-se com manifestações hematológicas, neurológicas, endócrinas e dermatológicas, muitas vezes precedendo o diagnóstico.

Descrição

Caso clínico:

Relata-se o caso clínico de uma doente de 57 anos com diagnósticos prévios de dislipidémia e hipertiroidismo medicada em ambulatório com sinvastatina.

Recorreu ao SU por quadro com cerca de 2 meses de evolução de dores poliarticulares, disfagia total e sialorreia.

Laboratorialmente destacava-se elevação das transaminases (AST 238U/L, ALT 98U/L) e da CK (4001U/L), sem outras alterações relevantes.

Para estudo etiológico do quadro foi pedido estudo imunológico com anticorpos antinucleares e citoplasmáticos positivos com restante estudo negativo, serologias virais que foram negativas, eletromiografia com aspetos de lesão difusa da fibra muscular, com sinais de necrose muscular ativa, sugestivas de miosite e biópsia do músculo deltóide esquerdo com alterações sugestivas de miosite.

Foi medicada com e medicada com corticoesteróides e gamaglobulina com franca melhoria clínica e laboratorial.

Foi efetuada TC de corpo que revelou lesões da parede abdominal compatíveis com implantes peritoneais. Procedeu-se à biópsia destas lesões cujo resultado anatomopatológico revelou morfologia e perfil imunohistoquímico consistente com metástases de carcinoma do ovário.

Doente teve alta encaminhada para consulta de Oncologia Médica.

Discussão:

As síndromes paraneoplásicas com manifestações neurológicas resultam normalmente de uma resposta imunológica secundária a antigénios presentes nas células nervosas.

No caso clínico apresentado a neoplasia manifestou-se primariamente como quadro de polimiosite a condicionar disfagia total.

Na investigação destas situações clínicas é importante a exclusão de causas secundárias neoplásicas como desencadeantes do quadro.

PO607

1066 SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR EM MULHER JOVEM: LINFOMA PRIMÁRIO DO MEDIASTINO

Duarte Silva, Lúcia Meireles Brandão, Cátia Barreiros, Rosana Maia, Pedro Pinto, Yolanda Mahia, Ana Simas, Carmélia Rodrigues, Diana Guerra

ULSAM - Hospital de Santa Luzia, Viana do Castelo, Viana Do Castelo, Portugal

Introdução

O Síndrome da Veia Cava Superior (SVCS) classicamente está associado a etiologias malignas sendo manifestação inicial de doença oncológica em até 60% dos casos.

Descrição

Sexo feminino, 36 anos. Disfagia progressiva, dor cervical, tipo pressão, astenia e palpitações com 2 meses de evolução. Perda ponderal de 12kg (16% do peso habitual). Sem sintomas B. Recorre ao SU por edema e rubor facial, hiperemia conjuntival e lacrimejo, com 3 dias de evolução. Objetivamente, edema cervical e facial com pletora facial; sem adenopatias palpáveis. Analiticamente velocidade de sedimentação e DHL elevadas. Radiografia torácica com alargamento do mediastino superior e TC cervico-torácico: volumosa massa no mediastino anterior

(8.8x7.1cm), heterogénea, com áreas de liquefacção; trombos em ambas as veias braquiocefálicas; gânglio pré-traqueal com 19x9mm. Considerado SVCS pela massa mediastínica e trombose secundária, iniciou hipocoagulação, corticoterapia e diurético, enquanto aguardava realização de biópsia da massa. A biópsia aspirativa, efetuada por radiologia de intervenção, e análises anatomopatológica e imunohistoquimica da lesão permitiram o diagnóstico de linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) do mediastino. Transferida para outra instituição com serviço de hemato-oncologia, iniciando rapidamente quimioterapia (R-CHOP), que mantém.

Conclusão: Perante um SVCS a prioridade deverá ser estabelecer o diagnóstico da doença subjacente para uma terapêutica dirigida. Nesta doente destaca-se a importância da multidisciplinaridade (medicina Interna, oncologia médica, imagiologia de intervenção, anatomia patológica) que permitiu um diagnóstico célere e consequente inicio rápido do tratamento. Salienta-se que apesar dos linfomas não hodgkin (LNH) serem responsáveis por 10% dos casos dos SVCS e dentro dos vários tipos de LNH, o mais comumente encontrado ser o LDGCB, o linfoma primário do mediastino é um subtipo raro (2-4% de todos os linfomas).

PO608

1068 MASSA NA SUPRA-RENAL - INCIDENTALOMA?

Carolina N. Gouveia, Ana João Pissarra, Patrícia Vicente, Inês Ferreira, Rui Costa, Alice Sousa, Luís Campos

Serviço de Medicina , UF IV - Hospital São Francisco Xavier, Lisboa, Portugal

Introdução

As oligometástases são definidas por um número limitado de metástases num número limitado de órgãos, podem ser a única apresentação de um tumor, evoluindo de forma mais indolente e por vezes de difícil diagnóstico.

Descrição

Homem de 55 anos, com história de tromboflebite membro inferior direito, enviado a consulta de Medicina Interna por febre vespertina, astenia e emagrecimento com 1 mês de evolução e dor persistente no flanco esquerdo. Os exames de ambulatório revelavam anemia normocítica/ hipocrómica, trombocitose, PCR:18.3mg/dl e VS 106mm/h. Ecografia abdominal revelava: "hepatomegália homogénea e conglomerado adenopático latero-aórtico esquerdo com cerca de 5 mm". Internado para esclarecimento deste quadro. No internamento realizou TC-tóraco-abdomino-pélvica que revelou lesão neoformativa com ponto de partida na supra-renal esquerda, sendo pouco provável a hipótese de lesão secundária / doença linfoproliferativa. Analiticamente apresentou subida de PCR 27,1mg/dl; Cortisol 27,1 (aumentado) e marcadores tumorais negativos. Submetido a supradrenelectomia por via laparoscópica. Anatomopatologia compatível com carcinoma metastático de origem primitiva pulmonar. PET-scan revelou nódulo milimétrico no lobo superior do pulmão direito com captação discreta para fluorodesoxiglicose. Submetido a lobectomia, com histologia compatível com tumor de grandes células (TGC). Recidiva em TC 6 meses após o diagnóstico tendo iniciado quimioterapia sistémica com boa resposta, encontrando-se actualmente sem doença activa. CONCLUSÃO: O TGC consiste em 15% de todos os tumores pulmonares, fazendo parte do grupo de tumores de não pequenas células. A evolução com oligometástases, pode ocorrer nestes pacientes e usualmente apresentam uma evolução mais indolente. As opções para o tratamento definitivo nas oligometástases são a cirurgia/radioterapia podendo ser combinadas com terapia sistémica.

PO609

1082 SERÁ MESMO CARCINOMA?

Diogo Paixão Marques, Sara Rocha, Marta Manso, Raquel Domingos

Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

Introdução

A leucemia linfoblástica aguda de células T (LLA-T) atinge mais frequentemente jovens do sexo masculino e tem pior prognóstico em idosos. Apresenta-se sob forma de citopénias, podendo também manifestar-se como massa mediastínica, derrame pleural ou adenomegálias. Apresenta-se caso de idoso com história de carcinoma oncocítico da parótida, internado por neutropénia febril cuja investigação levou ao diagnóstico de LLA-T.

Descrição

Homem de 70 anos, ex-fumador, com história de carcinoma oncocítico da parótida esquerda diagnosticado por citologia com metastização óssea cervical à data do diagnóstico, tendo feito ciclo de radioterapia (RT) cervical.

Internado dois meses depois por neutropenia febril grave com foco em abcesso peri-anal profundo para o qual fez ciclo de antibioterapia e factor estimulador de colónias de granulócitos, com melhoria clínica e recuperação da contagem leucocitária.

Após resolução da infecção verificou-se recidiva da neutropenia, não expectável dada história de RT localizada, sem exposição a quimioterapia ou fármacos mielossupressores. Após exclusão de causas periféricas e infecção por parvovírus B19 foi feita biópsia óssea com mielograma que confirmou a presença de infiltração medular blástica extensa (> 62.6%; fenótipo compatível com células T precursoras jovens), com fibrose do estroma reticulínico e deplecção eritróide e mielóide. Decidido não iniciar tratamento dirigido e o doente faleceu duas semanas após o diagnóstico.

Este caso é de particular relevância pela baixa incidência de LLA-T de células percursoras em doentes idosos. A co-existência de carcinoma oncocítico da parotída, também manifestamente raro, foi um desafio na medida em que exigiu revisão bibliográfica para excluir possível relação etiológica entre as duas etiologias. Não se encontrou na literatura consultada relação entre as duas doenças, o que torna o caso ainda mais interessante.

PO610

1088 METASTASES GÁSTRICAS EM DOENTE COM NEOPLASIA PRIMARIA DA MAMA

Inês Neves[1], Sara Pereira[1], Ricardo Sá2, Luís Brito-Avô[1], Luiz Menezes Falcão1, José Luís Ducla Soares1

[1]Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

[2]Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

Introdução

O cancro da mama é a neoplasia mais frequente no sexo feminino, sendo a metastização gástrica uma apresentação rara. A biopsia das lesões com caracterização do perfil imunohistoquimico (PIHQ) é fundamental para diferenciar de uma neoplasia gástrica primária, atendendo ao seu impacto na estratégia terapêutica.

Descrição

Mulher de 39 anos, Africana, com antecedentes pessoais de carcinoma da mama sem tipo específico (NST) estadio IV, com metastização pulmonar e hepática conhecidas, internada por hemorragia digestiva alta (HDA) a esclarecer. Realizou endoscopia digestiva alta (EDA) na qual se visualizaram no corpo gástrico, duas lesões ulceradas de bordos elevados e aspeto infiltrativo, que foram biopsadas. As biopsias revelaram que os aspetos morfológicos e PIHQ eram compatíveis com metástases de carcinoma com origem primária na mama, NST. O estudo IHQ adicional revelou positividade para recetores de estrogénios de fraca intensidade e em 10% das células, negatividade para receptores de progesterona e índice proliferativo (imunomarcação para Ki-67) de 30%. A avaliação sobre a expressão do c-erbB2 por estudo IHQ foi inconclusivo pelo que se realizou estudo por DSISH que revelou ausência de amplificação do gene Her2.

Para controlo hemorrágico e atendendo à ineficácia da terapêutica endoscópica inicial, realizou três sessões de radioterapia hemostática, com sucesso. Por se tratar de uma doente sem perspetiva terapêutica, aplicaram-se apenas medidas de conforto. A doente faleceu ao 27º dia de internamento.

DISCUSSÃO

Apesar de raras, as metástases gastro-intestinais existem e podem ter um impacto negativo na sobrevida dos doentes, pelo que deverão ser consideradas em doentes com antecedentes de neoplasia primária da mama e sintomas gastrointestinais.

PO611

1109 DUAS RARIDADES NUM MESMO DOENTE

Ana F. Costa, Fábio Almeida, Joana Antunes, Andreia Fernandes, Luísa Loureiro, Teresa Alfaiate, Fernando Ferraz, Amélia Pereira

Hospital Distrital da Figueira da Foz, Coimbra, Portugal

Introdução

A amiloidose de cadeias leves (AL) e o mieloma múltiplo (MM) estão incluídos nas doenças dos plasmócitos. A amiloidose AL caracteriza-se por depósitos de fibrilhas amilóides em diferentes órgãos e surge em cerca de 15% dos casos de MM.

Descrição

Doente do género masculino, 65 anos, referenciado para a consulta de Medicina por apresentar alterações no ecocardiograma sugestivas de doença infiltrativa cardíaca. Apresentava quadro de astenia e dispneia para médios esforços com 6 meses de evolução. Ao exame objetivo estava hipotenso e tinha diminuição do murmúrio vesicular na metade inferior do hemitórax esquerdo.

O estudo complementar revelou hemoglobina e cálcio dentro da normalidade, creatinina aumentada (1.5 mg/dl), aumento das cadeias leves livres lambda séricas (157.6 mg/dl) e urinárias (44 mg/dl). A imunofixação das proteínas urinárias apresentava banda monoclonal lambda. Os níveis de Beta 2-microglobulina estavam aumentados (2820 mg/dl) e tinha proteinúria na urina de 24 horas de 5.8 g. A biópsia óssea tinha 20% de plasmócitos, sem depósitos amilóides e a biópsia da gordura abdominal depósitos de substância amilóide que coraram com o Vermelho de Congo. A radiografia do esqueleto excluiu lesões osteolíticas. A radiografia torácica mostrou derrame pleural esquerdo e o eletrocardiograma ritmo sinusal, com bloqueio de ramo direito e hemibloqueio anterior esquerdo.

Foi diagnosticado com MM a cadeias leves e Amiloidose AL. Foi referenciado para Hematologia e iniciou terapêutica com dexametasona, ciclofosfamida e bortezomib.

DISCUSSÃO: A coexistência de amiloidose AL e MM de cadeias leves é rara, tendo um prognóstico reservado. O atingimento cardíaco e renal podem levar à suspeita da amiloidose, pelas alterações restritivas e proteinúria, respetivamente. A relação entre as características clínicas, analíticas e imagiológicas levam ao diagnóstico e tratamento, como ilustrado neste caso.

01 DE JUNHO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 08
09:00 - 10:30

PO612

1154 ANEMIA HEMOLÍTICA MICROANGIOPÁTICA COMO SÍNDROME PARANEOPLÁSICO

Catarina Faria[1], Rui Cunha[2], Rui Costa[1], Alice Sousa[1], Hugo Moreira[1], Luís Campos[3]

[1]Serviço de Medicina IV - Hospital São Francisco Xavier (CHLO), Lisboa, Portugal

[2]Unidade de Cuidados Intensivos - Hospital São Francisco Xavier (CHLO), Lisboa, Portugal

[3]Director do Serviço de Medicina Interna do Hospital São Francisco Xavier (CHLO), Lisboa, Portugal

Introdução

A anemia hemolítica microangiopática (AHMA) relacionada com neoplasia maligna constitui um síndrome paraneoplásico caracterizado por anemia hemolítica Coombs negativa com esquizócitos e trombocitopenia.

Descrição

Descreve-se o caso de um homem de 42 anos, com antecedentes de défice em glucose-6-fosfato desidrogenase e com o diagnóstico de carcinoma gástrico com células em anel de sinete (cT3N3bM0) desde Março de 2016, que recorreu ao serviço de urgência (SU) por quadro com cerca de uma semana de evolução de lombalgia bilateral, refractária a terapêutica analgésica, com irradiação ao membro inferior direito, referindo diminuição progressiva da força muscular. Ficou internado para controlo sintomático. Necessidade de aumento progressivo de terapêutica analgésica, surgindo também dor torácica de novo na região esternal, agravada à palpação. Ao 7º dia de internamento verifica-se queda de 4 gramas de hemoglobina, sem perdas hemáticas visíveis. Aumento de LDH, haptoglobina indoseável, bem como subida de PCR para 27.1mg/dL. Posta a hipótese de crise de favismo, com infecção nosocomial como factor precipitante, após exclusão de causa iatrogénica evidente. Laboratorialmente com presença de esquizócitos e agravamento da trombocitopenia, com valores de coagulação normal (excluindo coagulação intra-vascular disseminada). Assumiu-se AHMA como síndrome paraneoplásico. Realizou cintigrafia óssea que revelou múltiplos focos de hipercaptação em relação com metastização óssea de novo, documentando-se progressão da doença. Pelo mau prognóstico e ausência da alteração na atitude terapêutica, não se realizou biópsia óssea.

O caso apresentado descreve uma AHMA como síndrome paraneoplásico, com a particularidade do diagnóstico diferencial vasto, não só pelos antecedentes do doente, mas também pela intercorrência infecciosa. Trata-se uma apresentação rara, constituindo diagnóstico de exclusão, não devendo contudo ser esquecido.

E-POSTERS

PO613

1173 LINFOMA PRIMÁRIO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL (LPSNC) EM DOENTE IMUNOCOMPETENTE

Mariana Costa, Rodrigo Moares, Marina Vitorino, Antonio Alho, Alexys Borges, Marinela Major

Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, Lisboa, Portugal

Introdução

O LPSNC, na sua grande maioria de células B está muito associado a estados de imunodeficiência, nomeadamente à SIDA e aos transplantados de órgãos sólidos. Fora da infecção por VIH os casos de LPSNC, acometem doentes entre os 45-70 anos com discreto predomínio em homens e caucasianos.

A sua incidência tem vindo a aumentar quer na infecção por VIH quer em doentes imunocompetentes sendo actualmente responsável por 4% a 7% das neoplasias do SNC.

Descrição

Caso clínico: homem com 55 anos, leucodérmico, com antecedentes pessoais de obesidade, SAOS e hábitos tabágicos 20 UMA, admitido no SU por quadro súbito caracterizado por assimetria da mimica facial, desequilíbrio da marcha e defeitos mnésicos. Negava cefaleia, alterações sensitivas e febre. A TAC de crânio revelou lesão ocupando espaço dos núcleos da base e cápsula interna direita. A serologia para VIH foi negativa. Foi realizada punção lombar que revelou 20 células mononucleadas, 112 proteínas, glicose de 49, pesquisa de bandas oligoclonais negativa, pesquisa de antigénios capsulares negativa e microbiologia negativa; a citometria de fluxo do LCR mostrou uma população de linfócitos B sem características de monoclonalidade. Fez RM crânio que confirmou a presença de uma lesão infiltrativa lenticulo-caudada-capsular à direita com extensão ao tálamo, à transição mesencéfalo-protuberancial posterior e ao segmento fronto-basal do lobo frontal homolateral. A biópsia estereostática revelou linfoma B de grandes células primário do sistema nervoso central. O doente fez quimioterapia de indução e foi proposto para radioterapia.

Conclusão: As lesões ocupando espaço do sistema nervoso central representam um desafio diagnóstico. No caso apresentado a citometria de fluxo do líquor não sugeria linfoma quer a biopsia veio a confirmar. O doente teve num curto prazo boa resposta à quimioterapia de indução estando referenciado para radioterapia.

PO614

1174 ARTRITE PARANEOPLÁSICA – RARA ASSOCIAÇÃO COM TUMOR SÓLIDO

Joana Rabaçal, Gustavo Sá Mendes, Teresa Romão, Alberto Mello E Silva

CHLO - Hospital Egas Moniz, Lisboa, Portugal

Introdução

Determinadas neoplasias estão associadas a manifestações reumatológicas a nível articular, muscular e tecido conjuntivo. A poliartrite simétrica com atingimento dos pulsos e pequenas articulações, mimetizando a artrite reumatóide, é uma apresentação relativamente rara de artrite paraneoplásica. Dentro dos tumores da cabeça e pescoço, o carcinoma pavimento-celular é o tipo histológico que mais frequentemente se associa a síndromes paraneoplásicos.

Descrição

Homem, 55anos, hábitos etanólicos e tabágicos marcados, internado por suspeita de osteonecrose do fémur, anorexia, perda ponderal e anemia microcítica hipocrómica; poliartrite dos ombros, inter-falângicas proximais, punhos e pés de forma simétrica, coxo-femoral esquerda com limitação da rotação e flexão e dor à palpação. Hb 9.8g/dL, VS 74mm/h; ferropenia e elevação da ferritina; VIH, VHC, VHB negativos; HLA-B27, imunoglobulinas, factor reumatoide, Ac anti-péptido citrulinado cíclico, ANAs, ANCA, Ac anti-dsDNA sem alterações. Endoscopias: hérnia de deslizamento, anel Schatzki, esofagite grau A. A ressonância magnética confirmou osteonecrose da cabeça femoral grau V. Ecografia cervical com tiróide multinodular, adenopatias na cadeia jugular interna esquerda; citologia aspirativa de adenopatia compatível com metástase de carcinoma indiferenciado. Exame otorrinolaringologico: lesão pilar amigdalino esquerdo, cuja biópsia revelou carcinoma pavimento-celular bem diferenciado e displasia de alto grau no restante epitélio. Iniciou metotrexato e corticoterapia com melhoria do quadro reumatológico. Submetido a esvaziamento ganglionar cervical e exérese das lesões palatinas eritoplásicas e quimio-radioterapia adjuvantes. Progressivamente foram descontinuados imunossupressores; actualmente sem terapêutica ou alterações reumatológicas.

As manifestações musculo-esqueleticas, embora raramente, podem ocorrer em tumores sólidos.O tratamento do tumor primário pode reverter a síndrome paraneoplásica como foi evidente no caso clínico descrito.

01 DE JUNHO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 02
09:00 - 10:30

PO615

1198 MAIS UMA JOVEM GRÁVIDA NA URGÊNCIA… OU SERÁ QUE NÃO?

Margarida Massas, Alícia Oliveira, Vera Sarmento, Mariana Soares, Madalena Rangel, Maria Piteira, Tereza Veloso, Conceição Barata

Hospital do Espírito Santo, Évora, Portugal

Introdução

O Coriocarcinoma, uma doença trofoblástica gestacional, pode ter um crescimento rápido e metastizar para quase todos os tecidos, originando assim apresentações diferentes.

Descrição

Mulher, 24 anos, caucasiana. Antecedentes de ooferectomia direita por quisto do ovário aos 13 anos e parto há 9 meses. Última menstruação há 2 meses. Medicada com anticoncetivo oral. Refere mal-estar, astenia, anorexia e tosse irritativa seca com 7 dias de evolução e, por dor no hipocôndrio direito recente, com tumefação na mesma região, recorre ao serviço de urgência. Objetivou-se diminuição do murmúrio vesicular no terço inferior do hemitórax direito, dor à palpação profunda do hipocôndrio direito e bordo hepático palpável a 3cm da margem costal inferior. Analiticamente: colestase, elevação das transaminases e Desidrogenase láctica, com Gonadotrofina Coriónica Humana beta (β-HCG) 1080890 IU/L. Ecografia abdomino-pélvica com hepatomegália e lesões expansivas em ambos os lobos, e na região anexial direita, lesão ocupando espaço (LOE) sólida hipervascular (71x40 mm). Realizou Tomografia computorizada (TC) toraco-abdomino-pélvica: Múltiplos nódulos pulmonares bilaterais; Hepatomegália com lesões expansivas sólidas com estruturas vasculares em ambos os lobos; Útero com reforço vascular das paredes e nódulo anterior, assim como LOE látero-uterina direita com perda parcial de clivagem ao útero. Admitiu-se doença trofoblástica gestacional, provável coriocarcinoma (FIGO score 18). Realizou TC crânio-encefálica: sem lesões secundárias. Foi transferida para o Instituto Português de Oncologia de Lisboa, onde cumpriu um total de 8 ciclos de quimioterapia, com normalização da β-HCG, mantendo seguimento anual em consulta. DISCUSSÃO: Apesar da apresentação catastrófica, esta é uma doença maligna com alta taxa de cura, desde que o diagnóstico, reencaminhamento para especialista e início de terapêutica sejam feitos em tempo útil. Torna-se por isso evidente a importância de conhecer esta doença relativamente rara.

E-POSTERS

PO616

1206 O DESAFIO DA DOENÇA ONCOLÓGICA E SUAS COMPLICAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA

Ana Filipa Palma Dos Reis, Ana Sofia Spencer, Catarina Patrício, Patrícia Winckler, Ricardo Da Luz, António Mesquita, Diego Carrasco, Ana Luísa João

Hospital Santo António dos Capuchos, Lisboa, Portugal

Introdução

O cancro do pulmão é a neoplasia mais frequente e causadora de grande mortalidade. Este caso ilustra o desafio da gestão da doença oncológica e suas complicações.

Descrição

SC, 50 anos, sexo masculino, internado por crise convulsiva tónico-clonica generalizada e paresia do membro inferior (MI) esquerdo. A imagiologia revelou lesão nodular frontal direita, lesão no lobo médio do pulmão direito, adenopatias e suspeita de lesões secundárias na coluna vertebral. A biópsia pulmonar revelou adenocarcinoma do pulmão com PDL1 70%. Em internamento desenvolveu quadro súbito de insuficiência respiratória grave e hipertensão, interpretada como edema pulmonar agudo, com necessidade de ventilação mecânica. A ausência de resposta às medidas instituídas e alterações electrocardiográficas levantaram a suspeita de tamponamento cardíaco, confirmado por ecocardiograma. Realizou-se pericardiocentese com melhoria. Iniciou quimioterapia e programou-se radioterapia holocraniana. Durante o internamento surgiram défices neurológicos de novo: parésia do MI direito, contralateral ao défice inaugural. Detectaram-se novas lesões metastáticas crânio-encefálicas, mas não concordantes com o défice neurológico detectado. Suspeição de compressão medular como etiologia, uma emergência oncológica. Estudo imagiologico da coluna mostrou metastases em L4, D7 e D10, esta com sinais de compressão medular, justificando a clínica. Realizou RT local e corticoterapia. Iniciou imunoterapia (anti-PD1) por elevado potencial de resposta dada a elevada expressão tumoral de PDL-1.

Este caso e as suas complicações, frequentes e expectáveis na prática clínica, ilustram como a doença oncológica pode ter manifestações diversas e com origem distante da neoplasia primária. O doente oncológico representa um desafio constante, desde o diagnóstico até às difíceis decisões terapêuticas e complicações agudas. Na era da medicina de precisão, a presença de biomarcadores tumorais, para além do estádio e histologia, influencia o investimento terapêutico.

01 DE JUNHO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 02
09:00 - 10:30

PO617

1231 LESÃO OSTEOLÍTICA – UMA CAUSA (IN) ESPERADA

Vanessa Palha, Carla Fidalgo, Ana Vilaça, Teresa Pimentel, Narciso Oliveira, Carlos Capela

Serviço de Medicina Interna - Hospital de Braga, Braga, Portugal

Introdução

As lesões osteolíticas constituem um importante desafio na prática clínica, podendo corresponder a uma ampla variedade de patologias. A história clínica e o tipo de lesão óssea podem ser importantes na orientação diagnóstica.

Descrição

Caso Clínico: Homem de 48 anos, com Hipertensão Arterial, Dislipidemia. Nefrectomia esquerda cinco anos antes por Oncocitoma renal, com alta após um ano. Exérese total de pólipo no cólon sigmóide nove anos antes: displasia de alto grau; sem recidiva no controlo endoscópico. Observado por dor na face posterior da coxa direita com 3 semanas de evolução, de início súbito, em moedeira, limitando a marcha e acordando-o à noite, associada a parestesias do membro inferior direito. Ao exame físico, dor à palpação da face posterior da coxa direita e claudicação direita. Estas queixas já tinham motivado a ida ao seu médico assistente. Realizada TC da coluna lombar 3 dias antes, observando-se volumosa lesão osteolítica no hemissacro direito com extensão para L5-S1, com compromisso radicular de L5. Foi internado para continuação do estudo etiológico: sem citopenias, electroforese de proteínas plasmáticas, LDH e PSA total normais; TC toracoabdominopélvica com lesão lítica do hemissacro direito com extensão articular sacroilíaca e gânglio de 16mm próximo à loca cirúrgica da nefrectomia. Endoscopia digestiva alta e colonoscopia total sem alterações. A biópsia da lesão óssea mostrou tumor oncocítico híbrido, tendo sido decidida radioterapia dirigida à lesão, por se tratar de lesão óssea única.

Discussão: O Oncocitoma renal corresponde a 3 a 7% dos tumores renais primários, sendo considerado uma neoplasia benigna, contudo, têm sido descritos raros casos de metastização como o agora apresentado, pelo que melhores métodos de caracterização são necessários, bem como a necessidade de continuar o seguimento destes doentes a longo prazo.

E-POSTERS

PO618

1289 LOMBALGIA, PARAPARÉSIA E PROSTRAÇÃO EM GRÁVIDA DE 33 SEMANAS

Luís Leite[1], Nuno Carreira[1], Válter R. Fonseca[1], André Mansinho[2], Marisa Teixeira Silva[1], Rui M. M. Victorino[1]

[1]Serviço de Medicina II, CHLN - Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

[2]Serviço de Oncologia Médica, CHLN - Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

Introdução

Por definição o cancro da mama (CM) na gravidez ocorre durante a gestação ou até 1 ano após o parto. A incidência varia de 0.2-1/1000 gestações e tem vindo a aumentar pelo número maior de gestações em idades avançadas (>30 anos). É observada mais vezes em indivíduos com BRCA1 (possivelmente BRCA2) já que nestes a idade de incidência de CM é menor, favorecendo a ocorrência síncrona. O diagnóstico é muitas vezes tardio (doença avançada em até 70% das vezes) e a estratégia terapêutica tem vindo a aproximar-se do tratamento do CM em mulheres não grávidas.

Descrição

Mulher, 31 anos, primigesta (19 semanas) deteta à autopalpação massa pétrea na mama esquerda (ecografia/radiografia sem alterações suspeitas). Desenvolve lombalgia e paraparésia crural de agravamento progressivo sendo admitida no hospital às 33 semanas e 3 dias por alteração do estado de consciência, com GCS 7 e hipercalcémia (19.8mg/dL), tendo-se realizado cesarina emergente. Em RM-CE: múltiplas lesões subcapsulares no tronco cerebral, corticais e parietais bilaterais de natureza não inequívoca e efeito expansivo. Hipercalcémia corrigida após indução dialítica e terapêutica com corticóides, com recuperação do estado de consciência e regressão completa das lesões (RM-CE controlo). Em RM-Coluna e TC-TAP: metastização óssea difusa, colapso e compressão medular em D3, metastização hepática. Biópsia da lesão mamária: carcinoma invasivo RE+(10%), RP+(30%), Cerb-B2+++, Ki-67 90%. Realizou RT paliativa da coluna, laminectomia (D3) e vertebroplastia (D7 e D10-L2), tendo iniciado QT. Teve alta para consulta de Oncologia ao 31º dia de internamento com dor controlada e melhoria dos défices motores.

Conclusão: O caso mostra a complexidade do manejo da doença oncológica durante uma fase particular da mulher/pais/família, devendo ser envolvido doente, família e as várias equipas médicas na sua abordagem. Pela relação com CM em idade precoce, a doente do caso deverá realizar estudo genético para investigação de mutação no gene BRCA.

PO619

1332 MIELOMA MÚLTIPLO: UMA FORMA RARA DE APRESENTAÇÃO

Tiago Rabadão, Sara Pinto, Leonor Naia, Margarida Eulálio, Fernando Silva, João Calhau, Rosa Jorge

Hospital Infante D. Pedro, Aveiro, Portugal

Introdução

O diagnóstico de mieloma múltiplo (MM) é desafiante pela grande heterogeneidade clínica e variadas formas de apresentação.

Descrição

Caso clínico: Mulher, 62 anos com lombalgia mecânica refractária à terapêutica, edemas, desconforto abdominal e perda ponderal não quantificada com 1 mês de evolução. Antecedentes de hipertensão arterial e dislipidémia medicadas. O estudo complementar evidenciou: Hb 9,3g/dL; VGM 101fL; Leucócitos 14,1x109/L (Monócitos 3,2x109/L); Plaquetas 119x109/L; VS 120mm/h; Esfregaço de sangue periférico: rouleaux, metamielócitos e 15% de plasmócitos; Cálcio 11,1mg/dL; LDH 409U/L; FA 474U/L; GGT 424U/L; Ácido úrico 17,7mg/dL; Proteínas totais 7,6g/dL; Albumina 3,16g/dL; Proteinograma electroforético: pico monoclonal na fracção gama (IgA/Lambda); 2 microglobulina 7460ng/dL; BNP: 363pg/mL; Proteinúria 2454mg/24h; Imunofixação urinária: cadeias lambda; restante estudo sem alterações, nomeadamente função renal e tiroideia, parâmetros inflamatórios e serologias. Radiografia do tórax: derrame pleural bilateral. Foi realizada toracocentese: transudado com predomínio de mononucleares. Ecocardiograma transtorácico: disfunção diastólica grave, hipertrofia ventricular esquerda, dilatação biauricular, derrame pericárdico ligeiro e sinais de hipertensão pulmonar e venosa sistémica. TC coluna: lesões líticas dorso-lombo-sagradas e ilíacas; fracturas patológicas lombares. TC-toracoabdominopélvica: hepatomegália heterogénea, sem adenopatias ou esplenomegália. O aspirado de medula óssea evidenciou 20% plasmócitos; CD38+, CD138+ e CD56+. Foi diagnosticado MM IgA/Lambda (estadio III ISS). Realizou terapêutica com bifosfonato, diuréticos, hipouricemiantes e iniciou quimioterapia. Com boa evolução clínica, foi proposta para transplante de células tronco autólogo. Discussão: Os autores apresentam este caso pela sua apresentação rara, com presença de leucemia de plasmócitos ao diagnóstico inicial de MM, além da descompensação cardíaca, como sintomatologia inicial.

PO620

1335 SÍNDROME CÔNDILO-OCCIPITAL - CASO CLÍNICO

João Pinto Machado[1], Carolina Lopes[2], Madalena Pinto[2]

[1]Centro Hospitalar Tondela Viseu, Viseu, Portugal

[2]Hospital S. João, Porto, Portugal

Introdução

O síndrome côndilo-occipital consiste em dor occipital unilateral associado a parésia do 12º par cranenano, ipsilateralmente. Geralmente associado a metastização, é uma patologia subdiagnosticada. Apresenta-se frequentemente com clínica associada a disartria e disfagia, sendo considerado diagnóstico diferencial do Acidente Vascular Cerebral.

Descrição

Homem de 57 anos. Antecedentes de neoplasia do sigmoide intervencionado, em 2013, Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensão Arterial. Com diagnóstico recente de metastização pulmonar, tendo iniciado quimioterapia.

Recorreu ao serviço de urgência por dor occipital direita com irradiação temporal, associada a cervicalgia ipsilateral, com várias semanas de evolução. Consultado por otorrinolaringologista, que não identificou nenhuma patologia do canal auditivo. Agravamento progressivo da dor, tendo notado dificuldade em mobilizar a língua, afetando a fala e a deglutição.

Ao exame, apresentava atrofia da hemilíngua direita, com desvio para a direita na protusão, fazendo movimentos bilaterais. Fasciculações da hemilíngua direita. Disfagia na fase oral. Sem outros sinais focais. Realizou TC cerebral e angio-TC: sem evidência de lesões isquémicas ou hemorrágicas e sem lesões expansivas intra ou extra-axiais.Realizou TC cervical, onde não foram relatadas alterações.Assim, na ausência de evidência de metastização, optou-se por pedir RM cerebral: não foram encontradas alterações suspeitas de lesão isquémica. No entanto, observa-se, na base do crânio, "lesão expansiva óssea secundária com alargamento do clivus e corpo do esfenóide, de ambos os côndilos e massas laterais do atlas, com predomínio à direita.[...] Esta lesão pode comprimir,no respetivo canal, o nervo hipoglosso."

Assim, foi orientado para Oncologia para início urgente de radioterapia.

Este caso pretende mostrar a importância de estar alerta para este síndrome, pois pode apresentar alterações imagiológicas muito discretas, podendo estas ser subvalorizadas pelo clínico.

PO621

1361 ANTICORPOS ONCONEURONAIS COMO PROGNÓSTICO DE FATALIDADE

Joana Castro, Paula Macedo, Clara Paiva

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, Ponta Delgada, Portugal

Introdução

Os síndromes neurológicos paraneoplásicos (SNP) são raros embora subdiagnosticados, e estão associados a tumores de células germinativas (TCG) em cerca de 20% dos casos. A Encefalite Límbica (EL) é caracterizada por início agudo/subagudo de alterações do comportamento, mnésicas, cognitivas e epilepsia temporal. Anticorpos (Ac) onconeuronais são um marcador da natureza paraneoplásica útil na abordagem diagnóstica, visto que estes sintomas precedem o diagnóstico oncológico na maioria dos casos. As autoras apresentam um caso de EL como apresentação de TCG com metastização prostática e vesical com primário oculto.

Descrição

Homem, 61 anos, ex-fumador. Internado para estudo de anemia associada a astenia, cansaço e perda ponderal com 4 meses de evolução. Análises com aumento de parâmetros inflamatórios. No internamento, picos febris de predomínio vespertino, evoluindo com confusão, lentificação, deterioração cognitiva, crises focais e défice de memória recente, com rápida progressão. TC-CE normal. RM-CE com hipersinal em T2 e Flair. Eletroencefalograma com epilepsia temporal, refratária à terapêutica. Punção lombar a favor de doença inflamatória. TC de corpo realizado por suspeita de neoplasia oculta a evidenciar próstata de dimensões aumentadas com espessamento parietal vesical/prostático. Biopsia com metástases de carcinoma embrionário. Assumiu-se EL e iniciou corticoterapia, sem resposta. Estudo imunológico positivo no soro para Ac anti-canais de cálcio. Iniciou quimioterapia que foi interrompida por intercorrência infeciosa fatal.

Os tumores do testículo são mais frequentes entre os 15-35 anos e o carcinoma embrionário puro ocorre em apenas 2% de todos os TCG testiculares, destacando-se assim este caso por histologia pouco frequente. De realçar também a necessidade de considerar esta entidade clínica e, perante elevada suspeição diagnóstica, iniciar rapidamente terapêutica dirigida na esperança de melhorar o prognóstico, habitualmente reservado nos SNP clássicos.

01 DE JUNHO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 02
09:00 - 10:30

PO622

1364 TUMOR OCULTO: DA MARCHA À PARAPLEGIA

Isabel Borges, Grimanesa Sousa, Filipa Lima, Madalena Meneses, Maria Clara Paiva

Hospital do Divino Espirito Santo, EPER, Ponta Delgada, Portugal

Introdução

A síndrome de compressão medular (SCM) é uma emergência oncológica caraterizada por dor e envolvimento neurológico, potencialmente irreversível. Quando sintomática, é apresentação inicial de neoplasia em 20% dos casos, e, em 85% destes, procedente de metastização vertebral com atingimento preferencial da coluna torácica (60%).

Descrição

Descreve-se o caso de um homem, 65 anos, que recorreu ao SU por dorsolombalgia intensa, com 2 meses de evolução, de caráter contínuo, refratária à analgesia e com agravamento em decúbito dorsal. Concomitantemente com obstipação, desde há 2 semanas, e marcha atáxica com 3 dias de evolução. Previamente seguido em cuidados de saúde primários, tendo sido atribuído o quadro a patologia osteoarticular e medicado sintomaticamente. Objetivamente, com massa abdominal palpável no flanco direito. Exame neurológico: marcha atáxica, sem alteração sensorial e força muscular mantida. Sem alterações da analítica geral. Na radiografia da coluna lombar e dorsal, admitida osteofitose exuberante. Ecografia abdominal: massa do rim direito, 11x10x9cm. Internado para estudo. Manteve dor sob terapêutica opióide endovenosa, embora com melhoria. Ao 3º dia apresentou episódio de retenção urinária e paraparésia simétrica (grau 1) dos membros inferiores, com nível de sensibilidade umbilical. Solicitadas Tomografia toraco-abdominal e Ressonância Magnética: presença indubitável de compressão medular metastática, envolvendo os corpos vertebrais de D8 e D9. Iniciou corticoterapia e radioterapia paliativa. Controlo álgico eficaz, embora com progressão para paraplegia. Biópsia renal a corroborar a suspeita inicial de carcinoma de células renais, células claras. A SCM é uma emergência oncológica e o tratamento visa melhorar a qualidade de vida do doente, com alvo sobre a dor e défices neurológicos, mediante corticoterapia, radio/quimioterapia e cirurgia. Contudo, o fator prognóstico mais importante é a função neurológica pré-tratamento, sendo a deteção precoce crucial.

E-POSTERS

PO623

1387 UMA CAUSA MALIGNA DE SÍNDROME DE CUSHING

Luís Leite[1], Nuno Carreira[1], Válter R. Fonseca[1], Ana Filipa Martins[2], Marisa Teixeira Silva[1], Rui M. M. Victorino[1]

[1]Serviço de Medicina II, CHLN - Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

[2]Serviço de Endocrinologia, CHLN - Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

Introdução

O carcinoma da supra-renal (CSR) é uma doença rara, com incidência em adultos de 0.5-2 casos/104/ano, sendo mais frequentemente diagnosticada entre a 4ª e 5ª décadas de vida. Caracteriza-se por sintomas inespecíficos (febre, cansaço, perda ponderal, anorexia) e outros relacionados com a sobreprodução hormonal (mais de 60% são funcionantes). O diagnóstico é imagiológico, normalmente realizado na investigação de hipercortisolémia/úria. O tratamento visa controlar os efeitos da sobreprodução hormonal e da própria massa em crescimento.

Descrição

Homem, 41 anos, antecendentes de DM tipo 1, astrocitoma difuso fibrilhar grau II (2009) e oligodendroglioma grau II (2016). Neste contexto realizou 8 meses de RT/QT adjuvante, suspenso por HTA e hipocaliémia de difícil controlo, cansaço extremo e anasarca (síndrome de Cushing) de agravamento progressivo motivo pelo qual foi internado. Ao EO com edema generalizado, fácies cushingóide, lesões petequiais dispersas, rarefacção pilosa, diminuição dos sons cardíacos/murmúrio vesicular. Analiticamente com trombocitopénia (55000x10^9/L), hipocaliémia (2.6 mg/dL), aumento dos marcadores tumorais neuroendócrinios e hipercortisolismo/úria (restantes hormonas da SR normais) com ACTH diminuída. Em PET-TC com formação expansiva sólida em topografia da SR direita (SRD), 9x7cm, com captação heterogénea de contraste mais evidente na fase tardia, metabolismo elevado compatível com malignidade e envolvimento adenopático loco-regional. Admitiu-se CSRD, tendo-se iniciado mitotano e realizado cirurgia (adrenalectomia direita e hepatectomia segmentar), vindo o doente a falecer por complicação pós cirúrgica (choque hemorrágico).

CONCLUSÃO: Pretende-se demonstrar a importância de um elevado índice de suspeição clínica para o diagnóstico de CSR, dado a raridade da doença e inespecificidade do quadro. O estudo genético do doente teria sido de interesse (dado o desfecho, de cariz académico) pela conjugação de várias neoplasias sequenciais raras num doente jovem.

PO624

1399 PARA ALÉM DO PRURIDO – UM CASO DE LINFOMA DE HODGKIN

Luísa Gomes Silva, Leuta Araújo, José Barata

Hospital de Vila Franca de Xira, Vila Franca De Xira, Portugal

Introdução

O linfoma de Hodgkin é uma doença linfoproliferativa de células B que se caracteriza pela presença de células gigantes de Reed-Sternberg. Representa 15 a 20% de todos os linfomas e a manifestação clínica mais frequente são as adenopatias indolores. 25 a 50% dos doentes tem sintomas B (perda de peso, suores noturnos, febre). Outra característica típica é o prurido generalizado (30%).

Descrição

Apresentamos o caso de um indivíduo do sexo masculino, 82 anos, com lesões pruriginosas generalizadas com 3 anos de evolução e em seguimento multidisciplinar. Foi encaminhado a consulta de medicina pela dermatologia para investigação de uma possível causa sistémica do prurido, anemia e trombocitose. À observação apresentava escoriações dispersas e generalizadas cobertas por crosta sero-hemática. Sem adenopatias palpáveis. Ficou internado para investigação.

Analiticamente apresentava hemoglobina de 9.8g/dL, leucocitose (15900/µL) com neutrofilia 88.4%; trombocitose (523000/µL) e LDH 426 UI/L. O mielograma e a biópsia óssea foram inconclusivas. Realizou TC toraco-abdomino-pélvica que mostrou múltiplas adenopatias lateroaórticas e ilíacas internas e externas à esquerda, em possível relação com doença linfoproliferativa. Fez biópsia excisional de gânglio inguinal cujo resultado histológico mostrou tratar-se de Linfoma de Hodgkin tipo esclerose nodular CD30+, CD15+ focal. Antes de iniciar tratamento teve como intercorrência uma sobreinfecção das lesões cutâneas por Stalhyloccocus aureus e uma pneumonia nosocomial.

Iniciou quimioterapia, após a qual teve herpes labial exuberante e neutropenia febril. Verificou-se a morte do doente um dia antes do segundo ciclo de quimioterapia.

O prurido paraneoplásico é definido como prurido que ocorre antes ou durante a evolução natural de uma doença oncológica. Não sendo a forma mais comum de apresentação, principalmente de forma isolada, pode constituir um desafio diagnóstico, podendo atrasar o início de terapêutica.

PO625

1403 APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE CARCINOMA DO PULMÃO – A DORSALGIA NEM SEMPRE É O QUE PARECE

Denise Cruz, João Louro, Mónica Reis, José Barata

Hospital Vila Franca de Xira, Vila Franca De Xira, Portugal

Introdução

Os autores apresentam este caso pela forma rara de apresentação de um carcinoma do pulmão.

Descrição

Caso Clínico: Homem de 64 anos de idade, autónomo, com história de tabagismo (carga tabágica de 40 UMA). Aparentemente bem até 6 meses antes do internamento quando iniciou queixas de dorsalgia à direita que não motivou investigação complementar. Na véspera do internamento instalou-se um quadro súbito de paraplegia, motivo porque recorreu ao SU. Negava outra sintomatologia associada. Ao exame objetivo destacava-se apenas plégia e hipostesia simétrica dos membros inferiores com sinal de Laségue positivo à direita. Analiticamente sem alterações de relevo. Radiografia de Tórax sem alterações significativas. Efetuou TC lombar que revelou alterações degenerativas espondilodiscais difusas e hérnia discal em L4-L5 causadora de conflito com a emergência da raiz de L5 e TC dorsal com achados sugestivos de natureza infiltrativa de D8-D10, com colapso somático de D9 pelo que foi complementado o estudo com RM da coluna dorsal que confirmou os dados prévios de fractura patológica de D9 e infiltração neoplásica paravertebral com compressão medular. Assim ficou internado para estudo etiológico do quadro e foi submetido a espinolaminectomia de D9 e estabilização da coluna dorsal com biópsia da lesão. A histologia determinou metástase óssea de carcinoma com imunofenótipo de origem pulmonar. A TC toraco-abdomino-pélvica demonstrou massa de 3x2cm no lobo superior esquerdo e alterações enfisematosas com áreas de distrofia bolhosa. Efetuou broncofibroscopia que revelou estenose subsegmentar ápico-posterior do lobo superior direito, sendo o LBA e escovado brônquico negativos para células neoplásicas. O doente teve alta encaminhado para o IPO Lisboa.

Discussão: Pretende-se salientar com este caso a necessidade do estudo etiológico da vulgar dorsalgia. Bem como ressalvar que as neoplasias podem ter formas de apresentação muito invulgares sem semiologia relacionada com o órgão afetado.

PO626

1445 CARCINOMA UROTELIAL - UM CASO RARO DE METASTIZAÇÃO E DOENÇA PARANEOPLÁSICA

Margarida Gomes Gonçalves, Diogo Esperança Almeida, Sara Costa, João Nogueira, Tomás Fontes, Marina Alves, Guilherme Castro Gomes, Carlos Capela

Hospital de Braga, Braga, Portugal

Introdução

O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma condição comum e por vezes fatal, podendo apresentar-se de diversas formas. Existem múltiplas etiologias a ter em conta aquando do seu diagnóstico, entre elas as doenças neoplásicas.

Descrição

Apresenta-se o caso de um homem de 82 anos, com antecedentes de cistectomia em 10/2017 por carcinoma urotelial invasor de alto grau, com extensas áreas de diferenciação epidermoide, tratado apenas cirurgicamente. Recorreu ao serviço de urgência em Janeiro de 2018 por quadro de tosse produtiva associada a febre, anorexia e adinamia com 2 semanas de evolução. No internamento começou a apresentar hematoquézia. Analiticamente apresentava leucocitose muito expressiva com neutroflia, anemia normocitica/normocrómica, trombocitopenia e um aumento significativo dos D-dimeros. O Angio-TC do tórax revelou TEP agudo bilateral e, ainda, a presença de uma massa/trombo no interior do ventrículo direito, confirmada por ecocardiograma. Esta encontrava-se apensa ao ápex do ventriculo direito, era pediculada e móvel, associada a hipocinésia parietal focal. No ecocardiograma subsequente, e apesar de terapêutica standart para TEP, a massa sofreu crescimento e passou a estender-se ao tronco da artéria pulmonar. A ressonância cardíaca mostrou massa muito vascularizada, muito sugestiva de tumor, não conseguindo, no entanto, diferenciar entre primário ou secundário. Imagiologicamente com múltiplas lesões suspeitas e dispersas no parênquima pulmonar. Broncofibroscopia macroscopicamente sem alterações. A colonoscopia revelou neoplasia do cólon sigmóide proximal com características de carcinoma epidermoide.

DISCUSSÃO: Aquilo que parecia mais um caso banal de TEP, revelou-se a generalização de um tumor urotelial com implante cardíaco exuberante. Mesmo a neoplasia do cólon, só remotamente admitida como extensão local do tumor original, não deixou de ser surpreendente.

PO627

1473 CARCINOMA DO PÉNIS COM FENÓMENOS PRÓ-TROMBÓTICOS

Rita Pocinho, Liliana Antunes, Tiago Duarte, Isabel Baptista

Hospital de São José, Lisboa, Portugal

Introdução

O carcinoma do pénis é uma neoplasia incomum, apresentando bom prognóstico quando localizada. A invasão ganglionar condiciona uma sobrevivência de apenas 10-15% aos 5 anos.

Descrição

Homem de 64 anos, autónomo, com história de obesidade e hipertensão. Carcinoma pavimento-celular do pénis T3NxMx com penectomia parcial em Dezembro/2015 e linfadenectomia bilateral em Julho/2016, sem seguimento regular.

Em Maio/2017 apresenta dor intensa da coxa direita, com agravamento progressivo e impotência funcional. Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios e lesão renal aguda. Internado para estudo e terapêutica. Colocada a hipótese de trombose venosa profunda, realiza ecodoppler: presença de trombo parcialmente recanalizado na veia femoral comum direita, ficando hipocoagulado com enoxaparina. Tomografia computorizada (TC) mostra extenso conglomerado ganglionar retroperitoneal à direita, biopsado, compatível com metástase de carcinoma pavimento-celular. Por procedimento complicado de hematoma, suspende enoxaparina. Após discussão em reunião multidisciplinar com a Oncologia, inicia capecitabina (7 dias) seguido de paclitaxel/carboplatina, descontinuados após quadro de hipoxémia grave e sobrecarga hídrica. Conseguiu-se estabilização do quadro respiratório, mantendo agravamento global. TC evidenciando aumento da coleção líquida retroperitoneal com contiguidade ao rim direito, encarceramento e rotura do ureter com provável urinoma. Assumiu-se limitação das medidas terapêuticas, assistindo-se a deterioração clínica com acentuação do edema, atingindo ambos membros inferiores, com isquémia irreversível à direita. Com o apoio da equipa de Cuidados Paliativos e introdução de cateter epidural para infusão contínua de morfina e levobupivacaína, foi possível o controle sintomático até ao óbito.

Conclusão: O follow-up de doentes neoplásicos é fundamental para o diagnóstico precoce de recorrências. O estado pró-trombótico propicia o desenvolvimento de complicações potencialmente fatais.

PO628

1524 ADENOCARCINOMA DO PULMÃO NA GRAVIDEZ

Sara Moreira Pinto, Mariana Taveira, Bárbara Soeiro, Rute Morais Ferreira, Diana Monteiro, Fernanda Estevinho, Teresina Amaro

Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal

Introdução

Na última década o cancro do pulmão tornou-se a principal causa de morte por neoplasia. Apesar do pico se encontrar entre os 65-74 anos, 1 a 2% dos casos ocorre em doentes jovens com idade <45 anos, sendo nestes diagnosticada em estadios mais avançados.

Descrição

Jovem, 32 anos, ex-fumadora (2,5 UMA's), grávida de 27 semanas à admissão. Quadro com 5 meses de tosse, dispneia e aparecimento de gânglios cervicais. A ecografia cervical revelou várias estruturas de características suspeitas e a radiografia torácica um padrão micronodular. Do ponto de vista fetal, ecografia com restrição do crescimento. Após avaliação do risco para a mãe e para o feto foi decidido internamento ao cuidado da Medicina Interna, com apoio de Obstetrícia. Ponderado risco/benefício da realização de exames de imagem com radiação, decidido avançar com TC torácico que mostrou padrão compatível com metastização. Assim, realizada biópsia aspirativa de um gânglio cervical, com evidência de células de adenocarcinoma compatível com primário pulmonar. Durante o internamento o controlo sintomático foi difícil, estando sempre presente a discussão do prognóstico materno-fetal. Após revisão da literatura e garantia de segurança para o feto, foi decidido iniciar quimioterapia com Carboplatino e Paclitaxel, permitindo assim prolongar o desenvolvimento e maturação fetais e assim proporcionar um parto mais seguro para ambos. Apesar disso, a gravidez evoluiu com oligoamnius e pré-eclampsia, com necessidade de induzir o parto às 30 semanas, após maturação fetal. O recém-nascido não teve qualquer sequela e a mãe teve alta 15 dias após o parto, mantendo quimioterapia com boa resposta.

Os autores expõem este caso pela sua raridade, com consequências devastadoras. Tratou-se dum caso com enorme complexidade do ponto de vista clínico e ético, cujo foco foi o difícil equilíbrio entre o bem-estar materno, a ausência de iatrogenia para o feto e um prolongamento da gravidez que garantisse o melhor prognóstico possível para ambos.

PO629

1616 SÍNDROME CARCINÓIDE - APRESENTAÇÃO COMUM DE PATOLOGIA RARA

Alexandra Esteves, Luis Santos, Paula Felgueiras, Diana Guerra, Carmélia Rodrigues

ULSAM, Viana Do Castelo, Portugal

Introdução

O síndrome carcinóide (SC) é caracterizado pela libertação de fatores humorais por tumores neuroendócrinos (TNE), sendo uma forma de apresentação rara, presente em <10% dos doentes com TNE. Os sintomas mais comuns são a sensação de rubor facial, diarreia, sintomas respiratórios quer devidos a insuficiencia cardíaca ou broncoespasmo.

Descrição

Mulher, 54 anos, sem antecedentes de relevo. Queixas com várias semanas de evolução de astenia associada a episódios de sudorese, mau estar generalizado e rubor facial com alguns minutos de duração, sem relação com o esforço ou as refeições. Associado queixas de anorexia, náuseas e vómitos bem como alternância de obstipação com diarreia com a mesma duração. Doente sem história de perdas hemáticas, melenas, adenopatias, disfagia, perda ponderal, queixas respiratórias, genitourinárias ou outras gastrointestinais. Ao exame físico, hepatomegalia palpável cerca de 2cm abaixo da grade costal, com rebordo hepático irregular. Tomografia computorizada (TC) abdominal pedida em ambulatório revelou metastização hepática difusa. Admitida no internamento tendo estudo complementar, marcadores tumorais (Ca 19.9, Ca 125, alfa-fetoproteína) revelaram-se negativos, sendod biópsia hepática sugestiva de metástase de tumor neuroendócrino moderadamente diferenciado (Ki67 +/-10%). Posteriomente identificada área de espessamento ileal terminal, tendo sido realizada endoscopia digestiva baixa (EDB) com biópsia das lesões cuja histologia confirmou o diagnóstico. Orientada para centro especializado tendo iniciado análogos da somatostatina e submetida a hemicolectomia direita, mantendo estabilidade clínica desde então.

DISCUSSÃO: Esta é uma apresentação típica de uma entidade rara, já que a presença de SC é mais comum em doentes com TEN localizados ao intestino delgado e porção inicial do cólon. A estabilidade clínica da doente apesar de metastização difusa regional é justificada pelo maior grau de diferenciação tumoral, relacionado com um melhor prognóstico.

PO630

1648 UMA APRESENTAÇÃO INCOMUM DE LINFOMA NÃO-HODGKIN

Diana Macedo Martins[1], Joana João Fernandes[2], Maria Teresa Antunes[2]

[1]Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, IPOP-FG, Porto, Portugal

[2]Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

Introdução

O Linfoma Folicular é o segundo tipo de linfoma mais frequente na Europa, correspondendo a 20% de todos os linfomas Não-Hodgkin. O envolvimento epidural como manifestação inicial, sem evidência de doença ganglionar, é pouco comum ocorrendo em apenas 2.2 a 3.4% dos casos.

Descrição

Mulher, 77 anos, com antecedentes de Poliartrite Indiferenciada medicada com Metotrexato. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro progressivo de paraparésia dos membros inferiores com 3 meses de evolução, hipostesia no território distal ao dermátomo de T4 e dorsolombalgia de ritmo mecânico refractária à analgesia. Sem história de febre, hipersudorese noturna, perda de peso ou adenomegalias palpáveis. RMN da coluna vertebral em ambulatório demonstrava lesão intracanalar extradural a nível de T3-T5, com sinais de sofrimento medular. Estudo analítico com anemia normocítica normocrómica, sem outras alterações. Marcadores víricos negativos. TC cerebral, cervico-abdomino-pélvico e estudo endoscópico sem outros focos de doença. Sem evidência de patologia mamária ou ginecológica. Exérese cirúrgica da lesão com histologia e caracterização imunohistoquímica de Linfoma Folicular grau 2, com positividade para CD20, CD10, bcl-2 e bcl-6 e negativo para CD5, CD23 e ciclina D1. Mielograma com infiltração medular por linfoma. Estadiamento IV-A. Decide-se em reunião de grupo efetuar radioterapia local, tendo-se evidenciado recuperação progressiva da força muscular e da sensibilidade.

Salienta-se a importância de considerar este diagnóstico diferencial perante quadro clínico prolongado e com pouca resposta a terapêutica antiálgica. O Linfoma Folicular tem características indolentes com boa resposta ao tratamento, sendo que pelo seu risco de transformação para linfoma de alto grau agressivo é fundamental o diagnóstico precoce.

PO631

1680 UMA "EPIDEMIA" NEOPLÁSICA NUMA UNIDADE MÉDICA FUNCIONAL: ANÁLISE RETROSPECTIVA

Daniela Guerreiro Carneiro, Inês Urmal, Cláudia Neves, Felisbela Gomes, Helena Estrada

Hospital de Santo António dos Capuchos, Lisboa, Portugal

Introdução

A patologia neoplásica representa um componente estatisticamente importante do internamento em Medicina Interna, exigindo aos profissionais a capacidade de lidar com o desafio diagnóstico, a orientação terapêutica, a progressão e as complicações inerentes à doença, assim como decisões em fim de vida.

Objetivos

Os autores apresentam um estudo retrospectivo dos casos de doença neoplásica internados numa unidade médica funcional (UMF) duma enfermaria de Medicina Interna.

Métodos

Procedeu-se à análise de bases de dados dos 723 doentes que estiveram a cargo da UMF durante o ano de 2017.

Resultados

Registaram-se 129 doentes neoplásicos, correspondendo a 17,8% do total de internamentos, com maior prevalência do sexo masculino (52,7%).

A idade média global foi de 71,6 anos, sendo a dos homens 70,1 anos e a das mulheres 73,3 anos; 62,8% eram autónomos. Tinham diagnóstico prévio de neoplasia 79,8% dos doentes e nestes, a taxa de mortalidade foi 27,2%. As neoplasias sólidas corresponderam a uma clara maioria (92,3%) e 80,7% tinham sido diagnosticadas previamente. As neoplasias mais frequentes foram as colo-retais (24,8%) seguidas do pulmão (22,5%) e do trato urinário (11,6%). As admissões relacionadas com a neoplasia previamente diagnosticada foram de 52,4%, sendo a progressão da doença o motivo mais frequente (25,2%). Os sintomas constitucionais e anemia representaram o principal motivo de internamento (42,3%) nos casos ainda não diagnosticados. A taxa de mortalidade dos diagnósticos de novo foi de 15,4%. A presença de metastização registou-se em 53,5% dos casos. Foram instituídos cuidados paliativos em 39,53% do total de doentes oncológicos.

A taxa de mortalidade global foi de 27,1% (n=35), representando 47,3% do total de óbitos na UMF e 65,71% tiveram relação direta com a neoplasia.

Conclusões

A singularidade do doente oncológico exige um esforço multidisciplinar para proporcionar uma adequada abordagem terapêutica nos correctos tempo e contexto clínico, assegurando a qualidade de vida e perspectiva prognostica.

PO632

1721 PSEUDO MEIGS' SYNDROME ASSOCIATED WITH BREAST CANCER

Bárbara Pedro, Catarina Pereira, Tereza Patrícia, Fernando Aldomiro

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, Amadora, Portugal

Introdução

Meigs syndrome is defined as the co-existence of bening ovarian fibroma, hydrothorax and ascites. On the contrary, Pseudo--Meigs syndrome is characterized by the co-existence of hydrothorax, ascites and other ovarian, usually malignant, or pelvic tumors.

Descrição

A 71-years-old woman with exertional dyspnea was admitted to the hospital. Chest x-ray showed an opacity of whole left lung. It was made a diagnostic and therapeutic thoracocentesis, with 1000cc output serofibrinous liquid and then serohematic, compatible with exudate (predominance of lymphocytes, 61%). She was treated with amoxicillin/clavulanic acid and clarithromycin. Pleural biopsy was performed and placed a chest tube. The patient evolved unfavorably, with a hypotensive tensional profile, oliguria, with worsening of acute kidney injury and incresead inflammatory parameters. She was transferred to intensive care unit and the antibacterials were changed to piperacillin/tazobactam. Thoracic abdominal pelvic CT scan showed a bulky cystic lesion with a starting point on left adnexal, measuring about 10cm; was found a moderate amount of ascites with signs suggestive of peritoneal carcinomatosis. The pleural biopsy showed fibrous connective tissue with infiltration by adenocarcinoma, and the morphology and immunohistochemical profile (ERs and CK7 positives; CK20 and TTF1 negatives) suggested primary breast cancer. The patient evolved unfavorably and died.

Discussion

Meigs and pseudo-Meigs syndromes should be considered in healthy women who present with either new or recurrent hydrothorax and ascites.

PO633

1746 SEMINOMA PRIMÁRIO DO MEDIASTINO - UM CASO DE SUCESSO

Susana Franco, Maria João Serpa, Diana Repolho, Isabel Montenegro Araújo, Margarida Pimentel Nunes, Inês Branco Carvalho, Adriana Paixão Fernandes, Salomão Fernandes, Ricardo Dinis Sousa, Paula Peixinho, António Martins Baptista, José Lomelino Araújo

Hospital Beatriz Ângelo, Loures, Portugal

Introdução

O diagnóstico de massas mediastínicas é frequentemente incidental, contudo, em alguns casos, podem causar sintomas secundários a compressão de estruturas adjacentes. O diagnóstico etiológico definitivo é obtido histologicamente, através de biópsia ou resseção da massa. A neoplasia de células germinativas constitui a terceira massa mediastínica mais frequente no adulto, responsável por cerca de 12% dos casos. Os autores apresentam um caso de seminoma primário do mediastino, subtipo maligno raro de neoplasia de células germinativas, submetido a quimioterapia e cirurgia, sem recidiva.

Descrição

Caso Clínico:

O caso clínico apresentado refere-se a um homem de 29 anos, saudável, que recorreu ao Serviço de Urgência por toracalgia retroesternal, odinofagia, cefaleia holocraniana opressiva e tosse seca noturna. Objetivamente com edema facial e cervical. Analiticamente com LDH elevada (432U/L). Radiografia torácica com alargamento do mediastino anterior. A TC de corpo revelou extensa lesão sólida no mediastino antero-superior ocupando a loca tímica, com infiltração do pericárdio, veia cava superior e esterno. Efetuou-se biópsia da massa, cujo resultado histológico foi compatível com seminoma. A ecografia escrotal não mostrou massas testiculares. Dos marcadores tumorais pedidos, apresentava βHCG elevada (14mUI/mL). Iniciou-se quimioterapia, com manutenção de importante massa residual, pelo que se fez resseção tumoral total e colocação de prótese esternal, sem recidiva subsequente.

Discussão:

O seminoma primário do mediastino é um tumor maligno raro, geralmente diagnosticado em homens jovens. Tem elevado potencial metastático e prognóstico reservado. No caso apresentado, apesar da ausência de metastização, tratava-se de uma grande massa invasiva, apenas com regressão parcial após quimioterapia. Implicou necessidade de resseção cirúrgica, que cursou sem recidiva, constituindo um caso de sucesso, ao contrário do comportamento habitual neste tipo de tumores.

PO634

1750 UMA CAUSA RARA DE PULMÃO BRANCO

Nádia Simas, Catarina Chaves, Miguel M. Lopes, Emília Velhinho, Glória Nunes Da Silva

Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

Introdução

O rabdomiossarcoma é um tumor com origem nas células do mesenquima, raro em adultos, habitualmente de crescimento rápido, envolvendo qualquer parte do corpo, sendo mais frequente a cabeça, pescoço, sistema genito-urinário, membros e tronco. Metastiza sobretudo para o pulmão, osso e medula óssea.

Descrição

Os autores apresentam o caso clínico de um homem de 62 anos, autónomo, fumador (carga tabágica de 126 UMA), com quadro clínico com um ano e meio de evolução, caracterizado por agravamento progressivo de toracalgia direita (auto-medicado com diclofenac), dispneia, anorexia, perda ponderal marcada, hemoptises e semiologia compatível com síndrome da veia cava superior. Laboratorialmente há a referir anemia com aumento dos níveis séricos de ferritina, trombocitose, elevação da proteína C reactiva, transaminases, gama glutamil transpeptidase e lactato desidrogenase. A telerradiografia do tórax revelou hipotransparência de todo o hemitórax direito e a TC corpo volumosa massa sólida heterogénea, ocupando todo o campo pulmonar direito invadindo o mediastino, com empurramento da aurícula mantendo interface, invasão da parede torácica posterior com destruição de arcos costais e extensão às partes moles, com encarceramento do ramo direito da artéria pulmonar e do brônquio lobar direito. Associava-se conglomerado adenopático mediastínico, derrame pleural direito, metastização para o pulmão esquerdo e fígado. A broncofibroscopia apresentava oclusão total do brônquio principal direito por mucosa infiltrada e compressão extrínseca. Exame citológico do lavado broncoalveolar negativo para células neoplásicas e biopsia transbrônquica com alterações sugestivas de rabdomiossarcoma. Realizou um ciclo de quimioterapia (QT) com vincristina, dactinomicina e ciclofosfamida, com intuito paliativo, tendo evoluído com agravamento da dispneia e óbito ao 17º dia de internamento (7º dia pós QT).

Os autores apresentam o caso de um tumor raro, agressivo, de evolução rápida e frequentemente fatal no adulto.

PO635

1804 ADENOPATIA SUPRACLAVICULAR ESQUERDA – UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE

Maria Margarida Pereira, Ana Vera Cruz, Petra M. Pego

Hospital Distrital de Santarém, EPE, Santarém, Portugal

Introdução

O Seminoma Testicular representa um terço dos tumores de células germinativas testiculares e é a neoplasia mais prevalente entre jovens adultos do sexo masculino, entre os 15 e 35 anos. A clínica mais típica é a palpação de um nódulo no testículo. Mais raramente manifesta-se por adenopatias extra-testiculares enquanto o tumor primário não é palpável. A orquidectomia é essencial e, com a utilização da quimio e radioterapia, os índices de sobrevida em 5 anos aumentaram de 50% para 90% nos últimos 50 anos.

Descrição

Doente do sexo masculino, 39 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, recorreu ao Serviço de Urgência por adenopatia supraclavicular esquerda, com cerca de 4 cm de maior diâmetro, consistência firme, aderente aos planos profundos, com 3 semanas de evolução e agravamento progressivo. Sem outra sintomatologia associada. Realizou TC toraco-abdomino-pelvico que revelou múltiplas adenopatias intra-abdominais sugestivas de doença linfoproliferativa, sem outras alterações; endoscopia e colonoscopia sem alterações significativas e estudo analítico que não apresentou alterações relevantes. Foi submetido a biópsia excisional da adenopatia, cujo resultado histológico foi compatível com seminoma, tendo sido posteriormente encaminhado para consulta de urologia. Ao exame físico apresentava testiculos normodimensionados, sem nódulos palpáveis. Realizou ecografia testicular que objectivou testículo esquerdo heterogéneo com nódulo sugestivo de neoplasia; sem alterações significativas no doppler. Efectuou orquidectomia esquerda e encontra-se actualmente sob quimioterapia.

A adenopatia, enquanto manifestação clínica, é bastante inespecífica e o seu diagnóstico diferencial abrange um largo espectro de patologias como doenças infecciosas, linfoproliferativas, pulmonares ou neoplásicas. A adenopatia supraclavicular esquerda, na ausência de sintomas testiculares, é uma apresentação muito incomum dos seminomas, contudo, conforme ilustrado neste caso, este diagnóstico deve ser considerado.

PO636

1843 DOLSALGIA PROLONGADA DE ETIOLOGIA A ESCLARECER

Marco Fernandes, Catarina Faria, Rui Costa, Maria Alice Sousa

Hospital São Francisco Xavier - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

Introdução

O Hemangioendotelioma epitelióide (HEE) é um tumor vascular muito raro (<1%), sendo constituído por uma mistura de células fusiformes e de células epitelióides volumosas, mais frequentemente descrito no pulmão, fígado, osso e pele.

Descrição

Caso Clínico: Mulher, 73 anos, recorre ao Serviço de Urgência por dorsalgia, com 10 meses de evolução, com agravamento progressivo e irradiação dermatómica à esquerda na região intercostal, refratária à terapêutica analgésica e associada a perda ponderal de 8kg em 6 meses. Internada para controlo álgico e investigação etiológica. Sem sinais clínicos e analíticos de processo infeccioso. Analiticamente sem anemia, disfunção renal e hipercalcémia. Na Tomografia computorizada (TC) da coluna dorsal apresentava lesão osteolítica de D4 com estenose marcada do canal dorsal central. Sem evidência de neoplasia na TC toraco-abdomino-pelvica, ecografia mamária e mamografia. Efectuada biópsia percutânea guiada por TC da coluna dorsal que revelou tumor fibroso solitário/hemangiopericitoma com

baixo grau de replicação. Após discussão do caso clinico em Comissão de diagnóstico e terapêutica, colocou-se indicação cirúrgica para biópsia aberta. A avaliação anatomo-patológica de peça cirúrgica confirmou Hemangioendotelioma epitelióide do osso. Foi realizada corpodese e artrodese de D4 e iniciou radioterapia adjuvante.

Discussão: Os autores pretendem com este caso mostrar uma causa muito rara de dorsalgia, apenas passível de diagnosticar histologicamente, salientado a importância de uma abordagem médica multidisciplinar, com articulação com o serviço de Anatomia patológica e Neurocirurgia.

01 DE JUNHO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 01
09:00 - 10:30

PO637

1877 HIPEREOSINOFILIA PARANEOPLÁSICA EM DOENTE COM CARCINOMA DO CÓLO DO ÚTERO – CAUSA RARA DE EOSINOFILIA.

Joana Paiva Simões, Frederico Trigueiros, Ana Júlia Oliveira Pedro, João Meneses Santos

Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar de Lisboa Norte; Serviço de Medicina 2, Clínica Universitária de Medicina., Lisboa, Portugal

Introdução

A eosinofilia é uma paraneoplasia altamente infrequente nos tumores sólidos. Os autores apresentam um caso de hipereosinofilia numa doente com carcinoma do cólo do útero.

Descrição

Uma mulher de 40 anos foi internada por febre, disúria e lombalgia esquerda com uma semana de evolução. Referia leucorreia desde há vários meses. Ao exame ginecológico observou-se cólo do útero substituído por massa irregular, dura, friável e com necrose. Ao toque, a massa era superior a 4 cm com invasão das paredes anterior e posterior da vagina. Analiticamente, verificou-se Hb de 11,2 g/dL, VGM de 87,8 fL, CHCM de 35,5 g/dL, 14570 leucócitos/µL, 9880 neutrófilos/µL, 2840 eosinófilos/µL e 419000 plaquetas/µL. O mielograma revelou medula óssea normocelular, com relação mielóide/eritróide conservada e aumento moderado dos eosinófilos com cerca de 9% da celularidade total. A ecografia e ressonância magnética pélvicas identificaram uma formação sólida, heterogénea, no cólo uterino com diâmetros de 6,5 x 6 x 6 cm. A biópsia desta formação revelou carcinoma pavimento-celular pouco diferenciado, não queratinizante, invasor, ulcerado, IHQ p16 +. Após a primeira administração de cisplatina, a contagem de eosinófilos normalizou por completo, com descida para 110 células/µL, sugerindo claramente a sua natureza paraneoplásica.

A eosinofilia paraneoplásica ocorre em 10% dos linfomas, 3% das neoplasias pulmonares, mas apenas ocasionalmente nas neoplasias gastro-intestinais, da mama, do rim e do cólo do útero. A produção tumoral de interleucina (IL)-5, IL-3 e GM-CSF é, em parte, responsável por esta paraneoplasia. O caso apresentado constitui, assim, uma causa rara de eosinofilia.

PO638

1942 MESOTELIOMA METASTIZADO

Débora Sousa, Filipa Malheiro

Hospital da Luz, Lisboa, Portugal

Introdução

O mesotelioma pleural é uma neoplasia rara e de evolução insidiosa. Dos fatores etiológicos associados, o mais proeminente é a exposição prévia asbestos.

Descrição

Mulher de 71 anos, de nacionalidade britânica. Referenciada ao serviço de urgência por queixas de cervicalgia com 3 anos de evolução, com agravamento recente com irradiação ao membro superior esquerdo, associada a parestesias e défice de força na mão esquerda. Trazia ressonância magnética da coluna cervical do exterior que relatava extensa imagem latero-vertebral esquerda, de C6 a D1, com invasão e alargamento do fóramen neural, sem aparente compromisso medular.

Ao exame objetivo destacavam-se as seguintes alterações: cifoescoliose com lateralização direita; massas palpáveis no hemitórax direito, pétreas e indolores, uma anterior e uma lateroanterior, com cerca de 4cm e 9cm de maior diâmetro, respectivamente; e na auscultação pulmonar apresentava diminuição do murmúrio vesicular na metade inferior do hemitórax direito.

Realizou tomografia computorizada torácica e abdominal que revelou extensa lesão neoformativa, com aparente ponto de partida pleural direito, com envolvimento da parede torácica e da margem capsular hepática.

Neste contexto foi feita biópsia da massa anterior da parede torácica, cujo resultado anatomopatológico identificou uma neoplasia sarcomatóide/fusiforme, compatível com mesotelioma maligno. Foi assumido o diagnóstico de mesotelioma pleural em estadio IV, com metastização óssea e hepática.

O caso clínico foi abordado em reunião multidisciplinar, onde se decidiu iniciar radioterapia paliativa dirigida à lesão cervical e, posteriormente, quimioterapia paliativa.

O mesotelioma é tipicamente diagnosticado em fase avançada, pelo que tem mau prognóstico. Estudos de regressão estatística previram que o pico de mortalidade atribuída a mesotelioma em indivíduos de nacionalidade britânica ocorreria entre 2011 e 2016, devido ao elevado índice de exposição ocupacional a asbestos durante o século 20.

PO639

1993 PSEUDOMIXOMA PERITONEAL: "A BELLY FULL OF GELLY"

Ana Catarina Carvalho, Luísa Costa, Ricardo Lavajo, Marlene Delgado, Ana Rita Loureiro, Sara Moreira, António Correia

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E., Viseu, Portugal

Introdução

O pseudomixoma peritoneal é uma entidade caracterizada por ascite mucinosa e implantes peritoneais de epitélio mucinoso, resultante da disseminação peritoneal de adenomas/adenocarcinomas mucinosos, com origem no apêndice cecal, ovário, entre outros. Tem uma incidência de 1-2 por milhão, idade média de 50 anos e é mais comum em mulheres. A apresentação mais comum é o aumento do perímetro abdominal.

Descrição

Mulher, 76 anos, com antecedentes de hipertensão, demência fronto-temporal e neoplasia ginecológica submetida a histerectomia total e anexectomia bilateral há 20 anos. Apresenta quadro de desconforto abdominal, obstipação, anorexia e perda ponderal com 1 ano de evolução, associado a aumento recente do perímetro abdominal. Realizou ecografia abdomino-pélvica em contexto de urgência, que revelou ascite e sinais de carcinomatose peritoneal. Internada para investigação da neoplasia primária. Estudo analítico: anemia inflamatória e CEA, CA 19.9 e ROMA elevados. TC-TAP, Entero-TC e RM pélvica: volumosa ascite, múltiplos implantes peritoneais, sobretudo a nível hepático e esplénico, sem adenomegalias ou outras lesões de natureza suspeita. Estudo endoscópico: compressão extrínseca do estômago e cólon sigmoide/reto. Paracentese diagnóstica: material proteináceo e diversas células mesoteliais sem atipia. Biópsia de implante peritoneal guiada por TC: tecido conjuntivo fibroso hipocelular parcialmente ocupado por lagos de muco, sem células epiteliais identificáveis, a favorecer o diagnóstico de implante de carcinoma mucinoso. Dada a suspeita diagnóstica, foi tentada biópsia dos implantes por laparoscopia, impossibilitada pela exuberante ascite mucóide espessa, com aspetos morfológicos compatíveis com pseudomixoma peritoneal.

Trata-se de um caso de ascite neoplásica cuja investigação diagnóstica revelou um tipo de ascite inesperada. O pseudomixoma peritoneal é uma condição rara, pouco compreendida na prática clínica, cujo o diagnóstico pré-operatório é de elevada dificuldade.

E-POSTERS

PO640

2006 QUANDO O HEMATOMA SOB ANTICOAGULAÇÃO ORAL É A PONTA DO ICEBERG

Dora Lameiras Xete[1], Clara Cunha[2], Andrea Castanheira[1], Manuela Zita Veiga[1], Alberto Mello E Silva[3]

[1]Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental - Hospital de Egas Moniz - Serviço de Medicina 1A, Lisboa, Portugal

[2]Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental - Hospital de Egas Moniz - Serviço de Endocrinologia, Lisboa, Portugal

[3]Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental - Hospital de Egas Moniz - Serviço de Medicina, Lisboa, Portugal

Introdução

O efeito terapêutico dos anticoagulantes antagonistas da vitamina K (AVK) apresenta variabilidade inter-individual, é dependente de factores genéticos e ambientais que influenciam a sua absorção, farmacocinética e farmacodinâmica. O seu uso aumenta o risco hemorrágico, no entanto, perante um hematoma que não reabsorve após suspensão da anticoagulação oral (ACO), outras causas devem ser equacionadas.

Descrição

Caso Clínico: Mulher de 76 anos, previamente autónoma e com antecedentes de insuficiência cardíaca, fibrilhação auricular sob ACO e internamento prévio por hematoma da coxa direita com 2 meses de evolução secundário a AVK (INR de 5). Recorre ao Serviço de Urgência (SU) um mês após a alta com edema do membro inferior direito, tendo alta com indicação de suspender AVK e iniciar enoxaparina. A doente apresentou agravamento do quadro, condicionando dificuldade na marcha pelo que recorreu novamente ao SU. Foi internada por hematoma secundário a anticoagulação (AC). A ecografia de partes moles descreve volumosa massa da face interna da coxa, com 20 cm por 12 cm de diâmetro, com indícios de hematoma com diferentes tempos hemorrágicos. A imagem na TAC também foi sugestiva de hematoma mas a angiografia descreveu um "blurring" sugestivo de neoformação com angiogénese. Perante a suspeita de neoformação a doente realizou RMN da coxa que sugere rabdomiossarcoma. Concluiu estudo que revelou secundarização pulmonar. Encaminhada para Centro de Referência onde foi submetida a exploração cirúrgica da massa cuja histologia revelou tratar-se de tumor de células mesenquimatosas, não se conseguindo subclassificar devido a extensa necrose.

Discussão: A utilização de AC acarreta riscos hemorrágicos que podem ser de difícil resolução. Não obstante, perante um quadro arrastado de complicação hemorrágica pós-AC, o diagnóstico diferencial deverá ser revisto. Neste caso a investigação do extenso hematoma da coxa numa doente anticoagulada revelou um tumor como causa da hemorragia.

PO641

2033 APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE UMA DOENÇA RARA

Iuliana Cusnir, Carolina Nunes Coelho, Diana Vital
Hospital de Santarém, E.P.E, Santarém, Portugal

Introdução

Os tumores neuro-endócrinos de grande células são caracterizados por seu diagnóstico raro e difícil com uma prevalência de 35/10000. A metastização é frequente para os gânglios linfáticos, tendo um prognóstico desfavorável com uma elevada taxa de mortalidade.

Descrição

As autoras apresentam o caso de um doente do sexo masculino, 71 anos, com antecedentes pessoais de asma e hiperuricémia, que recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de edema progressivo do membro inferior esquerda após esforço físico. À observação destacava-se edema de membro inferior esquerdo e tumefacção inguinal esquerda dolorosa com 2 cm, móvel em relação os planos superficiais e profundos, sem sinais inflamatórios e com consistência elástica. Analiticamente sem alterações. Realizou eco-doppler do membro inferior esquerdo "sem sinais de trombose com formações ganglionares, com cerca de 14 mm/13 mm…", pelo que se internou para estudo de adenomegálias inguinais. No internamento, realizou Tomografia Toraco-Abdomino-Pélvica que demonstrou "(...) No mediastino observam-se adenopatias infra centimetricas a maior retro cava com cerca de 6mm. Adenopatias lombo aorticas destacando-se uma globosa inter aorto cava com cerca de 21mm. Adenopatias lombo-aórticas, conglomerado adenopático nas cadeias ilíacas à esquerda, com componente compressivo dos vasos ilíacos (...) edema na raiz da coxa esquerda e adenopatias inguinais homolaterais". Realizou biópsia excisional dos gânglios inguinais que revelou metastização ganglionar de carcinoma neuroendócrino de grandes células, de origem desconhecida. Mantém seguimento em Consulta de Oncologia, iniciando tratamento.

Conclusão: O diagnóstico precoce é fundamental, apesar de manifestações clínicas inespecíficas como o caso apresentado, que apontava preferencialmente para uma doença linfoproliferativa, sendo importante a orientação diagnóstica rápida com a biopsia ganglionar e orientação terapêutica.

PO642

2038 ETIOLOGIA RARA, SINTOMA FREQUENTE

Tiago Alves, Inês Coelho Santos, Teresa Inês
Centro Hospitalar do Médio Tejo, Torres Novas, Portugal

Introdução

As neoplasias do intestino delgado são consideradas raras, correspondendo a cerca de 3 a 6% das neoplasias gastrointestinais. O seu diagnóstico é muitas vezes difícil pela sintomatologia inespecífica e pelas limitações técnicas para a avaliação do intestino delgado.

Descrição

Descreve-se caso de mulher de 55 anos com quadro de vómitos pós-prandiais recorrentes e perda ponderal de 2 Kg com 1 mês de evolução, sem outros sintomas acompanhantes, com várias idas prévias ao Serviço de Urgência(SU), tendo realizado em ambulatório avaliação analítica, endoscopia digestiva alta (EDA) e colonoscopia que não revelaram alterações, pelo que foi medicada com sertralina e metoclopramida e referenciada a consulta de psiquiatria. Por manter vómitos persistentes recorreu novamente ao SU, apresentando analiticamente discreta hipocaliemia e leucocitose ligeira (11.000/uL) sem outras alterações. Pelo quadro arrastado de vómitos de etiologia não esclarecida e perda ponderal progressiva realizou ecografia e radiografia abdominal sem alterações, tendo sido internada para estudo do quadro consumptivo. No internamento foram excluídas causas infecciosas, gástricas ou metabólicas. Repetiu EDA e colonoscopia sem alterações e realizou tomografia computorizada abdomino-pélvica que revelou espessamento a nível do jejuno. O caso foi discutido com a Cirurgia Geral que optou por realizar laparotomia exploradora identificando-se lesão estenosante no duodeno ao nível do ângulo de Treitz, condicionando retracção das estruturas adjacentes, cujo resultado anatomopatológico revelou adenocarcinoma do intestino delgado, com metastização ganglionar. A doente foi submetida a quimio e radioterapia, falecendo 3 anos após o diagnóstico por recidiva local e à distância.

DISCUSSÃO: Este caso demonstra a importância da investigação clínica minuciosa perante sinais de doença, mesmo quando as patologias mais frequentes foram excluídas de forma a evitar atrasos no diagnóstico que condicionem negativamente o prognóstico.

PO643

2042 INTERNAMENTOS DE DOENTES ONCOLÓGICOS NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Rosana Maia, Ana Simas, Lúcia Brandão, Duarte Silva, Pedro Pinto, Edgar Torre, Carmelia Rodrigues, Diana Guerra

ULS Alto Minho - Hospital Santa Luzia, Viana Do Castelo, Portugal

Introdução

Com o desenvolvimento de novas terapêuticas, a sobrevivência dos doentes com cancro aumentou, paralelamente com o seu número de internamentos.

Objetivos

Caraterizar doentes com cancro e internamento no serviço de Medicina no ano de 2016.

Métodos

Trata-se de um estudo retrospetivo de doentes com internamento não eletivo num serviço de Medicina Interna no período entre 1.01.2016 e 31.12.2016. Critérios de inclusão: idade superior a 18 anos e diagnóstico histológico de neoplasia maligna. A pesquisa foi efetuada através da codificação de GDHs e consulta de processos clínicos e a análise estatística utilizando o IBM SPSS Statistics 21.

Resultados

Obtiveram-se 170 internamentos, de 140 doentes oncológicos, 117 do sexo masculino (68.8%), com idade média de 70 anos [mínimo (Mi) 30 e máximo (Ma) 90 anos], a maior parte com co morbilidades associadas (78.8%). Destes, a maioria com cancro de próstata (33.5%) e de pulmão (31.8%), em estadio IV (33.6%), sendo que 106 doentes (62.4%) eram seguidos na nossa Instituição. Destes doentes, 20% estavam sob quimioterapia, 11.2% sob hormonoterapia e 2.4% sob radioterapia. Os motivos principais de internamento foram dispneia (30%), febre (11.2%) e prostração (8.2%). Como principais diagnósticos de alta, doença infeciosa (50.3%), neoplasia diagnosticada de novo (21.2%), metastização (18.8%), outras alterações hematológicas (11.2%), insuficiência cardíaca descompensada (9.4%), neutropenia febril (6.5%), mucosite (5.3%) e tromboembolismo venoso (4.7%). A mediana de internamento foi de 7 dias (Mi 0 e Ma 75 dias), tenho ocorrido 42 óbitos (24.7%) e a mediana de sobrevivência de 27 dias.

Conclusões

Os doentes com cancro, principalmente aqueles em estadio avançado, têm alto risco de hospitalização, o que afeta a qualidade de vida e sobrevivência. Torna-se pertinente o estudo desta população, de forma a diminuir os efeitos adversos das terapêuticas antineoplásicas e os internamentos.

PO644

2047 TABAGISMO: UM FATOR DE RISCO A NÃO NEGLIGENCIAR

Joana Fontes, Raquel Costa, Inês Grenha, Marta Pereira, Vítor Costa, Tiago Mendes, Joana Serôdio, José Carlos Veloso, Paula Brandão

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Ponte De Lima, Portugal

Introdução

O tabagismo é a principal causa de doença e de morte evitáveis. Embora seja tipicamente associado ao cancro do pulmão, numerosos estudos epidemiológicos confirmam a sua associação com tumores de outros locais.

Descrição

Mulher, 61 anos, com antecedentes de amigdalites de repetição na infância e tabagismo ativo (16UMA).

Após episódio de amigdalite e adenopatias cervicais reativas tratadas com antibioterapia, permaneceu tumefação cervical direita, sem outros sintomas acompanhantes, como odinofagia, disfagia ou disfonia. Realizou ecografia cervical onde se destacaram duas adenopatias de natureza suspeita a nível jugular direito.

Na consulta de Cirurgia Geral foi proposta a realização de Tomografia Computarizada Cervical (TC-Cervical) e biópsia excisional de gânglio cervical. A imagem suportou tratar-se de adenopatias de características metastáticas e o estudo histológico revelou-se compatível com metástases de carcinoma epidermóide.

Foi então internada para estudo da lesão primária, onde realizou nova TC-Cervical que descreveu espessamento heterogéneo, assimétrico e suspeito do pilar amigdaliano à direita. Macroscopicamente foi identificada uma neoformação exofítica centrada no pilar amigdalino anterior e amígdala direita. A biópsia da lesão foi concordante com carcinoma linfoepitelial indiferenciado, vírus Papiloma Humano (VPH) negativo.

Após estadiamento, concluiu-se tratar-se de um tumor da orofaringe direita T2N2cM0, pelo que se propôs Radioterapia radical e Quimioterapia.

Portugal tem uma das taxas de incidência e mortalidade mais elevadas da Europa de doentes com Tumores da Cabeça e Pescoço e estima-se que 85% estejam associados ao consumo de tabaco.

Tem-se verificado uma incidência crescente do cancro da amígdala em paralelo com o surgimento de mais casos VPH positivos. Ainda assim, o tabaco não deixa de ser o principal fator de risco para esta neoplasia, pelo que se revela de enorme importância identificar os doentes em risco e diagnosticar precocemente.

PO645

2079 UMA CAUSA RARA DE ICTERÍCIA COLESTÁTICA E ADENOPATIAS INFRA-DIAFRAGMÁTICAS

Ana Rita Pereira, Inês Pimenta Rodrigues, André Faria Esteves, Catarina Patrão Correia, Diogo Gonçalves, Ana Luísa Broa, Francisca Delerue

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução

O diagnóstico diferencial de adenopatias infra-diafragmáticas e icterícia colestática (IC) é extenso. O caso clínico apresentado é exemplo de uma etiologia rara destas duas entidades.

Descrição

Homem, 55 anos, recorreu ao Serviço de Urgência por coloração amarelada das escleróticas e palmas das mãos, prurido, astenia e diminuição subjectiva do débito urinário, com 2 semanas de evolução. Ao exame objectivo, destacavam-se icterícia muco-cutânea, massa hipogástrica sugestiva de globo vesical e adenopatias inguinais bilaterais. Laboratorialmente, apresentava padrão de citocolestase hepática, hiperbilirrubinémia directa e lesão renal aguda (LRA). A ecografia abdominal e renal evidenciou a existência de uma massa suspeita de doença linfoproliferativa e sugeriu uma etiologia pós-renal para a LRA. O doente (dt) foi algaliado com melhoria progressiva da função renal. Para investigação etiológica, realizou uma tomografia computorizada que mostrou envolvimento adenopático multicompartimental apenas infra-diafragmático e próstata globosa e heterogénea, sem lesões hepáticas ou dilatação das vias biliares, achados confirmados por ressonância magnética. Do estudo de patologia infecciosa, auto-imune e tumoral salientou-se a elevação do antigénio específico da próstata (> 5000 ng/mL). Perante a ausência de diagnóstico específico, foi feita biópsia excisional de gânglio inguinal externo direito com resultado compatível com metástase de adenocarcinoma primário da próstata (APP). O dt iniciou terapêutica de bloqueio hormonal e foi referenciado à especialidade de Urologia.

Este caso clínico é particular pela forma de apresentação inicial de APP, pois tanto o envolvimento metastático apenas infradiafragmático como a colestase não obstrutiva são achados raros. Esta última atribui-se a fenómeno paraneoplásico, estando publicados, na literatura, menos de uma dezena de casos.

01 DE JUNHO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 02
09:00 - 10:30

PO646

2137 3 TUMORES PRIMÁRIOS EM 3 MESES

Rita Passos Coelho, Bianca Vaz, Vitória Cunha

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução

Tumores malignos síncronos constituem aproximadamente 1% de todos os casos de neoplasia, sendo que o mais frequente é a proliferação multifocal num só órgão. O acometimento de mais de dois órgãos é raro, havendo poucos casos descritos na literatura.

Nos últimos anos o diagnóstico de carcinomas genitourinários aumentou cerca de 10%, explicando também o aumento do diagnóstico de múltiplos tumores primários neste sistema de órgãos. No entanto, o surgimento de uma neoplasia com histopatologia diferente em outro sistema de órgãos é extremamente infrequente.

Descrição

Apresenta-se o caso de um homem de 63 anos sem antecedentes de relevo, com quadro clínico com três semanas de evolução de sintomas constitucionais, tumefacção inguinal direita, hematúria e febre. Foram-lhe diagnosticadas num período de três meses três neoplasias síncronas: adenocarcinoma da próstata, carcinoma urotelial escamoso e adenocarcinoma da vesícula biliar. A marcha diagnóstica foi complexa e o doente acabou por falecer por falência multiorgânica e metastização múltipla.

A pertinência do caso prende-se com o facto de não ter havido até à data nenhum caso semelhante descrito, salientando-se a necessidade de uma abordagem diagnóstica completa, dirigida aos sintomas e a cada achado clínico.

E-POSTERS

PO647

2198 UMA CAUSA RARA DE HEMIPARÉSIA ESQUERDA

Rosa Alves, Ana Rita Varudo, Tiago Lobo Ferreira, Ana Isabel Rodrigues, Ana Oliveira, Tiago Judas

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução

O carcinoma de Merkel é um carcinoma neuroendócrino cutâneo extremamente raro associado a mau prognóstico. Como

factores de risco a referir, exposição solar, idade, fenótipo caucasiano e imunossupressão. O diagnóstico baseia-se nas características imunohistoquímicas específicas.

Descrição

Homem, 78 anos, com história de hipertensão arterial, ex-fumador. Internado por quadro de hemiparésia esquerda com 6 dias de duração associada a tumefacção axilar esquerda com 1 mês de evolução. À admissão, apresentava hemianópsia homónima esquerda, hemiparésia hipertónica espástica com hemihipostesia esquerdas, massa axilar esquerda dura e aderente aos planos profundos, sem lesões cutâneas. A tomografia computorizada (TC) craneo-encefálica (CE) com angiografia demonstrava lesão expansiva no hemisfério direito. A TC corpo evidenciava aglomerado adenopático na região axilar esquerda e lesão nodular adjacente à pleural costal esquerda. A ressonância magnética CE era sugestiva de lesão secundária. Na ausência de evidência dofoco primário, realizado PET-scan sem alterações de novo. Durante o internamento, por agravamento dos défices neurológicos submetido a exérese da lesão encefálica. A biópsia da lesão encefálica e do conglomerado adenopático foram ambos compatíveis com carcinoma de células de Merkel. Admitido o diagnóstico de carcinoma de células de Merkel, com metastização cerebral, ganglionar e pleural, sem evidência de tumor primário. Encaminhado para radioterapia holocraneana paliativa, sem condições para quimioterapia, falecendo 4 meses após o diagnóstico. Apresenta-se um caso de um carcinoma de Merkel em fase avançada, embora sem evidência de lesão primária, que se revelou ter um mau prognóstico a curto prazo.

