Índice

PREMIADOS COM O PRÉMIO DR ANTÓNIO MARCELINO...................................................................................... 9
CASO CLÍNICO.................................................................................................................................................. 10
CASUÍSTICA .................................................................................................................................................. 11
POSTERS ....................................................................................................................................................... 12
POSTERS ....................................................................................................................................................... 13
GRUPO 1 - 26 DE OUTUBRO DE 2012 ÀS 16:00 HORAS................................................................................. 14
DOENÇA DE PAGET DO OSSO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO ..................................................... 15
TERAPÉUTICA COM INFlixIMAB NA DOENÇA DE BEHÇET COMMANIFESTAÇÕES CUTÂNEAS POUCO .... 16
ACANTOSE NIGRICANS: A PROPÓSITO DE UM CASO ................................................................................. 17
ESPOndilite Anquilosante: Relato de caso clínico ....................................................................................... 18
CASO CLÍNICO: Vasculite de Grandes Vasos ............................................................................................. 19
GRUPO 2 - 26 DE OUTUBRO DE 2012 ÀS 16:00 HORAS................................................................................. 20
LinFoma não Hodgkin Difuso de Grandes Células: Apropósito de um caso clínico . . . . . . . . . . . . . . . . . . ..... 21
Leiomiossarcoma Pleomórfico indiferenciado: A propósito de um caso difícil di .......................................... 22
Leucemia linfoblástica aguda – Uma apresentação atípica .......................................................................... 23
LinFoma não Hodgkin – A propósito de um caso ......................................................................................... 24
Derrame Pericárdico: A primeira manifestação de leucemia .................................................................... 25
Intoxicação PeLO Lítio: A propósito de dois casos clínicos ........................................................................ 26
GRUPO 3 - 26 DE OUTUBRO DE 2012 ÀS 16:00 HORAS................................................................................. 27
PorFiria cutânea tarda – A propósito de um caso clínico .............................................................................. 28
Pancitopenia como forma de apresentação de anemia perniciosa ................................................................. 29
Anemia ferropénica – etiologia rara de trombose venosacrerbral ................................................................. 30
Tetraparésia como manifestação de doença hematológica ......................................................................... 31
Diarréia Crónica: Síndrome hipereosinofílica .............................................................................................. 32
GRUPO 4 - 26 DE OUTUBRO DE 2012 ÀS 16:00 HORAS................................................................................. 33
EnFisema subcutâneo extenso ....................................................................................................................... 34
Abcessos pulmonares primários .................................................................................................................. 35
Pneumonia pneumocócica e pancreatite – casualidade ou causalidade? .................................................... 36
uma pneumonia de difícil resolução ............................................................................................................ 37
<table>
<thead>
<tr>
<th>Grupo 5 - 26 de Outubro de 2012 Às 16:00 Horas</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hemorragia Digestiva Alta Associada a Compressão Extrínseca do Antro Gástrico</td>
<td>41</td>
</tr>
<tr>
<td>Amiloidose Primária com Diagnóstico Difer...</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>Pancreatite Aguda por Hiperlipidemia. A Propósito de um Caso Clínico</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>Vasculite Leucocitoblástica Cutânea- Caso Clínico</td>
<td>43</td>
</tr>
<tr>
<td>Trombofilia e uso de Anticoncepcionais Orais como causa do tromboembolismo numa d...</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>Hematoquésias como ponto de partida para o diagnóstico de amiloidose</td>
<td>45</td>
</tr>
<tr>
<td>Pseudomixoma Peritoneal: É ou não é?</td>
<td>46</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Grupo 6 - 26 de Outubro de 2012 Às 16:00 Horas</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>A Propósito de um Caso de Sarcoidose</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>Sarcoïdose Ocular, a Propósito de um Caso Clínico</td>
<td>49</td>
</tr>
<tr>
<td>Adenopatias Generalizadas - a Propósito de um Caso Clínico</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>Hepatite Auto-Imune: A Propósito de um Caso Clínico</td>
<td>51</td>
</tr>
<tr>
<td>Doença Sistêmica por Fármaco – Drug Rash, Eosinofilia &amp; System Symptoms (DRESS)</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td>OVERLAP SYNDROME? CASO CLÍNICO</td>
<td>53</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Grupo 7 - 26 de Outubro de 2012 Às 16:00 Horas</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Linfoma Folicular: Caso Clínico</td>
<td>55</td>
</tr>
<tr>
<td>Uma Lombalgia que Acaba em Paraplegia</td>
<td>56</td>
</tr>
<tr>
<td>Pneumonia Adquirida na Comunidade, por vezes é necessária re-pensar o diagnóstico</td>
<td>57</td>
</tr>
<tr>
<td>Escherichia Coli: Para além da Infecção Urinária</td>
<td>58</td>
</tr>
<tr>
<td>Febre Q – Um Diagnóstico Pouco Frequente, Mas a Ter em Conta</td>
<td>59</td>
</tr>
<tr>
<td>As Complicações de um Duplo J</td>
<td>60</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Grupo 8 - 26 de Outubro de 2012 Às 16:00 Horas</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Crise Miasténica: Iatrogênia ou,...</td>
<td>62</td>
</tr>
<tr>
<td>Por Detrás de um Acidente Vascular Cerebral</td>
<td>63</td>
</tr>
<tr>
<td>Muito Mais do que Uma Dor Lombar</td>
<td>64</td>
</tr>
<tr>
<td>Um Caso de Diplopia</td>
<td>65</td>
</tr>
<tr>
<td>Alveolite Alérgica Extrínseca: Caso Clínico</td>
<td>66</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Grupo 9 - 26 de Outubro de 2012 Às 16:00 Horas</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Anasarca como Forma de Apresentação de um Linfoma Raro e de Alto Risco</td>
<td>68</td>
</tr>
<tr>
<td>Pancreatite Aguda por Hiperlipidemia. A propósito de um caso clínico</td>
<td>69</td>
</tr>
<tr>
<td>Amiloidose Primária com Diagnóstico Diferencial de Anasarca</td>
<td>70</td>
</tr>
<tr>
<td>Hemorragia Digestiva Alta Associada a Compressão Extrínseca do Antro Gástrico</td>
<td>71</td>
</tr>
</tbody>
</table>
GRUPO 13