01 DE JUNHO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 03
09:00 - 10:30

PO648

2211 TUMEFAÇÃO CERVICAL - UMA SURPRESA DIAGNÓSTICA!

Francisca M. Pereira[1], Ana Galaghar[2], Márcia Ribeiro[1], Ana Martins[1], Daniel Martins[1], Carlos Oliveira[1]

[1]Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. Barcelos, Barcelos, Portugal
[2]Dr Macedo Dias - Laboratório de Anatomia Patológica, S.A., Porto, Portugal

Introdução

A neoplasia sólida pseudopapilar do pâncreas é um tumor raro, que representa cerca de 1-2% dos tumores pancreáticos exócrinos. É mais comum em mulheres jovens, com pico de incidência entre os 20-30 anos de idade.

Descrição

Jovem do sexo masculino, 25 anos de idade, sem patologias conhecidas. Referenciado para Consulta Externa de Medicina por tumefação cervical direita com 1 mês de evolução. Negava queixas constitucionais ou outros sintomas associados. Previamente medicado com amoxicilina/ácido clavulâmico, sem resposta. Ecografia partes moles do pescoço com nódulo à direita de 2,0x7,5x12,5mm com vários gânglios adjacentes, bem como vários gânglios à esquerda, o maior com 15x4,3mm. Analiticamente hemograma normal, sem elevação dos parâmetros inflamatórios (VS e LDH normais, PCR negativa). Serologias negativas. Submetido a exérese de gânglio, com exame cultural e pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes negativos. Histologia compatível com hiperplasia folicular reativa associada a linfadenite granulomatosa não necrotizante. TC abdomino-pélvica revelou "massa na cauda do pâncreas com 6x6.6cm com algumas calcificações periféricas, hipovascular, a condicionar trombose do 1/3 distal da veia esplénica." RM abdominal confirmou "massa de 6cm na cauda do pâncreas, com múltiplas formações quísticas no interior, bordos irregulares mas bem definidos, e captação de contraste endovenoso, apenas pelas suas paredes e septos no seu interior – provável cistadenoma microquístico". Submetido a ressecção cirúrgica da lesão, com esplenectomia concomitante - aspetos morfológicos e imunohistoquímicos compatíveis com neoplasia sólida pseudopapilar do pâncreas; estadiamento pT3N0M0.

A neoplasia sólida pseudopapilar do pâncreas é um tumor de crescimento indolente, sendo o diagnóstico na maioria das vezes, um achado em exames de rotina. No presente caso, o aparecimento de tumefação cervical levou ao seu diagnóstico e destaca-se pela sua incidência rara, sobretudo em doentes do sexo masculino.

E-POSTERS

PO649

2275 QUANDO O PRURIDO VEM PRIMEIRO...

Ana Rita Alves Lopes, Sergio Resende Alves, Cristiana Batouxas, Jorge Poço

ULSNE - UH Bragança, Bragança, Portugal

Introdução

O prurido é uma sensação cutânea que pode estar relacionada, em apenas 20% dos casos, com doenças sistémicas. No idoso a doença sistémica pode causar pode ser causadora de prurido em 25- 50% dos casos, sendo a identificação etiológica decisiva para a escolha do tratamento mais eficaz. Pode fazer parte de um síndrome paraneoplásico, no entanto a sua relação com tumor ainda não está completamente esclarecida.

Descrição

Caso clinico: Homem, 76 anos, ex-fumador há 9anos e dislipidemico e antecedentes de carcinoma espinocelular da corda vocal esquerda há 10anos. Enviado para a consulta por prurido generalizado, com 6meses de evolução, e agravamento noturno, sem resposta aos tratamentos instituídos. Quando questionado, referia também perda ponderal (6Kg em 4meses) e hipersudorese noturna. Objetivamente pálido, anictérico, hemodinamicamente estável, a nível cutâneo com lesões de coceira, sem adenopatias palpáveis. Analiticamente apresentava anemia macrocítica (Hb10,9g/dL); sem alteração da função hepática e renal, velocidade de sedimentação (71mm) e ferritina (366ng/mL) aumentadas, ferro e função tiroideia normais, eletroforese de proteínas com hipergamaglobulina (31,1%) e vírus negativos. Dado síndrome constitucional e prurido crónico, realizada tomografia toraco-abdomino-pélvica que revelou, no lobo superior com localização subpleural externa mas estendendo-se até ao hilo, volumosa área de consolidação parenquimatosa (10,6x7,2cm) aderente à pleura marginal externa, de provável natureza neoplásica e adenopatias mediastínicas. Realizou tomografia por emissão de positrões e biopsia que confirmaram o diagnóstico de neoplasia pulmonar. Doente iniciou radioterapia.

Conclusão: Pretende-se chamar atenção para investigação exaustiva da etiologia do prurido, não devendo ser subestimado, pois pode ser um sinal de doença sistémica. Uma boa avaliação (anamnese e exame físico) é de extrema importância para dirigir a investigação clinica.

01 DE JUNHO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 01
09:00 - 10:30

PO650

2320 UMA CAUSA RARA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Isabel Rodrigues Neves, Rita Costa, Nuno Sá, Isabel Almeida

Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal

Introdução

A insuficiência cardíaca (IC) descompensada é um dos síndromes mais frequentes na prática clínica mas, por vezes, a sua etiologia pode surpreender-nos.

Descrição

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 74 anos, com hipertensão arterial, que recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia rapidamente progressiva até ao repouso, edemas periféricos e febre com 3 dias de evolução.

A auscultação pulmonar revelou crepitações inspiratórias dispersas. A radiografia torácica mostrou cardiomegalia e infiltrados algodonosos bilaterais. Analiticamente tinha hepatite aguda, trombocitopenia, coagulopatia, lesão renal aguda e elevação dos marcadores inflamatórios; insuficiência respiratória tipo 1 e hiperlactacidemia.

Assumiu-se inicialmente IC descompensada em contexto de sépsis com ponto de partida indeterminado, com múltiplas disfunções de órgão e possível hepatite isquémica, tendo iniciado diurético e antibioterapia de largo espectro.

Evoluiu rapidamente com hipotensão, oligoanúria, e lesões petequiais/equimoses dispersas, sem resposta às medidas de suporte de órgão, tendo vindo a falecer menos de 48 horas após a admissão.

Dada a evolução clínica fulminante com múltiplas disfunções de etiologia não compreendida foi pedida autópsia anátomo-clínica, que evidenciou lesão sólida multinodular (8x2.5x2.5cm) envolvendo cerca de 80% do perímetro da parede livre do ventrículo esquerdo e toda a espessura do miocárdio, com exame histológico a revelar linfoma de células T; fígado com necrose e proliferação linfóide atípica em espaços porta e intra-sinusoidais e pulmões com acentuada congestão vascular e foco de neoplasia.

Assumiu-se quadro de choque cardiogénico secundário a linfoma T intramural do ventrículo esquerdo com envolvimento pulmonar e hepático.

Este caso alerta-nos para a possibilidade de uma entidade frequente poder ter uma etiologia pouco usual, sendo essencial manter desconfiança clínica quando todas as “peças do puzzle” não encaixam na perfeição.

01 DE JUNHO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 02
09:00 - 10:30

PO651

2334 CARCINOMA SEROSO PERITONEAL PRIMÁRIO E CARCINOMA SEROSO PRIMÁRIO DO OVÁRIO: DUAS ENTIDADES CONFUNDÍVEIS.

Ricardo Lavajo, Luisa Costa, Marlene Delgado, António Monteiro

CHTV, Viseu, Portugal

Introdução

O carcinoma seroso peritoneal primário (CSPP) é uma neoplasia

primária rara (incidência de 6.78 casos por milhão), que envolve difusamente o peritoneu e é clinica e histopatologicamente indistinguível do carcinoma seroso primário do ovário (CSPO), sendo que a sua origem ainda não está esclarecida mas pensa-se que tenha origem em ilhotas celulares de remanescentes müllerianos, tendo assim ambos a mesma origem embrionária.

Descrição

Mulher de 72 anos, sem antecedentes. Quadro de sintomas constitucionais com um mês de evolução e ascite sob tensão de instalação recente. Internamento para estudo etiológico da ascite. Das análises destacou-se um score ROMA de 96%. Estudo do líquido peritoneal: gradiente sero-ascitico de 0,7, predomínio de mononucleares e células suspeitas de malignidade, amicrobiano inclusive para micobactérias. TC toracoabdominopélvica apenas volumosa ascite mas sem evidência de lesões neoplásicas primárias ou secundárias. Ecografia ginecológica transvaginal: fibromioma uterino (mas cuja biópsia por histeroscopia foi compatível com hiperplasia simples) e ovários não visualizados. RM pélvica identifica implantes peritoneais, útero e ovários morfologicamente normais. Estudo endoscópico negativo. E PET sem evidência de lesões neoplásicas malignas de alto grau. Discutido caso em reunião de decisão terapêutica, e optou-se por biópsia dos implantes peritoneais por laparoscopia, cujos aspectos morfológicos e imunofenotípicos sugestivos de metástase peritoneal de adenocarcinoma ginecológico tipo seroso.

Tendo em conta a ausência de envolvimento dos ovários em todos os métodos de imagem e na laparoscopia, e a semelhança histológica entre o CSPO e o CSPP, admite-se que o diagnóstico que se impõe é o de carcinoma seroso peritoneal primário (CSPP), um tumor raro,que representa um desafio diagnóstico e que deve ser incluído no diagnóstico diferencial de ascite neoplásica com implantes peritoneais na mulher pós-menopausa.

E-POSTERS

Doenças Renais

PO652

88 INVESTIGAÇÃO CLÍNICA NA SOMBRA DO CANCRO - DOIS CASOS CLÍNICOS DE SÍNDROME NEFRÓTICO EM DOENTES ONCOLÓGICOS

Joana S Reis, Diana Oliveira, José Pestana Ferreira, Inês Costa, Jorge Oliveira

C.H.S.J., Porto, Portugal

Introdução

O aparecimento de um sintoma de novo num doente oncológico é comummente interpretado como manifestação do cancro. Contudo, esta premissa pode inibir a investigação etiológica e, consequentemente, limitar a intervenção.

Descrição

Descreve-se dois casos clínicos de doentes internadas em Medicina Interna, em 2017 por síndrome nefrótico de novo. O primeiro caso trata de uma mulher de 60 anos, com ótimo estado geral (mRankin 0), com carcinoma das paratiróides com metastização pulmonar ao diagnóstico. A doente esteve assintomática até ao surgimento do síndrome nefrótico e no internamento teve otima resposta ao tratamento com normalização dos parâmetros indicativos de função renal. Decidiu-se avançar com a investigação etiológica e realizar biópsia renal. O segundo caso é uma mulher de 74 anos, autónoma (mRankin 1), com vários fatores de risco cardiovasculares, antecedentes de angor instável e diagnóstico recente de carcinoma invasor da mama. Apresentou boa resposta clínica ao tratamento e melhoria moderada dos valores de ureia e creatinina séricas. Optou-se por realizar biópsia renal. Ambas as doentes tiveram alta orientadas para consulta de Nefrologia.

Em ambos os casos surgiram dúvidas relacionadas com a extensão da investigação etiológica. Há tendência para atribuir a etiologia do síndrome nefrótico a nefropatia membranosa relacionada com a neoplasia, a causa mais provável, e não realizar biópsia renal. Não obstante, a investigação foi continuada, a biópsia foi realizada e revelou nefropatia por IgA e glomerulosclerose segmentar focal (GESF), no primeiro e segundo casos respetivamente. A abordagem da nefropatia membranosa associada a cancro estão associados à intervenção anti-neoplasica. A nefropatia por IgA e a GESF são entidades com abordagem e prognóstico divergentes do cancro concomitante.

No doente oncológico, mesmo que exista provável correlação entre o cancro e o novo sintoma, como ilustram os casos descritos, a investigação etiológica na íntegra deve ser cumprida.

PO653

139 DOENÇA RENAL POLIQUÍSTICA AUTOSSÓMICA DOMINANTE (DRPAD): GRAVIDADE DAS COMPLICAÇÕES

Diana Pimenta, Joana Sotto Mayor, Raquel Fontes, Margarida Robalo, Sofia Esperança, Carlos Capela

Hospital de Braga, Braga, Portugal

Introdução

Os quistos hepáticos são frequentes na Doença Renal Poliquistica Autossómica Dominante (DRPAD). Na maioria das vezes são assintomáticos, no entanto, raramente, podem cursar com dor ou infeção do mesmo.

Descrição

Homem, 53 anos, antecedentes de doença renal terminal,

secundária a DRPAD, já em programa de hemodiálise e com quistos hepáticos documentados em exames anteriores (desde 2015), recorre ao serviço de urgência, por vómitos, astenia, anorexia e febre intermitente com um mês de evolução. Ainda, dor em moedeira no hipocôndrio direito, sem irradiação. Do estudo efetuado: Proteina C Reactiva (PCR): 165 mg/L, sem outras alterações; Tomografia toraco-abdomino-pélvica: "(…) lobo direito do fígado globoso devido a volumosa formação cística com cerca de 14 cm de maior eixo, com contorno esbatido, havendo outro adjacente com cerca de 55mm e parênquima circundante menos denso que o restante – cisto complicado?. Nefromegalia esquerda de contornos bosselados por inúmeros quistos corticais dispersos, alguns com conteúdo denso." Internado para estudo de síndrome febril de causa indeterminada. Analises alargadas apenas com elevação da PCR e da Procalcitonina e aumento das enzimas de colestase hepática.

Interpretou-se a origem da febre secundária a quisto hepático infetado. Iniciou antibioterapia com Piperaciclina /Tazobactam + Metronidazol. Realizou drenagem percutânea do quisto, com saída de cerca de 1200cc de conteúdo hemato-purulento. Exame microbiológico do líquido: positivo para anaeróbios, isolando-se a Provetella melaninogénica multissensível.

Manteve o dreno durante 10 dias e a antiobioterapia durante 14. Resolução da febre ao 4º dia de tratamento, com excelente evolução clínica, analítica e imagiológica.

Teve alta medicado e orientado para consulta externa, onde foi reavaliado, encontrando-se assintomático.

O presente caso visa alertar os clínicos relativamente às potenciais complicações inerentes à DRPAD e a necessidade da intervenção dirigida.

PO654

175 DOR LOMBAR: HÁ MAIS DIAGNÓSTICOS PARA ALÉM DA CÓLICA RENAL

Ana Ramalho, Eduarda Comenda, Claudia Jesus, Ana Afonso, Filipa Moleiro, Helena Vitorino, Mario Barbosa, Nadine Monteiro, Sofia Santos, Helena Cantante

Hospital dos Lusíadas Lisboa, Lisboa, Portugal

Introdução

A trombose da artéria renal é uma entidade rara, cujo diagnóstico exige um elevado nível de suspeição. A apresentação clínica pouco específica acarreta normalmente um atraso no diagnóstico.

Descrição

Homem, 43 anos. Sem antecedentes de relevo. Recorre ao Serviço de Urgência por quadro de dor lombar esquerda e vómitos com 2 dias de evolução. Sem febre, com sinal de Murphy presente à esquerda. Sem outras alterações ao exame objetivo. Analiticamente com leucocitose 14.54x10^9/L com neutrofilia 11.73x10^9/L, Proteina C Reativa 3.49 mg/dL, Aspartato-aminotransferase 39 UI/L, Desidrogenase láctica 357 UI/L. Realizou Tomografia Computorizada (TC) Abdominal que revelou aspetos inespecíficos em relação ao pedículo vascular do rim esquerdo, sugerindo realização de Angio TC para estudo da permeabilidade vascular. Esta demonstrou defeito de opacificação luminal do ramo de divisão anterior da artéria renal esquerda e extenso enfarte parenquimatoso. No decurso do internamento foi excluído foco embolígeno através da realização de Ecocardiograma e Angio TC da artéria aorta. Iniciou anticoagulação com Enoxaparina com evolução clínica e analítica favorável. Realizou estudo etiológico incluindo holter e estudo das trombofilias em adição aos exames complementares mencionados anteriormente, sem achados positivos, remetendo para um caso idiopático. O doente teve alta sob anticoagulação mantendo seguimento em consulta de Medicina Interna, Cirurgia Vascular e Nefrologia.

A trombose da artéria renal acompanhada de enfarte renal é um evento raro, que na sua generalidade não é diagnosticado com a celeridade apropriada aquando da ida ao Serviço de Urgência de um doente com sintomatologia tão comum como dor lombar de início súbito, náuseas, vómitos e febre. Os autores pretendem utilizar como exemplo o presente caso para destacar que após uma exclusão cuidada dos diagnósticos considerados frequentes, há que considerar patologias menos prevalentes.

PO655

355 SÍNDROME DE FANCONI ADQUIRIDA EM CONTEXTO DE TARV

Manuel Toscano, Ana Rafaela Alves

Hospital de Cascais, Cascais, Portugal

Introdução

A nefropatia é uma consequência frequente da infecção por VIH, podendo resultar de dano viral directo ou de efeitos adversos da TARV. A síndrome de Fanconi adquirida é uma complicação pouco comum da utilização dos análogos nucleosídeos inibidores da transcriptase reversa.

Descrição

Descreve-se o caso de um doente de 70 anos, sem hábitos toxicofílicos, com diagnóstico recente de VIH-1 em estadio avançado (CD4+ 30cél/µL, sem infecções oportunistas) em contexto de internamento para ressecção anterior do recto por neoplasia, para a qual recusou quimioterapia. Teve posteriormente episódio de lesão renal aguda não esclarecida, previamente ao início de tenofovir+emtricitabina e dolutegravir (HLAB5701 -).

Cerca de um mês depois, foi admitido por astenia, vómitos e anorexia com perda ponderal significativa associados a diminuição do débito urinário. À admissão, apresentava-se emagrecido (IMC 17,24kg/m2), desidratado, normotenso e sem edema periférico. Gasimetricamente apresentava acidemia metabólica (pH

7,28 e HCO3- 16.0mmol/L) com anion gap normal e, analiticamente, lesão renal aguda (ureia 155mg/dL; creatinina 7,85mg/dL) com hipocaliemia e hipofosfatemia ligeiras (K+ 3.1 e P 2.2mmol/L), discreta hipercloremia (Cl- 107mmol/L) e hipoalbuminemia (2.0g/dL), sem elevação de parâmetros inflamatórios. O exame da urina revelou proteinúria nefrótica (rácio proteinúria e albuminúria/creatininúria de 3989 e 348mg/g, respectivamente), hematúria microscópica (+++) e glicosúria (>5g/L). A ecografia renal demonstrou rins com espessura mantida e aumento da ecogenicidade parenquimatosa. Dada a associação temporal com o início de tenofovir, foi pedido o restante estudo urinário, que confirmou tubulopatia proximal com hiperfosfatúria (FEPi 68.5%) e aminoacidúria marcada, compatível com síndrome de Fanconi. Foi instituída terapêutica conservadora com suspensão do fármaco e hidratação endovenosa, observando-se correcção da acidemia e melhoria da sintomatologia urémica com redução progressiva da azotemia.

PO656

464 SÍNDROMA NEFRÓTICO SECUNDÁRIO A DOENÇA LESÃO MÍNIMA IDEOPÁTICA

Margarida Silva Cruz, Lígia Rodrigues Dos Santos, Catarina Couto, Vera Ferraz Moreira, Carlos Botelho, Rui Abreu, Mari Mesquita

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Penafiel, Portugal

Introdução

A doença lesão mínima (DLM) é responsável por 10-15% dos casos síndroma nefrótico (SN) em adultos. Habitualmente surge como doença renal primária no entanto pode ser secundária a doença de Hodgkin, alergias ou toma de anti-inflamatórios não esteróides (AINE's). Manifesta-se pelo aparecimento ou agravamento de edemas e SN, acompanhado por sedimento urinário inocente. O diagnóstico é feito através da realização de biópsia renal.

Descrição

Homem, caucasiano, 71 anos, internado por edema bilateral dos membros inferiores, escrotal e abdominal, de inicio súbito e agravamento progressivo com duas semanas de evolução.

A admissão referia astenia, anorexia, cansaço fácil e diminuição do débito urinário. Ao exame físico constatou-se anasarca.

No estudo realizado salienta-se: Hb 17.1g/dL; VS 74mm; ligeira retenção azotada (ureia 109mg/dL;Scr 1.3mg/dL); hipoalbuminémia grave(1.1g/dL); e dislipidemia(CT:433,CLDL:311mg/dL). Urina II>600mg/dL proteínas; Sedimento urinário: inocente. Proteinúria maciça 29.76gr/24horas.

Estudo imunológico sem alterações, excepto redução IgG sérica. Marcadores víricos e tumorais negativos.

Ecografia renal, TAC Toraco-abdomino-pélvica, EDA e EDB: sem alterações.

Iniciou terapêutica diurética, albumina endovenosa, IECA e terapêutica anti-trombótica, com melhoria progressiva dos edemas (perda de 14 Kg) e com discreto agravamento da função renal em provável contexto balanço hídrico negativo.

Efetuou bióspia tenal que revelou DLM. Iniciou prednisolona 1mg/kg/dia, com boa evolução clínica e laboratorial. Mantém follow up em consulta, na última avaliação, sem edema com remissão completa da proteinúria (180mg/dia) e normalização da função renal (Cr:0,9mg/dL) em menos de 3 meses.

A DLM frequentemente evolui com ciclo de remissões e recidivas. Após o diagnóstico 80-85% dos adultos atinge remissão completa após 4 meses de terapêutica, sendo as recidivas menos comuns, mas mais resistentes à medicação subsequente. A corticoterapia constitui a primeira opção terapêutica.

PO657

493 INCIDÊNCIA E FATORES DE RISCO NA LESÃO RENAL AGUDA: ESTUDO PROSPETIVO NO INTERNAMENTO DE MEDICINA INTERNA

Pedro Salvador, Marina Reis, Ana Rita Costa, Pedro Oliveira, Filipa Borges Santos, Sara Beça, Rosa Ferreira, Vítor paixão Dias

CHVNG/E, Vila Nova De Gaia, Portugal

Introdução

O envelhecimento populacional e a maior sobrevida associada a doenças crónicas traduzem-se numa crescente admissão de doentes mais frágeis e com descompensações multiorgânicas. A lesão renal aguda (LRA), é um co-diagnóstico frequente e com implicação prognóstica nas enfermarias de Medicina Interna (EMI).

Objetivos

Desenvolveu-se um estudo prospetivo com o objetivo de determinar a prevalência de LRA à admissão numa EMI e identificar fatores de risco associados.

Métodos

Dos 357 doentes internados entre 01/07 e 31/10/2017) foram excluídos os doentes sem valor basal de creatinina (medição plasmática nos 7 a 365 dias prévios à admissão em estudo analítico de rotina) e os transferidos de outros serviços/hospitais. Foram incluídos 267 doentes. Definiu-se LRA segundo os critérios de AKIN. As taxas de filtração glomerular foram estimadas pela fórmula CKD-EPI.

Resultados

Dos 267 internados, 27.7%(n=74) apresentavam LRA à admissão. 51.4%(n=38). Os motivos mais frequentes de internamento foram infeções respiratórias (25.8%,n=69), insuficiência cardíaca agudizada (21.7%,n=58) e infeções urinárias (13.5%,n=36). A idade média da população er a de 73±14 anos, sendo 48.3%(n=129) homens. Apresentavam hiperten-

são arterial (HTA) 72.3%(n=193), tinham antecedentes de DCV 50.9%(n=136), doença renal crónica 44.9%(n=120), Diabetes Mellitus 46.4%(n=124) e tinham diagnosticada demência 18.4%(n=49). Encontravam-se medicados em ambulatório com inibidores do sistema renina angiotensina aldosterona 49.4%(n=132) e com diuréticos 46.8%(n=125).

Através de um modelo de regressão logística verificou-se que, independentemente do sexo e da idade, doentes com LRA apresentavam significativamente maior frequência de demência, HTA e uso de diuréticos. Não houve associação para as restantes variáveis.

Conclusões

O comprometimento hemodinâmico e a predisposição para a desidratação associados a uma diminuição da adaptação vascular renal poderão estar na origem do aparecimento de LRA neste grupo de doentes cuja homeostasia foi comprometida por um evento.

PO658

504 HIPERTENSÃO MALIGNA E SÍNDROME HEMOLÍTICO-URÉMICA ATÍPICA – CAUSA OU CONSEQUÊNCIA?

Pedro Carvalho, Flávio Pereira, Maria José Moreira, Susana Cavadas

Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Aveiro, Portugal

Introdução

A síndrome hemolítico-urémica (SHU) define-se pela tríade de anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e lesão renal. Denomina-se SHU atípica (SHUa) quando não está presente a toxina Shiga e classifica-se como primária, quando causada por desregulação do complemento, ou secundária, quando é causada por outro fator.

Descrição

Homem, 45 anos, raça negra, com antecedentes de hipertensão arterial mal controlada, recorreu ao serviço de urgência com queixas de mal-estar geral, urina escura e cefaleias com uma semana de evolução. Apresentava pressão arterial de 230/150mmHg e papiledema. Analiticamente verificou-se trombocitopenia (55 x 10^9), lesão renal aguda e hemólise intravascular. A atividade enzimática da ADAMTS13 encontrava-se normal. Inicialmente foi abordado conservadoramente, com terapêutica dirigida ao controlo tensional, dado a suspeita de microangiopatia trombótica secundária a hipertensão maligna. No entanto, após 4 dias, o doente mantinha hemólise ativa, trombocipenia e função renal agravada, pelo que iniciou tratamento com troca de plasma, com boa resposta - cessação da hemólise, recuperação da contagem plaquetária e estabilização (mas não recuperação) da função renal (cretinina sérica: 4 mg/dL). O teste genético revelou variantes missense raras em heterozigotia nos genes CFH, ADAMTS13 e CFI, cuja análise in silico confirmou potencial disfunção do complemento, sustentando assim o diagnóstico de SHUa primário.

Conclusão:

Este caso demonstra a importância da suspeição clínica no diagnóstico precoce e tratamento específico da SHUa primária, perante uma aparente SHUa secundária. A hipertensão maligna pode ser quer uma causa, quer uma consequência da SHU, bem como um iniciador de SHUa em doentes com disfunção do complemento. A plasmaterapia precoce é essencial para prevenir danos orgânicos irreversíveis. Alterações em genes do complemento podem ter um efeito cumulativo na perpetuação de lesão orgânica após um insulto que produza dano endotelial.

PO659

653 COMPLICAÇÕES HEMORRÁGICAS NA DOENÇA RENAL CRÓNICA E FIBRILHAÇÃO AURICULAR

Patrícia Sofia Alves, Bruno Bouça, Mariana Martins, Diana Henriques Da Silva, Anna Taulaigo, Madalena Vicente, Ana Lladó, António Panarra

Hospital Curry Cabral, Lisboa, Portugal

Introdução

A Doença Renal Crónica (DRC) e a Fibrilhação Auricular (FA) frequentemente coexistem. Doentes com DRC estão sujeitos a maior risco tromboembólico e hemorrágico, pelo que a abordagem da FA nestes doentes representa um desafio na prática clínica. É importante assegurar que o benefício da anticoagulação na prevenção de eventos cardioembólicos não é suplantado pelo risco hemorrágico.

Objetivos

Verificar se a DRC está associada a maior risco de complicações hemorrágicas em doentes sob anticoagulação.

Métodos

Estudo retrospetivo transversal, no ano de 2017, de doentes com FA sob anticoagulação. Caracterização demográfica da amostra, estudo da prevalência de complicações hemorrágicas e complicações hemorrágicas major, análise da associação da prevalência de complicações hemorrágicas com o diagnóstico de DRC e DRC estadio 5.

Resultados

Incluídos 127 doentes com o diagnóstico de FA sob anticoagulação: 66 (52%) mulheres e 61 (48%) homens. A média de idades foi 78 anos (desvio padrão: 10.1). A amostra foi constituída por 42 doentes (33%) com DRC, 7 deles com DRC estadio 5.

O número total de complicações hemorrágicas foi 46, 12 das quais consideradas complicações hemorrágicas major.

Demonstrou-se associação entre DRC estadio 5 e maior pre-

valência de complicações hemorrágicas (Fisher's exact test: p=0.009), bem como a associação com complicações hemorrágicas major (Fisher's exact test: p<0.001).

Sugere-se uma tendência para uma maior prevalência de complicações hemorrágicas (Fisher's exact test: p=0.170) e complicações hemorrágicas major (Fisher's exact test: p=0.513) nos doentes com DRC, independentemente do estadio, no entanto, a demonstração desta associação não foi estatisticamente significativa.

Conclusões

Doentes com DRC estadio 5 sob anticoagulação têm maior risco de complicações hemorrágicas, bem como complicações hemorrágicas major. Contudo, não é possível afirmar que existe maior risco de complicações hemorrágicas em qualquer estadio da DRC.

PO660

800 SÍNDROME NEFRÓTICA DE CAUSA INVULGAR

Clara Machado Da Silva, Filipa Borges Carneiro, Luis Nogueira Silva, João Enes Silva, Diana Ferrão, Jorge Almeida

Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

Introdução

O síndrome nefrótica pode estar associado a diversas patologias. As manifestações histológicas mais comuns são a doença de lesões mínimas, a glomerulosclerose segmentar e focal e a nefropatia membranosa.

Descrição

Mulher de 35 anos, saudável, com consumo frequente de suplementos dietéticos, sem outros factores de risco, apresentava edemas periféricos até à raíz da coxa e periorbitário com uma semana de evolução, com aumento de 4Kg de peso. Sem queixas urinárias (nomeadamente hematúria macroscópica), sem febre ou alterações cutâneas. Analiticamente apresentava hipoalbuminemia de 16,9 g/L, função renal normal, hipercolesterolémia e proteinúria de 11,9g em urina de 24 horas, sem hematúria. A ecografia renal não mostrou alterações, os marcadores víricos foram negativos, bem como o estudo imunológico, nomeadamente imunoglobulinas, complemento, ANCA, ANA, anticorpos anti-dsDNA e anti-membrana basal. Foram feitos pulsos de metilprednisolona (500mg/dia) e posteriormente prednisolona 1mg/Kg/dia, juntamento com lisinopril, titulado até 15mg/dia. A biópsia mostrou aumento da matriz e proliferação mesangial, focalmente com mesangiólise e sinéquias, sem esclerose; a imunofluorescência direta foi apenas positiva para IgA, mesangial; no estudo ultra-estrutural observou-se fusão difusa dos pedicelos podocitários; proliferação e aumento de matriz mesangial com algumas áreas de esclerose; presença de alguns depósitos de tipo imune em posição mesangial – nefropatia de IgA. A doente melhorou lenta mas progressivamente, com diminuição da proteinúria, aumento da albumina sérica e diminuição dos edemas periféricos. Ficou em remissão parcial a partir das 24 semanas de tratamento.

O síndrome nefrótico como apresentação da nefropatia de IgA indica habitualmente um estadio avançado da doença. No entanto, existe um subgrupo de doentes com síndrome nefrótico sugestivo de doença de lesões mínima que apresentam deposições de IgA na biópsia renal, não estando ainda totalmente explicado o seu significado.

PO661

892 ENFARTE RENAL: DA SUSPEITA AO DIAGNÓSTICO

Grimanesa Sousa, Isabel Borges, Mariana Santos, Sandra Gouveia, Carlos Sebastião, Clara Paiva

Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada, EPE, Ponta Delgada, Portugal

Introdução

O enfarte renal (ER) é uma condição rara e sub-diagnosticada. Dor abdominal, náuseas e febre caracterizam a sua apresentação, mimetizando outras etiologias. As principais causas de ER incluem doença cardio-embólica, lesão da artéria renal e estados de hipercoagulabilidade.

Descrição

Homem, 46 anos, antecedentes de litíase renal. Recorreu pela 2ª vez ao serviço de urgência por quadro com 5 dias de evolução de lombalgia esquerda tipo cólica, intensa, com irradiação à fossa ilíaca homolateral. À admissão: febril, dor à palpação dos quadrantes inferiores do abdómen, Murphy renal positivo à esquerda. Analiticamente: elevação dos marcadores de inflamação com proteína C-reactiva (15.1 mg/dL) e lactato desidrogenase em perfil ascendente (máximo:1315 U/L). Tomografia computorizada (TC) abdominal: pielonefrite extensa do rim esquerdo e componente de hipoperfusão com evolução para zonas de enfarte. Imagem endoluminal de trombo no ramo superior da artéria renal homolateral. A angio-TC renal confirmou o diagnóstico de ER esquerdo, com isquémia total da vertente anterior e metade inferior do rim, aspectos relacionados com a presença de trombo na artéria renal esquerda, condicionando oclusão quase total do vaso. Iniciou fibrinólise com heparina não fraccionada. O estudo genético revelou homozigotia para a variante -675ins/del 4G/4G do gene PAI-1. Sem outros achados relevantes no estudo de trombofilias. A angio-TC renal de reavaliação mantinha hipocaptação, embora menos expressiva com defeito de preenchimento da artéria renal esquerda e assimetria dimensional dos rins (direito:10.1mm; esquerdo: 8.3mm). Dado o insucesso das medidas terapêuticas foi proposta nefrectomia esquerda. A apresentação clínica inespecífica do ER atrasa a sua identificação. A hipótese de ER deve fazer parte do

diagnóstico diferencial de dor abdominal/lombalgia refractária à analgesia com subida inexplicada de LDH. O atraso do tratamento pode resultar em lesão renal irreversível, tal como aqui se descreve.

PO662

948 EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA EM JOVEM – ONDE ESTÁ O OURO?

Bárbara Soeiro, Marília Silva, Ana Branco, Alexandre Vasconcelos

ULSM - Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal

Introdução

O estudo etiológico de uma hipertensão secundária em doente jovem deve englobar despiste de alterações hormonais, de uso de drogas de abuso, de displasia fibromuscular das artérias renais e de doença renal aguda, nomeadamente por glomerulonefrite.

Descrição

Caso Clínico:

Apresentamos o caso de um homem, de 30 anos, de etnia caucasiana, sem antecedentes pessoais de relevo. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) com quadro de dispneia para grandes esforços com várias semanas de evolução e cefaleia holocraniana e diminuição da acuidade visual ao longo de 1 semana. Objectivamente foi documentado papiledema bilateral com défice visual grave e pressão arterial de 224/155 mmHg. Foi efectuado o diagnóstico de emergência hipertensiva.

Na tomografia computorizada (TC) levantada a suspeita de encefalopatia posterior reversível (PRES). A ecografia renal mostrava má diferenciação corticossinusal. O ecocardiograma transtorácico mostrava hipertrofia ventricular esquerda concêntrica grave. Analiticamente apresentava uma anemia normocítica/normocrómica, com Hb 8,3g/dL, uma lesão renal aguda com creatinina de 3,4mg/dL e hipoproteinemia, com hipoalbuminemia. Na análise da urina estavam presentes 25 eritrócitos/campo com dismorfia eritrocitária e proteinúria na faixa sub-nefrótica. Foi atingido controlo tensional com a combinação de 3 agentes anti-hipertensores, incluindo um IECA. A biopsia renal mostrou uma inesperada nefropatia de IgA, com comportamento de glomerulonefrite rapidamente progressiva. Apesar das várias medidas farmacológicas, o doente teve agravamento da função renal progressiva e teve que iniciar terapêutica de substituição renal.

Discussão:

A nefropatia de IgA é a glomerulonefrite mais comum e habitualmente tem um curso indolente e auto-limitado. Neste caso apresentou-se como uma emergência hipertensiva, uma forma rara e com mau prognóstico. Os restantes factores de mau prognóstico: sexo masculino, proteinúria e insuficiência renal aguda à apresentação, estavam todos presentes.

PO663

1021 ARTERIOPATIA CALCIFICANTE URÉMICA COMPLICADA COM OSTEOMIELITE

Maria Lume, Cristina Pires, Marta Carreira, Salomé Garcia, Abílio Vilas Boas, Jorge Almeida

Centro Hospitalar São João, Porto, Portugal

Introdução

A arteriopatia calcificante urémica (ACU), é uma doença pouco conhecida e rara, normalmente associada a doença renal crónica terminal (DRCT). Resulta da diminuição do fluxo arterial causado pela calcificação e fibrose vascular com formação de trombos e consequente isquemia tecidular. Afeta normalmente zonas de maior adiposidade mas pode afetar a região digital. A biópsia da pele descreve calcificação arterial, fibrose da íntima e oclusão trombótica, sem alterações sugestivas de vasculite. É fundamental o controlo da hipercalcemia, hiperfosfatemia e do hiperparatiroidismo secundário mas o tratamento não está totalmente definido.

Descrição

Homem de 56 anos, com síndrome de Alport sob terapêutica de substituição renal há 28 anos por fístula artério-venosa no membro superior esquerdo (MSE). Admitido por necrose das extremidades do 1º, 2º e 3º dedos do MSE com sinais inflamatórios. Estudo analítico com aumento dos parâmetros inflamatórios, hipercalcemia e hiperfosfatemia. Iniciou empiricamente ceftazidima, desbridamento das feridas e pensos diários. Por ausência de melhoria clínica realizou radiografia do MSE - calcificação vascular e sinais de trabeculação óssea com irregularidade cortical do terço distal do 2º dedo que traduzia osteomielite. Realizou desbridamento e amputação da falange distal do 2º e 3º dedos para controlo de foco. Biópsia da pele - extensa área de necrose tipo coagulativo, ulceração da epiderme, vasos superficiais com material fibrinóide na parede e perivascular, o estudo histoquímico com evidência de estruturas fúngicas. Cumpriu 14 dias de fluconazole e 20 dias de ciprofloxacina. Por melhoria clínica teve alta orientado para consulta e com indicação para completar 8 semanas de antibioterapia.

A ACU apesar de rara tem sido observada nos doentes com DRCT, sendo o atingimento digital provavelmente mais frequente que o descrito. A complicação com infeção deve ser equacionada e tratada de forma adequada dada a morbi-mortalidade elevada associada à mesma.

PO664

1030 NEFRECTOMIA QUÍMICA - UMA SOLUÇÃO NA AMILOIDOSE AA?

Maria Lume, Vanessa Chaves, Marta Carreira, Cristina Pires, Catarina Meng, Ester Ferreira, Maria João Lima, Jorge Almeida

Centro Hospitalar São João, Porto, Portugal

Introdução

A amiloidose AA (AAA) é uma forma de amiloidose sistémica secundária a condições inflamatórias crónicas, como úlceras de decúbito ou infeção cutânea recorrente. O rim é o órgão mais frequentemente afetado, com síndrome nefrótico (SN) em 54-63% dos casos. Estima-se uma sobrevida média de 11 anos após o diagnóstico, sendo a hipoalbuminemia e a doença renal crónica terminal fatores de mau prognóstico.

Descrição

Mulher, 30 anos com história prévia de mielomeningocelo, paraplegia; úlceras de decúbito crónicas, submetida a várias cirurgias plásticas reconstrutivas. AAA com 8 anos de evolução secundária a infeção recorrente de úlcera e SN secundário a AAA. Internada por SN grave (proteinúria 15 g/24h, albumina 7 g/L, triglicerídeos 220mg/dL) e elevação de parâmetros inflamatórios. Apresentou evolução desfavorável, com infeções de repetição por agentes multirresistentes e SN refratário a medidas conservadoras (incluíndo suplementação de albumina endovenosa, 50 g/dia, 4 dias). Ao 21º dia, face à impossibilidade de realização de cirurgia reconstrutiva da úlcera por hipoalbuminemia, induziu-se nefrectomia química com indometacina 100mg qd, que manteve durante 3 meses. Iniciou hemodiálise e nutrição parentérica 1 semana após indução de nefrectomia química. Inicialmente sem resposta favorável mantendo albumina de 15g/L, teve alta sob hemodiálise 3x/semana e sob nutrição parentérica. No seguimento a 1 ano com recuperação progressiva da albumina com valor normalizado, apenas 1 reinternamento por pneumonia nosocomial com recuperação total.

O tratamento da AAA é primariamente dirigido à condição inflamatória subjacente. Na impossibilidade do mesmo, a nefrectomia química com anti-inflamatório não esteroide (AINE), surge visando o controlo da proteinúria e do SN. Contudo, permanecem dúvidas acerca do AINE ideal e da duração do tratamento, não havendo indicações/estratégias bem definidas para a nefrectomia química.

PO665

1058 ESTARÃO TAXAS DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR MAIS BAIXAS ASSOCIADAS A MAIOR MORTALIDADE?

Sofia Gonçalves, Luís Marote Correia, Pedro Balza, Luz Reis Brazão

Hospital Central do Funchal, Funchal, Portugal

Introdução

A creatinina sérica (CS) é um parâmetro usado para aferir a função renal dos doentes. A disfunção renal encontra-se entre os parâmetros de gravidade das patologias que levam à admissão num Serviço de Medicina Interna (SMI). Contudo, a CS tem limitações. Estas são diminuídas com emprego de fórmulas para obter uma taxa de filtração glomerular estimada (TFGe).

Objetivos

Estudar o impacto da TFGe à admissão na mortalidade intra-hospitalar de doentes admitidos num SMI com CS dentro dos valores de referência.

Métodos

Elaborou-se um estudo retrospetivo analítico. Foram consultados os processos das admissões num SMI, ao longo de 6 meses, com CS entre 0,7 e 1,2 mg/dl inclusive. Extraíram-se as variáveis demográficas, CS, TFGe, a ocorrência de óbito. A TFGe foi calculada pela fórmula Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration 2009. Efetuou-se descrição estatística dessas variáveis. Estabeleceram-se grupos conforme a TFGe: A (inferior a 60), B (superior ou igual a 60 e inferior a 90) e C (superior ou igual a 90) apurando-se a taxa de mortalidade de cada grupo. Por fim, elaborou-se um modelo de regressão para a ocorrência de óbito intra-hospitalar. Utilizou-se o IBM SPSS versão 19 para análise estatística. Considerou-se o nível de significado estatística $p < 0,05$.

Resultados

Identificaram-se 1273 admissões. Predominou o sexo feminino (765 doentes – 60,3%). A média das idades foi de 73,4 anos (desvio-padrão [DP] 16,2) anos. A média das CS foi de 0,9 (DP 0,1) mg/dl. A média da TFGe foi de 69 (DP 16,9). Ocorreram 133 óbitos (10,4%). Na distribuição pelos grupos: A – 170 doentes (13,4%), B – 706 (55,5%), C – 397 (31,2%). As respetivas mortalidades foram: 4,9%; 11,7%; e 14,7% ($p < 0,05$). Associou-se ao óbito intra-hospitalar o parâmetro TFGe < 60 e motivo de admissão por doença neoplásica.

Conclusões

Mesmo num espectro curto de CS, as TFGe são muito díspares. Valores mais baixos de TFGe associaram-se a pior prognóstico.

PO666

1255 O SINDROME NEFRÓTICO NO ADULTO JOVEM

Rúben Reis, Anneke Joosten, Francelino Ferreira, Magda Silva, Ana Paula Pona, Fátima Campante

Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Barreiro, Portugal

Introdução

INTRODUÇÃO

O síndrome nefrótico é importante causa de doença renal. Define-se pela existência de proteinúria importante, hipoalbuminémia e edema periférico,podendo também cursar com hiperlipidémia e tromboses. Os autores propõem a descrição de um caso de anasarca secundário a um síndrome nefrótico.

Descrição

CASO CLÍNICO

Mulher, 21 anos, caucasiana, antecedentes pessoais e familiares irrelevantes. Inicia quadro de edema bimaleolar de agravamento vespertino com cerca de 2 meses de evolução. Neste período refere agravamento progressivo do edema dos membros inferiores, acompanhado de alopécia, quinoniquia, astenia e anorexia. Na semana anterior ao internamento, edema generalizado incluindo palpebral, urina espumosa com xerostomia,

xeroftalmia e rash malar na exposição solar. Exame objectivo:- quadro de anasarca e edema palpebral marcado. Analiticamente: Hemoglobina 9,3 g/dL, Leucopénia 2.400 x10^6 /L, Plaquetas 136 000 x10^6/L, Creatinina 1.35 mg/dL, ureia 42 mg/dL, VS 41mm; hipoalbuminémia (2,2g/dL),proteinas totais 5.0g/dL, electroforese de proteínas séricas: diminuição fracção gama (1.7%); Hipercolesterolemia (colesterol total 195mg/dL, HDL 26

mg/dL, LDL 126 mg/dL, triglicéridos 215 mg/dL); Urina II: proteinuria +++, hematúria +++, complemento C4 < 3 mg/dL, complemento C3 20 mg/dL, anticorpos antinucleares positivo 6.4, anticorpos antidna positivo >800.0 UI/ml. Ecografia renal sem alterações. Perante a hipótese diagnóstica de lúpus eritematoso sistémico (LES) com nefrite, foi transferida para serviço nefrologia - biópsia renal: "(...) nefrite lúpica classe IV com proliferação

activa, cariorrexis, trombos, pequenos crescentes celulares, fullhouse, com interstício e vasos sem alterações".

CONCLUSÃO

Este caso pretende destacar a importância do diagnóstico diferencial de quadros clínicos de edema periférico e da nefrite como forma de apresentação do LES. A doente não apresentava diagnóstico prévio de LES. Iniciou terapêutica com prednisolona, micofenolato de mofetil e sintomática.

PO667

1309 SÍNDROME DE FANCONI IATROGÉNICO

Pedro Silvério António, Tiago Osório Petrucci, Laura Pereira, Carlos Machado E Costa

CHLN - Hospital Santa Maria, Lisboa, Portugal

Introdução

A síndrome de Fanconi resulta da alteração na reabsorção de substâncias no túbulo proximal. Tem como etiologia causas hereditárias, adquiridas ou idiopáticas. Nas adquiridas, a etiologia iatrogénica é a mais comum. Há diferentes expressões da síndrome, podendo afectar uma ou mais funções do túbulo, com as suas complicações associadas.

Descrição

CASO CLÍNICO:

Apresentamos o caso de uma mulher de 42 anos que vem ao serviço de urgência por hiperventilação, toracalgia, parestesias e tetania nos membros superiores, associado a polidipsia e poliúria com 2 semanas de evolução após alteração da medicação: iniciou Arcalion® e Alprazolam. Analiticamente, destaca-se hipofosfatémia <0.3mg/dL, hipocaliémia 2.5mmol/dL; electrocardiograficamente, onda T invertida em V1, infra ST em V4 e onda U em DII, DIII e aVR; gasimetria com alcalose respiratória não compensada. Foi internada para correcção iónica. O ionograma urinário mostrou hiperfosfatúria, hipercaliúria e hiperglicosúria, sem outras alterações. Diagnosticou-se o síndrome de Fanconi adquirido causado pelo Arcalion®, sem expressão completa da lesão no túbulo contornado proximal, associado a uma alcalose respiratória por hiperventilação subjacente à crise de pânico. Foi interrompido o medicamento e notificado o INFARMED.

DISCUSSÃO:

Este caso mostra claramente uma associação, ainda não estabelecida, entre um dos muitos fármacos causadores de lesão tubular proximal. A síndrome de Fanconi pode manifestar-se com expressão completa: hiperfosfatúria, hipercaliúria, glicosúria, bicarbonatúria, aminoacidúria e uricosúria, ou então, caso afete só parte do túbulo proximal, apenas com algumas alterações. A nossa doente apresenta, como fator confundidor, uma crise de pânico com alcalose respiratória. Face à relação temporal com o fármaco, bem como melhoria após cessação do mesmo e a ausência de sintomas/alterações laboratoriais que apontem outra etiologia, concluiu-se que o fármaco era a etiologia mais provável.

PO668

1395 LESÃO RENAL AGUDA – A EXPERIÊNCIA DE 12 MESES DE INTERNAMENTO E URGÊNCIA DE NEFROLOGIA

Adriana Santos Silva[1], Fábio Almeida[2], Luís Escada[3], Fátima Costa[3], Luís Freitas[3], Rui Alves[3]

[1]Serviço de Medicina I - CHL, Coimbra, Portugal

[2]Serviço de Medicina - HDFF, Figueira Da Foz, Portugal

[3]Serviço de Nefrologia - CHUC, Coimbra, Portugal

Introdução

A Lesão renal aguda é uma das intercorrências mais frequentes nos doentes hospitalizados. Pode ser classificada em pré-renal, renal ou pós-renal. As causas mais frequentes são isquémia, hipóxia e nefrotoxicidade.

Objetivos

Os autores propõem-se a caracterizar a lesão renal aguda nos doentes hospitalizados durante 1 ano e a necessidade de terapêutica de substituição da função renal (TSFR).

Métodos

Estudo unicêntrico, retrospetivo que incluiu 243 doentes internados no Serviço de Nefrologia ou observados no SU ou outras enfermarias. Foram recolhidos e analisados dados dos processos clínicos. A gravidade da LRA foi caracterizada pela classificação de RIFLE. Foram excluídos os doentes transplantados renais e com doença renal crónica (DRC).

Resultados

Dos 243 doentes estudados, com idade média de 69,4 anos (± 14,3), 60% eram do sexo masculino. Foram internados no Serviço de Nefrologia 62 doentes com diagnóstico principal de LRA. Nas outras enfermarias, a LRA era um diagnóstico secundário. Na enfermaria de Nefrologia apresentavam estadios mais graves (71% estadio F) e predominaram as etiologias renal (46,8%) e pré-renal (51,6%), com taxa de mortalidade de 10%. Nas enfermarias médicas predominaram as etiologias renal (47,6%) e pré-renal (51,2%), maioritariamente no estadio I. Nas enfermarias cirúrgicas a etiologia pós-renal aumenta para 33,3%. A taxa de mortalidade foi superior nos doentes internados em enfermarias médicas (40%). Foi necessária TSFR em 33,7% dos doentes, com predomínio de etiologia renal. A taxa de recuperação da função renal foi de cerca de 80%, sendo inferior (60,3%) nos doentes de outras enfermarias, com etiologia renal. Apenas 11 doentes evoluíram para DRC terminal.

Conclusões

A LRA é uma patologia muito frequente nos doentes hospitalizados, estando associada a uma elevada taxa de mortalidade. Pelo seu elevado potencial de reversibilidade, esta é uma das intercorrências mais relevantes, tendo como principal objectivo a prevenção dos mecanismos de LRA e o seu diagnóstico precoce.

PO669

1539 TROMBOSE DA ARTÉRIA RENAL – COISAS RARAS TAMBÉM ACONTECEM

Diana Coutinho, Diogo Canudo, Sofia Calasa, Inês Santos, Francisco Rebocho, Joana Sant'Anna

Hospital do Espírito Santo de Évora, Évora, Portugal

Introdução

A trombose da artéria renal é uma condição rara, sub-diagnosticada, que pode condicionar perda completa da função do rim. Não há sintomas, sinais ou testes específicos para fazer o diagnóstico. As principais causas desta patologia são embolia de coágulos sistémicos ou patologia ateroembólica. Que sinais de alerta?

Descrição

Mulher, 67 anos, antecedentes de HTA e fibrilhação auricular, internada por vómitos e dor abdominal constante, mais intensa no flanco direito, com 24 horas de evolução. Sem história de trauma, febre, dor torácica, dispneia, síncope, disúria ou hematúria. Ao exame objectivo: hipertensão, abdómen difusamente doloroso. Analiticamente: leucocitose, neutrofilia e LDH aumentada. Hemoglobinúria. Gasimetria, ECG e radiografia de tórax e abdómen sem alterações. Na TC-abdominal "captação quase nula do contraste no rim direito, sem preenchimento da artéria renal ispilateral, hipodensa, de calibre mantido". Contactada a Cirurgia Vascular que, por sintomatologia com mais de 12 horas, não realizou trombólise, por baixa viabilidade do rim e elevado risco hemorrágico. Iniciada terapêutica médica com anticoagulação e antihipertensores. Estudo etiológico, com auto-imunidade, alterações nas proteínas do complemento e crioglobulinas negativas; estudo de trombofilias, com variante de protrombina G/A 20210 positiva em heterozigotia; sem dislipidemia. 20 dias após terapêutica médica optimizada foi repetida TC abdominal que revelou exclusão total do rim direito. A destacar controlo dos valores tensionais, ausência de queixas álgicas, com alta ao 22º dia de internamento, com indicação para manter seguimento em consulta de Medicina Interna e de Hipocoagulação. DISCUSSÃO: A trombose renal aguda é um evento raro, daí que nem sempre seja correctamente identificado, podendo ter etiologia multifactorial. Deve equacionar-se o diagnóstico se presente a tríade: dor abdominal persistente (principalmente se flanco), LDH sérica elevada e/ou hematúria e factores de risco tromboembólico.

PO670

1598 O DESAFIO DO SÍNDROME DE FANCONI NO ADULTO

Alexandra Esteves, Joana Couto, Paula Felgueiras, Diana Guerra, Carmélia Rodrigues

ULSAM, Viana Do Castelo, Portugal

Introdução

O síndrome de Fanconi (SF) é uma entidade rara de etiologia hereditária ou adquirida, caracterizada pela disfunção tubular proximal severa, resultando na perda de solutos de reabsorção praticamente exclusiva no túbulo proximal, sendo a presença de acidose tubular renal (ATR) tipo 2 característica nestes doentes.

Descrição

Mulher, 82 anos. Antecedentes de carcinoma da mama em 2009, com metastização óssea associada, submetida a cirurgia, quimioterapia e radioterapia. Sob tamoxifeno desde então, sem recidiva da doença. 6 meses antes da admissão, inicia terapêutica com ác. Zolendrónico. Posteriormente medicada com naproxeno por artralgias um mês antes da admissão. Nessa data, inicia queixas de poliúria e urina de características espumosas, anorexia, náuseas, vómitos e dor abdominal difusa de agravamento progressivo pelo que recorre ao SU onde apresenta lesão renal aguda (Cr: 3,63mg/dL), com acidemia metabólica (pH: 7,21) associada. No internamento sob fluidoterapia com melhoria inicial da FR, mantendo no entanto acidemia. Equacionada a presença de glicosúria (sem hiperglicemia), proteinúria em níveis sub-nefróticos, hipocalémia, hipofosfatémia, hipomagnesémia e bicarbonatúria, em contexto de SF. Correção lenta com doses elevadas de HCO3 e melhoria progressiva dos distúrbios hidroelectrolíticos. O estudo complementar revelou défice de vitamina D e hiperparatiroidismo secundários, excluiu disproteínemias ou neoplasias, intoxicação por metais pesados ou doenças inflamatórias sistémicas. Reavaliação em consulta 8 semanas depois, com evicção de AINEs e ácido zolendrónico com FR sobreponível aos valores prévios à admissão. À data com estabilidade clínica mas recrudescimento da hipercalcemia (10,7mg/dL).

DISCUSSÃO: A toxicidade por fármacos é uma causa comum de uma doença rara sendo responsável pela maioria dos casos de SF adquirido no adulto, pelo uso de antibióticos, quimioterápicos ou antirretrovíricos, estando descritos alguns casos secundários à terapêutica com ácido zolendrónico.

PO671

1620 AJUSTE TERAPÊUTICO DOS FÁRMACOS EM FUNÇÃO DA TFGE NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Eduarda Carias, Mariana Figueiras, Sérgio Pina, Vítor Carvalho, Sofia Amálio, Ana Lopes

Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Faro, Portugal

Introdução

A doença renal pode alterar os efeitos dos fármacos com metabolização por via renal, levando a uma subdosagem ou sobredosagem com possível toxicidade terapêutica. As doses dos fármacos devem ser ajustadas à função renal, em proporção com a diminuição da depuração do fármaco.

Objetivos

Avaliar o ajuste terapêutico farmacológico em função da Taxa de Filtração Glomerular (TFGe) nos serviço de Medicina Interna (MI).

Métodos

Foi feita análise dos doentes internados num dia, nos serviços de MI de um Hospital. Estimada a função renal a partir da equação Modified Diet in Renal Disease. Excluídos os doentes com menos de 24 horas de internamento, data de alta ou morte no dia da colheita dos dados. Análise estatística feita com Excel.

Resultados

Observados 149 doentes em 3 enfermarias. Excluídos 17, ficando amostra final de 132 doentes, 61 do sexo feminino (46,2%), com idades médias de 79 anos (desvio padrão 13). Os valores de creatinina variavam entre 0.4 e 6,2 mg/dL. 59 (44,7%) dos doentes tinha uma TFGe <= a 50 ml/min/1,73m2; sendo 26 (19,7%) com TFGe <= 30 ml/min/1,73m2 e 8 (6%) TFGe <= 15 ml/min/1,73m2. Quando comparada a TFGe com a terapêutica, verificou-se que 34 doentes (25,77%) não tinham as doses ajustadas. Em 21 doentes (15,9%) o fármaco era o captopril e/ou metoclopramida. Outros fármacos observados com dose não ajustada eram: Enoxaparina em 5 doentes (3,78%), Perindopril 2 (1.5%), Espironolactona (1,5%), Apixabano 1 (1,5%), Amoxicilina (0,75%), Cetirizina (0,75%), Metformina+Vidagliptina (0,75%), Pentofixilina (0,75%), Meropenem (0,75%), Ramipril (0,75%).

Conclusões

Verificou-se que a maioria dos fármacos não ajustados à TFGe se apresentavam prescritos para tratamento em SOS, neste caso o Captopril e/ou a Metoclopramida. Da amostra observa-se que 9,84% dos doentes não apresentava terapêutica ajustada à TFGe, estando por isso sujeitos a dosagens supraterapêuticas com possível toxicidade. Este trabalho serve para alertar para a importância do ajuste terapêutico e evitar efeitos prejudiciais da sobredosagem.

PO672

1710 GLOMERULONEFRITE AGUDA PÓS-INFECCIOSA NO ADULTO - UM CASO CLÍNICO

Sónia Almeida, Marta Valentim, Catarina Neto, Ana Gameiro, Margarida Cabrita

Hospital de Santarém, E.P.E., Santarém, Portugal

Introdução

A glomerulonefrite pós-infecciosa caracteriza-se por um sindrome nefrítico que surge após um processo infeccioso, sendo mais frequente na infância em contexto de amigdalite pós-estreptocócica.

Descrição

Caso clínico: Homem de 74, com história de hipertensão arterial, fibrilhação auricular e neoplasia da próstata sob terapêutica hormonal semestral. Recorre à urgência por quadro de odinofagia, febre e mialgias com 3 dias de evolução. Ao exame objectivo com hipertrofia amigdalina, sem esxudados visíveis. Analiticamente verificou-se elevação de parâmetros inflamatórios, lesão renal aguda com creatininémia que atingiu os 6,0 mg/dL, título de anti-estreptolisina O elevado e hipocomplementémia. O estudo da autoimunidade, serologias e marcadores virais foi negativo. A ecografia renal não evidenciou alterações da morfologia, tamanho ou diferenciação renal. Iniciou terapêutica com penicilina, desencadeando no dia seguinte exantema eritematoso. Durante o internamento desenvolveu quadro de oligúria e congestão pulmonar, tendo sido transferido para o serviço de Nefrologia. Após terapêutica hemodialítica assistiu-se a melhoria gradual da função renal e recuperação de diurese. Realizada biópsia renal que confirmou o diagnóstico de glomerulonefrite pós-infecciosa.

Discussão: Com este caso pretende-se destacar a importância da identificação precoce de uma possível glomerulonefrite que, nas crianças geralmente apresenta um curso benigno, mas que em adultos poderá levar a complicações graves e evoluir para doença renal crónica.

PO673

1764 ABCESSOS RENAIS - COMPLICAÇÃO DE PIELONEFRITE NUM DIABÉTICO

Carlos Candeias, Tânia Madureira, Carlos Cabrita, Ana Lopes

Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade de Faro, Faro, Portugal

Introdução

Os abcessos renais são raros. Podem apresentar uma sintomatologia muito variada, por vezes inespecífica e ter uma evolução insidiosa. Assim, o diagnóstico pode ser difícil e o seu atraso pode causar um grau importante de morbilidade e mortalidade.

Descrição

Mulher de 41 anos, antecedentes pessoais de Diabetes mellitus tipo 1 e doença bipolar, é trazida ao Serviço de Urgência por confusão mental, astenia marcada, febre e calafrios. Teria iniciado queixas de disúria 4 dias antes, medicada com nitrofurantoína durante 2 dias que auto-suspendeu por melhoria sintomática. Ao exame objetivo destaca-se febre (38ºC) dor à palpação suprapúbica e Murphy renal positivo à direita. Analiticamente apresentava Leucocitose com neutrofilia, leucocitúria e nitritos positivo. Ecografia renal sem alterações. Iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxona. Isolada E. coli em hemocultura mas urocultura foi negativa. Alterou-se antibioticoterapia para cefuroxima segundo TSA. Por ressurgimento de febre ao 4º dia do novo antibiótico e manter Murphy renal, realizou TC Abdominal e Pélvica que revelou pequenos abcessos no rim direito e ligeira densificação da gordura peri-renal e da fáscia pararenal direita. Houve uma melhoria clínica e laboratorial progressiva após curso de antibioticoterapia de longa duração (4 semanas). DISCUSSÃO: clinicamente os abcessos renais apresentam-se como pielonefrite(s) aguda(s) que acabam por não responder à antibioticoterapia apropriada. Apesar de esta ser uma apresentação típica, a raridade da patologia leva a que a experiência clínica e um alto índice de suspeição sejam essenciais para o diagnóstico.

PO674

1839 PARÉSIA HIPERCALIÉMICA SECUNDÁRIA – COMPLICAÇÃO RARA DA HIPERCALIÉMIA

António Cruz Donato, Rodrigo Costa Lobo, Maria João Nunes Da Silva, João Meneses Santos, Rui Victorino

Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

Introdução

A parésia hipercaliémica secundária (PHKS), complicação rara da hipercaliémia, exige diagnóstico diferencial com infeções do sistema nervoso, medulopatias cervicais, neuropatias periféricas, patologias da junção neuromuscular e musculares e outras alterações iónicas. Descrevemos um caso de PHKS no contexto de lesão renal aguda (LRA).

Descrição

Homem de 62 anos, com carcinoma da bexiga, cistoprostatectomia, nefrectomia direita e nefrostomia esquerda, com creatininémia (Cr.) entre 2,5-3,0 mg/dL, admitido por tetraparésia flácida de progressão ascendente e instalação em horas. Tinha obstrução da nefrostomia e oligúria. Sem quimioterapia recente, administração de contraste iodado ou fármacos nefrotóxicos. Hb 10,6 g/dL, neutrófilos 16.250/uL, Ur 193 mg/dL, Cr 14,7 mg/dL, K 9,7 mmol/L, Na 121 mmol/L, Ca 9 mg/dL, P 4,5 mg/dL, CK 126 U/L. PaO2 84,6 mmHg, PaCO2 27,1 mmHg, sO2 97,2%. Eritrocitúria 250 cel/uL, leucocitúria 500 cel/uL, sem cilindrúria ou hemoglobinúria. E. coli isolada em urocultura. ECG com ondas T acuminadas e de base estreita. A ecografia revelou ureterohidronefrose. A TC da coluna cervical excluiu pa-

tologia medular compressiva. A hemodiálise permitiu reduzir a caliémia para 6,1 mmol/L com concomitante recuperação do défice motor. A substituição do catéter da nefrostomia conduziu à poliúria e à recuperação da função renal para os valores prévios da Cr. Fez meropenem dirigido à infecção.

Discussão: a PHKS tem menos de 100 casos descritos na literatura anglo-saxónica. É de carácter ascendente, evoluindo dos membros inferiores para os superiores, mimetizando a síndrome de Guillain-Barré. Não envolve, no entanto, os pares cranianos ou os esfíncteres, e tem pouca repercussão no aparelho respiratório. Na maioria dos casos, a hipercaliémia ocorre em contexto de LRA ou doença renal crónica e o seu valor é > 9,0 mmol/L. Não existe, contudo, correlação entre o valor da caliémia e o grau do défice motor. A raridade da PHKS sugere cofactores genéticos de predisposição.

PO675

1846 SÍNDROME PÓS-RTU

Ana Cristina Pereira Martins, Bráulio Gomes, Pedro Ribeiro, Adriano Rodrigues

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Hospital Geral, Coimbra, Portugal

Introdução

A hiponatrémia (concentração de sódio (Na) inferior a 135 mmol/L) é um distúrbio hidroelectrolítico (HE) comum. Quando grave (inferior a 120 mmol/L) e, sobretudo, quando aguda (desenvolvida em menos de 48 horas), pode produzir sintomas neurológicos graves (letargia, confusão, convulsões e coma), pelo que o seu reconhecimento atempado e a sua correcção imediata são fundamentais.

Descrição

Os autores relatam o caso de um doente, de 76 anos, trazido ao Serviço de Urgência (SU) por crise convulsiva tónico-clónica generalizada, com duração de 1 minuto, e resolução espontânea, submetido a ressecção transuretral da próstata (RTU), por hiperplasia benigna, 24-36 horas antes do envio ao SU. A admissão, apresentava-se confuso, agitado e obnibulado, com evidência gasimétrica de hiponatrémia grave (115 mmol/L), confirmada posteriormente em bioquímica sérica (Na 119 mmol/L e osmolaridade sérica 253 mOsm/Kg). Assumido o diagnóstico de hiponatrémia aguda, sendo iniciada, de imediato, correcção com soro hipertónico. Realizada ainda TAC craneoencefálica – sem alterações, e EEG, com evidência de encefalopatia difusa (secundária à hiponatrémia), sem actividade epiléptica. Após 6 e 12 horas do início da correcção da natrémia, realizada medição do Na sérico, com valores de 123 e 125 mmol/L, respectivamente, verificando-se uma melhoria progressiva das alterações neurológicas, com a melhoria da natrémia. Dada a ausência de outras potenciais causas de hiponatrémia (aguda), assumido o diagnóstico de Síndrome Pós-RTU.

A RTU requer a utilização de uma grande quantidade de fluídos de irrigação, habitualmente hipotónicos, cuja absorção para o leito intravascular resulta num aumento da volémia, com hiponatrémia secundária, habitualmente aguda e grave, culminando no desenvolvimento de um conjunto de alterações neurológicas e/ou cardiovasculares que constituem o Síndrome Pós-RTU que, ainda que cada vez mais raro, continua a ocorrer, pelo que é importante a descrição de casos como estes.

PO676

2035 UMA FORMA DIFERENTE DE NÍVEIS HIDROAÉREOS ABDOMINAIS.

Sara Lemos Rocha, Diogo Paixão Marques, Marta Catarino Manso, Raquel Domingos, Francisco Silva

Hospital Egas Moniz, Lisboa, Portugal

Introdução

Os quistos renais podem resultar de processos genéticos ou adquiridos.A maioria são quistos simples,descobertos incidentalmente,manifestando-se na presença de complicações,potencialmente graves.Os autores relatam caso de infecção enfisematosa de quistos renais, apresentando-se clinicamente como abdómen agudo.

Descrição

Mulher,59 anos,história de doença renal crónica com rins poliquísticos,hipertensão arterial,diabetes mellitus tipo 2.Quadro de 48 horas de evolução caracterizado por aparecimento súbito de dor suprapúbica irradiada ao flanco esquerdo,intensa,persistente,com febre,polaquiúria, náuseas,vómitos.Ao exame físico,-dor à palpação suprapúbica,sem reacção peritoneal,com ruídos hidroaéreos e ausência de Murphy renal.Laboratorialmente, elevação de parâmetros inflamatórios,lesão renal aguda,leucocitúria e hemoglobinúria.A radiografia simples de abdómen mostrava níveis hidroaéreos volumosos em topografia mediana. Clinicamente,agravamento precoce com dor abdominal intensa, difusa, reacção peritoneal,febre e agravamento laboratorial(PCR 62mg/dL).Realizou TAC abdominopélvica,que mostrou quistos renais volumosos, complicados, com características inflamatórias e enfisematosas.Institui-se antibioterapia de largo espectro e drenagem percutânea guiada por TAC,colocação de dreno intraquístico,determinando saída de ar e líquido hematopurulento.O exame microbiológico isolou Escherichia coli(sangue periférico, urina, conteúdo quístico).Evolução favorável,após drenagem e antibioterapia de longa duração mantendo seguimento em consulta.A maioria dos quistos renais adquiridos cursa de forma assintomática.Quando complicados,podem apresentar-se como infecções simples do tracto urinário ou ruptura com hemorragia potencialmente fatal.O caso destaca-se pelo quadro inflamatório intenso, rapidamente progressivo, simulando

abdómen agudo.Foi crucial esclarecer o diagnóstico, impondo-se drenagem de colecção renal profunda em que a antibioterapia isolada seria manifestamente insuficiente.

PO677

2070 PIELONEFRITE AGUDA – IDENTIFICAÇÃO DE FATORES PREDITORES DE INTERNAMENTO PROLONGADO

Joana Couto, Luís Pontes Santos, Raquel Afonso, Raquel López, Diana Guerra

Serviço de Medicina Interna 1 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana Do Castelo, Portugal

Introdução

A pielonefrite aguda (PA) é a forma mais grave de infeção do trato urinário e ocorre mais frequentemente em mulheres. É uma das causas infecciosas mais comuns no doentes internados no Serviço de medica Interna. Importa compreender os fatores que influenciam o internamento prolongado.

Objetivos

Caraterização a populacional dos doentes diagnosticados com PA e identificação dos fatores preditores de internamento prolongado nesta população. Identificar estratégias de deteção precoce de doentes em risco de internamento prolongado.

Métodos

Foram analisados os processos clínicos electrónicos dos internamentos de doentes entre os 18 e os 65 anos com diagnóstico de PA entre 2010 e 2016. De cada episódio foram analisados dados demográficos, antecedentes, apresentação clinica, tempo de internamento, dados analíticos e microbiológicos, antibioterapia e destino.

Resultados

Houve 981 internamentos por PA, 18,3%[172] ocorreram em doentes entre os 18 e 65 anos. 67,4% eram mulheres. A idade média foi de 48,4 anos. 69,8% estiveram internados no Serviço de Medicina Interna e 30,9% no Serviço de Urologia. A média de dias de internamento foi de 7,5 dias [1-40]. Os fatores preditores de um tempo de internamento prolongado foram antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 (p 0.01), algaliação crónica (p 0.032), doentes que se encontravam acamados previamente (p 0.01), apresentação inicial como confusão mental (p 0,026), algaliação durante o internamento (p 0.03) e a presença microorganismos multirresistentes (MR) na identificação microbiológica (p 0.015).

Conclusões

Conclui-se que entre os fatores preditores de um tempo de internamento prolongado se encontram co-morbilidades anteriores, apresentação inicial grave com atingimento neurológico e identificação de microrganismos MR com necessidade de alteração de antibioterapia em curso e inicio de antibioterapia de largo espetro dirigida. De realçar, o aumento do tempo de internamento nos doentes algaliados, por maior grau de gravidade ou complicações inerentes a procedimento invasivo.

PO678

2077 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EM CONTEXTO DE SÍNDROMA NEFRÓTICA

Joana Rosa Martins, Ana Bento Rodrigues, Ryan Costa Silva, Alba Janeiro Acabado, Paulo Cantiga Duarte

CHLN-HSM, Lisboa, Portugal

Introdução

A síndroma nefrótica acompanha-se de um aumento de risco de tromboemboembolismo, sendo a glomeruloesclerose segmentar focal (GESF) um dos padrões histológicos que pode cursar com esta apresentação. As etiologias descritas para a GESF são diversas parecendo existir uma associação a situações clínicas que aumentem a sobrecarga glomerular, nomeadamente a obesidade.

Descrição

Os autores apresentam o caso de uma doente, 69 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e obesidade, internada por quadro com duas semanas de evolução de dispneia e edema generalizado. A avaliação complementar revelou a presença de hipoxémia e alcalémia respiratória sendo colocada a hipótese de tromboembolismo pulmonar (TEP), pelo que realizou angio-TC que confirmou a presença de trombo subsegmentar. Tendo em conta a presença concomitante de anasarca, hipoalbuminémia, proteinúria no exame sumário de urina e hipercolesterolémia admitiu-se a hipótese de hipercoagulabilidade em contexto de síndroma nefrótica, sendo esta confirmada após documentação de proteinúria em faixa nefrótica na urina de 24h (6.6g/24h). Uma vez que o estudo etiológico inicial para síndroma nefrótica foi inconclusivo, realizou biópsia renal que revelou GESF. Após despiste de eventuais factores desencadeantes (nomeadamente fenómenos paraneoplásicos), considerou-se a hipótese de GESF associada à obesidade, tendo iniciado acompanhamento nutricional com óptimo resultado. Após perda ponderal de 20Kg ocorreu estabilização dos parâmetros de retenção azotada (doença renal crónica estadio 3) mantendo-se com proteinúria não nefrótica após dois anos de follow up sem necessidade de implementação de terapêutica imunossupressora.

Apesar da relação entre o TEP e a síndroma nefrótica ser reconhecida, a maioria das referências na literatura surgem em doentes com diagnóstico prévio de proteinúria, demonstrando este caso a importância de um elevado grau de suspeição e salientando o possível impacto da alteração do estilo de vida na abordagem à GESF.

PO679

2210 GLOMEURULONEFRITE POS-ESTREPTOCOCCICA, A IMPORTÂNCIA DO C3

Marcelo Aveiro, Mariana Maranhas, Tatiana Rodrigues, Rosa Jorge

CHBV, Portugal, Portugal

Introdução

A Glomerulonefrite pós-estreptocócica (GPS) é a causa mais comum de nefrite aguda a nível mundial. Afeta mais frequentemente crianças, mas pode ocorrer em qualquer faixa etária com predominância no sexo masculino. A apresentação clinica é variável podendo cursar sem sintomatologia até síndrome nefrítico com necessidade diálise.

Descrição

Apresentam os autores o caso de um jovem de 21 anos, sem antecedentes de relevo, com amigdalite diagnosticada a 06/10/2018, medicado com Amoxicilina e Acido Clavulânico que cumpriu durante 7 dias. A 21/10/2017 inicia edema periorbital com progressão para edema generalizado. O doente deslocou-se ao serviço de urgência tendo melhorado após administração de diurético EV. Apresentava função renal normal com hematúria e sem proteinúria, tendo sido referenciado para consulta de Medicina Interna.O exame objetivo não apresentava alterações e o doente já não se encontrava hipertenso, Apresentava nível de C3 diminuído e Anti-Estreptolisina O positivo, com restante estudo sem alterações. Foi colhida de urina das 24h com doseamento de proteínas de 82 mg/24h. Repetiu análises 6 semanas depois com subida do nível de C3, mantendo hematúria e relação de proteínas/creatinina de normal. Manteve seguimento na consulta de Medicina Interna e Nefrologia.

Discussão

Os autores destacam a importância desta entidade como uma das possíveis causas de HTA e edema periférico principalmente no adulto jovem. A GPS surge cerca de 3 semanas após infecção por estirpes de estreptococcus do grupo A, sendo as principais manifestações clinicas o edema, hipertensão e hematúria com grau de proteinúria muito variável. Cerca de 90% dos doentes apresentam C3 baixo nas primeiras 2 semanas, com retorno ao normal dentro de 4 a 8 semanas. O controle do C3 assume grande importância isto porque se os valores forem persistentemente baixos após 6 semanas poderá ser indicativo de glomerulonefrite membranoproliferativa com alteração de prognóstico e necessidade de realização de biópsia renal.

PO680

2229 SÍNDROME NEFRÓTICO E AMILOIDOSE RENAL

Filipa Lage, Filipe Morais De Almeida, Margarida Paixão Ferreira, Paulo César, Carlos Costa Marques, José Vaz

ULSBA, Beja, Portugal

Introdução

A amiloidose é caracterizada pela deposição extracelular de proteínas, de forma localizada ou sistémica. O tipo de amiloidose varia geograficamente, sendo maior a prevalência de amiloidose AL nos países mais desenvolvidos. O seu diagnóstico requer a demonstração histológica dos depósitos de amiloide no(s) órgão(s) afetado(s).

Descrição

Apresenta-se o caso de uma mulher de 49 anos, padeira, internada por miopericardite de etiologia viral. Analiticamente a salientar no internamento: anemia ferropénica, sem alteração dos parâmetros inflamatórios, hipercolesterolémia, ligeira alteração das enzimas cardíacas, hipoalbuminémia e hipoproteinémia; exame sumário de urina com proteinúria ligeira.

Após estabilização do quadro, a doente manteve seguimento em consulta de Medicina, mantendo queixas de dispneia e edemas dos membros inferiores. Realizou inicialmente despiste de doença cardiovascular e respiratória (ecocardiograma, holter, prova de esforço, espirometria e TC de tórax) que não demonstraram alterações justificativas do quadro clínico.

Por agravamento, em consultas subsequentes, despitou-se doença autoimune, neoplasia de órgão sólido e hematológica.

Por apresentar proteinúria importante (7928mg/dia), em crescendo, ecografia renal sem alterações, presença de síndrome nefrótico de etiologia a esclarecer, sem resposta a corticoterapia, pediu-se apoio de nefrologia para realização de biópsia renal que revelou presença de presença de cadeias leves lambda de amilóide.

Discussão:

A amiloidose é uma patologia a considerar na presença de síndrome nefrótico, em que a pesquisa de outras patologias é negativa, tornando-se um desafio diagnóstico para a Medicina Interna.

Doenças Respiratórias

PO681

121 PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE: UM CASO DE EXPOSIÇÃO PROFISSIONAL.

João Enes Silva[1], Rita Félix Soares[2], Ana Luísa Silva[3], Marta Amorim[1], Jorge Almeida[1]

[1]Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

[2]Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, Coimbra, Portugal

[3]ACES Grande Porto 3 - USF Bela Saúde, Porto, Portugal

Introdução

A Pneumonite de Hipersensibilidade (PH) ocorre devido à exposição a antigénios inalados que desencadeiam uma resposta inflamatória das vias áreas de pequeno calibre e alvéolos. Manifesta-se com febre, astenia e sintomas respiratórios (tosse e dispneia). A identificação do agente causal é essencial, pois a evicção da exposição é o pilar do tratamento.

Descrição

Homem, 54 anos, trabalha em fábrica de tratamento de resíduos orgânicos. Mora junto a uma criação de pombos. Antecedentes de Gastrite Crónica, Dislipidemia, Hiperuricemia e Litíase Vesicular. Ex-fumador (26 UMAs, parou há 10 anos). Medicado com Alopurinol, Atorvastatina.

Recorreu serviço de urgência (SU) por queixas de dispneia, tosse não produtiva, febre, hipersudorese, mialgias e cefaleia após retomar trabalho 4 dias antes (doente esteve em casa após colecistectomia). Sintomas semelhantes nos 3 meses anteriores após ser recolocado no emprego – passou do transportava cargas para a combustão de resíduos. No SU apresentava-se polipneico, com crepitações bilaterais mais evidentes nas bases e insuficiência respiratória hipoxémica. Analiticamente com leucocitose e elevação da PCR. Radiografia de tórax com padrão reticular intersticial difuso. TC torácico mostrava micronódulos de predomínio centrilobular e áreas de densificação em "vidro despolido" e padrão "mosaico" nos dois terços superiores dos campos pulmonares poupando relativamente as bases, sem sinais de fibrose pulmonar. Broncofibroscopia com lavado broncoalveolar que demonstrou linfocitose marcada (78%) e razão CD4+/CD8+ baixa (0.6). Precipitinas para soro de pombo e Aspergillus fumigatus negativas. HIV negativo. Iniciou corticoterapia sistémica com melhoria clínica. Doente voltou ao posto de trabalho anterior, conseguindo-se evicção da exposição. Sem recorrência da sintomatologia nas consultas de seguimento.

Discussão: a história clínica, estudo efectuado e melhoria após evicção levaram ao diagnóstico final de PH por exposição à combustão de resíduos orgânicos.

PO682

249 FIBRINÓLISE INTRAPLEURAL NO EMPIEMA – UM CASO DE SUCESSO

Cristina Silva, Sofia Rolo, Daniela Neto, Isabel Trindade, António Costa, Hans Dabó, Helena Sarmento, Jorge Cotter

Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, Portugal

Introdução

Uma das complicações da pneumonia adquirida na comunidade (PAC) é o empiema. O tratamento não cirúrgico inclui a antibioterapia (ATB), drenagem torácica e cinesiterapia respiratória. A fibrinólise intrapleural apresenta-se como uma arma terapêutica adicional.

Descrição

CASO CLÍNICO: Homem, 37 anos, autónomo, com consumo ~ de 80 g/álcool/dia, sem outros antecedentes de relevo. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por lombalgia esquerda, náuseas e astenia com 3 dias de evolução. Analiticamente, com elevação de parâmetros inflamatórios. Radiografia torácica com consolidação no lobo inferior esquerdo. Sem insuficiência respiratória. Admitida PAC, tendo sido medicado para ambulatório com levofloxacina 750 mg/dia. Ao 5º dia de ATB, voltou ao SU por dispneia para pequenos esforços e tosse produtiva com expetoração mucopurulenta. Objetivada diminuição do murmúrio vesicular e da transmissão das vibrações vocais nos 2/3 inferiores do hemitórax esquerdo. Analiticamente, mantinha parâmetros inflamatórios elevados e apresentava insuficiência respiratória tipo 1. A radiografia torácica mostrava hipotransparência de mais de 2/3 do hemitórax esquerdo. Efetuada toracocentese diagnóstica, com diagnóstico macroscópico de empiema. Medicado com meropenem, submetido a drenagem torácica e iniciada cinesiterapia respiratória. A evolução clínica foi lenta mas favorável. Por manutenção de derrame pleural septado, melhorado mas ainda significativo, apesar de 19 dias de ATB, decidida realização de fibrinólise intrapleural. Após 3 sessões, registou-se melhoria radiológica franca com expansão pulmonar quase total. Documentada resolução total 2,5 meses após alta hospitalar.

DISCUSSÃO: Após revisão da literatura, salienta-se que não há evidência que suporte a utilização rotineira da fibrinólise intrapleural nos derrames parapneumónicos/empiema. Contudo, está descrito que ela deve ser considerada no derrame pleural loculado, como ilustrado neste caso, pois pode prevenir a necessidade de intervenção cirúrgica.

PO683

272 O DESAFIO DA PNEUMONIA ORGANIZATIVA

Mariana Formigo, Sara Freitas, Glória Alves, Jorge Cotter
Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães, Portugal

Introdução

A pneumonia organizativa é uma pneumonia intersticial idiopática de evolução rápida, rara, caracterizada pela presença de tecido de granulação intra-alveolar, com múltiplas etiologias. O diagnóstico é clínico, imagiológico e histológico. O tratamento recomendado é corticoterapia e o prognóstico é na maioria dos casos favorável.

Descrição

Mulher, 68 anos, recorreu ao serviço de urgência com queixas respiratórias, ficou internada ao cuidado da Medicina Interna por extensa consolidação alveolar nos lobos superior e médio esquerdos, compatível com pneumonia. Iniciou ciclo de antibioterapia com Levofloxacina. Por agravamento clínico, escalamento de antibioterapia para Meropenem e Vancomicina que cumpriu durante 21 dias. Ao 20º dia de internamento, agravamento clínico e imagiológico com persistência da consolidação parenquimatosa lobar superior esquerda, um extenso infiltrado alveolar no lobo inferior esquerdo e no pulmão direito e derrame pleural direito. Iniciou Cefepime associado a Linezolide. Ao 31º dia de internamento realizou broncofibroscopia com crescimento de candida e enterococcus faecium no lavado broncoalveolar. Ao 35º dia de internamento repetiu imagem por agravamento clínico, compatível com exuberantes infiltrados bilaterais de tipo alveolar e opacidades dispersas em vidro despolido, sugerindo edema alveolar (ARDS). Iniciou corticoterapia 1 mg/kg/dia com melhoria do quadro clínico. Ao 40º dia, realizou biópsia transtorácica compatível com pneumonia em fase organizativa. Atualmente em seguimento em consulta de Medicina Interna, doente clinicamente melhorada, assintomática, iniciou desmame de corticoterapia.

O diagnóstico de pneumonia organizativa constitui um desafio clínico uma vez que o diagnóstico diferencial inclui um amplo espectro de diagnósticos diferenciais.

PO684

297 O HIDROPNEUMOTÓRAX QUE É UMA ENDOMETRIOSE PLEURAL

Dalila Parente, Lígia Santos, Gisela Vasconcelos, Magda Silva, Mari Mesquita
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Penafiel, Portugal

Introdução

A endometriose é a presença de tecido endometrial ectópico fora da cavidade uterina. A localização extra-pélvica mais frequente é a pleural. O pneumotórax catamenial ocorre em associação com a menstruação devido à existência de endometriose pleural.

Descrição

Mulher, 36 anos. Antecedentes de endometriose pélvica, infertilidade conjugal (secundária) e défice de proteína C. Quadro com um dia de evolução de dor torácica pleurítica no hemitórax direito e febre. Objetivamente: sons respiratórios diminuídos no hemitórax direito. Elevação de parâmetros inflamatórios sistémicos. Presença de pneumotórax direito e derrame pleural direito de médio volume com colapso completo do lobo inferior homolateral, médio e de parte do superior. Líquido pleural sero-hemático, exsudado com 4440 células, predomínio de outras células, ADA normal e pH 7,26. Colocado dreno torácico com drenagem do pneumotórax e de 800 ml de líquido pleural. Tomografia Computorizada com ascite e formação hipodensa de 5/3,7 cm na região anexial direita, suspeita de corresponder a quisto ovárico complexo. Avaliação ginecológica: cataménio em curso e tumefação anexial direita com 5 cm. Marcadores tumorais negativos. Ressonância magnética com suspeita de neoformação primitiva ovárica. Colocada a hipótese de Síndrome de Meigs, sendo orientada por Ginecologia. Um mês depois, durante o período menstrual, recidiva de hidropneumotórax direito, tendo o líquido pleural características semelhantes ao prévio. No terceiro mês consecutivo, novo hidropneumotórax direito, coincidente com cataménio, não drenado. Assumido Hidropneumotórax catamenial. Submetida a ressecção pulmonar atípica e abrasão pleural. Exame anatomo-patológico: bolhas enfisematosas associadas a endometriose pleural. Sem novas recidivas.

A endometriose pleural deve ser suspeita em mulheres em idade reprodutiva com pneumotórax ou hemotórax catamenial, principalmente se antecedentes de endometriose pélvica.

PO685

394 SÍNDROMES COM EOSINOFILIA PULMONAR: COMO DISTINGUI-LOS?

Manuel Toscano, Ana Rafaela Alves
Hospital de Cascais, Cascais, Portugal

Introdução

Os síndromes com eosinofilia pulmonar são entidades raras, de difícil diagnóstico, pelo que a sua investigação e caracterização continua a merecer estudo.

Descrição

Descreve-se o caso de uma doente de 76 anos, não fumadora, com antecedentes de gastrite crónica e diagnóstico de asma brônquica aos 50 anos. Referia história de alergia a pólens e sinusite crónica com polipose nasal desde a infância e perda progressiva da acuidade auditiva desde os 30 anos, actualmente com cofose direita e surdez grave à esquerda.

Foi admitida por quadro de dispneia, pieira, tosse com expectoração mucosa espessa e astenia marcada com perda pon-

deral com 2 semanas de evolução, sem melhoria após ciclo de antibioterapia. Analiticamente verificou-se eosinofilia marcada (10870 cél/mm3) e discreta elevação de parâmetros inflamatórios, e, radiograficamente, reforço para-hilar à direita. Realizou TC tórax que revelou padrão bronquiectásico cilíndrico no LSE e áreas de condensação nodular subpleurais a nível do lobo médio e inferior direito, em relação com pneumopatia de etiologia indeterminada. O lavado broncoalvelolar demonstrou predomínio de eosinófilos (exame cultural e micológico negativos) e a biópsia transtorácica do lobo inferior direito mostrou congestão alveolar com ligeira fibrose septal e epitélio brônquico com infiltrado inflamatório linfoplasmocitário e eosinófilos. Do restante estudo a destacar IgE total aumentada (3x valor de referência), VS 60mm/h e estudo autoimune, incluindo ANCA, negativo. O RAST e a pesquisa de precipitinas de Aspergillus foram negativos. A TC dos seios perinasais demonstrou espessamento inflamatório da mucosa do seio frontal e seios maxilares. O ecocardiograma não mostrou alterações significativas.

Iniciou corticoterapia sistémica, com melhoria significativa, apresentando nos anos seguintes episódios semelhantes, sem sintomatologia ou achados compatíveis com vasculite, e sempre com boa resposta a corticoterapia, colocando-se hipótese de pneumonia eosinofílica crónica.

PO686

402 NEOPLASIA PULMONAR EM DOENTE COM GLOMERULONEFRITE MEMBRANOSA EM ESTUDO: ACASO OU DIAGNOSTICO OCULTO

Diana Pimenta, Joana Sotto Mayor, Raquel Fontes, Margarida Robalo, Sofia Esperança, Carlos Capela

Hospital de Braga, Braga, Portugal

Introdução

A maioria dos casos de Glomerulonefrite (GM) são idiopáticos, no entanto cerca de 20% (principalmente> 65 anos) associam-se a neoplasias, sobretudo do estômago, pulmão e cólon. Na maioria, a GM é diagnosticada após o diagnóstico do tumor.

Descrição

Doente, 84 anos, antecedentes GM em estudo, recorre ao Serviço de urgência por astenia e dispneia de agravamento progressivo, com 3 meses de evolução, associada a tosse e expetoração mucosa, sem ortopneia, dispneia paroxística noturna, edemas ou febre. Ainda, hipertensão arterial e perda ponderal de 2 kg desde o inicio do quadro. Objetivamente: diminuição do murmúrio vesicular no hemitórax direito. Do estudo realizado: Análises normais; radiografia e tomografia (TAC) de tórax: "derrame pleural de grande volume à direita com colapso do pulmão homolateral e desvio do mediastino.(…) Sem imagens de nódulos organizados ou conglomerados adenopáticos mediastínicos".Toracocentese: líquido compatível com exsudado. Internado para estudo da etiologia do derrame pleural. TAC de controlo: "presença de massa de contornos irregulares, de componente atelectásico pós obstrutivo, no lobo médio do pulmão direito." Por persistência do derrame pleural, realizada toracoscopia com biopsia pleural e drenagem, verificando-se metastização pleural macroscópica. Exame citológico:"células de adenocarcinoma do pulmão". Tomografia de positrões de estadiamento: "lesão pulmonar no lobo médio de relação com neoplasia primária, metastização pleural direita, infiltração hilar direita e mediastínica, hiperatividade no 6º arco costal direito e ao nível de D7"- Estadio IV. Encaminhado para consulta de Pneumologia para tratamento oncológico.

O presente caso clínico visa alertar para a necessidade de se estudarem as causas das glomerulonefrites e despiste de patologias associadas (por vezes menos comuns) que previnam diagnósticos tardios das mesmas, onde pouco ou nada há a fazer.

PO687

472 INFLUÊNCIA DO PESO CORPORAL NA MORTALIDADE DA PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE

Carolina Aguiar, Luís Correia, Catarina Nóbrega, Joana Jacinto, Maria Da Luz Brazão

Hospital Central do Funchal, Funchal, Portugal

Introdução

A pneumonia adquirida na comunidade (PAC) é um motivo de admissão frequente nos serviços de Medicina Interna (SMI). Empiricamente, o estado nutricional do doente parece influenciar o desfecho destes casos. Uma das medidas mais simples que pode refletir o estado nutricional é o índice de massa corporal (IMC).

Objetivos

Estudar a influência do IMC dos doentes admitidos por PAC num SMI na ocorrência de óbito intra-hospitalar.

Métodos

Elaborou-se um estudo retrospetivo analítico. Estudou-se os processos dos doentes admitidos por PAC num SMI ao longo de 6 meses. Extraíram-se as variáveis demográficas, IMC calculado conforme definição da Organização Mundial de Saúde, critérios de gravidade de PAC presentes à admissão e ocorrência de óbito intra-hospitalar. Efetuou-se descrição estatística da amostra e de 4 grupos (baixo peso, peso normal, excesso de peso, obesidade). A associação entre IMC e ocorrência de óbito foi testada num modelo de regressão usando como fatores de confundimento os critérios de gravidade de PAC. Utilizou-se o limiar de significância estatística $p < 0,050$.

Resultados

Identificou-se 181 admissões por PAC. A média das idades foi de 74 anos. Os homens compunham 42,0% dos doentes. A

mortalidade global foi de 11,0%. Categorizando-se pelos estratos de IMC: baixo peso (11 doentes, 6,1%); peso normal (62 doentes, 34,4%); excesso de peso (71 doentes, 39,1%); obesidade (37 doentes, 20,4%). A mortalidade nos grupos foi de: 18,2%, 14,5%, 4,2% e 16,2% respetivamente. O modelo de regressão logística identificou associação entre a ocorrência de óbito intra-hospitalar e as seguintes condições: excesso de peso (odds ratio 0,220 p=0,030), frequência respiratória > 30/minuto (OR 6,465 p=0,001), frequência cardíaca > 125/minuto (OR 7,965 p=0,007).

Conclusões

O outcome da PAC com necessidade de internamento parece ser influenciado pelo IMC do doente. Pode sugerir um fator a ponderar aquando da avaliação de risco do doente. Sugere-se mais estudos neste campo.

PO688

481 HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Maria Inês Campos Nunes Da Silva, Maria Clara Novais De Matos, Maria De Oliveira Gomes Tavares Ferreira De Morais, Susana Filipa Baptista De Almeida, Maria Ana Monteiro Rafael, Maria Teresa Camilo Branco

Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, Lisboa, Portugal

Introdução

A Hipertensão Arterial Pulmonar (HAP) traduz-se num síndrome clínico complexo caracterizado pelo aumento da pressão arterial pulmonar com consequente aumento da resistência vascular pulmonar, insuficiência cardíaca direita e morte prematura. Nos últimos anos assistiram-se a progressos importantes que levaram a uma nova reclassificação da Hipertensão Pulmonar (HP), sendo que a HAP passou a pertencer ao grupo 1 da classificação clínica da HP - Veneza 2003.

Descrição

Apresenta-se um caso clínico de uma jovem de 26 anos aparentemente saudável que recorreu a um serviço de urgência com um quadro clínico sugestivo de pielonefrite aguda. Da anamnese apurou-se que a doente estaria a realizar há 8 meses uma substância para perder peso denominado de "Barriga seca".

O electrocardiograma realizado à admissão do internamento hospitalar documentou uma taquicardia sinusal, com desvio direito do eixo eléctrico, inversão da onda T nas derivações II, III e aVF e a radiografia de tórax revelava uma artéria pulmonar direita bem definida. Estes achados motivaram a realização de um ecocardiograma transtorácico que revelou dilatação das cavidades direitas com hipertensão pulmonar grave (PSAP estimada em 90+5 mmHg).

Do estudo etiológico concluiu-se de que se tratava de uma HAP sendo que esta poderia traduzir um efeito adverso da substância referida ou tratar-se de um caso de hipertensão arterial pulmonar idiopática. As restantes causas de HP foram excluídas.

Na literatura não existem casos descritos de HAP secundária à substância supracitado o que torna difícil afirmar a existência de casualidade entre esta patologia e o mesmo. Os casos de HAP idiopáticos são raros, sendo que a causa de HP mais frequente é a secundária a patologia do coração esquerdo.