GRUPO 12

GRUPO 11

GRUPO 10

GRUPO 9

GRUPO 8

GRUPO 7

GRUPO 6

GRUPO 5

GRUPO 4

GRUPO 3

GRUPO 2

GRUPO 1

QUINZE ANOS DEPOIS, UM CARCINOMA FOLICULAR DA TIROIDE COM COMPROMISSO ÓSSEO METAS

PARADIGMA BENIGNIDADE VERSUS MALIGNIDADE NO HIPERPARATIROIDISMO

INSUFICIÊNCIA SUPRA-Renal PRIMÁRIA - RELATO DE UM CASO

PARADIGMA BENIGNIDADE VERSUS MALIGNIDADE NO HIPERPARATIROIDISMO

QUINZE ANOS DEPOIS, UM CARCINOMA FOLICULAR DA TIROIDE COM COMPROMISSO ÓSSEO METAS
CETOACIDOSE DIABÉTICA E PNEUMONIA COMO MODO DE APRESENTAÇÃO DE DIABETES MELLITUS. 106

DISFUNÇÃO NEUROLÓGICA – HIPERPARATIROIDISMO 1º, UM DIAGNÓSTICO A TER EM MENTE. 107

LABILIDADE EMOCIONAL COMO MANIFESTAÇÃO DE HIPPITUITARISMO NOIDOSO. 108

POSLOGIA INDEVIDAMENTE VEICULADA? A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO. 109

HIPOTIROIDISMO E HIPERPARATIROIDISMO PRIMÁRIO: ASSOCIAÇÃO OU COINCIDÊNCIA? 110

PERICARDITE DE CAUSA ENDÓCRINA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO. 111

NA SIDA É DIFERENTE... 112

PNEUMONIAS DE REPETIÇÃO POR CORPO ESTRANHO: UM CASO CLÍNICO. 113

FEBRE ESCARO-NODULAR: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO. 115

MONONUCLEOSE INFECCIOSA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO. 116

SINDROME DE RAMSAY-HUNT: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO. 117

ANEURISMA DO SEIO VALSALVA DIREITO COMO CAUSA DE REGURGITAÇÃO AOÁRTICA E SCA. 118

ABCESSO DO MÚSCULO ILEO-PSOAS SECUNDÁRIO A OSTEOMIEITE. 119

ESPONDILODISCITE INFECCIOSA –EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE LOCAL DESAÚDE. 120

TUBERCULOSE — EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE LOCAL DESAÚDE. 121

PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE – UMA REALIDADE LOCAL. 122

PNEUMONIA A CHLAMYDOPHILA PNEUMONIAE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO. 123

QUILOTÓRAX. 124

PNEUMONITE SECUNDÁRIA A AMIODARONA: 2 CASOS, 2 EVOLUÇÕES DISTINTAS. 125

TUBERCULOSE – CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO DE MEDICINA. 126

TUBERCULOSE TRAQUEAL-A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO. 127

CASO CLÍNICO: TUBERCULOSE A GRANDE DISSIMULADORA. 128

AVC ISQUÉMICO – A NECESSIDADE DE COMPLEMENTAR O ESTUDO. 129

DESFIGAIS DE ASISTOLOGIA: CEFALEIA À MALFORMAÇÃO CHIARI. 130

DESMIELINIZAÇÃO TÓXICA POR MONÓXIDO DE CARBONO: UMA COMPLICAÇÃO TARDIA. 131

UMA POLINEUROPATIA INVULGAR. 132

AVC ISQUÉMICO – POR VEZES TAMBÉM NOS SURPREENDE. 133

MIELITE TRANSVERSA: UMA SURPRESA DIAGNÓSTICA! 134

NEUROSÍFILIS. 135

NEURINOMA DO VIII PAR CRANIANO- NEM SEMPRE UMA LESÃO BENIGNA. 136

GRUPO 17 - 27 DE OUTUBRO DE 2012 ÀS 18:00 HORAS. 137

GRUPO 18 - 27 DE OUTUBRO DE 2012 ÀS 18:00 HORAS. 138

GRUPO 19 - 27 DE OUTUBRO DE 2012 ÀS 18:00 HORAS. 139
MIELOMA MÚLTIPE SEM PICO MONOCIONAL ................................................................. 140
PROLACTINOMA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO ......................................... 141
TUMOR CARCINOIDE ATÍPICO NUM DOENTE JOVEM ........................................... 142
DIFERENTES APRESENTAÇÕES DE NEOPLASIA DO PULMÃO .............................. 143
CARCINOMATOSE LEPTOMENINGEA, UMA CAUSA POSSÍVEL DE ALTERAÇÃO DO
COMPORTEMENTO. .................................................................................................. 144
SIADH – UM DIAGNÓSTICO DE ALERTA ................................................................ 145
UM CASO DE SÍNDROME HEMOLÍTICO-URÉMICA PÓS-PARTO ............................ 146
DERRAME PLEURAL: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO ............................................. 147
UMA COMPLICAÇÃO NUNCA VEM SÓ .................................................................... 148

COMUNICAÇÕES LIVRES....................................................................................... 149

SALA A - 26 DE OUTUBRO DE 2012 ÀS 08:00 HORAS .............................................. 150

DOENÇA ONCOLÓGICA COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE SIDA - UM CASO
CLÍNICO .................................................................................................................. 151
FORMA GRAVE DE MALÁRIA PULMONAR: DO CURSO DA DOENÇA À
TOXICIDADE DA TERAPÊUTICA .................................................................. 152
VASCULITE URTICARIFORME COMO MANIFESTAÇÃO DE LINFOMA
BDIFUSO DE GRANDES CÉLULAS .................................................................. 153
UM CASO DE SÍNDROME DA SELA TURCA VAZIA PRIMÁRIA ......................... 154
ARTERITE TEMPORAL: UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA ....................................... 155
MIelinólise CENTRO-PÔNTICA ........................................................................... 156
A CLÍNICA MANDA, A IMAGEM CONFIRMA ......................................................... 157
UM CASO DE LINFADENITE DE REPETIÇÃO ......................................................... 158

SALA A - 27 DE OUTUBRO DE 2012 ÀS 08:00 HORAS .............................................. 159

ANEURISMAS CORONÁRIOS E COLITE ULCEROAS: UMA ASSOCIAÇÃO RARA .... 160
PÚRPURA PERIÓCULAR COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE AMILOIDOSE
SISTÉMICA PRIMÁRIA ...................................................................................... 161
FEBRE ESCARONODULAR COM ATINGIMENTO Meningoencefalítico ...................... 162
UMA CAUSA RARA DE COMA ............................................................................ 163
BICITOPENIA SEM ANEMIA POR INFECÇÃO A PARVOVÍRUS B19 ......................... 164
NEFRECTOMIA ANTIHIPERTENSORA .................................................................... 165
TROMBO EM MIGRAÇÃO ....................................................................................... 166
SARCOIDOSE: UMA ENTIDADE, TRÊS APRESENTAÇÕES RARAS ......................... 167
EOSINOFILIA E ASCITE NO PÓS-PARTO ............................................................... 168
UM CASO DE HIPOPITUITARISMO: RAZÃO PARA SÍNDROME DEPRESSIVO?...... 169

SALA B - 26 DE OUTUBRO DE 2012 ÀS 08:00 HORAS .............................................. 171

HEPATITE ALCOÓLICA NO INTERNAMENTO DE MEDICINA - CASUÍSTICA 3 ANOS .. 171
NEUTROPENIA NUM SERVIÇO DE MEDICINA: CASUÍSTICA DE 5 ANOS .................. 172
SÍNDROME DE TAKOTSUBO – A REALIDADE DE 3 ANOS DE UM SERVIÇO DE
MEDICINA ............................................................................................................ 173
PREMIADOS COM O PRÉMIO
DR ANTÓNIO MARCELINO
CASO CLÍNICO

1º Prémio
Nome do Trabalho: MIELINÓLISE CENTRO-PÔNTICA
Autores: Vera Pinto Ferreira, Ana Peixoto, Sónia Batista, Isabel Santana
Local de Trabalho: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Serviço de Neurologia

Menção Honrosa
Nome do Trabalho: FORMA GRAVE DE MALÁRIA PULMONAR: DO CURSO DA DOENÇA À TOXICIDADE DA TERAPÊUTICA
Autores: Carla Nobre, Cidália Pinto, António Vieira, Teresinha Ponte, António Cardoso, Fátima Campante
Local de Trabalho: Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE
Serviço de Medicina Interna

Menção Honrosa
Nome do Trabalho: NEFRECTOMIA ANTIHIPERTENSORA
Autores: Lara de Andrade Maia, Ângela Coelho, Pedro Neves, Augusto Duarte
Local de Trabalho: Centro Hospitalar do Médio Ave - Unidade de Famalicão
Serviço de Medicina
CASUÍSTICA

1º Prémio
Autores: Joana Vaz Cunha, Isabel Militão, Vanessa Pires, Liliya Malanka, Hélder Leite, Nélson Barros, Anabela Santos, Ana Paula Dias, Lurdes Gonçalves, Francisco Esteves
Local de Trabalho: Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro
Serviço de Cuidados Intensivos e Cuidados Intermédios

Menção Honrosa
Nome do Trabalho: PROCEDIMENTO DE PROFILAXIA DO TROMBOEMBOLISMO VENOSO NUM DEPARTAMENTO DE MEDICINA
Autores: P. Mota, M. J. Lobão, C. Bello, J. Paxiuta, J. Sequeira
Local de Trabalho: HPP-Hospital de Cascais
Serviço de Medicina I

Menção Honrosa
Nome do Trabalho: AVC...E DEPOIS DA ALTA?
Autores: Almeida AG, Borges AL, Loureiro ML, Gonçalves A, Pereira A
Local de Trabalho: Hospital Distrital da Figueira da Foz
Serviço de Medicina Interna
POSTERS

1º Prémio
Nome do Trabalho: SIADH – UM DIAGNÓSTICO DE ALERTA
Autores: Marta Duarte, Ana Ogando, Carlos Oliveira
Local de Trabalho: Hospital de Santa Maria Maior, Barcelos
Serviço de Medicina Interna

Menção Honrosa
Nome do Trabalho: TUBERCULOSE TRAQUEAL - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
Autores: Rui Terras Alexandre, Romeu Pires, Raul Mora, Prudência Vaz
Local de Trabalho: ULS Nordeste
Serviço de Medicina Interna

Menção Honrosa
Nome do Trabalho: PERSISTÊNCIA DA VEIA CAVA SUPERIOR ESQUERDA – DOIS CASOS CLÍNICOS.
Autores: P Ricardo Pereira, Sara Beça, Gracieta Malangatana, Anabela Ferreira, Adelina Pereira.
Local de Trabalho: Hospital Pedro Hispano - ULS de Matosinhos
Serviço de Medicina Interna

Menção Honrosa
Nome do Trabalho: DOENÇA SISTÉMICA POR FÁRMACO – DRUG RASH, EOSINOPHILIA & SYSTEM SYMPTOMS (DRESS)
Autores: Telma Santos, Rita Silva, Ivo Julião, Mário Pires, Valéria Andrade, António Isidoro
Local de Trabalho: Centro Hospitalar do Baixo Vouga - Hospital Infante D. Pedro
Serviço de Medicina 1
POSTERS
GRUPO 1 - 26 DE OUTUBRO DE 2012 ÀS 16:00 HORAS

MODERADORES:  
Dr Borges Alexandrino
Dr Pedro Neves
DOENÇA DE PAGET DO OSSO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Bruno Pedro, Helena Vieira Dias, Mª Filomena Roque
Hospital de Santarém EPE
Serviço de: Serviço de Medicina 3

INTRODUÇÃO: A doença de Paget é doença osteometabólica focal, caracterizada por uma alta taxa deremodelação óssea; afetando um ou mais locais do esqueleto. Pode ser assintomática, porém, frequentemente associa-se a dor óssea a qual está relacionada com a atividade da doença. É rara antes dos 40 anos e aumentaproxidentalmente com idade.

CASO CLÍNICO: Doente de 76 anos, sexo masculino, seguido em Consulta de Diabetes hospitalar com antecedentes também de hipertensão arterial, dislipidemia, hipertrofia benigna daprostata e dislipidemia. Referia queixas algícas limitativas localizadas às coxo femurais e aos membros inferiores com cinco anos de evolução, medicadas e interpretadas como secundárias a lesões degenerativas. Por agravamento das queixas efectuou, tomografia bacia e cintigrafia ossea que foram sugestivas de doença de Paget. Apresentava também valor elevado de fosfatase alcalina, hidroxiprolina urinária. Iniciou terapêutica combifosfonatos via oral sem grande resposta e posteriormente endovenoso com melhoria sintomática e dos parametros analíticos.

CONCLUSÃO: A doença de Paget é a segunda doença osteometabólica mais comum, precedida pela osteoporose, sendo difícil estimar a sua incidência uma vez que, na grande maioria dos casos é assintomática, o período de queixas antes do diagnóstico oscila entre quatro e nove anos. Este caso evidencia ancessidade de exclusão de outa patologia que não a degenerativa, sobretudo em doentes mais idosos e muitosintomáticos.

POSTER
TERAPÊUTICA COM INFLIXIMAB NA DOENÇA DE BEHÇET COM MANIFESTAÇÕES CUTÂNEAS POUCO

Helena Toda Brito, Mafalda Carneiro, Inês Câmara, Ermelindo Tavares, João Matos Costa, Maria São José Marques

Hospital Distrital de Santarém EPE
Serviço de: Dermatologia; Medicina 3

OBJECTIVOS: Descreve-se o caso clínico de uma doente com doença de Behçet (DB) com manifestações cutâneas pouco comuns: pioderma gangrenoso (PG) e hidradenite supurativa (HS). Relatam-se os resultados positivos com a utilização off-label do infliximab (IFX) na DB, PG e HS.