Perante este caso clínico, discute-se a marcha diagnóstica que levou às conclusões acima descritas, a evolução clínica da doente e a importância que traduziu, nesta situação em particular, o diagnostico em fase assintomática.

01 DE JUNHO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 03
09:00 - 10:30

PO689

507 APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE UMA ENTIDADE RARA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO DE HISTIOCITOSE X

Ana Catarina Alves Moreira[1], Jorge Humberto Soares[2]

[1]Hospital Garcia de Orta, Lisboa, Portugal

[2]EPE Almada, Lisboa, Portugal

Introdução

A Histiocitose X ou Histiocitose de células de Langerhans pulmonar é uma doença intersticial rara, cuja real incidência e prevalência são desconhecidas. As lesões ósseas quísticas surgem em 4 a 20% dos doentes e podem associar-se a dor óssea e fracturas patológicas.

Descrição

Mulher, 29 anos, caucasiana. Antecedentes de tabagismo activo (CT 6 UMA) e trombocitose; história familiar de hemocromatose (pai). Medicada com budesonida. Negava hábitos toxicofílicos e contactos sexuais de risco. Sem história epidemiológica relevante. Quadro de tosse não produtiva com 1 ano de evolução, intermitente, sem dispneia, toracalgia, febre, sudorese e sintomatologia constitucional. Exame objectivo sem alterações de relevo. Radiografia do tórax com acentuação difusa do interstício pulmonar e imagens quísticas de pequenas dimensões. Na avaliação laboratorial destacava-se leucocitose 16.000, neutrófilos 70.5%, VS 64 mm 1ªhora, PCR 1,8 mg/dL. Restante estudo, nomeadamente cinética do ferro, eletroforese das proteínas, alfa 1 antitripsina e ECA sem alterações. Estudo auto-imune negativo. Serologias negativas. Na TC do tórax, múltiplas imagens quísticas de paredes irregulares e espessa-

das, predominantes nos andares médios e superiores, poupando o parênquima dos seios costofrénicos; sem adenopatias. Estudo funcional respiratório sem alterações; difusão de CO diminuída. Broncofibroscopia normal. Exame microbiológico do lavado broncoalveolar (LBA) e secreções brônquicas (SB) negativo. Contagem diferencial do LBA sem alterações. Citologia do LBA e SB negativa; S100 e CD1a inconclusivos; pesquisa de ferro negativa. Por cervicalgia frequente e adenopatias cervicais foi realizada RM que evidenciou massa intra-óssea expansiva do clivus occipital com expressão mediana e paramediana direita e extensão ao côndilo occipital direito e arco anterior de C1. Histologia de biópsia do clivus evidenciou agrupamentos de células de Langerhans positivas para S100 e CD1a, compatível com o diagnóstico de Histiocitose X.

E-POSTERS

PO690

590 RESISTÊNCIAS A ANTIMICROBIANOS NA PNEUMONIA NOSOCOMIAL - CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Carolina Morna, Frederica Passos, Jéssica Chaves, Catarina Lume, Nélia Abreu, Tiago Esteves Freitas, Maria Da Luz Brazão

Hospital Central do Funchal, Funchal, Portugal

Introdução

A pneumonia nosocomial é causa de morbilidade e mortalidade.

A terapêutica inicial é um factor independente na mortalidade e o tratamento empírico deverá ter acção contra staphylococcus aureus e bacilos gram negativos. Combinar um tratamento precoce agressivo com descalação adequada é essencial à redução da pressão selectiva para resistências.

Objetivos

Estudo retrospectivo da abordagem terapêutica e resistências a antimicrobianos na pneumonia nosocomial, num serviço de Medicina Interna.

Métodos

Análise de colheitas de expectoração e antibiogramas, num intervalo de 6 meses, no Serviço de Medicina Interna, em doentes com quadro respiratório não presente nas primeiras 48 horas após admissão ou com agravamento clínico. Colheita de dados demográficos e clínicos. Análise descritiva.

Resultados

Identificaram-se 155 casos, dos quais 126 foram utilizados e 29 rejeitados.

Idade média de 75 anos, 67% mulheres e 33% homens.

10.3% eram pneumonias nosocomiais precoces e 89.7% tardias, tendo 35% ocorreram em internamentos passivos (altas clínicas).

Os agentes identificados foram 25% MRSA, 34% Bacilos gram-negativos não fermentadores (BGNNF), 41% enterobacterias. Das enterobacterias, 23% eram produtoras de beta-lactamases de espectro estendido. Dos BGNNF, 27% eram acinectobacter baumanni.

Resistência à piperacilina-tazobactam na ordem dos 30% para enterobacterias e 50% para BGNNF.

Resistência à antibioterapia empírica em 50% dos BGNNF e 45.2% dos MRSA não estavam cobertos.

Nos casos em que seria adequado fazer descalação terapêutica, apenas 42.3% o fez.

Verificou-se óbito na sequência do diagnóstico em 26.2% da amostra.

Conclusões

Os doentes internados no Serviço de Medicina Interna são portadores de comorbilidades e passíveis de aquisição de infecções nosocomiais.

Os internamentos passivos correspondem a grande parcela das pneumonias nosocomiais.

45% das infecções por MRSA não estão cobertas pela antibioterapia empírica e 50% das enterobacterias são resistentes.

Quando apropriada, há baixa taxa de descalação terapêutica.

PO691

685 FÍSTULA BRONCOPLEURAL COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE

José Eduardo Mateus, Carlos Silva, João Porto, Isabel Fonseca

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

A fístula broncopleural (FBP) consiste numa comunicação aberrante entre a árvore brônquica e o espaço pleural e surge mais frequentemente na sequência de uma pneumonia necrotizante, com ou sem empiema, causada por microrganismos anaeróbios. Pode ainda estar associada a neoplasia pulmonar ou ocorrer na sequência de traumatismo torácico penetrante ou como complicação de biópsia pulmonar ou toracocentese. A FBP, como complicação de infeção pleuroparenquimatosa, pode desenvolver-se em qualquer fase da doença.

Descrição

CASO CLÍNICO:

Doente de 49 anos, sexo masculino, antecedentes de hepatopatia alcoólica, avaliado por quadro de alteração do estado de consciência, febre, dor torácica esquerda e dispneia com 5 dias

de evolução. Apresentava na escala de coma de Glasgow um score de 6, hipotermia, taquicardia, polipneia, tiragem, sibilância à auscultação e ausência de murmúrio vesicular no campo pulmonar esquerdo. Analiticamente havia: insuficiência respiratória hipoxémica e acidose láctica, leucocitose com neutrofilia, proteína C reativa e amoníaco elevados. Radiografia torácica mostrou pneumotórax hipertensivo à esquerda. Realizada drenagem torácica com saída de exsudato purulento. Tomografia computorizada mostrou pneumomediastino, hidropneumotórax esquerdo, densificação atelectásica dos lobos inferiores com broncograma e fistula bronco-pleural à esquerda. Foi entubado e ventilado e iniciou antibioterapia empírica com piperacilina, tazobactam e metronidazol, acabando por falecer 12H depois. Nenhum microrganismo foi identificado nos estudos microbiológicos das amostras colhidas.

DISCUSSÃO:

A FBP é uma complicação possível, embora rara, da pneumonia adquirida na comunidade. O tratamento é difícil, implicando internamento prolongado e associando-se a uma taxa de mortalidade que pode atingir os 50%. Devido à contagem bacteriana ser baixa ou não serem feitas culturas para anaeróbios, as culturas de líquido de derrames para-pneumónicos complicados são por vezes falsamente negativas.

PO692

761 DOENÇA RESPIRATÓRIA EXACERBADA PELOS AINE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Flávio Pereira, Joel Pinto, Tiago Valente, Mariana Da Silva, Eduarda Seixas, Pedro Ferreira, Ana Rafaela Araújo, Susana Cavadas

Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Aveiro, Portugal

Introdução

A Doença Respiratória Exacerbada por Anti-inflamatórios não esteroides (AINE) – DREA – é caraterizada pela presença de polipose nasal, rinossinuosite eosinofílica e reações de hipersensibilidade (RH) induzidas por AINE, cursando com broncoespasmo e rinorreia. Tem uma prevalência de 7% em doentes asmáticos, sendo mais frequente em casos de asma severa.

Descrição

CASO CLÍNICO: Homem de 74 anos, antecedentes de doença renal crónica, patologia respiratória com polipose nasal e história de exposição a poeiras/bolores. Referenciado à Consulta de Medicina por episódios de broncoespasmo intenso e eosinofilia periférica após toma de naproxeno com necessidade de corticoterapia, associados a reações cutâneas urticariformes. Analiticamente apresentava eosinofilia (máximo 12.24x109/L), IgE elevada (676 UI/mL), sem elevação de parâmetros inflamatórios e estudo de auto-imunidade negativo (ANA, ANCA e anti-MPO). Provas funcionais respiratórias compatíveis com asma. Tomografia computorizada (TC) torácica sem alterações e TC dos seios perinasais com polipose nasal, cuja histologia mostrou eosinófilos na lâmina própria, sem vasculite. Fez broncofibroscopia com lavado broncoalveolar (80% de eosinófilos e citologia sem células malignas). Excluíram-se infeções fúngicas ou parasitárias e doença hematológica. VHC, VHB e VIH negativos. Foi orientado para Consulta de Imunoalergologia, onde efetuou teste de provocação oral em ambiente controlado que confirmou a RH. Manteve evicção de AINE, iniciou corticóide oral, com melhoria dos sintomas e resolução da eosinofilia. Continua em seguimento nas Consultas de Medicina, Imunoalergologia e Pneumologia.

A DREA é um subtipo de RH aos AINE que ocorre em doentes asma, com indução de broncoespasmo agudo após toma de inibidores da COX-1. A história clínica e farmacológica reveste-se de extrema importância. O estudo etiológico é fundamental, devendo-se excluir doenças sistémicas, que partilham aspetos clínicos da DREA, influenciando a orientação e prognóstico.

PO693

772 ABCESSO PULMONAR REFRACTÁRIO AO TRATAMENTO CONVENCIONAL

Sónia Da Costa Fernandes, Luciana Faria, Catarina Patronillo, Vera Seara, Joana Gonçalves, Raquel Ervalho, Teresa Pinto

CHPVVC, Vila Do Conde, Portugal

Introdução

Abcesso pulmonar é uma infecção do parênquima, provocada geralmente por organismos anaeróbios. É mais frequente em homens idosos; o componente mais importante da avaliação é definir qual o agente etiológico mais provável, a fim de selecionar o antibiótico apropriado, e excluir condições associadas, nomeadamente neoplasia. O tratamento é quase sempre empírico.

Descrição

Os autores descrevem um caso de um homem de 84 anos, com hipertensão arterial, dislipidemia e ex-fumador, que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por febre, dispneia e tosse produtiva com 3 dias de evolução, sem resposta à Amoxicilina/Ácido Clavulânico e Azitromicina, iniciadas em ambulatório. Ficou internado com diagnóstico de Pneumonia Adquirida na Comunidade, medicado com Ceftriaxone e Azitromicina, que cumpriu durante 5 dias. Por manter febre e parâmetros inflamatórios a aumentar, realizou Tomografia Axial Computorizada ao tórax, que sugeriu Abcesso Pulmonar, não excluindo neoplasia cavitada, pelo que se solicitou Broncofibroscopia, que não evidenciou alterações. Completou 22 dias de Piperacilina /Tazobactam e 18 dias de Gentamicina. Assinou alta contra parecer e foi medicado com Levofloxacina, que deveria cumprir durante 14 dias. No entanto,12 dias após a alta, o doente apresentou agravamento das

queixas respiratórias e recorreu novamente ao SU. Foi re-internado com imagem compatível com manutenção do abcesso e medicado com Imipenem, com indicação para cumprir durante 4 semanas. Nunca se obteve isolamento de agente. Apresentou boa resposta clínica, mas sem resposta imagiológica, pelo que repetiu TAC tórax, com imagem sobreponível e indicação para realizar biópsia transtorácica. Foi decidido manter antibioterapia até conhecimento do resultado, que revelou tratar-se de um Carcinoma Espinocelular.

CONCLUSÃO: Este caso remete-nos para a importância de excluir neoplasia como condição associada a um abcesso pulmonar que não responde à antibioterapia convencional.

PO694

854 PNEUMONIA EOSINOFÍLICA SECUNDÁRIA A PARASITOSE INTESTINAL

Marinha Silva, João Mota, Maria Teresa Boncoraglio, Joana Braga, Conceição Ferreira, Daniela Alves, Carlos Oliveira

Hospital Santa Maria Maior, Barcelos, Portugal

Introdução

As pneumonias eosinofílicas são um grupo de doenças pulmonares, de etiologia desconhecida, mais comum no sexo feminino e não fumadores. Caracterizam-se por eosinofilia periférica (>1000 eosinófilos/mm3), alveolite eosinofílica (>25%) no lavado broncoalveolar (LBA) e infiltrados parenquimatosos bilaterais, associados a sintomas respiratórios e sistémicos. As parasitoses intestinais têm geralmente um curso benigno, podendo evoluir com complicações pulmonares, hepáticas e do sistema nervoso central.

Descrição

CASO CLÍNICO: Homem de 27 anos, sem antecedentes pessoais conhecidos, que recorreu ao Serviço de Urgência por astenia, anorexia, tosse não produtiva e dispneia em repouso com 5 dias de evolução. Sem febre, compromisso hemodinâmico ou ventilatório. Analiticamente, leucocitose (20.000/mm3), eosinofilia (4900/mm3) e IgE total aumentada. A tomografia computorizada de tórax revelou "Múltiplas áreas de consolidação de distribuição centri-lobular, bilateral, apico-caudalmente. Nas bases e língula visualizam-se áreas de densificação em vidro despolido e micro-nodulação de distribuição centri-lobular e tree-in-bud." A videobroncofibroscopia com LBA revelou alveolite eosinofílica (32%). Estudo imunológico e serológico negativo. Provas funcionais respiratórias sem alterações. Manteve antibioterapia com amoxicilina/ácido clavulânico, sem melhoria clínica ou analítica. No complemento do estudo da eosinofilia foi detetada giardíase intestinal e efetuada terapêutica com tinidazol, com resolução clínica, analítica e imagiológica.

DISCUSSÃO: Nas parasitoses intestinais, Giardia lamblia é o protozoário mais comum, cujos cistos se transmitem pela ingestão de águas contaminadas, podendo migrar e afetar vários órgãos. Os autores apresentam este caso pela associação entre parasitose intestinal por protozoário e pneumonia eosinofílica, num indivíduo saudável, realçando a completa resolução do quadro após terapêutica dirigida para esta parasitose.

PO695

943 IMPACTO DAS COMORBILIDADES NA EVOLUÇÃO DAS PNEUMONIAS EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO

Joana Paixão, Ana Sofia Sousa, Rúben Carvalho, Diogo Correia, Fátima Silva, Adriano Rodrigues

Hospital Geral - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

A pneumonia é uma importante causa de morbimortalidade nos doentes hospitalizados, constituindo as doenças respiratórias a principal causa de mortalidade hospitalar em Portugal.

Objetivos

Caracterização epidemiológica, microbiológica e em termos de comorbilidades e respectiva repercussão na evolução clínica dos internamentos por pneumonia num serviço de Medicina Interna de um hospital central em 2016.

Métodos

Estudo retrospectivo dos internamentos por pneumonia num serviço de Medicina Interna de um hospital central em 2016.A população em estudo incluiu 866 episódios dos quais se analisaram aleatoriamente 300 doentes.

Resultados

A população estudada era constituída maioritariamente por doentes do sexo feminino (53.0%) na faixa etária dos 80-90 anos (44.9%). O diagnóstico de Pneumonia Associada a Cuidados de Saúde (PACS) revelou-se o mais prevalente (51.1%), seguido pela Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) e Pneumonia Nosocomial (PN) com 40.5% e 7.8%, respetivamente. Em 77.7% dos casos estudados existia evidência radiológica de pneumonia associada a níveis mais elevados de parâmetros inflamatórios ($p<0.001$) e 13.7% apresentavam-se em sépsis à admissão na urgência. O isolamento do agente patogénico foi possível em 13.0% dos doentes, identificando-se Staphylococcus aureus em 48.9% dos casos (destes 80.0% eram MRSA) e Klebsiella pneumoniae em 18.8%, sendo que 50.0% destas eram estirpes multirresistentes. 95.0% dos doentes apresentavam comorbilidades como: hipertensão arterial (60.3%), insuficiência cardíaca (42.1%), DPOC/Asma (37.7%), Diabetes Mellitus (36%), Fibrilhação auricular (36%) e patologia pulmonar estrutural (30.8%). Este estudo permitiu constatar que a PACS estava associada a um maior número de comorbilidades em relação à PAC ($p<0.001$). A taxa de mortalidade hospi-

talar foi de 21.9%, sendo que a PACS e a PN se associavam a uma maior letalidade quando comparadas com PAC (p=0,017, p=0,049), não havendo diferença na mortalidade entre PACS e PN (p=0,351).

Conclusões

O maior número de comorbilidades, com a frequente descompensação das mesmas pelo contexto infeccioso grave e o isolamento de estirpes multirresistentes, condiciona desfavoravelmente a evolução clínica e o desfecho dos internamentos por pneumonia. Assim, é mandatória não só a adequação da antibioterapia, mas também a instituição precoce de vigilância e de medidas farmacológicas que impeçam ou minimizem o impacto dessas descompensações.

PO696

1018 ASPERGILOSE PULMONAR INVASIVA NUMA DOENTE (APARENTEMENTE) IMUNOCOMPETENTE

Francisco Teixeira Da Silva, Fernando Rocha Correia, Ana Sofia Costa Matos, João Pedro Pais, Miguel Romano, Manuel Ferreira, Diana Guerra, Carmélia Rodrigues

ULSAM, Viana Do Castelo, Portugal

Introdução

As manifestações clínicas de aspergilose representam um espectro de doença que inclui a aspergilose pulmonar invasiva (API), aspergilose crónica cavitária, aspergiloma e aspergilose broncopulmonar alérgica.

Descrição

CASO CLÍNICO: Mulher de 82 anos com antecedentes de Insuficiência cardíaca valvular e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). Internamento recente (há 8 dias) por bronquiectasias infectadas, medicada com levofloxacina e ciclo de corticoterapia (CTT). Admitida no Serviço de Urgência por agravamento da dispneia, tosse produtiva com expectoração mucopurulenta e dor pleurítica, com 1 dia de evolução. Apresentava-se febril, taquipneica, hipotensa, com diminuição dos sons respiratórios e crepitações bibasais. Analiticamente com leucocitose, neutrofilia, elevação de PCR e BNP e com imagem de condensação no lobo superior direito (LSD) na radiografia de tórax. Admitida no Serviço de Medicina por sépsis grave com ponto de partida em pneumonia nosocomial; instituída antibioterapia empírica com piperacilina-tazobactam. Perante agravamento clínico, realizou TC-tórax que revelou áreas de consolidação no LSD com bolhas de gás no interior, indicando alterações necrotizantes. Instituída terapêutica com imipenem e clindamicina. Realizou videobroncofibroscopia com aspiração de secreções brônquicas abundantes e isolamento micológico de Aspergillus fumigatus; iniciou terapêutica com voriconazol. Evolução clínica desfavorável, tendo sido verificado óbito ao 14º dia de internamento.

DISCUSSÃO: Os fatores de risco clássicos para API são a neutropenia, quimioterapia, imunossupressão (associada ou não a transplantação) e neoplasia hematológica. Vários estudos recentes reforçam o papel fundamental do estado e resposta imunológicos do hospedeiro no aparecimento e evolução da doença. Os doentes críticos e com DPOC devem, por isso, ser considerados também grupos de risco. Destaca-se a importância de considerar a API entre as possíveis causas de infeção nesta população.

PO697

1149 EDEMA PULMONAR DE REEXPANSÃO CONTRALATERAL APÓS DRENAGEM DE VOLUMOSO DERRAME PLEURAL MALIGNO: UM CASO CLÍNICO

Maria Teresa Neves, Inês Egídio Sousa, Rui Morais, Mariana Malheiro, Vitor Batalha, Luis Campos

Hospital São Francisco Xavier - CHLO, Lisboa, Portugal

Introdução

O edema pulmonar de reexpansão (EPR) é uma entidade rara (ocorre em menos de 1% dos casos de toracocentese), com mortalidade de 20%, cuja fisiopatologia não é totalmente compreendida. Ocorre quando um pulmão colapsado por pneumotórax, derrame pleural (DP) ou massa mediastínica, reexpande. Geralmente ocorre do lado do pulmão colapsado, raramente no contralateral. Surge nas 24h após drenagem, caracterizando-se por hipoxémia e infiltrado alveolar. As manifestações podem variar desde achados radiográficos sem sintomas para falência respiratória global e instabilidade hemodinâmica. O tratamento é de suporte, com oxigénio e diuréticos.

Descrição

CASO CLINICO:Homem, 44 anos, adenocarcinoma do pâncreas com metastização óssea, hepática e pleural. Apresentava em TC-tórax pulmão esquerdo colapsado com DP sob tensão ocupando todo o hemitórax, com desvio mediastínico para a direita e impregnação dos folhetos pleurais; à direita moderado DP livre apico-basal, sem significativa captação de folhetos pleurais. Encontrava-se estável do ponto de vista respiratório e hemodinâmico com saturação periférica de oxigénio (SpO2) superior a 95% em ar ambiente (AA). Iniciou subitamente episódio de dispneia, dessaturação (SpO2 60-65%) e hipoxémia (GAS em AA pO2 33 mmHg). Realizou toracocentese evacuadora, com alívio sintomático e melhoria progressiva de hipoxémia. TC-tórax de reavaliação: DP direito; marcada densificação do interstício peribroncovascular no pulmão direito; colapso do pulmão esquerdo, com condensação do lobo inferior esquerdo. Iniciou oxigenoterapia e diuréticos com resolução do edema à direita, sem expansão do parênquima pulmonar esquerdo por metastização pleural. À alta com SpO2>95% em AA, encaminhado à consulta de Oncologia. CONCLUSÃO: Os autores aler-

tam que embora o EPR contralateral seja uma entidade rara, é importante estar alerta para a sua existência a fim de uma gestão correcta e precoce. São necessários estudos que reconheçam estratégias preventivas e de tratamento mais eficazes.

01 DE JUNHO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 03
09:00 - 10:30

PO698

1259 MESALAZINA – O AGRESSOR PULMONAR SILENCIOSO

Joana Rabaçal, Gustavo Sá Mendes, Teresa Romão, Alberto Mello E Silva

CHLO - Hospital Egas Moniz, Lisboa, Portugal

Introdução

A doença pulmonar intersticial pode ser um efeito adverso da mesalazina e é uma complicação rara, mas potencialmente severa. O seu diagnóstico é difícil dada a variabilidade do período de latência e ausência de manifestações específicas.

Descrição

Mulher 83 anos, com diagnóstico de doença inflamatória intestinal e medicada com mesalazina nos 6 meses anteriores, internada por cansaço e dispneia; apirética, diminuição do murmúrio vesicular e crepitações dispersas; gasimetria com O2 a 2,5L/min com pO2 83mmHg; anemia normocitica normocrómica (Hb 10,5g/dL), leucocitose 9.8x109/L, neutrofilia 85,2% e PCR 18,4mg/dL, NT pró-BNP 1219; radiografia tórax com infiltrado intersticial bilateral de predomínio periférico. Por suspeita de pneumonia iniciou levofloxacina. Após admissão apresentou franco agravamento do quadro respiratório, com hipoxemia marcada e necessidade de máscara de alto débito com reservatório com O2 a 10L/min. TC torácica com aspectos sugestivos de fibrose intersticial e padrão micronodular em vidro despolido difuso. Foi descontinuada terapêutica com mesalazina e iniciada corticoterapia endovenosa, com melhoria clínica, analítica e sem necessidade de oxigénio em ambulatório. Durante este período não houve qualquer exacerbação da doença intestinal. Um mês após a alta repetiu TC tórax que apresentava franca melhoria relativamente ao estudo imagiológico inicial. Encontra-se actualmente sem corticoterapia e sem mesalazina. Não houve recorrência de sintomas respiratórios e intestinais.

Apesar de rara (<1%), a doença intersticial pulmonar em contexto de terapia com mesalazina pode atingir proporções catastróficas, com casos descritos na literatura de doentes que necessitaram de suporte ventilatório mecânico invasivo. É importante distinguir estas alterações decorrentes da doença de base, daquelas produzidas pelo seu tratamento. A suspeição clínica, o início atempado da corticoterapia e a suspensão do fármaco agressor são fundamentais para um bom prognóstico.

PO699

1277 "PNEUMONIA DE ASPIRAÇÃO NO DOENTE JOVEM"

Maria Inês Santos, Martim Alçada, Helena Judite Vieira, Sofia Mendes

Hospital Distrital de Santarém, Santarém, Portugal

Introdução

Ao contrário das congénitas, as fístulas traqueoesofágicas adquiridas são raras e com taxa de incidência mal documentada. Contudo apresentam uma elevada taxa de mortalidade e morbilidade.

Descrição

Homem de 43 anos, fumador (25 UMA), com história conhecida de alvejamento com alojamento de projéctil no cérebro e sinusite. Recorre ao serviço de urgência por quadro de tosse produtiva de predomínio noturno e vespertino, dispneia, cansaço e febre. Diagnosticada Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) envolvendo o lobo inferior direito com insuficiência respiratória associada, motivo pelo qual foi internado.

Durante o internamento observou-se um agravamento progressivo do quadro clínico e um aumento dos parâmetros inflamatórios, pelo que foi efetuado escalamento da antibioterapia e realizado TC Tórax. No TC Tórax observou-se fístula traqueoesofágica (FTE), condensação completa do lobo inferior direito com evidentes secreções preenchendo os brônquios aferentes e parênquima pulmonar sugestivo de depósitos alimentares com derrame pleural associado. Posteriormente realizou Endoscopia Digestiva Alta que confirmou a nível do esófago, pouco abaixo do cricofaríngeo, orifício amplo e irregular com cerca de 15-20mm de maior diâmetro, ultrapassando-se facilmente com o endoscópio, sem lesões neoplásicas.

Contactou-se o serviço de Cirurgia Torácica que aceitou transferência do doente para encerramento cirúrgico.

A FET adquirida, apesar de rara, deve ser considerada pois pode ocorrer em indivíduos de idades jovens, para além de ser uma causa tratável que, se não for devidamente diagnosticada, associa-se a elevada taxa de morbilidade e mortalidade.

E-POSTERS

PO700

1474 IMPACTO DA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NA DOENÇA RESPIRATÓRIA OBSTRUTIVA CRÓNICA

Joana Castro, Alexandra Carreiro, Paula Macedo, Clara Paiva, Carlos Pavão

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, Ponta Delgada, *Portugal*

Introdução

A Ventilação Não Invasiva (VNI) refere-se à aplicação de um suporte ventilatório sem recurso a métodos invasivos da via aérea. Em crescente uso, tem um papel cada vez mais importante na doença respiratória crónica. A sua utilização permite melhorar a função dos músculos respiratórios pela redução do esforço ventilatório e, consequentemente, melhorar a função pulmonar e as trocas gasosas, permitindo aumentar a qualidade de vida. Alguns estudos demonstram a redução do número de internamentos e da mortalidade, embora estes dados sejam controversos.

Objetivos

O objetivo do estudo foi avaliar o impacto da VNI nos internamentos por agudização respiratória. Foram incluídos pacientes com patologia respiratória obstrutiva sob VNI há pelo menos 2 anos, tendo-se comparado o número de internamentos num período de 2 anos antes e após instituição de VNI.

Métodos

O estudo integrou 23 doentes, 78% do género masculino, com média de 67 anos de idade (mediana de 64). A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica foi o diagnóstico mais frequente (87%), seguindo-se as Bronquiectasias (9%) e o Overlap Asma/DPOC (4%). As comorbilidades mais frequentes foram a Obesidade, a Hipertensão arterial, a Insuficiência cardíaca e a Síndrome de apneia obstrutiva do sono.

Resultados

Verificou-se a redução do número de internamentos respiratórios nos 2 anos após instituição de VNI em 73,9% dos doentes. As comorbilidades analisadas não influenciaram a redução do número de agudizações.

Conclusões

A VNI é atualmente uma estratégia terapêutica bem aceite na doença respiratória crónica, permitindo a redução das agudizações, bem como o controlo dos custos e o aumento da qualidade de vida.

PO701

1481 PNEUMONIA NECROTIZANTE POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS PVL POSITIVO

António Martins, Cristina Correia, José Freitas, Jorge Oliveira, Jorge Almeida

Centro Hospitalar São João, Porto, Portugal

Introdução

A pneumonia necrotizante é uma complicação rara da pneumonia bacteriana com elevada mortalidade. Os agentes etiológicos mais frequentes são Streptococcus pneumoniae e Staphylococcus aureus (SA). No curso da doença pode ocorrer deterioração clínica rápida com necessidade de suporte intensivo. O tratamento consiste em antibioterapia dirigida e a cirurgia pode estar indicada.

Descrição

Homem, 63 anos, ex-toxicodependente com Hepatite B crónica, foi levado ao SU por febre e tosse produtiva. Exame físico: sons respiratórios diminuídos à direita. Estudo: insuficiência respiratória (IR) hipoxémica (rácio PaO2/FiO2 235) e elevação parâmetros inflamatórios (leucocitose 17600 e PCR 187). Raio-x tórax: "hipotransparência no campo direito". Colheu rastreio séptico e iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone e azitromicina. No 1º dia internamento após a instalação de dispneia com IR hipoxémica grave (rácio PaO2/FiO2 144) e necessidade de ventilação não invasiva, o doente foi admitido na Unidade de Cuidados Intermédios, onde esteve 4 dias. Ao 3º dia o resultado das hemoculturas foi positivo para SA sensível à meticilina e a antibioterapia foi ajustada para flucloxacilina. No 6º dia teve novo agravamento clínico. TC tórax: "focos necrotizantes com áreas cavitadas no parênquima direito e derrame pleural a traduzir empiema". O doente foi readmitido na Unidade de Cuidados Intermédios, por mais 4 dias. A antibioterapia foi ajustada para flucloxacilina e clindamicina com teste microbiológico "Panton-Valentine leukocidin"(PVL) positivo. Desde o 10º dia o doente teve boa evolução clínica sem necessidade de oxigenoterapia. Definido tratamento com 4 semanas de flucloxacilina e clindamicina ev. Teve alta com indicação para fazer 2 semanas de flucloxacilina oral. DISCUSSÃO: A pneumonia necrotizante deve ser considerada nos casos de pneumonia bacteriana com evolução desfavorável, visto que o diagnóstico precoce e optimização terapêutica associam-se a melhor prognóstico.

PO702

1498 GRIPE 2017/2018 - A REALIDADE DE UMA UNIDADE FUNCIONAL DE MEDICINA INTERNA

Torcato Moreira Marques, Lourenço Cruz, Valentina Tosatto, Tiago Pack, Cristiano Cruz, Paula Nascimento, Zsófia Santos, Rita Barata Moura, António Sousa Guerreiro

Unidade Funcional de Medicina 4 - Hospital de Santa Marta, CHLC, Lisboa, Portugal

Introdução

O período sazonal dos meses de inverno caracteriza-se pela circulação de estirpes do vírus Influenza, causadores de significativa morbi-mortalidade.

Objetivos

Caracterização da população internada numa Unidade de Medicina Interna com suspeita de gripe, nomeadamente das suas co-morbilidades e evolução clínica.

Métodos

Estudo de coorte prospectiva de todos os doentes internados desde o ínicio do período sazonal da gripe a quem foi realizada pesquisa de vírus Influenza mediante colheita de exsudado nasofaríngeo por suspeita clínica de gripe. Apurados dados clínicos a partir da anamnese e consulta de registos informáticos (SClínico e PDS), sendo os dados de biologia molecular fornecidos pelo laboratório.

Resultados

Ao longo do período do estudo e até à data de 11 de Fevereiro foi realizada pesquisa de vírus Influenza em 26 doentes, 69% das quais em contexto de serviço de urgência. A idade média foi de 79 anos, sendo que 50% (n=13) apresentava já patologia respiratória prévia (DPOC, Asma, SAOS, SOH) ou imunodeficiência (infecção por VIH). A quase totalidade, 96% (n=25), tinha ainda pelo menos um factor de risco cardiovascular ou patologia cardíaca já documentada (IC, FA, HTA, DM II, DRC ou cardiopatia isquémica).

Em 42% (n=10), foi isolado pelo menos um agente viral infeccioso, o mais frequente Influenza B em 54.5% dos casos (n=6), seguido de Influenza A 27.3% (n=3) - em dois casos H1N1 e num caso H3N2; finalmente o vírus sincicial respiratório foi isolado em 18.2% (n=2) dos casos.

Em 96% (n=25) doentes a infecção presumiu-se ser comunitária e em 4% (n=1) nosocomial, por manifestações sintomáticas que tiveram lugar >72h após a admissão e proximidade com outros doentes infectados.

Em 72.7% (n=8) dos doentes com isolamento de agente, foi instituída terapêutica antivírica com oseltamivir. Não se verificaram óbitos.

Conclusões

Nesta amostra verificaram-se sobretudo casos de infecção na comunidade, predomínio de Influenza B, todos com desfecho clínico favorável apesar das co-morbilidades.

PO703

1546 ASPERGILOSE BRONCOPULMONAR ALÉRGICA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Pedro Pinto, Emília Guerreiro, Daniel Machado De Oliveira, Carmélia Rodrigues

ULS Alto Minho - Hospital de Santa Luzia, Viana Do Castelo, Portugal

Introdução

A aspergilose broncopulmonar alérgica (ABPA) é uma doença complexa causada por uma reação de hipersensibilidade em resposta à colonização de Aspergillus fumigatus nas vias respiratórias. A sua prevalência é rara, afetando 1 a 6% dos doentes com asma. Manifesta-se como exacerbações de asma, podendo em casos mais graves existir obstrução brônquica, febre, expetoração mucosa e hemoptises. O diagnóstico baseia-se em critérios clínicos, radiológicos e imunológicos que incluem: asma, elevação dos níveis de IgE sérica total, IgE ou IgG elevadas para Aspergillus fumigatus com testes cutâneos positivos, eosinofilia periférica e bronquiectasias proximais.

Descrição

Apresentamos um caso clínico de um homem de 61 anos com antecedentes de asma e rinite alérgica desde os 12 anos de idade, sob terapêutica inalatória com fluticasona/vilanterol 92/22 id, brometo de tiotrópio id, e salbutamol em SOS. No último ano tem apresentado agudizações da dispneia com acessos de tosse seca frequente. Ao exame objetivo destaca-se presença de sibilos inspiratórios e expiratórios dispersos. Analiticamente apresenta eosinofilia periférica (2500UI/ml), IgE Total >10000UI/ml, prick test com sensibilização para Aspergillus fumigatus, bem como positividade de IgE específica para o mesmo microrganismo. Provas funcionais respiratórias compatíveis com síndrome obstrutivo ligeiro, com prova de broncodilatação negativa. Radiografia de tórax – opacificações peri hilares com presença de sinal em "dedo de luva" e TC torácica de alta resolução com bronquiectasias cilíndricas e varicosas difusas. Estabelecido o diagnóstico de ABPA.

Os autores consideram este caso clínico relevante dada a sua baixa prevalência na população, bem como a singularidade das características clínicas, analíticas e imagiológicas observadas.

PO704

1603 PNEUMONIA EOSINOFÍLICA CRÓNICA - UM DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR NUM QUADRO RESPIRATÓRIO ARRASTADO

Carlos Candeias, Tânia Madureira, Carlos Cabrita, Ana Lopes

Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade de Faro, Faro, Portugal

Introdução

A Pneumonia Eosinofílica Crónica (PEC) é uma entidade clínica rara, caracterizada por infiltração alveolar e intersticial eosinofílica, de etiologia desconhecida, com maior incidência no sexo feminino. Frequentemente o diagnóstico é feito através dos seguintes achados: (1) infiltrado pulmonar no Rx de tórax associado a eosinofilia periférica; (2) evolução não esperada do processo pneumónico; ou (3) presença de eosinofilia no lavado broncoalveolar.

Descrição

Mulher de 55 anos, empregada doméstica, sem antecedentes pessoais relevantes, que recorreu ao Serviço de Urgência por febre, vómitos e tosse com cerca de 15 dias de evolução. Já tinha efectuado dois ciclos de antibioticoterapia com claritromicina e levofloxacina, sem melhoria. Ao exame objetivo destacam-se mucosas pálidas e desidratadas, polipneica e apirética. Auscultação Pulmonar com fervores crepitantes bibasais. Analiticamente Leucocitose com neutrofilia e aumento de PCR. A radiografia de tórax mostrava infiltrados bilaterais, ocupando o 1/3 inferior de ambos os hemitórax. Iniciou antibioticoterapia, de largo espectro, sem melhoria clínica ou analítica. Neste contexto realizou Tomografia Computorizada que revelou infiltrados bilaterais com broncograma aéreo de predomínio basal e periférico. Pela forte suspeição clínica de se tratar de uma situação não infeciosa mas sim inflamatória, realizou-se lavado broncoalveolar que revelou 30% eosinófilos, 20% neutrófilos, 40% linfócitos e 10 % de outras células nucleadas, achados compatíveis com Pneumonia Eosinofílica. Houve uma melhora clinica e analítica pós início de corticoterapia. Tem alta após 3 semanas de internamento. DISCUSSÃO: A PEC é uma entidade rara que tem de ser tida em conta quando estamos perante quadros clínicos respiratórios inespecíficos e com evolução arrastada. É ainda importante um diagnóstico precoce com vista à rápida introdução de corticoterapia, sem a qual o prognóstico (habitualmente bom) piora substancialmente.

PO705

1655 UM DIAGNÓSTICO DE EXCLUSÃO

Joana Sousa Morais, Ana Andrade Oliveira, Inês Burmester, Maria João Regadas, Paulo Gouveia, Carlos Capela

Hospital de Braga, Braga, Portugal

Introdução

A Pneumonia Organizativa Criptogénica (POC), é uma inflamação dos brônquios e tecidos do pulmão. A clínica e imagem radiológica confundem-se com as pneumonias infeciosas e o diagnóstico é, muitas vezes, feito após vários ciclos de antibioterapia sem melhoria clínica.

Descrição

Caso clinico: Apresentam-se dois casos diagnosticados no internamento e com seguimento em consulta de Medicina Interna. Primeiro caso: homem de 78 anos, ex-fumador, com queixas de dispneia e cansaço com um mês de evolução, sem tosse, expetoração ou febre. Previamente medicado com amoxicilina e ácido clavulânico sem resolução das queixas. Em tomografia computorizada pulmonar (TAC), apresentava uma imagem sugestiva de processo inflamatório, sendo internado para realização de antibioterapia com piperacilina e tazobactam. No internamento repetiu TAC que levantou a hipótese de POC, iniciando corticoterapia. Realizou, ainda, broncofibroscopia, que não identificou lesões suspeitas. Evoluiu favoravelmente, com melhoria clínica e imagiológica, tendo tido alta com esquema de corticoterapia. Segundo caso: mulher de 83 anos, sem antecedentes de relevo, com queixas de dispneia, tosse e expetoração mucosa, sem febre. Apresentava múltiplos internamentos por pneumonia onde efetuou vários cursos de antibióticos. Realizou TAC pulmonar que levanta a hipótese de POC. Nesse sentido, iniciou corticoterapia e fez broncofibroscopia onde não se identificaram outras lesões. Apresentou evolução favorável, com franca melhoria clínica e imagiológica. Ambos os doentes não sofreram novas agudizações.

Discussão: Os casos apresentados são exemplos de como a POC é sobretudo um diagnóstico de exclusão, com difícil caracterização imagiológica, sendo considerado como hipótese de diagnóstico após vários cursos de antibióticos. De destacar que é uma patologia que, na maioria das vezes, tem uma ótima resposta à corticoterapia, com resolução total dos casos.

PO706

1708 PNEUMOMEDIASTINO NO ADOLESCENTE

Luís Lemos[1], Ana Isabel Marques[2], Carla Andrade[1], Jorge Almeida[1]

[1]Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

[2]Instituto Português de Oncologia, Porto, Portugal

Introdução

O pneumomediastino espontâneo é relativamente comum em adolescentes do sexo masculino e, na maior parte dos casos, existe alguma condição subjacente que predispõe ao seu aparecimento. Neste trabalho apresenta-se uma das causas menos comuns de penumomediastino em adultos jovens.

Descrição

Jovem do sexo masculino, 19 anos de idade, estudante de engenharia mecânica, com antecedentes de trombocitopenia imune com seguimento regular em consulta externa de Hematologia Clínica. Sem hábitos tabágicos, alcoólicos ou de outras substâncias. Recorreu ao serviço de urgência por dor torácica e odinofagia com cerca de 2 dias de evolução, de agravamento com os movimentos respiratórios e alívio em repouso. Referia sensação de crepitações na parede torácica anterior, sobretudo à esquerda e com irradiação para o pescoço. Negava traumatismo torácico, consumos tabágicos, exercício físico intenso, tosse, náuseas ou vómitos. Cerca de 2 dias antes, teria feito uma viagem de avião. Ao exame objetivo apresentava crepitações à palpação da região supraclavicular e terço superior do hemitórax esquerdo. No TC cervico-torácico efetuado na admissão, observava-se enfisema torácico com extensão à região cervical e mediastino, com acentuado pneumomediastino, sem pneumotórax. Realizou endoscopia digestiva alta para excluir causa esofágica, não tendo sido observadas quaisquer alterações. O doente apresentou boa evolução clínica, tendo repetido TC torácico ao fim de 7 dias, que mostrou apenas pequeno pneumomediastino, sem inequívoca causa identificável no exame. Assumiu-se como etiologia mais provável o barotrauma provocado pela viagem de avião.

PO707

1731 O DESAFIO CLÍNICO NA ETIOLOGIA DE UM DERRAME PLEURAL

Sónia Almeida, Marta Valentim, Catarina Neto, Ana Gameiro, Margarida Cabrita

Hospital de Santarém, E.P.E., Santarém, Portugal

Introdução

O derrame pleural é uma manifestação com etiologias muito variáveis. No diagnóstico diferencial deverão ser considerar doenças cardíacas, pulmonares ou infecciosas, bem como alterações inflamatórias sistémicas ou doenças neoplásicas.

Descrição

Caso clínico: Mulher de 55 anos com antecedentes de obesidade, hipertensão arterial e dislipidémia recorre à urgência por quadro de cansaço fácil, ortopneia e edema dos membros inferiores, acompanhado de tosse com expectoração mucosa e toracalgia bilateral. A radiografia de tórax identificou derrame pleural bilateral, sendo internada com a hipótese de insuficiência cardíaca aguda. Em internamento, o ecocardiograma revelou função sistólica global conservada e a toracocentese diagnóstica líquido pleural de características de exsudado. Dos restantes exames complementares destaca-se hipoalbuminémia, hipercolesterolémia, proteinúria de faixa nefrótica, elevação de B2-microglobulina, electroforese de proteínas com pico monoclonal e aumento de cadeias leves livres lambda séricas e banda monoclonal IgG lambda urinária. O mielograma revelou uma percentagem de 29% de plasmócitos, fazendo diagnóstico de mieloma múltiplo.

Discussão: Este caso vem demonstrar que, apesar da etiologia de um derrame pleural parecer por vezes óbvia, em alguns casos a etiologia do mesmo só é esclarecida após um estudo alargado e multissistémico.

PO708

1783 PNEUMONIA SEM RESPOSTA AO TRATAMENTO

Lígia Rodrigues Dos Santos, Gisela Evaristo Vasconcelos, Margarida Silva Cruz, Catarina Couto, Alice Castro, Mari Mesquita

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Porto, Portugal

Introdução

A pneumonia em organização é uma patologia rara incluída nas doenças pulmonares intersticiais. Pode ser secundária a múltiplos fatores como fármacos, neoplasias e doenças do tecido conjuntivo; ou ser criptogénica (POC).

Descrição

Homem, 40 anos, sem antecedentes de relevo. Admitido por febre, dispneia, toracalgia e tosse não produtiva. Identificadas crepitações bifásicas à esquerda, insuficiência respiratória hipoxémica e elevação dos parâmetros inflamatórios sistémicos. Radiografia torácica com hipotransparência no lobo superior esquerdo (LSE). Tomografia computadorizada (TC) com consolidação no LSE e na base pulmonar homolateral compatível com natureza inflamatória/infeciosa. Assumida pneumonia adquirida na comunidade e iniciada antibioterapia (ATB) com ceftriaxone e claritromicina. Inicialmente boa evolução, com posterior agravamento clínico e analítico. Alargamento do espectro para imipenem e posterior associação de vancomicina e claritromicina. Hemoculturas, serologias e estudo imunológico negativos. Broncofibroscopia sem lesões, sem isolamentos no lavado broncoalveolar e citologia negativa para neoplasia. TC abdominopélvica sem alterações. Apesar de ATB de largo

espectro, sem resposta. Repetiu TC torácica que evidenciou extensa consolidação no LSE com broncograma aéreo e em ambos os lobos inferiores. Portanto, consolidações persistentes e migratórias em reavaliação imagiológica, tendo sido excluídas complicações de pneumonia e agentes/patologias potencialmente relacionados. Considerado diagnóstico de POC, realizada biópsia percutânea guiada por imagem e iniciada corticoterapia (CCT) com evolução favorável. Histologia com padrão morfológico compatível com POC. A apresentação clínica da POC é inespecífica, sendo o prognóstico favorável, com resolução sob CCT na maioria dos doentes. No entanto, o atraso no início de tratamento aumenta o risco de recidiva, pelo que é fundamental considerar este diagnóstico, nomeadamente em casos de pneumonia com falência a ATB.

PO709

1854 PNEUMONIA ORGANIZATIVA COM DESFECHO FATAL – A COMPLEXIDADE DO DOENTE MÉDICO

Isabel M. Eira[1], Sandra I. Correia[1], Carla Marques Pires[2], André Santa Cruz[1], Cindy Tribuna[1], Cristina Ângela[1], Carlos Capela[1]

[1]Serviço de Medicina Interna - Hospital de Braga, Braga, Portugal
[2]Serviço de Cardiologia - Hospital de Braga, Braga, Portugal

Introdução

A pneumonia organizativa (PO) consiste numa entidade rara caracterizada pela deposição de tecido de granulação no lúmen dos espaços aéreos distais. Etiologicamente pode-se relacionar com fatores bem documentados ou ser criptogénica.

Descrição

Caso clínico: Homem de 41 anos com diagnóstico em 01/2017 de linfoma difuso de grandes células B com envolvimento extralinfático disseminado (estadio IV) e de infeção por vírus da imunodeficiência humana (VIH), nesta data com CD4+>200/µL. Iniciou quimioterapia (QT) e antirretrovirais. Cumpriu 7 de 8 ciclos previstos, tendo suspenso QT por pancitopenia febril em 09/2017. Apresentava astenia, anorexia e tosse não produtiva. Tomografia de positrões evidenciou resposta metabólica completa, mas com densificações pulmonares periféricas de novo. Lavado broncoalveolar (LBA) com predomínio linfocitário e isolamento de Mycobacterium gordonae. Pela imunodepressão e alterações clínicas e radiológicas, foi assumido como agente patogénico e iniciou antibacilares. Em 10/2017 apresentou dispneia, insuficiência respiratória e hemoptises; tomografia com agravamento e confluência dos infiltrados pulmonares. Iniciou antibioterapia. Em biópsia transtorácica já efetuada, identificados pólipos de tecido mixoide intralveolar compatíveis com PO. Iniciou prednisolona 1,5mg/Kg/dia. Hemoculturas e novo LBA sem isolamentos. Evolução desfavorável com hipoxemia grave motivando necessidade de ventilação mecânica em cuidados intensivos, onde veio a falecer.

Discussão: A coexistência de linfoma, infeção VIH, pancitopenia e possível micobacteriose atípica dota este caso de grande complexidade e dificulta a atribuição de causa isolada ao quadro pulmonar. Os dados histológicos acrescentaram uma patologia que o poderia justificar. Existiam múltiplos fatores com relação com a PO: VIH, fármacos (doxorrubicina e metotrexato) e neoplasia. Apesar da corticoterapia, a evolução rapidamente progressiva com desfecho fatal resultou possivelmente do efeito cumulativo das comorbilidades.

PO710

2080 PNEUMONIA ORGANIZATIVA SECUNDÁRIA A RADIOTERAPIA: UMA COMPLICAÇÃO RARA

Bruno Cabrita, Maria Antónia Galego, Ana Ferro, Filipe Andrade, Sandra A. Morais, Alexandre Vasconcelos, Eduardo Eiras, J. Vasco Barreto, Sìlvia Correia, Jorge Ferreira, Inês Neves

Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal

Introdução

A pneumonia organizativa (PO) é caracterizada histologicamente pelo preenchimento dos espaços alveolares e bronquíolos respiratórios por uma matriz de miofibroblastos e células inflamatórias (corpos de Masson). Pode ser idiopática ou secundária a infeção, toxicidade farmacológica, pós-transplantação, radiação ou doenças autoimunes. O quadro clínico habitual é semelhante a uma síndrome gripal. A apresentação imagiológica mais comum consiste em áreas de consolidação difusas e migratórias, ou densificação em vidro despolido.

Descrição

CASO CLÍNICO

Mulher de 52 anos, antecedentes de carcinoma ductal in situ da mama esquerda, submetida a tumorectomia e radioterapia adjuvante. Cinco meses depois, apresenta quadro de tosse com expetoração purulenta, sendo medicada com azitromicina. Após um mês, foi admitida no SU por dor torácica pleurítica esquerda de novo. Analiticamente apresentava subida de parâmetros séricos de infeção. A TC torácica revelou consolidação com broncograma aéreo no lobo superior esquerdo. Assumido o diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade, teve alta medicada com cefixima.

Por ausência de melhoria clínica, analítica e imagiológica, a doente foi internada, tendo iniciado piperacilina-tazobactam. Realizou broncofibroscopia, cujo lavado bronco-alveolar não isolou agente microbiológico e a citologia foi negativa para células malignas. Solicitada microbiópsia pulmonar guiada por TC que revelou o diagnóstico de pneumonia organizativa. Iniciou corticoterapia 0.5mg/kg/dia, com boa resposta clínica e imagiológica.

DISCUSSÃO

A PO secundária a radioterapia é uma complicação rara, com uma incidência de 1,7%. Surge normalmente no contexto de neoplasia da mama, 3 a 6 meses após o tratamento. Apresenta boa resposta à corticoterapia e bom prognóstico, quando diagnosticada atempadamente. Perante um caso de pneumonia refratária ao tratamento, a biópsia pulmonar é fundamental para estabelecer o diagnóstico de PO.

PO711

2100 ESPONTÂNEOS PRIMÁRIOS, SECUNDÁRIOS E IATROGÉNICOS: UMA ANÁLISE DE 7 ANOS DE PNEUMOTÓRAX

Luís Pontes Santos, Joana Sá Couto, Raquel Afonso, Raquel López

ULSAM - Hospital de Santa Luzia, Serviço de Medicina 1, Viana Do Castelo, Portugal

Introdução

O Pneumotórax define-se pela interposição de ar na cavidade pleural. Pode ser espontâneo, traumático ou iatrogénico (PI). Os espontâneos, dividem-se em primário (PEP) ou secundário (PES), pela presença ou ausência de patologia pulmonar prévia.

Objetivos

Caracterização demográfica, clínica, terapêutica e prognóstica dos doentes com pneumotórax.

Métodos

Estudo retrospectivo, observacional, dos doentes admitidos num serviço de Medicina entre os anos de 2010 e 2016 com o diagnóstico de pneumotórax. Os dados foram recolhidos dos processos dos doentes e analisados. Excluídos pneumotórax traumáticos.

Resultados

Foram incluídos 153 internamentos correspondendo a 106 doentes, 80% do sexo masculino, com idade média de 43 anos. Dos casos, 63% eram PEP, 25% PES e 11% PI, ou seja, uma incidência de 209 PEP, 84 PES e 37 PI por 100.000 internamentos. Das etiologias de PES destaca-se a DPOC, seguida das sequelas de Tuberculose. 31% tinha tido pelo menos um pneumotórax prévio. Os principais sintomas foram dor torácica pleurítica, seguido de dispneia e tosse. 7% eram hipertensivos. 89% eram maiores que 2cm na radiografia, 56% à direita e 3% bilaterais. Quanto ao tratamento, em 8% optou-se por vigilância, em 91% foi colocado dreno torácico e num caso realizou-se aspiração simples. Os drenos eram preferencialmente de grande calibre, em 55% colocados no 2º espaço intercostal e com uma duração média de 6 dias. Houve uma mortalidade de 2%. A duração média de internamento foi de 7 dias e foi menor nos PEP de pequeno volume submetidos a vigilância que nos que se colocou dreno (p 0.043). Verificou-se recidiva em 20%, sendo que esta era menor nos que tinham sido submetidos a vigilância que nos com dreno (p 0.001) e maior nos PEP que nos com PES (p 0.038).

Conclusões

Salienta-se a prevalência e a recidiva dos PEP; o papel que a vigilância pode ter nos PEP de pequeno volume, com menor recidiva e menor duração de internamento; e a necessidade de colocação de drenos com menor calibre.

PO712

2130 LESÕES PULMONARES CAVITADAS, UMA ETIOLOGIA MULTIFATORIAL: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sara Costa, Ilda Coelho, Sofia Mendes, Margarida Gonçalves, Diogo Almeida, Marina Alves, Guilherme Gomes, Carlos Capela

Hospital de Braga, Braga, Portugal

Introdução

As infeções fúngicas ou por micobactérias podem causar lesões pulmonares cavitadas, e importante destruição do parênquima. A forma fibrocavitaria da infeção por micobactérias e a aspergilose pulmonar necrotizante crónica (APNC), têm um curso subagudo, ocorrem em indivíduos com imunossupressão ligeira (alcoolismo, caquexia, DM) e sequelas de doença pulmonar. Ambas se associam a elevada mortalidade

Descrição

Homem de 76 anos, ex-fumador, com DM tipo 2, pancreatite crónica alcoólica, admitido por quadro, com 6meses de evolução, de astenia, anorexia, perda peso (30Kg), sem febre. Apresentava caquexia importante, sem evidência de doença neoplásica consumptiva. Analitica: ligeira elevação parâmetros inflamatórios, anemia ferropenica, hipoalbuminemia; serologias víricas negativas; PSA normal. Endoscopias sem alterações. TC torácico revelou no seio das áreas de consolidação, lesões cavitadas com inflamação periférica e enfisema centrilobular. PET mostrou hipermetabolismo glicolítico das lesões pulmonares, gânglios mediastínicos e prostático. Nesta fase, apesar de não se poder excluir a neoplasia, as causas infeciosas (pneumonia necrotizante bacteriana, tuberculose, aspergiloma)assumiram relevo. Foi excluída tuberculose urogenital. Realizou broncofibroscopia, com isolamento de Aspergillus fumigatos e Mycobacterium avium no aspirado e lavado broncoalveolar, também isolado no cultural de expetoração. As hemoculturas, incluindo para fungos, foram negativas. A biópsia transtorácica de lesão pulmonar revelou cavitação com invasão por este fungo. Avaliado sistema imune: HIV negativo, população linfocitária nos valores referência, imunidade B preservada.

Trata-se de um caso, com meses de evolução, de infeção pulmonar com evolução para lesões cavitadas, causada pelos my-

cobacterium avium e aspergillus fumigatus (APNC), no contexto de imunodepressão. Apesar de medicação efetuada (claritromicina, etambutol, rifampicina, amicacina e voriconazol) não reverteu o estado e veio a falecer meses depois.

01 DE JUNHO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 03
09:00 - 10:30

PO713

2282 PNEUMONIA DE HIPERSENSIBILIDADE INDUZIDA PELA MESALAZINA - EFEITO LATERAL RARO

Francisca M. Pereira, Daniela Alves, Márcia Ribeiro, Inês Pinho, Carlos Oliveira

Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. Barcelos, Barcelos, Portugal

Introdução

A mesalazina é um fármaco do grupo 5-ASA utilizado no tratamento da doença inflamatória intestinal (DII). Estão descritos casos raros de toxicidade pulmonar, com diversos padrões de doença, que podem surgir dias a anos após início da terapêutica. A pneumonia de hipersensibilidade induzida pela mesalazina deve ser considerada quando se desenvolvem sintomas respiratórios inexplicados e febre, em doentes sob tratamento com a mesma. A suspensão do fármaco geralmente resulta em remissão. Sintomas severos como insuficiência respiratória justificam terapêutica com corticoterapia.

Descrição

Mulher de 57 anos, antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 (DM2), DII (proctite ulcerosa) e trombocitopenia auto-imune, medicadas com gliclazida, mesalazina e eltrombopag. Recorreu ao SU por dispneia de agravamento progressivo, sem insuficiência respiratória associada. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios. Radiografia do tórax, com infiltrado heterogéneo bilateral nos 2/3 inferiores. Pedida TC tórax: "extensa densificação em vidro despolido de predomínio centrilobular em ambos os campos pulmonares, com focos de consolidação sub-segmentar em topografia bi-basal, sugestivos de pneumonia atípica." Medicada com amoxicilina/ácido clavulâmico e azitromicina, sem resposta. Evolução com hipoxemia e hipocapnia, sendo alterada antibioterapia para piperacilina/tazobactam e azitromicina. Serologias bacterianas para agentes atípicos, bem como rastreio séptico negativos. Excluído tromboembolismo pulmonar. Por ausência de resposta, realizou videobroncofibroscopia, com lavado bronco-alveolar (LBA): "alveolite linfocítica, neutrofílica e eosinofílica, com predomínio de CD8+." Pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes e células malignas negativas. Colocada hipótese diagnóstica de pneumonia de hipersensibilidade à mesalazina - que suspendeu, e iniciou corticoterapia.

A melhoria observada após a suspensão do fármaco corroboraram com o diagnóstico, raro e que representa um verdadeiro desafio.

E-POSTERS

PO714

2327 PNEUMONIA EOSINOFILICA, UM DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sara Costa, Ilda Coelho, Sofia Mendes, Margarida Gonçalves, Diogo Almeida, Marina Alves, Guilherme Gomes, Carlos Capela

Hospital Braga, Braga, Portugal

Introdução

A pneumonia eosinofilica, é pouco comum e não se associa a asma, caracterizando-se por febre, hipoxemia e infiltrados pulmonares. O lavado broncoalveolar deverá ter mais de 25% eosinófilos, mas nem sempre se associa a eosinofilia periférica. Com o tratamento precoce o prognóstico é favorável.

Descrição

Mulher de 73 anos, admitida por desorientação e anorexia, com dois meses de evolução. Apresentava-se febril, com insuficiência respiratória (IR) hipoxémica e elevação dos parâmetros inflamatórios. O TC tórax revelou consolidações bilaterais e dispersas em padrão "vidro despolido" associadas a adenomegalias mediastínicas inespecíficas. Do estudo salienta: negatividade das microbiologias (hemoculturas, expetoração); pesquisa de micobactérias na expetoração negativa; PCR de Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia trachomatis e Legionella pneumophila negativas; vírus respiratórios, enterovírus e adenovírus negativos; estudo imunológico sem alterações. Iniciou empiricamente ceftriaxone e claritromicina. Por agravamento clínico (tosse seca, febre e IR grave com necessidade de ventilação não invasiva), foi alterado esquema para levofloxacina e vancomicina e iniciou corticoterapia oral (40mg/dia). O TC tórax de alta resolução mostrou redução das áreas de consolidação e ausência fibrose. O lavado broncoalveolar, colhido após inicio de corticoterapia, apresentou 15% de eosinófilos. Completou estudo, com pesquisa de anticorpos anti-aspergillus, precipitinas aviárias e painel de alergénios, que não mostrou alterações. Verificou-se aumento da IgE sérica, sem eosinofilia periférica.

O diagnóstico de pneumonia eosinofílica foi considerado provável, perante os achados clínicos, imagiológicos e de eosinofilia 15% no LBA, que apesar de inferior a 25%, não se pode ignorar

o facto de ter sido realizada broncofibroscopia apenas 7 dias após o inicio de corticoterapia, altura da estabilização clínica. Terminou esquema de corticoterapia com resolução do quadro, elemento que também favorece este diagnóstico.

PO715

2332 ESPECTRO DE PNEUMONIAS ORGANIZATIVAS

Joel Pinto, Susana Cavadas, Gilberto Teixeira, PG Ferreira
CHBV, Aveiro, Portugal

Introdução

A pneumonia organizativa (PO) é um tipo de doença pulmonar intersticial difusa com atingimento alveolar decorrente de um processo inflamatório inespecífico. Os autores apresentam 3 casos com etiologias e apresentações distintas.

Descrição

Caso 1: Homem, 77 anos, com antecedentes de Pneumonia (Pn) multilobar, internado por recidiva de infiltrados pulmonares, persistentes após antibioterapia (ATB). Exames microbiológicos (MB) negativos, tomografia computorizada (TC) a revelar consolidações alveolares dispersas e lavado broncoalveolar (LBA) com linfocitose. Iniciou corticoterapia (CC) com boa resposta. Nova recidiva radiológica em contexto de redução de dose de CC, sendo submetido a biópsia (Bp) transtorácica, com histologia a favorecer o diagnóstico (Dx) de PO, recidivante, de etiologia criptogénica. Melhoria após incrementação de dose de CC com adjuvância de micofenolato.

Caso 2: Homem de 71 anos internado por suspeita de Pn, com melhoria clinica após ATB, mas persistência de alterações PQ difusas. LBA com linfocitose e Bp transbrônquicas com infiltrado inflamatório mononuclear. Suspendeu Amiodarona que cumpria cronicamente, por possível papel etiológico para PO secundária. Iniciou CC em redução progressiva, com resposta favorável, sem recrudescimento de sintomas ou recidiva imagiológica.

Caso 3: Mulher de 58 anos, com Dx dermatomiosite (DTM), apresentava clinica insidiosa de dispneia de esforço. Ecocardiograma sem alterações e provas funcionais respiratórias com padrão restritivo. TC pulmonar com áreas de consolidação e BGA. BFO e LBA sem alterações relevantes. Após terapêutica de indução com ciclofosfamida e CC, apresentou remissão clinico-radiológica progressiva, sendo os achados imagiológicos e evolução sugestivos de PO secundária a DTM.

A PO deve ser ponderada nos casos de Pn de evolução arrastada e que não responde a ATB. Os achados clínicos, imagiológicos e laboratoriais, apesar de inespecíficos, podem ser evocativos do Dx, permitindo um inicio atempado do tratamento.

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 06
14:00 - 15:30

Doenças Reumatológicas

PO716

482 SÍNDROME DE LÖFGREN: QUANDO A SARCOIDOSE CHEGA AO TORNOZELO!

Andreia Freitas, Margarida Carvalho, Joana Mascarenhas, Vítor Paixão Dias
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova De Gaia, Portugal

Introdução

A Sarcoidose é uma doença multissistémica granulomatosa, sendo Portugal um dos países com menor número de casos relatados a nível mundial. O envolvimento articular da Sarcoidose é pouco comum (10-15% dos pacientes) e acontece normalmente no contexto da Síndrome de Lofgren, caracterizada pela tríade clássica de poliartrite/poliartralgia aguda e adenopatia hilar, com ou sem eritema nodoso. Esta síndrome é vista em menos de 5-10% dos casos de Sarcoidose. Em mais de 90% dos casos a articulação dos tornozelos é afetada, de forma simétrica.

Descrição

CASO CLÍNICO: Homem de 29 anos com artrite incapacitante de instalação súbita com 1 mês de evolução com envolvimento inicial bilateral dos tornozelos e, posteriormente, do joelho direito, ombro direito e punhos. Objetivou febre associada ao aparecimento de tumefações tipo eritema nodoso dispersas pelos membros inferiores. Analiticamente com Velocidade de Sedimentação aumentada (41 mm), sem alterações de relevo no restante estudo analítico incluindo auto-imune e infecioso. Na Tomografia Computorizada do tórax descritas múltiplas adenomegalias no mediastino médio e nos hilos pulmonares com distribuição anatómica bilateral, tipicamente observada nos casos de Sarcoidose. O doente não apresentou melhoria sintomática com a introdução de Anti-inflamatórios Não-Esteróides (AINEs) pelo que iniciou Corticoterapia (CCT) com Prednisolona 5mg/dia com regressão dos sinais e sintomas. O doente tolerou o desmame da CCT, encontrando-se atualmente assintomático.

DISCUSSÃO: A relevância deste caso clínico prende-se com o facto de descrever uma forma de apresentação pouco usual de Sarcoidose. A presença de eritema nodoso, sendo frequente no Síndrome de Lofgren, é menos frequente em homens (rácio mulher:homem de 4:1), tornando este caso ainda menos comum.

E-POSTERS

PO717

520 UMA CAUSA IMPROVÁVEL DE TROMBOSE VENOSA

Rita Gameiro, Vanda Jorge, Fernando Martos Gonçalves, José Lomelino Araújo

Hospital Beatriz Ângelo, Loures, Portugal

Introdução

A etiologia da trombose venosa profunda (TVP) pode ser dividida em causas hereditárias e adquiridas, sendo o estudo dirigido pela história clínica.

Descrição

Apresenta-se o caso de um homem de 41 anos, sem antecedentes pessoais ou medicação relevantes, com história familiar de neoplasia hematológica e da mama, que recorreu à urgência por quadro com 10 dias de evolução de lombalgia esquerda, de ritmo misto, acompanhado de edema dos membros inferiores e dor no hipogastro. Referia nos dois meses prévios viagem de longo curso de avião e de carro. Ao exame objectivo salientava-se edema bilateral até à raiz das coxas, com empastamento. Analiticamente trombocitopénia e aumento de D-dímeros. AngioTC abdominopélvico com extensa trombose venosa envolvendo as veias femorais, ilíacas e o segmento distal da veia cava inferior. Iniciada hipocoagulação terapêutica com evolução clínica favorável com melhoria progressiva dos sinais de flebotrombose e controlo álgico. De destacar, síndrome febril, sem foco identificado, com exames culturais seriados negativos, assumido no contexto de TVP. Do estudo etiológico realizado, destacam-se: análises com anemia de padrão inflamatório, com anticoagulante lúpico e anticorpo anti-cardiolipina IgM fracamente positivos; TC de corpo sem tromboembolismo pulmonar ou evidência de processo oncológico; endoscopia digestiva alta e colonoscopia total sem alterações. Dado suspeita de etiologia paraneoplásica, teve alta sob heparina de baixo peso molecular. Manutenção de anticorpos antifosfolípidicos (AF) aumentados após 3 meses, preenchendo critérios para síndrome do anticorpo antifosfolípido (SAF). Esta patologia é responsável por 10% das TVP, devendo ser suspeitada no doente jovem, com trombocitopénia, sem causa identificada de TVP. O seu tratamento consiste em hipocoagulação com varfarina por tempo indeterminado. Deve ainda ser mantido um grau de suspeição elevado para uma eventual etiologia secundária.

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 05
14:00 - 15:30

PO718

790 SÍNDROME DE DRESS PROVOCADO POR ALOPURINOL

Clara Machado Da Silva, Filipa Borges Carneiro, Luis Nogueira Silva, Nuno Melo, Diana Ferrão, Jorge Almeida

Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

Introdução

A síndrome de reação sistémica a fármacos com eosinofilia (DRESS) deve-se a uma resposta imune específica para o fármaco, com ativação marcada das células T, incluindo as células T reguladoras, que podem mesmo levar à reativação de vírus do grupo herpes.

Descrição

Mulher de 79 anos, com história prévia de hipertensão e hiperuricémia com crise de gota no mês anterior, recorre ao serviço de urgência por aparecimento de lesões maculopapulares eritematosas dispersas por todo o corpo, inclusive na face, poupando palmas das mãos e plantas dos pés, com prurido associado. Referia ainda náusea sem vómitos e mal-estar inespecífico. Sem outras queixas. Ao exame objectivo, para além das lesões cutâneas, apresentava hipotensão arterial de 106/50 mmHg e petéquias no palato. Analiticamente, detectada lesão renal aguda com creatinina de 2,27 mg/dL (valor basal de 0,9 mg/dL) com 89 mg/dL de ureia, eosinofilia sem leucocitose e aumento das transaminases sem colestase. A doente iniciara alopurinol 2 semanas antes, após o episódio de crise gotosa. Do restante estudo, os marcadores víricos foram negativos e o estudo da coagulação era normal. A ecografia abdominal mostrava sinais de nefropatia médica e esteatose hepática. Assim, admitiu-se o diagnóstico de DRESS provocado pelo alopurinol, com atingimento renal e hepático. Suspendeu-se o fármaco, instituiu-se fluidoterapia e prednisolona 1mg/Kg/dia durante uma semana, com posterior redução em desmame lento. A doente melhorou progressivamente, com normalização da função renal e dos marcadores de citólise hepática, bem como diminuição franca das lesões cutâneas.

Múltiplos fármacos podem causar a síndrome de DRESS, sendo o alopurinol um dos mais comuns, após os anti-epilépticos. Estão ainda descritas possíveis reações cruzadas entre fármacos, sendo muito importante a identificação do agente causal (apesar de, em 10 a 20% dos casos de DRESS, não ser possível estabelecer relação de causa-efeito com nenhum fármaco).

E-POSTERS

PO719

828 UMA SÍNDROME CONSTITUCIONAL COM BOM PROGNÓSTICO – POLIMIALGIA REUMÁTICA

Cristiana Lopes Martins, Miguel Varela, Mihail Mogildea, Natercia Joaquim, Ignacio Moreno, Ana Lopes

Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, Faro, Portugal

Introdução

A polimialgia reumática (PR) é uma doença inflamatória de etiologia desconhecida e com incidência significativa. Afeta predominantemente indivíduos com mais de 70 anos. Caracteriza-se por rigidez e dor na cintura escapular e/ou pélvica, podendo associar-se a sintomas sistémicos (febre, anorexia, perda ponderal, astenia). O quadro pode ser incapacitante. O diagnóstico é clínico e de exclusão

Descrição

Um paciente do sexo masculino, 79 anos, leucodérmico, recorreu ao serviço de urgência por perda ponderal e astenia, encaminhado pelo médico assistente. Apresentava como antecedentes Hiperplasia Prostática Benigna, Dislipidemia e Hipertensão Arterial provavelmente essencial. Referia, desde há 3 meses, astenia, anorexia, perda ponderal e temperatura sub-febril. Associadamente, rigidez matinal e queixas álgicas simétricas (cervicais e cintura pélvica). Tinha sido medicado com antibiótico e diferentes analgésicos, sem melhoria. Ao exame objetivo, destacava-se uma ligeira palidez das mucosas e limitação na amplitude dos movimentos ativos. Analiticamente, existia anemia normocítica normocrómica (Hemoglobina 10.1) e aumento do valor de Proteína C reativa (179). Trazia RM cervical, sem alterações relevantes e análises recentes, que documentavam aumento da Velocidade de Sedimentação (87), com Fator Reumatóide e Anticorpos Antinucleares normais. O doente foi internado para estudo do caso. Após exclusão de outras patologias (estudo imagiológico, bacteriológico e endócrino), foi equacionado o diagnóstico de PR. O quadro foi controlado com prednisolona (dose inicial 20mg)

Pela inespecificidade e variabilidade clínicas da PR, esta nem sempre é uma hipótese diagnóstica provável. Não existem critérios diagnósticos estabelecidos. O diagnóstico parte da combinação de achados clínicos e laboratoriais, implicando um elevado índice de suspeição. Este é um diagnóstico de exclusão, pelo que é imperativo excluir patologias potencialmente, nomeadamente infeciosas, neoplásicas e arterite temporal. Mesmo podendo interferir significativamente nas atividades diárias, a PR não provoca dano estrutural, é autolimitada e geralmente de fácil controlo farmacológico, possuindo um excelente prognóstico.

PO720

877 ESPONDILODISCITE E GOTA: UMA INFELIZ COINCIDÊNCIA

Sofia Rodrigues Sousa, Rita Prata, José Pedro Sousa, Rafael Silva, Daniela Marado, Sandra Simões, Jorge Fortuna, Adriano Rodrigues

Hospital Universitário de Coimbra, Hospital Geral, Coimbra, Portugal

Introdução

A espondilodiscite e a gota com envolvimento axial são entidades patológicas raras, mas com incidência crescente, que poderão manifestar-se clinicamente como dor axial aguda associada ou não a sintomas neurológicos decorrentes de estenose do canal vertebral.

Descrição

CASO CLÍNICO: Homem de 80 anos com antecedentes de cardiopatia crónica hipertensiva, diabetes mellitus tipo 2 com complicações (nefropatia com síndrome nefrótico, neuropatia, retinopatia), artrite gotosa não tratada (por alergia a alopurinol) e patologia vertebral degenerativa, com história de terapêutica endovenosa recente e acessos venosos centrais. Em contexto de internamento por síndrome cardiorenal tipo 5 foi objetivada lombalgia contínua intensa, de ritmo misto e febre, elevação de parâmetros inflamatórios e bacteriémia a Staphylococcus aureus metilicilino-resistente (MRSA). Iniciada antibioterapia com vancomicina e solicitado estudo imagiológico da coluna dorso-lombar. A RMN foi compatível com espondilodiscite L3-L4, com extensão paravertebral, foraminal e endocanalar, com volumosas coleções abcedadas epidurais, condicionando compressão radicular. Foi transferido para o serviço de Neurocirurgia, onde foi realizada laminectomia e colhido exsudado de abcesso que confirmou isolamento de MRSA. Cirurgicamente, foram ainda identificadas lesões rígidas esbranquiçadas e flocolares sugestivas de tofos gotosos - histologicamente traduzindo reação granulomatosa de corpo estranho a cristais de urato – processo inflamatório crónico compatível com gota vertebral.

DISCUSSÃO: A gota deve ser incluída no diagnóstico diferencial de episódios de dor aguda axial em doentes com antecedentes de hiperuricemia e a análise histológica é necessária para um diagnóstico definitivo. Adicionalmente, a presença de tofos gotosos e o processo inflamatório crónico podem favorecer o aparecimento de infecção secundária num doente com antecedentes patológicos predisponentes.

PO721

907 FRACTURAS ÓSSEAS NO JOVEM – UMA CAUSA INESPERADA

Margarida Brito Monteiro, Ricardo Pereira Ribeiro

Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca, Amadora, Portugal

Introdução

A osteomalacia é uma doença óssea metabólica caracterizada por alteração da mineralização óssea, muitas vezes relacionada a alterações no metabolismo da vitamina D e do fosfato. Nos países desenvolvidos, são pouco frequentes os casos de osteomalacia.

Descrição

Os autores apresentam o caso de uma doente do sexo feminino, 30 anos, melanodérmica, com antecedentes de hamartoma hepático submetida a derivação bilio-digestiva em Y de Roux, litíase biliar com múltiplos episódios de icterícia obstrutiva com necessidade de colangiopacreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) e padrão de colestase crónico.

Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por queda, com traumatismo do hemitórax e anca direitos. No estudo imagiológico realizado no SU evidenciou-se fratura de 2 costelas e duvidosa fratura do colo proximal do fémur direito. Fez TC da anca, que evidenciou múltiplas lesões líticas da bacia. Para estudo etiológico realizou radiografia do esqueleto, que revelou osteopenia difusa com fractura do ramo ílio-púbico direito e TC tóraco-abdomino-pélvica que evidenciou ectasia das vias biliares intra-hepáticas, imagens sugestivas de litíase e múltiplas fraturas da bacia. Analiticamente, apresentava creatitinica de 0,72mg/dl, padrão de citocolestase com fosfatase alcalina (FA) 1182 U/l, Cálcio corrigido 8,8mg/dL, fosfato 2,6mg/dL, 25-Hidroxivitamina D< 4ng/mL e paratormona (PTHi) 196pg/mL. Para exclusão de hiperparatiroidismo primário fez ecografia do pescoço, que não mostrou alterações. Assumiu-se osteomalacia por hipovitaminose D grave (provavelmente por baixa exposição solar, deficiente ingestão e eventual malabsoração devida à colestase crónica) e hiperparatiroidismo secundário. Admitiu-se litíase biliar secundária ao hiperparatiroidismo. Iniciou suplementação com vitamina D.

Mais de 90% dos doentes com osteomalacia por défice de vitamina D apresentam fraturas ósseas. O clínico deve estar alerta para a existência desta patologia, dado que com o diagnóstico e o tratamento precoce são simples.

PO722

991 ARTRITE SÉPTICA NUM HOSPITAL DISTRITAL

Nuno Gonçalo Garcês Pina Gonçalves, Inês Silva, Catarina Dias, Maria Luz Brazão

HCF, Funchal, Portugal

Introdução

A artrite séptica (AS) é uma infecção articular causada por microorganismos, geralmente bactérias, que pode ter uma progressão rápida e grave. As infecções são classificadas em gonocócicas e não gonocóccicas (NG) e existem factores de risco (FR) identificados. O atraso no diagnóstico pode aumentar a morbilidade e levar à morte.

Objetivos

Caracterizar doentes com o diagnóstico de AS num Hospital Distrital.

Métodos

Estudo descritivo retrospectivo de doentes com o diagnóstico de AS de 2012 a 2017, utilizando os respectivos códigos da classificação de doenças ICD-9 e ICD-10. Excluíram-se doentes com o diagnóstico de AS em prótese articular (PA) e avaliaram-se variáveis demográficas e clínicas com posterior análise descritiva.

Resultados

Identificaram-se 33 casos, excluindo-se 9. Dos 24 selecionados, 79.2% são homens. A idade média é de 56 anos, com 4 doentes em idade pediátrica. Nesta amostra, 62,5% tinham FR identificáveis. Relativamente aos locais de infecção: 50% eram no joelho, 20.8% na anca, 12.5% na tibiotársica e 16.7% em outros locais. A sintomatologia foi semelhante em 79.2%: dor monoarticluar com limitação funcional, edema, rubor, calor e febre; 91.7% tinha aumento dos parâmetros inflamatórios. Em 58.3% fez-se artrocentese, em 25% zaragatoa local; em 12.5% não há registo de exame a líquido biológico e um doente fez punção aspirativa guiada por tomografia computorizada. Em 45.8% foi isolado agente, sendo o Staphylococcus aereus (SA) o mais comum (54,5%). Em 54,16% houve necessidade de intervenção cirúrgica. A mortalidade foi 4.17% (n=1).

Conclusões

Os resultados obtidos estão de acordo com a literatura existente: o joelho é o local mais frequentemente afectado, com sinais inflamatórios locais associados, num quadro com poucos dias de evolução. Só foram isoladas bactérias e não houve nenhum caso de AS gonocóccica, o que pode ser explicado pelo viés de selecção que constitui a principal limitação deste estudo. Estes resultados podem por isso subestimar a prevalência real de AS neste hospital.

PO723

1199 SÍNDROME DE LÖFGREN - O DIAGNÓSTICO CLÍNICO DA SARCOIDOSE

Catarina Almeida, Alexandra Vaz, Ana Filipa Viegas, Gabriela Venade, António Correia

Centro Hospitalar Tondela Viseu, Viseu, Portugal

Introdução

A Sarcoidose é uma doença inflamatória multissistémica de etiologia desconhecida que tipicamente afeta adultos jovens. Caracteriza-se por granulomas não caseosos nos órgãos envolvidos. A Síndrome de Löfgren é a forma aguda da Sarcoidose, caracterizada pela tríade de eritema nodoso, adenopatias hilares e artrite.

Descrição

CASO CLÍNICO

Mulher de 35 anos, sem antecedentes médicos de relevo, medicada com contracetivo oral. Recorre ao serviço de urgência com quadro de lesões cutâneas nodulares eritematosas-violáceas, não pruriginosas e dolorosas nos membros inferiores compatíveis com eritema nodoso e oligoartrite das tibiotársicas, punhos e cotovelos. Sem febre ou queixas respiratórias, gastrointestinais, ginecológicas, urinárias ou oculares. Radiografia do tórax com ingurgitamento hilar bilateral. Analiticamente com discreta elevação dos parâmetros inflamatórios. Orientada para Consulta de Medicina Interna, com indicação de repouso e toma de AINE. Do estudo realizado destaca-se apenas ligeira elevação da enzima conversora da angiotensina. A tomografia computorizada torácica revelou adenopatias nos espaços paratraqueal direito, pré-carinal e pré-vascular, as maiores com 12mm. Realizou broncofibroscopia cuja análise do lavado broncoalveolar revelou linfocitose e relação CD4+/CD8+ de 7.27. Por manutenção das queixas articulares teve necessidade inicial de corticoterapia, encontrando-se assintomática desde há 2 anos e sem necessidade de medicação.

DISCUSSÃO

A Síndrome de Löfgren tem um prognóstico excelente e a resolução completa é geralmente atingida em dois anos, sendo a única apresentação clínica da Sarcoidose que não necessita de comprovação histológica para o diagnóstico.

PO724

1243 POLIMIALGIA REUMÁTICA: UM VERDADEIRO DESAFIO NA PRÁTICA CLÍNICA

Vanessa Palha, Carla Fidalgo, Ana Vilaça, Teresa Pimentel, Narciso Oliveira, Carlos Capela

Serviço de Medicina Interna - Hospital de Braga, Braga, Portugal

Introdução

A Polimialgia Reumática (PMR) é uma das doenças reumatológicas inflamatórias mais comum nos idosos, de causa desconhecida, sendo a sua incidência de 1 por cada 133 doentes com mais de 50 anos. Não existe nenhum achado patognomónico e, na prática clínica, a PMR pode ser um verdadeiro desafio, constituindo um diagnóstico de exclusão.

Descrição

Caso clínico: Homem, 86 anos, sem antecedentes significativos, observado por febre desde 2 meses antes, associada a astenia, anorexia, emagrecimento de 10Kg e cefaleias. Sem sudorese nocturna, mialgias, artralgias, lesões cutâneas ou distúrbios visuais. Ao exame físico, febril, pálido, com limitação dos movimentos por fraqueza muscular das cinturas. Sem outras alterações como adenomegalias palpáveis, sopro cardíaco ou tensão à palpação das artérias temporais. Do estudo realizado, a salientar: Hb 10.8g/dL (normocrómica e normocítica), leucocitose com neutrofilia, proteína C-reactiva 184mg/L, VS 90mm/h, ANA 1/160, MPO-ANCA 113.4U/mL; restante estudo de autoimunidade, serologias infecciosas e hemoculturas negativos. TC toracoabdominopélvica, endoscopias digestivas alta e baixa sem alterações; ecocardiograma transtorácico sem vegetações. Por provável PMR, iniciou prednisolona 20mg/dia após a realização de biópsia da artéria temporal superficial direita (sem alterações no exame histológico), com melhoria clínica nas 36 horas subsequentes.

Discussão: Após exclusão de outras causas, a idade superior a 50 anos, a fraqueza muscular bilateral de predomínio nas cinturas e VS superior a 40mm/h, associadas a resposta rápida a baixa dose de corticóide apoiam o diagnóstico de PMR. A PMR pode associar-se a Arterite de Células Gigantes (ACG) até 30% dos doentes, podendo manifestar-se em simultâneo. Ao diagnóstico e durante o seguimento do doente, é obrigatório considerar esta associação. Embora a biópsia da artéria temporal seja o "gold-standard" diagnóstico da ACG, pode ser negativa até 40% dos doentes com suspeita elevada.

PO725

1337 ARTRITE PÓS-INFEÇÃO GONOCÓCICA

Nuno Rodrigues De Melo[1], Isabel Azevedo Pereira[2], Filipa Gomes[1], Jorge Almeida[1]

[1]Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

[2]Instituto Português de Oncologia - Porto, Porto, Portugal

Introdução

A artrite reativa é uma artrite seronegativa que pertence ao grupo das espondiloartropatias. Associa-se principalmente a infeções do trato digestivo ou urinário.

Descrição

Homem. 65 anos. Antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2, artrite gotosa, Hipertensão arterial e Cardiopatia Isquémica. Recorre ao SU por poliartralgias incapacitantes com cerca de 1

semana de evolução, condicionando alectuamento, associada a febre e astenia. Negava comportamentos sexuais de risco ou queixas urinárias, diarreia ou gastrenterite aguda recente. Objetivamente com artrite do joelho direito, tibiotársica direita, metatarsofalângicas bilaterais e cotovelo direito. Sem lesões mucocutâneas, oculares, hepatoesplenomegalia ou alterações auscultatórias. Analiticamente com anemia normocítica/normocrómica, sem leucocitose, Proteina C reativa 270 mg/L. Internado para estudo tendo iniciado terapêutica com colchicina e AINE, pela história prévia de artrite gotosa, apesar de sempre monoarticular. Sem melhoria clínica com persistência de febre. Do estudo efetuado, a salientar: ácido úrico sérico 9,7 mg/dl, VS de 108 mm/1ªh e ferritina de 965 ng/ml. Anticorpos anti-ENA, anti-dsDNA, anti-CCP e ANCA negativos. ANA 1/100, sem consumo de complemento. HIV, HCV, HBV e teste treponémino negativos. Reação de Wright e Widal negativas. DNA Parvovírus, Brucella e Borrelia negativos. PCR de N. gonorrhea positivo na urina. Medicado com ceftriaxone 250mg IM e Iniciada Prednisolona 20 mg com apirexia, resolução da artrite, recuperação de autonomia total e normalização das alterações analíticas. Admitido quadro de artrite reativa associada a infeção genitourinária por N.gonorrhea.

DISCUSSÃO: A artrite reativa é uma sinovite estéril despoletada por infeção prévia, geralmente genitourinária ou gastrointestinal. Caracteriza-se por ser uma poliartrite assimétrica, podendo associar-se a sintomas inflamatórios do olho, úlceras orais ou uretrite. A associação com infeção por N. gonorrhea, apesar de menos frequente, está descrita.

PO726

1414 DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA E SÍNDROME DE SJÖGREN: UMA APRESENTAÇÃO INCOMUM DE UMA MANIFESTAÇÃO FREQUENTE

Tiago Osório Petrucci, Laura Pereira, Pedro Silvério António, Carlos Machado E Costa

CHLN - Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

Introdução

A síndrome de Sjögren (SS) é uma doença autoimune crónica caraterizada pela infiltração de glândulas exócrinas por células mononucleares, levando à sua disfunção e aos sintomas de xerostomia e xeroftalmia que a caraterizam. Adicionalmente, pode cursar com uma grande variedade de manifestações resultantes do envolvimento de vários órgãos e sistemas.

Descrição

Os autores apresentam o caso de uma mulher com 72 anos de idade, internada por dor lombossagrada e dos membros inferiores de difícil controlo, com franco componente de dor neuropática (disestesia e hipostesia) nos níveis sensitivos sagrados. Apura-se ainda, quadro consumptivo com astenia e perda ponderal >10% do peso corporal. Trata-se de uma doente com diagnóstico prévio de SS seguida em consulta de Reumatologia e medicada com hidroxicloroquina e pilocarpina. Em internamento realiza estudo imagiológico com tomografia computorizada e ressonância magnética tóraco-abdómino-pélvicas que evidenciam processo infiltrativo de S1, S2 e S3 com componente tecidular de partes moles associado e que infiltra e preenche o espaço lipomatoso pré-sagrado, com compromisso da permeabilidade de canal central, com possibilidade de compressão radicular das raízes nervosas sagradas a partir de S2. Procedeu-se a biópsia dirigida da lesão sagrada que estabeleceu diagnóstico de linfoma difuso de grandes células B do tipo não-GCB.

As manifestações extraglandulares da SS resultam de diferentes mecanismos patogénicos, muitos dos quais não bem compreendidos, mas que envolvem processos de inflamação mediada por autoimunidade, deposição de imunocomplexos ou linfoproliferação com ativação policlonal de células B. Os doentes com SS têm um risco aumentado de Linfoma não-Hodgkin ao longo da vida, estimado em 5 a 10%. Estes linfomas são mais frequentemente de baixo grau e do tipo MALT. A ocorrência de linfomas difusos de células B é incomum, tornando este caso de interesse particular sobretudo pela sua forma de apresentação.

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 06
14:00 - 15:30

PO727

1491 DA FRAQUEZA MUSCULAR À POLIMIOSITE – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Isa Silva, Mariana Vieira, Madalena Silva, António Carneiro, Priscila Diaz, Sofia Rodrigues, Fernanda Louro

Hospital de Cascais - Serviço de Medicina Interna, Cascais, Portugal

Introdução

A polimiosite (PM) é uma doença rara, classificada como miopatia inflamatória idiopática. Caracteriza-se por fraqueza muscular proximal simétrica, elevação sérica de enzimas musculares, alterações miopáticas em electromiografia e evidência histológica de inflamação muscular.

Descrição

CASO CLÍNICO: Homem de 36 anos, melanodérmico, com hemiparesia esquerda sequelar a acidente de viação na infância e hábitos etanólicos moderados. Encaminhado para consulta de Medicina Interna por quadro de 'dificuldade na marcha e dor na bacia'. Apurado quadro de mialgias generalizadas, fraqueza

muscular e sintomas constitucionais com 3 meses de evolução e agravamento progressivo, pelo que foi internado electivamente. Objectivada atrofia muscular marcada e diminuição simétrica de força muscular proximal. Analiticamente com enzimas musculares e velocidade de sedimentação eritrocitária elevadas e anticorpos anti nucleares positivos (padrão nucleolar). Perante suspeita de miosite, realizou electromiografia que mostrou processo miopático inflamatório. Procedeu-se a biopsia muscular que revelou alterações compatíveis com miopatia inflamatória, sugestivas de PM. Foi excluído envolvimento cardíaco, pulmonar e outras causas de miopatia, nomeadamente infecções, neoplasia, doenças endócrinas ou hereditárias. Iniciou corticoterapia sistémica associada a azatriopina, com melhoria analítica e clínica (recuperou capacidade de marcha sob programa de reabilitação).

DISCUSSÃO: A PM é progressivamente incapacitante quando não atempadamente diagnosticada e tratada. No presente caso, a incapacidade funcional do doente associada à perda de força muscular proximal levou a um estudo exaustivo de diagnósticos diferenciais até ao diagnóstico de PM, traduzindo o desafio diagnóstico imposto pelas miopatias inflamatórias.

E-POSTERS

PO728

1625 FEBRE DE CAUSA NÃO INFECCIOSA!

Joana Diogo, Bernardo Ferreira, Rita Monteiro, José Jácome, Graça Martins, Maria Conceição Loureiro

Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, Portugal

Introdução

A polimialgia reumática (PMR) é um distúrbio inflamatório que afecta habitualmente mulheres acima dos 50 anos. Apresenta-se tipicamente de forma aguda com artralgias bilaterais sobretudo das extremidades superiores.

Descrição

Doente do sexo masculino, 80 anos, caucasiano, com antecedentes de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2 não insulinotratado. Internado por quadro com cerca de 2-3 semanas de evolução de febre vespertina na ordem dos 38-38,5 ºC, sudurese, anorexia e perda ponderal de 5 Kg. Negava artralgias, cefaleias, mialgias ou outra sintomatologia. Laboratorialmente sem alterações. O estudo exaustivo com tomografia computorizada torácica, abdominal e pélvica, broncofibroscopia e serologias infecciosas várias foram todos negativos, tendo apenas diagnóstico de tiroidite para a qual fez terapêutica e teve alta melhorado.

Seis meses após a alta inicia novamente queixas de febre, artralgias, mialgias e diminuição da força nos membros inferiores com alguma incapacidade para a marcha. Laboratorialmente com VS e PCR aumentadas e com estudo da autoimunidade negativo. Admitiu-se o diagnóstico de Polimialgia reumática e iniciou corticoterapia com prednisolona 20 mg/dia com regressão da sintomatologia.

O quadro clínico e o facto de a autoimunidade ser negativa fizeram o diagnóstico de uma patologia, que não sendo rara, é potencialmente reversível quando instituída terapêutica dirigida. A particularidade deste caso assenta no facto de se tratar de um homem de 80 anos e cujo sintoma inicial foi apenas febre sem as queixas articulares características da PMR.

PO729

2101 UMA COMPLICAÇÃO RARA DO TRATAMENTO COM BCG INTRAVESICAL

Marta Freixa, Joana Rodrigues, André Rodrigues, Sara Úria, Glória Nunes Da Silva

Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

Introdução

A administração intravesical de BCG (BCGi) é uma opção terapêutica dos carcinomas in situ da bexiga (CisB), bem tolerada mas pode ter complicações.

Descrição

Homem 69 anos, com cardiopatia isquémica, portador de pacemaker, prótese endovascular (aneurisma da aorta), artroplastia C4-C5, artrite gotosa recorrente e neoplasia da próstata sob vigilância, encontrava-se sob BCGi por CisB. Após a 5ª sessão é internado por poliartralgias intensas com predomínio dos joelhos, articulações tibiotársicas e interfalângicas e sinais inflamatórios exuberantes, com incapacidade funcional e febre. Tinha ainda olho vermelho com exsudado, disúria e rubor do escroto e glande. Laboratorialmente - ácido úrico, PCR e VS elevados. Admitindo-se artrite séptica iniciou ceftriaxone, substituído ao 3º dia por piperacilina/tazobactam e vancomicina por manter febre e subida de PCR. Realizou artrocentese diagnóstica que excluiu artrite séptica e gotosa. Com poliartrite, queixas genito-urinárias e conjuntivite, suspeitou-se de artrite reactiva (ARe) provavelmente a BCGi e iniciou prednisolona (PDN). Face aos antecedentes pessoais manteve antibioterapia (AB) e para exclusão de outras causas para síndrome febril fez ecografia renal e pélvica e TC toraco-abdomino-pélvica, sem focos infecciosos e ecocardiograma transtorácico e transesofágico sem sugestão de endocardite. As hemoculturas e uroculturas prévias a AB e após alteração, incluindo pesquisa de micobacterias e fungos foram negativas, tal como a pesquisa de DNA de micobacterias no sangue. Há ainda a referir HLA B27 positivo, ADA, complemento, eletroforese das proteínas e FR normais, VIH, VHB e VHC negativos e PSA não sugestivo de prostatite aguda. Para

exclusão de outra causa de ARe foram pedidas as serologias dos agentes frequentemente implicados, também negativas. Após início de PDN verifica-se melhoria clínica e laboratorial. Considerou-se início de terapêutica antibacilar mas a evolução clínica e exames realizados eliminaram a hipótese de disseminação sistémica de Mycobacterium bovis.

DISCUSSÃO: No decurso da investigação o diagnóstico de ARe foi o mais provável, um efeito secundário descrito do BCGi embora raro. A ARe é um diagnóstico clínico e de exclusão, necessitando índice de suspeita elevado e exclusão de diagnósticos alternativos.