CASO CLÍNICO: Mulher de 40 anos de idade, referindo dores osteoarticulares dispersas nas pequenas e grandes articulações (mãos, pés, joelhos, ancas, coluna lombar), sobretudo nocturnas, com rigidez matinal e ligeiro edema articular, com quatro anos de evolução. Referia história de doença de Crohn (DC) diagnosticada aos 18 anos na sequência de hemorragia intestinal e obstipação, pleuropericardite há 10 anos, esclerites frequentes, PG recorrente há 9 anos, hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2. No 6º mês de seguimento na consulta de doenças auto-imunes iniciou aftose bipolar e HS, quelevaram a considerar o diagnóstico de DB. Decidiu-se iniciar terapia com IFX na dose de 5 mg/kg (inicialmente 300mg/infusão), em esquema 0-2-6 e depois de 8-8 semanas. Assistiu-se a melhoria franca das aftas orais e genitais eda HS, mantendo-se sem lesões de PG. No 6º pulso de IFX, às 24 semanas, verificou-se ligeira recaída, comaparecimento de aftose da língua, foliculites do tronco e novas lesões de HS nas coxas, pelo que se antecipou ociclo seguinte para as 4 semanas, sem nova recaída. Atendendo ao aumento de peso da doente (16 kg desde oínicio do tratamento) decidiu-se aumentar a dose de IFX para 350 mg e reduzir o intervalo entre as administrações para 6-6 semanas.

CONCLUSÕES: A DB, PG e HS são doenças inflamatórias crónicas raras com semelhanças clínicas e histológicas. A eficácia terapêutica do IFX nestas dermatoses pode reflectir um papel comum do TNF-α na sua patogénese. A coexistência de PG e HS no mesmo doente é rara, estando a sua associação à DB descrita apenas uma vez na literatura internacional. Salienta-se a importância do ajuste da dose de IFX ao aumento de peso, frequente nestes doentes.
ACANTOSE NIGRICANS: A PROPÓSITO DE UM CASO

Bruno Pedro, Helena Vieira Dias, Maria Filomena Roque

Hospital de Santarém EPE
Serviço de: Medicina 3

INTRODUÇÃO: A Acantose nigricans (AN) caracteriza-se, clinicamente, pelo espessamento cutâneo aveludado, simétrico, com hiperpigmentação das áreas intertriginosas e, histologicamente por hiperqueratose e papilomatose elígeira. Etiologicamente a NA pode ser classificada em benigna e maligna.

CASO CLÍNICO: Doente sexo feminino de 76 anos, residente em Lar com antecedentes de D. Alzheimer trazida ao SU por vômitos escuros tipo “borra de café. Apresentava múltiplas lesões verrucasas violáceas dispersas pelas pregas, peribucais e ouvidos com cerca de um ano de evolução e diagnósticas como acantose nigricans; ENG: saída de sangue digerido. Da investigação clínica efectuada verificou-se CEA-22,0 EDA: úlcera gástrica Ex histológico: adenocarcinoma gástrico; apresentada consulta de decisão terapêutica foi decidido best suportive care uma vez que não tinha condições operatórias ou para QT.

CONCLUSÃO: A AN maligna é uma dermatose paraneoplásica bem conhecida, descrita pela primeira vez em 1890. Apresenta-se com envolvimento mucocutâneo extenso e rapidamente progressivo associado à neoplasia sistemática. Surge geralmente antes do diagnóstico do tumor podendo preceder em anos. Em 90% dos casos associa-se a adenocarcinomas abdominais, 60% dos quais localizam-se a nível gástrico. Assim perante uma apresentação de NA e na ausência de relação com endocrinopatias, a investigação diagnóstica para causa oncologica deve ser iniciada.
ESPONDILITE ANQUILOSANTE: RELATO DE CASO CLÍNICO

Marta Amaral Silva, Luísa Loureiro, Gabriela Almeida, Teresa Alfaiate, Isabel Bessa, Amélia Pereira

Hospital Distrital da Figueira da Foz
Serviço de: Medicina

Objectivo: discussão de caso clínico de espondilite anquilosante diagnosticada em estádio avançado.

Método: revisão de processo clínico.


Conclusão: A espondilite anquilosante é uma doença inflamatória que afecta primariamente o esqueleto axial. Apesar de se tratar de uma doente de 65 anos, com HLA-B27 negativo, a dor de características inflamatórias, a rigidez e limitação da mobilidade articular, associadas a achados analíticos e radiológicos típicos, incluindo a presença de sindesmófitos, permitiram estabelecer o diagnóstico. As escalas disponíveis permitem avaliar o grau de actividade da doença e ponderar a melhor opção terapêutica.
CASO CLÍNICO: VASCULITE DE GRANDES VASOS

Sofia Moura, Elisabete Pinelo, Prudência Vaz

ULS do Nordeste, Unidade Hospitalar de Bragança
Serviço de: Serviço de Medicina Interna

Objectivos: Descrição e caracterização de caso clínico.

Métodos e Resultados: Doente sexo feminino 69 anos, autónoma, sem antecedentes patológicos relevantes. Recorre à urgência com história de cefaleias temporais persistentes; uma anamnese mais cuidada identifica ainda: febre, astenia, anorexia e claudicação da mandíbula. Sem queixas visuais. Ao exame objectivo: consciente, orientada e colaborante, hemodinamicamente estável, apirética, eupneica, sem adenomegalias periféricas palpáveis; artéria temporal esquerda dilatada, auscultação cardipulmonar sem alterações de relevo; com pulsos periféricos presentes e simétricos, sem artrite ou vasculite.

Dos exames complementares realizados a salientar: analíticamente com anemia normocítica normocrómica, VS e PCR elevadas; marcadores víricos, marcadores tumorais, electroforese proteínas, imunoglobulinas, complemento e estudo imunológico sem alterações. Equacionada como hipótese de diagnóstico arterite temporal tendo realizado biopsia da artéria temporal esquerda que confirmou suspeita. Deste modo iniciou tratamento com prednisolona 1mg/kg/dia e ácido acetilsalicílico. Prosseguiu estudo com TAC toracoabdominal que revelou discreta densificação da parede aórtica de uma forma circunferencial que poderia traduzir processo vasculítico de grandes vasos. Realizou tomografia de emissão de positrões (PET) para confirmar e estadiar doença, que documentou captação na aorta torácica e abdominal assim como em grandes vasos do pescoço, sugestivo de patologia inflamatória em atividade, ausência de aneurismas, estenoses ou dissecção. Iniciou metotrexato como poupador de corticóide combo resposta clínica e analítica; atualmente sem cefaleias, sem claudicação da mandíbula; com diminuição dos parâmetros inflamatórios.