31 DE MAIO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 06
14:00 - 15:30

E-POSTERS

Medicina Cuidados Paliativos

PO730

2216 MIOPATIA NECROTIZANTE IMUNO-MEDIADA INDUZIDA POR ESTATINA: CASO CLÍNICO

Ricardo Lavajo, Luisa Costa, Marlene Delgado, Nádia Martins, António Monteiro

CHTV, Viseu, Portugal

Introdução

As miopatias têm múltiplas causas como metabólicas, inflamatórias, …e tóxicas/ induzidas por fármacos, entre estes, as estatinas, que atuam por mecanismos de miotoxicidade directa, indirecta e imunomediada. As estatinas podem causar mialgias ligeiras, mas excepcionalmente levam a lesão muscular marcada. Na maioria destes casos, verifica-se recuperação espontânea após a sua descontinuidade, porém, em casos muito raros (2-3/100000 doentes) desenvolve-se uma miopatia autoimune, que pode manifestar-se após início do tratamento ou anos depois, mantendo-se a fraqueza muscular, ou até agravando, mesmo após a sua suspensão. O diagnóstico conjuga a clínica com a evidência de necrose muscular na biópsia e presença de autoanticorpos anti-HMG-CoA reductase. O tratamento requer suspensão da estatina e em geral, imunossupressão

Descrição

Mulher de 46 anos. Medicada com escitalopram e toma de estatina durante 1 mês mais de 1 ano antes. Internada por quadro de mialgias, fraqueza muscular generalizada, disfagia alta para sólidos desde há um ano, com agravamento progressivo. Analiticamente constatou-se mionecrose (CK 7395 UI/L). A investigação etiológica da miopatia incluiu: Estudo analítico (VS, autoimunidade, serologias, hormonas) sem alterações excepto aldolase 109 UI/L e Ac anti-HMG-CoA reductase positivos. EDA com hipomotilidade esofágica mas Manometria normal. ECG, Ecocardiograma e Provas de Função Respiratória excluíram envolvimento cardíaco ou ventilatório. TC toracoabdominopélvica sem sugestão de neoplasia. EMG com alterações sugestivas de miopatia inflamatória e a Biópsia muscular foi compatível com miopatia necrotizante imunomediada. Instituída inicialmente corticoterapia com resposta parcial e, posteriormente metotrexato, que conduziu a controlo da lise muscular e melhoria clínica.

Destaca-se o caso por se tratar de uma entidade rara, por vezes não relacionada com o factor desencadeante e que requer um amplo estudo para diagnóstico diferencial.

PO731

509 PRESCRIÇÃO DE PROTETORES GÁSTRICOS, ANTIDISLIPIDÉMICOS E ANTICOAGULANTES NOS DOENTES EM FIM DE VIDA

Sara Marote, Miguel Martins, Joana Ferrão, Ana Brito, Madalena Lobão

Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, Portugal

Introdução

A abordagem do doente em fim-de-vida requer adequação de cuidados, com privilegio do conforto e suspensão de terapêuticas fúteis. São exemplos de fármacos sem benefício nos últimos dias de vida: os antidislipidemicos (AD), usados na prevenção primária, secundária e terciária da doença cardiovascular; os protetores gástricos (PG) frequentemente prescritos sem indicação; os anticoagulantes (AC), frequentemente dados para prevenção da trombose venosa profunda (TVP) e do tromboembolismo no doente com fibrilação auricular não valvular.

Objetivos

Aferir se os internistas aplicam o princípio da adequação terapêutica ao doente com sobrevida expectável de dias.

Métodos

Estudo retrospectivo, através da análise da terapêutica prévia, à admissão na enfermaria e à data do óbito, de uma população de doentes paliativos falecidos numa enfermaria de medicina, num período de 9 meses.

Resultados

Os resultados preliminares mostraram que o número de doentes previamente sob PG foi inferior ao de doentes medicados na

admissão (49%), contudo, neste último grupo a percentagem de doentes sob PG com indicação formal foi maior. À data do óbito 35% ainda estavam sob PG. A percentagem de doentes sob AD foi decrescente desde o ambulatório até ao óbito (20%, 9% e 5%). Na admissão, 44% foram medicados com AC, dos quais 85% para prevenção da TVP e, à data do óbito ainda 22% estava sob AC. No último dia de vida, 9% dos doentes fez fármacos de duas das 3 categorias analisadas.

Conclusões

Existe uma tendência para a "desprescrição" à medida que o doente se aproxima da morte. Contudo o número de doentes sob PG e AC à data do óbito é ainda elevada, com custos quer para o doente, pelos efeitos secundários, interações medicamentosas e polifarmácia, quer para o Sistema Nacional de Saúde, pelos custos monetários associados. São barreiras à adequação terapêutica, a dificuldade em identificar os doentes em fim-de-vida e a falta de formação em cuidados paliativos, aspetos que devem ser melhorados a curto prazo.

PO732

584 "COMO MORREM OS DOENTES NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA?" – O QUE MUDOU UMA DÉCADA DEPOIS

Filipa Quaresma, Rita Prayce, Isabel Baptista, Júlio Almeida

Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, Portugal

Introdução

Perante o envelhecimento global da população, que em Portugal atinge uma das taxas mais elevadas da Europa e a alteração do paradigma tradicional da família, assiste-se ao aumento de mortes no hospital. É fundamental o reconhecimento e adaptação dos cuidados nestes doentes.

Objetivos

Análise dos óbitos numa enfermaria de Medicina Interna e comparação com estudo prévio.

Métodos

Análise retrospectiva (14 meses) das características demográficas, autonomia, comorbilidades, internamentos prévios, tempo de internamento; diagnóstico principal; motivo do óbito; limitação terapêutica; sintomas nos últimos 20 dias de internamento, atitudes médicas e referenciação a Cuidados Paliativos.

Resultados

Verficaram-se 214 óbitos (8% dos internamentos), idade média 81 anos, 43% totalmente dependentes, mediana do Índice de Charlson de 7, 53% com pelo menos 1 internamento prévio. O diagnóstico principal e o motivo de óbito foram na maioria do foro respiratório ou cardiovascular, contudo nos doentes com menos de 65 anos, prevaleceram as neoplasias.

A maioria dos óbitos ocorreu após a primeira semana. 89% apresentou descontrolo sintomático, do foro respiratório (43%), dor (35%) e alterações de consciência (22%). 52% receberam acções paliativas e 15% foram referenciados à equipa de Paliativos, estes são na maioria homens, mais jovens (p=0,01), com neoplasia (p<0.001) e média de internamento superior (p= 0,012).

Em 70% a morte era expectável e 78% tinha limitação de cuidados - 57% decidida à admissão. Contudo, 89% mantiveram atitudes terapêuticas de intuito curativo, 76% até ao óbito.

Comparativamente com o estudo anterior, houve menos óbitos, numa população mais idosa e com mais reinternamentos (30% vs 53%). Identificou-se mais a dor, e instituíram-se mais medidas paliativas (44% vs 52%) com suspensão dos cuidados fúteis mais frequentes.

Conclusões

Apesar da correcta identificação do risco de morte e fragilidade do doente, há que melhorar a adequação dos cuidados médicos.

PO733

975 ANTIBIOTERAPIA NAS ÚLTIMAS 24 HORAS DE VIDA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Carolina Vidal, Beatriz Braga, Luís Dias, Clara Paiva

Serviço de Medicina Interna do Hospital Divino Espírito Santo de *Ponta Delgada, EPE, Ponta Delgada, Portugal*

Introdução

O doente em fim de vida apresenta elevados níveis de sofrimento físico, emocional e social. Reconhecer que o doente se encontra nesta fase é fulcral para que os objetivos de cuidado se foquem nas verdadeiras necessidades do doente. A antibioterapia (AB) é frequentemente prescrita aos doentes em fim de vida, estimando-se que cerca de 90% dos doentes com cancro avançado e 42% dos doentes com demência avançada a recebam nas últimas semanas de vida.

Objetivos

Estudar o padrão de prescrição de AB nas últimas 24 horas (24h) de vida num Serviço de Medicina Interna (SMI).

Métodos

Análise retrospetiva dos dados demográficos, registos clínicos e folhas terapêuticas nas últimas 24h de vida dos doentes falecidos num SMI durante 3 meses de 2017 (maio, junho e junho).

Resultados

No período analisado verificaram-se 48 óbitos no SMI, 73% do sexo feminino e 27% do sexo masculino. A idade média dos doentes falecidos foi de 80,6 anos. Entre os doentes falecidos, 54% estava sob AB nas últimas 24h de vida. No grupo de doentes falecidos sob AB a média de idades foi de 79,9 anos, cerca de 12% era autónomo, 27% parcial e 62% totalmente depen-

dente, enquanto que nos doentes falecidos sem AB a idade média era superior (81,4 anos) e verificou-se maior grau de dependências (9% autónomo, 23% parcial e 68% totalmente dependente). No grupo dos doentes falecidos sem AB, o médico previu o óbito em 77,3% dos casos, enquanto que nos doentes falecidos sob AB tal só ocorreu em 57% dos casos. Assim apesar de reconhecido o fim de vida, 15 doentes receberam AB nas últimas 24h de vida. Os AB mais usados foram a amoxicilina/clavulanato, piperacilina/tazobactan e ceftriaxone. Salienta-se a utilização de AB como colistina, meropenem e vancomicina nas últimas 24h de vida.

Conclusões

O aumento da sobrevida e alívio sintomático podem motivar a prescrição de AB em fim de vida, contudo é escassa a evidência que suporte esta prescrição. Paradoxalmente, há evidência de que em doentes com demência avançada e pneumonia a AB não aumenta o conforto. Aguarda-se investigação adicional sobre o efeito da AB no controlo sintomático em fim de vida, entretanto o uso de AB nesta fase deverá ser judicioso.

PO734

1576 CARACTERIZAÇÃO DA DOENÇA TERMINAL NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA E REFERENCIAÇÃO A CUIDADOS PALIATIVOS

Sara Marote, Miguel Martins, Ana Brito, Joana Ferrão, Madalena Lobão, Diego Carrasco

Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, Portugal

Introdução

O doente terminal, por definição, tem uma doença incurável, grave e evolutiva com elevada necessidade de cuidados de saúde pelo sofrimento associado e, com uma sobrevida expectável de 3 a 6 meses.

As doenças terminais podem ser classificadas, de acordo com o declínio em doenças de declínio rápido (oncológicas), intermédio (insuficiência de órgão e pluricomorbilidade) e gradual (senescência, demência e doença cerebrovascular).

A sua abordagem requer adequação de cuidados e, sempre que possível, referenciação precoce a uma equipa multidisciplinar de cuidados paliativos (CP).

Objetivos

Caracterizar a doença terminal numa enfermaria de Medicina Interna e determinar a frequência com que estes doentes recebem apoio da equipa de CP.

Métodos

Estudo retrospectivo qualitativo e quantitativo, de um período de 9 meses, de uma população de doentes paliativos que faleceram numa enfermaria de medicina interna.

Resultados

Os resultados preliminares mostraram que 60% tinha doença oncológica, 13% tinha insuficiência de órgão ou pluricomorbilidades e 27% tinha senescência, demência ou doença cerebrovascular. Apenas 40% dos doentes teve apoio dos CP durante o internamento, todos eles com doença oncológica e dos quais, apenas 50% era previamente seguido por CP. Nenhum dos doentes não oncológicos era previamente seguido pelos CP, assim como 1/3 dos doentes oncológicos.

Conclusões

O acompanhamento pela equipa de CP tem implicações importantes para o doente e para a sua família. Não obstante, a percentagem de doentes paliativos que recebe apoio dos CP é muito inferior à desejável. Os doentes paliativos não-oncológicos raramente são referenciados, apesar de serem os que têm habitualmente um declínio mais lento e por isso poderiam beneficiar do apoio durante mais tempo. Os doentes oncológicos, apesar de mais vezes referenciados, frequentemente são referenciados tardiamente.

PO735

2214 COMO NOS SENTIMOS A CUIDAR DE DOENTES PALIATIVOS?

Lúcia Guedes, Eunice Almeida, Cristina Teixeira Pinto

Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, Santa Maria Da Feira, Portugal

Introdução

A implementação do "Plano Estratégico para desenvolvimento dos Cuidados Paliativos" em Portugal, prevê a capacitação global dos prestadores de cuidados de saúde para a "Abordagem Paliativa", assegurando que todos os doentes tenham acesso, pelo menos, a ações paliativas que lhes mitiguem o sofrimento.

Objetivos

Averiguar a frequência do contacto e conforto na abordagem do doente paliativo e em processo ativo de morte (PAM) e as necessidades formativas percebidas pelos prestadores de cuidados da nossa instituição.

Métodos

Inquérito de preenchimento voluntário, disponibilizado online aos colaboradores por um período de 60 dias. O nível de conforto foi avaliado através de escala de Likert de 0 a 10, em que 0 corresponde a "nada confortável" e 10 a "totalmente confortável".

Resultados

Obtiveram-se 87 respostas, 36 (41,4%) de médicos e 31 (35,6%) de enfermeiros. Dos médicos 44,4% (16) contactam frequente ou muito frequentemente com doentes paliativos, com 47,2% (17) e 50% (18) referindo nível de conforto igual ou superior a 6 na abordagem de doentes paliativos e em PAM

respetivamente. Contudo a grande maioria (88,9%) reconheceu sentir necessidade de formação em Cuidados Paliativos. Dos enfermeiros, 38,7% (12) relataram contactar frequente ou muito frequentemente com doentes em fim de vida, reportando, em 64,6% (20) e 67,8% (21) dos casos, nível de conforto igual ou superior a 6 no cuidar de doentes paliativos ou em PAM respetivamente. Apesar disso, 93,5% dos enfermeiros sentem necessidade de formação nesta área.

Conclusões

Apesar do contacto frequente com doentes em Cuidados Paliativos e da referência a conforto nessas situações, é reconhecida por parte dos profissionais a carência formativa nessa área. O conhecimento da realidade da nossa instituição permitiu-nos um planeamento adequado do plano de formação para o presente ano, após o qual o questionário será repetido para avaliação da intervenção.

Medicina de Urgência e Cuidados Intermédios

PO736

60 ACIDOSE LÁCTICA ASSOCIADA À METFORMINA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sofia Gonçalves, Pedro Balza, Luz Reis Brazão

Hospital Central do Funchal, Funchal, Portugal

Introdução

As causas de acidose láctica podem ser divididas em causas associadas com oxigenação tecidular comprometida (tipo A) e em causas em que o comprometimento da oxigenação tecidular não existe ou não é imediatamente evidente (tipo B). Geralmente, os pacientes com acidose láctica apresentam sinais de choque, hipoxia tecidular e insuficiência hepática ou renal aguda. A acidose láctica associada a metformina é uma forma típica, mas rara, de acidose láctica tipo B. As medidas sintomáticas e a terapêutica de substituição da função renal são os tratamentos de eleição.

Descrição

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de uma doente sexo feminino, 85 anos, com antecedentes de diabetes mellitus, hipertensão arterial, doença cardíaca isquémica, dislipidémia e insuficiência cardíaca, polimedicada, a realizar metformina (2,7 gramas/dia), que recorreu ao serviço de urgência por múltiplos episódios de diarreia e vómitos, com 3 dias de evolução. À avaliação inicial apresentava-se desidratada e hipotensa, tendo-se iniciado fluidoterapia agressiva, suporte vasopressor e terapêutica com bicarbonato endoveno, sem melhoria do quadro. A depleção de volume associada, condicionou a ocorrência de lesão renal aguda (creatinina de 4.94mg/dL; basal 1.15mg/dL) e gasometricamente evidenciava pH de 6.82, bicarbonato de 4.8mmol/L e hiperlactacidémia. Foi admitida na Unidade de Cuidados Intensivos com o diagnóstico de acidose acidose láctica associada à metformina e iniciou terapêutica de substitutiva da função renal. À admissão mantinha significativa instabilidade hemodinâmica, com necessidade de doses crescentes de suporte vasopressor, mantendo níveis de bicarbonato baixos, com lactatos em crescendo e anion gap calculado de 62mEq/L.

Discussão: Nos pacientes com diabetes mellitus tipo II, tratados com metformina, a acidose láctica é uma complicação de significativa gravidade, pelo que os autores consideram fundamental que seja realizada uma abordagem célere, holística e multidisciplinar destes doentes.

PO737

200 PNEUMATOSE INTESTINAL: UM EFEITO ADVERSO RARO

Marta Rafael Marques[1], Sofia Tavares[2], Filipe Conceição[2]

[1]Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, Vila Do Conde, Portugal

[2]Centro Hospitalar São João, Porto, Portugal

Introdução

A pneumatose intestinal (PI) constitui uma entidade rara, caracterizada pela presença de gás na parede cólica. Pode ser idiopática mas, na maioria dos casos, é secundária a patologias. O diagnóstico é radiológico e o espetro de apresentação variável, baseando-se a terapêutica na sintomatologia.

Descrição

Mulher de 69 anos, antecedentes de dislipidemia, com leucemia linfoblástica aguda (LLA) de células B precursoras e cromossoma Filadelfia positivo. Submetida a terapia de indução com inibidor da tirosina cinase (ITK) - Imatinib 600mg/dia, combinado com quimioterapia e esteroides. Durante tratamento desenvolve náuseas, vómitos e obstipação grave e, em D17, odinofagia e disfagia ligeira com aumento do perímetro cervical, associada a dor e distensão abdominal. Apresentava enfisema cervical e torácico e abdómen distendido, timpanizado e doloroso à palpação. Realizou TC cervicotoracoabdominopélvica que revelou extensa PI no cólon ascendente e transverso, pneumoperitoneu com extensão mediastínica e tecido celular subcutâneo torácico e cervical. Assumido diagnóstico de PI cólica secundária a quadro de imunossupressão com Imatinib, que foi suspenso por ausência de outros fatores de risco, além do status de imunossupressão subjacente. Adotada estratégia conservadora com antibioterapia, dieta zero e oxigenoterapia de alta concentração com evolução favorável em 4 dias, sem necessidade de intervenção cirúrgica. TC comparativo a evidenciar melhoria significativa tendo tido alta sem alterações radiológicas. Aquando

do início da terapia de consolidação, decidida alteração de ITK para Desatinib, que cumpriu sem intercorrências.

O Imatinib pode causar PI através de efeitos imunossupressores não neutropénicos e inibição da motilidade intestinal. Esta associação é rara e ocorre, na sua maioria, no contexto do tratamento de LLA. A descontinuação habitualmente está associada a evolução benigna, sendo a cirurgia reservada para doentes sintomáticos apesar de terapêutica médica ou com complicações.

PO738

329 COMA MIXEDEMATOSO – UMA EMERGÊNCIA MÉDICA

Mónica Palma Anselmo, Leila Duarte, João Madeira Lopes, J Meneses Santos

Hospital Santa Maria, Lisboa, Portugal

Introdução

O coma mixedematoso é uma forma grave e life-threatening de hipotiroidismo, independente da etiologia da hipofunção tiroideia, com mortalidade superior a 50% e factores precipitantes a serem considerados.

Descrição

Um doente de 87 anos, com carcinoma pavimento-celular da laringe, submetido a laringectomia total, esvaziamento ganglionar e RT adjuvante, traqueostomizado, tem hipotiroidismo primário subsequente à RT medicado com levotiroxina. Após um mês de suspensão desta terapêutica, recorre ao Serviço de Urgência por prostração e astenia. Está obnubilado, TA 82/57 mmHg, pulso 40 bpm, temperatura não mensurável, frequência respiratória 14 cpm, macroglossia. Analiticamente: Hb 11.1 g/dL, leucócitos 3290/uL, plaquetas 163000/uL, PCR 0.16 mg/dL, glicemia 54 mg/dL, ureia 51 mg/dL, creatinina 0.9 mg/dL, Na 122 mEq/L, osmolalidade plasmática 258 mOsmol/Kg, CK 765, TSH 76.4 uU/mL, FT4 0.05 ng/dL, FT3 < 0.26 pg/mL, anticorpos anti-TPO e anti-TG em titulações normais, ACTH 123.7 pg/mL, cortisol 18.2 ug/dL. ECG com bradicardia sinusal, 40 cpm e BAV 1º grau. Radiografia do tórax com cardiomegalia e derrame pleural direito. Ecocardiograma transtorácico com derrame pericárdico moderado, sem sinais de compromisso hemodinâmico. Submetido a correcção volémica, aquecimento externo, levotiroxina 0.2 mg IV e hidrocortisona 100 mg IV, tem recuperação total do estado de consciência e estabilização hemodinâmica. O coma mixedematoso é uma causa rara de coma cujo diagnóstico depende com frequência de um elevado índice de suspeição clínica. Sendo uma emergência médica, o prognóstico depende da sua rápida identificação, da resposta à terapêutica instituída, da necessidade de ventilação e dos factores precipitantes dos quais se destaca a infecção, a hemorragia digestiva, o incumprimento ou alteração da hormonoterapia substitutiva e o uso de sedativos.

PO739

382 OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUXO EM DOENTE IMUNOCOMPROMETIDA COM PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE

Ana Silva Fernandes, Ana Teresa Goes, Ana Sofia Sobral, João Gamito Lopes, Henrique Rita, Liliana Barriga, Sónia Pereira, José Sousa E Costa

ULSLA - Hospital do Litoral Alentejano, Santiago Do Cacém, Portugal

Introdução

A utilização de Oxigenoterapia de Alta Fluxo (HFNC) em patologias tais como insuficiência respiratória hipoxémica (IR1), exacerbação aguda de doença pulmonar obstrutiva crónica, insuficiência cardíaca aguda e apneia do sono, permite a redução do espaço morto, efeito PEEP, obtenção de uma fração constante de oxigénio inspirado e ainda boa humidificação. Apesar da fraca evidência em doente crítico, os relatos indicam que diminuem a frequência respiratória, o trabalho ventilatório e reduzem a necessidade de escalação de suporte ventilatório em doentes selecionados.

Descrição

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 40 anos com diagnóstico prévio de Diabetes mellitus tipo 1 com mau controlo metabólico e consequentes complicações micro e macro-vasculares, admitida no contexto de Pneumonia Adquirida na Comunidade condicionante de IR1 refratária a aporte suplementar de oxigénio por máscara de alto débito e ventiloterapia em modalidade Bi-Nível (BiPAP). Iniciou terapêutica com HFNC com FiO2 95% (fluxo: 60L/min), com ótima adaptação e melhoria clinica (diminuição da frequência e trabalho respiratório) e analítica (aumento do ratio pO2/FiO2), com possibilidade de desmame e suspensão da terapêutica após cerca de 96h.

Apesar da necessidade de maior evidência acerca desta terapêutica, a utilização criteriosa de HFNC pode evitar a Ventilação Mecânica Invasiva e, em casos selecionados, ser alternativa à Ventilação Não Invasiva, sendo habitualmente bem tolerada, melhorando os resultados clínicos e prevenindo complicações associadas às técnicas de Ventiloterapia.

PO740

412 INTOXICAÇÃO POR MONÓXIDO DE CARBONO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Joana Oliveira, Grimanesa Sousa, Mariana Santos, Sandra Gouveia, Paula Ferreira, Clara Paiva

Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE, Ponta Delgada, Portugal

Introdução

A intoxicação por monóxido de carbono (ICO) é uma entidade com indicação para oxigenoterapia hiperbárica (OTH). O CO li-

ga-se à hemoglobina com uma afinidade 240x superior ao O2, reduzindo a entrega de O2 tecidular. A OTH reduz a semivida da carboxi-hemoglobina (COHb), evitando as sequelas neurocognitivas da ICO.

Descrição

CASO CLÍNICO: Doente sexo masculino, 26 anos, saudável. Trazido pela SIV (Suporte Imediato de Vida) ao serviço de urgência no contexto de ICO. À chegada: obnubilado e bradipneico, SatO2 96% (FiO2 1.0), score de Glasgow 12 (Olhos 2, Verbal 4, Motor 6), membro superior esquerdo com paresia grau 4 e hipostesia. Gasometria arterial (GSA) (FiO2 1.0): pH 7.27, pO2 290.1 mmHg, pCO2 30.3 mmHg, HCO3 13.6 mmol/L, SatO2 99%, lactato 10.78 mmol/L, fração COHb 20.6%. Realizou de imediato sessão de OTH (2.5 ATM). Após OTH: normalização do estado de consciência. GSA (FiO2 0.21): pH 7.38, pO2 100.5 mmHg, pCO2 31.2 mmHg, HCO3 18.2 mmol/L, SatO2 97.6%, lactato 2.62 mmol/L; fração de COHb 0.1%. Do restante estudo diagnóstico, a salientar: rabdomiólise (CK 41684 U/L), subida de marcadores de necrose miocárdica (troponina I 2.787 ug/L; CKMB 562 U/L), lesão renal aguda e citólise hepática. Realizou TC crânio, ECG e ecocardiograma que não revelaram alterações. Teve alta após 9 dias com remissão dos défices neurológicos e normalização analítica. Sem registo de sequelas neurocognitivas.

DISCUSSÃO: A ICO associa-se a uma mortalidade de 1 a 3% e a sequelas neurocognitivas em 40%. A lesão miocárdica aguda ocorre em 1/3 dos casos e associa-se ao aumento da mortalidade para o dobro. A ICO é indicação tipo I para OTH. A OTH ao reduzir o tempo de semivida da COHb de 320 para 30 minutos, tem um impacto direto no prognóstico da ICO. A indisponibilidade de equipamento de OTH é a principal limitação à sua aplicação em Portugal. Os achados clínicos de ICO podem ser inespecíficos, pelo que o elevado grau de suspeição e o tratamento atempado com OTH são decisivos para o prognóstico.

01 DE JUNHO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 07
09:00 - 10:30

PO741

535 COMPARAÇÃO DE SCORES DE RISCO PARA O TRATAMENTO EM AMBULATÓRIO DO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Ana Rita Santos, Inês Ferreira, Ana Pedroso, Catarina Faria, Marco Fernandes, Patricia Vicente, Ana Lynce, Luis Campos

Hospital São Francisco Xavier, Lisboa, Portugal

Introdução

O tratamento em ambulatório dos doentes com Tromboembolismo Portugal (TEP) poderá levar a uma redução dos custos de saúde e a uma maior satisfação do doente. No entanto, ensaios que avaliem a sua segurança e o método ideal para a seleção destes doentes são escassos.

Objetivos

Comparar a segurança dos critérios de Hestia, PESI e o modelo da Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC) na seleção de doentes com TEP de baixo risco candidatos a seguimento em ambulatório.

Métodos

Identificados retrospetivamente num centro hospitalar doentes com TEP agudo. Estes foram estratificados segundo os critérios de Hestia, PESI e ESC de baixo risco. Analisada a incidência de TEP de baixo risco para os seguintes endpoints: morte por qualquer causa e cardiovascular (CV) a 30 dias, hemorragia fatal e major a 3 meses.

Resultados

Identificados 554 doentes consecutivos com TEP diagnosticado no Serviço de Urgência de 2009 a 2016. Na população geral a incidência de morte por qualquer causa e morte CV foi 7.9% e 5.1% e de hemorragia fatal e major 0.5% e 5.1%. Os critérios de Hestia identificaram 188 doentes com TEP de baixo risco, enquanto o PESI e o ESC reconheceram 73 e 37 doentes. As incidências dos endpoints estudados foram: 1.6%, 1.4% e 0 para morte por qualquer causa e 1%, 1.4% e 0 para morte CV de acordo com o Hestia, PESI e ESC de baixo risco, respetivamente. Para a hemorragia major, 4.3%, 1.4% e 2.7% apresentavam Hestia, PESI e ESC baixo risco. Nenhum doente considerado baixo risco apresentou hemorragia fatal. A classificação de baixo risco da ESC apresentou um valor preditivo negativo (VPN) de 100% para morte por qualquer causa a 30 dias [versus 98% (Hestia) e 99% (PESI)].

Conclusões

Dos critérios analisados, a classificação de baixo risco da ESC revelou o melhor valor preditivo negativo para morte e morte cardiovascular, com um perfil de segurança hemorrágico bastante aceitável, sendo provavelmente a mais indicada para selecionar os doentes com Tromboembolismo Pulmonar a serem seguidos em ambulatório.

E-POSTERS

PO742

544 ANÁLISE RETROSPECTIVA DO IMPACTO DA TERAPÊUTICA DIURÉTICA NO DESENVOLVIMENTO DE LESÃO RENAL AGUDA NUM COHORT DE DOENTES COM EDEMA AGUDO DO PULMÃO.

Luis Melo, David Roque, João Augusto, Daniel Faria, Ana Gaspar, Teresa Bernardo

Hospital Prof. Dr. Fernando da Fonseca, Lisboa, Portugal

Introdução

O agravamento da função renal em doentes com insuficiência cardíaca aguda é frequente durante o internamento e contribui para a má evolução clínica. Novos dados sugerem que a terapêutica convencional do Edema Agudo do Pulmão (EAP) com doses elevadas de diuréticos pode ser prejudicial, por estes doentes não terem uma sobrecarga volémica, mas sim uma pós-carga excessiva.

Objetivos

Analisar a correlação entre doses elevadas de furosemida no tratamento inicial do EAP com desenvolvimento de lesão renal aguda (LRA) durante o internamento.

Métodos

Análise retrospetiva de doentes admitidos na sala de reanimação (SR) por EAP num período de 6 meses. Foram registadas a terapêutica na SR, a realização de ventilação não invasiva (VNI), a creatinina (Cr) basal e máxima no internamento e dados demográficos e anamnésicos. Um declínio de 20% da taxa de filtração glomerular foi considerado como LRA. Os dados foram analisados através de regressão logística univariável e multivariável controlando para idade, dose de dinitrato de isossorbida - DNI, realização de VNI e dose total de furosemida. A análises estatística foi feita com recurso ao software STATA 14.

Resultados

Analisámos 110 doentes admitidos por EAP (56,4% mulheres, idade média 78,7 9,6 anos). A Cr basal foi 1,26 (+-0,65) e a Cr máxima 1,61(+-0,67). Um total de 22,7% dos doentes (n=25) desenvolveu LRA. A dose média de furosemida administrada foi 25,4 30,5mg e a dose média de DNI foi de 3,7(+-3,2mg). 35,45% dos doentes (n=39) iniciaram VNI na SR. Verificou-se uma associação significativa entre o bólus de furosemida inicial e o desenvolvimento de LRA (p=0,036). Esta associação manteve-se significativa na análise multivariável. Não se verificou associação entre o bólus inicial e necessidade de técnica de substituição renal, ventilação mecânica invasiva, demora de internamento ou mortalidade hospitalar.

Conclusões

A terapêutica inicial do EAP deve focar-se no controlo tensional e na utilização de VNI, evitando doses elevadas de diuréticos de ansa na fase inicial.

PO743

561 CARACTERIZAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO-INVASIVA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Tiago Duarte[1], Rita Pocinho[1], Pedro Pires[1], Tânia Mano[2], Inês Costa[1], Isabel Baptista[1]

[1]Hospital de São José, Lisboa, Portugal

[2]Hospital de Santa Marta, Lisboa, Portugal

Introdução

A ventilação mecânica não-invasiva (VNI) tem-se revelado uma mais-valia no tratamento de doentes com insuficiência respiratória aguda/crónica agudizada (IRA) admitidos em unidades de cuidados intermédios (UCIm).

Objetivos

Caracterizar e analisar uma população de doentes que necessitou de VNI numa UCIm.

Métodos

Estudo prospetivo realizado no segundo semestre de 2017 em 34 doentes com IRA admitidos numa UCIm e com indicação para VNI.

Resultados

34 doentes, 53% do sexo masculino, idade média 77 anos (+-11), score SAPS II 46 (+-13) e índice de Charlson 7 (+-3). VNI iniciada no serviço de urgência em 2/3 dos casos; principais motivos de introdução: edema pulmonar cardiogénico (50%), doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) agudizada (26%), insuficiência respiratória não-DPOC (12%) e pneumonia (12%). Antes do início da terapêutica, apresentavam, em média, os seguintes parâmetros gasimétricos – pH 7,27 (+-0,08), pCO2 67,4 (+-21,5), razão pO2:FiO2 197,2 (+-63,6). Após introdução terapêutica, na primeira hora – pH 7,33 (+-0,08), pCO2 59,1 (+-16,4), razão pO2:FiO2 175,9 (+-77,8); nas primeiras 24 horas – pH 7,37 (+-0,09), pCO2 68,0 (+-21,5), razão pO2:FiO2 232,9 (+-109,7); no final da terapêutica – pH 7,41 (+-0,11), pCO2 56,1 (+-20,0), razão pO2:FiO2 251,6 (+-87,6). Média dos parâmetros

ventilatórios máximos utilizados: IPAP 19 (+-4) e EPAP 6 (+-1). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos parâmetros gasimétricos das diferentes etiologias. Duração média do uso da VNI de 6 dias em 8 de internamento médio. Um doente necessitou de incremento para ventilação invasiva (VMI). Foi assumido não haver benefício no escalonamento para VMI em 11 doentes, dos quais 4 faleceram. Mortalidade intra-hospitalar de 15%.

Conclusões

A VNI tem-se sedimentado como uma escolha válida e segura em situações de IRA. Quando indicada, a sua introdução precoce permite reduzir a morbi/mortalidade dos doentes, bem como a necessidade de entubação orotraqueal e possíveis complicações.

PO744

663 O DESAFIO NO DIAGNÓSTICO DE UM CASO DE DERMATOSE AGUDA

Sofia Jardim[1], Tânia Afonso[2], Rui Veiga[3]

[1]Hospital de São José, Lisboa, Portugal

[2]Unidade Local de Saúde do Nordeste, Bragança, Portugal

[3]Hospital de São João, Porto, Portugal

Introdução

A síndrome da pele escaldada estafilocócica (SSSS) e a necrólise epidérmica tóxica (TEN) são dermatoses agudas graves clinicamente semelhantes. Ambas associadas a uma taxa de mortalidade considerável. A SSSS no adulto ocorre mais frequentemente em doentes imunodeprimidos. Caracteriza-se por áreas eritematosas com bolhas resultantes da clivagem superficial ao longo da camada granulosa. A TEN é geralmente induzida por fármacos e manifesta-se por áreas de bolhas e erosão extensas que traduzem a necrose de toda a epiderme e a sua separação da derme subjacente.

Descrição

Caso clínico: Homem de 64 anos com psoríase pustulosa, hipertensão arterial e dislipidémia. Medicado com Bisolvon® (cloridrato de bromexina) por quadro de infeção das vias aéreas superiores. Admitido uma semana depois no Serviço de Urgência por quadro com 12 horas de evolução de eritema do tronco, membros superiores, região perineal e raiz das coxas (área de superfície corporal atingida de 30%), com áreas de pústulas confluentes e outras com destacamento epidérmico. Apresentava hiperémia conjuntival e envolvimento da árvore traqueobrônquica com hiperémia e descamação da mucosa. Sem evidência de envolvimento da mucosa oral ou do tracto gastrointestinal. Assumido o diagnóstico de TEN, embora admitida a possibilidade de SSSS. Internamento inicial numa Unidade de Queimados. O estudo imunológico e virológico foi negativo. A biópsia cutânea documentou uma dermatite vesico-bolhosa neutrofílica intra-epidérmica. O doente fez ciclo de Daptomicina e sessões de plasmaférese com boa evolução clínica, tendo tido alta ao 33º dia de internamento.

Discussão: A importância do diagnóstico diferencial prende-se particularmente com a distinção na abordagem terapêutica. O tratamento da SSSS é dirigido à erradicação do Staphylococcus aureus. A abordagem da TEN é geralmente conservadora. No caso exposto, a apresentação atípica da dermatose sobreposta à doença dermatológica de base do doente constituíram um desafio no diagnóstico.

PO745

841 INESPERADA CAUSA DE SÉPSIS

Ana Lopes Dos Santos, Joana Malho Rodrigues, Inês Alegre, Vasco Costa, Luís Costa, Daniel Rei, Susana Jesus, Jorge Rebanda, Carlos Resende, Ana Leitão, Cândida Fonseca, Luís Campos

Hospital São Francisco Xavier / Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

Introdução

A sépsis é uma síndrome caracterizada por alterações fisiológicas, patológicas e bioquímicas induzidas por infeção, associada a disfunção multiorgânica. É a principal causa de morte por infeção quando não reconhecida e tratada atempadamente.

Descrição

CASO CLÍNICO: H, 42 anos, oligofrénico, com febre (máx. 40ºC), náuseas e vómitos há 4 dias. Apresentava-se febril, taquicárdico FC 148bpm, abdómen mole, depressível e indolor. Leucocitose com neutrofilia, trombocitopenia (77000 plaquetas), creatinina 1,50mg/dL, bilirrubina total 2,18mg/dL, AST 119U/L, ALT 105U/L, INR 1,5 e PCR 27,9mg/dL. Urina II, Rx tórax e ecografia abdominal sem alterações significativas.

Adimitido diagnóstico de sépsis com disfunção hematológica, renal e hepática, iniciando antibioterapia empírica com piperacilina/tazobactam.

Ecocardiograma transtorácico sem sinais de endocardite infeciosa.

Tomografia computorizada (TC): imagem de corpo estranho linear, desde a veia cava inferior (VCI) até ao segmento proximal da veia ilíaca externa direita, com extremidade proximal na parede de ansa duodenal espessada, densificação da gordura envolvente e bolhas gasosas no interior da VCI e ilíaca externa direita.

Submetido a laparotomia exploradora, constatando-se fístula duodeno-cava inferior causada por um palito que já se encontrava apenas no interior da veia cava inferior; excisão do corpo estranho e reparação da fístula.

Hemoculturas com isolamento Streptococcus anginosus, cumprindo antibioterapia dirigida (piperacilina/tazobactam e clinda-

micina). Melhoria clínica e analítica após resolução cirúrgica.

DISCUSSÃO: Perante um doente com infeção presumida, é mandatório o reconhecimento precoce de sépsis, a instituição de antibioterapia e identificação e controlo do foco infecioso de forma a reduzir a mortalidade. Como se verificou neste caso, por vezes, a colheita da história é dificultada pelas características próprias dos doentes, pelo que é fundamental um elevado índice de suspeição.

PO746

902 VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO-INVASIVA: QUAIS OS PREDITORES DE RESPOSTA?

Tiago Duarte, Rita Pocinho, Pedro Pires, Liliana Antunes, Isabel Baptista

Hospital de São José, Lisboa, Portugal

Introdução

A ventilação mecânica não-invasiva (VNI) tem-se demonstrado como uma terapêutica de sucesso, em especial em doentes com insuficiência respiratória aguda secundária a doença pulmonar obstrutiva crónica ou a edema pulmonar cardiogénico, reduzindo a mortalidade e necessidade de entubação orotraqueal. No entanto, alguns estudos têm revelado taxas de falência terapêutica relevantes.

Objetivos

Avaliar a associação entre parâmetros gasimétricos e a VNI, procurando possíveis preditores de resposta aplicáveis na prática clínica.

Métodos

Avaliação prospetiva durante 6 meses de 34 doentes sob VNI numa unidade de cuidados intermédios. Assumiu-se como falência terapêutica a não obtenção de pH>=7,35, o incremento para ventilação mecânica invasiva e a mortalidade.

Resultados

Dos 34 doentes, 24 apresentaram sucesso terapêutico. Apesar das diferenças numéricas verificadas nos grupos com sucesso vs. falência da VNI, face à idade, índice de Charlson e score de SAPS II, apenas este foi estatisticamente significativo (42 no grupo com sucesso vs. 53, p = 0,01). Apesar dos parâmetros gasimétricos serem distintos nos 2 grupos à admissão, na primeira hora e nas primeiras 24 horas, não houve significância estatística. As diferenças no último valor do pH e da pCO2 (após o fim da terapêutica) foram estatisticamente significativas (7,45 +- 0,05 versus 7,29 +- 0,16, p<0,01 e 51 +- 9 versus 70 +- 32, p = 0,01). Não se encontraram diferenças significativas entre o IPAP e EPAP máximos, nem no número de horas no primeiro dia ou no número de dias sob VNI. Partindo da análise de curvas ROC, o pH foi a variável que revelou melhor capacidade de avaliar a resposta à VNI (0,894; p = 0,001).

Conclusões

A monitorização clínica e gasimétrica constituem a base na avaliação da resposta à VNI. O recurso a parâmetros como o pH podem auxiliar no reconhecimento precoce da não-resposta, facilitando, de forma atempada, o recurso a alternativas terapêuticas.

PO747

1013 AVALIAÇÃO ECOCARDIOGRÁFICA DOS DOENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS INTEGRADA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Liliana Antunes, Rita Pocinho, Tiago Isidoro, Tânia Mano, Diogo Faustino, Júlio Almeida

Hospital S.José, Lisboa, Portugal

Introdução

A incidência de insuficiência cardíaca (IC) aumenta exponencialmente com a idade e a sua descompensação é causa frequente de internamento. O ecocardiograma transtorácico (ETT) «à cabeceira» do doente permite informação morfofuncional, sendo uma ferramenta complementar na avaliação destes doentes. Identifica se os sinais e sintomas da IC se devem a compromisso do relaxamento ventricular e enchimento diastólico ou a compromisso da sua contractilidade, condicionando redução da fracção de ejecção (FE), subdividindo a IC em 3 categorias – FE preservada (FE ≥ 50%), FE intermédia (FE 40-49%) e FE comprometida (FE ‹ 40%).

Objetivos

Caracterização ecocardiográfica dos doentes admitidos por IC numa Unidade de Cuidados Intermédios (UCIm).

Métodos

Estudo prospetivo com avaliação ecocardiográfica realizada por internistas, nas primeiras 72h de internamento, num período de seis meses.

Resultados

Dos 46 doentes admitidos por IC, 36 (55,6% ♂, idade média 77,6 anos) realizaram ETT na fase aguda. Miocardiopatia de etiologia hipertensiva em 26 doentes. À admissão, 86% apresentava sintomas classe III ou IV da New York Heart Association. Score SAPS II 45,4 (20). Volume auricular esquerdo aumentado em 86%, com valor médio 61,2cm/m2; 50% destes com fibrilhação auricular. FE ventricular esquerda (FEVE) média de 51,28%. Mais de metade dos doentes (n=21) tinha IC com FE preservada (ICFEp) - FE ≥ 50%. 7doentes (19,4%) com FE 40-19% e 8 (22,2%) FE ‹ 40%. Disfunção valvular moderada a grave em 44,4%. 25% com dilatação da veia cava inferior com colapso inspiratório < 50%, sugerindo pressão aumentada na aurícula direita; 1/3 tinha disfunção ventricular direita (TAPSE <

15 mm). O ETT proporcionou alterações na conduta terapêutica em 12 doentes.

Conclusões

O ecocardiograma constitui um elemento fundamental na avaliação dos doentes internados por IC, permitindo a estratificação nas diferentes categorias de IC e orientação da estratégia terapêutica, especialmente na fase aguda.

01 DE JUNHO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 04
09:00 - 10:30

PO748

1038 UM DIAGNÓSTICO DIFÍCIL DE LOMBALGIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Rafael Nascimento, Bela Machado, João Miguel Freitas, Rita Vieira, Luz Brazão

Hospital Central do Funchal, SESARAM EPE, Funchal, Portugal

Introdução

Apresenta-se um caso de um jovem que veio ao serviço de urgência (SU) por dor lombar cuja causa era uma trombose completa da veia porta, veia esplénica e veia mesentérica superior.

Descrição

Homem de 35 anos dá entrada no SU por queixas de dor lombar, interpretadas como uma pielonefrite, tendo tido alta com indicação para realizar antibioterapia em ambulatório. Passados dois dias volta ao SU pelo mesmo motivo, contudo dessa vez refere mudança das características da dor sendo agora de localização epigástrica com irradiação em cinturão para o dorso. Salienta-se que a urina II realizada dois dias antes não mostrava alterações significativas e a urocultura era negativa.

Ao exame objetivo apresentava-se muito queixoso, normotenso, taquicárdico com frequência cardíaca de 134 bpm destacando-se abdómen difusamente doloroso aparentemente sem defesa com murphy renal negativo bilateralmente. Foram colocadas como hipóteses: pancreatite aguda, complicação de cólica renal, perfuração de ulcera duodenal e trombose da veia porta. Analiticamente destaca-se uma Urina II sem alterações, amílase e lípase com valores normais, proteína c reativa de 216 mg/L e d-dímeros de 2796 ng/mL. Neste sentido realizou-se Tomografia Axial Computorizada Abdominal que revelou trombose completa do tronco da veia porta que se estendia ao ramo direito e ramo esquerdo e restantes tributários intra-hepáticos e ainda trombose completa da veia mesentérica superior e da veia esplénica.

Os autores apresentam a marcha diagnostica em contexto de urgência de uma dor lombar cuja patologia por detrás era uma trombose extensa do território venoso. Este caso tem o intuito de mostrar a importância do senso clínico e que o diagnostico definitivo por vezes só é pensado após excluir-se as hipóteses mais comuns.

01 DE JUNHO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 06
09:00 - 10:30

PO749

1071 NOVAS DROGAS RECREACIONAIS, NOVOS DESAFIOS. A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO DE METAHEMOGLOBINEMIA POR CONSUMO DE POPPERS.

Maria Ana Canelas, Gabriel Atanásio, Miguel Moreira, Olga Gonçalves, Vitor P. Dias

CHVNG/E, Vila Nova De Gaia, Portugal

Introdução

As urgências associadas ao uso de substâncias de abuso têm vindo a aumentar. Qualquer consumo, mesmo recreativo, aumenta a morbi-mortalidade, mais desvalorizada com as “novas drogas”.

Descrição

Relata-se caso de mulher, de 35 anos, que recorre ao Serviço de Urgência (SU) por dispneia e cefaleia holocraneana. À admissão apresentava-se consciente, colaborante e orientada, sem défices neurológicos focais. Destacava-se cianose central e ligeira polipneia, mas sem sinais de dificuldade respiratória, e com saturação periférica (SatO2) de 88% em ar, medida por oximetria de pulso. Era também notável a cianose a nível ungueal. Estava apirética, hemodinamicamente estável e normocárdica. A auscultação cardio-pulmonar, e o restante exame objetivo eram normais. Após o inicio de Oxigenoterapia com Máscara de alto concentração, a doente manteve SatO2 de 88% em oximetria de pulso. A gasometria arterial revelou pO2 64.4mmHg e SatO2 91.4%. A co-oximetria, uma fração de metemoglobina (FMethHb) de 37,3%. A doente acabou por admitir o uso de Poppers inalados, sem ingestão concomitante de álcool ou outras substâncias de abuso. Foi então administrado o antídoto, azul de metileno, com aumento progressivo da SatO2 para 100% em ar, e a GSA aos 60 minutos revelava pO2 80.5mmHg e SatO2 95.7%; A co-oximetria mostrava uma FMethHb de 1.1%. A doente evoluiu favoravelmente durante o período de vigilância no SU (12 horas), com resolução completa

da cianose central e alterações gasimétricas, assim como dos sintomas, e da necessidade de oxigenoterapia suplementar, tendo tido alta. A metemoglobinemia ocorre em situações agudas de desequilíbrio nas reações redox, induzidas pela exposição a agentes químicos diversos. A principal característica é a cianose central, que não responde à oxigenoterapia. Este caso serve para alertar os clínicos dos novos padrões de consumo, e potenciais complicações.

E-POSTERS

PO750

1290 PAPEL DA ECOGRAFIA "POINT-OF-CARE" NO DIAGNÓSTICO DE INFEÇÕES NECROTIZANTES DOS TECIDOS MOLES

Luís Magalhães, João Ananias Gonçalves, Marli Cruz, Nuno Cortesão, Rui Barros, António Carneiro

Hospital da Luz - Arrábida, Vila Nova De Gaia, Portugal

Introdução

As infecções necrotizantes dos tecidos moles são situações clínicas urgentes, cuja morbi-mortalidade, mesmo com o tratamento adequado, é elevada. A gestão desta patologia é problemática, dado o início e progressão rápidos da doença, muitas vezes subestimados na avaliação inicial. A sua rápida identificação e desbridamento cirúrgico imediato reduz a mortalidade e as complicações associadas. O método de imagem mais utilizado para firmar o diagnóstico é a tomografia computorizada, sendo que, em caso de suspeita alta, o desbridamento cirúrgico não deve ser adiado até à obtenção destas imagens.

Descrição

Mulher de 54 anos, sem antecedentes de relevo. Recorreu ao serviço de urgência por tumefação dolorosa e progressiva na região glútea esquerda, com rubor associado, com cerca de 12h de evolução. Apirética. SpO2 92%. TA 109/65mmHg. Rubor, calor e dor na região glútea esquerda, com região muito endurecida. Estudo analítico inicial sem elevação dos parâmetros inflamatórios. Avaliação ecográfica à cabeceira do doente revelou o apagamento da arquitetura habitual do músculo, com alterações hiperecoicas difusas, mal definidas, com evidências de um padrão de reverberação pontual, compatível com a existência de uma interface com meio gasoso. O diagnóstico foi comprovado por desbridamento cirúrgico. Evolução inicial com choque, com necessidade transitória de aminas vasoactivas. Sem isolamento de agente. A evolução foi monitorizada por ecografia focada, quer durante o internamento, quer nas consultas subsequentes.

Este caso demonstra um papel possível da ecografia "Point-of--Care" na avaliação inicial dos doentes com suspeita de infeção necrotizante de tecidos moles, podendo abreviar o tempo até ao tratamento definitivo, o desbridamento cirúrgico. Esta técnica permite também o seguimento destes doentes após o tratamento inicial.

PO751

1437 A IMPORTÂNCIA DO CÁLCULO DO SOFA E APACHE II NOS DOENTES ADMITIDOS POR INTOXICAÇÃO

Catarina Nóbrega, Luís Ramos Santos, Joana Carvão, Carolina Aguiar, Filipe Perneta, Maria Da Luz Brazão

Hospital Central do Funchal, Funchal, Portugal

Introdução

O Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) II e o Sepsis Related Organ Failure Assessment (SOFA) são índices de prognóstico usados para estimar a gravidade da doença e predizer mortalidade. O score SOFA, inicialmente desenvolvido para a sépsis, é atualmente utilizado em múltiplos contextos.

Objetivos

Avaliar a utilidade do APACHE II e SOFA na predição de intercorrências em doentes admitidos por intoxicação numa unidade de cuidados intermédios de medicina interna.

Métodos

Estudo retrospetivo analítico de doentes internados por intoxicação numa unidade de cuidados intermédios em 5 anos. Análise descritiva por teste de Chi-quadrado de Pearson. Para comparar os scores, segundo a existência de intercorrências, utilizou-se o teste não paramétrico para amostras independentes de Mann-Whitney. Aplicado o coeficiente de correlação de Spearman entre os scores. Curvas ROC para a determinação de sensibilidade e especificidade. Nível de significância estatística $p < 0,050$.

Resultados

Foram estudados 98 doentes, 69 com intercorrências, 74,49% homens e idade média 48 anos. O tempo médio de internamento foi 14 dias; internamentos superiores a 7 dias tiveram mais intercorrências ($p<0,001$). Houve diferença estatisticamente significativa dos scores entre a existência de intercorrências ou não (mediana (P25;P75): APACHE II 15 (8;20,5), SOFA 5 (2,5;6) versus APACHE II 5 (2;10,5), SOFA 1 (0;2,5), ($p<0,001$). Constatou-se correlação forte entre o APACHE II e o SOFA à admissão rs= 0,776 ($p<0,001$). Avaliando a curva ROC, o SOFA teve melhor sensibilidade e especificidade do que o APACHE II (AUC (IC(95%)): APACHE II = 0,787; SOFA = 0,809), sem diferença estatística ($p=0,331$). Um SOFA igual a 2 tem uma sensibilidade e especificidade superior a 75% na previsão de intercorrências.

Conclusões

O cálculo dos scores APACHE II e SOFA à admissão de doentes

intoxicados pode ser usado como preditor de intercorrências ao longo do internamento.

PO752

1514 ECOGRAFIA POINT OF CARE EVITA ERRO FATAL EM DOENTE COM SÍNDROME CORONÁRIO AGUDO

João Galaz Tavares, Bernardo Baptista, Bebiana Gonçalves, João Sá, Alexandra Bayão Horta

Hospital da Luz, Lisboa, Portugal

Introdução

A ecografia à cabeceira do doente (point of care ultrasound) é uma técnica que utiliza imagens ecográficas para esclarecimento de dúvidas clínicas concretas. É protagonizada pelo clínico do doente, sendo considerada uma extensão do exame objectivo e a sua utilidade no âmbito da Medicina Interna é indiscutível.

Descrição

Doente do sexo feminino, 54 anos, hipertensa, fumadora e com dislipidémia, recorre ao Serviço de Urgência por dor precordial intensa com 2 horas de evolução. À admissão estava assintomática. O electrocardiograma (ECG) mostrava um ritmo sinusal, 89 bpm, não evidenciando alterações típicas de isquemia. Destacava-se apenas uma baixa voltagem. A doente iniciou terapêutica antitrombótica com ácido acetilsalicílico, ticagrelor e enoxaparina e fez avaliação laboratorial. Enquanto aguardava os resultados analíticos, foi realizada ecocardiografia à cabeceira da doente que mostrou boa função sistólica do ventrículo esquerdo, dilatação auricular esquerda e hipocinesia apico-lateral. Este resultado, levou a uma observação mais pormenorizada do ECG inicial que se encontrava erradamente calibrado. Em vez de 1mV corresponder a 10mm (configuração habitual) correspondia a 5mm (configuração em doentes com alta voltagem, por exemplo por hipertrofia ventricular esquerda). O ECG apresentava de facto um supra desnivelamento do segmento ST que estava atenuado pela configuração errada do electrocardiógrafo. Foi feito rapidamente o contacto com o laboratório de hemodinâmica e a doente foi submetida a coronariografia com implantação de stent em oclusão da artéria primeira obtusa marginal. O caso clínico apresentado demonstra a utilidade clínica da ecografia à cabeceira do doente na abordagem urgente da síndrome coronária agudo. Além disso, sublinha-se a necessidade de estar atento aos erros de calibração da voltagem do electrocardiógrafo que podem ser fatais.

PO753

1523 ABORDAGEM TERAPÊUTICA DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS

Rita Pocinho[1], Tiago Duarte[1], Liliana Antunes[1], Tânia Mano[2], Sofia Jardim[1], Isabel Baptista[1], Júlio Almeida[1]

[1]Hospital de São José, Lisboa, Portugal

[2]Hospital de Santa Marta, Lisboa, Portugal

Introdução

A insuficiência cardíaca aguda (ICA) é um motivo de internamento frequente, podendo necessitar de medidas terapêuticas exigentes e monitorização apertada, disponíveis numa unidade de cuidados intermédios (UCIm).

Objetivos

Análise das características dos doentes e da classificação e tratamento da ICA.

Métodos

Estudo prospetivo dos internamentos com ICA numa UCIm no 2º semestre de 2017.

Resultados

46 doentes com ICA (37% dos 124 internamentos), 50% sexo masculino, 86% com sintomas classe III ou IV da New York Heart Association. Média de idade 79 anos (±10), Charlson 7 (±2) e SAPS II 45 (±10), prevendo mortalidade intrahospitalar de 34,8%. Realizaram ecocardiograma na fase aguda 36 doentes, 59% com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) preservada, 22% reduzida e 19% com FEVE intermédia. Miocardiopatia hipertensiva em 63% dos doentes, 22% com cardiopatia isquémica, 17% com componente valvular. IC descompensada por infecção em 46%, por arritmia em 20%. Lesão renal à admissão em 80% (20% com disfunção crónica). 80% dos doentes em perfil B, 11% perfil C e 9% em perfil L. Terapêutica com furosemida endovenosa em 85% (perfusão 54%). 5 doentes com terapêutica vasopressora, 6 com dinitrato em perfusão. Insuficiência respiratória com uso de ventilação não-invasiva em 46% dos doentes. Do estudo das co-morbilidades associadas à IC: 5 diagnósticos de hipotiroidismo, 5 doentes com HbA1C>7%, 63% doentes anémicos, 16 com ferropénia absoluta e 13 relativa. Média de internamento na UCIm 9 dias (±6), internamento hospitalar 21 dias (±15). Mortalidade na UCIm 8%, hospitalar 15%. Não ocorreram óbitos nos 30 dias pós-alta. Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre a classificação, etiologia ou descompensação da IC e os resultados do internamento.

Conclusões

Apesar da complexidade e gravidade desta população, a mortalidade foi 15%. Uma abordagem agressiva e vigilância contínua, preferencialmente em unidades de cuidados intermédios,

podem ser decisivas, numa entidade com elevada mortalidade associada.

PO754

1626 PROGNÓSTICO DO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Luís Flores, João Coimbra, André Carvalho, Maria João Pinto, Clara Gomes, Fernando Friões

Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

Introdução

O prognóstico do tromboembolismo pulmonar (TEP) é muito variável, desde os casos de baixo risco, que podem ter alta para o domicílio com hipocoagulação oral, até aos casos de alto risco, em choque, que necessitam de fibrinolítico. Existem scores que tentam prever a mortalidade aos 30 dias dos doentes de risco intermédio e baixo (excluindo os doentes em choque), sendo os mais utilizados o PESI e o PESI simplificado (sPESI).

Objetivos

Estratificação de mortalidade em doentes com TEP diagnosticado de novo

Métodos

Foram revistas retrospetivamente todas as angiotomografias de tórax (angioTC), pedidas com o intuito de diagnosticar TEP, no Serviço de Urgência da nossa instituição, durante o ano de 2015.

Resultados

Foi possível calcular a mortalidade em 86 casos de TEP, dos quais 12 (14%) estavam mortos aos 30 dias. Apenas 13 casos (16%) tiveram sPESI de baixo risco, tendo falecido um caso durante o internamento, que tinha elevação de marcadores cardíacos. Dos 71 casos com sPESI de alto risco, 11 (15%) faleceram aos 30 dias. A morte aos 30 dias ocorreu em 22% dos casos de TEP central, 6% lobar, 13% segmentar e 0% subsegmentar. Apesar disso, o sPESI foi de alto risco em 92%, 63%, 83% e 89% das localizações, respetivamente. O BNP foi significativamente maior nos doentes que faleceram (mediana de 232 vs 109 pg/mL, p=0,02), ao contrário da troponina I. O diâmetro da artéria pulmonar, medido na angioTC, não se correlacionou com a mortalidade. Após dois anos, 23% dos doentes com sPESI de baixo risco estavam vivos, e 52% dos casos de alto risco. Por localização, estavam vivos 47% com TEP central, 65% lobar, 54% segmentar e 56% subsegmentar.

Conclusões

A localização do TEP, embora se relacione com a mortalidade imediata, não se relaciona com a mortalidade tardia. O sPESI correlaciona-se com a mortalidade aos 30 dias e aos 2 anos, sendo a primeira provavelmente mais relacionada com o TEP e a segunda com as comorbilidades do doente. Na nossa amostra, o BNP relaciona-se com a mortalidade, permitindo melhor estratificação.

PO755

1652 ESTEATOSE HEPÁTICA AGUDA DA GRAVIDEZ: RELATO DE UM CASO

Ana Marçal[1], Mariana Taveira[1], Eduarda Pena[2], Carolina Guedes[3], Luísa Guerreiro[3]

[1]Serviço de Medicina Interna, Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos, Portugal

[2]Serviço de Infecciologia, Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos, Portugal

[3]Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente, Serviço de Medicina Interna, Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos, Portugal

Introdução

A esteatose hepática aguda da gravidez (EHAG) é uma complicação obstétrica rara, típica do 3º trimestre de gestação, cujo diagnóstico é essencialmente clínico.

Descrição

Mulher de 30 anos, primigesta de 37 semanas, gravidez vigiada, sem intercorrências. Quadro de 2 dias de evolução de mal-estar geral, polidipsia, poliúria, enfartamento, pirose e vómitos. À admissão hipertensa, com leucocitose, hipoglicemia, hiperuricemia, microalbuminúria, desidrogenase láctica aumentada e hepatite aguda com hiperbilirrubinemia directa e coagulopatia com consumo de fibrinogénio, sem trombocitopenia. Ecografia abdominal sem alterações relevantes.

Realizada cesariana urgente (recém-nascido (RN) do sexo masculino, Apgar 1º/5º minutos 9/10) e iniciado sulfato de magnésio, tendo sido admitida na Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente para vigilância. No pós-parto boa evolução, perfil tensional bordeline sem necessidade de fármacos, perfil e função hepáticos em melhoria rápida, estudo de hepatites víricas e autoimunidade sumária negativos. Dada a apresentação e evolução, assumida EHAG (8 critérios de Swansea).

No estudo genético detectada a alteração c.275T>G (p.F92C) no gene HADH, em heterozigotia, não descrita previamente na literatura, possivelmente patogénica. Teste de diagnóstico precoce no RN sem alterações, não foi proposto estudo adicional na consulta de Genética.

DISCUSSÃO: A EHAG é caracterizada por infiltração lipídica hepatocitária microvesicular, causada por acumulação de ácidos gordos secundária a defeitos na beta-oxidação mitocondrial na mãe e/ou feto – no caso descrito a alteração detectada tem potencial patogénico duvidoso. A doença pode recorrer em gestações subsequentes, mesmo na ausência de mutação identificada. A apresentação pode ocorrer em sobreposição com manifestações de pré-eclâmpsia e síndrome de HELLP. Pelo potencial de morbimortalidade para mãe e feto que a EHAG

acarreta, o diagnóstico diferencial com estas entidades é fundamental, para atempada indução do parto.

PO756

1715 SÍNDROME MALIGNA DOS NEUROLÉPTICOS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Joana Raquel Monteiro, Sónia Santos, Fernanda Pinhal, Catarina Pereira

Centro Hospitalar de Leiria, Leiria, Portugal

Introdução

A síndrome maligna dos neurolépticos caracteriza-se por hipertermia, sinais extrapiramidais, alterações da consciência, flutuação da pressão arterial, incontinência esfincteriana, dispneia, disfunção autonómica, elevação da creatina cinase (CK) e leucocitose.

Descrição

Os autores apresentam o caso de uma doente de 80 anos, parcialmente autónoma, institucionalizada, com antecedentes de doença de Parkinson e depressão, polimedicada nomeadamente com quetiapina 200mg id, enviada ao Serviço de Urgência por dispneia, sudorese e dor torácica esquerda.

À admissão apresentava-se vigil, sudada, polipneica em ar ambiente, com tremor generalizado, TA 111/49mmHg, FC 64bpm, SpO2 82% em ar ambiente, T 37.6ºC, auscultação pulmonar com murmúrio vesicular globalmente diminuído. Ao longo do tempo o tremor intensificou-se, associado a elevação de temperatura até aos 39.5ºC e desconforto abdominal difuso.

Do estudo realizado, salientava-se: Analiticamente – retenção azotada de novo, rabdomiólise, hipernatremia, elevação da troponina em decrescendo, LDH 455U/L, D-Dímeros 5379ng/mL; Gasometria arterial – insuficiência respiratória global, com hiperlactacidemia de 7.7mmol/L; ECG – bloqueio de ramo direito, sem supradesnivelamento de ST; Radiografia de tórax – cardiomegália, engorgitamento hilar, discretos sinais de estase nas bases; AngioTC Tórax – sem sinais de tromboembolismo pulmonar (TEP).

Perante febre a esclarecer e disfunção respiratória, excluídos TEP e síndrome coronário agudo, colheu rastreio séptico e iniciou antibioterapia de largo espectro. Observada pela Cirurgia com exclusão de evento vascular abdominal.

Admitido provável síndrome maligna dos neurolépticos, administrou-se dantroleno, com melhoria do tremor e descida da temperatura. Contudo, evoluiu com acidose metabólica grave, acabando por falecer.

Este caso clínico reflecte um diagnóstico difícil. Pretende-se, por isso, relembrar as principais características de modo a tornar o seu reconhecimento o mais precoce possível.

PO757

1899 NEUROTOXICIDADE TARDIA E INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA AGUDA SECUNDÁRIAS A ADMINISTRAÇÃO SUBCUTÂNEA DE ORGANOFOSFORADOS

Diana Leite Gonçalves, José Pedro Leite, João Melo, Mercedes Agundez, Jorge Fortuna, Adriano Rodrigues

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Hospital Geral, Coimbra, Portugal

Introdução

As intoxicações por pesticidas representam cerca de 1/3 dos suicídios à escala mundial. A mortalidade e morbilidade são altas, sendo a neurotoxicidade tardia e a insuficiência hepática aguda complicações mais raras.

Descrição

CASO CLÍNICO: Homem de 54 anos com antecedentes de depressão crónica, recorre ao SU após injeção subcutânea, voluntária, de pesticida na face, abdómen e membros superiores. Negava ingestão oral do mesmo ou de outros tóxicos. Apresentava-se taquicardico, hipertenso, com fasciculações dos 4 membros e com miose bilateral e diaforese. Feito o diagnóstico clínico de intoxicação voluntária por organofosforado, iniciou-se atropinização do doente e também obidoxima. Desenvolveu falência respiratória, sendo entubado, ventilado e internado no Serviço de Medicina Intensiva, com alta ao 21º dia de internamento para o Serviço de Medicina Interna. À admissão identificada icterícia de escleras, mucosas e pele, destacando-se parésia incompleta do III nervo craneano direito, diparesia facial periférica e tetraparésia periférica (grau 3). Analiticamente apresentava aumento dos tempos de coagulação (INR 1.68), hepatite mista de predomínio colestático, hiperbilirrubinémia direta e pancreatite subclínica. Foram excluídas outras causas de insuficiência hepática aguda. Durante o internamento apresentou evolução clínica e analítica desfavorável, cumprindo critérios de falência hepática, sendo transferido para o Seviço de Cuidados Intensivos de Gatroenterologia, com vista a transplante hepático, que não foi realizado, por posterior resolução do quadro. Manteve défices neurológicos até ter alta do Serviço de Gastroenterologia (52º dia).

DISCUSSÃO: A via de administração e a quantidade de pesticida administrado são determinantes das manifestações clínicas. As complicações neurológicas tardias podem ocorrer e manter-se durante meses. Manifestações sistémicas são possíveis como complicações directas ou secundárias ao tratamento da intoxicação por organofosforados.

PO758

1961 ANÁLISE RETROSPETIVA DAS OCORRÊNCIAS DA VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL DO INTERIOR

Adelaide Moutinho, Rita Gamboa Cunha, Sheila Koch Jamal, Marta Meleiro Lisboa, Sandra Tavares

Hospital de Chaves - CHTMAD, Chaves, Portugal

Introdução

Os serviços de emergência médica pré-hospitalares têm como objetivo garantir cuidados médicos especializados da forma mais precoce possível nos casos de doença aguda e no local da ocorrência, providenciar o seu transporte assistido e adequado e a articulação entre os vários intervenientes dos sistemas de saúde.

Objetivos

Analisar as características das ocorrências da viatura médica de emergência de um hospital do interior no ano de 2017.

Métodos

Estudo retrospetivo e análise estatística uni e multivariada das ocorrências de 2017 da viatura médica de emergência e cruzamento com dados do S. Clínico.

Resultados

Obtiveram-se 884 ocorrências, com exclusão de 53 desativações (n=831). A alteração do estado de consciência foi o motivo de ativação mais prevalente (25,8%), seguida da dispneia (22,3%) e da paragem cardiorrespiratória (13,5%). Os diferentes algoritmos de trauma correspondem a 13,6%. Janeiro foi o mês com maior número de ocorrências (n=89). Verificou-se predomínio de vítimas do sexo masculino (54,9%), com média de idades de 71,2 anos, máxima de 104 anos, e 2,2% em idade pediátrica. Quanto ao local, 42,9% decorreram no domicílio das vítimas, com 22,2% a corresponderem a vítimas institucionalizadas. Quanto ao destino, houve necessidade de acompanhamento em 52,5% dos casos, com necessidade de encaminhamento de 8,1% das vítimas para outro que não o hospital de referência. Verificaram-se 155 óbitos. A média de duração das saídas foi de 54 minutos, com o turno da noite a apresentar o maior número de ocorrências (36,3%).

Conclusões

A emergência médica é uma arma fundamental ao início do tratamento precoce da doença aguda, à estabilização in loco dos doentes críticos e ao correto encaminhamento para as instituições de saúde finais. A análise destas ocorrências permite não só rever os casos que trouxeram maiores dificuldades à equipa de emergência, mas também reajustar estratégias de atuação e de encaminhamento das vítimas.

PO759

2052 UM DIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Catarina Medeiros, Daniela Brito, Rita Serras Jorge, Samba Baldé, Ana Rita Cardoso

Centro Hospitalar Médio Tejo, Abrantes, Portugal

Introdução

A síndrome gripal e a sua sazonalidade têm sido alvo de diferentes estudos e planos ao longo dos anos. Apesar do plano de contingência e das medidas tomadas, continua a ser sentido nos serviços de urgências (SU) uma maior afluência de doentes durante esse período.

Objetivos

Analisar o dia de maior afluência de doentes observados pela Medicina Interna durante o pico de gripe de 2018.

Métodos

Análise dos processos eletrónicos do SU dos doentes admitidos no dia 23 de Janeiro de 2018. Variáveis investigadas: sexo, idade, proveniência, dependência, cor de triagem, fluxograma, discriminador de triagem, diagnóstico, pesquisa de vírus da gripe e destino.

Resultados

Foram admitidos 188 doentes nesse dia, 108 dos quais foram observados pela Medicina Interna. Desses, 63% eram do sexo feminino, com idade média de 71.69 anos e 24.1% provinham de lares. Aproximadamente metade dos doentes (49.1%) foi transferida de serviços de urgência básica. Em relação à triagem, 54.6% foram triados com a cor amarela, 34.3% com a cor laranja e 7.4% com a cor verde. Dispneia foi o fluxograma de triagem mais utilizado (33.3%). Dos doentes triados como dispneia foram pesquisados os vírus da gripe em 36.1%, sendo que destes apenas 11.1% foram positivos (6 Influenza B e 1 Influenza A). O diagnóstico mais frequente foi o de pneumonia bacteriana não especificada (16.7%). 54.6% dos doentes ficou internada.

Conclusões

Ao comparar com os registos nacionais, verificou-se que o dia de maior afluência foi o dia seguinte ao da média nacional. Podemos observar que apesar da dispneia ser a queixa mais frequente, a pesquisa dos vírus da gripe não foi frequente. No estudo, foi possível observar que, mesmo em pleno pico da gripe, a frequência desta doença entre a população que recorre ao serviço de urgência foi baixa.

Medicina do Viajante

PO760

134 REACÇÃO DE WIDAL - INTERPRETANDO AS SUAS LIMITAÇÕES NA CONSTRUÇÃO DE UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Adriana Bandeira, Luis Carvalho, Miguel Santos, Behnam Moradi, Alcina Ponte

Centro Hospitalar de Leiria, Leiria, Portugal

Introdução

A reação de Widal é um teste serológico presuntivo que permite detetar a infeção por bactérias do género Salmonella, baseando-se na aglutinação de anticorpos na presença de antigénios que apesar de requer confirmação acaba por guiar a prática clínica e diagnóstico diferencial de febres e quadros GI em viajantes provenientes da África subsariana. Apresento de seguida um quadro sugestivo de febre entérica cujas limitações da R.Widal, como reatividades cruzadas e falta de reprodutibilidade, são ponto focal.

Descrição

Homem de 57 anos de idade recorre ao SU com queixas de anorexia, vómitos, sudorese profusa, diarreia e perda ponderal ~ 8kg com 3 semanas de evolução. Trabalhador em Angola com regresso recente a Portugal, previamente saudável. Doente referia ingestão de carne e ovos frescos comprados em mercado local. Ao exame da entrada doente encontrava-se desidratado e febril. Analiticamente destaca-se trombocitopenia e elevação de PCR, testes diagnósticos negativos para plasmodium spp e R.Widal S.typhi H positivo com título 1> 320. Neste contexto foi assumido diagnóstico clínico de febre entérica e iniciada antibioterapia com ciprofloxacina e doxiciclina após colheita de hemocultura, não tendo sido possível colher coproculturas. Ao 15º dia de internamento, R.Widal foi repetida e verificou-se que o título de S.typhi H aumentou para 1/5120 e R.Widal S.Parayphi A, anteriormente negativo se tornou 1/320. IgG e IgM para a dengue foram francamente positivos. Após cumprir ciclo de antibioterapia com melhoria clinica sustentada e descida de parâmetros inflamatórios, doente teve alta.

É relatado que não há aumento na especificidade do diagnóstico de febre entérica com o aumento de títulos em R.Widal em pacientes com dengue Ac positivo. No entanto, o aumento do título em mais de 16 vezes torna a co-infecção paratifóide/dengue difícil de excluir. O facto do paciente ter regressado a Angola logo após a alta nos impediu de repetir serologias e, de fato, confirmar a seroconversão da dengue.

Medicina Geriátrica

PO761

24 HIPERURICEMIA ASSINTOMÁTICA NOS GRANDES IDOSOS EM ENFERMARIA DE MEDICINA

Rafael Cruz[1], Catarina Caldeiras[1], Rita Ponte[2], Beatriz Figueiredo[2], Joana Nunes[2], Bruno Dias[2], André Paulino[2], Joana Cavaco[2], Ines Figueiredo[1], Sara Guerreiro Castro[1], Filipa Lourenço[1], Ana Margarida Antunes[1], Vitória Matos[3], Heidi Gruner[1], Antonio Panarra[1]

[1]S Medicina7.2 HCurry Cabral - CHLC, Lisboa, Portugal

[2]NOVA Medical School, Lisboa, Portugal

[3]S Patologia Clinica - CHLC, Lisboa, Portugal

Introdução

A prevalência de (HA) hiperuricémia assintomática (20% da população) tem aumentado a par com a síndrome metabólica associada ao envelhecimento e hábitos de vida. É fator de risco independente para hipertensão, mas é controverso se também será para doença cardiovascular, sabendo que contribui para o stress oxidativo e facilita a aterosclerose.

Objetivos

Avaliar a prevalência da HA e a doença cardiovascular associada nos grandes idosos internados.

Métodos

Os doentes grandes idosos (>85 anos) internados no ano de 2016 com hiperuricémia (ác.úrico sérico>6.5mg/dl) foram caracterizados relativamente ao género, idade, demora média, patologia cardiovascular e mortalidade a 6 meses.

Resultados

Dos 1747 doentes internados, realizaram doseamento de ac úrico 1022, destes 268(26%) eram grandes idosos, dos quais 122(45%) tinham hiperuricemia (valor médio:8,3mg/dl). Foi excluído 1 doente com gota e foram incluídos 41 com doença renal crónica multifactorial sem litíase. Verificou-se que 65 eram mulheres, idade média 88.63anos e demora média 11.63dias, sendo 104 residentes em domicílio.

Relativamente a fatores de risco de D.Cardiovascular: HTA-106, Diabetes-37, Dislipidémia-47, Obesidade-26doentes. Estava presente D. Cardíaca em 83doentes (Cardiopatia isquémica 11). Outras comorbilidades: doença arterial periférica-35, neoplasia-37 e demência em 24 doentes. Estavam medicados 13 doentes (Alopurinol, o Febuxostat não foi usado).

Destes 88(72%)doentes faleceram até aos 6 meses e tinham comparando com os não falecidos idade média:89.9 anos, demora média:12,8 dias e ác.úrico sérico:8,6 mg/dl superiores, sendo a prevalência das comorbilidades em tudo sobreponivel.

Conclusões

: É cada vez mais importante perceber se vale a pena dosear a uricémia, aumentada em 45% dos grandes idosos estudados.

A morbi-mortalidade destes doentes é importante (72% faleceram) e poderá relacionar-se com a presença de patologia cardiovascular concomitante (68%), mais prevalente que a neoplasia e demência nestes doentes.Segundo os guidelines a HA é só tratada em casos específicos, o que reduz também a polimedicação.

PO762

146 DOR NO DOENTE DEMENCIADO

Sílvia Alexandra Duarte[1], Sarah Carvalho Lopes[2], José Ribeiro Eira[1], Paula Vaz Marques[1], Susana Ferreira[3], Jorge Almeida[3]

[1]Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

[2]IPO Porto, Porto, Portugal

[3]Hospital de São João, Porto, Portugal

Introdução

O idoso com demência está limitado na sua capacidade de comunicar dor, sendo crucial o uso de ferramentas que permitam a sua identificação.

Objetivos

Avaliar a dor em idosos com demência admitidos no internamento de Medicina Interna e a capacidade dos profissionais de saúde reconhecerem a dor e de instituírem atitudes terapêuticas.

Métodos

Avaliação da dor em doentes com demência aplicando a escala PAINAD. Recolha de outros dados através de processos clínicos eletrónicos. Realizado inquérito a 40 médicos e 40 enfermeiros para identificar os métodos de avaliação da dor e as principais dificuldades no reconhecimento e tratamento destes doentes.

Resultados

Amostra de 200 doentes, 54% do género feminino, grupo etário predominante entre 75-85 anos. Segundo a escala PAINAD, 40% dos doentes não tinham manifestações de dor, 38% dor ligeira, 15.5% dor moderada e 6.5% dor severa. Dos doentes sob analgesia fixa ou SOS (n=191), 69.6% estavam sob analgésicos não opióides e 30.4% (n=58) analgésicos opióides. Dos doentes com dor moderada a severa (n=44), 2.3% encontravam-se sem analgesia, 75% com analgesia em SOS e 22.7% com analgesia fixa. Dos doentes sob analgesia 23% não tinham dor controlada e apenas 31.4% tiveram alta com medicação analgésica. Relativamente aos inquéritos aplicados, 95% dos profissionais de saúde responderam tratar diariamente doentes com síndrome demencial, sendo que 98% concordaram que o tratamento da dor nestes doentes é desafiante. 58,7% afirmaram não utilizar nenhuma escala da dor, sendo que destes 72,3% eram médicos e 27.7% enfermeiros. Apenas 13,8% dos inquiridos conheciam a escala PAINAD e na opinião de 88,7% a dor dos doentes com demência no internamento é precariamente medicada.

Conclusões

A dor nos doentes com demência é pouco reconhecida e consequentemente subtratada. As principais barreiras no tratamento da dor relacionam-se com a falta de conhecimento de escalas de avaliação da dor e a prescrição inadequada de analgésicos, largamente fundamentada pelo receio da sobredosagem opióide.

PO763

167 PARÓTIDITE AGUDA NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA

Mariana Figueiras, Sérgio Pina, Sofia Amálio, Ana Lopes

Hospital de Faro, Faro, Portugal

Introdução

A parotidite aguda bacteriana está descrita sobretudo em doentes idosos, no pós-operatório, por desidratação. Também são factores de risco: entubação naso-gástrica, higiene oral vigorosa, drogas anti-colinérgicas, cálculos das glândulas salivares ou neoplasia da cavidade oral. É frequentemente polimicrobiana sendo o agente mais frequentemente isolado o Stafilococos aureus.

Descrição

Mulher de 90 anos, previamente independente que recorre ao SU por alteração do estado de consciência. No exame objectivo não se encontram alterações relevantes e nos exames complementares destaca-se apenas leucocitose com neutrofilia, sódio 158 mEq/L, potássio 2,8 mEq/L, PCR 150 mg/L, leucocituria e nitritos positivos, pelo que se presume infecção do trato urinário e desidratação hipernatrémica com hipocaliémia. Colhe-se urocultura, começa tratamento sintomático e de correcção hidroelectrolítica. Durante o internamento, na região parotídea direita observa-se uma tumefacção quente, ruborizada e dolorosa que se estende a partes moles da face e pescoço ipsilaterais. Admite-se parotidite bacteriana associada a estase de saliva por desidratação. Foi avaliada pela ORL que realizou expressão parotídea pelo canal de Stenon sem evidencia de exsudado. A ecografia do local suportou o diagnóstico e excluíu complicações. Iniciou tratamento empírico com ceftriaxona com progressiva melhoria clínica. DISCUSSÃO: Num doente idoso, desidratado, a estase da saliva pode ser o suficiente para desencadear uma parotidite aguda. A sua identificação precoce e tratamento atempado são essenciais para evitar complicações como abcessos locais ou infecção sistémica. A terapêutica empírica inicial deve incluir cobertura para S. aureus e anaeróbios durante 10 a 14 dias.

PO764

564 ÚLCERAS DE PRESSÃO - SUBVALORIZADAS NA MEDICINA INTERNA?

Inês Felizardo Lopes, Rúben Cardoso, Mário Rodrigues, João Costa, Manuel Monteiro, Anabela Nunes

Hospital de São José, Lisboa, Portugal

Introdução

Desconhecem-se dados atuais quanto à prevalência das úlceras de pressão (UP) nas enfermarias de medicina interna, em Portugal. Evidência suporta a sua associação com elevada morbi-mortalidade.

Objetivos

Determinar a prevalência de UP nos doentes internados numa enfermaria de medicina, caracterizar a população e determinar o impacto nos outcomes do internamento.

Métodos

Análise retrospectiva dos doentes internados num serviço de Medicina Interna com diagnóstico de úlcera de pressão, em 31 meses.

Resultados

A prevalência foi de 2,5% (105 internamentos, 90 doentes), com uma média de idades de 82.2 anos. 83,8% dos doentes tinham grau de dependência total (escala de Katz), 65,7 % estavam acamados e 88,6% tinham alto risco para desenvolvimento de UP (escala de Braden). 58,1% tiveram pelo menos 1 internamento hospitalar nos 6 meses prévios (média de 1,9 internamentos). 69,5 % residiam no domicilio e 58,8% tinham cuidados de enfermagem. A média no índice de comorbilidades foi de 7,2 (I. Charlson), sendo a mais prevalente a demência (56,2%).

A UP foi o motivo de admissão em 15.2% dos doentes e apenas 7,6% adquiriram a úlcera no hospital. O número médio de UP por doentes foi de 2,6 (44,7% tinham > 2 lesões). A localização sagrada foi a mais prevalente (52,3%) e 46,7% das UP eram de grau IV. Apenas 6,6% foram submetidos a tratamento cirúrgico. 74,3% fizeram pelo menos um curso de antibioterapia por outro motivo. A taxa de algaliação crónica foi de 33,3% e 18,1% foram submetidos a algaliação no hospital. No total registaram-se infecções urinárias em 45,7% dos doentes. A média de dias de internamento clínico foi de 17.3 dias e em 14,3% o internamento foi prolongado por razoes sociais. A mortalidade foi 33,3%.

Conclusões

As UP surgem em doentes idosos, com elevado grau de dependência e morbilidade e associam-se a um prolongamento dos internamentos e a elevada taxa de mortalidade. A taxa de algaliação crónica é alta, as infeções urinárias são prevalentes, e estão expostos a internamentos frequentes e a antibioterapia.

PO765

641 DÉFICE COGNITIVO EM IDOSOS COM FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO FÉMUR: ESTUDO RETROSPETIVO NUMA UNIDADE DE ORTOGERIATRIA

Cristina Carvalho Gouveia[1], Sofia Duque[1], Inês Miguéis Ferreira[2], Filipa Bianchi-De-Aguiar[1], Ana Lopes Santos[1], Sara Trevas[1], André Ferreira[1], Joana Lopes[1], Mafalda Sequeira[1], Ana Pedroso[1], José Guimarães Consciência[1], Luís Campos[1]

[1]Hospital de São Francisco Xavier / Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

[2]Faculdade de Medicina / Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

Introdução

A incidência de fraturas do fémur aumenta com a idade e está associada a elevada morbilidade e mortalidade. O défice cognitivo é prevalente nos idosos e tem sido assumido como fator de risco e preditor de outcome nas fraturas proximais do fémur.

Objetivos

Comparar a população consoante o grau de défice cognitivo, em termos de caracterização epidemiológica, estado funcional prévio e outcomes durante o internamento.

Métodos

Estudo retrospetivo dos doentes internados entre Junho de 2016 e Agosto de 2017. Foram definidos 4 grupos de doentes, de acordo com a Global Deterioration Scale na admissão: grupo A (sem défice cognitivo - GDS 1 e 2), grupo B (défice cognitivo ligeiro – GDS 3), grupo C (défice cognitivo moderado a grave – GDS 4 a 7) e grupo D (défice cognitivo desconhecido).

Resultados

Foram incluídos 257 doentes. 38% tinham défice cognitivo (B: 7%, C: 31%, D: 9%). O grupo C apresentou: maior número de doentes provenientes de lar (33% vs A: 5% vs B: 28%), índice de Barthel médio inferior (65.6 vs A: 87.5 vs B: 87.9), classificação da marcha de Holden média inferior (4.0 vs A: 4.6 vs B: 4.2), Cumulative Illness Rating Scale-Geriatrics médio superior (9.9 vs A: 8.4 vs B: 9.3), maior tempo de internamento (20.4 dias vs A: 17.2 vs B: 15.1), maior incidência de delirium (54% vs A: 30% vs B: 33%) e menor mobilidade à data da alta (25% realizava apenas levante para cadeirão vs A: 10% vs B:17%; 5% doentes acamados no grupo C vs A: 1% vs B: 0%).

Conclusões

O défice cognitivo é prevalente nesta população. Estes doentes tiveram pior estado funcional prévio e piores outcomes durante o internamento, justificando atenção acrescida na assistência clínica por forma a minimizar o risco condicionado pelo défice cognitivo.

PO766

687 DEFICIÊNCIA DE VITAMINA D EM DOENTES IDOSOS COM FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO FÉMUR INTERNADOS NUMA UNIDADE DE ORTOGERIATRIA

André Ferreira[1], Sofia Duque[1], Inês Migueis Ferreira[2], Filipa Bianchi-De-Aguiar[1], Ana Lopes Dos Santos[1], Ana Pedroso[1], Sara Trevas[1], Cristina Carvalho Gouveia[1], Joana Lopes[1], Mafalda Sequeira[1], José Guimarães Consciência[1], Luís Campos[1]

[1]Hospital de São Francisco Xavier / Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

[2]Faculdade de Medicina / Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

Introdução

A vitamina D (vitD) é uma hormona lipossolúvel, obtida essencialmente a partir da alimentação e da síntese cutânea após exposição solar. As suas principais funções relacionam-se com a regulação da homeostasia do cálcio e do fósforo, conjuntamente com a PTH, fundamentais para a mineralização óssea.

A hipovitaminose D é bastante prevalente na população idosa, especialmente na que é admitida no hospital com fratura da anca.

Objetivos

Avaliar a prevalência da deficiência de vitD em idosos com fratura da extremidade proximal do fémur nas 4 estações do ano e a sua relação com síndromes geriátricos, outros parâmetros do metabolismo ósseo e risco de fratura.

Métodos

Estudo retrospetivo entre maio/2016 e setembro/2017, através da análise do processo clínico.

Resultados

220 doentes incluídos: idade média 83,97 anos, 75,91% mulheres. Estabelecidos 2 grupos de acordo com o nível de vitD: A - défice e insuficiência de vitD (< 30 ng/mL) (95,91%); B - suficiência vitD (≥ 30 ng/mL) (4,09%). O grupo A apresentou maior idade média (84,15 anos), maior dependência nas atividades de vida diária básicas (Barthel médio 82,42 pontos), maior risco de fratura osteoporótica de acordo com índice FRAX e menor calcemia (8,91 mg/dL). Relativamente à variação do nível de vitD ao longo do ano, consideraram-se 4 épocas: janeiro a março (I), abril a junho (P), julho a setembro (V) e outubro a dezembro (O). Verificou-se nível médio superior nos períodos com maior exposição solar (P: 22,94 ng/mL, V: 17,93 ng/mL vs O: 14,78 ng/mL, I: 16.54 ng/mL), contudo não há correlação com o número de fraturas (P: 25,1%, V:25,8%, O: 29,3%, I: 19,8%).

Conclusões

A deficiência de vitD é muito comum nos idosos com fratura da extremidade proximal do fémur, estando associada a menor calcemia, menor índice de Barthel e maior pontuação no FRAX, podendo todos contribuir para maior instabilidade da marcha, risco de queda e fratura. Sendo os níveis de vitD inferiores nos meses com menor exposição solar pode ser necessária a suplementação ajustada à época do ano.

PO767

833 HIPONATRÉMIA NO IDOSO: ESTUDO RESTROSPETIVO NUMA UNIDADE DE ORTOGERIATRIA

Ana Lopes Dos Santos[1], Sofia Duque[1], Inês Miguéis Ferreira2, Filipa Bianchi-De-Aguiar[1], Sara Trevas[1], Cristina Carvalho Gouveia[1], André Ferreira[1], Joana Lopes[1], Mafalda Sequeira[1], Ana Pedroso[1], José Guimarães Consciência[1], Luís Campos[1]

[1]Hospital São Francisco Xavier / Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

[2]Faculdade de Medicina / Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

Introdução

A hiponatremia (hipoNa), concentração sérica de sódio (Na) <135mmol/L, é o distúrbio hidroeletrolítico mais frequente na prática clínica. O aumento da idade é um fator de risco independente para hipoNa pois as alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento levam à diminuição dos mecanismos de homeostasia do equilíbrio hidroeletrolítico. A iatrogenia farmacológica é uma das principais causas de hipoNa. A hipoNa é, assim, um distúrbio muito frequente nos idosos, instalando-se lentamente. Mesmo quando assintomática está associada a défice cognitivo, instabilidade da marcha e quedas e, consequentemente, a risco acrescido de fraturas.

Objetivos

Analisar a prevalência de hipoNa nos idosos internados com fratura da extremidade proximal do fémur numa Unidade de Ortogeriatria e a sua associação à terapêutica com fármacos potenciadores de hipoNa.

Métodos

Estudo retrospetivo entre Junho 2016 e Agosto 2017. A natrémia foi avaliada à admissão e estabelecidos 2 grupos de doentes (A: Na<135mmol/L, B: Na≥135mmol/L). A terapêutica ambulatória foi confirmada durante a avaliação geriátrica.

Resultados

257 doentes incluídos. Idade média 84,01 anos, 75,9% do género feminino. Barthel score médio 80,4, Cumulative Illness Rating Scale - Geriatrics médio 8,87. 12,5% dos doentes apresentavam hipoNa à admissão (A: 32, B: 125). O grupo A apresentou: idade média mais elevada (85,31 anos); maior prescrição de fármacos com potencial para hipoNa [inibidores da bomba de protões (IBP) (62,5 vs 42,2%), diuréticos (53,1 vs 33,8%), inibidores seletivos da recaptação de serotonina (25 vs 20%), opióides (9,4 vs 6,7%)]; maior tempo de espera pela cirurgia (em média + 1,36 dias); maior demora média (em média + 2,88 dias).

Conclusões

A hipoNa parece estar associada a internamento mais prolongado, condicionando maior risco de complicações. Estando claramente associada a maior prescrição de fármacos indutores de hipoNa, é imprescindível a revisão terapêutica de forma a evitar iatrogenia.

PO768

910 A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO NUTRICIONAL NA ABORDAGEM DO DOENTE EM REGIME DE INTERNAMENTO.

Vânia Vieira Borba, Regina Costa, Ana Borges, Lèlita Santos, Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

A desnutrição representa um problema de saúde multifatorial com impacto na morbilidade e mortalidade dos doentes. Os idosos constituem um grupo frágil e com maior propensão ao desequilíbrio nutricional.

Objetivos

Avaliar a evolução clínica do doente segundo o seu estado nutricional.

Métodos

Estudo prospetivo e transversal, realizado através da análise de dados clínicos, antropométricos e analíticos de doentes internados num Serviço de Medicina Interna. Foram incluídos os doentes cujo estado clínico permitiu a avaliação e obtenção do consentimento informado. Os resultados foram submetidos a análise estatística utilizando o Excel V16.9 e BM SPSS V21.0.

Resultados

Incluídos 95 doentes, divididos em 2 grupos segundo o IMC: grupo 1 - IMC >18,6 Kg/m2 e grupo 2 – IMC <18,5 Kg/m2. O grupo 1 era constituído por 67 doentes (55,9% homens, média de idade 79 anos) com valor médio de IMC 25kg/m2 e o grupo 2 por 28 doentes (60,7% mulheres, média de idade 84 anos) com valor médio de IMC 15kg/m2; O grupo 1 permaneceu, em média, menor tempo internado (9 a 11 dias). O grupo 2 tinha maior número de comorbilidades relevantes como a demência (35,7%, valor de p 0,017) em comparação com o grupo 1 (19,4%), assim como elevados Índices de Katz modificado (média 4,4, moda 6 pontos). Os valores de hemoglobina (11gr/dL) e albumina (2,9gr/dL) foram sobreponíveis em ambos grupos. No grupo 1, 82% dos doentes apresentava risco de desnutrição (MNA médio 18,5). Em ambos os grupos a taxa de mortalidade foi semelhante (11%) no entanto, o grupo 2 sofreu maior taxa de reinternamentos (25% vs 15%).

Conclusões

A amostra evidencia que 29,5% dos doentes internados estavam desnutridos e 82% em risco de desnutrição. A demência provou ser um fator de risco significativo (p 0,017). Os doentes com IMC >18,6 Kg/m2 apresentaram menor tempo e taxa de reinternamento. O rastreio nutricional e a gestão do regime alimentar são muitas vezes desvalorizados como arma terapêutica na abordagem ao doente.

PO769

977 IMPACTO DO DELIRIUM EM DOENTES IDOSOS COM FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO FÉMUR INTERNADOS NUMA UNIDADE DE ORTOGERIATRIA

Mafalda Sequeira, Sofia Duque, Inês Migueis Ferreira, Joana Lopes, Ana Pedroso, Filipa Aguiar, Sara Trevas, Ana Lopes Santos, Cristina Gouveia, André Ferreira, José Guimarães Consciência, Luis Campos

Hospital De São Francisco Xavier, CHLO, Lisboa, Portugal

Introdução

A fratura da extremidade proximal do fémur (FEPF) é um problema frequente em idosos pelo risco de queda e osteoporose. O delirium é uma complicação comum no internamento destes doentes, pelos vários fatores de risco (FR), podendo ter impacto na recuperação clínica e funcional.

Objetivos

Analisar a prevalência, FR e impacto do delirium nos idosos com FEPF durante o internamento na Unidade de Ortogeriatria.

Métodos

Estudo retrospectivo dos doentes internados entre Maio 2016 e Setembro 2017, pela consulta do processo clínico. Estabelecidos 2 grupos: A: com delirium, B: sem delirium.

Resultados

Incluídos 257 doentes, prevalência de delirium 37,7% (hiperativo 44,3%, hipoactivo 26,8%, misto 28,9%). Comparando o grupo A com o B verifica-se que os doentes com delirium apresentam maior idade (86,2 vs 88,8 anos), menor capacidade nas atividades de vida diária básicas (Barthel médio 75,9 vs 82,9 pontos) e instrumentais (Lawton médio 3,2 vs 4,7 pontos), menor capacidade para marcha (Holden médio 3,9 vs 4,5), pior estado nutricional (MNA-SF médio 10,6 vs 11,1 pontos), pior estado cognitivo prévio (GDS 3,6 vs 2,8), maior consumo de fármacos (7,2 vs 6,7), anemia pós operatória mais grave (Hb mínima média 8,8 vs 9,0 g/dL), ferritina média mais elevada (371 vs 325 ng/mL), maior administração de concentrado eritrocitário (nº médio de unidades/doente 1,5 vs 1,2), maior tempo de espera pela cirurgia (4,8 vs 4,5 dias) e maior demora média (22,6 vs 14,8 dias). Parece haver associação entre delirium e recuperação da mobilidade (maior percentagem de doentes do grupo B teve alta com capacidade para marcha autónoma, com apoio de terceiros ou com canadianas (B: 21.3%, A: 13.0%). A

mortalidade foi superior no grupo B.

Conclusões

O Delirium foi mais prevalente nos doentes mais frágeis e com mais síndromes geriátricos. A anemia pós-operatória pode estar associada à ocorrência de delirium. O impacto negativo do delirium traduz-se no prolongamento expressivo do internamento e menor mobilidade.

PO770

981 IMPACTO DO ESTADO FUNCIONAL PRÉVIO EM DOENTES IDOSOS COM FRACTURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO FÉMUR INTERNADOS NUMA UNIDADE DE ORTOGERIATRIA

Joana Correia Lopes, Mafalda Sequeira, Sofia Duque, Inês Migueis Ferreira, Ana Pedroso, Filipa Bianchi De Aguiar, Sara Trevas, Ana Lopes Santos, André Ferreira, Cristina Gouveia, José Guimarães Consciência, Luis Campos

Hospital São Francisco Xavier, CHLO, Lisboa, Portugal

Introdução

Em Geriatria o estado funcional (EF) é considerado um dos principais fatores de prognóstico, mais relevante que a idade. Em idosos com fratura da extremidade proximal do fémur (FEPF) o EF pode ser considerado nas decisões terapêuticas, na reabilitação e prevenção de complicações peri-operatórias.

Objetivos

Caracterizar os doentes com FEPF internados numa Unidade de Ortogeriatria conforme o EF prévio (de acordo com Índice de Barthel (IB)), e avaliar o seu impacto.

Métodos

Estudo retrospectivo dos doentes internados entre Maio 2016 e Setembro 2017, através da consulta do processo clínico. Estabelecidos 3 grupos: I: independência (IB ≥ 90), L: dependência ligeira (55 IB 90), G: dependência moderada ou grave (IB < 55).

Resultados

Incluídos 231 doentes (I: 129, L: 72, G: 33). Comparando os 3 grupos verificou-se: idade média superior no grupo L, predomínio das mulheres nos 3 grupos, com maior representatividade dos homens no grupo I. O grupo I destacou-se por: maior independência nas atividades instrumentais (Lawton & Brody médio I: 5,9, L: 2,3, G: 0,23 pontos), maior capacidade para marcha (Holden médio I: 4,7, L: 4, G: 3,3), melhor estado nutricional (Mini Nutritional Assessment médio I: 12,2, L: 11,29, G: 7 pontos), melhor estado cognitivo (Global Deterioration Scale médio I: 1,9, L: 3,1, G: 4,3), menor comorbilidade (CIRG médio I: 7,8, L: 10, G: 10,2 pontos), menor consumo de fármacos (número médio I: 6,4, L: 7,6, G: 7,7). Dos resultados clínicos destaca-se no grupo I: maior capacidade para marcha com andarilho à data de alta (I: 48%/ L: 40,3%/ G: 45,5%), menor incidência de delirium (I: 30,2%, L: 50%, G: 48,5%) e menor demora média (I: 16, L: 22,7, G 17,5 dias). A mortalidade foi idêntica nos grupos I e L (I: 6,2%, L: 6,9%).

Conclusões

O melhor EF está associado a menor prevalência de outros síndromes geriátricos (SG), conforme descrito na literatura. A associação de SG aumenta a complexidade clínica destes doentes, com impacto no prognóstico clínico e funcional.

01 DE JUNHO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 05
09:00 - 10:30

PO771

1270 REVISÃO DA MEDICAÇÃO EM IDOSOS INTERNADOS NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA: APLICAÇÃO DOS CRITÉRIOS STOPP/START

Ana Pãosinho, Miguel Oliva Teles, Ana Parola, Ana Rita Terra, Ana Cláudia Vieira, Diogo Costa Santos, Dora Lameiras Xete, Margarida Rodrigues Fonseca, Rita Saúde Conde, Sara Augusto, Alberto Mello E Silva

Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

Introdução

A prescrição inadequada e a polifarmácia em doentes idosos estão associadas a um risco aumentado de quedas, reações adversas, internamentos hospitalares e morte. A STOPP/START (Screening Tool Of Older Person´s Prescription / Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment) permite a avaliação da prescrição inadequada, reconhecendo a sua dupla natureza em dois conceitos essenciais: a utilização de medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) e a existência de medicamentos potencialmente omissos (MPO).

Objetivos

Caracterizar e quantificar a ocorrência de MPO e MPI numa amostra de doentes idosos internados numa enfermaria de Medicina Interna (MI).

Métodos

Estudo observacional recorrendo à aplicação dos critérios STOPP/START na medicação dos doentes com mais de 65 anos e mais de 5 fármacos orais para patológica crónica, durante um período de 4 meses. Critérios de Exclusão: óbito intrahospitalar.

Resultados

Foram incluídos 128 doentes (com idade média de 82 anos,

48% do sexo masculino e 52% do sexo feminino) que apresentaram uma média de 9 medicamentos prescritos e 11 comprimidos por dia. Foram identificados 230 MPI (20% do total de medicamentos prescritos): 30% (N=70) por "indicação inapropriada da prescrição", 20% (N=46) por "fármacos psicotrópicos e do sistema nervoso central inapropriados" e 20% (N=46) por "fármacos que aumentam o risco de quedas nos idosos". Foram identificados 153 MPO: 41% por "vacinas", 24% por "fármacos do sistema endócrino" e 22% por "fármacos do sistema cardiovascular". Cada doente apresentava em média 2 MPI e 1 MPO, ambos com máximo de 6.

Conclusões

Os resultados demonstram que a prescrição inadequada é uma realidade nas enfermarias de MI. Os autores pretendem com este estudo alertar para a possibilidade de ferramentas como o STOPP/START auxiliarem na obtenção da máxima efetividade terapêutica ao minimizarem os riscos e promoverem o uso adequado e racional do medicamento.

E-POSTERS

PO772

1490 A POLIMEDICAÇÃO NO IDOSO – PERSPETIVA DE UM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Mariana Gonçalves, Tatiana Gonçalves, Filipe Mira, Elsa Gaspar, Lèlita Santos, Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

O envelhecimento populacional, associado a aumento de doenças crónicas e comorbilidades, leva a uma aumento da prescrição e uso de fármacos. A polimedicação é uma realidade em crescendo, sendo um fator de risco para a prescrição de medicamentos potencialmente inadequados (PIM). Estima-se que cerca de 50% dos idosos tomam pelo menos um fármaco desnecessário para a sua condição clínica.

Objetivos

Analisar a prevalência da polimedicação e PIM em doentes idosos internados em Medicina Interna

Métodos

Estudo descritivo, observacional e transversal, com a duração de um dia, incluindo doentes de ambos os sexos, com idade superior ou igual a 65 anos, polimedicados (5 ou mais fármacos, produtos naturais/suplementos), internados no Serviço de Medicina Interna. Análise dos dados demográficos, das características clínicas e dos PIM segundo os critérios de Beers.

Resultados

Foram incluídos 90 doentes, 53,33% do sexo feminino, com média de idades de 82,4±7,9 anos. O motivo mais frequente de internamento foi a dispneia (43,33%), sendo a pneumonia (22,22%) e a insuficiência cardíaca descompensada (15,55%) os diagnósticos principais mais prevalentes. Relativamente aos diagnósticos secundários de destacar a hipertensão arterial (n=63), a diabetes tipo 2 (n=38) e dislipidémia (n=38). À admissão a maioria dos doentes era totalmente dependente (32,22%), segundo o Índice de Katz. A média de fármacos por doente à admissão foi de 9,0±2,9, com uma média de PIM de 1,1±0,9. À data de alta a média de fármacos prescritos foi de 8±4,2, e de PIM de 0,8 ± 0,9. A taxa de mortalidade foi de 12,22%.

Conclusões

A polimedicação no idoso foi demonstrada no nosso estudo. É um fenómeno preocupante estando associada a um risco aumentado de reações adversas, interações medicamentosas, síndromes geriátricas e, consequente aumento de admissões hospitalares. Assim, a medicação no idoso deve ser periodicamente avaliada e otimizada tendo em contas os riscos e benefícios inerentes.

PO773

1999 SÍNDROME DE OGILVIE NO IDOSO

Margarida Bela, Filipa Leal, Magda Silva, Nogueira Luis, Mari Mesquita

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Porto, Portugal

Introdução

A síndrome de Ogilvie, ou pseudo-obstrução intestinal, caracteriza-se por marcada distensão cólica na ausência de obstrução mecânica. Ocorre em doentes com patologia médica grave ou após grande cirurgia.

Descrição

CASO CLINICO: Homem, 77 anos, dependência grave nas atividades básicas da vida diária (1 na escala de Katz), antecedentes de diabetes tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia e aletuado em contexto de acidente vascular cerebral (>10 anos), é trazido à urgência após episódio de engasgamento com vómito de conteúdo escuro e recusa alimentar. Apresentava dispneia, tosse com expetoração muco-purulenta. Estava febril, com roncos dispersos à auscultação pulmonar, abdómen distendido, timpanizado com ruídos hidroaéreos diminuídos. O estudo complementar revelou anemia normocítica normocrómica, leucocitose com neutrofilia, proteína C reactiva elevada, insuficiência respiratória tipo 1 e infiltrado no lobo inferior do pulmão direito. Iniciou antibioterapia empírica (amoxicilina/clavulanato) com boa evolução dos marcadores inflamatórios e das trocas gasosas. A D4 de internamento, estava apirético, com recusa alimentar, dejeções liquidas abundantes com muco e abdó-

men timpanizado, sem sinais de irritação peritoneal. O exame parasitológico das fezes e a pesquisa de Clostridium difficile, Salmonella, Shigella, Campylobacter e E. coli foram negativos. A TAC abdomino-pélvica revelou distensão do cólon sigmóide. Observado por cirurgia, excluída obstrução aguda e colocada sonda rectal com drenagem de 4 litros de ar, com resolução clínica e radiológica do quadro. A colonoscopia subsequente não revelou qualquer obstrução cólica e a histologia foi normal. Assim, foi colocada hipótese de pseudo-obstrução intestinal.

DISCUSSÃO:No doente idosos com múltiplas comorbilidades, não devemos descurar a apresentação clássica da síndrome de Olgivie (náuseas/vómitos, febre, distensão e timpanismo abdominal) que, apesar de rara, apresenta elevada mortalidade sem diagnóstico e tratamento atempados.

PO774

2163 PRESCRIÇÃO FARMACOLÓGICA POTENCIALMENTE INAPROPRIADA NA POPULAÇÃO GERIÁTRICA INTERNADA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Helena Luís, Mariana Gomes, Bela Machado, Carolina Barros, Mariana Bilreiro, Sofia Gonçalves, Jéssica Chaves, Catarina Lume, Luís Marote Correia, José Luís Andrade, Maria Luz Brazão

Hospital Central do Funchal, Funchal, Portugal

Introdução

Os idosos constituem um grupo de particular interesse para a Medicina Interna (MI). Dado o acumular de comorbilidades, a polifarmácia é frequente. A prescrição farmacológica, central no plano terapêutico, acarreta riscos de iatrogenia. Critérios, como aqueles estabelecidos pela American Geriatrics Society (AGS), têm sido desenvolvidos para identificar, os fármacos potencialmente inapropriados (FPI) neste grupo etário.

Objetivos

Identificar e caracterizar os FPI nas terapêuticas dum serviço de MI.

Métodos

Efetuamos o levantamento dos fármacos prescritos num serviço de MI utilizando o programa de prescrição eletrónica. Além dos fármacos recolhemos os dados demográficos dos doentes. Foram selecionados aqueles com idade igual ou superior a 75 anos. Foram contabilizados os fármacos de cada prescrição bem como os FPI conforme os critérios da AGS atualizados em 2015. Foi estudada a associação entre a polifarmácia e prescrição de FPI. Foi assumido a nível de significado estatístico valor de $p < 0,05$. A compilação de dados foi realizada com a aplicação Microsoft Excel 2010 e a análise estatística foi efetuada com o IBM SPSS versão 19.

Resultados

Identificamos 99 doentes. Predominou o sexo feminino (61 doentes, 61,6%). A média das idades foi de 84,4 anos. Nas respectivas folhas de prescrição, em média encontramos 7,9 fármacos por prescrição. A terapêutica mais extensa apresentava 15 fármacos. Em 87 prescrições (87,9%) foram encontrados pelo menos um FPI. Em média ocorreram 1,5 FPI por prescrição. No máximo, foi encontrado 5 FPI numa prescrição. No global, encontramos 144 FPI. O grupo FPI mais prescrito foi o dos inibidores da bomba de protões (61 – 42,6%). Verificou-se associação entre a polifarmácia e a ocorrência de FPI.

Conclusões

Os FPI são frequentes nos planos terapêuticos dos doentes geriátricos internados no Serviço de MI. Os clínicos devem estar atentos aquando da sua prescrição de forma a minorizar a iatrogenia.

PO775

2200 FÁRMACOS POTENCIALMENTE INAPROPRIADOS EM GERIATRIA - PREVALÊNCIA NA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE BEERS

Mariana Da Cruz, Nuno Zarcos Palma, Liliana torres, Margarida Cruz, Ricardo Meireles, Mari Mesquita

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Penafiel, Portugal

Introdução

A prescrição e polifarmácia são temas de suma importância na população geriátrica devido à sua debilidade e múltiplas co-morbilidades. A American Geriatric Society reviu em 2015 os critérios de Beers tentado detalhar os fármacos potencialmente inapropriados (FPI) a fim de evitar o uso destes como terapêutica de primeira linha na população idosa.

Objetivos

Estimar a prevalência de FPI usando os critérios de Beers na população idosa internada no Serviço de Medicina Interna.

Métodos

Estudo retrospetivo, transversal. Constituído pela população de doentes internados no Serviço de Medicina Interna maiores de 65 anos no dia 12 de Fevereiro de 2018. Aos fármacos prescritos foram aplicados os critérios de Beers actualizados e assim observada a sua prevalência.

Resultados

Foram analisados 113 registos médicos de doentes maiores de 65 anos, 52% do sexo feminino, 48% masculino, com uma idade média de 78,6 ± 7,8 anos. O diagnóstico de internamento mais frequente foi a doença vascular cerebral aguda (n=25), seguida da pneumonia adquirida na comunidade (n=18). Os fármacos prescritos mais comumente foram os inibidores da bomba de protões (n=113), paracetamol (n=113), heparina de baixo peso molecular (n=109) e insulina (n= 98). Quando aplicados os critérios de Beers 40% dos doentes apresentavam prescri-

ções de FPI, correspondendo a 99 fármacos. Os fármacos mais comuns foram: benzodiazepinas (n=41), antipsicóticos atípicos (n=24) e digoxina >0.125 mg (n=6).

Conclusões

Na literatura existe uma forte associação entre os fármacos que constam nos critérios de Beers e um pior prognóstico dos doentes, apesar desta informação preponderante ainda são frequentemente prescritos FPI. É importante sublinhar que a prescrição médica deverá sempre ser individualizada considerando uma multiplicidade de factores. É necessário treino para um uso racional de fármacos e polifarmácia na população idosa. Os autores salientam a importância na formação em geriatria.

01 DE JUNHO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 05
09:00 - 10:30

PO776

2252 REVISÃO E RECONCILIAÇÃO TERAPÊUTICA NA CONSULTA DE GERIATRIA

Rosana Andrade[1], Sofia Duque[2], Rita Branco[3], Erica Viegas[3], Guimarães Consciência[4], Luís Campos[5], Fátima Falcão[6]

[1]Serviços Farmacêuticos do Hospital de São Francisco Xavier, Lisboa, Portugal

[2]Unidade de Ortogeriatria - Serviço Medicina IV, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), Faculdade de Medicina Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

[3]Serviços Farmacêuticos do Hospital de São Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), Lisboa, Portugal

[4]Unidade de Ortogeriatria - Serviço Ortopedia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), Lisboa, Portugal

[5]Unidade de Ortogeriatria - Serviço Medicina IV, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), Lisboa, Portugal

[6]Serviços Farmacêuticos do CHLO, Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

Introdução

O processo de reconciliação terapêutica é fundamental na prevenção de incidentes relacionados com o medicamento. Consiste no processo de análise da medicação de um doente com o objetivo de evitar discrepâncias, promovendo a adesão e contribuindo para prevenção de erros. Considera-se discrepância na medicação a diferença entre a medicação habitual do doente e a medicação instituída em cada momento de transição de cuidados.

Objetivos

Caracterização do processo de reconciliação e revisão farmacoterapêutica efetuada pelo farmacêutico na Consulta de Geriatria de um hospital central.

Métodos

Estudo retrospectivo com inclusão de todos os doentes com agendamento para a Consulta de Geriatria num período de 10 meses. Foram utilizados os critérios de Beers e STOPP/START para avaliar os medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. Os dados foram registados e tratados no Excell versão 15.13.3.

Resultados

Foram incluídos 114 doentes, 71,9% do sexo feminino com uma média de idades de 85 anos (64-99). No processo de reconciliação terapêutica foram identificadas 175 discrepâncias (1,5 discrepância/ doente) sendo a discrepância mais comum "novo medicamento" (58%). O grupo farmacoterapêutico com maior número de discrepâncias identificadas foi o do sistema nervoso central (39%), tendo sido também nos medicamentos deste grupo que se realizaram o maior número de intervenções (37%). Foram efetuadas 168 intervenções, sendo a intervenção "adição de medicamento" a mais frequente (30,4%), seguida da "medicamento inapropriado para população idosa" (20,8%).

Conclusões

A presença do farmacêutico na consulta médica facilita a comunicação e cooperação entre os dois profissionais permitindo que seja efectuada uma revisão da terapêutica mais eficiente. O processo de revisão e reconciliação terapêutica efetuado pelo farmacêutico na Consulta de Geriatria permitiu otimizar a terapêutica dos doentes.

PO777

2286 PNEUMONIA DE "INSTILAÇÃO": A IMPORTÂNCIA DO EXAME FÍSICO NOS PROCEDIMENTOS INVASIVOS. RELATO DE CASO

Daniel Costa Marques, Ana Carolina Figueiredo, Emília Louro, Adélia Simão, Armando Carvalho

HUC-CHUC, Coimbra, Portugal

Introdução

A nutrição enteral por sonda nasogástrica (SNG) só deve ser iniciada quando um doente tem incapacidade de deglutição, uma vez que permite uma nutrição artificial, mas mais próxima da fisiologia humana normal.

Descrição

Homem de 68 anos, totalmente dependente na sequência hemorragia subaracnóide, resultante de traumatismo crânio-encefálico secundário a queda de uma árvore, residente numa unidade de cuidados continuados e alimentado cronicamente por SNG. Foi admitido no serviço de urgência por convulsão tónico-clónica generalizada, refractária à terapêutica. Apresentava-se febril, hipotenso, taquicárdico, taquipneico e em coma

(Glasgow E1M1V1); tinha diminuição do murmúrio vesicular na base direita; apresentava drenagem hemática pela SNG, com exame abdominal e toque rectal sem alterações. Foi observado por gastrenterologista, não tendo condições para realização de endoscopia digestiva alta. Realizou

omografia computorizada (TC) crânio-encefálica, que mostrou múltiplos microêmbolos gasosos. Foi seguidamente solicitada TC toraco-abdomino- pélvica, para pesquisa da fonte embolígena, que mostrou loca abcedada no lobo inferior do pulmão direito, com nível hidroaéreo, em relação com defeito de colocação da sonda nasogástrica, que percorria a árvore respiratória. Sem indicação para intervenção cirúrgica cardiotorácica. Iniciou

empiricamente vancomicina, metronidazol e gentamicina, tendo sido internado no Serviço de Medicina INterna, com quadro de prognóstico vital muito reservado. O doente veio a falecer ao segundo dia de internamento.

A colocação de SNG é um procedimento realizado com muita frequência nas

enfermarias de Medicina Interna. Após a sua colocação, a posição deve ser confirmada através da auscultação de ruídos hidroaéreos na região epigástrica, com a instilação de ar. Após a realização de procedimentos invasivos, deve ser feita vigilância do doente, para tratar atempadamente complicações deles decorrentes.

E-POSTERS

PO778

2331 CASUISTICA DE DOENTES INTERNADOS INTEGRADOS NUM PROJECTO NA ÁREA DA GERIATRIA E COMPARAÇÃO COM SERVIÇO DE MEDICINA

Pedro Marques, Rita Martins, Eduardo Haghighi, José Barata

Hospital de Vila Franca de Xira, Vila Franca De Xira, Portugal

Introdução

INTRODUÇÃO – O percurso do idoso é um projeto iniciado em Abril de 2017 numa enfermaria médica de um hospital distrital a idosos com défices funcionais e/ou cognitivos recentes, quedas e polifarmácia. Os idosos são submetidos a avaliação geriátrica global e orientados a nível nutricional, social e funcional

Objetivos

OBJECTIVOS - apresentar a casuística de 2017 do projecto e comparar com o restante serviço de medicina.

Métodos

MÉTODOS – Caracterizou-se a população do projeto. Compararam-se os dados com os relativos a género, idade, origem, mortalidade e destino pós alta e número de diagnósticos relativos a Abril-Dezembro de 2017.

Resultados

RESULTADOS – No percurso foram inseridos 56 doentes, em contraste com 1889 no serviço. No percurso houve 48,2% (versus 48,1% no serviço) indivíduos do sexo masculino e 51,79% (versus 51,03% no serviço) do sexo feminino. A média de idade no percurso foi de 82,9 anos, (versus 60,45 no serviço). A média de dias de internamento foi de 7,79 no percurso, versus 11,45 no serviço. 1,79% dos doentes do percurso foram internados a partir da consulta de medicina, sendo os outros oriundos da urgência, semelhante ao serviço. À data de alta, 71,4% dos doentes do percurso foram referenciados a consulta externa (geriatria, medicina interna e outras) versus 53,6% no serviço e 28,5% (versus 29,5%) ao centro de saúde. A média de diagnósticos do percurso foi de 4,6, igual à do serviço. A mortalidade no percurso foi de 1,79% versus 11,75% no serviço.

Conclusões

CONCLUSÕES – Os objectivos do percurso do idoso passam por redução de dias de internamento e redução de mortalidade de idosos com alto risco de perda de autonomia. Os resultados apresentados parecem aproximar-se desses objectivos.

Medicina Intensiva

PO779

85 DO TOPIRAMATO AO GOLPE DE CALOR NO ADULTO

Joana Andrade, Vera Romão, Carla Ferreira Santos, Ana Albuquerque

CHTV, Viseu, Portugal

Introdução

O golpe de calor conduz a disfunção multiorgânica, nomeadamente por falência dos mecanismos de dissipação de calor. A anidrose e a hipertermia secundárias à utilização de topiramato têm sido associadas a casos de golpe de calor, sobretudo nas crianças mas também nos adultos.

Descrição

Homem, 43 anos, com episódio de alteração do estado de consciência enquanto trabalhava na construção civil. Inicialmente com ECG 5, pupilas mióticas, hipotenso e com temperatura periférica não mensurável, com queimaduras do 1º grau no abdómen e membros por contacto com alcatrão quente. Antecedentes de alcoolismo crónico, ateromatose carotídea, hipertensão arterial, hipercolesterolémia e esteatose hepática. Medicado com pravastatina, fluvoxamina, naltrexona, tiapride, lorazepam e topiramato. À admissão com Hb 10,7 g/dL, leu-

cócitos 18,8 G/L, plaquetas 108 G/L, protrombinémia 54%, esfregaço de sangue periférico com linfócitos atípicos, sódio 126 mg/dL, creatinina 1,9 mg/dL, LDH 833 UI/L, CK 857 UI/L, troponina I 49,59 ng/mL e mioglobina 11858 ng/mL. Fez TC-CE e ecocardiograma que não revelaram alterações. ECG em ritmo sinusal, com 160 ciclos/minuto e infraST nas paredes inferior e lateral direita. Após medidas de arrefecimento e de suporte de órgãos, foi admitido na unidade de cuidados intensivos. A hipertermia foi revertida nas primeiras horas, com melhoria progressiva das restantes disfunções, excepto a neurológica. Repetiu TC-CE e fez RMN-CE que não mostraram alterações. O EEG foi sugestivo de encefalopatia metabólica. O EMG revelou mioneuropatia de gravidade muito severa. Ao longo do internamento registou-se discreta melhoria neurológica, com valor máximo de ECG 11.

Conclusão: O golpe de calor relacionado com o topiramato deve ser, reconhecido nos adultos sob tratamento com baixas doses e exposição a elevadas temperaturas externas, podendo concorrer com outros fatores para a sua gravidade, como pretende demonstrar este caso.

PO780

120 UM PÓS-PARTO COMPLICADO

Catarina Carvalho[1], Francelino Ferreira[1], Carina Carvalho[2], Armindo Ramos[2]

[1]Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Barreiro, Portugal

[2]Hospital de Cascais, Cascais, Portugal

Introdução

O diagnóstico diferencial da trombocitopenia durante a gravidez ou no periparto pode ser desafiante: purpura trombocitopenia trombótica (PTT), síndrome hemolítico-urémico (SHU) pré-eclâmpsia e síndrome HELLP (Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelets), como exemplos. Após o parto, se esta tiver duração superior a 72 horas, é menos provável que se trate de um HELLP, tornando o diagnóstico de PTT/SHU mais provável, sobretudo se agravamento de hemólise e lesão renal. O doseamento de complemento, factores de coagulação, elevação de lactato desidrogenase (LDH), presença de esquizócitos, aumento de factor de Von Willebrand (fvW) e deficiência de ADAMST13 podem ser importantes no diagnóstico diferencial.

Descrição

Apresentamos o caso de uma doente de 41 anos, antecedentes irrelevantes, grávida de 41 semanas. Após indução de parto falhada é submetida a cesariana, sem complicações imediatas. Dez horas (h) após parto, desenvolve hemorragia uterina abundante com necessidade de transfusão e hipoxemia acompanhada de edema pulmonar, trombocitopenia grave e lesão renal aguda (LRA), conduzindo a necessidade de ventilação mecânica invasiva e internamento em Cuidados Intensivos.

Extubada cerca de 48 h depois, mantendo Hb em queda com trombocitopenia e LRA em agravamento, ainda por cerca de 7 dias, com necessidade de transfusão de eritrócitos, plasma e plaquetas. Analiticamente, compatível com anemia hemolítica microangiopática (coombs negativo, LDH e fvW elevados, heptoglobina baixa e trombocitopenia grave, doseamento de complemento normal) e LRA agravada, com sintomatologia urémica. Iniciou plasmaferese (5 sessões) e hemodiálise intermitente, com normalização de LDH e plaquetas, com manutenção de Hb acima do limiar de transfusão e redução de esquizócitos. Melhoria da função renal, sem necessidade de hemodiálise.

Definiu-se como diagnóstico por provável PTT pós-parto, aguardando ainda doseamento de ADAMST13.

PO781

152 SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ – A PROPÓSITO DE UMA APRESENTAÇÃO INCOMUM E FULMINANTE

Andreia Tavares[1], Maria João Pinto[2], Elsa Meireles[1], Marta Lopes[1], Ricardo Pinho[1], Ana Teresa Dagge[1], Susana Alves Ferreira[1]

[1]Centro Hospitalar entre Douro e Vouga, Santa Maria Da Feira, Aveiro, Portugal

[2]Hospital Distrital de Santarem, Santarem, Portugal

Introdução

A Síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma polirradiculoneuropatia inflamatória, que se manifesta, habitualmente, por uma paraparésia flácida, ascendente e simétrica. Em 2/3 dos casos é desencadeada por um evento agudo, como a diarreia. A dissociação albumino-citológica está presente em mais de 90% dos doentes, mas a sua ausência não exclui o diagnóstico. O curso clínico pode ser muito variável, sabendo-se que cerca de 20% dos doentes evolui com necessidade de ventilação mecânica invasiva.

Descrição

Homem, 65 anos, obeso mórbido, sem imunizações recentes. Recorreu ao serviço de urgência por falta de força nos membros superiores e inferiores com 8 horas de evolução. Uma semana antes, teve episódio limitado de diarreia. Ao exame neurológico inicial apresentava tetraparésia arrefléxica 4/5. O estudo analítico sérico, do liquor (LCR) e a TAC de crânio e coluna eram normais. Duas horas após a primeira observação, evoluiu com tetraplegia flácida, simétrica e arrefléxica com disfunção bulbar, falência ventilatória e necessidade de ventilação mecânica invasiva, sendo admitido em cuidados intensivos.

Do restante estudo realizado, destacou-se: eletromiografia a mostrar poliradiculonevrite de natureza axonal muito grave; LCR seriados, anticorpos anti-gangliosídeos, bacteriológico de fezes, estudo auto-imune, metabólico, infecioso e paraneoplásico normais.

Assumindo-se o diagnóstico de SGB, cumpriu 2 ciclos de Imunoglobulina, associados a reabilitação física, sem melhoria significativa.

Pelo desmame ventilatório prolongado foi realizada traqueostomia percutânea, mantendo dependência ventilatória total até aos 6 meses. Mais de 8 meses depois, mantem tetraplegia, mas a tolerar períodos de ventilação espontânea.

Portanto, demonstra-se uma forma grave, com menos de 12h de instalação, de uma variante axonal motora do SGB, idiopática, sem dissociação albumino-citológica, com tetraplegia e atingimento bulbar com necessidade de ventilação invasiva prolongada.

PO782

442 "INTOXICAÇÃO POR DISSULFIRAM – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO"

Daniana Condado[1], Catarina Pires[2], César Vieira[3], Ana Martins[4], Luís Bento[4]

[1]CHL- Hospital Santo António dos Capuchos 2.4, Lisboa, Portugal

[2]CHL- Hospital Santa Marta Medicina 4, Lisboa, Portugal

[3]CHL- Hospital Santa António Capuchos 2.4, Lisboa, Portugal

[4]CHL- Hospital São José Unidade Emergência Médica (UUM), Lisboa, Portugal

Introdução

Dissulfiram tem sido usado para tratamento de alcoolismo crónico há mais de 60 anos. Interfere com o metabolismo do etanol levando a uma acumulação de acetaldeído. A reacção de etanol-dissulfiram é a reacção tóxica mais conhecida deste medicamento, no entanto, há alguns relatos de efeitos tóxicos directos do dissulfiram após a sobredosagem intencional.

Descrição

Apresenta-se o caso de uma mulher de 51 anos, caucasiana, com história pessoal de hipotireoidismo, depressão e abuso de drogas. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por dor abdominal e vómitos após ingerir 25g de dissulfiram. À admissão, GCS de 11 e nistagmo horizontal sem oftalmoplegia. Analiticamente, etanol 10 g/L, cetonas urinárias> 150 mg/dL e metabólitos de cocaína e anfetaminas positivo. Feita lavagem gástrica com carvão activado. Durante a sua permanência no SU, sofreu convulsão grande mal, com depressão progressiva do estado de consciência, e subsequentemente, necessitou de suporte circulatório e respiratório. A cetoacidose alcoólica foi resolvida logo após a admissão na UCI. RMN-CE mostrou lesões nos gânglios basais e pons, consistentes com intoxicação por dissulfiram. Também foram descritas lesões corticais dispersas e assimétricas, o que sugeriu uma fonte cardioembólica. Ecocardiograma não mostrou sinais de endocardite. O estado da paciente melhorou lentamente durante sua permanência na UCI e foi transferida para a enfermaria psiquiátrica 37 dias após a admissão. Vários casos de intoxicação aguda por dissulfiram foram descritos, principalmente devido a intoxicação acidental em crianças. As medidas de suporte são essenciais, uma vez que não há antídoto, e pode demorar até 120 horas para ser eliminado. É impossível medir os níveis de dissulfiram, o que torna essencial uma análise clínica e resultados radiológicos cuidadosos no diagnóstico dessa condição.

PO783

882 CARDIOMIOPATIA DE TAKOTSUBO INDUZIDA PELA ADMINISTRAÇÃO DE NORADRENALINA NUMA DOENTE COM CHOQUE POR INSUFICIÊNCIA SUPRA-RENAL

Bárbara Batista, Tiago Tribolet De Abreu

Hospital Espírito Santo de Évora, Évora, Portugal

Introdução

A cardiomiopatia de Takotsubo consiste numa disfunção transitória do ventriculo esquerdo, na ausência de lesão coronária. Considera-se que terá na sua génese um excesso catecolaminérgico.

Descrição

Caso Clínico:

Mulher de 82 anos sob corticoterapia crónica, que 3 meses antes do episódio actual foi submetida a uma intervenção cirúrgica seguida de reinternamento por desidratação e lesão renal aguda, tendo ficado durante pelo menos 2 meses sem corticorterapia.

Recorreu ao SU por quadro com 24 horas de astenia, anorexia, náuseas e dor abdominal. Apresentava temperatura de 35,6ºC, pressão arterial (PA) de 90/59 mmHg, frequência cardíaca de 89 batimentos por minuto e dor à palpação abdominal. Analiticamente de destacar trombocitopenia, leucocitose, neutrofilia, proteína C-reactiva negativa, alteração das provas de função renal com hiponatremia e hipercaliémia, bem como elevação da enzimologia hepática e da lipase.

Evoluiu para choque, tendo sido transferida para a unidade de cuidados intensivos (UCI) onde iniciou noradrenalina em perfusão até PA>65mmHg. Os níveis de hormona adrenocorticotrópica eram normais e de cortisol baixos. Iniciou às 12h na UCI corticoterapia tendo sido possível a redução e suspensão do suporte vasopressor bem como recuperação da função renal.

Foi realizado ecocardiograma que mostrou acinésia apical com balonamento do ventrículo esquerdo e depressão grave da função sistólica global. 48h depois foi possível suspender a noradrenalina e ao 5º dia de internamento na UCI a doente foi transferida para a enfermaria de Medicina Interna com ecocardiograma com resolução da acinésia e do balonamento.

Discussão:

Este caso parece confirmar o papel causal directo das catecola-

minas na fisiopatologia da cardiomiopatia de Takotsubo sendo, que saibamos, a primeira descrição desta cardiomiopatia secundária a perfusão de noradrenalina em contexto de choque por insuficiência supra-renal.

PO784

1145 ETIOLOGIA RARA DE DISFUNÇÃO MULTIORGÂNICA

Ana Bento Rodrigues, Susana Fernandes, Doroteia Silva, João Santos Silva, João Gouveia, António Alvarez

CHLN-Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

Introdução

O síndrome hemofagocítico (SH) é uma doença rara que resulta da ativação excessiva macrofágica, com escassa evidência em relação à sua abordagem, particularmente quando a causa é indeterminada. Os autores descrevem um caso clínico de SH sem desencadeante com curso clínico fulminante.

Descrição

Mulher de 75 anos internada por quadro clínico de febre, mialgias e anorexia com um mês de evolução. Laboratorialmente destacava-se leucocitose, VS 100 mm, elevação de aminotransferases, ferritina 35258ug/L. Este quadro clinico foi interpretado inicialmente como infecioso pelo que realizou múltipla antibioterapia sem resposta. Excluídas zoonoses, infeção herpética, hepatites víricas e HIV. IGRA negativo. Hemoculturas e urocultura negativas. Realizou estudo do tubo digestivo e imagiológico de corpo ressalvando-se apenas hepatoesplenomegália. Durante este período não foi equacionada a hipótese de SH. Evolução para quadro de choque distributivo com disfunção múltipla de órgão (coagulação intravascular disseminada, lesão renal aguda AKIN III, hiperlactacidémia (146mg/dL) e estado de mal epiléptico) sendo transferida para a UCI ao 42º dia de internamento.

Nesta altura foi estabelecido diagnóstico de SH com os seguintes critérios febre, bicitopénia, ferritina 154024ug/L, hipofibrinogenémia, hipertrigliceridémia, hemafagocitose medular e elevação de CD25s.

Estudo de investigação etiológica permaneceu não esclarecedor, limitando terapêutica dirigida. Iniciou pulsos de metilprednisolona e gama-globulina, com melhoria clínica mas dependente de suporte múltiplo de órgão. Vem a falecer ao 12º dia de UCI por choque séptico a Klebsiella pneumoniae multi-resistente.

Embora raro, o SH deverá fazer parte do diagnóstico diferencial de síndrome febril de etiologia indeterminada. O atraso no diagnóstico e a indefinição diagnóstica, são factores determinantes do prognóstico.

PO785

1285 QUANDO A GRIPE COMPLICA – CASUÍSTICA DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Joana Alves Vaz, Dora Lameiras Xete, Marta Rebelo, Gabriela Almeida, Filipa Monteiro, Tomás Lamas, Isabel Gaspar, Isabel Simões, Eduarda Carmo

Hospital Egas Moniz, Lisboa, Portugal

Introdução

A gripe é uma infeção auto-limitada na maioria dos casos, no entanto quando complicada pode condicionar aparecimento de infeções respiratórias graves com necessidade de suporte ventilatório e internamento em unidade de cuidados intensivos (UCI) e maior mortalidade.

Objetivos

Analisar a população, co-morbilidades e mortalidade dos doentes admitidos por gripe.

Métodos

Estudo retrospetivo dos doentes internados por gripe numa UCI entre junho de 2009 e dezembro de 2017.

Resultados

Vinte e cinco doentes admitidos por diagnóstico de gripe com média de idades de 62,9 anos e a maioria do sexo feminino (n=14). O valor de APACHE e SAPS II foi em média 22,36 e 44,04, respetivamente. Relativamente aos doentes que apresentavam à admissão insuficiência órgão prévia (40%), três estavam sob terapêutica imunossupressora. Seis doentes apresentavam como antecedente DPOC de etiologia tabágica (24%) e seis doentes tinham registo de tabagismo activo (24%). A estirpe mais isolada foi H1N1 (n=12), seguida de Influenza B (n=5), Influenza A sem subtipo caraterizado (n=4), H3N2 (n=2) e H3 (n=2). Do total, 17 doentes (68%) apresentaram necessidade de suporte ventilatório mecânico durante 7,9 dias, em média. A mortalidade na UCI foi de 4 doentes e a mortalidade hospitalar foi de 4 doentes. 40% dos doentes apresentaram sobreinfeçao bacteriana.

Todos os doentes tiveram acesso a tratamento antiviral (em dose 150mg bid). Um dos doentes apresentou intolerância gástrica, que resolveu após substituição de oseltamivir para zanamivir.

Conclusões

Embora a gripe se traduza geralmente numa infeção frequente e indolente pode complicar com falência orgânica e motivar internamento em UCI, principalmente em doentes com patologia pulmonar prévia e fumadores. Segundo os resultados verificou-se uma reação adversa na toma do antiviral, sugerindo que a dose de 150mg bid seja provavelmente segura.

PO786

1299 SINDROME DE GUILLAIN–BARRÉ: UMA FORMA GRAVE DE APRESENTAÇÃO

Joana Alves Vaz, Dora Lameiras Xete, Marta Rebelo, Filipa Monteiro, Gabriela Almeida, Tomás Lamas, Isabel Gaspar, Isabel Simões, Eduarda Carmo

Hospital Egas Moniz, Lisboa, Portugal

Introdução

A síndrome de Guillian-Barré (SGB) está associada em 60% a infeções respiratórias ou gastrointestinais, sendo os agentes mais implicados Campylobacter, CMV, EBV, Mycoplasma pneumoniae e Influenza. Tipicamente apresenta-se com parestesias distais em progressão ascendente. A rapidez de instalação e progressão da clínica, o envolvimento bulbar e/ou facial e o grau de parésia são fatores preditivos de insuficiência respiratória, que surge em 15-30% dos doentes com necessidade de suporte ventilatório.

Descrição

Homem de 68 anos recorre por dispneia com cerca de uma semana de evolução, foi internado por pneumonia adquirida na comunidade a S.pneumoniae. Após período de melhoria clínica e resolução de pneumonia, inicia quadro de diminuição de força muscular com início ao nível dos membros inferiores e progressão ascendente com tetraparésia (grau 2/5), disfonia, disfagia e diminuição da expansibilidade torácica. Foi admitida neuropatia a esclarecer, provável SGB e interpretado o quadro respiratório como possível aspiração de conteúdo alimentar (atendendo ao diagnostico neurológico). Realizou punção lombar que documentou dissociação albumina-citológica (proteínas totais 185mg/dL e exame citológico com leucócitos<1) e eletromiograma revelou "alterações compatíveis com polineuropatia sensitiva motora desmielinizante com bloqueio de condução." Do estudo realizado salienta-se pesquisa por PCR do vírus Influenza A positiva. Foi iniciado tratamento com imunoglobulina (40g/dia) e por escassa melhoria realizou 2ºciclo de tratamento, após reunião multidisciplinar. No caso do doente apresentado verificou-se uma evolução rápida da sintomatologia com necessidade de suporte ventilatório, tal como denunciava a presença de fatores preditivos. O diagnóstico de SGB é clínico e os exames complementares possibilitaram a sua confirmação. Tendo em conta a evolução rápida e potencialmente fatal desta síndrome, o diagnóstico e abordagem terapêutica precoce permitem melhorar o prognóstico.

PO787

1363 ASPERGILOSE E DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA ASSOCIADA AO CHOQUE SÉPTICO

João Abranches Carvalho, Filipe Machado, Joana Sequeira, João Cunha, Susana Ferreira

CHEDV, Santa Maria Da Feira, Portugal

Introdução

A Aspergilose Invasiva (AI) é uma forma grave de infecção por Aspergillus frequente em doentes severamente imunodeprimidos e com elevada taxa de mortalidade. A sua apresentação em doentes imunocompetentes é extremamente rara.

Descrição

Caso Clínico

Homem de 64 anos, autónomo, com factores de risco cardiovascular. Foi admitido nos Cuidados Intensivos por choque séptico com disfunção multiorgânica, ponto de partida em Pneumonia adquirida na comunidade, tendo iniciado antibioterapia empírica com Ceftriaxone e Azitromicina.

Inicialmente evolução favorável, mas com agravamento clínico, analítico e alterações de novo na radiografia do tórax ao 5º dia de internamento, assumindo-se o diagnóstico de Pneumonia Associada ao Ventilador e escalada antibioterapia para Piperacilina/Tazobactam e Vancomicina. Face à resposta desfavorável ao tratamento e progressão das alterações radiológicas, realizou tomografia computorizada do tórax que revelou múltiplas opacidades nodulares com contornos irregulares, de diferentes dimensões, bilaterais. Foi isolado Aspergillus fumigatus em várias amostras de aspirado traqueal e no Lavado bronco-alveolar. Doseamento do antigénio galactomanano sérico positivo.

Assim, foi diagnosticada AI e iniciado tratamento com Voriconazol e Micafungina. O estudo exaustivo de causas de imunossupressão subjacentes foi negativo até à presente data. Apesar do curso clínico longo, o doente melhorou clínica e analiticamente tendo tido alta hospitalar, mantendo terapêutica com voriconazol. Orientado para consulta externa de Medicina Interna para seguimento.

Discussão e Conclusão

O caso é apresentado pela raridade da AI em imunocompetentes e pela recuperação favorável, dada a taxa de mortalidade descrita na literatura ser extremamente elevada. Postula-se que a causa de infecções graves de típica apresentação em imunodeprimidos poderá estar relacionada com o choque séptico e desregulação imune com marcada resposta anti-inflamatória, predispondo a estas infecções.

01 DE JUNHO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 04
09:00 - 10:30

PO788

1415 METHEMOGLOBINÉMIA INDUZIDA POR PRIMAQUINA

César Burgi Vieira, Pedro Eduardo Silva, Rui Pereira, Nuno Germano

Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 7, Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, Portugal

Introdução

A methemoglobinemia é um efeito secundário grave de vários fármacos, incluindo a primaquina. A methemoglobinemia, que resulta da oxidação da hemoglobina a methemoglobina, ocorre quando o stress oxidativo não é compensado pelos mecanismos endógenos. O déficit de glucose-6-fosfato desidrogenase (G6FD) é um factor contributivo importante.

Descrição

Apresenta-se o caso de um homem de 47 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência com febre e dispneia, apresentando infiltrado intersticial bilateral na telerradiografia torácica. Tinha sido submetido a um transplante reno-pancreático na sequência de complicações tardias da diabetes mellitus tipo 1, estando sob imunossupressão com tacrolimus, ácido micofenólico e prednisolona. Foi colocada a hipótese de pneumonia a Pneumocystis jirovecci e iniciada terapêutica com cotrimoxazol. O diagnóstico foi confirmado por identificação de P. jirovecci por PCR no lavado broncoalveolar. O doente foi transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos por necessitar de suporte ventilatório. Devido a toxicidade hematológica, foi alterada a terapêutica para primaquina, verificando-se uma queda progressiva na saturação de oxigénio, com PaO2 normal. Simultaneamente, os níveis de methemoglobina começaram a subir, sugerindo um efeito secundário da primaquina. Substitui-se o fármaco para pentamidina e iniciou-se a administração de ácido ascórbico. Os níveis de methemoglobina começaram a descer e a saturação de oxigénio normalizou. A atividade da G6PD era normal. Foi administrado pentamidina durante 21 dias, com uma recuperação clínica lenta

A methemoglobinemia é um efeito secundário raro da primaquina. Este diagnóstico deve ser considerado quando existe uma discrepância entra a PaO2 e a saturação de oxigénio. O factor precipitante deve ser suspenso e deve ser iniciada terapêutica especifica quando a methemoglobina está acima de 20%. Deve ser sempre doseada a actividade da G6FD antes de serem administrado fármacos com elevado potencial oxidativo.

E-POSTERS

PO789

1488 COLITE POR CITOMEGALOVIRUS NUM DOENTE IMUNOCOMPETENTE

César Burgi Vieira[1], Catarina Pires[2], Rita Carvalho[3], Eugénia Pinto[3], Raquel Cavaco[4], Nuno Germano[4], Luís Bento[4]

[1]Unidade Funcional Medicina 2.4, Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, Portugal

[2]Unidade Funcional Medicina 4, Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, Portugal

[3]Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, Portugal

[4]Unidade de Urgência Médica, Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, Portugal

Introdução

O citomegalovirus (CMV) é um agente infecioso ubiquitário, responsável por infecções graves em doentes imunocomprometidos. Este tipo de infecção é raro em doentes imunocompetentes mas tem bom prognóstico com diagnóstico e tratamento atempados. Apresenta-se um caso de colite por CMV num doente imunocompetente admitido na Unidade de Cuidados Intensivos.

Descrição

Um homem de 73 anos sem antecedentes relevantes recorre ao Serviço de Urgência por dor abdominal difusa, vómitos e diarreia com 3 dias de evolução. A avaliação laboratorial relevou elevação de paramêtros inflamatórios e lesão renal aguda. A avaliação imagiológica por TC mostrou espessa difuso da mucosa do colon e íleon terminal. Foi colocada a hipótese de enterocolite bacteriana e iniciada antibioterapia empírica com piperacilina/tazobactam, após colheita de hemoculturas, urocultura e coprocultura. Por agravamento clínico, foi necessária transferência para a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e foi iniciado suporte ventilatório, circulatório e renal. O estado do doente continou a agravar-se, com distensão abdominal de agravamento progressivo e hemorragia digestiva. Os estudos endoscópicos não revelaram alterações significativas e os exames culturais foram negativos. Após 20 dias de internamento na UCI, foi realizada laparotomia exploradora onde se constatou colecistite aguda alitiásica, pelo que se procedeu a colecistectomia. Contudo, os achados histopatológicos das biopsias do colon eram compatíveis com infecção por CMV e carga viral sérica de CMV estava elevada (2980 cópias/ml). Admitiu-se colite a CMV e foi iniciada terapêutica com ganciclovir com melhoria do quadro.

A infecção a CMV é rara em doentes imunocompetentes, não sendo inicialmente considerada na maioria dos casos de enterocolite. A elevação da carga viral pode sugerir, é mas a presen-

ça de inclusões de CMV em biópsias de tecido que confirma este diagnóstico. A maioria dos casos tem prognóstico favorável com terapêutica com ganciclovir.

01 DE JUNHO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 06
09:00 - 10:30

PO790

1519 EXSANGUINOTRANSFUSÃO BEM SUCEDIDA NUM CASO DE MALÁRIA GRAVE

Catarina Pires[1], César Burgi Vieira[2], Nuno Germano[3], Luís Bento[3]

[1]Unidade Funcional Medicina 4, Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, Portugal

[2]Unidade Funcional Medicina 2.4, Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, Portugal

[3]Unidade de Urgência Médica, Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, Portugal

Introdução

A malária é uma doença infeciosa mundial especialmente prevalente em áreas tropicais - cerca de 90% de todos os casos encontram-se na África subsariana. Um elevado graude suspeição associado a uma história clínica dirigida a viagens recentes com profilaxia adequada é essencial para este diagnóstico no viajante.

Descrição

Uma mulher de 53 anos com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 recorreu ao serviço de urgência por febre elevada e mialgias com 5 dias de evolução. Tinha viajado para Angola 13 dias antes e não tinha feito profilaxia anti malária. Estudo analítico revelou anemia, trombocitopenia e aumento da PCR. Trofozoítos de Plasmodium falciparum foram identificados com uma parasitémia de 1.5%. Foi iniciado tratamento com doxiciclina e quinino. O estado clínico da doente deteriorou-se, ficando confusa e hipotensa, tendo sido admitida na UCI com o diagnóstico de choque séptico por malária. À admissão estava facilmente despertável, sem défices neurológicos ou rigidez da nuca. Foi iniciado suporte circulatório; não foi necessário suporte ventilatório ou renal. Dois dias após a admissão, houve agravamento da anemia e trombocitopenia com aumento da parasitémia para 13.5%. Foi iniciada exsanguinotransfusão com sucesso havendo decréscimo da parasitémia para menos de 1% e descalação rápida do suporte vasopressor.

A exsanguinotransfusão tem sido usada como um adjuvante à terapêutica anti-malárica nos casos de malária severa. Não há guidelines baseadas na evidência para o seu uso e a literatura consiste em pequenas amostras e case reports. Várias complicações estão associadas a esta técnica, limitando a sua utlização na prática clínica. Deverá ser considerada em doentes com malária grave e instabilidade hemodinâmica.

E-POSTERS

PO791

1541 A PROPÓSITO DE UM SÍNDROME DE LYELL

João Tavares, Ana Emídio, Patrícia Carneiro, Telma Caleça, Joana Carreira, João Carvalho, Joana Azevedo, Filomena Mesquita, Hugo Casimiro, Mario Parreira, Beatriz Navarro, Amadeu Lacerda, Carolina Palma

Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal, Portugal

Introdução

O Sindrome de Lyell é uma síndrome potencialmente fatal caracterizada por eritema, necrose e descolamento da epiderme. Na maioria das vezes induzido por drogas, pode estar associado a infeções, neoplasia e vacinação. Apresenta uma mortalidade que varia entre 10-70%, geralmente associada a sépsis e disfunção multi-orgânica.

Descrição

Mulher de 47 anos, sem antecedentes patológicos. Por dor tibiotársica direita sem artrite, foi medicada com etoricoxib. 24h após a primeira toma, inicia quadro de rash cutâneo pruriginoso de predomínio dorsal, medicada com deflazacorte e levocetirizina. Por agravamento, com edema da face, aumento da extensão do rash e prostração, a doente foi transportada ao Serviço de Urgência. À observação doente confusa, hipotensa, taquicardica e com má perfusão periférica; edema da face e rash do tronco, região dorsal e membros inferiores, que não poupava palmas e plantas. Dos exames complementares destacava-se gasimetria arterial com hipoxemia, hipocapnia e bicarbonato baixo e analiticamente aumento dos parâmetros inflamatórios, disfunção renal, hepática e elevação dos marcadores de lesão miocárdica. Após fluid-challenge, por ausência de resposta, iniciou suporte aminérgico, admitindo-se choque de etiologia indeterminada, sendo transferida para a UCI. Após colheita de exames culturais, iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone. Às 24h, com agravamento, apresentando edema inflamatório facial, bolhas serosas coalescentes, descolamento epidérmico, maculas e pápulas violáceas disseminadas por cerca de 70% do corpo. Observada pela dermatologia, admitindo-se síndrome de Lyell, sendo a doente transferida para Unidade de Queimados.

A apresentação inicial de uma Síndrome de Lyell com um quadro de choque não é descrita na literatura. Em emergência é importante pensar nas possíveis etiologias do choque, princi-

palmente quando a sua causa não é óbvia. No entanto, independentemente da causa, os princípios gerais da terapêutica do choque são transversais.

01 DE JUNHO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 04
09:00 - 10:30

PO792

1551 INFEÇÃO POR INFLUENZA A/H1N1 – CRITÉRIOS DE GRAVIDADE

Cátia Figueiredo, Daniel Almeida Pinto, Joana Lemos
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Viseu, Portugal

Introdução

A infeção por Influenza A/H1N1 é muito frequente e afeta várias faixas etárias e é necessário determinar os critérios de gravidade por forma a otimizar os cuidados de saúde.

Objetivos

Caraterização dos doentes internados em 2016 com o diagnóstico de Gripe A e descrever os fatores preditores de internamento em unidade de cuidados intensivos (UCI) para além da insuficiência respiratória.

Métodos

Estudo observacional retrospetivo. Análise de processos clínicos de doentes com idade superior a 18 anos, com o diagnóstico de Gripe A confirmada por PCR. Comparados resultados à admissão da glicemia, ureia, lactato-desidrogenase (LDH), proteína C-reativa (PCR), leucopenia, linfopenia e trombocitopenia; e presença de infiltrados bilaterais no rx de tórax. Análise estatística com SPSS v.20.

Resultados

59 doentes selecionados, 57,6% do género masculino e 42,4% do género feminino. Todos cumpriram oseltamivir. Tinham em média 62,22 anos (DP 14,102) (mulheres 65,16 anos (DP 12,769) e homens 60,06 anos (DP 14,818)). A média de dias de internamento foi de 12,86 dias (DP 17,103) e 5% dos doentes internados com este diagnóstico acabaram por falecer. Os fatores associados à mortalidade foram a glicemia (p=0,02), ureia (p=0,027) e LDH (p= 0,003). 27,1% dos doentes necessitaram de internamento na UCI, com média de idade de 54,63 anos (DP 12,23), sendo que a média de dias de internamento foi de 3,07 (DP 7,320). A presença de leucopenia (P=0,004), linfopenia (P=0,003), trombocitopenia (p<0,001) e infiltrados bilaterais no rx de tórax (p=0,001) foram fatores significativos para a admissão na UCI, assim como a PCR (p<0,001) e a LDH (p<0,001). Apenas a ureia se relacionou de forma estatisticamente significativa com o número de dias de internamento total (p= 0,013).

Conclusões

Existem vários fatores preditores de mau prognóstico em doentes com infeção por influenza A/H1N1, para além da insuficiência respiratória, que devemos considerar na avaliação da sua gravidade.

E-POSTERS

PO793

1661 TERAPÊUTICA COM ALTAS DOSES DE INSULINA NA ABORDAGEM DA INTOXICAÇÃO POR BLOQUEADORES DE CANAIS DE CALCIO

Elsa Meireles[1], Andreia Tavares[1], Maria João Pinto[2], Elsa Sousa[1], Marco Fernandes[1]
[1]CHEDV, Santa Maria Da Feira, Portugal
[2]Hospital Distrital de Santarém, Santarém, Portugal

Introdução

A intoxicação por bloqueadores de canais de cálcio (BCC) é uma condição potencialmente life-threatening. As medidas terapêuticas convencionais são frequentemente insuficientes. Apesar da falta de estudos randomizados, altas doses de insulina parecem ser uma opção terapêutica eficaz.

Descrição

Homem de 30 anos, com comportamento aditivo (consumo regular de canabinoídes) que é admitido na sala de emergência em coma, 3 horas após intoxicação voluntária de amlodipina (70mg). Na admissão apresentava-se hipotenso, taquicárdico, polipneico apesar de bem oxigenado. Analiticamente de salientar leucocitose com neutrofilia e acidose metabólica com GAP aniónico normal. Foi assegurada a via aérea, iniciada descontaminação gástrica com carvão ativado e ressuscitação volémica sem resposta. Instituído suporte vasopressor com noradrenalina sem sucesso, com monitorização minimamente invasiva a demonstrar continuamente resistências vasculares periféricas reduzidas. Iniciada insulina intravenosa em dose alta de acordo com os casos relatados, com melhoria progressiva do quadro. Óptima evolução clínica desde então, com resolução de todas as disfunções e autonomia progressiva, com alta 48h após admissão.

Discussão: Os BCC bloqueiam a vasculatura do músculo liso, podendo levar a depressão miocárdica e perturbação da condução cardíaca em overdose. Adicionalmente, a nível pancreático, ao bloquearem os canais de cálcio impedem a libertação de insulina. A hipoinsulinémia resultante, condiciona o uso de hidratos de carbono pelo miocárdio como metabolismo preferencial em estados de choque. Neste contexto, a terapêutica

com insulina melhora a performance cardíaca também pela sua atividade inotrópica direta. O presente caso junta-se a relatos isolados sobre a abordagem com altas doses de insulina em casos raros de intoxicação por BCC refratários e com grande instabilidade hemodinâmica.

01 DE JUNHO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 04
09:00 - 10:30

PO794

1697 EDEMA AGUDO DO PULMÃO NÃO CARDIOGÉNICO: PENSAR NOS FÁRMACOS!

António Fernandes[1], Cátia Pereira[2], Verónica Pereira[2], Ana Paes[2], Carlos Carvalho[2], João Lopes[3], António Ramos[4], Maria Inês Claro[5], Catarina Martins[5], Carlos Lopes[5], António Pais De Lacerda[6], Pilar Azevedo[5]

[1]Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Serviço de Pneumologia A, Coimbra, Portugal

[2]Centro Hospitalar Lisboa Norte - Serviço de Pneumologia, Lisboa, Portugal

[3]Hospital Distrital de Santarém - Serviço de Medicina Interna, Santarém, Portugal

[4]Centro Hospitalar Lisboa Norte - Serviço de Hematologia, Lisboa, Portugal

[5]Centro Hospitalar Lisboa Norte - Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios, Lisboa, Portugal

[6]Centro Hospitalar Lisboa Norte - Serviço de Medicina II e Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios, Lisboa, Portugal

Introdução

A hidroclorotiazida (HCTZ) é um diurético tiazídico de uso muito difundido no controlo da hipertensão arterial (HTA). A maioria das reações adversas a este fármaco são ligeiras e auto-limitadas, estando todavia descritos muito raros casos de reação idiossincrática grave, potencialmente fatal por hipotensão arterial e edema agudo do pulmão (EAP).

Descrição

Caso clínico: Homem de 72 anos, hipertenso, com hipersensibilidade a inibidores da enzima de conversão da angiotensina, amoxicilina e claritromicina. Por HTA mantida, foi associada HCTZ 12.5 mg à sua medicação habitual (valsartan 80mg). Cerca de 30 minutos após a primeira toma iniciou náuseas/vómitos, dispneia e rubor facial, recorrendo ao Serviço de Urgência. Encontrava-se apirético, hipotenso, bradicárdico e taquipneico (46rpm), com SpO2 de 70% em ar ambiente, e fervores crepitantes na 1/2 inferior de ambos hemitórax. A gasometria arterial evidenciou insuficiência respiratória tipo 1 (pO2 38mmHg) e hiperlactacidémia (21mg/dL). Apresentava ainda leucopenia, trombocitopenia, elevação da triptase – 15,9 µg/L, - comum nas reações anafiláticas, e lesão renal aguda AKIN 1. O radiograma torácico revelava um padrão alveolointersticial bilateral. Persistindo com insuficiência respiratória grave foi transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios, com suporte vasopressor e necessidade de ventilação mecânica às 48h. Com corticoterapia, evoluiu para autonomia ventilatória, com resolução das alterações radiológicas. Da avaliação complementar, destaca-se exclusão de infeção e ecocardiograma transtorácico com função ventricular esquerda preservada.

Conclusão: O EAP não cardiogénico por HCTZ é uma condição rara, mas potencialmente fatal, pelo que o seu diagnóstico atempado é crucial não só para o seu tratamento mas fundamentalmente para evitar recorrências posteriores. Perante um EAP não cardiogénico é essencial investigar-se a exposição a fármacos e incluir esta possibilidade no seu diagnóstico diferencial.

E-POSTERS

PO795

1796 SÉPSIS NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS – EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Maria João Pinto[1], Andreia Tavares[2], Elsa Meireles[2], Elsa Sousa[2], Marco Fernandes[2], Ricardo Pinho[2], Tiago Leonor[2]

[1]Hospital Distrital de Santarem, Santarem, Portugal

[2]Centro Hospitalar entre Douro e Vouga, Santa Maria Da Feira, Aveiro, Portugal

Introdução

A sepsis é considerada, atualmente, uma das principais causas de admissão em unidades de cuidados intensivos (UCI) não coronários, acarretando elevados custos em saúde e morbilidade, sendo, aliás, a principal causa de morte nestas unidades.

Objetivos

Caracterização da epidemiologia, etiologia, evolução, mortalidade e reinternamento dos doentes admitidos por sépsis numa UCI.

Métodos

Estudo retrospetivo dos doentes admitidos com o diagnóstico de sépsis entre 2014 e 2016. Análise estatística feita em SPSS.

Resultados

Foram considerados 252 doentes. Cerca de 54.4% tinha idade ≥65 anos e a média do Índice de Charlson modificado foi de 4 pontos. 31% dos doentes estiveram internados nos 90 dias prévios, sendo que destes 14.7% tiveram alta nas 48h prévias à admissão em UCI. O APACHE III médio nas primeiras 24h após a admissão foi de 38.8 pontos e 86.1% dos doentes necessitaram de ventilação mecânica invasiva. A sépsis com ponto de

partida abdominal foi a mais frequente (44.9%), seguida da respiratória (32.5%). Em 59.5% dos casos foi identificado agente microbiológico e destes 29.3% apresentavam resistências antimicrobiana. A bacteriemia e a fungémia ocorreram em 23.4% e 2.4% dos casos, respetivamente. A escalação antibiótica, por falência terapêutica ou resistência antimicrobiana, foi necessária em 33.7% dos doentes, enquanto a descalação ocorreu em apenas 19.4%. A técnica de substituição da função renal foi usada em 4.8% dos doentes. A demora média de internamento foi de 9.6 dias. A taxa de mortalidade na UCI foi de 19.8% e de readmissão de 3.5%.

Conclusões

Contrariamente ao descrito na literatura, as infeções intra-abdominais foram a principal causa de admissões por sepsis. A percentagem de isolamentos microbiológicos e de descalação antibiótica foi inferior ao expectável. Apesar da maioria dos doentes serem idosos, com carga de doença e gravidade importantes, a demora média, taxa de mortalidade e readmissão foram inferiores às descritas na maioria das séries.

01 DE JUNHO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 04
09:00 - 10:30

PO796

1855 CARDIOMIOPATIA DE TAKOTSUBO EM DOENTE COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDEIA

Andreia Póvoa[1], Pedro Vieira[1], Miguel Tavares[2]

[1]ULS Guarda - Hospital Sousa Martins, Guarda, Portugal

[2]Centro Hospitalar do Porto - Hospital de Santo António, Porto, Portugal

Introdução

A hemorragia subaracnoideia (HSA) pode induzir Cardiomiopatia de Takotsubo (CT), uma entidade caracterizada por alterações cardíacas da cinética segmentar; alterações do segmento ST transitórias e elevação das enzimas cardíacas não explicadas por alterações na distribuição vascular. Diferentes séries mostram que a incidência de CT nos doentes com HSA varia de 4 a 15%.

Descrição

Descreve-se um caso de uma mulher de 55 anos que se encontrava internada no Serviço de Medicina Interna de outro Hospital para estudo de um quadro sugestivo de doença autoimune, que iniciou hipertensão, cefaleia occipital seguida de crise tónico-clónica generalizada e perda de consciência. A TC de crânio mostrou HSA perimesencefálica com sangue intraventricular e sinais precoces de hidrocefalia aguda secundária a rotura de aneurisma da artéria cerebelar póstero-inferior (Hunt and Hess grau 3; Fisher grau 4; WFNS grau 2).

Após transferência para o Centro Neurocirúrgico foi colocada derivação ventricular externa e realizada embolização do aneurisma. Aquando da admissão nos Cuidados Intensivos (CI), perante IC aguda em doente com lesão neurológica aguda, constatou-se no ECG elevação do segmento ST nas derivações laterais, elevação da troponina T 0,506 ng/mL (normal 0,000-0,014) e pro-BNP 6233 pg/mL (normal 0-125). O ecocardiograma revelou hipocinesia apical e de todos os segmentos médios com contractilidade preservada de todos os segmentos basais e depressão severa da função sistólica global do ventrículo esquerdo (FEVE de 26%).

Após 14 dias nos CI com boa evolução clinica, a doente foi transferida para o Serviço de Neurocirurgia, cumpria ordens, estava orientada no espaço mas não no tempo, mobilidade dos 4 membros mantida, sem défices sensitivos, reflexo da deglutição ineficaz. É importante estar alerta para a presença de um quadro de IC aguda num doente com lesão cerebral aguda dado que o atraso no diagnóstico pode adiar intervenções terapêuticas essenciais, das quais depende o prognóstico do doente.

E-POSTERS

PO797

1944 UROSSÉPSIS NO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA: OBSTRUTIVA VS NÃO OBSTRUTIVA

Dora Lameiras Xete[1], Joana Vaz[2], Marta Carvalho Rebelo[3], Eduarda Carmo[3], Isabel Gaspar[3], Isabel Simões[3], Tomás Lamas[3], Filipa Brás Monteiro[3], Gabriela Almeida[3]

[1]Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental - Hospital de Egas Moniz - Serviço de Medicina 1A, Lisboa, Portugal

[2]Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental - Hospital de Egas Moniz - Serviço de Medicina 2, Lisboa, Portugal

[3]Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental - Hospital de Egas Moniz - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Lisboa, Portugal

Introdução

A urosséPsis é uma causa frequente de admissão nos Serviços de Medicina Intensiva (SMI). Na urosséPsis de causa obstrutiva a descompressão cirúrgica é emergente.

Objetivos

Analisar comparativamente dois subgrupos de doentes: urosséPsis obstrutiva e não obstrutiva.

Métodos

Análise retrospectiva de 72 doentes com diagnóstico de UrosséPsis obstrutiva e não obstrutiva, internados num SMI entre Fevereiro de 2008 e Novembro de 2017. Nestes dois subgru-

pos foi avaliada a taxa de mortalidade, a lesão renal inicial, a necessidade de terapêutica de substituição renal (TSR) e o tempo de internamento.

Resultados

A média de idades foi de 71 anos, 56% foram mulheres. Destes 72 doentes, 37 (51,4%) complicaram em choque séptico e 60 (83%) apresentaram falência multiorgânica na admissão. A média de APACHE II foi de 24,2. A média de internamento no SMI foi de 9.5 dias e a taxa de mortalidade (TM) de 22,0%. Em 55% dos casos foi isolada Escherichia coli.

A urosséPsis foi obstrutiva em 36 (50%) dos doentes; 33 apresentaram obstrução litiásica e todos foram submetidos a tratamento cirúrgico. A média de APACHE II foi 20,2 e a TM foi de 5,5%. Neste grupo, 22.0% dos doentes apresentavam lesão renal AKIN 1; 13,9% com AKIN 2; 63,9% com AKIN 3 e 19,4% foram submetidos a TSR. A média de internamento foi de 6 dias e a mediana 4,3 dias.

No subgrupo da urosséPsis não obstrutiva, a média do APACHE foi de 28,4 e a TM foi de 38,9%. Neste grupo, 38,9% dos doentes apresentavam AKIN 1, 13,9% com AKIN 2; 47,2% com AKIN 3 e 41,7% dos doentes necessitaram de TSR. A média de internamento foi de 12,8 dias e a mediana de 8,3 dias.

Conclusões

No subgrupo de doentes com urosséPsis de causa obstrutiva, a remoção atempada da obstrução permitiu uma redução da mortalidade e tempo de internamento. Também se verificou que o índice de APACHE II na admissão era mais baixo no grupo obstrutivo, provavelmente relacionado com menor número de morbilidades associadas a este grupo de doentes.

PO798

2004 PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE A AGENTES NÃO CONVENCIONAIS: AVALIAÇÃO DO RACIONAL "PES CONCEPT"

Elsa Meireles[1], Andreia Tavares[1], Maria João Pinto[2], Elsa Sousa1, Tiago Leonor1

[1]CHEDV, Santa Maria Da Feira, Portugal

[2]Hospital Distrital de Santarém, Santarém, Portugal

Introdução

Na pneumonia adquirida na comunidade (PAC) a adequação do espectro da terapêutica antibacteriana inicial pode revelar-se desafiador. O conceito "PES" (Pseudomonas aeruginosa, Enterobacteriaceae produtora de betalactamases de espectro alargado e Staphylococcus aureus meticilino resistente) foi proposto como estratégia para a identificação de doentes em "risco" de infecção a microrganismos (MO) que requerem estratégias terapêuticas distintas das convencionais.

Objetivos

Aferir a performance do conceito PES na identificação de doentes com e sem risco para infecção por MO não cobertos pela terapêutica empírica convencional; identificar factores de risco adicionais para infecção por agentes PES e comparar os outcomes em doentes com choque sético a PAC causada por agentes PES vs outros MO.

Métodos

Estudo retrospectivo observacional dos choques séticos por PAC com isolamento microbiológico numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes ocorridas em 2 anos. A análise estatística foi realizada através da utilização do SPSS.

Resultados

Identificados 62 casos de PAC. O diagnóstico microbiológico foi estabelecido em 41,9%. Cinco (19,2%) dos doentes apresentaram PAC por agentes PES. O score APACHE II e a necessidade de ventilação invasiva foi sobreponível nos dois grupos. As neoplasias sólidas foram significativamente superiores no grupo PES. Não foi objetivada diferença estatisticamente significativa na mortalidade entre os dois grupos. O grupo PES teve maior tempo de internamento e taxa de readmissão hospitalar aos 30 dias.

Conclusões

Os agentes PES foram responsáveis por uma percentagem considerável das PAC, superior ao descrito na literatura. Contrariamente ao descrito, não obtivemos diferenças em relação à gravidade da PAC ou à mortalidade aos 30 dias. A falência da terapêutica inicial, o tempo de internamento e a taxa de readmissão hospitalar foram superiores no grupo PES. A refratoridade à terapêutica empírica inicial poderá ser condicionada pela presença de um agente PES.

PO799

2040 ANÁLISE RETROSPETIVA DE 5 ANOS DE UTILIZAÇÃO DE TIGECICLINA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

Ricardo Pinto Sousa[1], Inês Esteves Cruz[1], Marta Rebelo[2], Gabriela Almeida[2], Tomás Lamas[2], Isabel Simões[2], Isabel Gaspar[2], Eduarda Carmo[2]

[1]Serviço de Medicina II, Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

[2]Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

Introdução

A tigeciclina, configura um antibiótico de largo espectro indicado em infeções intra-abdominais e da pele/tecidos moles complicadas. No entanto o seu uso tem vindo a ser alargado a situações de infeções graves, nosocomiais, em outras localizações.

Objetivos

Avaliação do tipo de infeções em que foi usado, dos isolamentos microbiológicos e da mortalidade associada.

Métodos

Análise retrospetiva dos doentes tratados com Tigeciclina em Unidade de Cuidados Intensivos em 5 anos.

Resultados

Selecionados 38 doentes com idade média de 68,5 anos (mediana 71,5). O APACHE II médio foi de 24,2 (rAPACHE II 53,3%) e o SAPS II médio de 48,6 (rSAPS II 43,6%). 78,9% dos doentes provieram de Especialidades Cirúrgicas e 21,1% de Especialidades Médicas. Foram tratadas com Tigeciclina 26 situações de Infecção intra-abdominal complicada (68,4% dos doentes), 4 de Infecção da pele e tecidos moles (10,5%), 6 de Pneumonia nosocomial (15,8%) e 2 de Urossepsis (5,3%), todos sob pressão antibiótica prévia. A mortalidade global foi de 31,6% em UCI e hospitalar de 44,7%, sendo nos doentes cirúrgicos de 18,4% e 28,9%, e nos doentes médicos de 13,2% e 15,8%, respectivamente. Do total de 121 microorganismos isolados, 57% provieram de exsudado purulento abdominal, 20,7% de secreções brônquicas, 11,6% de hemoculturas, 8,2% de uroculturas e 2,5% de expectoração. Os isolados mais frequentes foram E. faecium (14,1%), A. baumanii (13,2%), P. aeruginosa (10,7%), E. coli (9,1%), K. pneumoniae (6,6%), S. aureus (6,6%) e S. maltophilia (5%).

Conclusões

Constatam-se situações clínicas graves com foco infecioso de difícil controlo e elevada prevalência de agentes multi-resistentes, traduzindo uma mortalidade elevada. Atendendo à instituição de antibioterapia prévia, a Tigeciclina poderá representar uma alternativa de resgate em caso de falência terapêutica. Necessitam-se mais estudos no sentido de avaliar se um início mais precoce e o uso deste fármaco noutro tipo de infeções apresente melhores resultados.

PO800

2071 ADMISSÕES NUMA UCI PROVENIENTES DE ENFERMARIAS DE UM HOSPITAL CENTRAL, CAUSAS MÉDICAS

Catarina Lume, Carolina Morna, Nélia Abreu, Jéssica Chaves, Helena Luís, Andreia Pestana, Luís Marote Correia, Maria Da Luz Brazão

Hospital Central do Funchal, Funchal, Portugal

Introdução

As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) permitem a abordagem multidisciplinar dos doentes em condições fisiopatológicas que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais, mas que são potencialmente reversíveis. Neste grupo de doentes encontramos aqueles provenientes dos serviços de internamento que sofreram intercorrências que requereram cuidados críticos.

Objetivos

Caraterizar as admissões numa UCI provenientes de enfermarias por motivadas por causa médica.

Métodos

Elaborou-se um estudo retrospectivo que incidiu sobre 3 anos consecutivos. Para caracterizar a admissões extraíram-se variáveis demográficas, parâmetros de gravidade, dados sobre a evolução no internamento de proveniência e na UCI e ocorrência de óbito na UCI. O índice de gravidade escolhido foi a segunda revisão do Simplified Acute Physiology Score (SAPS II). Utilizou-se o software de processo electrónico da instituição para recolha dos dados. A análise estatística foi realizada no IBM SPSS.

Resultados

Ao longo de 3 anos ocorreram 340 admissões de causa médica provenientes de enfermarias, constituindo 40,7% do total das 835 admissões na UCI. Verificou-se predomínio de doentes do sexo masculino (224 doentes, 65,9%). A média das idades foi de 60,3 anos (desvio-padrão 16,8). A síndrome pós-paragem cardiorrespiratória foi o motivo em 33 casos (9,7%). A sépsis foi responsável por 56 casos (16,5%). A média dos SAPS II foi de 49,6 (DP 18,6). Em média permaneceram 6,9 dias na UCI (DP 9,4 dias). Em 95 admissões (27,9%), ocorreu óbito na UCI.

Conclusões

As admissões provenientes das enfermarias devido a causas médicas constituem a fracção importante do trabalho em UCI. Estas estão associadas a elevado índice de morbilidade e mortalidade.

Organização de Serviços de Saúde e Qualidade

PO801

321 INTERNAMENTOS PROLONGADOS NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Sofia Sobral, Josiana Duarte, Ana Teresa Goes, David Campoamor, Henrique Rita, José Sousa E Costa

Hospital do Litoral Alentejano, Santiago Do Cacém, Portugal

Introdução

Os internamentos prolongados (IP) constituem um sério problema nas enfermarias de Medicina Interna, acarretando um aumento dos custos e recursos utilizados, e associando-se a um aumento de complicações que incluem infecções nosocomiais, agravamento da dependência física e mortalidade.

Objetivos

Identificar as causas dos IP e caracterizar esta população.

Métodos

Estudo retrospectivo com base na análise dos processos clínicos de todos os doentes com internamento com duração su-

perior a 20 dias, numa enfermaria de Medicina, num período de um ano.

Resultados

Foram identificados 141 doentes, com média de idade de 70 anos e predomínio do sexo masculino (58,16%). A demora média foi de 32 dias ([21;122]), totalizando 4514 dias de internamento. Relativamente à dependência prévia dos doentes, mais de metade apresentava uma pontuação de zero na escala de performance status ECOG, enquanto no índice de comorbilidade de Charlson 103 doentes pontuava 4 ou mais. Os diagnósticos principais mais frequentes foram AVC, pneumonia, neoplasias em estadio avançado e insuficiência cardíaca. Mais de 50% dos doentes apresentou intercorrências infeciosas e mais de 23% outras intercorrências médicas. O principal motivo de IP foram as intercorrências médicas (n=42), seguido dos casos sociais (n=35), intercorrências infeciosas (n=30) e do atraso na realização de exames complementares (n=18). Em 16 casos, o IP foi causado por atraso na realização de exames complementares e situações de terapêutica prolongada. Quanto ao destino, mais de metade dos doentes teve alta para o domicílio, enquanto cerca de ¼ teve alta para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Conclusões

Os IP ocorrem na maioria com doentes com múltiplas comorbilidades, que apresentam intercorrências infeciosas e não infeciosas durante o internamento, as quais são muitas vezes inevitáveis. Uma proporção significativa ficou mais tempo internada por questões sociais e atraso na realização de exames complementares, sendo necessária uma resposta mais célere nestes casos.

PO802

364 E QUANDO ESGOTARMOS OS ANTIBIÓTICOS? A ENFERMARIA DE MEDICINA COMO ESPELHO DA RESISTÊNCIA AOS ANTIBIÓTICOS.

Telma Elias, Carmen Ferreira, Mario Monteiro, Isabel Martins, Carlos Cortes, Fatima Pimenta

Centro Hospitalar Medio Tejo, Abrantes, Portugal

Introdução

A descoberta dos antibióticos e a sua utilização constituiu um progresso inquestionável da medicina do século XX. No entanto, a sua eficácia foi superada pelos mecanismos de resistência das bactérias. Esta resistência aos antibióticos é cada vez maior e constituí uma emergência a nível mundial e Portugal não é exceção.

Objetivos

Os autores apresentam um estudo retrospetivo da resistência aos antibióticos na enfermaria de medicina.

Métodos

Base de dados excel

Resultados

No ano transato foram isolados microrganismos em 921 produtos biológicos e testados 25 antibióticos (ATB).

A penicilina (N=92) apresentou uma taxa de resistência (TR) 82.61%, à semelhança da ampicilina, eritromicina e oxacilina,75.38%,76.64% e 73.17% respetivamente. As quinolonas também com TR elevadas, N=819 TR 65.32% (Ciprofloxacina 65.64%, levofloxacina 65.82%). A clindamicina (N=127), TR 66.14% e amoxicilina/AC (N=532) TR 60.90%. No que diz respeito às cefalosporinas, as de 2ª geração com maior TR 73.29%, seguida das de 3ª geração 50.13% e 4ª geração 24.48%. Piperacilina/Tazobactam (Pip/Tazo) (N=428), TR 48.83%, sensibilidade intermédia (I) 18.69%. O Trimeto/Sulfametoxazol TR 46.15%.

Os carbapenemes testados no total 878, TR 18.68%.

Os aminoglicosídeos apresentaram TR 20.08% e I 16.45%, salientar que a maioria das resistências devem-se à gentamicina 32.56% versus 3.94% da amicacina.

A nitrofurantoína e a fosfomicina TR relativamente baixas quando comparadas com outros antibióticos, 27.65% e 19.61% respetivamente, à semelhança da rifampicina 2.27%. A colistina (N=429), 10.96% de resistências.

O linezolide e vancomicina de todas as vezes testados não apresentaram resistências.

Conclusões

O nosso internamento apresentou resistência a antibióticos elevadas, alerta para o aparecimento de resistência aos carbapenemes e elevada taxa de resistência ao Pip/Tazo. O uso racional de antibióticos e o conhecimento da flora microbiana e das suas resistências é importante de forma a prevenirmos a falência dos ATB.

PO803

755 GESTÃO DE CASO COMO MODELO DE INTERVENÇÃO NO DOENTE COM MULTIMORBILIDADE

Isabel Taveira, Sofia Sobral, Ana Teresa Goes, Cláudia Vicente, Teresa Silva, Maria Manuela Ferreira, Carla Macieira, José Brasil, Anabela Encarnação, Susana Matos, Filomena Ventura, Vitor Gomes, Hugo Mendonça, Marta Cristino, Adelaide Belo

Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, Santiago Do Cacém, Portugal

Introdução

Nos últimos anos, os sistemas de saúde têm enfrentado um incremento da procura, em parte justificada pelo aumento da prevalência das doenças crónicas e pelo aumento da esperança média de vida, sendo já definida pela OMS como o desafio do século. O projeto Gestão de Caso surge neste contexto, através

do trabalho conjunto de uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros e assistentes sociais (Cuidados de Saúde Hospitalares e Cuidados de Saúde Primários - CSP).

Objetivos

Analisar o impacto do Projeto Gestão de Caso (a nossa adaptação da oferta de serviços de saúde), na população-alvo e utilização de recursos de saúde.

Métodos

Análise retrospetiva, comparativa, da utilização de serviços de saúde pelos doentes, previa e posteriormente à admissão no programa.

Resultados

Dos 48 doentes incluídos, 28 são homens, com média de idades de 75,5 anos. Nos 365 dias antes, tiveram um total cumulativo de 326 admissões no Serviço de Urgência (SU), 188 em Serviço de Urgência Básica (SUB), 73 internamentos hospitalares, 266 consultas em CSP e 166 consultas hospitalares.

Após 78 visitas domiciliárias da Equipa, 423 do Enfermeiro Gestor de Caso e 339 contactos telefónicos, as admissões no SU diminuíram para 71, 22 internamentos, 127 consultas hospitalares e 77 em CSP.

A análise estatística dos dados encontra-se condicionada pelos diferentes períodos de admissão de cada doente.

Conclusões

A Gestão de Caso permite a coordenação entre os intervenientes determinantes na gestão do Plano Individual de Cuidados dos doentes com multimorbilidade. A monitorização e capacitação individualizadas do doente e seu cuidador, permitem uma deteção precoce dos sinais de alerta e a sua atempada correção.

Apesar das limitações inerentes, os resultados obtidos num ano demonstram diminuição de utilização dos serviços da saúde, (Serviço de Urgência, internamentos evitáveis e consultas). Esperamos que a inclusão de mais doentes e maior período temporal de análise confirmem os resultados.

PO804

1060 CASUÍSTICA DE REINTERNAMENTOS NUM SERVIÇO DE MEDICINA

Pedro Mondim, Cátia Faria, Maria João Palavras, Adélia Miragaia, Diana Moura, Filipa Alçada, Célio Fernandes

Centro Hospitalar de Leiria, Leiria, Portugal

Introdução

Considera-se reinternamento uma admissão hospitalar até 30 dias após a alta, sendo este um indicador de qualidade dos serviços de saúde e dos custos hospitalares. Verifica-se um grande número de reinternamentos hospitalares relacionados com o envelhecimento populacional, assim como com a fragilidade da população e o elevado grau de dependência.

Objetivos

Pretende-se determinar a taxa de reinternamento pela mesma causa dos doentes com alta de um Serviço de Medicina de janeiro a dezembro de 2017, quais as principais patologias que motivaram o reinternamento e realizar a caraterização sociodemográfica.

Métodos

Foram selecionados os doentes com alta do Serviço no período referido e que foram reinternados em qualquer serviço do hospital nos 30 dias subsequentes. De seguida, foram analisadas as notas de alta respetivas para determinar se o reinternamento tinha ocorrido pela mesma causa e, nestes casos, foram colhidos dados sociodemográficos e clínicos e realizada a análise estatística.

Resultados

Num total de 1978 altas do Serviço no período em estudo, ocorreram 167 reinternamentos pela mesma causa (8.44%). A idade média foi 79,9 anos, o tempo médio até ao reinternamento foi 12,3 dias e 39,5% ocorreram até 7 dias. As patologias mais frequentes foram as infeções respiratórias (52,7%) e do trato urinário (16,2%) e insuficiência cardíaca descompensada (10,2%). Os reinternamentos apresentaram uma demora média de 10,3 dias e uma taxa de mortalidade de 26,9%, mais do dobro da média do Serviço. Cerca de 42% dos doentes reinternados estavam institucionalizados e menos de 30% era independente nas AVDs.

Conclusões

As causas infeciosas constituíram a principal causa de reinternamentos e estas associam-se a taxas de mortalidade mais elevadas. Assim, é fundamental continuar a desenvolver estratégias para limitar tanto a infeção nosocomial como a transmissão de bactérias resistentes entre doentes dependentes que se encontram institucionalizados.

PO805

1062 REINTERNAMENTO HOSPITALAR AOS 30 DIAS: ANÁLISE DE UM SERVIÇO DE MEDICINA

Duarte Silva, Lúcia Meireles Brandão, Cátia Barreiros, Rosana Maia, Pedro Pinto, Carmélia Rodrigues, Diana Guerra

ULSAM - Hospital de Santa Luzia, Viana do Castelo, Viana Do Castelo, Portugal

Introdução

O reinternamento(RI) é a readmissão ao serviço de internamento de um doente após ter tido alta desse mesmo estabelecimento de saúde. É considerado como indicador de qualidade dos serviços prestados e implica elevado prejuízo económico para a instituição.

Objetivos

Caracterizar os RIs de um Serviço de Medicina, ocorridos num

período até 30 dias após a alta.

Métodos

Estudo retrospetivo e observacional. Analisados os processos clínicos dos RIs até 30 dias, num Serviço de Medicina, nos anos de 2016 e 2017. Análise efectuada com o programa SPSS 20.0.

Resultados

Durante o período determinado, registaram-se 255 RIs, representando 3,4% do total de internamentos (7479). A idade média foi 76,6 anos de idade, com valores mais altos no escalão etário dos 80 aos 89 anos (40.8%). A taxa de RI foi superior no sexo masculino (50.2%) contra os 49,8% para o sexo feminino. Os diagnósticos principais mais prevalentes no 1º internamento foram as infeções respiratórias (traqueobronquite, 11.8% ou pneumonia, 10.6%) e insuficiência cardíaca (IC, 11.8%). Já em relação ao RI prevalecem a pneumonia (12.5%) e novamente a IC (10.2%). Em 36,1% dos casos o diagnóstico principal foi o mesmo em ambos os internamentos, sendo o mais prevalente nestes casos a IC (16,3%). Em 18,4% o RI foi considerado complicação do internamento prévio (infeções). O tempo médio de internamento foi sobreponível (10.79 dias vs 10.87). A análise ao tempo em que ocorreu o RI revelou que 14,1% dos casos ocorreram até às 72h; 24.3% até aos 7 dias; e 61.6% até aos 30 dias. A mortalidade foi maior entre os episódios de RI (16.8%) do que no global dos internamentos (10.93%).

Conclusões

A taxa de RI foi inferior a outras séries nacionais. Como nessas séries, a população idosa é a mais afetada, a mortalidade é maior e as doenças do aparelho respiratório e circulatório são as que mais contribuem para os RIs. Seria útil obter um modelo para calcular a probabilidade de RI de um doente, de forma a implementar medidas de prevenção e definir estratégias de gestão hospitalar.

PO806

1091 MORTALIDADE INTRA-HOSPITALAR E A INFEÇÃO

Joana Almeida Calvão, Silvia Duarte, Ricardo Amaral, Liliana Ribeiro, José João Eira, Paula Vaz Marques

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro - Hospital de Vila Real, Vila Real, Portugal

Introdução

A mortalidade intra-hospitalar é o reflexo da qualidade dos serviços prestados, mas também da população que o Hospital serve. O aumento da esperança média de vida está intimamente relacionado com o aumento de comorbilidades, espelhando também os avanços diagnósticos e terapêuticos na Medicina. As etiologias infeciosas são as mais frequentemente observadas nos serviços de Medicina Interna e as que acarretam maior taxa de mortalidade.

Objetivos

Estudo da mortalidade num serviço de Medicina Interna, características demográficas, causas de mortalidade e características dos doentes falecidos por etiologia infeciosa.

Métodos

Estudo retrospetivo, descritivo e quantitativo dos doentes falecidos num serviço de Medicina Interna de 2013 a 2016.

Resultados

Incluídos 1604 doentes, 51,2% do sexo masculino. Idade média de 81,1 anos, mediana de 84; o doente mais novo faleceu com 28 anos e o mais idoso com 108 anos. 89,4% com idade superior ou igual a 68 anos. Analisando o grupo de mortes por etiologia infeciosa (n= 988 doentes, 61,6%) com 26% a reunir critérios de sépsis. 92% desta amostra com idade superior ou igual a 68 anos. Apenas 1,7% sem patologia médica associada, com os restantes com pelo menos uma comorbilidade, sendo as mais frequentes: síndrome demencial em 98,6%, hipertensão arterial em 61%, insuficiência cardíaca em 43%, anemia de doença crónica em 20,7%. 35,5% com dependência total para as atividades de vida diárias e 4,9% totalmente independentes. 50,1% dos doentes sem registo de internamentos no 3 meses antecedentes, com a restante amostra com pelo menos um internamento e 0,3% com registo de 6 internamentos nos 3 meses prévios.

Conclusões

Verificou-se maior mortalidade com o avanço da idade e da dependência. A existência de comorbilidades esteve presente em quase toda a amostra, contribuindo de forma ativa para a debilidade dos doentes. Metade da amostra teve pelo menos um internamento prévio ao que culminou com o falecimento, podendo contribuir para o mesmo.

PO807

1111 CARATERIZAÇÃO MICROBIOLÓGICA DE BACTÉRIAS ISOLADAS EM DOENTES COM PATOLOGIAS HEMATO-ONCOLÓGICAS INTERNADOS EM ENFERMARIAS DE MEDICINA E CIRURGIA NUM HOSPITAL PERIFÉRICO

João Bicudo Melo[1], Andreia Moreira[2], Carolina Chalim Rebelo[2], Paula Bettencourt[1], Ana Rita Leal[2]

[1]Unidade de Saúde de Ilha do Faial, Horta, Portugal

[2]Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada, Portugal

Introdução

A resistência aos antimicrobianos (RA) decorre da natural habilidade bacteriana em se adaptar ao meio e a sua utilização indiscriminada aumentam a pressão seletiva (PS) e, com isso, a oportunidade da bactéria adquirir RA. Medidas de isolamento e adoção de comportamentos de contensão da proliferação bacteriana são fundamentais no combate às infeções. No entanto,

tem-se verificado um crescente agravamento da RA.

Objetivos

Conhecer e divulgar o fenótipo de RA das bactérias mais prevalentes isoladas em doentes com patologias hemato-oncológicas internados em enfermarias de medicina e cirurgia e comparar os resultados obtidos com a realidade bacteriológica do hospital em período homólogo.

Métodos

Estudo retrospetivo e descritivo das frequências bacterianas e respetivo fenótipo de RA de bactérias isoladas em exames culturais relativos a doentes com patologias hemato-oncológicas internados em enfermarias de medicina e cirurgia num hospital periférico no biénio 2015-2016.

Resultados

Os microrganismos mais prevalentes foram: Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae, Staphylococcus aureus e Pseudomona aeruginosa. O fenótipo de resistência das amostras de Escherichia coli revelou que esses microrganismos apresentam elevadas taxas de resistência à ampicilina (62%) e cefalotina (60%). Para as amostras de Klebsiella pneumoniae identificaram-se elevadas resistências à nitrofurantoína (81%). Verificou-se para o Staphylococcus aureus uma taxa de resistência à meticilina de 52%. A Pseudomona aeruginosa apresentou uma taxa de resistência de 50% à Piperacilina/Tazobactam. Verificou-se que realidade bacteriológica é sobreponível à aferida para a totalidade do hospital em período homólogo.

Conclusões

A inexistência de uma enfermaria exclusiva para os doentes com patologias hemato-oncológicas poderá favorecer a epidemiologia e o padrão fenotípico obtidos. A monitorização periódica do perfil de RA é fundamental, bem como a implementação de medidas que minimizem a transmissibilidade bacteriana e a PS a que estas estão sujeitas.

PO808

1359 O HOSPITAL SCORE COMO PREDITOR DE READMISSÃO HOSPITALAR POTENCIALMENTE EVITÁVEL AOS 30 DIAS

Daniela Soares Santos, Ana Luísa Nunes, Jandira Lima, Rui M. Santos, Armando Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução

As readmissões hospitalares (RH) são comuns e associam-se a elevados custos, tendo sido desenvolvidos vários métodos para identificar os indivíduos com maior risco de readmissão. O HOSPITAL score, validado internacionalmente num estudo multicêntrico por Donzé et al., determina o risco de RH potencialmente evitável a 30 dias, com base em 7 variáveis clínicas avaliadas à data de alta.

Objetivos

Validação do HOSPITAL score, avaliando as características da população dos readmitidos no prazo de 30 dias após alta do serviço de Medicina Interna.

Métodos

Estudo retrospectivo com avaliação das variáveis que integram o HOSPITAL score em todos os doentes com alta entre 1 de Janeiro e 15 de Março de 2015, incluindo os reinternados e não reinternados. Para avaliação do desempenho global do HOSPITAL score foi utilizado o Brier score.

Resultados

No período de estudo tiveram alta 1212 doentes dos quais foram excluídos falecidos, transferidos para outro Serviço/Hospital e aqueles sem informação clínica no processo único, resultando num total de 993 doentes analisados. A média de idade foi de 78,7 anos, sendo 543 (54,7%) do sexo feminino. Dos 993 doentes, 169 (17%) foram readmitidos nos 30 dias após a alta. Estes reinternamentos foram classificados como evitáveis ou inevitáveis, de acordo com o algoritmo SQLape: 89 (52,7%) eram evitáveis. O Brier score foi de 0,42.

Conclusões

Nos nossos doentes o HOSPITAL score não apresentou uma boa capacidade de previsão de risco de RH potencialmente evitável a 30 dias. As diferenças entre o grupo de indivíduos selecionado e a população na qual o score foi validado por Donzé et al. podem justificar o resultado obtido. No entanto, devemos considerar que as limitações do nosso estudo, nomeadamente o período de tempo no qual incidiu, podem estar na origem das diferenças.