Conclusão: O caso atrás descrito documenta uma arterite de células gigantes com envolvimento de grandes vasos, de realçar a importância dos exames auxiliares de diagnóstico nomeadamente a PET na avaliação e estratificação da doença, já que as consequências que podem advir podem ser graves.
GRUPO 2 - 26 DE OUTUBRO DE 2012 ÀS 16:00 HORAS

MODERADORES:    Dra Luisa Lopes

Dr Rui Couto
LINFOMA NÃO HODGKIN DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS: APROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.

Rui Dias Costa*, Luís Patrão*, José Roberto Silva**, Marina Bastos***

* Interno de Medicina Interna no Serviço de Medicina 2 do Centro Hospitalar Tondela-Viseu; ** Assistente de Medicina Interna no Serviço de Medicina 2 do Centro Hospitalar Tondela-Viseu; *** Directora de Serviço do Serviço de Medicina

Hospital São Teotónio - Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Serviço de: Medicina 2.

Introdução: Em Portugal, todos os anos cerca de 1700 pessoas são informadas que têm linfoma não Hodgkin (LNH). O LNH é a neoplasia mais prevalente do sistema hematopoietico, representando cerca de 85% dos linfomas malignos. Os autores apresentam um caso clínico tradutor desta entidade, pretendendo alertar os clínicos para a importância do diagnóstico precoce no prognóstico destes doentes.

Caso clínico: Mulher de 67 anos com antecedentes de dislipidemia e síndrome depressivo. Medicada com estatina e benzodiazepina. Recorre ao nosso serviço de urgência por ter identificado uma adenopatia supraclavicular esquerda e uma outra, na cadeia cervical posterior esquerda. Apresentava ainda queixas de febrícula, adinamia, sudorese nocturna com mais de um mês de evolução e perda ponderal superior a 11kg nos últimos 3 meses. Ao exame objectivo destaca-se a presença de adenopatia supraclavicular esquerda com cerca 1 cm, móvel, com consistência elástica, e duas adenopatias pericentimétricas na cadeia cervical posterior esquerda.


Estabelecido o diagnóstico foi orientada para a hematologia tendo iniciado estadiamento complementar e terapêutica em conformidade em Hospital de dia.

Conclusão: O linfoma de alto grau não Hodgkin difuso de grandes células B representa cerca de 50% de todos os casos de LNH. São altamente agressivos e com prognóstico reservado, apesar da boa resposta à quimioterapia. Os autores com a apresentação deste caso pretendem alertar os clínicos para a importância do diagnóstico precoce destas entidades no prognóstico destes casos.
LEIOMIOSSARCOMA PLEOMÓRFICO INDIFERENCIADO: A PROPÓSITO DE UMCASO DE DIFÍCIL DI

Ana Filipa Rodrigues, Joana Sequeira, Anton Vasin, Francisco SanMartin, Teresa Martinho, Cristina Teotónio, Rosa Amorim

CHON - Hospital Caldas da Rainha

Serviço de: Medicina Interna

Introdução: Pela sua heterogeneidade os sarcomas representam um grupo de neoplasias com diferentes formas de apresentação, cuja sintomatologia inespecífica, tornam o seu diagnóstico diferencial com outras etiologias empante difícil e tardio.


Conclusão: O Leiomiossarcoma Pleomórfico Indiferenciado, anteriormente designado de Histiocitoma Fibroso Maligno, partilha com várias outras neoplasias, um padrão de celularidade indiferenciada. A heterogeneidade que caracteriza esta entidade torna difícil tanto o seu diagnóstico definitivo como a sua abordagem terapêutica.
LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA – UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA

Ana Margarida Balsa (1), Raquel Ferreira (2), Jorge Henriques (3), Beatriz Pinheiro (4), Maria José Moreira (5), Lúcia Borges (6)
1-Interna do 1º ano de Endocrinologia, estágio de Medicina Interna 2-Interna de 1º ano de Cardiologia, estágio de Medicina Interna 3-Interno de 1º ano de Medina

Hospital Infante D. Pedro, Aveiro
Serviço de: Serviço de Medicina Interna 1

A leucemia linfoblástica aguda e o linfoma de células B precursoras são responsáveis por cerca de 2% das neoplasias linfoides, englobando mais de 85% das leucemias das crianças (prevalência de 0,003% na infância, sendo no adulto 3 vezes inferior). Manifesta-se tipicamente com sintomas decorrentes da anemia e/ou trombocitopenia e associa-se frequentemente a sintomas tipo B. Os autores descrevem o caso clínico de um homem de 49 anos, raça negra, natural de S. Tomé e Príncipe e sem antecedentes de relevo, que recorreu ao serviço de Urgência do Hospital Infante D. Pedro por epigastralgia intensa e contínua, refratária à analgesia, comum dia de evolução e temperatura de 38ºC. Sem outras alterações ao exame objectivo. O estudo complementar revelava pancitopenia, LDH de 1042 U/L e D-dímeros de 3476 ng/mL. A radiografia torácica não apresentava alterações de relevo, as hemoculturas e a urocultura foram negativas. O estudo virológico era negativo. Na ecografia abdominal salientava-se um baço no limite superior da normalidade (120,6 mm de eixo longitudinal), de contornos regulares e estrutura homogénea. O esfregaço sanguíneo revelava presença de células compatíveis com linfoblastos. Na biópsia de medula óssea a presença de blastos era superior a 25%. A citometria de fluxo permitiu confirmar o diagnóstico de leucemia linfoblástica de células B, negativa para o cromossoma Philadelphia, sem envolvimento central na punção lombar. Iniciou tratamento quimioterápico, tendo-se verificado regressão clínica e melhoria analítica. Para além da clínica descrita, esta entidade é frequentemente diagnosticada pela presença de leucocitose, anemia e trombocitopenia (por proliferação medular de linfoblastos), elevação de VS, LDH e ácido úrico. Neste doente, a clínica atípica e a ausência de leucocitose (apesar da inversão da relação neutrófilos/linfócitos) não foram ab initio orientadores do diagnóstico, o que nos deve alertar para outras formas de apresentação deste tipo de leucemia.
LINFOMA NÃO HODGKIN – A PROPÓSITO DE UM CASO

A. Louro, P. Paiva, A. Mendonça, N. Calado, J. Leite, L. Veverita, R. Bagina, I. Lavadinho, P. Costa e A. Costa

Hospital Doutor José Maria Grande – Portalegre (ULSNA - EPE)