PO809

1413 A MORTALIDADE HOSPITALAR NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Ricardo Amaral, Sílvia Duarte, Joana Calvão, Liliana Ribeiro, José Eira, Paula Marques

CHTMAD, Vila Real, Portugal

Introdução

Com o envelhecimento da população associado às suas comorbilidades e a melhoria global dos cuidados, a morte deixou de ser tão bem aceite como fenómeno natural o que se traduz num maior consumo de recursos de saúde.

Objetivos

Neste trabalho pretendemos estudar a mortalidade num Serviço de Medicina Interna, descrevendo: características socio-demográficas, comorbilidades, recurso aos cuidados de saúde hospitalares prévios, diagnósticos de admissão e óbito bem como a demora hospitalar, o dia da semana e turno do falecimento.

Métodos

Estudo retrospetivo observacional descritivo baseado na observação e análise de processos de doentes falecidos num Serviço de Medicina Interna em 4 anos consecutivos (2013-2016); análises descritiva, inferencial e bivariada usando o software IBM SPPS® versão 24.

Resultados

Amostra constituída por 1604 óbitos, 48,8% do sexo feminino, com idade média de 81,24 ± 11,6 anos, 4,15 ± 2,13 comorbilidades, 2,89 ± 3,45 vindas ao SU no ano anterior e 0,74 ± 1,01 internamentos nos 3 meses prévios. A demora média hospitalar foi de 10,64 ± 14,04 dias. Verificou-se uma distribuição dos óbitos pelo dia da semana e pelo turno sem diferenças significativas. A taxa de mortalidade nos 4 anos foi de 11,1% (total de 14457 internamentos), por ano a taxa foi de 11,2%, 11,7%, 10,3% e 11,1% por ordem cronológica.

Conclusões

Perante os resultados obtidos, podemos afirmar que, nesta amostra, a maioria dos doentes morre por infeção, apesar de não se encontrar especificada a etiologia. A demora média dos doentes que vêm a falecer é longa chegando a ser de mais de 6 meses. Na nossa opinião um dos principais contributos para essa elevada demora média é a falta de resposta social na alta para o domicílio ou outras unidades, algo que carece de um estudo dirigido para melhor caracterização. A mortalidade deste serviço de Medicina Interna é a esperada situando-se em torno dos 11.1%, sem variabilidade inter-anual significativa.

PO810

1436 DOENTES REFERENCIADOS A LAR DE SEGURANÇA SOCIAL, REDE DE CUIDADOS CONTINUADOS E PALIATIVOS – ANÁLISE DE UM SERVIÇO DE MEDICINA DE UM HOSPITAL CENTRAL DURANTE O ANO DE 2017

Isabel Rodrigues Neves, Sérgio Lima, Inês Furtado, Tomás Fonseca, Mónica Rangel, Joana Mirra, Cristiana Ferreira, Rosa Areias, Elga Freire, João Araújo Correia

Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal

Introdução

A crescente complexidade dos doentes internados e ausência de suporte social têm-se tornado um peso crescente sobre os serviços hospitalares.

Objetivos

Caracterização dos doentes referenciados aos serviços sociais (complexidade clínica e dependência funcional) e motivos do prolongamento do internamento associado aos processos de referenciação.

Métodos

Análise retrospetiva dos doentes referenciados a Lar da Segurança Social (SS) e Rede de Cuidados Continuados (RNCCI) no Serviço de Medicina Interna de um hospital central em 2017, integrando dados dos Serviços Sociais, da Equipa Intra-hospitalar de Cuidados Paliativos (EIHCP) e clínicos.

Resultados

Foram analisados 224 episódios, 12,5% correspondentes a referenciações para Lar da SS e os restantes a referenciações para a RNCCI: 46,9% pela Equipa de Gestão de Altas (EGA) e 40,1% pela EIHCP.

A média de idades foi de 77 anos e 52,2% eram homens. A complexidade clínica foi estimada usando o índice de comorbilidade de Charlson (média 7,4) e o grau de dependência usando a escala de Rankin (3,42 à admissão). O principal motivo de admissão foi a Sépsis (21,4%).

A duração média do internamento foi de 77 dias. Os doentes referenciados a Lar tiveram a duração média maior (220 dias) e os doentes referenciados pela EIHCP tiveram a menor (32 dias). Os principais motivos de demora foram: a demora entre o pedido de Lar ao Instituto de SS e a existência de vaga (188 dias) e a demora na sinalização dos doentes à EGA e à EIHCP (35 e 10 dias, respetivamente).

Conclusões

Os doentes referenciados apresentam elevados índice de comorbilidade e grau de dependência de acordo com as escalas utilizadas. Apesar da demora máxima se relacionar com a ausência de soluções sociais para os doentes sem critérios para a RNCCI, o atraso na referenciação médica tem um peso importante no aumento da demora média pelo que a sinalização precoce aos serviços sociais é indispensável para otimizar o funcionamento dos serviços.

PO811

1597 A CATETERIZAÇÃO VESICAL NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA – UM ESTUDO PROSPETIVO

Margarida Madeira, Daniela Félix Brigas, Catarina Abrantes, Susana Marques, Eugénio Dias, Clara Rosa, Ermelinda Pedroso

Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal, Portugal

Introdução

Os catéteres vesicais são dispositivos muito utilizados, sendo que 25% dos indivíduos internados são submetidos à cateterização vesical (CV).

Objetivos

Caracterizar a população submetida a CV durante o internamento no Serviço de Medicina Interna (SMI)

Métodos

Trata-se de um estudo prospetivo, observacional, realizado durante 3 meses através da consulta do processo clínico no

SMI. Incluíram-se todos os doentes submetidos a CV durante o internamento. Consideraram-se motivos para CV apropriada: Retenção vesical; Bexiga neurogénica; Presença de úlcera sagrada ou perineal em doente incontinente; Hematúria; Registo diurese em doente crítico ou incapaz; Alteração do estado de consciência. Nos casos em que a utilização de CV não foi justificada pela equipa assistente, procedeu-se à interpretação mediante o diagnóstico principal.

Resultados

Dos 413 doentes internados no SMI, 193 doentes foram submetidos a CV. A média de idades foi de 80 anos, sendo a maioria do sexo feminino. A CV foi realizada nas primeiras 24h de admissão na maioria dos doentes. 135 doentes apresentavam, inicialmente, indicação formal para serem submetidos ao procedimento. Em média, os doentes foram submetidos a CV durante 12.6 dias, com o mínimo de 1 dia e o máximo de 67 dias. Na grande maioria dos casos a justificação da CV não foi registada.

Conclusões

Apesar de inicialmente cerca de 70% dos doentes ter apresentado indicação para ser submetido a CV, este pode ser um valor sobrestimado devido à sua presunção na maioria dos casos. Nesses casos, a justificação de registo de diurese em doente crítico ou incapaz foi a maioritariamente assumida. A CV mostrou-se mais prolongada nos doentes totalmente dependentes, resultados em linha com outros estudos em que se concluiu que este uso se devia sobretudo à "conveniência dos cuidadores". Destaca-se, assim, a importância da consciencialização de todos os profissionais de saúde para a adequação da CV.

PO812

1898 CONSULTORIA DE MEDICINA INTERNA A SERVIÇOS HOSPITALARES

Tiago Santos, Alexandra Coimbra

CHLN-HSM, Lisboa, Portugal

Introdução

A Medicina Interna é uma especialidade que tem a possibilidade de integrar em si um grande conjunto de conhecimentos, métodos diagnósticos e opções terapêuticas. Cada vez mais, os doentes internados ao cuidado de outras especialidades (médicas ou cirúrgicas) têm co-morbilidades que requerem o apoio constante do internista.

Objetivos

Com o objectivo de prestar apoio aos doentes internados num Serviço de Ortopedia de um hospital universitário, na resolução dos mais diversos problemas médicos dos doentes, a especialidade de Medicina Interna propôs-se a colaborar na observação e tratamento destes doentes.

Métodos

Durante o ano de 2017, foram observados diversos doentes num Serviço de Ortopedia, após indicação dos seus principais problemas pelos médicos assistentes.

Resultados

Dos resultados obtidos com este apoio, verifica-se uma média de idades de 80.7 anos nos doentes observados. A maioria do apoio prestado prende-se com o tratamento de infecções nosocomiais ou ajuste de principais terapêuticas cardiovasculares.

Conclusões

Do ponto de vista da Medicina Interna, a colaboração no apoio a outros serviços hospitalares tem apresentado bons resultados. Para além de resolver os principais problemas dos doentes, permite estabelecer relações interdisciplinares entre as diversas especialidades. Espera-se que esta colaboração se possa estender a outros serviços que dela necessitem, pois esta é também uma das principais funções da Medicina Interna.

PO813

1983 CARACTERIZAÇÃO DOS DOENTES PROPOSTOS PARA RNCCI EM 2017

Leila Cardoso, Ana Martins, Diana Gonçalves, José Leite, João Melo, Fátima Silva, Ana Figueiredo, Adriano Rodrigues

HG-CHUC, Coimbra, Portugal

Introdução

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), é formada por um conjunto de instituições públicas e privadas que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social.

São objetivos da RNCCI a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Os Cuidados Continuados Integrados estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra

Objetivos

Caracterizar a população proposta para RNCCI num serviço de Medicina Interna de um Hospital Central.

Métodos

Estudo retrospectivo com base na consulta dos processos clínicos dos doentes propostos para RNCCI em 2017. Os dados recolhidos incluíram idade, género, residência prévia, grau de dependência, motivo de internamento, tempo entre a proposta e a entrada na RNCCI, motivo de referência, encaminhamento, intervenção das equipas coordenadoras locais. A análise estatística foi realizada com aplicação de uma amostra - IBM SPSS statistics versão 22.0®

Resultados

A amostra incluiu 74 doentes, a média de idades foi de 82 anos, 39 (52,7%) e 35 (47,3%) doentes correspondiam a género feminino e masculino, respectivamente. A maioria provinha do domicílio (68%), 26% provinha da RNCCI, e 7% do lar. Relativamente ao grau de dependência 58%, eram totalmente dependente, 26% parcialmente dependente e 16% independente. O principal motivo de internamento correspondeu a patologias respiratórias (43%).O tempo médio entre a entrada da proposta na RNCCI e a alta foi de 20,7 dias. O principal motivo de referenciação foi úlcera de pressão (38%), seguida da aspiração(36%), apoio nas AVDs e gestão terapêutica (12%), cinesiterapia e Aspiração (7%) e por fim tínhamos um caso de descanso do cuidador (1%).

A maioria dos doestes (58%) foi proposto para cuidados continuados de média duração (CCMD), seguida de longa duração (CCLD) (22%), convalescença (8%), Equipa Domiciliária de Cuidados Continuados Integrados (6%) e por fim paliativos (1%). As equipas coordenadoras locais alteram 15% dos casos, no entanto a maioria proposta continuou a ser referenciada para CCMD (61%), seguida de CCLD (19%) e os restantes mantiveram com as mesmas percentagens de referenciação.

Conclusões

Da análise descritiva se conclui que a maioria dos doentes são doentes idosos, que residiam previamente em domicilio. É de salientar que parte já estavam integrados na RNCCI. São os dependentes os mais referenciados, sendo na maior parte o motivo de referenciação as úlceras de pressão seguida da necessidade de cuidados respiratórios. Estes motivos relacionam-se com a desnutrição e a dependência de terceiros para a mobilidade no leito, e no segundo caso com o facto do principal motivo de internamento corresponderem a pneumonias. A maioria é referenciada para CCMD que vão até 90 dias com cuidados médicos diários e de enfermagem permanentes.

PO814

2020 MEDICINA INTERNA NAS MARGENS DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS: A REALIDADE NUM HOSPITAL DO NORTE DE PORTUGAL

Fátima Leal-Seabra, Sara Almeida-Pinto, Mónica Alexandre, Manuela Resende, Rafaela Veríssimo, Agripino Oliveira

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova De Gaia, Portugal

Introdução

A Medicina Interna assume-se como uma especialidade integradora, de acompanhamento global do doente e da promoção da sua adaptação ou recuperação funcional, que recorre frequentemente à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Esta possibilita e fomenta a adequada transição de cuidados, na gestão e/ou recuperação do estado funcional do doente.

Objetivos

Caraterizar a população de doentes internados num Serviço de Medicina Interna (SMI) do norte do país com referenciação à equipa de gestão de altas [EGA].

Métodos

Base de dados da EGA do ano 2017 e a sua caracterização: idade, sexo, tipologia da RNCCI, motivo de referenciação, tempos da equipa funcional do SMI e de colocação. Utilizou-se o método estatístico Kaplan-Meier para valor p<0,05.

Resultados

Num total de 527 doentes sinalizados à EGA, 172 eram provenientes do SMI. Destes, 77 foram admitidos na RNCCI, em que 50,6% eram do sexo feminino e com idade mediana de 82 anos. Dos 95 não admitidos na RNCCI, 37,9% faleceram e destes 83,3% estavam referenciados para a Unidade de Longa Duração (ULDM); e 16,8% tiveram doenças agudas, sendo que 16,8% aguardavam integração em Unidade de Média Duração (UMDR). Os motivos de referenciação para a RNCCI mais frequentes eram a gestão de oxigenoterapia e aspiração de secreções em 28,6% dos casos e a reabilitação funcional em 27,3%. O tempo médio de referenciação pela equipa funcional à EGA era de 17,4 e da sua colocação na RNCCI de 24,9 dias. A referenciação para UMDR ocorreu em 49,4%, ULDM em 35,1%, Unidades de Convalescença (UC) em 9,1% e Cuidados Domiciliários (ECCI) em 6,5%. Quando comparada a demora entre a sinalização à EGA e saída do hospital, esta apresentava uma mediana de 6 dias para ECCI; 10 dias para a UC; 14 dias para UMDR e 15 dias para a ULDM, p=0,029.

Conclusões

O SMI continua a ser dos serviços mais utilizadores da EGA e da RNCCI, no entanto o atraso na sinalização à EGA e a associada demora na colocação na RNCCI, proporciona riscos significativos de morbi-mortalidade.

Outros

PO815

38 LAMIVUDINA: UM EFEITO COLATERAL PALPAVEL

Filipa Guimaraes, Ana Pinho, Nídia Pereira, Marta Pereira

ULSM - Hospital Pedro Hispano, Porto, Portugal

Introdução

A lamivudina é um analogo nucleosidico usado quer para o tratamento do VIH, quer para o tratamento da hepatite B, sendo também opção na profilaxia da sua reativação. É um fármaco com excelente tolerância oral com concentrações séricas má-

ximas após 0.5 a 1.5 horas após a toma. São vários os efeitos secundários descritos, nomeadamente mal estar generalizado com mialgias, cefaleias e fadiga, queixas gastrointestinais inespecíficas e alterações analíticas como neutropenia e elevação das transaminases. Raramente, entre 5-9% está associada a rash cutâneo e em raros casos cuja incidência se desconhece está associada angioedema e edemas periféricos.

Descrição

Homem de 72 anos, com mieloma múltiplo IgA, múltiplas lesões líticas, doença renal crónica e anemia neste contexto, sob terapêutica com bortezomib admitido por quadro de infecção respiratória. Desde há 1 mês (momento em que iniciou terapêutica imunossupressora e consequentemente lamivudina como profilaxia de reactivação do VHB), edemas periféricos crescentes, sem dispneia, ortopneia ou dispneia paroxística nocturna. Resolvida infecção respiratória, manteve edemas periféricos exuberantes não respondedores à terapêutica diurética instituída empiricamente. Foram excluídas outras causas: albumina normal; protenúria não agravada em relação ao seu habitual; TC sem alterações sugestivas de obstrução à drenagem; ecocardiograma sem disfunção ventricular. Revista terapeutica pensando em causas medicamentosas: decidido trial com switch de lamivudina para entecavir com resposta exuberante em 24horas. (Documentação fotográfica). Os autores pretendem com este poster realçar a importância de uma abordagem médica estruturada, realçando assim a necessidade de pensar em causas menos comuns, nomeadamente as medicamentosas. Nos dias de hoje, com doentes cada vez mais idosos e polimedicados, é fundamental considerar a raridade, como diagnóstico de exclusão, como possível causa para sinais e sintomas tão comuns.

PO816

133 DOENÇA DE KIKUCHI-FUJIMOTO: UMA CAUSA RARA DE ADENOPATIAS CERVICAIS

Patrícia Vasconcelos, Ana Corte-Real, Nuno Bragança
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, Amadora, Portugal

Introdução

A doença de Kikuchi-Fujimoto (DKF) ou linfadenite histiocítica necrotizante, é uma doença rara, habitualmente benigna e auto-limitada, de etiologia desconhecida, que afecta principalmente mulheres jovens e se caracteriza por linfadenopatias (frequentemente cervicais) e febre. O diagnóstico é anatomopatológico e, na maioria dos casos, permite o diagnóstico diferencial com outras patologias infecciosas, auto-imunes ou linfoproliferativas que apresentam características clínicas semelhantes. O tratamento é sintomático.

Descrição

Relatamos o caso de uma mulher de 28 anos, internada na nossa enfermaria por quadro de tumefacção cervical posterior esquerda dolorosa, com cerca de 3 semanas de evolução, associado a sintomas constitucionais.

À observação apresentava adenomegalias latero-cervicais esquerdas, dolorosas à palpação, de consistência elástica e móveis. Sem outras adenomegalias palpáveis nas cadeias ganglionares acessíveis e sem outras alterações relevantes ao exame objectivo.

Dos exames complementares de diagnóstico realizados destaca-se:

- Linfocitose. Restante estudo analítico sem alterações, nomeadamente serologias virais e pesquisa de auto-anticorpos.

- Ecografia cervical: múltiplas adenopatias latero-cervicais esquerdas, sendo a de maiores dimensões de 1,6 cm de maior eixo.

Perante estes resultados, realizou biópsia excisional ganglionar cujo exame histopatológico com estudo imunohistoquímico permitiu obter o diagnóstico de DKF.

A doente teve alta medicada com terapêutica sintomática. Quatro meses depois, verificou-se resolução completa do quadro. Mantém vigilância clínica e laboratorial periódica em consulta.

Apesar de rara, a DKF, deve ser tomada em conta enquanto diagnóstico diferencial de linfadenopatia cervical persistente, na medida em que apresenta características clínicas semelhantes às de outras patologias cuja evolução e necessidades terapêuticas são totalmente diferentes, evitando tratamentos agressivos desnecessários.

PO817

168 SÍNDROME DE DRESS – UM CASO RARO DE TOXIDERMIA GRAVE À LAMOTRIGINA

Catarina Lameiras, Énia Ornelas, Marta Lopes, Maria Do Céu Dória
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora, Portugal

Introdução

A síndrome induzida por fármacos com eosinofilia e sintomas sistémicos (DRESS–Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) é uma reacção idiossincrática caracterizada por exantema, adenopatias, febre, envolvimento de órgão (fígado, rim, coração e pulmão) e alterações leucocitárias. De patogenia não completamente esclarecida, associa-se a recorrências frequentes e à reactivação de infecção por vírus herpes humano. O tratamento consiste na suspensão do fármaco e início de corticoterapia sistémica. É uma entidade potencialmente fatal, pelo que a suspeita clínica e tratamento atempados são fundamentais.

Descrição

Homem de 50 anos com epilepsia e introdução recente de

Lamotrigina. Quatro semanas após o início deste fármaco, desenvolve um quadro de febre elevada e exantema eritematoso maculopapular generalizado. Analiticamente apresentava leucocitose com eosinofilia (13%) e PCR elevada. Por suspeita de toxidermia, suspendeu a Lamotrigina e iniciou prednisolona (0.5 mg/kg/dia) com melhoria clínica e analítica. Durante o desmame de corticóide, verificou-se recorrência do quadro, com exantema mais exuberante, edema marcado das extremidades e face, adenopatias cervicais e inguinais, eosinofilia mais acentuada (35%) e padrão de citocolestase de novo. Considerando o exantema, febre elevada, eosinofilia, adenopatias e envolvimento hepático, foi colocada a hipótese diagnóstica de toxidermia grave tipo DRESS associada à Lamotrigina. Foi reintroduzido o corticóide em dose mais elevada (1 mg/kg/dia) e sob redução mais gradual, com resolução do quadro.

Discussão: A hipersensibilidade a fármacos é um diagnóstico de exclusão dificultado pela diversidade de manifestações e pela inexistência de um teste para diagnóstico definitivo. Na síndrome de DRESS, a dificuldade é acrescida pelo envolvimento multissistémico e pelo período de latência prolongado após início do fármaco, pelo que um índice de suspeição elevado é essencial para o seu diagnóstico.

PO818

170 SÍNDROME DRESS ASSOCIADO A SULFASSALAZINA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Pedro Salvador, Marina Reis, Ana Rita Costa, Pedro Oliveira, Ana Pereira, Filipa Borges Santos, Sara Beça, Rosa Ferreira, Vítor Paixão Dias

CHVNG/E, Vila Nova De Gaia, Portugal

Introdução

A síndrome DRESS (Drug Rash Eosinophilia Systemic Symptoms) é uma reação, grave, idiossincrática, a fármacos que se apresenta com erupção cutânea, alterações hematológicas e envolvimento multiorgânico. De incidência indeterminada, os casos reportados afetam comummente adultos, mais frequentemente associados a antiepiléticos e alopurinol. Associações a múltiplos outros fármacos estão descritas, nos quais se inclui também a Sulfassalazina.

Descrição

Descrevemos o caso de uma mulher de 42 anos, com suspeita de poliartrite, motivo pelo qual iniciara Sulfassalazina há cerca de 5 semanas. Iniciou quadro de febre e exantema eritematoso, inicialmente no tronco, com extensão a toda a superfície corporal. Interpretado inicialmente como possível manifestação cutânea do quadro em estudo, foi medicada com corticoide e anti-histamínico, tendo suspendido Sulfassalazina. Pela persistência e exacerbação do exantema foi internada, tendo o estudo realizado demonstrado eosinofilia e linfocitose (esfregaço com linfócitos de citoplasma hiperbasófilo, contornos irregulares e basofilia periférica), citocolestase hepática, hepatoesplenomegalia e linfadenopatias. Realizou também biópsia de pele cujo resultado suportava a hipótese de toxidermia. Manteve tratamento com corticoterapia e anti-histamínico (chegou a fazer imunoglobulina), com melhoria interrompida por várias exacerbações, acabando por ter alta ao fim de 40 dias.

A síndrome DRESS apresenta grande variabilidade de apresentação, implicando alto grau de suspeição clínica. Nos casos mais típicos, como o descrito, são vários os pontos que apoiam o diagnóstico. Começando pela exposição ao fármaco, pelo eritema, alterações hematológicas, sintomas sistémicos, linfadenopatias, envolvimento hepático e terminando na exclusão de causas infeciosas, podemos afirmar que há forte evidência que sustente a suspeita. O tratamento com sucesso que incluiu suspensão do fármaco, cuidados de suporte, corticoterapia e imunoglobulinas apoia também o diagnóstico.

PO819

TRABALHO RETIRADO

PO820

195 INTERAÇÕES FARMACOLÓGICAS NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Jéssica Chaves, Carolina Morna, Helena Freitas Luis, Catarina Lume, Nélia Abreu, Luis Correia, Augusto Barros, Maria Da Luz Brazão

Hospital Central do Funchal, Funchal, Portugal

Introdução

A polifarmácia é um problema comum nas enfermarias de Medicina Interna que pode ter impacto na qualidade assistencial dos doentes internados.

Objetivos

Auditar as prescrições medicamentosas no Serviço de Medicina Interna (SMI) de forma a reconhecer as interacções farmacológicas (IF) presentes nessas prescrições.

Métodos

Realizou-se um estudo retrospectivo que consistiu na análise das prescrições dos doentes internados num SMI durante 24h. Em cada prescrição, avaliou-se o número de fármacos prescritos e de IF total incidindo nas IF graves e IF contra-indicadas. Finalmente apurou-se a classe de fármacos mais prescrita e as IF graves e contra-indicadas mais frequentes. Utilizou-se o programa online ePocrates nas pesquisa das IF.

Resultados

As 142 prescrições avaliadas perfizeram um total de 1.074 fármacos prescritos, sendo que cada prescrição tinha em média

7,56 fármacos prescritos. Foram encontradas 721 interações, numa média de 5,07 interações por prescrição. Do total de prescrições, 20,42% das prescrições tinha apenas uma IF, 17,61% tinham uma interação grave e apenas 8,45% das prescrições não tinham qualquer IF. Das 721 IF, 59 (8,18%) eram graves e 4 (0,55%) eram contra-indicadas. A classe de fármacos mais prescrita foram os broncodilatadores (9,31%), a interacção grave mais prescrita foi a associação ácido acetilsalicílico e enoxaparina. A IF contra-indicação mais frequente foi a associação sinvastatina e claritromicina.

Conclusões

Existem ainda muitas interacções farmacológicas nas prescrições que poderiam ser evitadas, atendendo à existência de programas de fácil acesso que nos ajudam a confirmar as interacções existentes nas nossas prescrições. Verificou-se portanto haver espaço para a optimização da prescrição. Assim, é necessária sensibilização dos profissionais de saúde para esta temática.

PO821

264 ARTRITE MIGRATÓRIA EM DOENTE COM PAPULOSE LINFOMATÓIDE TIPO A

Margarida Torres[1], Jorge Silva Ferreira[2], Inês Barreto[2], João Pedro Freitas[2], Maria João Gomes[2]

[1]Centro Hospitalar Lisboa Norte, Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, Portugal

[2]Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

Introdução

A Papulose Linfomatóide (PL) é uma doença linfoproliferativa cutânea primária de células T CD30+ rara, de curso indolente e prognóstico favorável, embora se associe ao risco de desenvolvimento de outras neoplasias linfóides. O pico de incidência da doença ocorre aos 50 anos. A PL tipo A distingue-se dos outros tipos (B e C) pelas suas características histológicas e apresentação clínica. Descreve-se o caso clínico de doente jovem com o diagnóstico de PL cuja manifestação inicial foi de artrite migratória.

Descrição

Mulher de 29 anos, previamente saudável, iniciou quadro de artrite migratória com envolvimento sucessivo do joelho e tornozelo direitos, e tendinite do cotovelo direito. Da avaliação inicial destaca-se apirexia, ausência de adenopatias, manifestações cutâneas ou sinais de vasculite, com leucocitose e neutrofilia ligeiras, VS 25mm, estudo da autoimunidade negativo, IgG para EBV, CMV e Mycoplasma pneumoniae positivo, com IgM e restante serologia de infecções atípicas negativas, assim como TASO. Foi tratada com doxiciclina sob a hipótese diagnóstica de artrite migratória a Mycoplasma. Por ausência de melhoria iniciou-se prednisolona 20 mg por dia, com desmame ulterior. Dezoito meses depois surgiram pápulas eritemato-descamativas ao nível dos membros e dorso. A biópsia cutânea mostrou aspectos de doença linfoproliferativa CD30+ compatível com o diagnóstico de PL tipo A. A biópsia óssea, TC de corpo e a pesquisa de células de Sézary excluíram envolvimento sistémico. Foi referenciada a Consulta de Dermatologia para tratamento com PUVA que foi protelado dada a regressão das lesões com a exposição solar.

Apesar da associação entre artrite reumatóide juvenil e papulose linfomatóide ter sido descrita previamente, tem sido considerado que a papulose linfomatóide é secundária à terapêutica imunomoduladora (adalimumab). No caso descrito, as manifestações articulares precedem o linfoma cutâneo mas este não está relacionado com terapêutica biológica.

PO822

275 HEMATOMA ESPONTÂNEO DA PAREDE ABDOMINAL, ENTIDADE RARA MAS POTENCIALMENTE FATAL

Mário Rodrigues, João Costa, Manuel Monteiro, Vera Salvado

Hospital de São José, Lisboa, Portugal

Introdução

O hematoma espontâneo da parede abdominal é uma entidade de pouco frequente mas potencialmente fatal. Descrevemos o caso de uma doente com este diagnóstico em que, apesar do seu reconhecimento precoce, apresentou uma evolução desfavorável.

Descrição

Mulher de 80 anos, com história de síndrome metabólico e internamento na semana prévia por insuficiência cardíaca descompensada por fibrilhação auricular, tendo alta medicada com enoxaparina subcutânea em dose terapêutica. Desde há 3 dias com acessos de tosse violentos, recorrendo à Urgência por instalação de dor intensa no flanco abdominal direito após novo acesso de tosse. Apresentava-se queixosa, normotensa, palpando-se massa dolorosa no flanco abdominal direito com defesa. Analiticamente com anemia (hemoglobina 7,4g/dl, com diminuição de 2g/dl face ao valor à data de alta), sem alterações das plaquetas e da coagulação. Solicitada TC-abdominal que revelou 2 hematomas volumosos da parede abdominal anterior (36x14x9 e 24x16x9mm) com hemorragia ativa e provável foco na artéria epigástrica superior. A doente evoluiu para choque hemorrágico, realizou suporte transfusional e foi submetida a arteriografia pela Angiologia de intervenção com embolização do vaso sangrante. Apesar da instituição de suporte aminérgico constatou-se deterioração clínica progressiva, tendo sido verificado o óbito 24h depois.

Discussão: O hematoma espontâneo da parede abdominal é uma entidade rara, geralmente originada pela rotura da artéria

epigástrica. Surge sobretudo em doentes hipocoagulados na presença de fatores que aumentam a tensão da musculatura abdominal, sendo a tosse o mais frequente. Pode simular um quadro de abdómen agudo, havendo irritação peritoneal pela presença de sangue. O tratamento é essencialmente conservador, sendo necessária cirurgia nas situações de hemorragia ativa com repercussão hemodinâmica. O diagnóstico precoce é fundamental, embora em cerca de 4% dos casos ocorra morte por choque hipovolémico.

01 DE JUNHO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 07
09:00 - 10:30

PO823

280 FIBROSE RETROPERITONEAL, COMPLICAÇÃO RARA DO USO DE ERGOTAMINA

Mário Rodrigues, João Costa, Manuel Monteiro, Anabela Nunes, Rodrigo Leão
Hospital de São José, Lisboa, Portugal

Introdução

A fibrose retroperitoneal ou doença de Ormond é uma patologia rara, resultando de um processo inflamatório crónico do retroperitoneu. A etiologia é predominantemente idiopática, contudo pode ser secundária a medicação, neoplasia, inflamação, entre outras causas. Descreve-se o caso de um doente com fibrose retroperitoneal vários anos após medicação com ergotamina.

Descrição

Caso Clínico: Homem de 59 anos, com história de enxaqueca, seguido por Neurologia e medicado com dihidroergotamina desde há 10 anos. Recorreu ao Serviço de Urgência por dificuldade na micção e diminuição do débito urinário, sendo posteriormente referenciado à consulta de Medicina para investigação de anemia e disfunção renal (creatinina 1,48mg/dl). Do estudo, realizou ecografia renal que mostrou ureterohidronefrose bilateral moderada, e TAC que revelou ainda massa envolvendo uréteres pélvicos e grandes vasos abaixo da bifurcação aórtica. Nesse contexto, foi submetido a colocação de stents ureterais bilateralmente e a intervenção cirúrgica, com remoção parcial da lesão e cujo resultado histológico revelou alterações compatíveis com fibrose. Admitindo-se fibrose retroperitoneal secundária a ergotamina, suspendeu-se este fármaco e iniciou corticoterapia, contudo com aumento do volume da lesão após 1 ano e necessidade de reintervenção. Desde então, manteve seguimento por Medicina e Urologia, sem novas complicações em 5 anos.

Discussão: A fibrose retroperitoneal é uma doença inflamatória crónica que, raramente, pode resultar do uso prolongado de fármacos como a ergotamina, geralmente utilizada no tratamento de cefaleias. O quadro clínico resulta dos órgãos retroperitoneais afectados, sendo os sintomas urinários os mais frequentes. A ecografia e estudo com TC e RM sugerem a sua existência, embora o diagnóstico definitivo seja histológico. O tratamento passa pela suspensão do agente causal e instituição de imunossupressores, como corticoterapia em alta dose, sendo ocasionalmente necessária abordagem cirúrgica.

E-POSTERS

PO824

281 DOENÇA DE KIKUCHI RECORRENTE E EXTRACERVICAL, UMA MANIFESTAÇÃO POUCO TÍPICA

Mário Rodrigues, João Costa, Manuel Monteiro, Anabela Nunes, Luís Dias
Hospital de São José, Lisboa, Portugal

Introdução

A doença de Kikuchi-Fujimoto, ou linfadenite histiocítica necrotizante, é uma patologia rara, idiopática e geralmente autolimitada. A manifestação mais frequente é a linfadenopatia cervical, com ou sem sintomatologia sistémica, sendo raras outras localizações. Descreve-se o caso de uma doente com recidiva da doença com adenopatias extracervicais.

Descrição

Caso Clínico: Mulher de 20 anos, sem antecedentes patológicos ou epidemiológicos relevantes, referenciada à consulta para esclarecimento de massa laterocervical direita dolorosa, com adenopatias cervicais bilaterais, sensação febril, astenia, anorexia e hipersudorese nocturna. O estudo infeccioso, neoplásico e auto-imune revelou-se negativo, tendo feito biópsia ganglionar que foi compatível com linfadenite histiocítica necrotizante favorecendo Doença de Kikuchi. Realizou anti-inflamatório durante 2 semanas com resolução do quadro. Cerca de 7 meses depois, desenvolveu quadro de adenopatias axilares direitas, sem febre ou queixas constitutivas, e que foi refractário à instituição de anti-inflamatórios. Nesse contexto, repetiu estudo analítico e imagiológico que não revelou alterações significativas, e procedeu-se a excisão ganglionar que mostrou achados compatíveis com doença de Kikuchi. A doente iniciou corticoterapia oral (prednisolona 1mg/kg/dia) durante 5 dias e com desmame ao longo de 6 semanas, com melhoria franca e completa resolução do quadro. Sem recidiva nos 3 meses seguintes, mantendo follow-up em consulta.

Discussão: A doença de Kikuchi tem evolução tipicamente be-

nigna e autolimitada, resolvendo em poucas semanas a meses e com resposta favorável com anti-inflamatórios. Na maioria dos casos cursa com linfadenopatia cervical, embora estejam descritos casos de linfadenopatia generalizada, com envolvimento axilar, inguinal e mesentérico. A recorrência é rara, em 3% dos casos, podendo ser necessária corticoterapia ou outra terapêutica imunossupressora na doença recorrente e generalizada.

PO825

368 SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ E DILEMAS TERAPÊUTICOS – UM CASO CLÍNICO

Vanessa Meireles Chaves[1], Ana Oliveira Monteiro[1], Inês Ferreira[1], Sofia Tavares[1], Marta Oliveira[2], Filipe Conceição[1]

[1]Centro Hospitalar de S. João, Porto, Portugal

[2]Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro, Portugal

Introdução

O Síndrome de Guillain Barré (SGB) é a neuropatia paralítica aguda mais comum, com incidência de cerca de 1/100 000 pessoas/ano. Pode apresentar um curso rapidamente progressivo e potencialmente fatal, pelo que requer diagnóstico precoce, monitorização e tratamento adequado. Dilemas acerca da janela terapêutica e da possibilidade de repetição ou alteração do tratamento inicial podem surgir em doentes que não melhoram ou apresentam progressão dos défices.

Descrição

Mulher, 63 anos. Quadro de fraqueza muscular ascendente bilateral e parestesia dos membros, com progressão, em dois dias, para tetraparésia flácida, parésia facial bilateral, hiporreflexia generalizada, disfagia e disartria. Antecedente de infeção respiratória alta 1 semana antes, resolvida com terapêutica sintomática. Do estudo efetuado, TC cerebral sem alterações. O líquido cefalorraquidiano revelou dissociação albumino-citológica. A eletromiografia mostrou neuropatia axonal motora aguda. Assumiu-se o diagnóstico de SGB e a doente foi tratada com imunoglobulina endovenosa (IgIV) durante 5 dias. Por insuficiência respiratória necessitou de ventilação não invasiva durante 10 dias. Não foi documentada evidência analítica, microbiológica ou serológica de infeção. Ao 14º dia, por persistência dos défices motores e bulbares, foi submetida a um segundo curso de IgIV. Teve alta para unidade de reabilitação após um mês de internamento, sem melhoria significativa dos défices. Após 6 meses de reabilitação já estava capaz de marcha autónoma; mantinha disfagia, disartria e parésia facial.

Discussão: O tratamento do SGB deve ser iniciado o mais precocemente possível após o diagnóstico. Tanto a plasmaferese (PF) como a IgIV constituem terapêuticas eficazes. Não existe evidência atual de que o prognóstico seja melhorado por repetição da terapêutica inicial ou alteração da estratégia terapêutica. O efeito de um segundo curso de IgIV em doentes com mau prognóstico está em investigação.

PO826

403 NADA É INÓCUO...

Tânia Batista, António Novais, Paula Manuel, António Correia

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Viseu, Portugal

Introdução

Introdução: A reação adversa a um medicamento pode ser definida como uma reação nociva e desagradável que ocorre após a sua toma, quando este é utilizado em doses normalmente adequadas para profilaxia, diagnóstico ou tratamento.

Descrição

Caso Clínico: Mulher, 68 anos. Antecedentes de acidente vascular cerebral isquémico e fratura do fémur direito que motivaram internamento prévio prolongado. Recorreu ao serviço de urgência 5 dias após a alta clínica por aparecimento de lesões cutâneas nos joelhos e febre com início nesse mesmo dia; sem outras queixas. À admissão encontrava-se febril e apresentava exantema cutâneo maculopapular a nível dos joelhos; sem outras alterações. Do estudo complementar destacava-se a presença de leucopenia. Admitida em internamento por síndrome febril de etiologia mal esclarecida. No primeiro dia de internamento apresentou agravamento do exantema, que passou a ser generalizado não poupando as palmas das mãos nem as plantas dos pés, contudo sem novos picos febris. Apresentou também agravamento analítico com neutropenia grave. Ainda sem etiologia esclarecida do quadro, foi revisto o processo clínico do internamento anterior, verificando-se a referência ao início da toma de carbamazepina, que se admitiu poder estar em relação com o quadro clínico, dada a descrição da ocorrência de toxidermia e mielotoxicidade como possíveis efeitos adversos. Esta hipótese foi corroborada com a suspensão do fármaco e subsequente regressão do exantema e normalização analítica.

Discussão: As consequências às reações adversas dos medicamentos podem ser muito variáveis, desde leves e com pouca interferência clínica, até graves e potencialmente fatais. Mesmo as reações adversas pouco frequentes devem ser consideradas, e revisto sempre o histórico medicamentoso, sobretudo quando estamos perante um quadro clínico de etiologia ainda não esclarecida.

01 DE JUNHO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 05
09:00 - 10:30

PO827

405 PORQUE TENHO ESTA BARRIGA?

Tânia Batista, António Novais, Paula Manuel, António Correia

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Viseu, Portugal

Introdução

Introdução: A peritonite tuberculosa, um dos subtipos de peritonite granulomatosa, é uma entidade pouco comum no nosso país, ocorrendo associada a alguns fatores de risco como infeção por VIH e terapêutica imunossupressora.

Descrição

Caso clínico: Homem, 81 anos. Antecedentes de polimialgia reumática. Medicado com prednisolona 5mg há longa data. Recorreu à urgência por dor e distensão abdominal, com paragem de emissão de gases e fezes desde há 5 dias; astenia, anorexia e perda ponderal não quantificada, negando febre. À admissão de salientar palidez mucocutânea e acentuada distensão abdominal por ascite, sem tensão. Realizou radiografia de abdómen que excluiu oclusão intestinal e ecografia que confirmou grande quantidade de líquido em todos os quadrantes, sem outros achados de relevo. Internado para estudo etiológico de ascite. Do estudo complementar: cinética do ferro de padrão inflamatório e adenosina desaminase (ADA) no sangue elevada; líquido ascítico compatível com exsudado e ADA elevada; endoscopia digestiva alta e baixa sem alterações; tomografia computorizada toraco-abdomino-pélvica com grande quantidade de derrame peritoneal, várias formações ganglionares no mediastino e densificação da gordura adjacente ao peritoneu, podendo corresponder a edema, não se podendo excluir carcinomatose peritoneal. Realizou biopsia laparoscópica de nódulos peritoneais compatível com peritonite granulomatosa. Foi admitido o diagnóstico de peritonite tuberculosa (apesar de não se ter conseguido isolar Mycobacterium Tuberculosis) tendo iniciado terapêutica antibacilar com resposta clínica e imagiológica favorável.

Discussão: A abordagem da patologia abdominal é bastante diversificada e nem sempre se encontram as etiologias mais evidentes, pelo que se torna sempre fundamental a realização de uma história clínica completa e um exame objetivo detalhado. Ainda que as peritonites granulomatosas sejam uma entidade pouco comum, perante a exclusão de outras etiologias deve sempre ser equacionada.

E-POSTERS

PO828

427 LINFEDEMA PRIMÁRIO – UMA ENTIDADE RARA

Ana Bento Rodrigues, Joana Rosa Martins, Pedro Garrido, António Pedro Machado, Paulo Cantiga Duarte

CHLN - Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

Introdução

O linfedema é uma patologia frequente na prática clínica. Pode ser classificado como primário ou secundário. A sua apresentação secundária a uma outra patologia é a mais frequente. Os autores trazem um caso de linfedema numa doente jovem, com anos de evolução e com impacto na qualidade de vida.

Descrição

Mulher de 40 anos.Saudável. Enviada à consulta de Medicina Interna por edema exuberante dos membros inferiores com 3 anos de evolução. Referia erisipelas recorrentes e dificuldade nas tarefas diárias. Tinha sido medicada com IECA, betabloqueante e terapêutica diurética pelo médico de família na presunção de insuficiência cardíaca. Realizou avaliação laboratorial sem alterações, incluindo estudo autoimune e urina de 24h, excluindo síndrome nefrótico. Sem evidência de doença hepática ou renal. Função tiroideia normal. Excluída iatrogenia medicamentosa. Fez ecocardiograma sem alterações. Pela hipótese de neoplasia realizou TC toracoabdominopélvica sem alterações.

Excluindo as patologias acima supracitadas, pedida linfocintigrafia: ausência de drenagem linfática nos primeiros 5 minutos, aos 50 minutos acumulação em toalha na região tibiotársica bilateralmente, escassa drenagem linfática pela via interna dos membros inferiores com actividade em gânglio popliteu direito e em gânglios inguinais bilaterais – exclui obstáculo completo da drenagem linfática. Sem vias de drenagem colateral.

Pedido estudo genético de linfedema hereditário e síndrome de distiquíase-linfedema, negativo.

Excluindo causas secundárias de linfedema admite-se linfedema primário. A doente está a cumprir drenagem linfática e medicina física e reabilitação, com melhoria.

Os autores apresentam um caso de um sintoma comum na prática clínica, desafiante do ponto de vista diagnóstico ,com implicações na qualidade de vida da doente. O linfedema primário é raro em adultos – conhecido como linfedema tarda. É mais frequente nas mulheres, com idade média de diagnóstico aos 38 anos e sem associação genética.

PO829

445 ENDOFTALMITE BACTERIANA ENDÓGENA – UMA FORMA RARÍSSIMA DE UMA INFEÇÃO RARA

Sara Mendonça Freitas, Joana Marques, Ana Grilo, Fernando Gonçalves, José Araújo

Hospital Beatriz Ângelo, Loures, Portugal

Introdução

A endoftalmite bacteriana é uma infeção rara do segmento posterior do olho. Tendo em conta a sua localização esta induz com frequência uma destruição irreversível das células fotorreceptoras da retina e pode ser classificada como exógena ou mais raramente endógena (por via hematogénica).

Descrição

Homem de 84 anos, com história conhecida de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2.

Internado por AVC isquémico de provável etiologia cardioembólica, com hemiparesia esquerda sequelar, tendo iniciado terapêutica de prevenção secundária e reabilitação física. Após 7 dias de internamento o doente reunia condições para alta no entanto manteve-se internado a aguardar resolução social.

Após este período desenvolveu uma infeção urinária a S. aureus (sensível a amoxicilina/ ácido clavulânico que cumpriu durante 7 dias). Cerca de 7 dias depois desenvolveu sinais inflamatórios do olho direito, pelo que foi observado pela oftalmologia que diagnosticou endoftalmite bacteriana endógena dado apresentar córnea e conjuntiva íntegras. Foi administrada injeção intracamecular de cefuroxima, injeção intravítrea de vancomicina e ceftazidima e colírios de vancomicina e ceftazidima após colheita de humor aquoso em que foi isolada E. coli sensível a ceftazidima (mas resistente a amoxicilina/ ácido clavulânico). Cumpriu ainda 14 dias de terapêutica dirigida com ceftazidima endovenosa e corticoterapia sistémica e por injeção intravítrea.

Apesar da terapêutica dirigida infelizmente não ocorreu recuperação funcional com consequente amaurose sequelar do olho direito.

Pretende-se com este caso expor um subtipo raro de uma infeção ocular por si já pouco frequente. É importante para o internista ter um elevado grau de suspeição perante estas manifestações clínicas muitas vezes subvalorizadas, dado que os nossos doentes, pela suas múltiplas comorbilidades e idade avançada, apresentam com frequência um estado de elevada fragilidade e consequente suscetibilidade a este tipo de infeções.

PO830

513 IMUNODEFICIÊNCIA PRIMÁRIA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Carolina Carvalho, César Vidal, Rita Correia, Fabia Cruz, Sandra Martin, Maria Eugénia André

ULS-Castelo Branco, Castelo Branco, Portugal

Introdução

As Imunodeficiências Primárias (IDPs) são defeitos genéticos hereditários. As alterações podem estar presentes no nascimento ou apresentar-se ao longo da vida. Embora raras, estão subdiagnosticadas. Apenas 8% dos adultos com IDP são diagnósticos com imunodeficiência combinada, sendo a mais prevalente a deficiência de anticorpos.

Descrição

Os autores apresentam o caso de uma mulher 34 anos, com antecedentes de rinite alérgica, com crises frequentes nos últimos dois anos, dos antecedentes familiares destaca-se o irmão que faleceu aos 36 anos com síndrome mielodisplásico. Doente recorreu ao Serviço de Urgência com tosse e febre com dois dias de evolução, ao exame objetivo destaca-se candidíase oral e fervores pulmonares dispersos, dos exames complementares ressalva-se bicitopenia e PCR: 60mg/L, gasometria arterial: hipoxemia e radiografia de tórax com infiltrados bilaterais. No 2º dia de internamento cursou com agravamento do quadro, realizou tomografia computadorizada de tórax, discutido com Pneumologia, iniciou cobertura empírica para Pneumocystis jirovecii com cotrimoxazol, fez broncofibroscopia com lavado broncoalveolar e os resultados confirmaram a suspeita. A doente apresentou melhoria clínica e analítica e teve alta. Ainda no internamento foram realizados mielograma sem alterações e despiste de infeção viral e doenças autoimunes. Enviada a consulta de Hematologia, despistada doença hematológica. Após seis meses a doente apresentou diminuição da acuidade visual, recorreu a Oftalmologia e foi diagnosticada com retinite por citomegalovírus. Em consulta de Medicina foi repetido perfil viral e autoimune com resultados negativos, feito rastreio para IDPs que mostrou diminuição na produção de células T, B e NK, concluindo-se tratar de uma imunodeficiência combinada, sendo enviada a consulta de IDPs. Os autores ressalvam o desafio diagnóstico dessa patologia reforçando a importância da suspeição clínica, uma vez que o reconhecimento precoce é essencial na redução da mortalidade.

PO831

518 ADENOPATIA CERVICAL – EM QUE PENSAR?

Ana Marques, Rosa Amorim

Centro Hospitalar do Oeste, Caldas Da Rainha, Portugal

Introdução

INTRODUÇÃO: O diagnóstico diferencial de adenopatias cervicais implica pensar em doenças como o Linfoma de Hodgkin, a Leishmaniose, Toxoplasmose, Tuberculose e Sarcoidose, entre outras.

Descrição

CASO CLÍNICO: Mulher de 67 anos, autónoma, enviada à consulta por cervicalgias e cefaleia hemicraneana de longa data, com agravamento nos últimos 6 meses. Antecedentes de hipertensão arterial e dislipidémia. Ao exame objectivo destaca-se: vitiligo, adenopatia cervical esquerda consistência elástica, móvel com cerca de 3 cm maior diâmetro. O hemograma não apresentava alterações, e a VS à 1ª hora era de 4 mm. O Rx Tórax e o ECG não apresentavam alterações. A ecografia partes moles do pescoço, revelou: "diversas formações ganglionares cervicais, de natureza a esclarecer". TC-Cervico-tóraco-abdomino-pélvica "Adenomegálias laterocervicais esquerda a mais volumosa 3,4cm. Adenomegálias supraclaviculares esquerdas, a mais volumosa com 2,6cm"; IGRA positivo; Biópsia gânglio cervical esquerdo "granulomas epitelioides confluentes, sem coroa linfocitária, sem necrose, alguns com células multinucleadas." ECA 67,8 U/L. Ecocardiograma "miocardiopatia hipertensiva de grau ligeiro, com função sistólica preservada e regurgitação mitral ligeira". DISCUSSÃO: A Sarcoidose é uma doença multisistémica, de causa não conhecida e clinicamente imprevisível. O pulmão está envolvido em cerca de 90% dos casos. A biópsia é, muitas vezes, necessária para confirmar o diagnóstico. Quando os granulomas são encontrados apenas em localização extrapulmonar, um diagnóstico seguro de sarcoidose requer envolvimento de um segundo órgão, mais comummente a pele e o fígado. Não existe um marcador adequado da actividade da doença, pelo que o a monitorização clínica destes doentes é fundamental para a decisão de início de terapêutica. O internista tem um papel fundamental no diagnóstico, seguimento, avaliação dos órgãos possivelmente envolvidos, gestão das alterações do metabolismo ósseo e terapêutica corticoide de longa duração.

PO832

680 FEBRE NO DOENTE IMUNODEPRIMIDO – A IMPORTÂNCIA DE UMA ABORDAGEM MULTIFACETADA

Vanessa Meireles Chaves, Pedro Marques, Sofia Tavares, Bruno Fernandes, Isabel Barbosa, Jorge Almeida

Centro Hospitalar de S. João, Porto, Portugal

Introdução

A febre no imunodeprimido obriga a uma abordagem sistematizada e abrangente. No doente transplantado renal é essencial contemplar as causas decorrentes da utilização dos imunossupressores.

Descrição

Homem, 57 anos. Transplantado renal em 2002, sob imunossupressão com tacrolimus, micofenolato de mofetil (MMF) e prednisolona. Em 10.2016 foi submetido a cirurgia do tipo Hartmann por diverticulite perfurada. Iniciou hemodiálise em 10.2017 por falência do enxerto. Internado para reconstrução eletiva do trânsito gastrointestinal a 02.11.2017. O pós-operatório foi complicado de infeção da ferida cirúrgica com bacterémia por Enterococcus faecalis e deiscência da anastomose abdominal, com necessidade de reintervenção cirúrgica. Subsequentemente desenvolveu endocardite de válvula aórtica nativa; evolução inicial favorável sob antibioterapia (ATB) dirigida, apresentando ecocardiograma transesofágico (ETE) ao 18º dia sem vegetações nem abcesso. Ao 21º dia de ATB reaparecimento de febre, sem clínica focalizadora de infeção. Repetiu ETE que não mostrou vegetações nem abcesso. Face à ausência de foco evidente efetuou substituição de cateter de diálise, sem melhoria. Colocou-se a hipótese de rejeição aguda do transplante, em doente com suspensão recente de imunossupressores, a qual foi sugerida por achados de imagem. Contudo, sem clínica nem alterações do sedimento urinário. Pela possibilidade de complicação cirúrgica, apesar de assintomático do foro abdominal, realizou TC que mostrou trajetos fistulosos com origem na anastomose intestinal, confirmados por colonoscopia. Foi submetido a desmontagem da anastomose cólica, colostomia terminal e transplantectomia a 12.01.2018, com evolução favorável.

Discussão: Descreve-se uma complicação rara da utilização prolongada de MMF que, por induzir alterações na mucosa intestinal, pode causar deiscência de anastomoses intestinais. Pretende-se aumentar o nível de suspeição para este tipo de complicações em doentes medicados com MMF prolongadamente.

PO833

765 SÍNDROME DE SWEET INDUZIDO POR AZATIOPRINA

Sónia Santos, Katarina Kieselova, Joana Raquel Monteiro, António Antunes, Fernanda Pinhal, Célio Fernandes, Martinha Henrique

Centro Hospitalar Leiria, Leiria, Portugal

Introdução

O Síndrome de Sweet (SS) é uma doença rara, caracterizada por lesões cutâneas eritematovioláceas dolorosas de distribuição assimétrica, febre (>38ºC), leucocitose com neutrofilia e derme com infiltrado inflamatório neutrofílico denso à histologia. Sintomas acompanhantes são artralgias, mal-estar, cefaleias e mialgias. Em termos analíticos o mais frequente é leucocitose com neutrofilia, bem como elevação de marcadores de inflamação (velocidade de sedimentação e Proteína C Reactiva). O SS pode ser dividido em três grupos: clássico, associado a doenças malignas e induzido por drogas.

Descrição

Os autores descrevem um caso de um doente de 57 anos, seguido em consulta externa de gastrenterologia por hepatite auto-imune, admitido no serviço de urgência por múltiplas lesões cutâneas, mal-estar geral, artralgias e febre. Na revisão da sua terapêutica habitual constatou-se que havia iniciado azatioprina 13 dias antes. As lesões cutâneas consistiam em placas eritematosas dolorosas nos joelhos e tronco, lesões em alvo na face posterior das mãos, placas com pseudovesiculação na região frontal e pápulo-pustulas dispersas no tronco. As análises sanguíneas mostravam leucocitose discreta 14500/µL com neutrofilia 87,9 %, VS elevada 30 mm/h e PCR 173,3 mg/L.

Foi realizada biópsia cutânea no dorso da mão esquerda e região escapular.

Suspendeu terapêutica com azatioprina e iniciou prednisolona 0,75mg/kg/dia, observando-se uma rápida melhoria das lesões cutâneas, com descida do perfil térmico e parâmetros inflamatórios. A biópsia às lesões cutâneas mostrou alterações compatíveis com SS.

Rash febril na ausência de infecção nas primeiras 4 semanas de terapêutica com azatioprina devem alertar para a possibilidade de SS induzido por azatioprina. Os critérios de diagnóstico são início súbito de placas eritematosas dolorosas, infiltrado neutrofilico denso sem evidência de vasculite, febre, relação temporal entre a administração do fármaco e apresentação clínica e resolução após suspensão do fármaco.

01 DE JUNHO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 05
09:00 - 10:30

PO834

794 DORES MUSCULARES - SERÁ QUE É PREOCUPANTE ?

Flávia Marília Santos, Olga De Jesus, Dra. Maria Jesus Banza, Dr. Célio Fernandes

Centro Hospitalar de Leiria - Hospital de Santo André, Leiria, Portugal

Introdução

A Miopatia de Miyoshi consiste numa doença rara autossómica recessiva com penetrância completa, descrita inicialmente no Japão em 1967 por Miyoshi. Acomete mais comummente jovens entre os 15 e os 30 anos, sem preferência de género.

Descrição

Os autores apresentam o caso de um jovem de 19 anos de idade, género masculino, que foi enviado a consulta de doenças hepáticas, em 2010, por elevação das transaminases em cerca de 6xLSN, assintomático.

Com antecedentes de obesidade (IMC>32Kg/m2) e dislipidémia mista.

Do estudo efectuado, na ecografia abdominal apresentava ‘’… esteatose hepática grave…”. Motivo pelo qual realizou Biópsia hepática em 2011 que confirmou presença de ‘’… esteatose micro e macrovesicular em 20% dos hepatócitos e hiperplasia das células de Kupffer, sem sinais de colestase.”

Manteve seguimento em consulta por NASH, e, em 2013 iniciou queixas de mialgias desencadeadas pelo exercício físico. Ao exame neurológico com evidência de diminuição da força muscular G4 na flexão da coxa, flexão e dorsiflexão do pé, bilateralmente. Marcha em calcanhares possível, e incapacidade total para marcha em pontas. Restante exame neurológico sem alterações. Analiticamente apresentava CK>10 000 U/L e LDH>600U/L. Realizou EMG compatível com Doença de McArdle (?). Posteriormente foi enviado a consulta externa de doenças neuromusculares, tendo efetuado biópsia muscular que mostrou tratar-se de doença muscular crónica secundária ao défice da proteína muscular disferlina (disferlinopatia). O fenótipo da mutação genética compatível com Miopatia de Miyoshi.

Este caso revela a importância da clínica apresentada e das alterações evidentes ao exame objetivo, com especial importância para um exame neurológico detalhado, num doente com elevação da CK de modo a que o estudo etiológico seja completo.

E-POSTERS

PO835

802 UM CASO DE RABDOMIÓLISE IATROGÉNICA AO APIXABANO

Sónia Da Costa Fernandes, Vera Seara, Luciana Faria, Catarina Patronillo, Joana Gonçalves, Raquel Ervalho, Teresa Pinto

CHPVVC, Vila Do Conde, Portugal

Introdução

A rabdomiólise é definida como uma síndrome clínico-laboratorial que decorre da lise das células musculares esqueléticas, com a libertação de substâncias intracelulares para a circulação. O diagnóstico assenta na determinação da actividade da creatina-fosfoquinase (CK) e da Mioglobina. Um dos grandes grupos etiológicos a investigar é o farmacológico. O Apixabano é um anticoagulante, inibidor directo do factor Xa, de administração oral, com início de acção rápido e com uma semi-vida de 12horas e, apesar de não fazer parte dos fármacos que causam rabdomiólise, esta entidade foi reportada à Food & Drug Administration (FDA) em 22 doentes medicados com Apixabano, no período de 2013 a 2017.

Descrição

Os autores descrevem o caso de uma mulher de 59 anos, nefrectomizada por neoplasia renal, com obesidade mórbida, dislipidemia, hipertensão arterial e fibrilhação auricular permanente hipocoagulada com Apixabano desde há 5 meses. Recorreu ao Serviço de Urgência por cansaço extremo de agravamento progressivo, com perda da capacidade funcional. História de internamento prévio por rabdomiólise atribuída a estatina, que suspendeu. À admissão no SU destaca-se uma CK de 13575 U/L, sem disfunção renal, sem história de queda, traumatismo ou febre. Ficou internada com o diagnóstico de rabdomiólise, tendo sido excluída doença inflamatória, auto-imune, distúrbios hidro-electrolíticos, metabólicos ou etiologia infecciosa. Ao longo do internamento apresentou melhoria clínica e analítica; verificou-se novo agravamento após re-introdução do Apixabano, com ressurgimento de fraqueza muscular e astenia e aumento de CK e Mioglobina, voltando a melhorar progressivamente após suspensão do fármaco.

CONCLUSÃO: A rabdomiólise é um dos efeitos adversos de muitos fármacos. No entanto, relativamente ao Apixabano, há apenas 22 casos reportados ao FDA num período de cerca de 4 anos. Apesar de muito raro, este caso remete-nos para essa possibilidade e foi sinalizado ao INFARMED.

01 DE JUNHO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 06
09:00 - 10:30

PO836

811 PIODERMA GANGRENOSO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Patrícia Vicente[1], Ana Rita Santos[1], Maria Teresa Neves[1], Inês Ferreira[1], Leandro Silva[2], José Filipe Guia[1], Luís Campos[1]

[1]Hospital São Francisco Xavier, Lisboa, Portugal

[2]Hospital Egas Moniz, Lisboa, Portugal

Introdução

O pioderma gangrenoso (PG) é uma entidade pouco comum, que se inclui no grupo de dermatoses neutrofílicas. Pode surgir como entidade isolada, mas também relacionada com doenças sistémicas (autoimunes, neoplásicas, hematológicas) em 50% dos casos. A apresentação típica é de úlcera dolorosa com período de evolução variável, mais frequentemente nos membros inferiores.

Descrição

CASO CLÍNICO: Mulher, 62 anos, com história relevante de neoplasia da mama há 15 anos, sem recorrência, e síndrome mielodisplásico (SMD), condicionando anemia crónica sob administração de epoetina (EPO) 30.000U 3x/semana. Internada por lesão no terço superior anterior da perna direita com 7 dias de evolução, medicada inicialmente no serviço de urgência com flucloxacilina por suspeita de celulite. Dada a ausência de melhoria e agravamento rapidamente progressivo das dimensões e aspeto da lesão (necrose central, bordo violáceo saliente), associado a dor de intensidade elevada (apenas controlada com opióide) e picos febris, a hipótese de PG tornou-se a mais provável. Estudo etiológico: biópsia dermatológica com "proliferação microvascular e exuberante reação inflamatória polimorfonuclear", alterações compatíveis com PG; Serologias HIV e Hepatites B e C negativas; Doseamento imunoglobulinas normal; ANAs, ENAs e ANCAs negativos. Tinha estudos endoscópicos realizados no ano transacto sem alterações; Sem evidência de evolução do SMD. Realizado tratamento com corticoterapia sistémica e penso Aquacel Ag®. Fez ainda uma sessão de câmara hiperbárica, mas com fraca tolerância. Evolução lenta, mas favorável com revaliação regular no primeiro mês e referenciada a Consulta de Dermatologia.

DISCUSSÃO: O PG é um diagnóstico que implica elevada suspeição clínica, pelo risco de atraso do tratamento correcto e consequente agravamento clínico, mas também pela importância de excluir doenças sistémicas potencialmente associadas. Apesar de raros casos descritos, a associação com EPO deve ser considerada.

E-POSTERS

PO837

851 PSORÍASE ERITRÓDERMICA: A MUDANÇA DO ESTILO DE VIDA

Filipa Guimarães, Ana Catarina Trigo, Marta Pereira, Sandra Morais

ULSM - Hospital Pedro Hispano, Porto, Portugal

Introdução

A psoríase eritrodermica é uma forma rara e grave, afetando 1-3% dos doentes com psoríase. Carateriza-se por eritema inflamatório generalizado que envolve pelo menos 75% da superfície corporal, podendo fazer-se acompanhar de outros sinais e sintomas inespecificos. Dada a perda de integridade cutânea, os distúrbios hidroeletrolíticos e infeções bacterianas são frequentes e muitas vezes fatais. A sua fisiopatologia é ainda pouco compreendida. A suspensão de corticoterapia sistémica, infeções ou uso de drogas/fármacos são considerados fatores precipitantes frequentes de flare eritrodérmico, havendo alguns estudos que sugerem uma relação de gravidade entre consumo de álcool, tabaco e o stress emocional como possíveis agravantes. A abordagem terapêutica passa por emolientes tópicos e imunossupressão.

Descrição

Homem, 60 anos, a residir em condições precárias, história de hábitos alcoólicos e tabágicos pesados com anos de evolução e diagnóstico recente de psoríase. Admitido por eritema e descamação cutânea generalizada associada a prurido intenso. Manteve-se estável, sem febre. Histologia de biópsia cutânea descrevia inflamação e linfadenite dermopática a favorecer diagnóstico de psoríase eritrodérmica, excluindo outras entidades como micose fungóide. Assumido flare com eritrodermia, com múltiplos triggers possíveis: cuidados de higiene precários; hábitos tabágicos e alcoólicos. Iniciada terapêutica imunossupressora com ciclosporina e posteriormente metrotexato com resposta frustre e toxicidade importante. O doente teve alta estável apenas sob emolientes tópicos, indicação para manter abstinência alcoólica e indicação para reduzir carga tabágica. Sob esta estratégia foi possível obter melhoria marcada: descamação cutânea ligeira sem eritema. Não foram documentados novos flares.

Os autores pretendem com este caso salientar a importância de uma abordagem médica holística e estruturada, com especial enfase fatores de risco e sociais que têm um papel fundamental no curso das doenças.

PO838

900 SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON: CASO CLÍNICO

Rita Silva, Andrei Gradinaru, Ana Rita Alves Lopes, Andreia Diegues, Elisa Tomé, Jorge Poço

ULS Nordeste - UH de Bragança, Bragança, Portugal

Introdução

A Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) carateriza-se por necrose dos queratinócitos com descolamento da epiderme em menos de 10% da área corporal. As mucosas são afetadas em 90% dos doentes. Cerca de 50-80% dos casos são provocados por fármacos e as manifestações clínicas surgem em média 7 a 21 dias após o início da terapêutica. O diagnóstico é clínico, baseado numa anamnese exaustiva e apoiado pela histologia.

Descrição

CASO CLÍNICO: Homem de 68 anos com quadro de uma semana de evolução de mau estar geral, disúria, eritema generalizado, prurido e dor associados a lesões tipo aftosas na boca e na região genital com agravamento progressivo. Medicado com dexametasona/clorofenamina tópica e desloratadina oral sem resposta terapêutica. Cerca de 7 dias antes do aparecimento das lesões, tinha iniciado etoricoxib 90mg/dia por gonalgia esquerda, mantendo o fármaco até à data. Ao exame objetivo: apirético e hemodinamicamente estável, lesões máculo-eritematosas dispersas por todo o corpo, mais confluentes nos pés; lesão bolhosa com cerca de 3cm de diâmetro na região lateral do tornozelo esquerdo; lesões ulceradas dispersas na orofaringe e região genital; evidente edema das mãos, pés e mucosa labial. Analiticamente: discreta leucopenia e proteína C reativa elevada. Colocada a hipótese de uma reação adversa ao AINE, que foi suspenso de imediato. Apresentava um índice de SCORTEN com 2 pontos (taxa de mortalidade de 12%). Observado por Dermatologia que confirmou o diagnóstico de SSJ provocado por AINE e iniciou terapêutica com corticoide sistémico 0.5 mg/kg e tópico, com melhoria progressiva do quadro clínico.

DISCUSSÃO: A SSJ é uma entidade rara com uma taxa de mortalidade que chega aos 10%. A identificação do agente etiológico é essencial uma vez que a sua descontinuação precoce melhora o prognóstico. As medidas de suporte são o pilar do tratamento; o uso de corticóides ou outros agentes imunossupressores permanece controverso.

PO839

918 ADESÃO À TERAPÊUTICA EM CONSULTA EXTERNA

Tiago Mendes, Liliana Costa, Joana Serodio, Vitor Costa, Ines Grenha, Joana Fontes

ULSAM PL Hosp. Conde de Bertiandos, Ponte De Lima, Portugal

Introdução

A organização mundial de saúde reporta que apenas 50% dos doentes crónicos cumpre correctamente a terapêutica prescrita. A não adesão à terapêutica influencia negativamente o resultado clínico e aumenta os custos globais de saúde. As lacunas no conhecimento das causas deste problema reflectem-se na dificuldade da identificação dos subgrupos de doentes em risco e na ausência de estratégias bem definidas a implementar nesta área.

Objetivos

Os objetivos deste estudo são caracterizar uma população rural de doentes seguidos na consulta de Medicina Interna de um hospital distrital e identificar os factores de risco para a não adesão terapêutica no que diz respeito ao domínio socioeconómico, cultural e cognitivo.

Métodos

Foi realizado um estudo piloto transversal, observacional, com base em questionários realizados aos doentes, cuidadores, médicos assistentes e consulta do processo clínico eletrónico. Nos questionários colhidos foram avaliados os dados demográficos, escolaridade, rendimento, distância à unidade de saúde mais próxima da residência, estatuto profissional e presença de disfunção cognitiva avaliada pelo Mini-Mental State Examination. A adesão do doente à terapêutica era atestada pelo médico assistente no final da consulta.

Resultados

Foram incluídos 49 doentes até à data, dos quais 53% (n=26) são do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 48 e 97 anos (média 76 anos). Quanto à escolaridade 12% eram analfabetos, 30% tem o ensino primário incompleto, 53% completaram a 4ª classe e 5% completaram o ensino secundário. Relativamente à distância em tempo à farmácia ou unidade de saúde mais próxima 44% reportaram demorar <10 minutos, 22% demoram 10 a 15 minutos, 10% entre 15 a 20 minutos, 12% entre 20 a 30 minutos e 4% mais do que 30 minutos. 53% dos doentes consultados apresentavam insuficiência económica. Quanto à presença de disfunção cognitiva, 29% tem disfunção cognitiva e 6% (n=3) apresentam alteração cognitiva grave.

Na análise destes dados preliminares foi ainda feita a comparação entre o grupo dos adesores (80%, n=39) e não adesores (20%, n=10). Nos doentes com insuficiência económica a incidência de não adesores foi mais elevada do que nos doentes com rendimentos mais elevados (26% Vs 13%), bem como nos doentes com baixa escolaridade (30% analfabetos Vs 15%). Não foram encontradas diferenças com valor estatisticamente significativo na comparação das variáveis atrás descritas entre adesores e não adesores, bem como na distância à unidade de saúde mais próxima e presença de disfunção cognitiva.

Conclusões

O rendimento e a escolaridade parecem ser factores preditores de adesão à terapêutica nesta população, mas o tamanho da amostra obtida até ao momento não permite retirar conclusões definitivas. Os dados encontrados são encorajadores e suportam a continuação do estudo e a eventual realização de um estudo de maiores dimensões para validar os resultados obti

PO840

1049 MENS SANA IN CORPORE SANO
PAPEL DA PSIQUIATRIA DE LIGAÇÃO NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA

Filipa Cardoso[1], Amélia Lérias[2], Teresa Souto Moura[1], Paula Fonseca[1]

[1]Centro Hospitalar Lisboa Central - Medicina 1.4, Lisboa, Portugal

[2]Núcleo de Psiquiatria Ligação do CHPL – HSJ, Lisboa, Portugal

Introdução

No internamento hospitalar, período disruptivo do ciclo normal de vida, o adoecer somático e mental coexistem amiúde, conduzindo à emergência de sintomas psíquicos.Traduzem o despoletar de uma perturbação psíquica,a exacerbação de perturbação psíquica pré-existente ou sintomas da doença somática. Influenciam prognóstico clínico, parâmetros assistenciais e reintegração após alta. A psiquiatria de ligação(PL)representa a interface entre a psiquiatria e as restantes especialidades médicas, permitindo uma abordagem biopsicosocial do doente

Objetivos

Caracterização da população internada num serviço de Medicina Interna durante 2017,alvo de observação por PL

Métodos

Análise retrospetiva via consulta do processo clínico informatizado.Recolha de dados demográficos, clínicos e terapêuticos

Resultados

Dos 1065 internamentos,realizaram-se 593 pedidos de consultoria interna,dos quais 99 à PL.Destes 42% eram mulheres(idade média 70 anos,mediana 75).36% apresentava história psiquiátrica conhecida e 60% fazia medicação psicotrópica em ambulatório.Principais motivos de observação por PL: agitação psicomotora-26%;orientação terapêutica-19%;humor depressivo-8%;história psiquiátrica prévia-8%;ansiedade-7%. Diagnósticos psiquiátricos mais prevalentes:Delirium-28%;Reação de adaptação-12%; Demencia-10%; Esquizofrenia-9%; Síndroma depressivo-6%; Alcoolismo-5%; Perturbação de ansiedade

generalizada-5%. Após alta 17% foi referenciada à consulta de psiquiatria

Conclusões

A percentagem de avaliações por PL num ano numa enfermaria de medicina(9,3%), mostra a relevância desse apoio. 1/3 dos avaliados tinha antecedentes psiquiátricos conhecidos e quase 2/3 consumia psicofármacos, traduzindo a generalização do seu uso na população em geral.

O principal motivo de pedido de observação foi agitação psicomotora, que normalmente reflete o delirium hiperactivo, sintoma frequente de apresentação de doença infeciosa e metabólica, sobretudo no doente geriátrico. Depreende-se que o delirium hipoativo, estará subidentificado.

Este trabalho reforça a necessidade de reconhecimento e valorização da sintomatologia psiquiátrica pelo internista, visando o diagnóstico, terapêutica precoce e referenciação adequada após a alta. Enaltece o papel da PL no apoio à medicina interna e promove multidisciplinariedade em prol do tratamento global do doente

01 DE JUNHO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 06
09:00 - 10:30

PO841

1127 PSEUDOTUMOR DA ANCA

Sílvia Santos Pereira, Eugeniu Gisca, Margarida Victor, Mário Amaro, Mário Tapadinhas

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução

Os autores apresentam o caso clinico de homem, 61 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 não insulinodependente, osteoartrose da anca com colocação de prótese total à esquerda em 2006 e à direita em 2009.

Descrição

Foi internado por febre e suspeita de infecção com foco indeterminado, colheu hemoculturas e urocultura e foi medicado empiricamente com piperacilina + tazobactan. Durante o internamento iniciou quadro de dor e edema da anca direita e por suspeita de infecção peri-protésica à direita realizou cintigrafia que evidenciou processo inflamatório exuberante. Apesar de 14 dias de antibioterapia empírica, sem isolamentos em culturas, o doente manteve febre e parâmetros inflamatórios elevados pelo que foi submetido a artroplastia de revisão. Tendo esta mostrado uma massa acinzentada necrótica compatível com processo de metalose da anca. A microbiologia do tecido enviado foi negativa e histologicamente mostrou infiltração leucocitária exuberante com reacção de hipersensibilidade ao metal.

A metalose é uma reação de corpo estranho dirigida a implantes metálicos que provoca infiltração metálica dos tecidos moles adjacentes com posterior formação de pseudotumores não neoplásicos e não infecciosos. A prevalência é 1 - 39%, sendo que 57-78% são assintomáticos, sendo necessário um elevado grau de suspeição para o diagnóstico diferencial. Esta entidade representa um desafio para Medicina Interna, sendo muitas vezes confundida com infecção da prótese, sendo essencial um exame de imagem acurado e posteriormente uma artroplastia de revisão. O tratamento destes pseudotumores é controverso com elevado risco de complicações protésicas pelas distorções anatómicas que podem ocorrer, sendo apenas abordáveis tumores de grandes dimensões e/ou com sintomatologia significativa.

E-POSTERS

PO842

1128 SINDROME CONSTITUCIONAL A ESCLARECER - UM CASO DE HISTIOCITOSE SINUSOIDAL

Mário Monteiro, Cármen Ferreira, Telma Elias, Eva Claro, Daniela Brito, Fernanda Coutinho, Fátima Pimenta

Centro hospitalar Médio Tejo, Abrantes, Portugal

Introdução

A histiocitose sinusoidal é uma patologia rara, benigna, de etiologia desconhecida caracterizada por linfadenopatia com proliferação histiocitica, habitualmente acompanhada de febre e aumento de marcadores inflamatórios de fase aguda. Tem a capacidade de simular um processo maligno, principalmente doenças linfoproliferativas. O envolvimento extranodal é frequente com prognóstico menos favorável, sendo necessária a sua investigação.

Descrição

Caso clínico: homem, de 52 anos, fumador de 60UMAS sem antecedentes conhecidos, internado por síndrome constitucional a esclarecer com perda ponderal, sudorese nocturna e febre. Ao exame objetivo apresentava caquexia marcada, febril, astenia, lesões dérmicas psoriáticas com artropatia severa sem sinais de artrite activa e na região cervical posterior 2 adenopatias ulceradas não dolorosas. Realizou biopsia de adenopatia positiva para S100- e CD68+ a favor de histiocitose sinusoidal. Realizou TAC toracoabdominopélvica com presença de 3 micronodulos pulmonares no LSD e pequenas adenopatias inguinais inespecíficas, sem outras alterações. Estudo endos-

cópico digestivo sem alterações, broncofibroscopia e lavado bronco-alveolar sem alterações. Analiticamente: VS 100mm, IGRA e pesquisa de BK negativos, serologias virais e marcadores tumorais negativos. O tratamento depende da localização da doença e não há consenso na literatura por um regime terapêutico mais eficaz. No presente caso e após a instituição de terapêutica imunossupressora com corticoterapia e metrotexato verificou-se uma melhoria progressiva clinica e analitica com resolução das adenopatias cervicais, controlo da febre e da astenia apresentada.

Os autores pretendem alertar para o diagnóstico diferencial nos casos de linfadenopatia cervical, principalmente no despiste de patologia tumoral e para a relevância da terapêutica imunossupressora em casos com envolvimento sistémico de histiocitose sinusoidal, não sendo consensual na literatura qual o regime terapêutico mais eficaz.

PO843

1175 DOR NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA - UMA REALIDADE SUBVALORIZADA?

Inês Egídio Sousa, Maria Teresa Neves, Cristina Carvalho Gouveia, Luís Barreto Campos

Hospital São Francisco Xavier - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

Introdução

Apesar dos avanços da Medicina tornarem disponíveis sofisticadas opções terapêuticas, a dor como sintoma e diagnóstico (dx) continua subvalorizada e subtratada, constituindo um problema de saúde pública.

Objetivos

Avaliar o reconhecimento da dor nos doentes internados num Serviço de Medicina (SM) e sua abordagem terapêutica.

Métodos

Estudo retrospetivo dos doentes internados num SM num período de 5 meses. Consultaram-se registos de enfermagem, diários clínicos e notas de alta informatizados. Excluíram-se óbitos, internamentos por cota social e de duração >80 dias, com amostra final de 199 doentes.

Resultados

Dos 199 doentes avaliados, 27 apresentavam dx prévio descrito de dor crónica (DC) e 8 eram seguidos em consulta de dor (CD); 48 doentes estavam sob terapêutica crónica para dor, dos quais 28 não tinham DC como dx prévio e apenas 34 foram medicados para a dor no internamento. No internamento 118 doentes (59%) experienciaram dor segundo registos de enfermagem, descrita como moderada a grave em 97 casos (82%). Em apenas 42% foi registada dor em diário clínico. Dos doentes com dor, 79% tinham idade igual ou superior a 65 anos e 69% eram do sexo feminino. A dor foi caracterizada como dor aguda (DA) em 38 doentes, DC em 8 doentes e não caracterizada em 72. As três principais causas de dor foram DA musculoesquelética, DA visceral e cefaleia; em 60% a etiologia não foi caracterizada. Dos 118 doentes com dor, 74 foram medicados; os fármacos mais utilizados foram: paracetamol, metamizol e tramadol. Em apenas 2 doentes foi pedida colaboração da Unidade de Dor. Na alta, 12 doentes mantinham dor, em apenas 16 foi registada dor como dx, 45 doentes foram medicados e 8 encaminhados para CD.

Conclusões

Apurámos na nossa casuística um representativo número de doentes em que a abordagem da dor foi insuficiente. Pretende-se sensibilizar para a necessidade da abordagem sistemática da dor no internamento e do seu tratamento eficaz. O alívio da dor deve ser um alvo da prática clínica, melhorando a qualidade de vida dos doentes.

PO844

1178 DOENÇAS DO NEURÓNIO MOTOR: A IMPORTÂNCIA DA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

Sara Camões[1], Daniela Coelho[2], João Martins[3], Rui Araújo[2]

[1]Serviço de Medicina Interna, Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal

[2]Serviço de Medicina Intensiva, Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal

[3]Serviço de Neurologia, Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal

Introdução

As doenças do neurónio motor (DNM) caracterizam-se pela perda da função dos neurónios motores superiores, inferiores ou ambos. A Esclerose lateral amiotrófica (ELA) é a forma mais comum no adulto, e a falência respiratória é a causa de morte mais frequente. O desenvolvimento da ventilação não invasiva (VNI) e das técnicas de tosse assistida melhorou a sobrevida e qualidade de vida destes doentes.

Objetivos

Caracterizar a população de doentes com DNM seguidos numa Unidade Local de Saúde, com ênfase no subgrupo sob ventilação domiciliária.

Métodos

Estudo retrospetivo observacional e descritivo dos doentes seguidos em consulta de Neurologia por DNM, de Janeiro de 2015 a Janeiro de 2017 (inclusive). Recolha de dados através do SClínico.

Resultados

Identificados 36 doentes, maioria homens (58%), com idades compreendidas entre 30 e 84 anos. O tempo médio do início da clínica ao diagnóstico de ELA rondou os 12 meses, e o tempo

médio do diagnóstico até à introdução de VNI rondou os 13 meses. Dezoito doentes (51% da amostra) estavam ventilados no domicílio, 12 dos quais com ventilação suporte de vida. Quatro doentes com indicação recusaram iniciar VNI e 3 doentes decidiram interrompê-la ao longo do período do estudo. Dos 18 doentes ventilados, 16 fizeram treinos de tosse assistida e possuíam cough assist no domicílio. A maioria dos doentes não tinha uma decisão expressa sobre procedimentos invasivos em situações life saving. Dois dos doentes foram traqueostomizados em crise.

Conclusões

Os avanços na VNI domiciliária permitiram prolongar a vida com qualidade e reduzir o número de traqueostomias, havendo cada vez mais doentes com DNM seguidos em ambulatório. As equipas multidisciplinares com cuidados médicos e de enfermagem, mas também reabilitação e apoio social, são fundamentais para assegurar esta gestão complexa, não só do ponto de vista ventilatório, como das decisões de fim de vida. A admissão hospitalar em crise, sem seguimento ou diagnóstico estabelecido, aumenta a probabilidade de realização de traqueostomia.

PO845

1185 GGT: PEDIR OU NÃO PEDIR?

Diogo Drummond Borges[1], Rita Vieira Alves[1], Inês Figueiredo[1], Margarida Torres[2], Marília Andreia Fernandes[1], João Amorim[3], Andreia Ferreira[3], Sara Guerreiro Castro[1], Margarida Antunes[1], Filipa Lourenço[1], Heidi Gruner[1], António Panarra[1]

[1]Hospital Curry Cabral - Medicina 7.2, Lisboa, Portugal

[2]Hospital Curry Cabral - Infecciologia, Lisboa, Portugal

[3]NOVA Medical School, Lisboa, Portugal

Introdução

A gama glutamil transpeptidase (GGT) é uma enzima presente na membrana celular de diversos tecidos, contudo a actividade sérica é maioritariamente de origem hepática. Assim, o seu pedido na avaliação de rotina de doentes, seja em ambulatório, seja no internamento, é controverso.

Objetivos

Pretendeu-se avaliar os pedidos de GGT em enfermaria de Medicina.

Métodos

Estudo cross-sectional dos doentes internados aos quais foram pedidos GGT durante 3 meses. Caracterização de acordo com idade, sexo, tempo de internamento, comorbilidades e terapêutica e avaliação do motivo dos pedidos.

Resultados

Dos 341 doentes internados foi pedida GGT a 270 (79%) doentes e destes foram analisados 174 doentes (dos quais 17 doentes tinham >1 internamento).

Verificou-se que 87 eram do sexo feminino, idade média de 73.2 anos e tempo de internamento médio de 15.2 dias, sendo que a GGT estava aumentada em apenas 64 (36.8%) dos pedidos iniciais. Dos fatores que podem influenciar a GGT, a realçar: índice de massa corporal >25 (29 doentes); etanolismo ativo (23); tabagismo ativo (21); com prescrição de fármacos que podiam alterar a GGT (76).

Quanto ao motivo do pedido: monitorizar lesão hepática de etiologia etanólica (9 doentes); monitorizar a lesão hepática provocada por fármacos (23); diferenciar lesões intra de extra hepáticas (23); outros motivos como neoplasias (30); injustificados (89).

A referir ainda que houve um total de 697 pedidos de GGT, em média cerca de 3.5 pedidos por doente, sendo que apenas 206 (29.6%) estavam alterados.

Conclusões

Na amostra em estudo houve um número significativo de doentes a quem foi pedida GGT dos quais apenas uma pequena percentagem apresentava valores alterados. Uma percentagem significativa dos pedidos foi considerada injustificada, o que deve levar a uma avaliação judiciosa antes de efectuar qualquer pedido deste parâmetro.

PO846

1200 QUANDO A CURA TRAZ A DOENÇA

Fabiana Pimentel, Lisete Nunes, Ivone Barracha, Rosa Amorim

Centro Hospitalar do Oeste - Unidade de Torres Vedras, Torres Vedras, Portugal

Introdução

A síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) é uma reacção de hipersensibilidade mucocutânea, com potencial envolvimento sistémico, resultante de necrose da espessura total da epiderme, na ausência de inflamação dérmica. Caracteriza-se pela presença de lesões patognomónicas em forma de alvo, pelo Sinal de Nikolsky, bem como pela presença de máculas, vesiculas e bolhas com desprendimento e necrose que envolvem até 10% da superfície corporal.

O termo Necrose Epidérmica Tóxica (NET), uma variante grave do SSJ, é usado para descrever casos com atingimento de mais de 30% da superfície corporal, enquanto que em casos de envolvimento de 10-30% da epiderme se admite síndrome de sobreposição SSJ/NET. Os fármacos são responsáveis por cerca de 80% dos casos de SSJ, podendo ocorrer secundariamente a estados infecciosos ou ser de etiologia idiopática

Descrição

Homem, 72 anos, antecedentes pessoais de hipertensão essencial medicado com anti-hipertensor. Admitido no SU por queixas de rash da face, hiperémia conjuntival e febre (39ºC) com início 5 dias após o inicio da toma de Amoxicilina/Ac.clavu-

lânico, por infecção respiratória. Ao exame objectivo salienta-se presença de lesões maculo-papulares e vesiculares facilmente destacáveis da face, conjuntivite purulenta bilateral e ulceração da mucosa oral. Analiticamente apresentava aumento dos parâmetros inflamatórios e agravamento da função hepática e renal. Sem isolamento de agentes patogénicos em culturas. Foi admitido na enfermaria com o diagnóstico de SSJ, confirmada em biópsia cutânea. Foi descontinuada antibioterapia e iniciada hidratação endovenosa vigorosa, corticoterapia sistémica e anti-histamínico com melhoria progressiva.

O SSJ é uma emergência dermatológica associada a uma mortalidade que atinge os 10%. Uma vez que não existem estudos laboratoriais específicos além da biópsia cutânea, ou tratamento especifico comprovado, o prognóstico depende do diagnóstico precoce, descontinuação de fármacos suspeitos e terapeutica de suporte.

01 DE JUNHO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 07
09:00 - 10:30

PO847

1217 SACROILEÍTE SECUNDÁRIA A QUISTO OVÁRICO COMPLEXO

Luís Filipe Monteiro Soares Dias, Rosa Macedo Carvalho, Sara Costa, Ana Filipa Pinho, Catarina Nunes, Céu Rodrigues, Carlos Capela

Hospital de Braga, Braga, Portugal

Introdução

A sacroileíte é geralmente causada por doença osteoarticular primária ou secundária a doenças sistémicas inflamatórias. Raramente, associa-se a causas extrínsecas com atingimento ósseo por contiguidade.

Descrição

Mulher, 37 anos, sem antecedentes médicos. Internada 1 mês no Serviço de Medicina Interna com o diagnóstico de artrite séptica sacroilíaca esquerda associada a provável doença inflamatória pélvica e bacteriemia a E.coli. Identificada na ressonância magnética(RM) lesão quística do ovário esquerdo com 5.1x3.3cm, interpretada como endometriose. Cumpriu 4 semanas de ceftriaxone e gentamicina no internamento, com melhoria clínica, e mais 4 semanas de cefuroxime em ambulatório.

Após 1 mês regressou ao Serviço de Urgência por dor sacroilíaca; identificada fratura da asa esquerda do sacro, sem elevação de parâmetros inflamatórios, tendo alta medicada com anti-inflamatório e indicação de repouso. Uma semana depois continuava sintomática e apresentava febre. Foi internada. Com elevação de parâmetros inflamatórios e persistência imagiológica de sacroileíte esquerda. A biópsia óssea foi macroscopicamente normal, sem isolamento microbiológico. Na RM pélvica documentou-se aumento do quisto ovárico esquerdo, multiloculado, levantando-se hipótese de relação por contiguidade com sacroileíte. Ginecologia manteve convicção de se tratar de quadro de endometriose e iniciou estroprogestativos. O doseamento de marcadores tumorais foi negativo. Cumpriu antibioterapia de largo espetro durante 6 semanas em internamento. Na RM de controlo sem regressão de massa ovárica. Submetida a quistectomia esquerda identificando-se cisto endometriótico, salpingite esquerda e exsudado purulento entre o recto/sigmóide e parede posterior do útero e ovário esquerdo. Alta melhorada, completando 8 semanas de tratamento com ciprofloxacina e ácido fusídico. Sem queixas de novo até à data.

Este caso realça a importância do diagnóstico e tratamento atempados da causa de sacroileíte de etiologia extrínseca.

E-POSTERS

PO848

1244 INTOXICAÇÃO ESCOMBROIDE: UMA ENTIDADE SIMULADORA E INFRADIAGNOSTICADA

Paula Sofia Santos Araujo, Eduardo J Carvajal Ronderos, Juan Manuel Urbano Gálvez

Hospital Santa Luzia de Elvas. ULSNA EPE, Elvas, Portugal

Introdução

A escombroidose é a intoxicação por consumo de peixe mais comum no mundo, e é devido à produção de histamina, produzida durante os fenômenos 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 controles adequados.

Descrição

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 auscultação pulmonar apresentava hipofonese global com sibilân-

cias 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.

A escombroidose é produzida pelo consumo de peixes da família Scombroidae e Sombersosocidae, como atum, cavala e bonito; bem como outros peixes como peixe-espada, sardinha, arenque e salmão. Os peixes afetados contêm mais de 20 vezes mais histamina do normal. 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 enterobacterias 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 cor.

PO849

1247 PERTURBAÇÃO NO METABOLISMO DA B12 COM SINTOMAS NEUROLÓGICOS ISOLADOS?

Milton Camacho, Inês Nogueira Fonseca, Ana Teresa Pina, Paulo Cantiga Duarte

Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

Introdução

A vitamina B12 é co-factor de reacções enzimáticas fundamentais. Perturbações na ingestão, absorção ou metabolismo têm repercussões sistémicas que afectam sobretudo a síntese de ácidos nucleicos e daí a hematopoiese e a síntese de mielina. O doseamento de cianocobalamina é, por si só, um exame pouco sensível.

Descrição

Mulher de 58 anos com diagnósticos de hipotiroidismo, psoríase e síndrome depressiva. Medicada com levotiroxina, paroxetina e triazolam. Durante dois anos com alterações de memória recente, diminuição do cuidado com a sua higiene e comportamento "infantilizado", em 3 meses com perda ponderal de 20Kg, anorexia não selectiva e astenia. Posteriormente, sensação de desequilíbrio, diminuição de força de membros inferiores (MI) e parestesias. Objectivou-se defeito na memória recente, na sensibilidade álgica dos MI, erros na sensibilidade proprioceptiva, ataxia da marcha, Romberg positivo, adiadococinésia, reflexos osteotendinosos dos MI simétricos e fracos. Avaliação laboratorial sem anemia ou macrocitose, esfregaço com polimorfonucleares hipersegmentados, cianocobalamina e folatos normais, elevação de LDH, sem outros indicadores de hemólise, sem disfunção tiroideia, pesquisa de anti-corpos anti-células parietais gástricas negativa, serologia VIH 1/2 e sífilis negativas, líquor normal. Electroencefalograma normal. Electromiograma dos MI com polineuropatia sensitivo-motora, desmielinizante. Ressonância com atrofia de predomínio fronto-temporal, insular e temporo-mesial bilateralmente, sem lesões desmielinizantes da medula espinhal. TC corpo normal. Ácido metilmalónico e homocisteína acima no normal, sugestivos de perturbação no metabolismo da B12. Após reposição, houve remissão do quadro neurológico e consumptivo. Vários estudos mostram a relação inversa entre as manifestações neuropsiquiátricas e a anemia/macrocitose. Ainda não existe explicação, mas provavelmente existirá mutação em receptores nos diferentes tecidos que leva a este diferencial de repercussões.

PO850

1282 IMPORTÂNCIA DA MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Eduardo Freitas Ferreira, Cristina Oubiña, Ana Filipa Neves, Leonor Prates, João Machado

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, Amadora, Portugal

Introdução

A Medicina Física e de Reabilitação (MFR) é frequentemente solicitada para avaliar doentes em Serviços de Medicina Interna (MI). A intercorrência aguda responsável pelo internamento pode originar um declínio funcional. No entanto, também o descondicionamento decorrente da hospitalização contribui para a perda da autonomia, especialmente em idosos.

Objetivos

Este trabalho pretende avaliar o papel da MFR num Serviço de MI, caracterizando o número e o tipo de intervenção.

Métodos

Estudo retrospetivo de doentes internados num serviço de MI, com alta entre março e outubro de 2017 e alocados a uma única equipa médica. Caracterizou-se a amostra quanto à idade,

género, situação funcional prévia, diagnóstico principal, avaliação pela MFR, tipo de intervenção e destino após a alta.

Resultados

Foram avaliados 66 doentes, com média de idades de 73,1±13,6 anos, sendo a maioria mulheres (53,0%) e com algum nível de dependência prévia (54,5%). A maioria dos internamentos foi decorrente de patologia respiratória (33,3%), cardíaca (15,2%) e neurológica (13,6%). Foram referenciados para a MFR 30 doentes, 23,3% por patologia neurológica, 40% por patologia respiratória, 10% por patologia cardíaca e 26,7% por outro tipo. Todos integraram programa de reabilitação com fisioterapia motora, 36,7% realizaram cinesioterapia respiratória, 13,3% realizaram terapia da fala e 10% realizaram terapia ocupacional. Após a alta, 22,7% foram indicados para realizar reabilitação em ambulatório e 13,6% foram referenciados para reabilitação em unidade de cuidados continuados.

Conclusões

Neste estudo o papel da MFR centrou-se numa população geriátrica, com algum nível de dependência prévia e múltiplas comorbilidades. A intervenção da MFR, nas várias vertentes, é essencial para restabelecer a funcionalidade prévia. Assim, assume especial importância a intervenção precoce da reabilitação no processo assistencial, integrado com os cuidados curativos, para otimizar a funcionalidade e, consequentemente, permitir uma reinserção sociofamiliar mais precoce.

PO851

1302 MALDITO ATUM!

Sérgio Brito[1], Fátima Duarte[2], Manuel Barbosa[2]

[1]Serviço de Medicina IV, Hospital de São Francisco Xavier - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

[2]Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

Introdução

A escombroidose é uma intoxicação alimentar pseudo-alérgica, frequente e subdiagnosticada, causada por consumo de peixe da família Scombroidae (atum, cavala, bonito). Ocorre por má conservação do peixe, com sobrecrescimento bacteriano e formação e acumulação de histamina posteriormente ingerida. O seu diagnóstico é clínico e é confirmado com testes cutâneos por picada (TCP).

Descrição

Doente do sexo masculino, 42 anos, saudável. Admitido no Serviço de Urgência (SU) por palpitações e eritema da face e tórax com início 10 minutos após a ingestão de atum fresco frito. Negava prurido ou dificuldade respiratória. Referia já ter ingerido atum fresco antes sem qualquer reação e que o filho de 2 anos apresentou edema e eritema perioral após ingestão de atum do mesmo lote.

Ao exame objetivo: normotenso; taquicárdico (120 bpm); sem sinais de dificuldade respiratória; hiperémia conjuntival; eritema não pruriginoso na face, pescoço e região superior do tronco. Eletrocardiograma com taquicardia sinusal. Análises laboratoriais e RX-tórax normais. Melhoria clínica após administração de clemastina, ranitidina e fluidoterapia. Alta medicado com bilastina.