Serviço de: Serviço de Medicina Interna

Os autores apresentam o caso clínico de um doente do sexo masculino, com 69 anos de idade, sem antecedentes de relevância, referenciado à consulta pelo Médico Assistente por quadro de tosse seca, astenia, anorexia com 4 meses de evolução. Concomitantemente referia o surgimento de adenopatias cervicais no último mês. Ao exame objectivo, realçavam-se adenopatias de consistência duro-elásticas, dolorosas à palpação e uma auscultação pulmonar com murmúrio vesicular diminuído no terço inferior do hemitérax esquerdo. Laboratorialmente apresentava uma anemia normocítica normocrômica, leucocitose com 84% de blastos e LDH elevada. O RX detórax foi sugestivo de derrame pleural esquerdo, confirmado através de TC torácica, para além de adenopatias mediastínicas e massa não especificada no brônquio lobar inferior esquerdo (BLIE). Neste sentido foi pedido broncofibroscopia que mostrou infiltração exuberante da mucosa da árvore brônquica com oclusão completa ao nível do BLIE. O exame anatomo-patológico da referente lesão revelou-se compatível com Linfoma difuso de células grandes B. As neoplasias das células linfóides são entidades com uma variabilidade muito ampla no que toca à morfologia, imunologia e clínica, desde apresentações indolentes até formas muito agressivas. Apresentamos este caso clínico como uma reflexão ao diagnóstico desta entidade, mascarada neste caso com uma provável neoplasia pulmonar, com grande variabilidade quanto ao tratamento e prognóstico.
DERRAME PERICÁRDICO: A PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE LEUCEMIA

Cátia Leitão, Daniela Franco, Elena Pirtac, Daniela Alves, Cecília Moreno, João Freixo

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco
Serviço de: Medicina Interna

Introdução: As etiologias do derrame pericárdico são várias, sendo as mais comuns a infecciosa (27%) e a neoplásica (20%). As neoplasias que habitualmente causam derrame pericárdico são a do pulmão, da mama, a leucemia e o linfoma. A leucemia agressiva de células NK/T é uma entidade rara, quase sempre associada ao vírus Epstein-Barr. É mais comum na terceira década de vida e evoluiu de forma rapidamente progressiva.


Discussão: Os autores pretendem alertar que a maior parte dos derrames pericárdicos não são de origem cardíaca. Salientando a importância de se considerar em casos como este a hipótese de neoplasia hematológica. Pretende-se também destacar a agressividade da doença e a dificuldade diagnóstica.

POSTER
INTOXICAÇÃO PELO LÍTIO: A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS.

Rui Dias Costa*, Luís Patrão*, José Roberto Silva**, Marina Bastos***

* Interno de Medicina Interna no Serviço de Medicina 2 do CentroHospitalar Tondela-Viseu; ** Assistente de Medicina Interna no Serviço de Medicina 2 do Centro Hospitalar Tondela-Viseu; *** Diretora de Serviço de Medicina

Hospital São Teotónio - Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Serviço de: Medicina 2.

O Lítio é frequentemente utilizado no tratamento da depressão e das perturbações afectivas bipolares. A intoxicação por lítio ocorre habitualmente por uma ingesta voluntária ou por sobredosagem acidental durante o tratamento crónico, mas pode ser precipitada por uma infecção, insuficiência renal, diarreia, desidratação excessiva ou por outros fármacos. Náuseas e vômitos, diarreia, fraqueza e fadiga, tremores, letargia e confusão são os sintomas mais comuns. Complicações neurológicas e cognitivas graves, hematológicas, renais e cardiovasculares podem surgir em casos de intoxicação aguda e grave. A gravidade da intoxicação depende directamente das concentrações plasmáticas de lítio bem como do tempo de evolução das alterações da mesma.

1º caso: Mulher de 61 anos, com doença afectiva bipolar, hipertensão arterial e hipotiroidismo, medicada com Enalapril 20, Quetiapina 400; Lítio (800 mg/dia) e levotiroxina 0,1. Trazida ao Serviço urgência (SU) por vômitos, hipotensão, letargia, disartria e tremor fino das extremidades. Estudo complementar: leucocitose com neutrofilia; ureia 101 mg/dl, creatinina 4,6 mg/dl, Combur T (nitritos e leucócitos +). A ecografia renal e a tomografia craneoencefálica (TCCE) não revelaram alterações agudas. Função tiroideia e ionograma normal. Perante a insuficiência renal aguda e a infecção do trato urinário, suspeitou-se de uma eventual intoxicação pelo lítio, que se confirmou (litémia 5.3 mEq/L). A paciente iniciou tratamento hemodialítico e de suporte, sendo a sua evolução clínica favorável.

2º caso: Homem de 55 anos, sem antecedentes patológicos relevantes, casado com doente afectiva bipolar. Trazido ao SU por suspeita de AVC, com alteração do estado de consciência e disartria. Realiza TC CE que não revela alterações. Familiares levantam a hipótese de intoxicação com medicamento da esposa, o lítio! Confirmando a intoxicação voluntária (litémia 5.9 mEq/L), iniciou tratamento hemodialítico e de suporte, sendo a sua evolução clínica favorável. Os autores pretendem sensibilizar os clínicos para a necessidade de considerar precocemente este diagnóstico e alertar também para a importância da monitorização regular dos níveis séricos de lítio, da função renal e do equilíbrio electrolítico dos doentes em tratamento, evitando assim consequências indesejáveis.

POSTER
GRUPO 3 - 26 DE OUTUBRO DE 2012 ÀS 16:00 HORAS

MODERADORES:

Dr Alberto Pinguinhas
Dra Margarida Ascensão
PORFIRIA CUTÂNEA TARDA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Barroso A, Ervalho R, Abreu J, Costa M, Oliveira C

Santa Maria Maior, Barcelos

Serviço de: Medicina Interna

A Porfiria Cutânea Tarda (PCT) é uma doença caracterizada pela presença de lesões cutâneas de fotossensibilidade e geralmente hepatopatia. É causada pela insuficiência (hereditária ou adquirida) da descarboxilase do uroporfirinogénio, a 5ª enzima envolvida no processo de síntese do heme. Apresenta uma prevalência de cerca de 1:25.000 habitantes, geralmente após os 30 anos de idade, sendo a maioria dos casos de natureza esporádica.

Os autores apresentam o caso de uma doente, sexo feminino, 43 anos, sem antecedentes de relevo e sem medicação habitual, com consumo regular de álcool. Referenciada para a Consulta de Medicina (Hepatologia) por disfunção hepática. A doente referia o aparecimento de lesões vesiculares no dorso das mãos de caráter intermitente com cerca de 6 meses de evolução. Ao exame objectivo apresentava bom estado geral, pele da face ligeiramente hiperpigmentada com hirsutismo na região do ramo da mandíbula e no dorso das mãos até aos punhos apresentava lesões eritematosas com vesículas que sofriam ruptura espontânea, evoluindo com crostas e hemática ou cicatrizes hipopigmentadas. Do estudo analítico destacava-se o aumento da AST (98.8U/L), ALT (215U/L), GGT (71.8U/L), VS (23mm) e Triglicerídeos (151.2 mg/dl) com Ferro normal e Ferritina aumentada (455ng/ml); serologias para VIH, VHB e VHC negativas. A ecografia abdominal mostrou 2 hemangiomas no lobodireito do fígado e 1 no lobo esquerdo. Do estudo realizado salienta-se o aumento acentuado da uroporfirina (3334.5nmol/24h) e da heptacarboxiporfirina (2358.9nmol/24h) mas mais modesto das restantes hexacarboxiporfirina, pentacarboxiporfirina e coproporfirinas I e II. Após suspensão do consumo de álcool e início de flebotomias programadas a doente apresentou regressão completa das lesões e diminuição das áreas de hiperpigmentação. A doente mantém seguimento na consulta de Medicina dado o risco a longo prazo que estadonça apresenta de evolução para cirrose e carcinoma hepatocelular.
PANCITOPENIA COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE ANEMIA PERNICIOSA

Filipe Cunha, Marta Amorim, Patrícia Tavares, Inês Videira, AnaCosta, Patrícia Lourenço, Paulo Bettencourt

Centro Hospitalar de São João

Serviço de: Medicina Interna

Introdução: A deficiência de vitamina (Vit) B12 resulta geralmente de mal-absorção gastrointestinal. A anemia perniciosa (AP), com ou sem gastrite crónica atrófica, é uma causa comum e muitas vezes não diagnosticada desta deficiência.


Diagnósticos à alta: AP e gastrite atrófica; medicação: cianocobalamina IM, ácido fólico e omeprazol.


POSTER
ANEMIA FERROPÉNICA – ETIOLOGIA RARA DE TROMBOSE VENOSACEREBRAL

Monteiro F, Ferreira E, Dias M, Bettencourt P

Centro Hospitalar São João - EPE
Serviço de: Medicina Interna

A Trombose Venosa Cerebral (TVC) é uma entidade menos comum e cujo diagnóstico é mais desafiante que a maioria dos outros Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC). A clínica é variável, e a etiologia/precipitante não são identificados em cerca de 13% dos casos. Embora bem estabelecida a associação da TVC com a anemia ferropénica na população pediátrica até à data poucos casos foram descritos em adultos. Os autores apresentam caso de uma mulher, de 56 anos, com antecedentes de esquizofrenia, que foi trazida ao Serviço de Urgência porprostração, disartria e hemiparésia direita desconhecendo-se o tempo de evolução. Analiticamente constatada anemia microcítica (6g/dL) e discreta elevação de marcadores inflamatórios. A punção lombar excluiu infecção doSNC e o sedimento urinário apresentava-se activo tendo iniciado antibioterapia por ITU. A TAC cerebraldocumentou lesão hipodensa tálamocapsular esquerda com edema estendendo-se à cápsula interna ipsilateral.
Foi admitida no serviço de Medicina Interna com o presumível diagnóstico de AVC isquémico. Considerando a ausência da factores de risco vascular além de status pós-menopausa e ausência de lesões com significado hemodinâmico no estudo Doppler vertebrobasilar e transcraniano foram revistas imagens da TAC da admissão ecolocada a suspeita de edema na dependência de obstrução à drenagem venosa. Foi realizada Veno-TAC que revelou sinais de extensa trombose envolvendo o seio longitudinal superior, os seios transversos, seio sigmoide e veia jugular direita, seio recto e veias cerebrais internas, com diminuição da área de edema previamente descrita.
Face à estabilidade do hematócrito e ausência de foco hemorrágico (em estudo endoscópico do tubo digestivo e avaliação ginecológica) foi instituída hipocoagulação e observou-se favorável evolução neurológica. A suspeita-clínica de TVC em contraposição a outros tipos de AVC é essencial uma vez que a metodologia de imagem é diferente, bem como o seu tratamento e prognóstico. Após exclusão de outras causas de TVC os autores consideraram estar perante um caso de TVC por anemia ferropénica.

POSTER
Os autores apresentam o caso clínico de um homem de 61 anos de idade, com antecedentes pessoais de neoplasia da próstata, fibrilação auricular, que recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia e cansaço fácil para pequenos esforços. Evidenciava-se no exame objetivo eupneia em repouso, diminuição do murmúrio vesicular no hemitórax esquerdo, tetraparesia simétrica e à esquerda com hipostesia do território de C7 e C8. Dos exames complementares efectuados, destaca-se discreta anemia normocítica, normocrómica e aumento ligeiro da velocidade de sedimentação. A telerradiografia do tórax revelou derrame pleural esquerdo extenso e líquidopleural compatível com exsudado, com predominio de linfócitos, negativo para células neoplásicas e examencultural estéril. Tomografia computarizada revelou lesão ovalar mediastínica antero-superior de provável ponto partida tímico com extensão pleuro-pericárdica e depósitos ósseos secundários com compressão e alterações estruturais entre C3 e C7. A biopsia da lesão mediastínica foi compatível com Linfoma não Hodgkin B, de baixograu do tipo folicular.
Efectuou terapêutica com quimioterapia com rituximab, cisplatino, vincristina e prednisolona, radioterapia paliativa da coluna cervical com boa resposta. Mantem-se em remissão durante 2 anos no follow-up.
A síndrome hipereosinofílica é um distúrbio caracterizado por uma contagem periférica persistente de eosinófilos igual ou superior a 1500 eosinófilos/mm³ associada ou não a infiltração de órgão. O diagnóstico requer a exclusão de causas secundárias de eosinofilia. Encontram-se definidas algumas variantes, incluindo a mieloproliferativa e acclonal. Descreve-se o caso clínico de uma mulher de 35 anos, sem antecedentes patológicos ou históriamedicamentosa de relevo prévios, que foi admitida em internamento para estudo de distensão abdominal associada a diarreia com 3 semanas de evolução e hipereosinofilia (7.02 x 10⁹/L). A doente referia também dispneia e pieira nocturnas de instalação recente. Foram excluídas causas alérgicas e infecções, incluindo parasitárias, de hipereosinofilia. A tomografia realizada revelou espessamento parietal e moderado edema do cólon ascendente, assim como múltiplas ansas de intestino delgado espessadas. Documentou-se infiltração de órgãos por eosinófilos: o estudo endoscópico revelou infiltração da mucosa gastrointestinal por eosinófilos em várias localizações; as provas funcionais respiratórias objectivaram um distúrbio ventilatório misto e o lavadobroncoalveolar demonstrou eosinofilia ligeira; a nível ecocardiográfico, identificou-se hipoacinesia apical, traduzindo hipotética disfunção cardíaca. Tendo em conta o atingimento múltiplo, foi realizado mielograma que acabou por evidenciar uma medula óssea com eosinofilia acentuada (51.5% da celularidade total). Após exclusão da mutação PDGFRA, foi iniciada prednisolona (1 mg/kg/dia) em desmame progressivo, com normalização rápida contagem periférica de eosinófilos e boa resposta clínica progressiva.
MODERADORES: Dr Henrique Pinto

Dra Ana Teixeira
ENFISEMA SUBCUTÂNEO EXTENSO

P Ricardo Pereira, Hugo Oliveira, Sandra Morais, Alexandre Vasconcelos, Eduardo Eiras.