Na consulta de reavaliação referiu resolução completa do quadro após 3 dias. Fez testes cutâneos por picada: negativo para o atum em lata e positivo para o atum fresco do mesmo lote. Posteriormente repetiu teste por picada com atum de outro lote que foi negativo. Assumiu-se então o diagnóstico final de Escombroidose.

Este caso revelou-se marcante pela clareza com que a clínica (início rápido dos sintomas pós-exposição; contexto epidemiológico e melhoria rápida após tratamento) nos apontou para o diagnóstico de Escombroidose, confirmado posteriormente, com os TCP, onde foi excluída a alergia alimentar ao atum. Alertou-nos também para a importância da identificação da doença (por vezes confundida com alergia alimentar ou anafilaxia ao atum) e da criação programas de informação dos riscos da má conservação do peixe.

01 DE JUNHO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 07
09:00 - 10:30

PO852

1328 DÉFICE DE VITAMINA B12 E MIELOSE FUNICULAR: QUADRO COMPLETO DO ENVOLVIMENTO MEDULAR

Pedro Silvério António, Laura Pereira, Tiago Osório Petrucci, Carlos Machado E Costa

CHLN - Hospital Santa Maria, Lisboa, Portugal

Introdução

A deficiência de Vitamina B12 é uma patologia frequente em adultos, podendo ter como etiologia causas nutricionais, farmacológicas, gastrointestinais, iatrogenia e doenças hereditárias. Manifesta-se predominantemente por anemia macrocítica, sintomas gastrointestinais e alterações neurológicas (centrais, periféricas e medula espinhal) e psiquiátricas. O défice prolongado de vitamina B12 com lesões desmielinizantes subagudas no cordão posterior e tracto piramidal lateral da medula espinhal denomina-se mielose funicular.

Descrição

CASO CLÍNICO:

Caso de um homem de 76 anos, com diagnóstico prévio de neoplasia do recto submetido a cirurgia, radioterapia e quimioterapia há 15 anos, internado com quadro com 6 meses de evolução de anorexia, emagrecimento, diarreia, deterioração cognitiva e desequilíbrio da marcha com alteração da sensibilidade propriocetiva e sensitiva dos membros inferiores com parestesias, associado a quedas.

Em internamento, objetivou-se emagrecimento marcado, alteração da sensibilidade propriocetiva e sensitiva dos membros inferiores com parestesias e diminuição dos reflexos osteotendinosos dos membros inferiores.

Analiticamente, anemia normomacrocítica, Hb 12.1g/dL, VGM 96 fL, vitamina B12 <100ng/L. Em internamento fez endoscopia digestiva alta que estabelece o diagnóstico gastrite crónica atrófica não ativa com metaplasia pseudo-pilórica e intestinal, como causa do défice grave da vitamina 12. Corrigiu-se durante o internamento e teve alta com injeção de cianocobolamina uma vez por mês.

DISCUSSÃO

90% dos casos de mielose funicular são associados a anemia perniciosa com défice grave de vitamina B12. Existem poucos casos descritos associados a gastrite atrófica metaplásica. As manifestações neurológicas do défice da vitamina B12 são múltiplas e o envolvimento da medula espinhal é frequente nos casos graves. A presença de diversos sinais e sintomas do quadro associado a défice cognitivo, tornam este caso de particular interesse.

E-POSTERS

PO853

1354 INFLAMAÇÃO MÚSCULO-LIGAMENTAR OU ALGO MAIS?

Sónia Coelho[1], Madalena Silva[2], Nuno Monteiro[3], Joana Silva[3], João Alves[3], João Torres[3], Susana Peres[3], Teresa Baptista[3], Fernando Borges[3], Kamal Mansinho[3]

[1]Centro Hospitalar Cova da Beira, Covilhã, Portugal

[2]Hospital de Cascais, Cascais, Portugal

[3]Hospital Egas Moniz, Lisboa, Portugal

Introdução

Introdução: A hemocromatose hereditária, doença autossómica recessiva, ligada maioritariamente a mutações no gene HFE, resulta do aumento da absorção intestinal de ferro, com sobrecarga deste e consequente lesão tecidular.

Descrição

Caso clínico: Mulher, 58 anos, antecedentes de coxartrose/omartrose/rizartrose/condrocalcinose dos joelhos, talassemia minor, líquen plano, hipotiroidismo e asma. Recorreu ao Serviço de Urgência por agravamento de queixas álgicas, de longa evolução, ao nível da região lombar/planos moles para-vertebrais, tipo guinada/compressão, refratárias à analgesia e exacerbadas pela mobilização. Febril, com parâmetros inflamatórios aumentados. Internada, colheu rastreio séptico, iniciou empiricamente ceftriaxone e vancomicina por possível espondilodiscite, excluída posteriormente por RM coluna lombar, que revelou edema dos tecidos moles interespinhosos/periarticulares posteriores de L2 a L5 sugestivo de processo inflamatório músculo-ligamentar. Manteve antibioterapia, com melhoria clínica, analítica e apirexia na alta. Do estudo realizado destaca-se: anemia microcítica crónica, toque hepático (já conhecido), saturação da transferrina (91%), ferritina (3772 ng/mL) e VS elevadas, eletroforese sérica compatível com infeção/inflamação, ecografia abdominal com esteatose ligeira. Culturas, auto-imunidade, HLA-B27, IGRA, ECA, serologias, ecocardiograma e TC torácica: negativos. Estudo genético de hemocromatose: mutação em homozigotia do gene HFE (C282Y). Encaminhada para consulta de Imuno-hemoterapia, iniciou hemafereses periódicas e administração de eritropoietina. Agendadas RM para quantificar o ferro hepático e prótese total da anca por coxartrose grave.

Discussão: Pretende-se ressaltar a importância de um índice de suspeição elevado para o diagnóstico precoce de hemocromatose, alterando a sua história natural. Neste caso, a atropatia exuberante e o toque hepático numa doente jovem alertaram para o estudo do metabolismo do ferro a fim de excluir esta entidade.

PO854

1483 UM CASO DE SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

Sónia Coelho, Rita Silva, Catarina Dionísio, Sara Vila Maior, Weinshet Sousa, Artur Gama, Carla Gonçalves, Marta Arenga, Leopoldina Vicente

Centro Hospitalar Cova da Beira, Covilhã, Portugal

Introdução

Introdução: A Síndrome de Guillain-Barré é uma polineuropatia aguda imuno-mediada, heterogénea, com diferentes variantes de apresentação. Com incidência global de 1-2/100.000 casos/ano, afecta mais o género masculino. A polineuropatia axonal motora aguda corresponde a 5-10% dos casos, atingindo idades mais jovens.

Descrição

Caso clínico: Homem, 55 anos, antecedente recente de colecistite aguda. Recorreu ao Serviço de Urgência a 05/12 por dificuldade na motricidade das mãos, desequilíbrio da marcha e diminuição da força muscular (FM) dos membros inferiores (MI), de instalação súbita a 03/12, com agravamento progressivo, e aparecimento posterior de dor nas regiões gemelares. Ao

exame neurológico com elevação dolorosa dos membros superiores (MS), compromisso da FM dos MS e MI, reflexos miotáticos aquilianos ausentes, sinal de Lhermite positivo, marcha com base alargada, paraparética, pé pendente bilateral. TC e angio-TC-CE: sem alterações. TC coluna cervical: discopatias e fenómenos de espondilodiscartrose, sem compromisso medular. Analiticamente: PCR 3.17 mg/dL. Internado para esclarecimento de tetraparésia de predomínio distal. Punção lombar: 6.4 leucócitos/mm3 (predomínio PMN) e proteinorraquia (84.5 mg/dL). Restante estudo analítico sem alterações. Agravamento progressivo das queixas, com incapacidade para realizar marcha. Tendencialmente hipertenso. RM-CE: sem alterações. RM cervical excluiu lesão medular cervical, sugerindo radiculite. Electromiografia compatível com polineuropatia axonal motora. Cumpriu 5 dias de imunoglobulina endovenosa e iniciou reabilitação motora. Reavaliado em 1 mês, com melhoria da força muscular.

Discussão: Relembra-se a apresentação da variante axonal motora aguda da Síndrome de Guillain-Barré, com progressão mais rápida, podendo ocasionalmente poupar os reflexos tendinosos profundos. O reconhecimento precoce desta entidade permite iniciar prontamente o tratamento dirigido, com impacto prognóstico considerável.

01 DE JUNHO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 07
09:00 - 10:30

PO855

1531 ASCITE HEMORRÁGICA - UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Rita Amorim Costa, Pedro Olivera, Pedro Salvador, Maria Ana Canelas, Inês Rueff Rato, Marta Monteiro, Luís Andrade, Vítor Paixão Dias

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia Espinho, Vila Nova De Gaia, Portugal

Introdução

A endometriose é frequente, resultando da presença de tecido epitelial e estroma endometrial fora da cavidade uterina. A ascite hemorrágica associa-se frequentemente a tuberculose, carcinomatose peritoneal e pancreatite. A associação de ambas é rara, e de patogénese desconhecida.

Descrição

Relata-se caso de mulher de 28 anos, raça negra, nulípara, com história de aumento do volume abdominal com 6 meses de evolução associada a febre vespertina. Detetada ascite hemorrágica de etiologia não esclarecida, pelo que foi internada. Durante o internamento manteve-se apirética e hemodinamicamente estável. Do estudo: anemia microcítica e hipocrómica, velocidade de sedimentação 73mm/hr, proteína C reativa negativa, e sem citocolestase. Ecografia abdominal com ascite de grande volume e nódulo de 4,8cm no útero. Submetida a paracentese diagnóstica: líquido sero-hemático; índice seroascítico >1.1g/dL, Desidrogenase lática (DHL) líquido ascítico/ DHL soro 5.9; bilirrubina de 8.73mg/dL (sérica 0,36 mg/dL); amilase normal; negativa para malignidade; Estudo bacteriológico e micobacteriológico negativo. Tomografia por emissão de positrões: foco com avidez no corpo do útero, e dois na superfície, levantando suspeita de lesões metastáticas. Submetida a laparotomia: líquido hemático e material acastanhado, fibrinóide/necrótico. O exame extemporâneo revelou endometriose. Submetida a histerectomia total com anexectomia direita, e iniciou terapêutica com gosserrelina, com estabilidade clínica e sem recidiva da ascite.

A associação endometriose e ascite hemorrágica é mais comum na raça negra, e nulíparas. O diagnóstico implica, na maioria dos casos, laparotomia e histologia. O tratamento cursa com ablação do tecido endometrial ectópico. Se envolvimento peritoneal difuso, esta não é possível, sendo consensual o uso de gosserrelina (análogo GnRH) e ooforectomia bilateral. Esta entidade deve ser considerada no diagnóstico diferencial de ascite hemorrágica, apesar de rara, em mulheres em idade reprodutiva.

E-POSTERS

PO856

1587 FIBROSE RETROPERITONEAL – A EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Ana Rita Nogueira, Diana Ferreira, Mafalda Ferreira, António Aragão, Manuel Teixeira Veríssimo, Armando Carvalho

CHUC, Coimbra, Portugal

Introdução

A fibrose retroperitoneal é uma patologia rara, caracterizada por uma reacção fibro-inflamatória na região retroperitoneal peri-aórtica. Na maioria dos casos é idiopática, mas pode ser secundária a outras patologias.

Objetivos

Caracterizar uma população de doentes com fibrose retroperitoneal observados pela Medicina Interna.

Métodos

Estudo retrospectivo, descritivo, que analisou doentes com mais de 18 anos observados num Serviço de Medicina Inter-

na (internamento e consulta externa) durante um período de 7 anos, com o diagnóstico de fibrose retroperitoneal.

Resultados

Foram identificados 17 doentes, com idade média de 58 anos, e com ligeira predominância do sexo feminino (53% vs 47%). A fibrose retroperitoneal foi considerada idiopática na maioria dos doentes (47%); era secundária a doença linfoproliferativa em 17%, a vasculite sistémica em 12%, a doença relacionada com IgG4 em 12%, a doença infecciosa em 6% e a histiocitose em 6%. O sintoma inicial predominante foi dor lombar (49%), a lesão renal aguda surgiu em 24%, a perda ponderal em 18% e uma miscelânea de sintomas nos restantes casos. Em 47% dos casos identificou-se uropatia obstrutiva, todos com necessidade de colocação de duplo J e 38% com necessidade de nefrostomia. Analiticamente, a média de valor de PCR no início do quadro foi de 3,1mg/dL e de velocidade de sedimentação foi de 31mm/h. Relativamente ao tratamento, 41% dos doentes fizeram unicamente corticoterapia, 35% corticóide e outro imunossupressor e 24% fez outro tipo de terapêutica dirigida ao problema de base. A mortalidade a 1 ano foi de 6%.

Conclusões

O diagnóstico correcto da fibrose retroperitoneal e o estudo etiológico é fundamental no estabelecimento da terapêutica. Na nossa amostra a maioria dos casos foram considerados idiopáticos necessitando de terapêutica imunossupressora. Contudo uma parte considerável dos doentes apresentava doença neoplásica ou infecciosa a necessitar de terapêutica específica.

01 DE JUNHO DE 2018

APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS 06
09:00 - 10:30

PO857

1676 DOENÇA DE VOGT- KOYANAGI-HARADA - QUANDO A OFTALMOLOGIA E A MEDICINA INTERNA "DÃO AS MÃOS"

Luís Marques Loureiro, Marcia Mendonça, Ana Alves, Cristiana Sevivas, Fernanda Linhares
CHTMAD, Chaves, Portugal

Introdução

A Doença de Vogt-Koyanagi-Harada é uma doença inflamatória de etiologia desconhecida, sendo a teoria mais aceite a da auto-imunidade contra os melanócitos, podendo apresentar manifestações oftalmológicas, dermatológicas, meníngeas e auditivas. O seu curso clínico é variável, sendo o seu diagnóstico e tratamento precoce essenciais para assegurar um bom prognóstico.

Descrição

Caso clinico: Descreve-se doente de 41 anos de idade, sexo feminino e com antecedentes de DM tipo 2, HTA e dislipidemia. Recorre por quadro clinico de dor no globo ocular esquerdo, acompanhada por cefaleia hemicraneana esquerda, prurido oftálmico, fotofobia e visão turva, com 1 semana de evolução. Observada por oftalmologia com diagnostico de uveíte posterior bilateral, realizou infiltração com corticoide, tendo alta para o domicilio. Por agravamento do quadro clinico nas semanas seguintes, solicitada colaboração de medicina interna, que optou por internamento da doente. Realizado estudo laboratorial apresentando HLA B27 positivo, anticorpos anti- cardiolipina negativos, anticorpos anti-DNA, Anti- SSA/SSB/SM, Anti RNP negativos, serologias HIV e hepatites negativas, VDRL positivo e RPR positivo, anticorpo CMV não reactivo, IGRA negativo e toxoplasma não reativo. Decidido assumir diagnostico de neuro sífilis, tendo realizado benzipenincilina IV, durante 3 semanas. Por agravamento de queixas, reavaliada por oftalmologia, apresentava descolamento exsudativo da retina tendo sido colocado como diagnóstico Doença de Vogt- Koyanagi-Harada e iniciado corticoide 60 mg/dia oral durante 2 dias e posteriormente 40 mg/dia durante 3 semanas, com melhoria clinica.

Discussão: O diagnóstico e tratamento da doença de Vogt - Koyanagi - Hararda, deve envolver uma equipa multidisciplinar, sendo que a utilização de corticoides em doses altas, habitualmente proporciona um tratamento eficaz.O diagnóstico e tratamento precoces são de importância crucial para um desfecho favorável.

E-POSTERS

PO858

1810 GRAVIDEZ – QUE IMPORTÂNCIA TEM O INTERNISTA?

Inês Felizardo Lopes[1], Ana Campos[2], Maria José Alves[2], Maria Augusta Borges[2]
[1]Hospital de São José, CHLC, Lisboa, Portugal
[2]Maternidade Alfredo da Costa, CHLC, Lisboa, Portugal

Introdução

A prevalência das complicações médicas na gravidez tem aumentado, em parte devido a factores demográficos e à mudança do estilo de vida da mulher culminando num atraso da maternidade, o que pressupõe a existência de um maior número de comorbilidades maternas requerendo acompanhamento diferenciado e multidisciplinar. O internista tem um papel preponderante na gestão das grávidas com doença prévia.

Descrição

Os autores relatam o caso de uma mulher de 40 anos, com um

índice obstétrico 1 0 0 1, e antecedentes pessoais de: esferocitose hereditária submetida a esplenectomia aos 18 anos, hipotiroidismo, obesidade grau 3, síndrome de apneia obstrutiva do sono sob CPAP noturno, hipertensão crónica com 6 anos de evolução, AVC talâmico há 4, diabetes mellitus tipo 2 insulinotratada, dislipidémia, síndrome depressivo e história de urossépsis há 4 anos. Gravidez actual de um novo relacionamento, seguida em consulta de alto risco obstétrico, com o apoio multidisciplinar, com destaque para a Medicina interna. Medicada com ácido acetilsalicílico, enoxaparina em dose profilática, insulina glargina e lispro, metformina, metildopa, levotiroxina, sertralina, rivotril e ranitidina. Teve apenas como intercorrência às 26 semanas de gestação um quadro febril sem foco evidente. Houve necessidade de ajustes frequentes de insulina por hipoglicémias. A evolução foi favorável, a ecografia do 3º trimestre mostrou biometrias no P50-75 e líquido amniótico normal, feto pélvico, estando programada cesariana eletiva para as 38 semanas de gestação.

Discussão: Este caso ilustra o paradigma cada vez mais frequente da necessidade de uma abordagem adaptada e multidispciplinar na vigilância destas gravidezes e no papel importante que a medicina interna deve ter na gestão das doenças crónicas, durante a gestação. O rigoroso controlo das doenças de base e a vigilância contínua destas gravidezes contribuem de forma importante para uma redução da morbimortalidade materno-fetal.

PO859

1832 ELA COMO CULPADA!

Ana Rita Fernandes Matos, Elisabete Coelho, Carlos Capela

Hospital de Braga, Braga, Portugal

Introdução

A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é uma doença neurodegenerativa, incurável e de carácter progressivo.

Descrição

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um doente de 60 anos com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2. Internado para estudo de quadro com cerca de 7 meses de evolução (com agravamento nos últimos três) de astenia acentuada, dispneia para médios esforços e perda ponderal significativa. Ao exame físico, são de salientar fasciculações dispersas (nas coxas, peitorais e intercostais) e atrofia dos peitorais, primeiro interósseo das mãos e eminência tenar e hipotenar. Não foram verificadas alterações nos pares cranianos, alterações motoras ou sensitivas, espasticidade, hipo/hiperreflexia ou sinal de babinski. Foi colocada a hipótese de se tratar de uma doença neuromuscular, ou de uma patologia mimetizadora. No estudo analítico realizado não foram observadas alterações significativas (nomeadamente, serologias infecciosas, perfil de auto-imunidade, hemoglobina glicosilada, função tiroideia, anticorpos anti-neuronais, vitamina B12, ácido fólico, hormona da paratiróide, cálcio e electroforese de proteínas séricas). Realizou tomografia computadorizada cerebral e toraco-abdomino-pélvica e estudos endoscópicos que não revelaram alterações de relevo. A ressonância magnética cerebral e da coluna demonstrou apenas um enfarte lacunar talâmico direito não recente. Na electromiografia apresentou sinais de lesão do segundo neurónio motor nos segmentos cervical, dorsal e lombossagrado. As provas de função respiratória exibiram um síndrome ventilatório restritivo ligeiro. Esta abordagem diagnóstica foi compatível com o diagnóstico de ELA com envolvimento precoce dos músculos respiratórios.

Discussão: Destaca-se, portanto, a importância que a colheita detalhada da história clínica e o exame físico minucioso tiveram na concepção do diagnóstico diferencial deste síndrome constitucional, permitindo a correcta identificação desta entidade nosológica.

PO860

1859 COLESTASE: PATOLOGIA DA GRAVIDEZ OU EFEITO DA TERAPÊUTICA?

Marco Fernandes, Rita Vaz

Hospital São Francisco Xavier - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

Introdução

A colestase intra-hepática da gravidez é caracterizada por prurido e elevação nos níveis séricos de ácidos biliares, tipicamente de instalação no final do 2º/3ºtrimestre e que se resolve rapidamente após a gravidez. Um dos fármacos mais utilizados no tratamento da pré-eclâmpsia é a metildopa, sendo que um dos possíveis efeitos secundários é a alteração das provas hepáticas.

Descrição

Caso clínico: Mulher, 34 anos, previamente saudável, internada por Colestase gravídica às 35s de gestação. Apresentava nessa altura BT 0.18 g/dL, AST 33 U/L, ALT 49 U/L, FA 149 U/L, GGT 272 e nesse internamento, por pré-eclâmpsia, iniciou Metildopa. Foi submetida a cesariana 6 dias depois, às 36s+2d. Recorre ao SU 3 semanas após o parto por prurido generalizado, colúria e acolia e analiticamente com padrão citocolestase, com aumento da GGT para 770 U/L. Não apresentava sinais e sintomas de processo infeccioso. A ecografia abdominal evidenciou hepatomegalia, sem alterações da vesícula biliar. Na reavaliação, em hospital de dia, 3 dias depois a doente mantinha padrão de agravamento de citocolestase, com subida da GGT para 900 U/L. Foi suspensa a metildopa e observou-se normalização dos parâmetros hepáticos, assim como melhoria do prurido e resolução da colúria.

Discussão:A relação de causalidade entre a suspensão da metildopa e a normalização dos parâmetros hepáticos aponta para que essa seja a causa mais provável de agravamento do padrão citocolestático após o parto. No entanto, não podemos excluir que se trate de uma reacção tardia da GGT pela proximidade entre o parto e a reavaliação das provas hepáticas. Este caso alerta-nos para os efeitos adversos da terapêutica e a sua importância no diagnóstico diferencial com outras patologias médicas da grávida.

PO861

1924 TERAPÊUTICA EMPÍRICA COM CARBAPENEMES – DADOS DE ESTUDO RETROSPECTIVO DE 3 ANOS DO PROGRAMA PPCIRA

Tiago Pack, Cristiano Cruz, Teresa Ferreira, Torcato Marques, André Almeida, Patrícia Cachado, Teresa Garcia

Hospital de Santa Marta, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, Portugal

Introdução

Dado que as bactérias multi-resistentes colocam um perigo crescente para a saúde pública, as estratégias de utilização racional de carbapenemes são um componente essencial dos programas de controlo de resistência aos anti-microbianos.

Objetivos

Verificar a adequação da antibioterapia empírica com carbapenemes.

Métodos

Análise retrospectiva do registo de doentes avaliados no programa PPCIRA internados em três enfermarias médicas (Cardiologia, Pneumologia e Medicina Interna) com um total de 93 camas, ao longo de três anos. Incluiram-se os doentes em quem foram inicialmente usados carbapenemes de forma empírica e estudadas associações entre dados clínicos, uso prévio de antibióticos e achados microbiológicos avaliando-se possíveis preditores de infecção por organismos multi-resistentes.

Resultados

Durante este período foram administrados carbapenemes a um total de 240 doentes. A idade média foi de 72 anos (IQR 60-82) e o género masculino foi predominante (60% n=144). Em 126 doentes (91%) haviam sido administrados antibióticos nos 6 meses prévios. Os principais focos de infecção foram as vias urinárias (43% n=103) e respiratórias (41% n=101). A cobertura antimicrobiana foi empírica em 135 doentes (56%). Destes, em apenas 38 (27%) se veio a isolar agente responsável pela infecção, sendo que em 25 (66%) se determinou que os carbapenemes foram uma escolha adequada por isolamento de organismo multi-resistente. Em análise multivariada, o único factor estatisticamente significativo para o isolamento de bactéria multi-resistente foi a existência de foco respiratório.

Conclusões

A grande maioria de doentes neste estudo tiveram exposição recente a antibióticos. Entre os escassos doentes nos quais se obteve isolamento microbiológico, a terapêutica com carbapenemes foi considerada adequada em dois terços. Os nossos dados confirmam que a adequação da antibioterapia empírica tem implicações críticas não só na eficácia clínica mas também na emergência de mecanismos de resistência.

PO862

1940 TROMBOSE OCLUSIVA DA AORTA ABDOMINAL - UM DIAGNÓSTICO RARO E UMA REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O USO DA TERLIPRESSINA A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Catarina Parente, António Cardoso, Fátima Campante

Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Barreiro, Portugal

Introdução

A trombose aórtica aguda é uma entidade clínica rara, geralmente associada a aterosclerose, dissecção ou aneurisma aórticos. Há casos descritos em doentes oncológicos, embora a maioria na presença de uma das primeiras condições sendo que, apesar do estado de hipercoagulabilidade característico destes doentes, a trombose arterial continua a ser incomum nesta população.

Descrição

Doente do sexo masculino, 70 anos, com antecedentes de neoplasia da laringe intervencionada há 10 anos, úlcera péptica e acentuados hábitos etanólicos, que recorre ao serviço de urgência por quadro de melenas com 3 dias de evolução e 2 episódios de hematemeses. À admissão encontrava-se hemodinamicamente estável, apresentando contudo valor de hemoglobina de 10 g/dL (cerca de 4 g/dL inferior ao seu valor habitual). Por indisponibilidade de endoscopia digestiva urgente optou-se por iniciar perfusão de pantoprazol e terlipressina aguardando-se estudo endoscópico. Posteriormente, doente inicia quadro de polipneia, acompanhando-se de pele marmoreada nos membros inferiores com cianose das respectivas extremidades, com pulsos femorais não palpáveis, mantendo estabilidade hemodinâmica. Realizada gasimetria arterial que revelou acidose láctica grave compensada. Doente encaminhado para angiografia por tomografia computorizada que detectou trombose oclusiva da aorta abdominal sem dissecção. Seguidamente conduzido para intervenção por cirurgia vascular, tendo vindo a falecer.

Discussão

O caso previamente mencionado demonstrou-se relevante, por um lado pela raridade da situação clínica. Por outro, pela singularidade de um doente que se apresenta com aparente doença

hemorrágica em

curso evoluindo para doença trombótica grave. Importa ainda mencionar que a terlipressina é um potente vasoconstritor que já foi relacionado com isquémia crítica dos membros, interessando neste caso como factor a ter em conta no diagnóstico etiológico diferencial, não devendo contudo protelar a urgente intervenção.

PO863

1970 PEG – UM ANO DE EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL CENTRAL

Carolina Capucho Pereira, Maria João Correia, Ana Leitão, Arturo Botella, Cândida Fonseca, Cristina Chagas, Luis Campos

CHLO - HSFX, Lisboa, Portugal

Introdução

A Gastrostomia Endoscópica Percutânea (PEG) tem indicações precisas, particularmente por disfagia grave com estado mental preservado, necessidade de descompressão gástrica ou neoplasias cabeça, pescoço e esófago. Quando se prevê necessidade permanente de via entérica, as entubações nasogástrica ou nasoentérica não permitem um acesso seguro, pelo que nestes casos a PEG tornou-se um procedimento comum. De acordo com a literatura 70% dos doentes não apresenta melhoria do seu estado funcional, estado de saúde subjetivo ou estado nutricional, apesar do impacto positivo na qualidade de vida.

Objetivos

Avaliação das características demográficas e clínicas da população submetida à colocação de PEG: indicações, complicações e follow-up.

Métodos

Estudo observacional retrospetivo de doentes que colocaram PEG no serviço de gastroenterologia (GE) de um hospital central no ano de 2017. Os dados demográficos e clínicos foram obtidos através da consulta do processo clínico.

Resultados

Colocaram PEG 59 doentes. No presente estudo foram incluidos 41 doentes que efetuaram procedimento em regime de internamento: 52% do sexo masculino e idade média de 71±14 anos. As indicações mais prevalentes foram: doenças cerebro-vasculares (43,9%), neoplasias cabeça e pescoço (17,1%) e trauma (9,8%). Registaram-se 15% de complicações precoces, 50% por exteriorização de PEG. Recuperaram a via oral 5% dos doentes. Depois do procedimento 78% não foram referenciados a consulta de GE e/ou nutrição. A taxa de mortalidade identificada foi de 29% (12 óbitos).

Conclusões

A ausência de informação clínica não permitiu a inclusão de todos os doentes que efetuaram o procedimento. Apesar da pequena dimensão da amostra pretendemos sensibilizar para a identificação precoce dos doentes que beneficiam da PEG. Realçamos a importância da referenciação a consulta de especialidade e de nutrição para aferir as complicações precoces e tardias, e permitir uma monitorização do estado nutricional do doente.

PO864

1971 APLICAÇÕES DA ECOGRAFIA POINT OF CARE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

João Galaz Tavares, Bernardo Baptista, Bebiana Gonçalves, Alexandra Bayão Horta, João Sá

Hospital da Luz, Lisboa, Portugal

Introdução

A ecografia à cabeceira do doente (“point of care ultrasound”) é uma técnica que utiliza imagens ecográficas em tempo real para esclarecimento de dúvidas clínicas concretas. É protagonizada pelo clínico do doente e permite uma correlação directa com os sinais e sintomas colhidos na anamnese e exame objectivo.

Objetivos

Rever as principais utilidades da ecografia à cabeceira no Serviço de Urgência.

Métodos

Foi efectuada uma pesquisa bibliográfica com base no pubmed com enfoque nas potenciais aplicações da ecografia à cabeceira no Serviço de Urgência.

Resultados

Podemos dividir as aplicações da ecografia à cabeceira em três grandes grupos: diagnóstico, procedimentos e monitorização. No que diz respeito ao diagnóstico, pode ser uma mais-valia para a avaliação do coração, abdómen, pulmões, veias dos membros inferiores, entre outros. Do ponto de vista cardíaco permite fazer uma estimativa qualitativa da função do ventrículo esquerdo, avaliar o pericárdio e as estruturas valvulares e determinar a existência de dilatação das cavidades direitas. Em termos abdominais permite o diagnóstico de litíase biliar, hidronefrose, aneurisma da aorta abdominal, ascite e retenção urinária. A avaliação da congestão pulmonar, diagnóstico de condensação, exclusão de pneumotórax e a presença de derrame pleural são utilidades conhecidas da ecografia torácica. A visualização directa e compressão do sistema venoso dos membros inferiores em 2 pontos: veia femoral e veia popliteia permite o diagnóstico de trombose venosa profunda no Serviço de Urgência com alta sensibilidade e especificidade. A toracocentese, a paracentese, os acessos vasculares e a pericardiocentese são exemplos de técnicas que beneficiam de apoio ecográfico para incremento de segurança para o doente. A ecografia à cabeceira permite monitorizar o efeito das terapêuticas instituídas como por exemplo avaliar o estado volémico após ressuscita-

ção hidroelectrolítica.

Conclusões

A utilidade da ecografia à cabeceira do doente no Serviço de Urgência é indiscutível.

PO865

2034 BACTERIÚRIAS ASSINTOMÁTICAS NO INTERNAMENTO

Catarina Lume, Helena Luís, Carolina Morna, Jéssica Chaves, Nélia Abreu, Andreia Pestana, Maria Da Luz Brazão

Hospital Central do Funchal, Funchal, Portugal

Introdução

A bacteriúria assintomática (BA) é definida como o isolamento de um agente bacteriano em número significativo (>105UFC/mL), numa amostra de urina colhida de forma apropriada, num individuo sem sinais ou sintomas de infeção urinária (ITU). As BA são comuns e estão relacionadas com colonização comensal, podendo proteger o hospedeiro de ITU sintomáticas. O tratamento das BA com antibioterapia (ATB) deve ocorrer apenas em doentes em que o benefício seja comprovado para evitar a seleção de agentes resistentes à ATB e erradicar as estirpes protetoras.

Objetivos

Esta casuística foi desenvolvida com o intuito de ver a incidência de BA no internamento de medicina interna (MI) , entre janeiro e junho de 2017. Este trabalho tem ainda como objetivo verificar quais as BA tratadas com ATB.

Métodos

Neste estudo foram incluídos doentes adultos, internados no serviço de MI de um hospital central que no decorrer do seu internamento realizaram urocultura (UC) e que o seu resultado foi positivo. Foram consideradas BA o isolamento de bactérias (>105 UFC/mL) em doentes que não apresentaram sintomas urinários, dor/sensibilidade abdominal/supra-púbica nem febre. Nos doentes com mais de 65 anos considerou-se ainda a presença de piuria com a UC positiva diagnóstico de ITU.

Resultados

A amostra obtida é composta por 75 doentes, com 28% doentes do sexo masculino e 72% do sexo feminino. Sendo que foram isolados 2 agentes em 4 UC e 9 doentes realizaram mais de uma UC, em internamento no período de 6 meses. A média de idades é de 79,8 anos (mínimo 38 e máximo 98) sendo que 86,6% tem mais de 65 anos. Das 85 UC realizadas, foram considerados bacteriúria assintomática em 62,4% dos casos sendo que destes 71,7% foram tratados empiricamente e no total 90,6% foram tratados com ATB.

Conclusões

Os autores pretendem alertar para a importância do diagnóstico de BA na pratica clinica. É de extrema importância o diagnóstico diferencial entre BA e ITU para evitar a prescrição de ATB desnecessária que contribui para o aumento das resistências.

PO866

2065 SÍNDROME DE DRESS INDUZIDO PELO ALOPURINOL

Marta Custódio, Carolina Sequeira, Anabela Salgueiro Marques

Hospital de Cascais, Cascais, Portugal

Introdução

O Síndrome de DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms), é uma doença rara induzida por fármacos, que se caracteriza por um longo período de latência (2 a 6 semanas) entre a exposição e o início da doença, e que se apresenta com uma erupção cutânea generalizada, acompanhada por alterações sistémicas e envolvimento multiorgânico.

Descrito pela primeira vez associado à fenitoína, atualmente aparece mais comumente associado ao alopurinol e à carbamazepina.

Descrição

Apresentamos o caso de um homem de 64 anos, com antecedentes de cardiopatia isquémica e valvular, e síndrome metabólica, que recorreu ao Serviço de Urgência por um quadro com 3 semanas de evolução de mal-estar inespecífico acompanhado pelo aparecimento de lesões cutâneas na face e membros superiores, com posterior generalização, apesar de terapêutica com anti-histamínico e corticoterapia tópica.

Encontrava-se polimedicado, salientando-se que tinha iniciado, cerca de 2 meses antes, a toma de alopurinol.

À admissão o doente apresentava-se febril, com marcado edema facial com dermatite esfoliativa, adenopatias cervicais e exantema morbiliforme generalizado, com zonas coalescentes e algumas áreas purpúricas.

Analiticamente com leucocitose (31460x106/L) com eosinofilia (50.6%), aumento da troponina (0,23mcg/L) e da lipase (896UI/L). Realizou ecografia cervical que evidenciou múltiplas adenomegalias.

Admitiu-se síndrome de DRESS e iniciou-se corticoterapia sistémica em dose elevada, com melhoria clínica. A biópsia cutânea realizada corroborou o diagnóstico.

Sendo uma doença com apresentação clínica variável, mas severa e potencialmente fatal é necessário um elevado grau de suspeição clínica para que se faça um diagnóstico atempado e se institua o tratamento adequado.

O alopurinol é utilizado em todo o mundo há mais de 30 anos, sendo muito importante recordá-lo como causa de múltiplas reacções alérgicas salientando-se as de hipersensibilidade

como as mais graves.

PO867

2135 RESISTÊNCIA A ANTIBIÓTICOS EM AGENTES ISOLADOS EM UROCULTURA

Catarina Lume, Carolina Morna, Nélia Abreu, Helena Luís, Jéssica Chaves, Andreia Pestana, Maria Da Luz Brazão

Hospital Central do Funchal, Funchal, Portugal

Introdução

Ao longo dos anos os agentes microbianos têm desenvolvido resistências aos antibióticos, representando uma ameaça à saúde pública que implica um aumento dos custos, ao insucesso terapêutico e em ultima instância à morte. Os principais agentes microbianos associados a infecções do trato urinário (ITU) são as bactérias sendo as mais comuns as Gram negativas particularmente a Escherichia coli (E. coli), responsável por cerca de 75 a 90% das ITU, seguindo-se Staphylococcus, Proteus, Klebsiella pneumoniae e Pseudomonas.

Objetivos

O objetivo desta casuística foi estudar a resistência aos antibióticos dos agentes microbianos isolados em uroculturas (UC) solicitadas no internamento do serviço de medicina interna (MI) de um hospital central.

Métodos

O estudo foi desenvolvido com doentes adultos, internados entre janeiro e junho de 2017 no serviço de MI. Durante o internamento estes doentes realizaram UC sendo o seu resultado positivo. Neste estudo classificaram-se os agentes isolados como sensíveis (S), multi-resistentes (MDR), extensivamente resistentes (XDR) e panresistentes (PDR) de acordo com a classificação de elaborada por European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) em conjunto com o Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

Resultados

A amostra obtida é composta por 75 doentes, com 28% doentes do sexo masculino e 72% do sexo feminino. Efectuaram-se 85 UC, sendo que foram isolados 2 agentes em 4 das UC. O agente mais frequentemente isolado foi a E. Coli 55% dos casos, sendo concordante com a bibliografia. Dos agentes isolados 61,8% classificam-se como MDR, 38,2% como S não foram identificados agentes XDR e PDR. Cerca de 19% dos doentes tinha internamento nos 3 meses anteriores, 54,1% realizou antibioterapia nos 3 meses anteriores e 78,8% cumpriram antibioterapia no internamento no período de estudo.

Conclusões

Com este estudo os autores pretendem alertar para a elevada taxa de agentes MDR salientando a importância do uso criterioso de ATB.

PO868

2195 INFEÇÃO DO TRACTO URINÁRIO ASSOCIADA A CATETER VESICAL, NO INTERNAMENTO DE MEDICINA INTERNA

Catarina Lume, Jéssica Chaves, Nélia Abreu, Carolina Morna, Helena Luís, Andreia Pestana, Maria Da Luz Brazão

Hospital Central do Funchal, Hospital Central Do Funchal, Portugal

Introdução

As infeções do trato urinário associadas a cateter vesical (ITUA-CV) são o 4º tipo de infeção mais comum no meio hospitalar. A cateterização urinária perturba os mecanismos de defesa do hospedeiro e facilita o acesso dos uropatógenos à bexiga. Os cateteres urinários internos facilitam a colonização com uropatógenos. Além disso, a mucosa uroepitelial é interrompida, expondo novos locais de ligação para adesinas bacterianas.

Objetivos

Este estudo estatístico foi desenvolvido com o intuído de conhecer as ITUACV nos doentes internados no serviço de medicina interna (MI) de um hospital central.

Métodos

A amostra obtida inclui doentes adultos, internados no serviço de MI, entre janeiro e junho de 2017, de um hospital central que no decorrer do seu internamento realizaram urocultura (UC) e que o seu resultado foi positivo. Foi considerado ITUACV os resultados de UC positiva (>105UFC/mL) associados a sintomas (Febre (>38ºC); Dor/Sensibilidade supra-púbica; Dor/Sensibilidade no ângulo costovertebral) em doentes que estiveram algaliados há mais de 2 dias ou por mais de dois dias tendo o cateter sido removido no dia anterior ao evento infecioso.

Resultados

Setenta e cinco doentes compõem a amostra (28% homens e 72% do mulheres). Em 4 das UC registadas como positivas no período de estudo foram isolados 2 agentes. Nove doentes realizaram mais de uma urocultura em internamento.A média de idades é de 79,8 anos e 86,6% dos doentes tem mais de 65 anos. Destes, 15% encontrava-se algaliado cronicamente, maioritariamente por obstrução do trato urinário. Dos doentes cronicamente algaliados 53,8% apresentavam ITU como motivo de admissão, destes, 53,8% foram considerados ITUACV.

Conclusões

As ITUACV têm grande impacto sócio-económico. O seguimento dos critérios para algaliação assim como o rigor no cumprimento dos protocolos de algaliação são de extrema importância para minimizar a incidência e a prevalência das ITUACV. A melhor forma de prevenção é a não algaliação.

PO869

2311 LESÕES MULTIORGÂNICAS – 2 ANOS ATÉ AO DIAGNÓSTICO

Joana Rodrigues Dos Santos, Ryan Costa Silva, Priscila Nejo, Ligia Peixoto, José Luis Ducla Soares

Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

Introdução

A sarcoidose é uma doença rara que pode envolver qualquer órgão, sendo o seu diagnóstico um desafio para qualquer clínico.

Descrição

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, 38 anos, com sinusite desde a infância e pólipos nasais de diagnóstico recente. Por quadro com 2 anos de evolução de diminuição do débito urinário e perda ponderal de 5%, fez ecografias renal, suprarrenal e prostática onde se destacava aumento do volume prostático, ecoestrutura heterogénea, com nódulo no lobo médio (2cc). Laboratorialmente a destacar elevação das transaminases (ALT 101U/L; AST 148U/L); GGT 479U/L; VS 67mm; PSA normal; eletroforese de proteínas com elevação da fração gama; estudo de autoimunidade negativo. Solicitada ecografia abdominal que mostrou fígado globoso com heterogeneidade difusa da ecoestrutura (esteatose vs. lesões ocupando espaço); pâncreas com eventual lesão ocupando espaço de 16mm. Pedida RMN e TC abdominal que mostraram de novo no rim esquerdo uma lesão que encarcerava o ureter esquerdo com ponto de partida no urotélio do bacinete, invasão do parênquima renal posterior a nível do corpo, pouco vascularizada e adenopatias lomboaórticas com 1cm. Realizou biopsias renal e prostática, que revelaram a presença de múltiplos granulomas não caseosos. A TC tórax revelou múltiplas adenopatias torácicas com aglomerado particularmente expressivo a nível subcarinal. Neste contexto realizou broncofibroscopia com biópsias e lavado broncoalveolar, inconclusivos. Foi pedida gamagrafia corporal com gálio com padrão de captação de radionúclido sugestivo de sarcoidose pulmonar. Iniciou terapêutica com prednisolona 0,5mg/Kg/dia com marcada melhoria clínica, laboratorial e imagiológica.

DISCUSSÃO

O diagnóstico de sarcoidose é um diagnóstico de exclusão, podendo ser confundido com outras doenças sistémicas como vasculites ou doenças neoplásicas. Cerca de 1/3 das granulomatoses podem ter uma evolução crónica e insidiosa, o que dificulta do diagnóstico apesar do envolvimento multissistémico.

PO870

2322 PENFIGÓIDE BOLHOSO COMO MANIFESTAÇÃO PARANEOPLÁSICA.

Inês Gonçalves, Filipa Pinho, Laura Costa, Filipa Macedo, Catarina Nunes, Francisco Gonçalves, Luísa Pinto, Carlos Capela

Hospital de Braga, Braga, Portugal

Introdução

O Penfigóide Bolhoso é uma doença autoimune subepidérmica adquirida, que geralmente ocorre em idosos. As lesões são normalmente distribuídas sobre o abdómen, nas pregas cutâneas e na superfície flexora das extremidades, podendo surgir, inicialmente, como placas urticariformes e posteriormente como bolhas tensas.

Descrição

Caso Clínico: Homem, de 86 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, fibrilhação auricular hipocoagulada e hiperplasia benigna da próstata. É trazido ao serviço de urgência (SU) por placas arroxeadas, que não desapareciam com a digitopressão, dispersas nos membros e tronco, associadas a hematúria macroscópica. Analiticamente, com lesão renal aguda (creatinina 3.6 mg/dl e ureia 199 mg/dl), sem parâmetros inflamatórios elevados e com hipocoagulação em faixa terapêutica. Realizou ecografia no SU que mostrava rins normais e bexiga colapsada. Dada esta clínica inicial, durante o internamento foram consideradas e excluídas causas infeciosas (serologias víricas negativas) e autoimunes, nomeadamente vasculites. As lesões apresentaram evolução para bolhas tensas sero-hemorrágicas dispersas. Considerado então, o diagnóstico de penfigoide bolhoso, que foi confirmado por biópsia cutânea. Entretanto, foi repetida ecografia vesical, onde se observou espessamento da parede da bexiga. Tal, motivou realização de cistoscopia, fazendo-se o diagnóstico de neoplasia da bexiga.

Assim, considerou-se penfigóide bolhoso em contexto de neoplasia da bexiga e iniciou corticoterapia, com melhoria franca. Após resseção transuretral da neoplasia vesical, doente realizou desmame progressivo da corticoterapia, sem aparecimento de novas lesões até à data.

O penfigoide bolhoso pode ser uma apresentação paraneoplásica. Assim, na presença deste diagnóstico, essa possibilidade deve ser excluída, com estudo dirigido aos sinais e sintomas do doente.

PO871

2349 ADESÃO À TERAPÊUTICA EM CONSULTA EXTERNA - A IMPORTÂNCIA DO REGIME MEDICAMENTOSO

Joana Fontes, Liliana Costa, Joana Serôdio, Vitor Costa, Tiago Mendes, Inês Grenha, Paula Brandão

ULSAM PL Hosp. Conde de Bertiandos, Ponte De Lima, Portugal

Introdução

A organização mundial de saúde reporta que apenas 50% dos doentes crónicos cumpre corretamente a terapêutica prescrita. A não adesão influencia negativamente o resultado clínico e aumenta os custos globais de saúde.

Objetivos

Os objetivos deste estudo são caraterizar uma população rural de doentes seguidos na consulta de Medicina Interna de um hospital distrital e identificar os fatores de risco para a não adesão terapêutica no que diz respeito ao domínio socioeconómico, cultural e cognitivo.

Métodos

Foi realizado um estudo piloto transversal, observacional, com base em questionários realizados aos doentes, cuidadores, médicos assistentes e consulta do processo clínico eletrónico. Foram avaliados dados demográficos, o regime terapêutico instituído e indicadores de disfunção cognitiva e depressão. A adesão do doente à terapêutica era atestada pelo médico assistente no final da consulta.

Resultados

Foram incluídos 49 doentes até à data, dos quais 53% (n=26) são do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 48 e 97 anos (média 76 anos).

Na análise dos dados preliminares referentes ao regime terapêutico instituído foi feita a comparação entre o grupo dos doentes percecionados pelo médico como adesores (AD) (81.6%, n=40) e não adesores (NAD) (18.4%, n=9). Comparando os dois grupos, no grupo dos NAD verifica-se um maior uso de associações medicamentosas (89% Vs 42,5%) apesar da média de caixas ser ligeiramente superior (8.25 Vs 7.38). Em ambos os grupos, cerca de metade viram a sua medicação ser alterada no último ano. Dos doentes com dificuldade no cumprimento terapêutico, 22% são hipocoagulados, todos eles com novos anti-coagulantes orais. Pelo contrário, 11 (28%) dos AD são hipocoagulados, 4 deles com antagonista da vitamina K. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na comparação das variáveis.

Conclusões

Estes resultados parecem refletir o maior uso de algumas medidas preconizadas no reforço à adesão terapêutica no grupo de doentes percecionados pelos médicos como não adesores.

ÍNDICE DE AUTORES

A. Prado Lacerda PO421
Abel Alves PO094
Abilio Gonçalves CO136
Abílio Vilas Boas PO018, PO203, PO663
Adelaide Belo PO803
Adelaide Moutinho CO016, IMG094, IMG144, PO112, PO314, PO571, PO758
Adelaide Palos PO363
Adélia Miragaia PO804
Adélia Simão CO097, CO106, CO156, IMG172, PO030, PO427, PO429, PO485, PO575, PO777
Adelina Pereira CO076, PO452
Adelino Carragoso PO398, PO432, PO578
Adilson Marcolino PO620
Adozina Ribeiro PO587
Adriana Alves CO155
Adriana Bandeira IMG003, IMG099, IMG103, IMG136, PO401, PO760
Adriana Carapucinha PO548
Adriana Fernandes CO107, PO170
Adriana Gameiro IMG026
Adriana Paixão Fernandes CO063, CO094, IMG173, PO311, PO633
Adriana Roque CO116, PO517
Adriana Sá Pinto PO288
Adriana Santos IMG092
Adriana Santos Silva CO029, CO035, IMG100, IMG125, PO300, PO668
Adriana Soares CO126, PO172
Adriana Watts Soares IMG203, PO218
Adriana Paixão Fernandes PO103
Adriano Rodrigues CO021, CO121, CO129, IMG107, IMG113, PO080, PO183, PO225, PO418, PO424, PO454, PO471, PO481, PO569, PO675, PO695, PO720, PO757, PO813
Afonso Rodrigues PO444
Agostinho Sanches CO192, IMG158
Agripino Oliveira PO148, PO814
Aida Botejara PO143
Aida Cordero CO176
Aida Pereira PO054
Alba Janeiro Acabado IMG034, IMG137, PO244, PO678
Alberto Esteban CO055
Alberto Fior IMG135
Alberto Mello E Silva CO056, CO150, CO157, CO163, IMG123, IMG194, IMG199, IMG221, PO062, PO120, PO162, PO282, PO293, PO447, PO501, PO614, PO640, PO698, PO771, CO095
Albina Moreira CO027, CO042
Alcina Ponte CO029, IMG100, IMG124, IMG125, IMG136, PO027, PO053, PO145, PO178, PO300, PO344, PO395, PO401, PO469, PO760
Aldara Faria CO098
Alexandra Baião Horta PO323
Alexandra Bayão Horta CO190, PO752, PO864
Alexandra Carreiro CO186, PO700
Alexandra Coimbra IMG260, PO812
Alexandra Dias PO108, PO115
Alexandra Esteves CO089, CO142, IMG237, PO110, PO117, PO535, PO573, PO629, PO670
Alexandra Ferreira CO140
Alexandra Freitas PO144
Alexandra Leitão IMG130, PO267, PO329, PO470
Alexandra Malheiro CO138, PO085
Alexandra Martins IMG041
Alexandra Monteiro PO507
Alexandra Pereira PO517
Alexandra Pousinha PO046
Alexandra Raposo PO156
Alexandra Reis IMG069, IMG128, IMG167, PO131
Alexandra Vaz IMG049, PO509, PO723
Alexandre Amaral E Silva PO394
Alexandre Fontoura CO171, PO124
Alexandre Louro IMG024, IMG050, IMG129, PO307
Alexandre Marques IMG177
Alexandre Vasconcelos CO027, PO662, PO710
Alexys Borges PO073, PO613
Alexys Reis Borges PO173
Alfredo Martins CO143
Alice Castro IMG022, PO150, PO251, PO440, PO554, PO708
Alice Pinheiro PO074
Alice Sousa PO207, PO608, PO612
Alicia Oliveira PO088, PO109
Alícia Oliveira IMG250, PO615
Aline Pedrosa Gonçalves PO524
Almerindo Rego IMG153, PO144, PO232, PO259, PO338, PO339
Amadeu Lacerda CO183, PO192, PO219, PO791
Amadeu Prado Lacerda CO115, IMG145, IMG184, IMG262, PO163, IMG010
Amelia Pereira CO136
Amélia Ferreira Mendes CO075
Amélia Lérias CO077, PO840
Amélia Pereira CO193, IMG183, PO374, PO566, PO611
Amilcar Silva IMG113, PO225
Amílcar Silva PO569
Ana Abreu Nunes PO077, PO234
Ana Afonso CO054, PO159, PO346, PO452, PO498, PO654
Ana Albuquerque PO547, PO779
Ana Almeida Pereira IMG004
Ana Alvarez Pidal PO394
Ana Alves PO112, PO857
Ana Amado CO089
Ana Andrade Oliveira PO378, PO705

Ana Araújo CO146, CO148, IMG170, IMG190, PO099
Ana Areia Reis IMG045
Ana Ayesta CO055
Ana Azevedo PO252
Ana Baptista PO408, PO451, PO546
Ana Bento Rodrigues IMG034, IMG120, IMG137, PO244, PO583, PO678, PO784, PO828
Ana Bernardo IMG196, PO191
Ana Boquinhas IMG080, PO478, PO542
Ana Borges CO091, PO768
Ana Branco PO662
Ana Bravo IMG244, PO533
Ana Braz Da Silva PO394
Ana Brito IMG154, PO731, PO734
Ana C. Lopes PO293
Ana Camacho PO326
Ana Campar PO416
Ana Cardoso CO114, PO032, PO593
Ana Carvalho CO089, PO531, PO532
Ana Cerqueira IMG115, PO007
Ana Clara PO408
Ana Corte Real IMG003, IMG099, IMG103
Ana Corte-Real PO034, PO289, PO290, PO297, PO816
Ana Costa IMG018, IMG183, IMG193, PO001, PO452, PO566, PO579
Ana Cristina Mestre IMG233
Ana Emídio PO791
Ana F. Costa COa136, PO611
Ana Fernandes IMG054
Ana Ferrão CO029, IMG100, IMG125, PO300
Ana Ferreira PO405
Ana Ferro PO340, PO710
Ana Figueiredo PO813
Ana Galaghar PO648
Ana Gameiro IMG056, PO102, PO672, PO707
Ana Garrido Gomes IMG126, IMG240
Ana Gaspar PO742
Ana Glória Fonseca IMG081
Ana Gomes CO178, PO213
Ana Gomes Tavares IMG030
Ana Gonçalves CO133, PO098, PO445
Ana Gorgulho IMG218, IMG231, PO272
Ana Grilo CO026, CO125, PO176, PO829
Ana Henriques CO193, PO374
Ana Lebre PO002
Ana Leitão CO073, CO168, CO169, PO332, PO475, PO745, PO863
Ana Leite PO438
Ana Lladó IMG236, PO045, PO055, PO188, PO270, PO343, PO422, PO659
Ana Lopes IMG019, PO465, PO599, PO671, PO673, PO704, PO719, PO763
Ana Lopes Dos Santos CO168, PO332, PO475, PO745, PO766, PO767
Ana Lopes Gonçalves PO236, PO337
Ana Lopes Santos CO161, CO169, PO765, PO769, PO770
Ana Lourenço CO081, CO082, CO087, PO362, PO367
Ana Lynce PO179, PO209, PO297, PO741
Ana Machado IMG009, IMG161
Ana Marçal CO070, CO172, IMG043, PO048, PO567, PO755
Ana Marques CO058, CO059, PO018, PO220, PO530, PO548, PO831
Ana Martins PO648, PO782, PO813
Ana Mestre PO140, PO370, PO393
Ana Modragão IMG158
Ana Mondragão CO192
Ana Monteiro IMG166, IMG249, IMG254, PO414
Ana Mosalina PO303, PO322
Ana Nascimento IMG048, IMG246, PO365
Ana Neto PO256
Ana Novo PO007
Ana Nunes IMG096, PO503
Ana Ogando IMG185, PO168
Ana Oliveira CO145, CO147, IMG009, IMG161, IMG195, IMG235, PO140, PO288, PO309, PO393, PO647
Ana Oliveira E Costa CO004, CO092, IMG051, PO415
Ana Oliveira Monteiro PO588, PO825
Ana Oliveira Pinho PO239
Ana P. Ferro PO271
Ana Paes PO794
Ana Paiva Nunes IMG135, IMG244, PO336, PO392
Ana Palricas PO503
Ana Pãosinho CO157, CO163, IMG221, PO282, PO293, PO771
Ana Parola CO163, PO771
Ana Pastor CO136, CO193
Ana Pedroso CO161, PO297, PO741, PO765, PO766, PO767, PO769, PO770
Ana Pereira PO581, PO818
Ana Pessoa CO089
Ana Pimenta De Castro IMG180
Ana Pimentel IMG041
Ana Pinho IMG043, PO567, PO815
Ana Ponciano CO160, PO400, PO547
Ana Ramalho PO159, PO498, PO654
Ana Ribeiro IMG110
Ana Rita Barradas CO150
Ana Sá IMG068, IMG165, PO204
Ana Santos IMG228, PO143
Ana Serrano PO126
Ana Silva PO246
Ana Silva Fernandes PO739
Ana Simas IMG229, PO456, PO586, PO607, PO643
Ana Sousa CO045

Ana Tomás PO035
Ana Tornada CO061
Ana Valverde PO380
Ana Veloso PO151
Ana Ventura PO221
Ana Vera Cruz CO060, PO231, PO363, PO635
Ana Vieira PO082
Ana Vieira Dos Santos CO176
Ana Vigário CO015, CO020, PO141, PO142, PO146
Ana Vilaça PO430, PO617, PO724
Ana Von Hafe IMG178
Ana Cristina Mestre PO101, PO127, PO568
Ana Filipa Martins PO623
Ana Filipa Viegas PO202
Ana Luísa Broa CO014
Ana Maria Gonçalves CO031
Ana P. Ferro PO605
Ana Sofia Castro PO185
Ana Teresa Goes PO803
Ana Teresa Pina PO849
Ana Alves Oliveira PO101, PO127, PO568
Ana C. Lopes PO062, PO282
Ana Carolina Abreu PO439
Ana Carolina Andrade IMG012, PO461, PO494
Ana Carolina Ferreira PO023, PO094
Ana Carolina Figueiredo PO777
Ana Carolina Freitas PO553
Ana Catarina Alves Moreira PO689
Ana Catarina Carvalho PO639
Ana Catarina Cunha IMG098, IMG110, IMG163, PO486
Ana Catarina Emídio IMG010
Ana Catarina Gomes CO058, CO059
Ana Catarina Lameiras PO297
Ana Catarina Pereira PO382, PO390
Ana Catarina Rodrigues CO112, PO247, PO382, PO390
Ana Catarina Trigo PO001, PO452, PO837
Ana Catarina Varandas Rodrigues IMG227
Ana Cláudia Miranda PO057
Ana Cláudia Vieira CO163, PO771
Ana Cristina Pereira Martins CO121, PO675
Ana De Carmo Campos CO194
Ana Denise Lopes PO394
Ana Figueiredo Albuquerque PO377
Ana Filipa Geraldo CO192, IMG158
Ana Filipa Neves PO850
Ana Filipa Palma Dos Reis PO388, PO616
Ana Filipa Pinho PO847
Ana Filipa Pires IMG045
Ana Filipa Raposo PO468, PO507
Ana Filipa Rebelo PO596
Ana Filipa Reis IMG210, PO505
Ana Filipa Viegas PO234, PO723
Ana Francisca Pereira IMG027, IMG185, IMG225
Ana Glória Fonseca CO001, PO024
Ana Isabel Barreira CO004, IMG051, IMG079, PO008, PO415
Ana Isabel Ferreira PO419
Ana Isabel Gonçalves Ferreira PO529
Ana Isabel Lopes IMG131, IMG222, PO409, PO577, PO579
Ana Isabel Marques PO302, PO706
Ana Isabel Reis CO026, CO067, CO125, PO312
Ana Isabel Rodrigues PO647
Ana João Pissarra PO608
Ana Júlia Oliveira Pedro PO637
Ana Júlia Pedro CO098
Ana L Papoila CO041
Ana Leonor Abreu PO147
Ana Lisa Lima PO409, PO577
Ana Luisa Martins CO134
Ana Luisa Silva PO450
Ana Luísa Azevedo PO276, PO441, PO446
Ana Luísa Broa CO038, CO062, CO065, CO141, CO145, IMG208, PO308, PO483, PO539, PO645
Ana Luísa Cruz PO074, PO385
Ana Luísa Esteves IMG221, PO293
Ana Luísa João IMG138, PO616
Ana Luísa Marçal IMG181
Ana Luísa Nunes CO008, CO181, CO188, PO808
Ana Luísa Silva PO681
Ana Mafalda Silva CO166
Ana Margarida Antunes PO045, PO070, PO414, PO595, PO761
Ana Margarida Coelho PO260, PO316
Ana Margarida Mestre PO062
Ana Margarida Mosca IMG169
Ana Margarida Roquette PO062
Ana Margarida Santos PO287
Ana Maria Gonçalves PO049, PO139
Ana Oliveira Pinho IMG178
Ana P. Ferro PO359
Ana Patrícia Gomes PO376
Ana Patrícia Pereira IMG188, IMG191, PO106, PO211
Ana Paula Antunes IMG015, IMG071, PO059, PO067, PO277, PO468
Ana Paula Coelho PO552
Ana Paula Gonçalves CO171
Ana Paula Pona IMG197, PO666
Ana Paula Reis PO039, PO040
Ana Paula Vilas CO184, IMG139, IMG212, PO480
Ana Rafaela Alves IMG111, IMG164, IMG202, PO258, PO655, PO685
Ana Rafaela Araújo PO692
Ana Raquel Fontes IMG085, IMG134, IMG162, IMG215, PO111, PO181, PO589
Ana Raquel Lima PO160

Ana Raquel Miranda CO038, CO145, PO539
Ana Raquel Monteiro PO488
Ana Rita Almeida CO046
Ana Rita Alves Lopes IMG028, IMG204, IMG252, PO649, PO838
Ana Rita Cardoso PO528, PO759
Ana Rita Clara PO451, PO546
Ana Rita Costa CO015, CO020, IMG078, PO141, PO142, PO146, PO410, PO581, PO657, PO818
Ana Rita Cunha PO128
Ana Rita Elvas PO431
Ana Rita Fernandes Matos IMG064, PO462, PO519, PO859
Ana Rita Leal PO807
Ana Rita Lopes PO492
Ana Rita Lopes Alves PO236
Ana Rita Loureiro PO639
Ana Rita Marques CO044, IMG256, PO072, PO171, PO257, PO281, PO467, PO585
Ana Rita Matos PO060, PO603
Ana Rita Moura CO102, IMG217, PO407, PO559, PO560
Ana Rita Nogueira IMG025, PO514, PO592, PO856
Ana Rita Paulos IMG233, PO370
Ana Rita Pereira CO038, CO058, CO059, CO062, CO065, CO145, IMG208, PO308, PO483, PO645
Ana Rita Prata PO569
Ana Rita Santos PO297, PO741, PO836
Ana Rita Silvério PO421
Ana Rita Terra CO163, PO771
Ana Rita Varudo CO019, CO118, PO549, PO647
Ana Sofia Alves PO314, PO571
Ana Sofia Correia PO271
Ana Sofia Costa Matos CO002, CO127, PO696
Ana Sofia Martins PO216
Ana Sofia Matos IMG048, PO365
Ana Sofia Pires PO042
Ana Sofia Serafim PO182
Ana Sofia Sobral PO739
Ana Sofia Sousa PO695
Ana Sofia Spencer IMG138, IMG210, PO505, PO616
Ana Sofia Teixeira PO418, PO454
Ana Sofia Ventura CO003, PO034
Ana Teresa Boquinhas IMG202, PO089, PO201
Ana Teresa Dagge PO781
Ana Teresa Ferreira PO444
Ana Teresa Goes IMG054, PO512, PO739, PO801
Ana Teresa Melo CO184, IMG139, IMG212, PO480
Ana Teresa Pina PO473
Anabela Encarnação PO803
Anabela Ferreira CO027
Anabela Marques PO448
Anabela Morais PO160
Anabela Nunes PO495, PO496, PO823, PO824
Anabela Raimundo PO323
Anabela Salgueiro Marques PO138, PO484, PO866
Anabela Silva PO437
Andre Azevedo IMG189
Andre Ferreira CO161
Andre S. Pinto PO092, PO296
André Almeida PO031, PO061, PO199, PO558, PO861
André Caiado CO026
André Carvalho PO754
André Casado PO323
André Dias IMG103
André Faria Esteves CO038, CO062, CO065, CO145, IMG208, PO308, PO483, PO645
André Ferreira PO765, PO766, PO767, PO769, PO770
André Ferreira Dias IMG003, IMG099, IMG236, PO045, PO055, PO422
André Ferreira Simões PO319
André Gomes PO470
André Goulart IMG114, PO105, PO107, PO144
André Mansinho PO618
André Martins CO010, PO071
André Monteiro PO188
André Paulino PO761
André Paupério PO389, PO437
André Ramos IMG098, IMG163, PO486
André Rodrigues CO117, PO729
André Rosa Alexandre CO170, IMG177
André Santa Cruz PO709
André Soares IMG187
André Valente PO126
André Filipe Pereira IMG141
André Santos Pinto PO229
Andrea Castanheira PO640
Andrea Machado PO604
Andrea Mateus CO147
Andrea Salgueiro IMG107
Andrei Gradinaru IMG174, IMG204, PO236, PO337, PO492, PO838
Andreia Araújo Marques PO189
Andreia Bernardino PO391
Andreia Carlos PO170
Andreia Correia PO193, PO526
Andreia Costa IMG011, PO263
Andreia Cruz PO408
Andreia Diegues CO006, IMG028, IMG118, IMG224, PO337, PO355, PO838
Andreia Fernandes PO611
Andreia Ferreira PO845
Andreia Freitas PO716
Andreia Machado Ribeiro CO005
Andreia Moreira PO807
Andreia Nunes CO017, IMG188, IMG191, PO106, PO211

Andreia Paulo PO394
Andreia Pestana PO800, PO865, PO867, PO868
Andreia Pinto PO085
Andreia Póvoa PO381, PO491, PO796
Andreia Seixas PO187
Andreia Silva CO123, PO193
Andreia Tavares PO781, PO793, PO795, PO798
Andreia Teixeira CO176, IMG228
Andreia Veiga PO058
Andreia Vilas Boas CO070
Andreia Vilas-Boas PO598
Andreia Machado Ribeiro PO046
Andreia Margarida Carvalho De Matos IMG172
Andreia Sofia Carlos IMG173
Andreia Vanessa Novais Teixeira PO143
Ángel Manuel Iniesta CO055
Angela Mota PO155, PO234
Ângela Coelho IMG017, PO428
Ângela Mota CO032, CO034, IMG176, PO193, PO217
Ângelo Nobre PO323
Anilda Barros CO132, PO551
Anna Knoch IMG085, PO111, PO252, PO441, PO446
Anna Lima IMG151, PO274, PO490
Anna Taulaigo IMG236, PO045, PO055, PO188, PO270, PO343, PO422, PO659
Anna Viola IMG200
Anneke Joosten IMG046, IMG197, IMG241, PO520, PO666
Anton Vasin PO544
Antónia Furtado PO003
Antonio Alho PO613
Antonio Cadilla PO465
Antonio Costa Carneiro IMG080, PO478, PO542
Antonio Panarra PO188, PO414, PO595, PO761
Antonio Ricardo PO152
Antonio Rojas CO055
António Alho CO053, PO073, PO173
António Almeida PO553
António Alvarez PO784
António Antunes PO833
António Aragão IMG025, IMG171, PO856
António Braga PO241
António Caetano IMG200
António Caiado PO590
António Cardoso PO541, PO862
António Carneiro CO143, CO180, IMG187, PO069, PO201, PO304, PO354, PO727, PO750
António Correia CO048, IMG160, IMG176, IMG243, PO026, PO077, PO193, PO216, PO432, PO509, PO526, PO561, PO639, PO723, PO826, PO827
António Costa PO682
António Cruz Donato PO674
António Eliseu IMG145, IMG184, IMG262, PO163, PO219, PO421
António Epifânio Mesquita PO235
António Fernandes PO794
António Ferreira CO075, IMG016, PO028
António Furtado CO076
António Gonçalves PO188
António Goulart IMG229, PO456, PO586
António Grilo Novais PO398, PO578
António Guerreiro PO199
António Maio PO129
António Martins PO038, PO701
António Martins Baptista CO063, CO094, IMG173, PO170, PO311, PO633
António Mesquita PO616
António Monteiro PO193, PO275, PO526, PO555, PO651, PO730
António Moura Alvez PO180
António Novais CO074, PO026, PO202, PO561, PO826, PO827
António Oliveira CO159
António Pais De Lacerda PO196
António Panarra CO112, IMG236, PO045, PO055, PO070, PO208, PO247, PO270, PO343, PO382, PO390, PO422, PO659, PO845
António Pedro Machado IMG120, PO583, PO828
António Ramalheiro PO276
António Ramos PO794
António Sousa Guerreiro PO061, PO444, PO702
António Epifânio Mesquita PO388
Antonio Grilo Novais PO234
António Martins Baptista PO103
António Pais De Lacerda PO794
Anusca Paixão IMG189
Árcia Chipepo CO067, PO312, PO436
Arlindo Guimas IMG072, PO439
Armando Carvajo PO485
Armando Carvalho CO008, CO051, CO091, CO097, CO103, CO106, CO156, CO167, CO181, CO188, IMG025, IMG060, IMG157, IMG171, IMG172, IMG232, PO030, PO113, PO315, PO412, PO427, PO429, PO457, PO464, PO514, PO575, PO584, PO592, PO602, PO768, PO772, PO777, PO808, PO856
Armindo Ramos PO780
Arsénio Barbosa PO197, PO534, PO601
Arsénio Santos PO602
Artur Barros PO043
Artur Gama PO854
Arturo Botella PO863
Augusta Silva CO075, CO090, IMG016, PO500
Augusto Barros CO138, PO820

Augusto Duarte PO385
Aurora Andrade PO256
Aurora Duarte PO108, PO115
Avelino Ferreira PO304
Axel Ferreira PO340, PO347
Barbara Oliveira Ribeiro IMG169
Bárbara Batista IMG052, IMG156, PO194, PO283, PO783
Bárbara Lima IMG018, PO580
Bárbara Lobão CO115, CO158, CO175, PO063
Bárbara Pedro PO632
Bárbara Soeiro PO161, PO279, PO352, PO579, PO628, PO662
Bárbara Sousa Picado PO051, PO056
Beatriz Amaral CO186, PO264
Beatriz Braga IMG104, IMG242, PO011, PO164, PO174, PO403, PO733
Beatriz Costa Neves PO484
Beatriz Figueiredo PO761
Beatriz Navarro PO791
Beatriz Rodríguez PO124
Beatriz Silva CO068, CO069
Bebiana Gonçalves CO190, PO752, PO864
Behnam Moradi IMG136, PO344, PO401, PO760
Bela Machado CO159, IMG179, IMG245, PO335, PO357, PO466, PO552, PO748, PO774
Bela Nogueira PO494
Bernardo Baptista CO190, PO449, PO752, PO864
Bernardo Ferreira IMG005, PO728
Bianca Ascenção CO191, PO098
Bianca Cristea IMG035, PO090, PO472
Bianca Vaz CO113, CO128, IMG205, IMG247, PO646
Bogdan Kachan PO248, PO263, PO341
Braulio Gomes CO129, PO080
Bráulio Gomes CO089, PO569, PO675
Bruna Nascimento IMG126
Bruno Bouça PO270, PO343, PO659
Bruno Cabrita PO710
Bruno Da Silva PO195
Bruno Dias PO761
Bruno Fernandes PO037, PO832
Bruno Grima CO111
Bruno Guimarães CO174
Bruno Mesquita PO531, PO532
Bruno Rocha CO068, CO069, CO071, CO072, IMG119
Bruno Sousa PO474
Candida Fernandes PO230
Candida Fonseca CO168, PO332, PO475
Cândida Barroso PO394
Cândida Fonseca CO068, CO069, CO071, CO072, CO073, CO169, IMG119, PO745, PO863
Carina Carvalho PO780
Carina Graca PO204
Carina Graça PO246, PO503
Carina Lopes IMG123
Carina Ramalho CO025, IMG106, IMG127, IMG148, PO510
Carina Silva IMG078
Carla Almeida PO264
Carla Andrade IMG002, PO302, PO706
Carla Araújo PO170
Carla Carneiro IMG230, PO574
Carla Costa IMG225
Carla Dias IMG014, PO385
Carla Eira CO032, CO034, PO193, PO217
Carla Falcão IMG124, PO053, PO145, PO178, PO395, PO469
Carla Fernades PO556
Carla Ferreira Santos PO779
Carla Fidalgo IMG068, IMG165, PO430, PO617, PO724
Carla Fraga PO348
Carla Gonçalves PO854
Carla Leitão PO372
Carla Macieira PO803
Carla Madureira Pinto IMG252
Carla Maravilha PO016, PO406
Carla Melo PO074
Carla Neves CO189
Carla Nobre CO079
Carla Noronha PO004, PO172
Carla Pereira PO336
Carla Pereira Fontes IMG036, PO017, PO169
Carla Silva PO476
Carla Tonel CO005, PO046
Carla Margarida Carneiro PO580
Carla Marques Pires PO709
Carla Lemos Costa CO144
Carlos Athayde PO454
Carlos Bello CO095
Carlos Botelho PO656
Carlos Cabrita PO673, PO704
Carlos Candeias PO673, PO704
Carlos Capela IMG085, IMG134, IMG140, IMG162, IMG182, IMG215, IMG226, PO005, PO041, PO047, PO111, PO118, PO181, PO378, PO430, PO441, PO443, PO446, PO487, PO550, PO589, PO617, PO626, PO653, PO686, PO705, PO709, PO712, PO714, PO724, PO847, PO859, PO870
Carlos Carvalho PO794
Carlos Cortes PO020, PO802
Carlos Costa Marques IMG073, PO360, PO565, PO680
Carlos Dias Da Silva PO412
Carlos Fernandes IMG219, PO255
Carlos Filipe CO097

Carlos Lopes PO794
Carlos Machado E Costa IMG198, PO606, PO667, PO726, PO852
Carlos Mendonça PO325
Carlos Moreira CO061, CO064
Carlos Oliveira CO144, IMG130, PO052, PO168, PO404, PO648, PO694, PO713
Carlos Pavão PO700
Carlos Pintado PO112
Carlos Rabaçal PO325
Carlos Ramalheira CO133, PO139, PO445
Carlos Resende PO745
Carlos Ribeiro IMG016, IMG029, IMG059, PO214, PO387
Carlos Sebastião IMG201, PO661
Carlos Silva IMG171, PO455, PO464, PO691
Carlos Soares CO027
Carlos Sottomayor CO126
Carlos Vasconcelos CO037, CO095
Carmelia Rodrigues PO295, PO643
Carmélia Rodrigues CO002, CO110, CO127, CO142, IMG014, IMG061, IMG062, IMG095, IMG223, IMG237, PO110, PO117, PO136, PO184, PO433, PO434, PO515, PO516, PO535, PO600, PO607, PO629, PO670, PO696, PO703, PO805
Carmen Ferreira PO020, PO802
Carmen Marques PO324
Cármen Ferreira CO084, IMG032, PO087, PO206, PO842
Carolina Afonso CO116, PO517
Carolina Aguiar IMG076, PO083, PO687, PO751
Carolina Amado IMG083, IMG087, IMG143, PO033, PO453, PO504
Carolina Barros IMG245, PO466, PO552, PO774
Carolina Cadório PO084, PO325
Carolina Capucho Pereira PO863
Carolina Carboni PO341
Carolina Carvalho CO047, CO187, IMG024, PO029, PO035, PO248, PO830
Carolina Chalim Rebelo PO807
Carolina Chálim Rebelo CO120
Carolina Gouveia PO591
Carolina Guedes PO755
Carolina La Belino PO221
Carolina Lopes IMG166, IMG249, IMG254, PO620
Carolina Lourenço PO280, PO285
Carolina Morna CO122, CO138, IMG117, PO210, PO366, PO594, PO690, PO800, PO820, PO865, PO867, PO868
Carolina Nunes Coelho PO641
Carolina Paiva CO070
Carolina Palma PO791
Carolina Sequeira IMG071, PO059, PO067, PO138, PO277, PO448, PO468, PO484, PO866
Carolina Vidal IMG104, IMG242, PO010, PO011, PO164, PO174, PO403, PO733
Carolina M. Barros PO210, PO366
Carolina N. Gouveia PO608
Catarina Abrantes CO175, CO183, IMG010, PO811
Catarina Almeida PO202, PO509, PO723
Catarina Araujo CO096, CO132, PO551
Catarina Bastos CO073, PO278
Catarina Bekerman IMG188
Catarina Brízido IMG199
Catarina Caldeiras PO761
Catarina Campos Costa PO596
Catarina Canha CO097, CO106, CO156, PO030
Catarina Carvalho PO780
Catarina Castelo Branco CO147
Catarina Chaves PO634
Catarina Costa PO100
Catarina Couto PO150, PO251, PO554, PO656, PO708
Catarina Cruto PO161
Catarina Dantas Rodrigues IMG049, PO509, PO518
Catarina De Almeida Rodrigues CO011, CO104
Catarina Dias PO722
Catarina Dionísio PO854
Catarina Duarte Santos IMG124, PO053, PO178, PO395, PO469
Catarina Faria CO081, CO087, PO179, PO207, PO362, PO612, PO636, PO741
Catarina Favas CO041, CO053, CO066, IMG175, PO460
Catarina Félix PO162
Catarina Geraldes CO116
Catarina Gonçalves CO191
Catarina Lameiras CO085, PO420, PO817
Catarina Lume CO122, CO138, PO552, PO690, PO774, PO800, PO820, PO865, PO867, PO868
Catarina Machado CO089
Catarina Maciel IMG093
Catarina Marques IMG186, PO233, PO518
Catarina Martins PO794
Catarina Medeiros IMG044, IMG090, PO759
Catarina Mendonça PO321
Catarina Meng PO664
Catarina Mota PO497, PO499
Catarina Neto CO162, IMG056, PO102, PO672, PO707
Catarina Nóbrega IMG076, PO083, PO687, PO751
Catarina Nunes IMG140, IMG182, PO041, PO047, PO550, PO847, PO870
Catarina Oliveira IMG071, PO059, PO277
Catarina Parente PO541, PO862
Catarina Patrão Correia CO038, CO062, CO065, PO308, PO483, PO645
Catarina Patrício PO235, PO388, PO616
Catarina Patronillo IMG017, PO238, PO428, PO442,

	PO693, PO835
Catarina Paulo	PO161
Catarina Pereira	CO112, PO247, PO377, PO547, PO632, PO756
Catarina Perry Da Câmara	IMG210
Catarina Pires	PO444, PO782, PO789, PO790
Catarina Ribeiro	CO166
Catarina Rodrigues	PO021, PO022, PO085, PO406
Catarina Saraiva	CO095
Catarina Teles Neto	PO189
Catarina Vilaça Pereira	CO023, IMG002
Catarina Vizinho De Oliveira	IMG015, PO067, PO468
Catia Ferrinho	CO095
Cátia Barreiros	IMG062, PO516, PO600, PO607, PO805
Cátia Cabral	CO074, PO398
Cátia Canelas	PO058
Cátia Carmona Castro	PO012
Cátia Carvalho	IMG004, PO050, PO524
Cátia Da Cruz Correia	IMG233, PO140, PO370, PO393
Cátia Dias	PO253
Cátia Faria	PO804
Cátia Fava Gaspar	PO540
Cátia Ferreira	PO432
Cátia Figueiredo	IMG055, IMG058, IMG089, IMG176, PO792
Cátia Nunes	PO476
Cátia Oliveira	PO072, PO257
Cátia Pereira	CO089, IMG113, PO225, PO794
Cátia Saraiva	IMG141
Cátia Serena	PO264
Cátia Teixeira	PO108, PO115
Cátia Costa Oliveira	CO044, IMG256, PO281, PO467
Cátia Da Cruz Correia	PO101, PO127, PO568
Célia Carmo	PO541
Célio Fernandes	CO160, PO377, PO400, PO544, PO804, PO833
César Burgi Vieira	PO126, PO788, PO789, PO790
César Lourenço	CO186, PO094, PO264
César Vidal	CO047, PO830
César Vieira	PO782
Céu Evangelista	PO521
Céu Rocha	CO177
Céu Rodrigues	IMG226, PO443, PO847
Cindy Tribuna	PO709
Clara Almeida	PO221
Clara Batista	CO137, IMG083, IMG143, PO033, PO200, PO504
Clara Cunha	CO095, PO640
Clara Gomes	IMG033, IMG112, PO097, PO754
Clara Jorge	PO129, PO521
Clara Machado Da Silva	PO419, PO660, PO718
Clara Machado Silva	PO044
Clara Matos	CO085, PO096
Clara Paiva	CO120, CO123, CO182, CO186, IMG104, IMG201, IMG216, IMG242, IMG263, PO011, PO023, PO094, PO119, PO164, PO174, PO250, PO264, PO284, PO403, PO621, PO661, PO700, PO733, PO740
Clara Rosa	CO183, PO811
Clara Sampaio	PO208
Clara Silva	PO241, PO529
Clara Valério Cunha	PO447
Clarinda Neves	IMG031, PO128
Claudia Dias	CO140
Claudia Fernandes	PO092
Claudia Janeiro	PO230
Claudia Jesus	PO159, PO498, PO654
Claudia Martins	PO155
Claudia Neves	PO100, PO230
Claudia Pereira	PO226
Claudia Viegas	CO178
Cláudia Casais	PO538
Cláudia Costa	PO397, PO522
Cláudia Guarda	PO386
Cláudia Janeiro	IMG105, PO224, PO533
Cláudia Maio	PO074
Cláudia Martins	CO032, CO034, PO217
Cláudia Matos	PO218
Cláudia Matta	Coelho PO441
Cláudia Meireles	PO170
Cláudia Mihon	IMG236
Cláudia Neves	IMG077, PO076, PO631
Cláudia Pereira	PO309, PO572
Cláudia Rodrigues	CO123
Cláudia Tátá	IMG196, PO191
Cláudia Vicente	CO179, PO597, PO803
Claudiu Guz	PO109
Cleide Barrigoto	CO104, PO016, PO021, PO022, PO406
Cleide Barriogoto	CO011
Conceição Barata	IMG196, IMG250, PO088, PO109, PO191, PO615
Conceição Constanço	PO509, PO518
Conceição Escarigo	CO046, CO162, CO178, IMG081, PO265, PO371, PO386, PO511
Conceição Ferreira	PO694
Conceição Loureiro	PO075, PO126
Conceição Santos	IMG014
Cristiana Batouxas	IMG028, IMG204, IMG252, PO649
Cristiana Fernandes	PO168, PO404
Cristiana Ferreira	PO810
Cristiana Lopes Martins	IMG019, PO599, PO719
Cristiana Sevivas	PO857
Cristiana Sousa	PO314, PO571
Cristiano Cruz	PO031, PO061, PO199, PO310, PO702, PO861
Cristiano Silva Cruz	PO558
Cristina Alcântara	CO064

Cristina Andrade CO048, PO432, PO561
Cristina Ângela PO709
Cristina Bárbara IMG147
Cristina Carvalho Gouveia PO765, PO766, PO767
Cristina Chagas PO863
Cristina Correia IMG132, IMG150, PO038, PO190, PO423, PO701
Cristina Coxo PO029, PO035
Cristina Cunha IMG115
Cristina Duarte IMG067, PO154
Cristina Gouveia PO769, PO770
Cristina Granja IMG023
Cristina Lima PO075
Cristina Marques IMG012, PO168, PO185, PO238
Cristina Martins PO268
Cristina Oubiña PO850
Cristina Pires PO203, PO663, PO664
Cristina Rodrigues PO161
Cristina Roque IMG014
Cristina Santos PO140, PO393
Cristina Silva IMG088, PO014, PO019, PO254, PO682
Cristina Toscano PO057
Cristina Carvalho Gouveia CO161, PO843
Cristina M. Martins IMG253, PO301
Cristina Teixeira Pinto PO735
Dalia Estevão PO376
Dalila Parente IMG045, PO015, PO349, PO684
Daniana Condado IMG004, IMG092, PO050, PO524, PO782
Daniel Almeida Pinto IMG089, PO792
Daniel Caldeira CO058
Daniel Costa Marques PO777
Daniel Faria CO053, PO742
Daniel Ferreira PO323
Daniel Kiessling PO168, PO404
Daniel Machado IMG141
Daniel Martins PO648
Daniel Rei PO745
Daniel Seabra PO256
Daniel Almeida Pinto IMG058
Daniel Machado De Oliveira PO703
Daniel Costa Gomes CO134
Daniela Alves CO114, CO144, PO212, PO248, PO694, PO713
Daniela Brigas CO175, IMG010
Daniela Brito CO084, IMG032, IMG044, PO087, PO130, PO206, PO759, PO842
Daniela Carneiro CO089, PO100
Daniela Carvalho PO347
Daniela Coelho CO172, PO844
Daniela Félix Brigas CO183, PO811
Daniela Guerreiro Carneiro IMG077, PO076, PO631
Daniela Madeira PO064
Daniela Marado PO080, PO471, PO720
Daniela Martins-Mendes CO166
Daniela Marto IMG154
Daniela Meireles IMG087, PO200, PO453
Daniela Neto PO014, PO019, PO166, PO254, PO682
Daniela Salazar IMG112, PO330, PO397, PO522
Daniela Santos CO181
Daniela Soares Santos CO008, PO602, PO808
Dario Fernandes CO154
David Campoamor PO512, PO801
David Donaire PO485
David Garcia IMG169
David Lopes Sousa PO418, PO454
David Marques PO358
David Roque PO742
David Silva PO558
David Sousa PO183
Davide Moreira PO275
Débora Sousa PO479, PO638
Denise Cruz IMG209, PO625
Denise Lopes PO204, PO246
Diana Anjos PO389
Diana Costa Leite PO002
Diana Coutinho IMG206, IMG251, IMG255, PO091, PO669
Diana Cruz IMG045, PO425
Diana Falcão PO305
Diana Fernandes CO006, PO145, PO469
Diana Ferrão PO044, PO419, PO660, PO718
Diana Ferreira IMG025, PO856
Diana Festas Da Silva PO584
Diana Gonçalves PO418, PO813
Diana Guerra CO002, CO090, CO110, CO127, CO142, IMG014, IMG048, IMG061, IMG062, IMG095, IMG223, IMG237, IMG246, PO028, PO110, PO117, PO136, PO184, PO295, PO365, PO433, PO434, PO515, PO516, PO535, PO600, PO607, PO629, PO643, PO670, PO677, PO696, PO805
Diana Henriques Da Silva PO270, PO659
Diana Macedo Martins CO131, IMG146, PO228, PO396, PO435, PO630
Diana Mano IMG082, PO104, PO134, PO543
Diana Marinho Silva Mendes Oliveira PO397
Diana Monteiro PO628
Diana Moura PO804
Diana Neves PO054
Diana Oliveira IMG112, PO044, PO427, PO429, PO522, PO652
Diana Pedreira IMG145, IMG184, IMG262, PO163, PO192, PO219, PO421
Diana Pimenta IMG134, IMG162, IMG215, PO005, PO181, PO589, PO653, PO686
Diana Pinho Santos PO275, PO398, PO432, PO578

Diana Póvoas	IMG003, IMG099, IMG103
Diana Repolho	CO063, CO094, IMG173, PO103, PO170, PO311, PO633
Diana Santos	IMG176
Diana Seixas	IMG003
Diana Silva	PO343
Diana Vital	PO641
Diana Leite Gonçalves	PO757
Dias Eugénio	CO030
Didia Lages	PO376
Diego Carrasco	PO064, PO616, PO734
Diego Iglesias	CO055
Dilia Valente	IMG030
Dilva Silva	PO418, PO424
Dina Carvalho	PO058
Dina Rochate	IMG263, PO119, PO250
Dina Santos	IMG117
Dinis Mesquita	PO182
Diogo Almeida	PO712, PO714
Diogo Borges	PO070
Diogo Canudo	IMG251, IMG255, PO091, PO669
Diogo Correia	PO695
Diogo Costa Santos	IMG194, PO162, PO771
Diogo Cruz	IMG109, PO266, PO482
Diogo Drummond Borges	PO845
Diogo Esperança Almeida	PO626
Diogo Faustino	PO747
Diogo Fonseca Da Cruz	CO107
Diogo Gonçalves	PO645
Diogo Mendes Pedro	PO054
Diogo Morgado Conceição	PO457
Diogo Paixão Marques	PO291, PO609, PO676
Diogo Santos	CO163
Diogo Teixeira	CO166
D'Jalma Sousa	PO417
Djenabu Cassama	IMG227
Dolores Gomes	IMG124, PO053, PO178, PO395
Dolores Vazquez	IMG152, PO276
Dolores Vázquez	PO185
Domingas Pereira	IMG186, PO233
Domingos Fernandes	CO006
Domingos Sousa	PO133
Domitília Faria	IMG030, PO082, PO369, PO372
Dora Lameiras	CO095, CO163
Dora Lameiras Xete	PO380, PO640, PO771, PO785, PO786, PO797
Doroteia Silva	PO784
Dr. Célio Fernandes	IMG220, PO834
Drª Maria Jesus Banza	IMG220, PO834
Duarte Silva	CO110, IMG014, IMG061, IMG062, IMG095, IMG223, PO136, PO295, PO433, PO434, PO515, PO516, PO600, PO607, PO643, PO805
Dulcídia Sá	PO364
Edgar Almeida	CO107
Edgar Torre	CO110, IMG061, IMG095, PO136, PO295, PO433, PO434, PO643
Edite Mendes	CO130
Eduarda Almeida	CO177
Eduarda Carias	IMG110, PO465, PO671
Eduarda Carmo	PO785, PO786, PO797, PO799
Eduarda Comenda	PO159, PO498, PO654
Eduarda Pena	PO755
Eduarda Seixas	CO146, PO692
Eduardo Carvalho	PO029, PO035, PO129
Eduardo Diaz	PO587
Eduardo Eiras	CO027, CO054, PO359, PO605, PO710
Eduardo Freitas Ferreira	PO850
Eduardo Gonçalves	CO082, PO367
Eduardo Haghighi	PO778
Eduardo Rabadão	IMG114, PO105, PO107
Eduardo J Carvajal Ronderos	PO848
Eduardo João Cernadas	PO376
Eduardo José Carvaja Ronderos	PO368
Elena Pirtac	CO093, IMG101, PO405
Elena Ríos	PO133
Elga Freire	PO810
Eliana Araújo	CO146, CO148, IMG170, IMG190, PO099
Elisa Leão Teles	PO423
Elisa Tomé	IMG028, IMG118, IMG224, PO355, PO838
Elisa Torres	PO013
Elisabete Coelho	PO060, PO462, PO519, PO603, PO859
Elisabete Margarido	PO076, PO100
Elisabete Martins	PO288
Elisabete Pinelo	PO316
Elsa Araujo	CO049
Elsa Araújo	PO078, PO180, PO186
Elsa Gaspar	CO167, IMG157, PO772
Elsa Gonçalves	PO313
Elsa Meireles	PO781, PO793, PO795, PO798
Elsa Sousa	PO793, PO795, PO798
Elvis Arias Guevara	CO178, IMG069, IMG128, IMG167, PO131
Emanuel Araújo	CO131, IMG146
Emanuel Correia	CO048
Emanuel Costa	PO118
Emanuel Dias	IMG216
Emanuel Gouveia	PO414
Emilia Lopes	PO013
Emília Guerreiro	IMG223, PO028, PO500, PO703
Emília Louro	PO485, PO575, PO777
Emília Velhinho	PO634
Énia Ornelas	PO034, PO817
Erica Viegas	PO776
Érica Ferreira	PO364

Erico Arruda IMG167, PO131
Erico Costa CO174
Érico Costa PO017
Ermelinda Pedroso CO030, CO175, CO183, PO811
Ernestina Reis CO012, CO015, CO020, PO122, PO141, PO142, PO146
Esmeralda Rodrigues PO423
Ester Ferreira PO529, PO664
Ester Freitas PO147
Eugénia Pinto PO789
Eugénio Dias CO183, IMG010, PO811
Eugeniu Gisca CO135, IMG253, PO268, PO301, PO841
Eunice Almeida PO735
Eunice Oliveira IMG159
Eva Brysch IMG147, PO604
Eva Claro IMG032, PO108, PO115, PO206, PO842
Fabia Cruz PO830
Fábia Cruz CO047, CO187
Fábia Patinha PO278
Fabian David Gordillo Rodriguez PO556
Fabiana Gouveia IMG108, PO249, PO356
Fabiana Pimentel IMG040, PO081, PO846
Fábio Almeida CO035, CO136, PO285, PO374, PO611, PO668
Fábio Carneiro PO386
Fábio Murteira CO192, IMG078, IMG158, PO093, PO536
Fábio Salgueiro PO457
Fani Ribeiro IMG063, IMG087, IMG170, IMG190, PO033, PO240, PO317, PO453, PO504
Fatima Alves CO169
Fatima Franco PO263
Fatima Pais CO174
Fatima Pimenta PO020, PO802
Fátima Alves CO168, PO332, PO475
Fátima Campante CO025, CO079, IMG012, IMG127, IMG148, IMG197, PO351, PO353, PO461, PO494, PO510, PO541, PO666, PO862
Fátima Capante PO520
Fátima Costa PO668
Fátima Duarte PO851
Fátima Falcão PO776
Fátima Farinha CO037, IMG082, PO104, PO543
Fátima Ferreira PO493
Fátima Grenho CO081, CO082, CO087, PO362, PO367
Fátima Lampreia PO016
Fátima Leal Seabra PO148
Fátima Leal-Seabra PO814
Fátima Monteiro PO229
Fátima Pimenta CO084, IMG032, IMG044, IMG090, PO087, PO108, PO115, PO130, PO206, PO399, PO842
Fátima Pinto IMG229, PO456, PO586
Fátima Rodriges IMG141
Fátima Silva PO424, PO695, PO813
Fátima Veloso CO064
Fatima Seabra Seabra CO185
Federica Parlato PO066
Felisbela Gomes IMG077, IMG105, PO076, PO100, PO230, PO631
Fernanda Almeida CO089
Fernanda Coutinho CO084, IMG032, PO087, PO206, PO842
Fernanda Estevinho PO628
Fernanda Linhares PO857
Fernanda Louro IMG202, PO069, PO727
Fernanda Martins IMG012, PO461, PO494
Fernanda Mendes IMG260
Fernanda Paixão Duarte CO024, IMG122
Fernanda Pinhal PO149, PO400, PO756, PO833
Fernanda Vargas PO530
Fernando Aldomiro PO632
Fernando Borges PO243, PO853
Fernando Caeiro PO199
Fernando Esculcas IMG018
Fernando Ferraz PO611
Fernando Friões PO006, PO097, PO190, PO237, PO267, PO470, PO557, PO754
Fernando Gomes PO110
Fernando Gonçalves IMG159, IMG203, PO051, PO056, PO176, PO829
Fernando Guimarães IMG079, PO008
Fernando Macedo PO118
Fernando Maltez IMG003, IMG099, IMG103
Fernando Martelo IMG177
Fernando Martos Gonçalves CO124, PO717
Fernando Nolasco CO100, PO199, PO294
Fernando Pita PO012
Fernando Rocha Correia CO002, CO127, IMG246, PO696
Fernando Salvador CO105, IMG011, IMG093, PO415
Fernando Silva IMG026, PO195, PO373, PO619
Fernando Martos Gonçalves CO026, CO125
Filipa Aguiar PO769
Filipa Alçada PO544, PO804
Filipa Amado CO029, IMG100, IMG125, PO300
Filipa Amorim PO306
Filipa Aragão Carvalho IMG218, IMG231
Filipa Bastos CO093, IMG101, PO405
Filipa Bianchi De Aguiar PO770
Filipa Bianchi-De-Aguiar CO161, PO765, PO766, PO767
Filipa Borges PO003
Filipa Borges Carneiro PO044, PO419, PO660, PO718
Filipa Borges Santos PO410, PO581, PO657, PO818
Filipa Brás Monteiro PO797
Filipa Brochado CO165

Filipa Cabral Amado PO344
Filipa Campos CO118
Filipa Cardoso PO840
Filipa Carrega PO431
Filipa Carreiro IMG242, PO010, PO164, PO174, PO403
Filipa Coroado Ferreira PO242
Filipa Daniela Silva CO023
Filipa Duarte IMG142
Filipa Duarte Ribeiro PO253
Filipa Duarte-Ribeiro IMG053, IMG133, PO508
Filipa Fernandes CO171
Filipa Ferreira CO010, CO050, CO060, PO128
Filipa Gomes CO031, PO557, PO725
Filipa Guimaraes PO815
Filipa Guimarães CO126, PO001, PO340, PO350, PO540, PO837
Filipa Lage IMG013, IMG073, IMG257, PO245, PO360, PO525, PO565, PO680
Filipa Leal PO437, PO773
Filipa Leitão IMG192
Filipa Lima PO086, PO119, PO622
Filipa Lourenço PO070, PO414
Filipa lourenço PO595
Filipa Lourenço PO761, PO845
Filipa Lucas IMG218, IMG231, PO272
Filipa Macedo IMG140, IMG182, PO041, PO047, PO550, PO870
Filipa Malheiro PO638
Filipa Marques CO073
Filipa Moleiro PO159, PO498, PO654
Filipa Monteiro PO785, PO786
Filipa Pedro IMG233, PO101, PO127, PO140, PO370, PO393, PO568
Filipa Pinho PO118, PO487, PO550, PO870
Filipa Pontes CO021
Filipa Quaresma CO077, PO732
Filipa Ramalho Rocha CO099, IMG258, PO116, PO479
Filipa S Pinho IMG140, IMG182, PO041, PO047
Filipa Silva CO147, CO175, IMG145, IMG149, IMG184, IMG234, IMG262, PO163, PO192, PO219, PO421
Filipa Sousa IMG096, IMG160, IMG243, PO561
Filipa Taborda PO507
Filipa Tavares CO151
Filipa Aragão Carvalho Aragão PO272
Filipe Andrade CO027, CO042, PO359, PO563, PO564, PO710
Filipe Bessa PO497, PO499
Filipe Breda IMG078
Filipe Conceição PO737, PO825
Filipe Cordeiro PO209
Filipe Correia PO346, PO347, PO352, PO598
Filipe Machado PO787
Filipe Mira IMG157, PO772
Filipe Morais De Almeida PO360, PO565, PO680
Filipe Nery CO119
Filipe Perneta PO083, PO751
Filipe Pinheiro PO010, PO403
Filipe Santos CO119
Filipe Taveira CO097
Filipe Teixeira Andrade IMG131
Filipe Vilão PO412
Filipe Vinagre PO211
Filipe Morais Almeida IMG013, IMG257, PO245, PO525
Filipe Morais De Almeida IMG073
Filomena Carneiro CO079, PO351, PO353
Filomena Mesquita PO791
Filomena Ventura PO803
Flávia Pereira PO441, PO446
Flávia Marília Santos IMG220, PO834
Flávio G. Pereira IMG083, IMG143, PO033, PO504
Flávio Godinho Pereira PO200
Flávio Pereira CO137, PO125, PO658, PO692
Florisa González PO238, PO442
Francelino Ferreira IMG046, IMG197, IMG241, PO520, PO666, PO780
Francine Mascarenhas CO176
Francisca Abecasis CO083, PO345
Francisca Beires IMG084
Francisca Delerue CO001, CO038, CO046, CO062, CO065, CO096, CO132, CO145, CO178, IMG069, IMG128, IMG167, IMG208, PO024, PO131, PO265, PO308, PO483, PO551, PO645
Francisca Miranda PO591
Francisca Pinto Beires PO342
Francisca Silva PO249
Francisca Vasconcelos IMG093
Francisca M. Pereira CO144, PO648, PO713
Francisco Araújo CO067, PO312, PO436
Francisco Azevedo IMG206, PO091, PO391
Francisco Bastida IMG255, PO165
Francisco Belém PO521
Francisco Cunha PO006
Francisco Esteves IMG189
Francisco Gama PO179
Francisco Gonçalves IMG140, IMG182, PO041, PO047, PO118, PO487, PO550, PO870
Francisco Gouveia CO025, IMG148
Francisco Laranjeira CO119
Francisco Nóvoa IMG033
Francisco Pestana Araújo IMG259
Francisco Pires IMG096
Francisco Pulido Adragão PO372
Francisco Rebocho IMG206, IMG251, IMG255, PO091, PO165, PO283, PO669
Francisco Ribeiro PO199
Francisco Rosário PO449
Francisco Santos Cunha CO109

Francisco Silva	CO056, IMG048, IMG067, IMG246, PO120, PO154, PO295, PO365, PO676
Francisco Sousa Santos	CO095, PO447
Francisco Teixeira Da Silva	CO002, CO127, PO696
Francisco Vale	CO175, CO191, PO098
Francisco Santos Cunha	CO013
Frederica Passos	PO690
Frederico Trigueiros	CO010, PO071, PO637
Gabriel Atanásio	PO379, PO749
Gabriel Nogueira	PO090
Gabriela Almeida	PO785, PO786, PO797, PO799
Gabriela Pereira	IMG070, IMG230, PO042, PO262
Gabriela Santos	PO545
Gabriela Venade	PO216, PO723
Galini Koursari Vieira	PO402
Geetha Girithari	PO399
Gil Nunes	PO394
Gil Silva	IMG074, PO158
Gilberto Rosa	PO190
Gilberto Teixeira	PO715
Giovana Ennis	CO048, PO216, PO432, PO561
Gisela Evaristo Vasconcelos	IMG022, PO150, PO327, PO348, PO440, PO554, PO708
Gisela Vasconcelos	PO251, PO684
Glória Alves	IMG193, PO166, PO683
Glória Nunes Da Silva	CO007, CO117, IMG211, PO196, PO319, PO634, PO729
Gonçalo Castelo Branco	IMG116, IMG219, PO065, PO114, PO450
Gonçalo Cruz	IMG114, PO105, PO107
Gonçalo Cunha	CO068, CO069, IMG119
Gonçalo Fernandes	PO287
Gonçalo Mendes	CO071, CO072, CO158, IMG119
Gonçalo Miranda	PO215, PO347
Gonçalo Proença	PO507
Gonçalo Rocha	PO470
Gonçalo Santos	IMG206, PO391
Gonçalo Miguel Mendes	IMG010
Gorete Jesus	PO317
Graça Andrade	PO085, PO552
Graça Castro	CO048
Graça Lérias	IMG194, PO162
Graça Martins	IMG005, PO728
Grace Staring	PO229, PO296
Grimanesa Sousa	IMG201, IMG216, PO622, PO661, PO740
Guilherme Castro Gomes	PO626
Guilherme Cunha	CO102, PO140, PO407, PO559, PO560
Guilherme Gomes	PO712, PO714
Guimarães Consciência	PO776
Guiomar Peres	PO448
Guiomar Pinheiro	CO015, CO020, PO141, PO142, PO146
Gulherme Cunha	IMG217
Gustavo Cordeiro	PO373
Gustavo Nobre De Jesus	CO043
Gustavo Sá Mendes	PO614, PO698
Hans Dabó	PO682
Heidi Gruner	PO055, PO070, PO208, PO414, PO422, PO595, PO761, PO845
Heidi Grüner	PO045
Helder Esperto	CO051, CO103, PO592
Helder Santos	PO182
Hélder Lousada	PO091
Hélder Pereira	CO058, CO059
Helena Amorim	CO011, CO104, PO021, PO022, PO406
Helena Assunção	CO121, PO454
Helena Brito	IMG041
Helena Cantante	PO159, PO498, PO654
Helena Carrondo	PO377, PO547
Helena Estrada	PO076, PO100, PO230, PO631
Helena Fernandes	PO019, PO580
Helena Ferreira Da Silva	PO002
Helena Gonçalves	CO089, IMG189
Helena Greenfield	IMG178, PO271, PO409
Helena Luís	IMG179, IMG245, PO085, PO335, PO466, PO552, PO774, PO800, PO865, PO867, PO868
Helena Maurício	IMG224, PO337
Helena Miguel Moreira	PO435
Helena Monteiro	PO533
Helena Moreira	CO089
Helena Nascimento	PO097
Helena Rita	PO372
Helena Santos	CO193
Helena Sarmento	PO014, PO019, PO042, PO254, PO438, PO574, PO580, PO682
Helena Silva	PO518
Helena Teixeira	PO100, PO230
Helena Terleira	IMG029
Helena Vaz Santos	CO136
Helena Viana	PO199
Helena Vieira Dias	IMG240
Helena Vitória	PO509
Helena Vitorino	PO159, PO498, PO654
Helena Freitas Luis	CO138, PO820
Helena Judite Vieira	CO139, IMG001, IMG006, IMG007, PO699
Helena Miguel Moreira	IMG121
Hélia Mateus	PO344
Hélio Martins	PO167
Heloísa Paxis	IMG221, PO417
Henrique Rita	IMG054, PO512, PO739, PO801
Henrique Santos	CO083, IMG189
Hirondina Rocha	PO147
Horácio Guerreiro	IMG098, IMG163, PO486
Hugo Almeida	CO171, PO124

Hugo Casimiro PO791
Hugo Clemente PO584, PO602
Hugo González-Saldívar CO055
Hugo Inácio IMG154
Hugo Mendonça PO803
Hugo Miranda PO182
Hugo Moreira PO207, PO612
Hugo Oliveira CO149, IMG075, PO151
Hugo Viegas CO055, CO158, IMG010
Hugo M. Oliveira PO605
Humberto Costa PO094, PO264
Iala Pereira IMG194
Ignacio Moreno IMG019, PO599, PO719
Ilda Coelho PO712, PO714
Ilídia Carmezim IMG096
Ilídio Brandão CO044, IMG256, PO072, PO171, PO257, PO261, PO281, PO467, PO585
Ilídio De Jesus PO326
Ines Cunha PO155
Ines Ferreira PO179
Ines Figueiredo PO761
Ines Grenha PO839
Ines Migueis Ferreira CO161
Ines Pintado Maury PO054
Ines Santos IMG255, PO091
Ines Vidal CO021
Ines Zão PO453
Inês Albuquerque CO078, PO379, PO488
Inês Alegre PO745
Inês Almeida CO079, PO182, PO351, PO490
Inês Amaral Neves IMG152
Inês Antunes CO086, IMG038, IMG102
Inês Araújo CO068, CO069, CO071, CO072, CO073, IMG119
Inês Bargiela CO003, IMG135, PO034
Inês Barreto PO157, PO821
Inês Barros IMG169
Inês Branco Carvalho CO063, CO094, IMG173, PO311, PO633
Inês Burmester PO378, PO705
Inês Carvalho CO074, PO170
Inês Coelho Santos IMG155, PO399, PO527, PO528, PO642
Inês Colaço CO107, IMG109, PO266, PO482
Inês Conde PO530
Inês Costa IMG033, PO652, PO743
Inês Cunha CO032, CO034, PO200, PO217
Inês Egídio Sousa PO697, PO843
Inês Esteves Cruz CO056, PO120, PO799
Inês Felizardo Lopes PO175, PO177
Inês Ferraz De Oliveira CO009
Inês Ferreira PO015, PO209, PO297, PO608, PO741, PO825, PO836
Inês Ferro PO397, PO522
Inês Figueiredo PO070, PO208, PO845
Inês Furtado PO810
Inês Gonçalves IMG140, IMG182, PO041, PO047, PO118, PO487, PO550, PO870
Inês Grenha IMG207, PO078, PO132, PO180, PO644, PO871
Inês Henriques Ferreira IMG021, PO416
Inês Machado Leite CO010, PO071
Inês Marques CO113, CO128, IMG205
Inês Migueis Ferreira PO766, PO769, PO770
Inês Miguéis Ferreira PO765, PO767
Inês Nabais IMG202
Inês Neto IMG168, PO095
Inês Neves CO040, PO610, PO710
Inês Nogueira Costa PO241
Inês Oliveira CO088, PO389
Inês Pimenta CO014
Inês Pimenta Rodrigues CO038, CO141, CO145, PO483, PO645
Inês Pinho IMG027, PO713
Inês Pintassilgo CO083, CO089
Inês R Figueiredo PO414, PO595
Inês Rego Figueiredo PO045, PO055, PO422
Inês Rodrigues PO333
Inês Rueff Rato CO166, PO855
Inês Santos IMG105, IMG206, IMG251, PO165, PO199, PO224, PO533, PO669
Inês Sarmento CO073
Inês Silva PO722
Inês Spencer CO194
Inês Urmal IMG077, PO076, PO631
Inês Vidal CO121
Inês Vieira Santos PO283
Inês Zão IMG087, PO033, PO504, PO538
Inês Nogueira Fonseca PO849
Inês Pimenta Rodrigues PO539
Inês Branco Carvalho PO103
Ines Filipa Freitas Silveira Fonseca PO574
Ingride Costa CO166
Inna Kozyar IMG067, PO154
Iolanda Alen Coutinho CO103
Iolanda Oliveira PO283
Iolanda Santos PO391
Irene Cortes Verdasca PO243
Irene Marques IMG213
Irene Miranda IMG014, PO516
Irene Verdasca CO073
Ireneia Lino PO165
Iryna Lazenko IMG180
Isa Peixoto IMG008
Isa Silva IMG080, PO069, PO201, PO478, PO542, PO727
Isaac Pereira IMG013, IMG257, PO245, PO525
Isabel Almeida PO650

Isabel Antunes CO187, PO057
Isabel Apolinário CO044, IMG256, PO072, PO171, PO257, PO467, PO585
Isabel Araújo CO067, PO170, PO312
Isabel Azevedo Pereira PO557, PO725
Isabel Baptista PO156, PO627, PO732, PO743, PO746, PO753
Isabel Barbosa PO037, PO832
Isabel Bessa IMG183, PO566
Isabel Borges IMG201, IMG216, PO086, PO622, PO661
Isabel Caballero CO089
Isabel Camões PO197, PO534, PO601
Isabel Campos PO257, PO281
Isabel Casella CO191
Isabel Cássio IMG216
Isabel Cruz IMG131, PO352, PO409, PO452, PO577
Isabel Esperança PO323
Isabel Fernandes CO025, IMG106, IMG127, IMG148, PO510
Isabel Fonseca PO691
Isabel Fragata IMG135, IMG244
Isabel Freitas PO330
Isabel Gaspar PO785, PO786, PO797, PO799
Isabel Gómez De Argila CO173
Isabel João CO058, CO059
Isabel M. Eira PO531
Isabel Madruga CO150, IMG199
Isabel Maria CO179
Isabel Martins PO020, PO802
Isabel Montenegro Araújo CO094, IMG173, PO311, PO633
Isabel O. Cruz IMG181, IMG222, PO271, PO342, PO579
Isabel Oliveira Cruz PO239
Isabel Pinheiro IMG035, PO090, PO472
Isabel Rodrigues Neves PO650, PO810
Isabel Serrano PO507
Isabel Simões PO785, PO786, PO797, PO799
Isabel Taveira CO179, IMG066, PO562, PO597, PO803
Isabel Torres PO432
Isabel Trindade PO014, PO254, PO262, PO682
Isabel Vieira IMG216
Isabel Durães Campos CO044, PO467
Isabel M. Eira PO532, PO709
Isabel Maria Freitas PO385
Isabel Montenegro Araújo CO063, PO103
Isabel O. Cruz IMG039
Ismael Carneiro PO588
Iuliana Cusnir PO641
Ivan Antunes PO124
Ivanna Ostapiuk PO491
Ivo Sá Marques PO278
Ivone Barracha CO086, CO189, IMG038, IMG040, IMG102, PO081, PO092, PO286, PO296, PO306, PO417, PO846
Ivone Melo Valadão IMG153, PO232
J Meneses Santos CO043, PO025, PO402, PO738
J. Meneses Santos CO098, PO032, PO593
J. Vasco Barreto IMG181, PO710
J.L. Ducla-Soares CO107, IMG109, PO266
Jaime Pamplona IMG244
Jandira Lima CO008, CO181, CO188, PO808
Janine Resende IMG053, IMG133, PO253, PO508
Javier De-Juan CO055
Javier Moreno IMG023
Jéssica Chaves CO122, CO138, PO552, PO594, PO690, PO774, PO800, PO820, PO865, PO867, PO868
Jesus Garrido IMG055, PO193
Jesús Aperea-Egido CO055
Joana Alfaiate PO108
Joana Almeida Calvão CO092, CO105, PO806
Joana Alves Vaz PO785, PO786
Joana Andrade CO032, CO034, PO155, PO217, PO779
Joana Antunes PO611
Joana Azevedo PO791
Joana Barbosa Rodrigues CO117
Joana Batuca CO066
Joana Braga IMG130, PO052, PO694
Joana Caetano CO111
Joana Caires PO124
Joana Calvão PO415, PO809
Joana Cancela IMG084, PO048, PO342
Joana Capelo CO074, PO234, PO398, PO578
Joana Cardoso PO215
Joana Carlos Alves PO573
Joana Carneiro CO036, PO078, PO180
Joana Carreira IMG042, PO222, PO791
Joana Carvalho CO066, PO460
Joana Carvão PO751
Joana Cascais Costa PO183, PO424
Joana Castro CO182, PO621, PO700
Joana Cavaco PO761
Joana Chin PO182
Joana Cochicho PO003
Joana Coelho CO129, IMG107, PO418, PO481
Joana Cordeiro E Cunha PO074
Joana Correia Magalhães CO023, PO534
Joana Costa IMG113, PO080, PO225, PO264
Joana Couto CO075, CO090, PO028, PO500, PO670, PO677
Joana Cristóvão Marques CO112, PO247
Joana Dias Alfaiate PO130
Joana Diogo IMG005, IMG092, IMG239, PO524, PO728
Joana Domingues PO240
Joana Esteves IMG027, IMG185, IMG225

Joana Ferrão CO089, PO731, PO734
Joana Ferreira IMG219, PO065, PO114, PO255
Joana Fontes IMG207, PO078, PO132, PO180, PO644, PO839, PO871
Joana Frutuoso PO361
Joana Gameiro CO114
Joana Gonçalves PO693, PO835
Joana Gouveia IMG008
Joana Graça Rodrigues IMG260
Joana Jacinto IMG076, PO687
Joana João Fernandes CO052, CO131, IMG146, PO435, PO630
Joana Lemos IMG058, IMG089, PO792
Joana Liz Pimenta PO068
Joana Lopes CO161, PO765, PO766, PO767, PO769
Joana Louro CO036, PO223
Joana Magalhães PO197
Joana Malho Rodrigues PO745
Joana Marques PO176, PO216, PO829
Joana Martins IMG238
Joana Mascarenhas PO716
Joana Mauricio CO053
Joana Maurício IMG151, PO274, PO297, PO420, PO490
Joana Mirra PO810
Joana Morais PO048, PO563, PO564, PO598
Joana Moreira PO002
Joana Mota IMG229, PO456, PO586
Joana Neves PO200, PO242
Joana Nunes PO761
Joana Oliveira PO740
Joana Paiva Simões PO637
Joana Paixão PO183, PO424, PO695
Joana Pereira PO006, PO009, PO237
Joana Pimenta PO135, PO198, PO241
Joana Pires PO237
Joana Rabaçal PO614, PO698
Joana Ramos Rodrigues PO214
Joana Ricardo Pires IMG031, PO006, PO128
Joana Rigor CO089, CO166
Joana Rodrigues PO319, PO729
Joana Rodrigues Dos Santos CO028, IMG214, PO212, PO869
Joana Rodrigues Morais CO070, PO151
Joana Rosa Martins CO028, IMG034, IMG120, IMG137, PO212, PO244, PO583, PO678, PO828
Joana Roseira IMG098, IMG163, PO082, PO486
Joana S Reis PO652
Joana Sá CO191, PO098
Joana Sá Couto CO130, IMG037, PO331, PO573, PO711
Joana Sant'Anna CO045, IMG206, IMG251, IMG255, PO165, PO669
Joana Sequeira CO174, PO787
Joana Serodio IMG207, PO839
Joana Serôdio CO049, PO078, PO132, PO186, PO644, PO871
Joana Silva PO243, PO853
Joana Silva Marques CO048, IMG160, IMG243, PO077, PO561
Joana Silvestre PO152
Joana Simões IMG247
Joana Sotto Mayor IMG134, IMG162, IMG215, PO005, PO181, PO589, PO653, PO686
Joana Sousa Morais PO378, PO705
Joana Tavares CO039
Joana Urbano IMG029, PO184
Joana Vaz PO797
Joana Vaz Cunha CO105, PO008, PO160
Joana Alves Vaz PO501
Joana Barbosa Rodrigues CO072
Joana Ricardo Pires PO598
Joana Almeida Calvão IMG079
Joana Correia Lopes PO770
Joana Filipa Oliveira CO125, PO051, PO056
Joana Isabel Marques CO026, CO125
Joana R Batuca CO041
Joana Raquel Monteiro PO149, PO756, PO833
Joana Rodrigues Ferreira IMG116, PO450
Joao Frade PO427, PO429
Joao Melo CO021
João Abranches Carvalho CO164, PO787
João Alves PO243, PO853
João Amorim PO845
João Ananias Gonçalves CO143
João Andrade IMG246
João Araújo Correia CO012, CO015, CO020, CO037, CO039, CO147, IMG009, IMG021, IMG082, IMG097, IMG161, IMG195, IMG213, IMG235, PO104, PO122, PO134, PO141, PO142, PO146, PO309, PO416, PO572, PO810
João Augusto PO742
João Azeredo Costa PO175, PO177
João Barreira PO046
João Batista Neto IMG059
João Bicudo Melo CO120, PO807
João Bispo PO326
João Calhau CO108, PO619
João Capelinha CO093, PO405
João Carvalho PO344, PO791
João Carvão PO210, PO366, PO466, PO594
João Coimbra PO237, PO754
João Correia CO171, CO178, IMG008, IMG191, PO124, PO491
João Correia Araújo PO543
João Costa PO383, PO495, PO496, PO822, PO823, PO824
João Costelha CO049, PO043, PO078, PO180, PO186

João Cunha PO787
João Delgado CO157
João Enes Silva PO463, PO506, PO660
João Espirito Santo IMG203, PO172
João Espírito Santo PO218
João Fernandes Serodio CO053
João Fernandes Serôdio IMG175
João Ferreira PO497, PO499
João Figueira CO024, IMG122
João Figueiredo IMG192
João Fonseca PO457
João Freitas CO013
João Freixo IMG192
João Galaz Tavares CO190, PO752, PO864
João Gamito Lopes PO739
João Gomes IMG199
João Gonçalves CO015, CO020, IMG187, PO141, PO142, PO146
João Gouveia PO784
João Lopes PO794
João Louro IMG209, PO625
João M. Alegrio PO278
João Machado CO022, CO031, CO133, IMG096, PO036, PO073, PO139, PO173, PO328, PO413, PO850
João Madaleno CO106, PO030
João Madeira Lopes CO043, PO025, PO738
João Martins PO844
João Melo PO757, PO813
João Melo Alves PO116
João Mendes Coelho CO120
João Meneses PO497, PO499
João Meneses Santos PO066, PO637, PO674
João Mota PO052, PO694
João Namora CO093, IMG101, PO405
João Neves CO147, IMG097
João Neves Maia CO039, PO416
João Nogueira PO626
João Pacheco Pereira IMG259
João Pais IMG246
João Pedro PO322
João Pereira IMG221, PO293
João Peres CO085
João Pimentel PO350
João Pimentel Barbosa PO239
João Pina Cabral CO129
João Pinho CO089
João Pinto Machado IMG160, IMG243, PO077, PO620
João Porto PO691
João Ribeiro PO077
João Rocha PO348, PO437
João Rosinhas CO042, CO089
João Rua CO129, PO183, PO569
João Sá CO190, PO752, PO864
João Santos Silva PO784
João Sargento PO373
João Sargento-Freitas PO195
João Silva PO129
João Sousa PO199
João Tavares CO032, CO034, PO098, PO182, PO202, PO217, PO791
João Teixeira IMG105, PO224, PO533
João Torres PO243, PO853
João Valente IMG053, IMG133, PO253, PO508
João Neves Maia PO321
João Pedro Pais IMG048, PO365
João Sequeira Duarte CO095
João Ananias Gonçalves CO153, PO304, PO354, PO750
João Carlos Fernandes PO221
Joao Eduardo Pina Cabral PO481
João Enes Silva PO681
João Filipe Gomes PO575
João Manuel Silva PO035
João Miguel Freitas CO159, IMG108, PO249, PO356, PO357, PO748
João Olivério Ribeiro IMG096
João Pedro Abreu PO221
João Pedro Figueira PO299
João Pedro Freitas PO821
João Pedro Pais CO002, CO127, PO696
João Pedro Tavares PO155, PO234
Joaquim Calado CO100, PO199
Joaquim Peixoto IMG106, IMG127, PO182, PO510
Joel Lopes Dos Reis PO226
Joel Pinto CO137, IMG063, IMG170, IMG190, PO099, PO125, PO692, PO715
Joel Silva IMG033
Johana Martins De Jesus CO011
Jona Serôdio PO180
Jonatas Garcez PO523
Jorcélio Vicente PO491
Jorge Almeida CO023, IMG002, IMG033, IMG112, IMG121, PO009, PO037, PO038, PO044, PO135, PO190, PO197, PO203, PO267, PO269, PO292, PO302, PO329, PO397, PO419, PO463, PO506, PO522, PO529, PO534, PO557, PO588, PO601, PO660, PO663, PO664, PO681, PO701, PO706, PO718, PO725, PO762, PO832
Jorge Bastos Mendes PO485, PO575
Jorge Brito IMG030
Jorge Cotter IMG070, IMG086, IMG088, IMG115, IMG116, IMG193, IMG219, IMG230, PO007, PO013, PO014, PO019, PO042, PO065, PO114, PO166, PO167, PO254, PO255, PO262, PO438, PO450, PO682, PO683
Jorge Dantas CO073
Jorge De Castro PO067

Jorge Fernandes	PO382, PO390
Jorge Ferreira	PO710
Jorge Fortuna	PO080, PO183, PO471, PO569, PO720, PO757
Jorge Gama Prazeres	IMG047, IMG260, PO482
Jorge Leitão	CO167, IMG060, IMG232, PO113
Jorge Lourenço	IMG107, PO080, PO471
Jorge Martins	CO177
Jorge Mourato Becho	PO363
Jorge Nunes	PO152
Jorge Oliveira	IMG112, PO397, PO522, PO652, PO701
Jorge Pereira	PO288
Jorge Pimentel	PO455
Jorge Poço	IMG028, IMG118, IMG174, IMG204, IMG224, IMG252, PO236, PO260, PO337, PO355, PO492, PO649, PO838
Jorge Rebanda	PO745
Jorge Rodrigues Fernandes	PO247
Jorge Ruivo	CO028
Jorge Silva Ferreira	CO033
Jorge Teixeira	CO152, CO154, PO313
Jorge Vale	IMG057, IMG261
Jorge Rodrigues Fernandes	CO112
Jorge Silva Ferreira	PO157, PO821
Jorge Humberto Soares	PO689
Jorge Manuel De Castro	PO507
Jorge Manuel De Castro Pereira	PO012
Jose Barata	PO204
Jose Diogo	CO017
Jose Guimaraes Consciencia	CO161
Jose Presa Ramos	PO068
José Agapito Fonseca	CO114
José Águila	CO176, IMG228
José Alves	PO460, PO552
José Andrade Gomes	CO170
José António Lopes	CO114
José Araújo	PO004, PO172, PO176, PO218, PO436, PO829
José Barata	IMG209, PO084, PO305, PO325, PO394, PO503, PO587, PO624, PO625, PO778
José Bernardes Correia	PO514, PO584
José Brasil	PO803
José Campillo	PO380
José Carvalho	CO142, PO535
José Coelho	PO373
José Costa Carvalho	IMG016, IMG029, IMG059, PO214, PO387
José Da Cunha Marques	IMG002
José Delgado Alves	CO041, CO053, CO066
José Diogo	PO106
José Eira	PO809
José Freire Gonçalves	PO195
José Freitas	PO701
José González	CO123
José Guia	CO073, PO591
José Guimarães Consciência	PO765, PO766, PO767, PO769, PO770
José Jácome	IMG005, PO728
José Leite	CO160, PO400, PO813
José Lomelino Araújo	CO063, CO094, CO124, IMG173, IMG259, PO170, PO311, PO633, PO717
José Luis	PO263
José Mariz	CO152, CO154, PO313
José Marques	CO023
José Pereira	CO086, IMG038, IMG102, PO417
José Pereira Moura	PO457
José Pestana Ferreira	PO652
José Poças	CO191, PO098
José Ribeiro	CO018, PO477
José Ribeiro Almeida	PO536
José Ribeiro Eira	PO762
José Rola	CO011, CO104, PO016, PO021, PO022, PO406
José Sousa	PO227, PO285
José Sousa E Costa	CO179, IMG066, PO562, PO597, PO739, PO801
José Vaz	IMG013, IMG073, IMG186, IMG257, PO233, PO245, PO360, PO525, PO565, PO680
José Delgado Alves	CO111
José Pedro Rodrigues	IMG194
José Pedro Sousa	PO720
José António Santos	PO317
José Carlos Veloso	PO644
José Diogo Martins	CO154
José Eduardo Mateus	CO103, IMG171, PO373, PO455, PO464, PO691
José Filipe Guia	PO836
José Francisco Ferreira Júnior	PO170
José João Eira	PO806
José Lomelino Araujo	IMG203
José Lomelino Araújo	CO026, CO125, PO051, PO056, PO103
José Luis Ducla Soares	IMG214, PO869
José Luis Muñoz	CO045
José Luís Andrade	PO085, PO552, PO774
José Luís Ducla Soares	CO028, PO212, PO610
José Luís Martins	PO317
José Pedro Andrade	PO189
José Pedro Fernandes	PO592
José Pedro Leite	PO757
José Pedro Villa De Brito	CO115, PO063
José Renato Pereira	CO120
José Ricardo Brandão	IMG009
Josiana Duarte	PO512, PO801
Juan Alba Gil	IMG227
Juan Hidalgo	IMG023

Juan Urbano PO143
Juan M Urbano Gálvez PO368
Juan Manuel Urbano Gálvez PO848
Júlia Maciel PO330
Júlia Manuel PO147, PO189
Juliana Campos CO073
Juliana Ferreira Da Silva PO547
Juliana Magalhães CO086, IMG038, IMG102
Juliana Pinho IMG089
Juliana Sá PO129, PO521
Juliana Silva PO019, PO377
Júlio Almeida CO077, PO324, PO732, PO747, PO753
Júlio De Almeida CO018, PO477
Júlio Rocha PO439
Júlio Semedo PO604
Juvenal Morais IMG229, PO456, PO586
Kamal Mansinho PO243, PO853
Katarina Kieselova PO833
Keny Colares IMG167, PO131
Lara Távora IMG069, IMG128
Laura Bonito Moreira CO011
Laura Castro IMG086
Laura Costa IMG140, IMG182, PO041, PO047, PO118, PO487, PO550, PO870
Laura Machado CO188
Laura Moreira PO016
Laura Pereira IMG198, PO606, PO667, PO726, PO852
Laura Bonito Moreira PO021
Laurinda Pereira IMG197
Leandro Carvalho IMG238
Leandro Silva PO501, PO836
Leila Cardoso PO334, PO813
Leila Duarte PO025, PO738
Lèlita Santos CO091, CO167, IMG060, IMG157, IMG232, PO113, PO768, PO772
Leonardo Ferreira IMG147
Leonor Aleluia CO121
Leonor Almeida PO329, PO470
Leonor Boavida PO460
Leonor Carvalho PO320
Leonor Coutinho Soares CO011, CO104
Leonor Marques PO256
Leonor Monjardino PO259, PO338, PO339
Leonor Mota PO604
Leonor Naia CO108, PO619
Leonor Prates PO850
Leonor Soares PO021, PO022, PO406
Leopoldina Vicente PO035, PO129, PO215, PO431, PO521, PO854
Letícia Ribeiro CO116, PO517
Leuta Araújo PO084, PO624
Lídia Alves Ribeiro PO511
Lídia Ribeiro CO080
Ligia Peixoto IMG214, PO869
Ligia Santos PO251
Lígia Peixoto CO028, PO212
Lígia Pires IMG141
Lígia Rodrigues Dos Santos IMG022, PO348, PO349, PO440, PO590, PO656, PO708
Lígia Santos PO150, PO554, PO684
Liliana Alves Costa CO090
Liliana Antunes PO156, PO324, PO627, PO746, PO747, PO753
Liliana Barriga PO739
Liliana Carneiro PO271
Liliana Castro E Costa PO425
Liliana Costa CO049, PO839, PO871
Liliana Fernandes CO022, PO328, PO478, PO542
Liliana Pedro IMG030
Liliana Pereira PO345
Liliana Portela PO382, PO390
Liliana Reis PO334
Liliana Ribeiro PO806, PO809
Liliana Ribeiro Dos Santos IMG139, IMG212, PO480
Liliana Ribeiro Santos CO184
Liliana Torres PO775
Lindora Pires PO327
Lino Gonçalves PO280, PO285
Lino Nóbrega IMG245
Lisete Nunes CO189, IMG040, PO081, PO286, PO846
Lourdes Cabezuelo CO140
Lourdes Vicent CO055
Lourdes Vilarinho IMG207, PO132
Lourenço Cruz PO031, PO061, PO199, PO558, PO702
LP Trindade E Silva CO171
Lucas Diaz PO562
Lúcia Brandão CO110, IMG061, IMG095, IMG223, PO136, PO295, PO433, PO434, PO643
Lúcia Gil CO175, IMG145, IMG184, IMG262, PO163, PO192, PO219
Lúcia Guedes PO735
Lúcia Meireles Brandão IMG014, IMG062, PO515, PO516, PO600, PO607, PO805
Lúcia Moreira Gil PO421
Lúcia Rodrigues CO032, CO034, PO217
Luciana Faria IMG017, PO238, PO428, PO442, PO693, PO835
Luciana Sousa CO044, IMG256, PO072, PO171, PO257, PO261, PO281, PO467, PO585
Luciano Almendra IMG026
Luis Campos CO072, CO161, CO168, CO169, PO179, PO297, PO591, PO697, PO741, PO769, PO770, PO863
Luis Carvalho PO760
Luis Correia CO138, PO820

Luis Costa Matos	PO216
Luis Dias	PO284, PO383, PO495
Luis Flores	PO397
Luis Landeiro	PO333, PO553
Luis Melo	PO243, PO742
Luis Menezes Falcão	PO472
Luis Nogueira Silva	PO419, PO660, PO718
Luis Puga	PO280
Luis Santos	IMG237, PO110, PO117, PO629
Luis Teles	PO095
Luís Andrade	PO093, PO153, PO855
Luís Barreto Campos	PO843
Luís Bento	PO782, PO789, PO790
Luís Brito-Avô	PO610
Luís Caldeira	PO054
Luís Campos	CO069, CO081, CO082, CO087, PO207, PO209, PO332, PO362, PO367, PO475, PO608, PO612, PO745, PO765, PO766, PO767, PO776, PO836
Luís Carvalho	PO344, PO401
Luís Contente	PO082
Luís Correia	PO687
Luís Costa	PO745
Luís Costa Matos	PO561
Luís Dias	IMG104, IMG242, PO010, PO011, PO164, PO174, PO403, PO496, PO733, PO824
Luís Escada	CO035, PO668
Luís Falcão	CO107
Luís Flores	IMG033, IMG112, IMG121, PO097, PO292, PO470, PO522, PO557, PO754
Luís Freitas	CO035, PO366, PO668
Luís Gonzaga	PO456
Luís Landeiro	PO449
Luís Leite	PO459, PO502, PO618, PO623
Luís Leite De Sousa	PO209
Luís Lemos	PO302, PO706
Luís Magalhães	CO143, CO153, IMG187, PO304, PO354, PO750
Luís Marote Correia	PO774
Luís Marques Loureiro	PO857
Luís Moura	CO042
Luís Nogueira	CO088, PO437
Luís Nogueira Silva	PO044
Luís Pontes Santos	CO075, CO090, CO130, IMG037, PO028, PO331, PO500, PO573, PO677, PO711
Luís Resende	IMG074, PO158
Luís Rodrigues	IMG211, PO196
Luís Siopa	IMG240
Luís Soares-De-Almeida	CO098
Luís Sobral Torres	PO288
Luís Sousa Pereira	IMG238
Luís Val-Flores	CO036, PO223
Luís Vouga	PO322
Luís Filipe Monteiro Soares Dias	IMG226, PO847
Luis Gonçalves Vicente	PO451, PO546
Luís Marote Correia	PO665, PO800
Luís Monteiro Dias	PO443
Luis Pedro Tavares	CO165
Luís Pedro Tavares	CO164
Luís Ramos Santos	PO751
Luisa Afonso Azevedo	PO111
Luisa Arez	CO140
Luisa Carvalho	PO314
Luisa Costa	PO555, PO651, PO730
Luisa Fontes	IMG067, PO154
Luisa Monteiro	IMG030
Luisa Pereira	PO218
Luisa Pinto	PO487
Luisa Salgueiro	PO095
Luísa Afonso Azevedo	IMG085
Luísa Arez	IMG030, PO082, PO227, PO358, PO369, PO372
Luísa Carvalho	PO321
Luísa Costa	PO639
Luísa Figueiredo	CO003
Luísa Guerreiro	CO042, CO155, PO755
Luísa Leal Da Costa	IMG259
Luísa Lemos Costa	PO275
Luísa Lopes	CO171
Luísa Loureiro	PO611
Luísa Mocho	CO048, IMG176
Luísa Mota Vieira	PO119
Luísa Pinto	IMG140, IMG182, PO041, PO047, PO118, PO550, PO870
Luísa Regadas	PO538
Luísa Serpa Pinto	CO012, CO037, PO122
Luísa Teixeira	PO305
Luísa Gomes Silva	PO084, PO624
Luísa Leal Da Costa	CO003
Luiz Menezes Falcão	IMG035, PO090, PO610
Lurdes Ferreira	PO298
Lurdes Venâncio	IMG004, PO050
Luz Brazão	CO159, IMG108, IMG245, PO249, PO356, PO357, PO466, PO748
Luz Reis	PO210, PO366
Luz Reis Brazão	IMG179, PO335, PO665, PO736
Luzia Bismarck	CO189, PO286
M Teresa Cardoso	PO423
Mª Conceição Ventura	IMG114, PO105, PO107
Madalena Lisboa	IMG105, PO224
Madalena Lobão	IMG138, PO505, PO731, PO734
Madalena Meneses	PO086, PO622
Madalena Paulino	PO503
Madalena Pinto	IMG166, IMG254, PO620
Madalena Rangel	IMG250, PO088, PO109, PO615

Madalena Silva IMG080, PO069, PO478, PO542, PO727, PO853
Madalena Sousa Silva PO089
Madalena Vicente IMG236, PO045, PO055, PO188, PO270, PO343, PO422, PO659
Madalena Monjardino Lobão PO235
Mafalda Alpoim PO531, PO532
Mafalda Carrington CO045
Mafalda Corrêa Figueira CO115, CO175
Mafalda Couto PO526
Mafalda Ferreira CO051, CO103, IMG025, PO514, PO592, PO856
Mafalda Figueira IMG010, PO063
Mafalda João PO485, PO575
Mafalda Miranda IMG096, PO561
Mafalda Miranda Baleiras PO591
Mafalda Pereira PO511
Mafalda Sá Pereira CO046, CO162, IMG081, PO265, PO371, PO386
Mafalda Santos IMG168, PO079, PO278
Mafalda Sequeira CO161, PO765, PO766, PO767, PO769, PO770
Mafalda Ferro Teixeira CO111
Magda Faria IMG080, PO478, PO542
Magda Fernandes IMG193
Magda Silva IMG046, IMG241, PO015, PO520, PO666, PO684, PO773
Magda Sofia Silva IMG197
Manuel Barbosa CO049, PO078, PO180, PO186, PO851
Manuel Cunha PO531, PO532
Manuel Ferreira CO002, CO127, PO696
Manuel Fonseca IMG026
Manuel Gómez-Bueno CO055
Manuel Martínez-Sellés CO055
Manuel Monteiro PO175, PO177, PO383, PO495, PO496, PO822, PO823, PO824
Manuel S. Martins PO092, PO296
Manuel Teixeira Verissimo CO051, CO103, PO514, PO592
Manuel Teixeira Veríssimo IMG025, IMG171, PO584, PO856
Manuel Toscano IMG111, IMG164, PO258, PO655, PO685
Manuel Veiga PO214
Manuel João Costa CO154
Manuel Serrano Martins PO229
Manuela almeida PO439
Manuela Costa IMG199
Manuela Dias IMG033
Manuela Fera IMG145, IMG184, IMG262, PO163, PO192, PO219, PO421
Manuela Mendes PO605
Manuela Neto PO147
Manuela Resende PO814
Manuela Sequeira CO166, PO273
Manuela Sousa PO458
Manuela Vasconcelos PO523
Manuela Veiga CO095
Manuela Zita Veiga PO640
Marcelo Aveiro IMG083, IMG087, IMG143, PO033, PO099, PO240, PO453, PO504, PO679
Marcia Mendonça PO857
Marcia Pacheco PO204
Márcia Agostinho Pereira IMG138, IMG210
Márcia Barros PO303, PO322
Márcia Cravo PO321
Márcia Melo PO399
Márcia Mendonça Souto PO058
Márcia Pacheco PO246, PO503
Márcia Ribeiro CO144, IMG130, PO052, PO648, PO713
Márcia Agostinho Pereira PO505
Marco Dias IMG213, PO538
Marco Fernandes CO081, PO179, PO636, PO741, PO793, PO795, PO860
Marco Liverani PO204
Marco António Carvalho-Filho CO154
Marcos García-Aguado CO055
Marcos Mesquita PO199
Margarida Almeida PO425
Margarida Anes PO222
Margarida Antunes PO055, PO422, PO845
Margarida Ascenção PO521
Margarida Ascensão PO035, PO129
Margarida Badior PO536
Margarida Barata CO145
Margarida Bela IMG045, PO773
Margarida Brito Monteiro PO721
Margarida Cabral CO080
Margarida Cabrita IMG056, IMG233, PO102, PO189, PO370, PO672, PO707
Margarida Carvalho PO716
Margarida Cerqueira PO114
Margarida Coelho CO017, IMG188, IMG191, PO106, PO211
Margarida Correia IMG053, IMG133, PO508
Margarida Cruz IMG087, PO251, PO327, PO453, PO775
Margarida Eulálio CO108, PO128, PO619
Margarida Ferreira IMG031
Margarida Fevereiro CO104
Margarida Fonseca CO150, CO163, IMG064, PO057
Margarida Freitas PO551
Margarida Freitas Silva PO588
Margarida Gaudêncio CO193, IMG183, PO566
Margarida Gomes Gonçalves PO626
Margarida Gonçalves PO210, PO366, PO466, PO712, PO714
Margarida Inácio PO531, PO532
Margarida Jacinto CO045, PO283, PO582
Margarida Madeira CO030, CO175, CO183, IMG010, PO811

Margarida Massas IMG250, PO088, PO109, PO615
Margarida Mesquita IMG002
Margarida Monteiro PO523
Margarida Mota PO003, PO093, PO153
Margarida Neto PO202
Margarida Nunes PO170
Margarida Oliveira CO149
Margarida Paixão Ferreira IMG073, PO360, PO565, PO680
Margarida Pimentel Nunes CO063, CO094, IMG173, PO311, PO633
Margarida Proença PO449, PO553
Margarida Robalo PO005, PO653, PO686
Margarida Rodrigues Fonseca PO771
Margarida Silva Cruz IMG022, PO015, PO348, PO349, PO440, PO590, PO708
Margarida Torres PO070, PO157, PO821, PO845
Margarida Victor PO841
Margarida Xavier CO007, IMG211
Margarida Silva Cruz PO513, PO656
Margarida Moura Valejo Coelho PO230
Margarida Pimentel Nunes PO103
Margarida R. Fonseca IMG199
Margarita Urquiola IMG196, PO191
Mari Mesquita CO088, IMG022, IMG045, PO015, PO150, PO251, PO327, PO348, PO349, PO389, PO425, PO437, PO440, PO513, PO554, PO590, PO656, PO684, PO708, PO773, PO775
Maria Amélia Mendes PO387
Maria Brandao IMG189
Maria De Oliveira Gomes Tavares Ferreira De Morais PO688
Maria Duarte CO089, IMG152, PO185, PO346, PO442, PO598
Maria Eugénia André IMG024
Maria Ferreira CO085, PO096
Maria Holgado CO171
Maria Lobo Antunes PO004, PO172
Maria Lume IMG150, PO203, PO663, PO664
Maria Maia PO218
Maria Piteira IMG196, IMG250, PO088, PO109, PO191, PO615
Maria Reis PO518, PO526, PO555
Maria Teresa Antunes PO630
Maria Vilela PO074
Maria Alice Sousa PO636
Maria Ana Canelas PO003, PO093, PO153, PO273, PO749, PO855
Maria Ana Monteiro Rafael PO688
Maria Ana Rafael CO085, PO096
Maria Ana Canelas CO185
Maria Antónia Galego PO710
Maria Carmo Macario PO341
Maria Clara Matos PO297
Maria Clara Novais De Matos PO688
Maria Clara Paiva PO086, PO622
Maria Clara Rosa IMG010
Maria Conceição Escarigo CO080
Maria Conceição Loureiro IMG005, IMG092, PO728
Maria Conceição Neves PO469
Maria Da Luz Brazão CO138, IMG076, IMG117, PO039, PO040, PO083, PO687, PO690, PO751, PO800, PO820, PO865, PO867, PO868
Maria Do Carmo Fevereiro PO016
Maria Do Céu Dória PO817
Maria Do Céu Povoa PO590
Maria Do Céu Rocha CO149
Maria Dulce Carvalho PO199
Maria Eduarda Lourenço CO007, IMG211
Maria Eufémia Calmeiro PO248
Maria Eugenia André CO187
Maria Eugénia André CO047, IMG050, IMG129, IMG192, PO307, PO830
Maria Fernanda Paixão Duarte PO299
Maria Filomena Roque CO102, IMG217, PO407, PO559, PO560
Maria Francisca Delerue PO301
Maria Francisca Fontes PO188
Maria Francisca Moraes--Fontes IMG200
Maria Guadalupe Benites IMG153, PO232
Maria Helena Pacheco IMG004, PO050, PO524
Maria Ines Alexandre PO472
Maria Ines Silva Gonçalves IMG091
Maria Inês Alexandre IMG035, PO090
Maria Inês Campos Nunes Da Silva PO688
Maria Inês Claro PO794
Maria Inês Ferreira PO299
Maria Inês Gonçalves PO215
Maria Inês S. Silva PO039, PO040
Maria Inês Santos CO139, IMG001, IMG006, IMG007, IMG240, PO559, PO560, PO699
Maria Inês Silva CO085, PO096
Maria Inês Xavier Ferreira CO024, IMG122
Maria Joana Alvarenga PO062, PO282
Maria João Alves Pinto PO140
Maria João Araújo IMG085, PO111
Maria João Castro PO492
Maria João Correia CO169, PO863
Maria João Ferreira PO463, PO506
Maria João Ferreira Pinto PO292, PO470
Maria João Gomes CO003, CO033, PO034, PO157, PO821
Maria João Leitão PO121, PO123
Maria João Lima PO601, PO664
Maria João Lobão PO507
Maria João Nunes Da Silva PO674
Maria João P Correia CO168, PO332

Maria João P. Correia PO475
Maria João Palavras PO544, PO804
Maria João Pinto IMG033, IMG112, PO006, PO018, PO097, PO237, PO267, PO269, PO329, PO754, PO781, PO793, PO795, PO798
Maria João Pinto De Sousa PO501
Maria João Regadas PO378, PO705
Maria João Rego Castro PO236
Maria João Serpa CO063, CO094, IMG173, PO103, PO170, PO311, PO633
Maria João Silva PO544
Maria João Tavares IMG116, IMG219, PO013, PO065, PO114, PO450
Maria João Rego De Castro IMG118, IMG174, PO260
Maria José Cunha Guimarães PO462, PO519
Maria José Grade PO227, PO358
Maria José Guimarães PO060, PO603
Maria José Loureiro CO050, CO060
Maria José Moreira PO658
Maria José Teles PO493
Maria Luz Brazão CO122, PO085, PO552, PO594, PO722, PO774
Maria Manuela Ferreira PO803
Maria Manuela Mafra PO553
Maria Manuela Soares PO501
Maria Mar Meneses PO294
Maria Margarida Cunha PO213
Maria Margarida Pereira IMG233, PO231, PO363, PO370, PO635
Maria Margarida Robalo IMG134, IMG162, IMG215, PO181, PO589
Maria Rosário Rodrigues PO002
Maria Teresa Antunes CO131, IMG146, PO435
Maria Teresa Boncoraglio PO694
Maria Teresa Camilo Branco PO688
Maria Teresa Neves PO697, PO836, PO843
Mariana Abreu Vieira PO069, PO201
Mariana Alberty Guerra PO306
Mariana Almeida CO025, IMG106, IMG127, IMG148, PO510
Mariana Alves CO089
Mariana Barbosa CO044, IMG256, PO171, PO257, PO585
Mariana Bilreiro CO159, IMG245, PO466, PO552, PO774
Mariana Brito CO096, CO132
Mariana Coelho IMG184, PO163, PO192
Mariana Costa PO073, PO173, PO613
Mariana Da Cruz PO327, PO349, PO775
Mariana Da Silva PO692
Mariana Figueiras IMG110, PO465, PO671, PO763
Mariana Formigo IMG086, PO007, PO166, PO683
Mariana Gomes PO210, PO366, PO466, PO552, PO774
Mariana Gonçalves CO167, IMG157, PO772
Mariana Leal IMG087, PO453
Mariana Lopes CO048
Mariana Malheiro CO082, PO367, PO697
Mariana Maranhas PO679
Mariana Marques Silva PO064
Mariana Martinho PO425
Mariana Martins PO270, PO659
Mariana Meireles IMG235
Mariana Mendes Gomes IMG245
Mariana Pacheco PO228, PO375, PO396
Mariana Pintalhão PO423, PO601
Mariana Rebordão Pires IMG159
Mariana Santos IMG201, PO661, PO740
Mariana Saraiva PO127, PO393
Mariana Silva Leal IMG083, IMG143, PO033, PO200, PO504
Mariana Simoes PO472
Mariana Simões IMG035, PO090
Mariana Soares IMG250, PO088, PO109, PO615
Mariana Sousa CO017, IMG083, IMG143, PO033, PO106, PO211, PO504
Mariana Taveira IMG039, IMG181, PO567, PO628, PO755
Mariana Teixeira IMG031, PO128
Mariana Teixeira Pacheco PO426
Mariana Vieira IMG080, PO478, PO542, PO727
Mariana L. S. Magalhães CO036, PO223
Mariano Pacheco PO023, PO094
Mariela Rodrigues IMG229, PO456, PO586
Marilda Santos PO002
Marília Gomes PO517
Marília Silva PO161, PO493, PO662
Marília Andreia Fernandes PO845
Marília Santos Silva PO359
Marina Alves PO626, PO712, PO714
Marina Boticário CO102, IMG217, PO407, PO559, PO560
Marina Ferreira Dos Santos PO002
Marina Fonseca CO010, PO071
Marina Reis PO003, PO410, PO581, PO657, PO818
Marina Vitorino PO073, PO173, PO613
Marinela Major PO073, PO173, PO613
Marinha Silva PO694
Mario Barbosa PO498, PO654
Mario Monteiro PO020, PO802
Mario Parreira PO791
Mário Alcatrão PO076
Mário Amaro PO268, PO841
Mário Barbosa PO159
Mário Bibi CO089, IMG039, PO048
Mário Ferraz PO045, PO055, PO422
Mário Gois PO199
Mário Góis CO107, PO294
Mário Gola PO130

Mário Lázaro	IMG041, PO408, PO546
Mário Monteiro	IMG032, PO206, PO842
Mário Oliveira	PO298
Mário Parreira	IMG042, PO222
Mário Raimundo	CO107
Mário Rodrigues	PO175, PO177, PO336, PO383, PO495, PO496, PO822, PO823, PO824
Mário Santos	CO084, PO087
Mário Tapadinhas	PO841
Mário C. Amaro	CO135, IMG253, PO301
Marisa Fernandes Das Neves	CO066
Marisa Linhares	CO047
Marisa Mariano	IMG135, IMG244, PO336, PO392
Marisa Rosete	CO193, PO195, PO374
Marisa Teixeira Silva	PO618, PO623, PO459, PO502
Marisol Guerra	PO531, PO532
Marlene Delgado	PO275, PO555, PO639, PO651, PO730
Marlene Estácio	PO023, PO094
Marlene Louro	PO464
Marli Cruz	CO143, CO153, CO180, IMG187, PO304, PO354, PO750
Marli Ferreira	IMG021, PO150
Marta Amaral	CO070
Marta Amorim	PO463, PO506, PO681
Marta Arenga	PO854
Marta Barbedo	CO192, IMG158
Marta Bento	PO489
Marta Braga	PO097
Marta Brandão Calçada	PO079, PO278
Marta Brás	CO089
Marta Carreira	IMG248, PO203, PO663, PO664
Marta Carvalho Rebelo	PO797
Marta Catarino Manso	PO676
Marta Cerol	IMG233, PO127, PO370
Marta Costa	PO315
Marta Costa Gonçalves	PO027
Marta Cristino	PO803
Marta Custodio	IMG080
Marta Custódio	PO067, PO138, PO448, PO484, PO866
Marta Fonseca	PO036, PO413
Marta Freixa	CO117, PO319, PO729
Marta Gomes	IMG189
Marta Guisado	Orantos IMG126
Marta Ilharco	PO016, PO022
Marta Leal Dos Santos	IMG003
Marta leal Dos Santos	IMG099
Marta Leal Dos Santos	IMG236, PO045, PO055, PO422
Marta Leal Santos	IMG103
Marta Lopes	CO089, PO781, PO817
Marta Manso	PO291, PO609
Marta Marques	PO237
Marta Matos Pereira	PO078
Marta Meleiro Lisboa	PO314, PO571, PO758
Marta Mendes	CO044, IMG256, PO072, PO171, PO257, PO281, PO467, PO585
Marta Moitinho	PO204
Marta Monteiro	PO855
Marta Mós	IMG160, IMG243, PO077
Marta Oliveira	PO825
Marta Patacho	PO121, PO123
Marta Pereira	CO049, CO126, IMG043, IMG207, PO132, PO186, PO644, PO815, PO837
Marta Pereita	PO180
Marta Pires De Lima	PO323
Marta Rafael Marques	PO006, PO737
Marta Rebelo	PO785, PO786, PO799
Marta Rebocho Alves	CO012, PO122, PO226
Marta Rocha	PO274, PO420, PO490
Marta Sousa	PO536
Marta Valentim	IMG056, PO102, PO672, PO707
Marta Vieira Dias	PO363
Marta Meleiro Lisboa	IMG144
Marta C Amaral	CO041
Marta Rafael Marques	IMG152, PO276
Marta Sofia Oliveira	PO364
Martim Alçada	CO139, IMG007, PO559, PO560, PO699
Martinha Henrique	PO833
Maryna Telychko	IMG126, IMG240
Matilde Fraga	CO112, PO247, PO382, PO390
Mauro Santos	PO223
Melanie Ferreira	PO213, PO301
Mercè Díaz Gegúndez	CO173
Mercedes Agundez	PO757
Micael Mendes	IMG023
Micaela Caixeiro	CO009
Micaela Manuel	IMG142
Miguel Achega	CO053
Miguel Allen	PO449
Miguel Alpalhão	PO473
Miguel Araújo	CO022, PO328
Miguel Borges Da Silva	CO076
Miguel Costa	IMG027, IMG225
Miguel Gonzalez Santos	PO027
Miguel Granado Seixal	PO358
Miguel Grunho	PO386
Miguel Leal Rato	CO085, PO096
Miguel Martins	PO064, PO731, PO734
Miguel Monteiro	CO031, PO049
Miguel Moreira	PO749
Miguel Morgado	PO186
Miguel Oliva Teles	CO150, CO163, PO771
Miguel Pereira	CO177
Miguel Pires	PO344
Miguel Rodrigues	PO345

Miguel Romano	CO002, CO127, IMG048, PO365, PO696
Miguel Santos	IMG136, PO401, PO760
Miguel Silva	PO347
Miguel Sousa Leite	IMG154
Miguel Tavares	PO381, PO796
Miguel Trindade	CO053, IMG175
Miguel Valente	PO076
Miguel Varela	IMG019, PO599, PO719
Miguel Vasques	CO112
Miguel Alexandre Bento Alves	PO492
Miguel M. Lopes	PO634
Mihail mogildea	IMG019
Mihail Mogildea	PO719
Mihail Molgidea	PO599
Milton Camacho	PO849
Miriam Blanco	IMG118, IMG174, PO236, PO260, PO337, PO492
Miriam Cimbron	PO011
Miriam Magalhães	PO027
Mónica Alexandre	PO814
Mónica Dinis De Mesquita	CO004, CO092, IMG051, PO415
Mónica Lopes	PO369
Mónica Palma Anselmo	CO043, PO025, PO738
Mónica Pedro	IMG012, PO461, PO494
Mónica Pereira	IMG147
Mónica Rangel	PO810
Mónica Reis	IMG209, PO625
Mónica Santos	PO518
Mónica Sousa	PO436
Mónica Teixeira	PO193, PO526
Mónica Dinis Mesquita	IMG079
Mylene Costa	IMG043, PO239, PO567
Nadia Korchevnyuk	PO154
Nádia Martins	PO730
Nádia Simas	PO634
Nadine Monteiro	PO152, PO159, PO498, PO654
Nadine Silva	CO136
Naima Andrade	PO147
Nancy Faria	PO039, PO040
Narciso Oliveira	IMG068, IMG165, PO430, PO617, PO724
Natacha Silveira	IMG026, PO372
Natalia Fernandes	PO542
Natália Fernandes	CO050, PO201
Natália Nunes Teixeira	IMG233, PO370
Natália Teixeira	PO101, PO127, PO140, PO363, PO393, PO568
Nataliya Polishchuk	IMG067
Natercia Joaquim	IMG019, PO599, PO719
Nélia Abreu	CO122, CO138, PO690, PO800, PO820, PO865, PO867, PO868
Nélia Marques	PO031, PO558
Nelson Barros	IMG189
Nelson Pedro	CO091
Nélson Pedro Jesus	PO457
Neusa Guiomar	PO303, PO322
Neuza Soares	PO135, PO198, PO426
Nidia Pereira	CO126
Nídia Neves	PO552
Nídia Pereira	PO815
Nina Jancar	IMG109, PO266, PO482
Nogueira Luis	PO773
Nuna Vieira	IMG070
Nuno Azevedo	CO016
Nuno Bernardino Vieira	PO227
Nuno Bragança	PO289, PO816
Nuno Candeias	PO152
Nuno Carreira	PO618, PO623
Nuno Cortesão	CO153, PO750
Nuno Ferreira	CO082, CO087, PO362, PO367
Nuno Ferreira Monteiro	PO501
Nuno Figueiredo	CO137
Nuno Gaibino	CO134
Nuno Germano	PO788, PO789, PO790
Nuno Jacinto	CO114, PO032, PO593
Nuno Leal	IMG078, PO536
Nuno Luís	CO191, PO098
Nuno Melo	IMG202, PO718
Nuno Monteiro	PO216, PO561, PO853
Nuno Morais	CO075
Nuno Moreno	CO054, CO070, PO279, PO346, PO352
Nuno Pina Gonçalves	PO040
Nuno Raimundo	IMG035
Nuno Ribeiro	CO081
Nuno Rodrigues De Melo	PO557, PO725
Nuno Sá	PO379, PO650
Nuno Silva	CO105, IMG051
Nuno Sousa	CO171, PO084, PO325
Nuno Vieira E Brito	CO033, PO489
Nuno Zarcos Palma	PO327, PO349, PO554, PO775
Nuno Gonçalo Garcês Pina Gonçalves	PO722
Nuno Reis Carreira	PO459, PO502
Olga De Jesus	IMG220, PO834
Olga Gonçalves	PO003, PO749
Olga Pereira	PO170
Olga Silva	PO082, PO369
Olinda Caetano	PO252, PO441, PO446
Olinda Lima Miranda	PO013
Olinda Sousa Caetano	IMG085, PO111
Onassis Silva	CO194
Orlando Mendes	PO491
P Ricardo Pereira	IMG178
Pablo Díez-Villanueva	CO055
Patricia Martins	IMG139, IMG212
Patricia Marujo	IMG013, IMG257, PO245, PO525
Patricia Pereira	CO017, CO104, PO179

Patricia Vicente PO297, PO741
Patricia Winckler IMG210
Patrícia Alves PO343
Patrícia Cachado PO310, PO444, PO861
Patrícia Carneiro CO115, CO175, IMG239, PO063, PO791
Patrícia Carvalho PO315
Patrícia Chow Liu PO068
Patrícia Cipriano IMG164, IMG202, PO258
Patrícia Dinis Dias IMG172
Patrícia Ferreira PO392
Patrícia Howell Monteiro CO013, CO109
Patrícia Lourenço IMG248, PO009
Patrícia Martins CO184, PO480
Patrícia Pereira PO021, PO022, PO406
Patrícia Semedo CO114, PO032, PO593
Patrícia Vasconcelos PO289, PO290, PO816
Patrícia Vicente PO608, PO836
Patrícia Winckler PO616
Patrícia Dinis Dias PO427, PO429
Patrícia Sofia Alves PO270, PO659
Paul RJ Ames CO041
Paula Alcântara CO064, PO489
Paula Antunes PO448
Paula Bettencourt PO807
Paula Brandão CO049, IMG207, PO043, PO078, PO132, PO180, PO186, PO644, PO871
Paula Brito CO191, PO098
Paula Costa PO086, PO119
Paula Dias PO269, PO292
Paula Felgueiras CO142, IMG237, PO110, PO117, PO535, PO629, PO670
Paula Ferreira CO166, PO187, PO740
Paula Fonseca PO840
Paula Gaspar PO484
Paula Gonçalves Costa IMG124, PO027, PO053, PO178, PO395
Paula Lopes IMG184, IMG262, PO192, PO219, PO421
Paula Macedo CO120, CO182, PO621, PO700
Paula Manuel PO026, PO826, PO827
Paula Marques PO596, PO809
Paula Marques Ferreira CO166, IMG078
Paula Nascimento PO031, PO061, PO199, PO702
Paula Paiva IMG024, IMG050, IMG129, PO307
Paula Peixinho PO170, PO633
Paula Pestana PO512
Paula Pinto CO088, PO256
Paula Pona IMG046, IMG241
Paula Rocha PO402, PO509, PO518
Paula Silva IMG145, PO163
Paula Vaz Marques CO004, CO016, CO092, CO105, IMG011, IMG051, IMG093, IMG094, PO008, PO068, PO112, PO160, PO314, PO415, PO571, PO762, PO806
Paula Sofia Araújo IMG227
Paula Sofia Santos Araujo PO368, PO848
Paula Vaz Marques IMG079
Paulina Mariano PO341
Paulo Almeida CO089, CO146, CO148, IMG063, IMG166, IMG170, IMG190, IMG249, IMG254, PO099, PO125
Paulo Ávila PO144, PO232
Paulo Cantiga Duarte IMG034, IMG120, IMG137, PO244, PO583, PO678, PO828
Paulo Carrola CO004, CO092
Paulo Cesar IMG013, IMG257, PO245, PO525
Paulo César IMG073, PO360, PO565, PO680
Paulo Chaves PO038, PO423
Paulo Coelho PO340, PO350
Paulo Filipe CO098
Paulo Gouveia PO378, PO705
Paulo Luz IMG110
Paulo Medeiros IMG256, PO171, PO257, PO585
Paulo Pereira IMG174
Paulo Reis PO095
Paulo Romão IMG141
Paulo Cantiga Duarte PO849, PO473
Paulo Zoé Costa PO491
Pawel Sierzputowski PO489
Pedro Andrade PO239
Pedro Azevedo CO080, CO178, PO448
Pedro Balza IMG179, PO085, PO335, PO665, PO736
Pedro Beirão CO046, CO113, CO128, CO178, IMG065, IMG188, IMG205
Pedro Bico PO394
Pedro Braga PO303
Pedro Campelo IMG098, IMG163, PO486
Pedro Campos CO009
Pedro Carreira IMG149, IMG234, PO192, PO219
Pedro Carvalho PO317, PO658
Pedro Cavaleiro IMG023, PO379
Pedro Correia Azevedo CO046, CO162, IMG081, PO265, PO371, PO386, PO511
Pedro Costa IMG094
Pedro Crespo CO048, IMG176
Pedro Cunha IMG230
Pedro Diogo IMG248
Pedro Duarte CO186, PO094, PO264
Pedro F. Pinto PO028, PO500
Pedro Ferreira CO146, PO692
Pedro Fortes IMG257
Pedro Freitas CO158
Pedro Garrido PO583, PO828
Pedro Gaspar PO497, PO499
Pedro Gonçalves PO523
Pedro La Feria IMG105, PO224
Pedro Leite Vieira CO047, CO187, IMG050, IMG129,

	PO307
Pedro Leuschner	CO147
Pedro Marques	PO778, PO832
Pedro Mendonça	IMG200
Pedro Mesquita	CO166, PO187
Pedro Mondim	PO522, PO804
Pedro Moraes Sarmento	PO333
Pedro Neves	CO085
Pedro Neves Tavares	IMG124, PO053, PO178, PO395, PO469
Pedro Oliveira	CO192, IMG158, PO093, PO153, PO187, PO273, PO410, PO581, PO657, PO818
Pedro Oliveira Raimundo	PO479
Pedro Olivera	PO855
Pedro Pereira Figueiredo	PO120
Pedro Pinto	CO110, IMG014, IMG061, IMG062, IMG095, IMG223, PO136, PO295, PO433, PO434, PO515, PO516, PO600, PO607, PO643, PO703, PO805
Pedro Pires	PO743, PO746
Pedro R. Santos	CO150
Pedro Ribeirinho Soares	CO023, IMG002
Pedro Ribeiro	CO121, PO675
Pedro Rodrigues	PO267, PO470
Pedro Salvador	PO003, PO093, PO153, PO273, PO410, PO581, PO657, PO818, PO855
Pedro Santos	CO157, CO171
Pedro Sequeira	PO220
Pedro Silva Rodrigues	PO329
Pedro Silvério António	IMG198, PO606, PO667, PO726, PO852
Pedro Simões	CO067, IMG259, PO312
Pedro Tavares	PO145
Pedro Ventura	CO057, PO137
Pedro Verão	CO089, PO597
Pedro Vieira	IMG024, IMG074, PO381, PO491, PO796
Pedro Von Hafe	IMG115
Pedro Eduardo Silva	PO788
Pedro Miguel Pereira Fernandes	CO173
Pedro Daniel Carneiro Ventura	IMG091
Pedro Gonçalo Ferreira	PO200
Pedro Henrique Silva	IMG141
Penélope Almeida	IMG195
Petra M. Pego	PO363, PO635
Petra Pego	CO060, PO231
PG Ferreira	PO715
Pilar Azevedo	PO794
Priscila Diaz	CO050, IMG080, IMG231, PO069, PO201, PO478, PO542, PO727
Priscila Nejo	IMG214, PO869
Rachel Silvério	CO032, CO034, PO193, PO217
Rafael Cruz	PO761
Rafael Nascimento	CO159, IMG108, PO249, PO345, PO356, PO357, PO748
Rafael Pinto Silva	CO129
Rafael Silva	CO152, CO154, PO280, PO569, PO720
Rafaela Pereira	IMG041
Rafaela Sousa	IMG242
Rafaela Veríssimo	PO148, PO410, PO814
Rafaela Veríssimo	Rafaela Veríssimo CO185
Ramon Vizcaíno	CO119
Ramón Bover-Freire	CO055
Raquel Afonso	IMG037, PO184, PO331, PO677, PO711
Raquel Almeida	IMG233, PO103, PO140, PO170, PO370
Raquel Barreira	IMG053, IMG133, PO253, PO508
Raquel Basto	IMG131, IMG222, PO577, PO579
Raquel Calisto	CO126, PO279
Raquel Cavaco	PO789
Raquel Costa	CO049, IMG207, PO043, PO078, PO132, PO180, PO186, PO644
Raquel Domingos	PO291, PO609, PO676
Raquel Ervalho	IMG152, PO693, PO835
Raquel Ferreira	PO242
Raquel Fontes	PO005, PO441, PO446, PO653, PO686
Raquel Freitas	CO162, IMG081, PO265, PO371
Raquel Gil	IMG174, IMG238, PO492
Raquel López	CO075, CO090, CO130, IMG037, PO028, PO331, PO500, PO573, PO677, PO711
Raquel Maia	PO460
Raquel Marques	PO152
Raquel Mesquita	PO533
Raquel Mora Garcia	PO426
Raquel Pinho	PO082
Raquel Rocha	PO346, PO352, PO359, PO598
Raquel Rosado Silva	PO120
Raquel Santos	IMG131
Raquel Senra	PO119
Raquel Vaz	PO276
Raquel Viana	PO027
Raquel Maria Silva	PO299
Raquel Rodrigues Santos	IMG178
Raul Neto	MG053, IMG133, PO508
Rebeca Natal	CO057, IMG091, PO137
Regina Costa	CO091, PO768
Renata Aguiar	PO240
Renato Costa Reis	CO013, CO109
Renato Guerreiro	CO073, CO081, CO087, PO362
Ricardo A. Afonso	IMG154
Ricardo Amaral	IMG189, PO806, PO809
Ricardo Capitão	CO095
Ricardo Costa	PO543

Ricardo Crespo	PO071
Ricardo Da Luz	PO616
Ricardo Dinis Sousa	CO063, CO094, IMG173, PO170, PO311, PO633
Ricardo Fernandes	CO089
Ricardo Fontes Carvalho	PO303, PO322
Ricardo Lavajo	PO275, PO555, PO639, PO651, PO730
Ricardo Marinho	CO089, PO263
Ricardo Marques	PO569
Ricardo Meireles	PO775
Ricardo Pereira Ribeiro	PO721
Ricardo Pinho	PO095, PO781, PO795
Ricardo Pinto Sousa	PO447, PO799
Ricardo Reis	IMG166
Ricardo Sá	PO610
Ricardo Sousa	CO056
Ricardo Meireles Mateus	CO096
Ricardo Dinis Sousa	PO103
Rita Alves	PO070
Rita Amorim Costa	PO003, PO093, PO153, PO273, PO855
Rita Baião	CO042
Rita Barata Moura	PO031, PO061, PO199, PO558, PO702
Rita Branco	PO776
Rita Branquinho Pinheiro	PO039
Rita Calé	CO060
Rita Carvalho	PO789
Rita Coelho	CO113, CO128, IMG205
Rita Correia	PO830
Rita Costa	CO089, CO119, PO650
Rita Coutinho	PO543
Rita Cunha	PO200
Rita Dinis	PO432
Rita Dutschmann	CO133, PO139, PO445
Rita Faísca	PO129
Rita Fernandes	CO171, PO124
Rita Gamboa Cunha	CO016, IMG094, PO112, PO758
Rita Gameiro	CO067, CO124, CO125, PO312, PO717
Rita Gameiro Dos Santos	PO353
Rita Gavancha	PO333
Rita Gerivaz	CO118
Rita Gomes	CO068, CO069, CO071, CO072, IMG119, PO325
Rita Grácio	PO145, PO469
Rita Homem	CO096, CO132, PO551
Rita Ivo	CO150, CO157, IMG123, PO293
Rita J. Rodrigues	PO027
Rita Jesus	CO022
Rita Maciel	CO174
Rita Magalhães	PO313
Rita Martins	CO089, PO778
Rita Martins Fernandes	CO043
Rita Moça	PO241
Rita Monteiro	IMG005, PO728
Rita Nortadas	CO113, CO128, CO178, IMG081, IMG205
Rita Passos Coelho	IMG065, PO576, PO646
Rita Pereira	CO166
Rita Pinheiro	PO413
Rita Pocinho	CO071, CO072, IMG119, PO324, PO627, PO743, PO746, PO747, PO753
Rita Ponte	PO761
Rita Prata	PO720
Rita Prayce	PO732
Rita Queirós	PO008, PO160
Rita Rei Queirós	CO004, CO092, IMG051, PO415
Rita Reis	CO095, CO150, IMG123
Rita Reis Correia	CO047, CO187
Rita Ribeirinho	PO283, PO582
Rita Ribeiro	IMG138, IMG210, PO505
Rita Rocha	CO029, IMG125, PO283, PO344, PO582
Rita Rodrigues	PO466
Rita S. Gomes	CO051, PO514
Rita Santos	IMG105, PO224, PO230, PO533
Rita Saúde Conde	CO163, PO771
Rita Serras Jorge	IMG044, IMG090, PO759
Rita Silva	IMG028, IMG118, IMG224, PO236, PO355, PO838, PO854
Rita Silvério	IMG145, IMG184, IMG262, PO163, PO192, PO219
Rita Varudo	CO014, CO141, PO220, PO318, PO530, PO548
Rita Vaz	CO082, PO179, PO209, PO367, PO860
Rita Veloso	PO119
Rita Vieira	IMG108, PO249, PO356, PO357, PO748
Rita Vieira Alves	PO045, PO055, PO414, PO422, PO595, PO845
Rita Gamboa Cunha	IMG144
Rita Félix Soares	PO681
Rodica Agapii	IMG180
Rodolfo Gomes	CO067, PO051, PO056, PO312
Rodrigo Costa Lobo	PO674
Rodrigo Leão	PO823
Rodrigo Massa	IMG263, PO250
Rodrigo Moares	PO613
Rodrigo Moraes	PO073, PO173
Rogério Teixeira	PO280, PO334
Romeu Pires	PO316
Rosa Alves	CO019, CO118, PO220, PO318, PO474, PO530, PO548, PO549, PO647
Rosa Amorim	CO036, CO086, CO189, IMG038, IMG040, IMG102, PO081, PO092, PO223, PO229, PO286, PO296, PO306, PO417, PO831, PO846

Rosa Areias PO810
Rosa Ballesteros PO215
Rosa Cardoso CO089, PO523
Rosa Castro Ribeiro CO039
Rosa Ferreira PO187, PO581, PO657, PO818
Rosa Guedes IMG238
Rosa Jorge CO108, IMG083, IMG143, PO033, PO128, PO240, PO364, PO504, PO619, PO679
Rosa Lobato PO387
Rosa Macedo Carvalho IMG226, PO443, PO847
Rosa Ribeiro IMG072, PO439
Rosa Silva PO248, PO341
Rosa Maria Ferreira IMG018, PO114
Rosana Andrade PO776
Rosana Maia CO002, CO110, IMG014, IMG061, IMG062, IMG095, IMG223, PO136, PO295, PO433, PO434, PO515, PO516, PO600, PO607, PO643, PO805
Rosário Alves CO027
Rosário Araújo IMG169
Rosário Ginga IMG106, IMG127, PO510
Rosário Marinheiro PO374, PO566
Ruben Reis CO089, IMG046, IMG241
Rúben Carvalho PO695
Rúben Raimundo IMG227
Rúben Reis IMG197, PO520, PO666
Rubina Miranda PO039, PO040
Rui Abreu PO656
Rui Almeida IMG151, PO274, PO457, PO490
Rui Alves CO035, PO668
Rui Araújo CO172, PO287, PO844
Rui Assis IMG090
Rui Bajanca PO222
Rui Barata CO112, PO247, PO382, PO390
Rui Barros CO153, CO180, IMG187, PO750
Rui Carneiro PO354
Rui Costa PO207, PO209, PO608, PO612, PO636
Rui Cunha PO207, PO612
Rui Ferreira IMG183, PO188, PO298, PO374, PO566
Rui Isidoro CO187, IMG024, IMG050, IMG129, PO307
Rui Loureiro PO393
Rui M M Victorino PO025, PO402
Rui M. M. Victorino CO043, CO098, CO109, PO032, PO593
Rui M. Santos CO008, PO412, PO602, PO808
Rui Môço CO027, PO151, PO564, PO567
Rui Morais CO068, CO069, CO071, CO072, CO073, CO168, CO169, IMG119, PO332, PO475, PO697
Rui Osório PO326, PO392
Rui Pereira PO788
Rui Pontes Dos Santos PO256
Rui San-Bento CO123
Rui Santos PO315, PO464
Rui Silva PO452
Rui Susano IMG229, PO456, PO586
Rui Valente PO436
Rui Veiga PO744
Rui Victorino PO066, PO674
Rui Vitorino PO497, PO499
Rui M. M. Victorino PO618, PO623
Rui Terras Alexandre CO006
Rui Fernando Silva PO458
Rui M Santos CO181, CO188
Rui M. M. Victorino CO013, PO459, PO502
Rui Miguel Ferreira CO193
Rui Pedro Costa IMG189
Rui Pedro Inácio IMG141
Rute Morais Ferreira PO628
Rute Sousa Martins IMG082, PO104, PO134, PO439, PO543
Ryan Costa Silva CO028, IMG034, IMG137, IMG214, PO212, PO244, PO678, PO869
Salomão Fernandes CO063, CO094, IMG173, PO103, PO170, PO311, PO633
Salomé Garcia PO203, PO663
Salomé Marques IMG193
Salomé Xavier PO548
Salvador Morais Sarmento IMG154
Samba Baldé CO084, PO087, PO759
Samuel Almeida PO353
Samuel Fonseca IMG036, PO017, PO169
Sandra Alves Morais PO239
Sandra António IMG126, IMG240
Sandra Barbosa PO042, PO167
Sandra Braz PO066
Sandra Carmo Pereira IMG120
Sandra Castro Sousa PO012
Sandra Gouveia IMG201, PO264, PO661, PO740
Sandra Martin CO047, PO830
Sandra Morais IMG222, PO540, PO837
Sandra Rebelo CO061
Sandra Santos CO021
Sandra Silva CO089
Sandra Simões CO021, PO720
Sandra Tavares CO016, IMG094, IMG144, PO112, PO758
Sandra A. Morais PO710
Sandra I. Correia PO709
Sandra A. Morais PO340
Sara Abreu CO039
Sara Almeida PO139
Sara Almeida Pinto PO148
Sara Almeida Ramalho CO093, IMG101, PO405
Sara Almeida-Pinto PO814

Sara Augusto CO163, IMG199, PO771
Sara Barbosa PO364
Sara Beça PO003, PO187, PO581, PO657, PO818
Sara Brandão Machado PO155
Sara Camões CO155, PO564, PO844
Sara Castelo Branco PO151, PO350, PO444
Sara Catarino IMG002
Sara Coelho PO009
Sara Costa PO443, PO626, PO712, PO714, PO847
Sara Costa Correia PO567
Sara Croca CO134
Sara Custódio Alves PO468
Sara Dâmaso PO402
Sara Dias PO243
Sara Duarte PO412
Sara Faria IMG183, PO285, PO374, PO566
Sara Fernandes CO067, CO107, PO312
Sara França PO342
Sara Freitas CO026, IMG070, IMG088, PO051, PO056, PO166, PO683
Sara Guerreiro Castro PO595, PO845
Sara Lemos Rocha PO676
Sara Macedo IMG055, PO193
Sara Machado CO032, CO034, PO217
Sara Marote PO064, PO731, PO734
Sara Mendonça Freitas PO176, PO829
Sara Moreira PO639
Sara Moreira Pinto CO076, PO628
Sara Nascimento IMG122
Sara Pereira CO089, PO610
Sara Pinto PO242, PO287, PO619
Sara Pipa IMG020, PO379
Sara Ramalho CO019
Sara Ramos IMG075, PO540
Sara Rocha IMG072, PO291, PO609
Sara Sarmento CO194
Sara Silva IMG009, IMG161, IMG235
Sara Simões Macedo PO526
Sara Sintra CO097, CO156, PO030
Sara Trevas CO161, CO168, CO169, PO332, PO475, PO765, PO766, PO767, PO769, PO770
Sara Úria CO117, PO319, PO729
Sara Vaz Garez Gomes PO353
Sara Vieira Silva IMG195
Sara Vila Maior PO854
Sara Vilas-Boas CO003, PO034, PO290
Sara Xavier Pires CO012, CO037, IMG213, PO122
Sara Brandão Machado IMG176
Sara Guerreiro Castro PO761
Sara Irina Almeida CO133
Sara Irina Almeira PO445
Sara Joana Faria CO136
Sara M. Rocha IMG082, PO104, PO134, PO439
Sara Raquel Pereira Martins CO147, IMG097, PO309, PO572
Sarah Carvalho Lopes PO762
Sarah Lopes PO375, PO426
Saraiva Da Cunha IMG114, PO105, PO107
Sebastián Parente PO075
Selmira Faraldo PO078
Selmira Vicente PO132
Sergio Brito PO179
Sergio Pina PO465
Sergio Resende Alves PO649
Sérgio Andrade IMG121
Sérgio Antunes Da Silva PO133
Sérgio Azevedo PO214
Sérgio Baptista CO099, IMG258, PO116, PO479
Sérgio Brito CO082, PO209, PO367, PO851
Sérgio Cristina PO258
Sérgio Lemos IMG055, PO193
Sérgio Lima IMG082, PO104, PO810
Sérgio Pereira CO150
Sérgio Pina IMG023, PO671, PO763
Sergio Resende Alves IMG204
Severo Torres IMG238
Sheila Jamal PO314, PO571
Sheila Koch Jamal PO758, IMG144
Silvia Duarte PO806
Silvia Rodrigues CO025, IMG148
Sílvia Balhana PO436
Sílvia Duarte PO809
Sílvia Monteiro PO439
Sílvia Nunes IMG018, IMG070
Sílvia Santos Pereira PO841
Silvia Correia PO710
Sílvia Alexandra Duarte PO762
Silvina Miguel IMG152
Simone Costa CO106, CO156
Socorro Piñero PO394
Sofia Alegria CO058, CO059
Sofia Amálio PO465, PO671, PO763
Sofia Barroso PO168, PO404
Sofia Batista PO423
Sofia Beirão PO455
Sofia Brazão PO584, PO592
Sofia Calaça IMG206, IMG255, PO283
Sofia Calasa IMG251, PO091, PO391, PO669
Sofia Caridade PO060, PO281, PO462, PO519, PO603
Sofia Cruz CO081, CO087
Sofia Duque CO161, PO765, PO766, PO767, PO769, PO770, PO776
Sofia Esperança IMG134, IMG162, IMG215, PO005, PO181, PO589, PO653, PO686
Sofia Garcês Soares PO389
Sofia Gonçalves IMG074, IMG179, IMG245, PO158,

	PO335, PO552, PO665, PO736, PO774
Sofia Jardim	PO744, PO753
Sofia Jorge	CO114
Sofia Marques Santos	PO159
Sofia Martins	PO077
Sofia Mateus	CO063, CO067, CO094, PO170, PO311, PO312
Sofia Mendes	CO139, IMG007, PO699, PO712, PO714
Sofia Monteiro	PO564
Sofia Moreira-Silva	IMG131, PO577
Sofia Nóbrega	IMG117, PO039
Sofia Pereira	CO052, CO166, PO187, PO273
Sofia Pinelas	PO135, PO198
Sofia Rodrigues	PO069, PO089, PO478, PO542, PO727
Sofia Rodrigues Sousa	PO720
Sofia Rolo	PO254, PO682
Sofia Salvo	IMG105, PO224, PO533
Sofia Santos	PO498, PO654
Sofia Sobral	IMG054, PO512, PO801, PO803
Sofia Sousa	CO121
Sofia Tavares	PO037, PO737, PO825, PO832
Sofia Xavier Pires	IMG189
Sonia Chan	PO053
Sonia Moreira	IMG157
Sonia Serra	CO115
Sónia Almeida	IMG056, IMG233, PO102, PO189, PO370, PO559, PO560, PO672, PO707
Sónia Canadas	PO124
Sónia Carvalho	PO068
Sónia Chan	PO344
Sónia Coelho	PO853, PO854
Sónia Costa	PO394
Sónia Da Costa Fernandes	PO238, PO442
Sónia Fernandes	IMG017, PO428
Sónia Guerra	IMG261
Sónia Oliveira	IMG210
Sónia Pereira	PO739
Sónia Santos	CO160, PO149, PO400, PO756, PO833
Sónia Serra	IMG239, PO063
Sónia Silva Guerra	IMG057
Sónia Da Costa Fernandes	PO693, PO835
Soraia Azevedo	IMG014, PO028
Soraia Ribeiro	PO476
Sousa E Costa	PO512
Stela Calugareanu	IMG126
Stepanka Betkova	IMG003, IMG099, IMG103
Susana Alves Ferreira	PO781
Susana Baptista De Almeida	CO085, PO096
Susana Carvalho	PO091
Susana Cavadas	CO137, IMG063, PO125, PO658, PO692, PO715
Susana Coelho	PO449
Susana Conceição	CO018, PO477
Susana Costa	PO263
Susana Cunha	PO377, PO547
Susana Escária	IMG196, PO165, PO191
Susana Fernandes	PO784
Susana Ferreira	PO228, PO375, PO396, PO426, PO488, PO762, PO787
Susana Franco	CO063, CO094, IMG173, PO103, PO170, PO243, PO311, PO633
Susana Heitor	IMG151, PO274, PO420, PO490
Susana Jesus	CO168, PO332, PO475, PO745
Susana Livramento	IMG067, PO154
Susana Magalhães	CO193, PO374
Susana Marques	CO030, CO158, CO183, PO811
Susana Marques De Sousa	IMG152
Susana Matos	PO803
Susana Pereira	PO221
Susana Peres	PO243, PO853
Susana Quintão	CO073
Susana Filipa Baptista De Almeida	PO688
Svetlana Ilina	PO369
Tania Afonso	CO006
Tânia Afonso	PO316, PO744
Tânia Batista	PO026, PO826, PO827
Tânia Branco Mano	PO324
Tânia Ferreira	CO147, IMG097
Tânia Gago	IMG098, IMG163, PO486
Tânia Madureira	PO673, PO704
Tânia Mano	PO743, PO747, PO753
Tânia Matos	CO109
Tânia Proença	IMG002
Tânia Sousa	IMG055, PO193
Tânia Strecht	IMG015, IMG071, PO059, PO067, PO277, PO448, PO468
Tânia Vassalo	IMG047, IMG109, IMG260, PO266, PO482
Tatiana Gonçalves	CO167, IMG060, IMG232, PO113, PO772
Tatiana Rodrigues	PO240, PO679
Tatiana Salazar	PO330, PO385, PO522
Tatiana Vieira	PO121, PO123
Telma Azevedo	CO191
Telma Caleça	CO115, PO791
Telma Elias	IMG032, PO020, PO206, PO802, PO842
Telma Mendes	PO431
Telma Sequeira	CO009
Teresa Alfaiate	CO035, PO611
Teresa Baptista	PO243, PO853
Teresa Bernardo	IMG066, PO147, PO562, PO742
Teresa Boncoraglio	IMG027, IMG185, IMG225, PO168
Teresa Branco	CO085, PO096

Teresa Cruz	IMG067, PO154
Teresa Dias Moreira	PO425, PO440, PO513, PO590
Teresa Faria	PO210
Teresa Ferreira	IMG141, PO310, PO861
Teresa Fonseca	CO194, PO054, PO150
Teresa Fraga	CO051
Teresa Furtado	PO219, PO421
Teresa Garcia	PO310, PO444, PO861
Teresa Garrido	PO500
Teresa Inês	IMG155, PO527, PO528, PO642
Teresa Matos	IMG122
Teresa Mendes	PO389
Teresa Mendonça	PO416
Teresa Mota	CO137, IMG063
Teresa Neves	CO082, PO367
Teresa Pereira	PO425, PO513
Teresa Pimentel	PO072, PO430, PO617, PO724
Teresa Pinho	PO330
Teresa Pinto	IMG152, PO185, PO238, PO442, PO693, PO835
Teresa Rego	PO414
Teresa Romão	PO614, PO698
Teresa Salero	IMG023, PO326
Teresa Santos	PO359
Teresa Sequeira	IMG008
Teresa Silva	PO803
Teresa Silvério	PO345
Teresa Souto Moura	PO840
Teresa Tavares	PO151, PO563, PO564
Teresa Vaio	PO464
Teresa Vilaça	IMG038
Teresina Amaro	PO628
Teresinha Ponte	PO353
Tereza Patrícia	PO632
Tereza Veloso	IMG250, PO088, PO615
Tiago Abreu	PO604
Tiago Adrega	PO317
Tiago Alpoim	PO458
Tiago Alves	IMG155, PO527, PO528, PO642
Tiago Barra	PO193
Tiago Ceriz	PO355
Tiago Ceriz Mata	CO006
Tiago Duarte	PO324, PO627, PO743, PO746, PO753
Tiago Esteves Freitas	CO122, PO594, PO690
Tiago Fernandes Gomes	PO300
Tiago Ferreira	PO318, PO548
Tiago Fiúza	CO179, IMG066, PO562
Tiago Gregório	CO078, PO379
Tiago Isidoro	PO747
Tiago Judas	CO014, CO019, CO118, CO141, PO213, PO220, PO318, PO474, PO530, PO548, PO549, PO647
Tiago Leonor	PO795, PO798
Tiago Lobo Ferreira	PO220
Tiago Martins Branco	IMG180
Tiago Mendes	CO049, IMG207, PO078, PO132, PO180, PO186, PO644, PO839, PO871
Tiago Osório Petrucci	IMG198, PO606, PO667, PO726, PO852
Tiago Pack	PO310, PO444, PO702, PO861
Tiago Pereira Alves	PO399
Tiago Pereira Guedes	PO309, PO572
Tiago Rabadão	CO108, PO128, PO619
Tiago Rodrigues	PO482
Tiago Santos	PO320, PO812
Tiago Seco	IMG116, PO114, PO167, PO255, PO450
Tiago Tomás	CO003
Tiago Tribolet De Abreu	CO045, IMG052, IMG156, PO194, PO783
Tiago Valente	CO137, PO125, PO692
Tiago Lobo Ferreira	CO019, CO118, PO549, PO647
Tiago Miguel Cabrita	IMG141
Tomás Fonseca	PO810
Tomás Fontes	PO626
Tomás Lamas	PO785, PO786, PO797, PO799
Tomás Loureiro	PO548
Tomás Pessoa E Costa	IMG138
Torcato Marques	PO031, PO310, PO558, PO861
Torcato Moreira Marques	PO061, PO199, PO702
Umbelina Caixas	CO104, PO021, PO022, PO406
Ussamané Embaló	IMG070
Valentina Tosatto	PO031, PO061, PO199, PO558, PO702
Valter Rocha	CO174
Válter Fonseca	PO459, PO502
Válter R. Fonseca	PO618, PO623
Vanda Conceição	PO227
Vanda Jorge	CO067, CO124, PO312, PO717
Vanda Spencer	CO096, CO132, PO551
Vanessa Barcelos	PO023, PO094
Vanessa Carvalho	PO333
Vanessa Chaves	PO237, PO292, PO529, PO664
Vanessa Meireles Chaves	PO006, PO037, PO267, PO269, PO825, PO832
Vanessa Palha	IMG165, PO072, PO430, PO531, PO532, PO617, PO724
Vanessa Ventura Vieira	PO284, CO100, PO259, PO294, PO298, PO338, PO339
Vânia Almeida	PO394
Vânia Gomes	IMG226, PO443
Vânia Junqueira	PO223
Vânia Rodrigues	CO029, IMG100, IMG125, PO300
Vânia Vieira Borba	PO195, PO768
Vanisa Rosário	CO168, PO332, PO475
Vasco Costa	PO745
Vasco Gama	PO303, PO322
Vasco Neves	CO057, IMG196, PO137, PO191

Vasco Oliveira Neves	CO078
Vasco Pinto Neves	IMG091
Vera Bernardino	CO112, PO247, PO382, PO390
Vera Ferra Moreira	PO349
Vera Ferraz Moreira	PO348, PO590, PO656
Vera Moreira	PO513
Vera Romão	CO032, CO034, PO155, PO202, PO217, PO779
Vera Salvado	PO822
Vera Sarmento	IMG196, IMG250, PO088, PO615
Vera Seara	IMG017, PO238, PO428, PO693, PO835
Vera Teixeira	CO130
Verónica Guiomar	PO006, PO018, PO237, PO292
Verónica Pereira	PO794
Victor Alves	PO288
Victor Espadinha	CO022, PO328
Vieira Borba	CO091
Vilma Grilo	IMG081
Vilma L. Grilo	PO301
Vilma Laís Grilo	CO001, PO024
Virginia Visconti	IMG203
Vitor Batalha	PO697
Vitor Branco	PO029
Vitor Costa	CO049, IMG207, PO132, PO839, PO871
Vitor Cruz	PO376
Vitor Fagundes	PO327
Vitor Gomes	PO803
Vitor Oliveira	PO054
Vitor P. Dias	PO003, PO749
Vitor Paixão Dias	CO192, IMG158, PO187, PO273, PO536
Vitor Ramalhinho	CO064
Vitor Sousa	CO137
Vítor Branco	PO035
Vítor Braz	PO237, PO267
Vítor Brotas	PO235, PO388
Vítor Carvalho	PO671
Vítor Costa	PO078, PO180, PO186, PO644
Vítor Fagundes	PO425, PO437, PO513
Vítor Paixão Dias	IMG078, PO093, PO153, PO410, PO581
Vítor paixão Dias	PO657
Vítor Paixão Dias	PO716, PO818, PO855
Vítor Tedim Cruz	PO409, PO605
Vitoria Cunha	CO178, IMG081
Vitória Cunha	CO113, CO128, IMG065, IMG205, PO576, PO646
Vitória Matos	PO761
Vitória Pires	PO444
Weinshet Sousa	PO854
Wildemar Costa	PO092, PO229, PO296
Yahia Abuowda	PO101, PO127, PO568
Yair Gamboa	PO144
Yaqueline Freitas	PO552
Yasmin Mamade	CO067, PO312, PO436
Yenny Anzola	IMG103
Yenny Azola	IMG003
Yenny Shirley Anzola	IMG099
Yolanda Mahia	PO607
Yolanda Martins	CO164, CO165
Yulia Shigaeva	IMG066
Zara Soares	PO305
Zélia Neves	PO036, PO413
Zsófia Santos	PO702
Zsófia Vesza	PO031, PO199