Hospital Pedro Hispano - ULS de Matosinhos
Serviço de: Medicina Interna

Introdução: O enfisema subcutâneo é uma complicação relativamente comum na sequência de técnicas invasivas, procedimentos cirúrgicos e algumas patologias médicas.

Objectivo/Métodos: Descrição de caso clínico.

Resultados: Um doente de 67 anos foi transferido para o nosso hospital após ter sido submetido a uma cirurgia de redução devolume pulmonar. O doente apresentava uma doença pulmonar obstrutiva crónica grave do tipo enfisematoso com história de episódios prévios de pneumotoraces espontâneos secundários. A sua doença pulmonar era secundária ao tabagismo. Dois dias após a cirurgia, sem outro factor precipitante identificado, o doente desenvolveu dispneia súbita, disfonia e o seu tórax, abdómen, pescoço e face começaram a dilatar rapidamente. No exame físico, além da assimetria do murmúrio vesicular com franca diminuição no campo pulmonar esquerdo, constatava-se exuberante enfisema subcutâneo nas localizações anatômicas previamente referidas. O tegumento do doente era facilmente deprimido provocando a típica sensação de crepitação. A tomografia computorizada realizada demonstrava pneumotórax à esquerda (pulmão intervencionado, pneumomediastino e uma grande quantidade de ar debaixo da pele, entre os músculos da parede torácica e insinuando-se entre os músculos do pescoço. Este último facto, poderá explicar a disfonia pela compressão extrínseca da laringe e também pelo estiramento do nervo laringeo recorrente. Um dreno torácico foi imediatamente colocado, constatando-se um fluxo de ar muito intenso pelo tubo sugestivo de fístula broncopleural. O doente foi transferido para o centro de cirurgiacardio-torácica onde foi re-intervencionado e a fístula encerrada.

Conclusão: O enfisema subcutâneo que raras vezes não adquire estas proporções, deve ser reconhecido pois trata-se de um sinal indirecto e muito sensível de pneumotórax.
ABCESSOS PULMONARES PRIMÁRIOS

Filipe Vilão, Ana R. Afonso, Patrícia Dias, Elsa Gaspar, Lélita Santos, Nascimento Costa

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA
Serviço de: MEDICINA INTERNA

INTRODUÇÃO: Os abcessos primários pulmonares têm origem infecciosa e estão associados a elevada mortalidade, sobretudo quando o diagnóstico ou o tratamento falham. Em doentes imunocompetentes são causados por aspiração ou pneumonia e os agentes causadores são habitualmente anaeróbios tais como espécies de Peptostreptococcus, Bacteroides, Fusobacterium e Estreptococos microaerofílicos.

RELATO DO CASO: Os autores apresentam o caso de uma doente de 51 anos com antecedentes de distúrbio bipolar polimedicado e hipotiroidismo auto-imune sem tratamento prévio, internada num serviço de Medicina Interna por múltiplos abcessos pulmonares, o maior de 91 X 35mm.

CONCLUSÃO: Apresenta-se o caso clínico pela apresentação grave da patologia, a exuberância das alterações radiológicas e a boa evolução clínica após tratamento médico, abordando as suas particularidades terapêuticas.

POSTER
PNEUMONIA PNEUMOCÓCICA E PANCREATITE – CASUALIDADE OU CAUSALIDADE?

Catarina Pereira, Cristiana Marques, Filipa Silva, Mariana Brandão, Susana Ferreira

Centro Hospitalar S. João
Serviço de: Medicina

O consumo excessivo de álcool é um reconhecido fator de risco de pneumonia pneumocócica e aumenta o risco debacteriemia. Apesar de raro, o envolvimento do S. pneumoniae na doença pancreática já foi descrito e está sempre associado ao alcoolismo. Apresenta-se um caso de um doente com Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) aquem é feito o diagnóstico de pancreatite aguda, tentando perceber se existe um mecanismo comum subjacente. Trata-se de um homem de 52 anos com história de tabagismo e ingestão excessiva de álcool, internado em enfermaria de Medicina por PAC com isolamento de S. pneumoniae em hemoculturas. Na admissão queixa-se deepigastralgia com irradiação dorsal e vômitos. Analiticamente: lipase 400 U/L, amilase 82 U/L, hipertrigliceridemia 1013 mg/dL e hipocalcemia. Transferido para Unidade de Cuidados Intensivos por PAC / pancreatite aguda com disfunção multiorgânica – insuficiência respiratória com necessidade de ventilação não invasiva e insuficiência renal aguda não oligúrica. Analisando a base de dados informática do Hospital São João constata-se que, no último ano, dos sessenta e sete internamentos em que foi diagnosticada pneumonia pneumocócica, onze doentes apresentam história de alcoolismo. Destes apenas num dos casos há registo de bacteriemia embora cinco deles também apresentem disfunção multiorgânica. Contudo, em mais nenhum dos casos existe referência a qualquer intercorrência abdominal. A coincidência destes dois diagnósticos pode dever-se a um aumento do risco das duas patologias ou a um único processo patológico – pneumonia com disseminação hematogénea e pancreatite num doente já com fatores predisponentes (alcoolismo, hipertrigliceridemia).
INTRODUÇÃO: Uma pneumonia que não resolve apesar da terapêutica instituída é um problema clínico comum, podendo estar relacionado com a etiologia da pneumonia, com o hospedeiro, ou com o desenvolvimento de complicações.


CONCLUSÃO: Perante uma pneumonia refratária ao tratamento devem-se considerar outros agentes etiológicos, como as micobactérias e os fungos, e a possibilidade de infecção VIH. Esta está presente em 5% dos doentes com pneumonia adquirida na comunidade, e torna necessário investigar a presença de infecções oportunistas, que muitas vezes mimetizam pneumonias bacterianas e atrasam o correcto diagnóstico e tratamento.
MIXEDEMA – CASO CLÍNICO

Filipe Vilão, Ana R. Afonso, Patrícia Dias, Elsa Gaspar, Lélita Santos, Nascimento Costa

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA
Serviço de: MEDICINA INTERNA

INTRODUÇÃO: O hipotiroidismo, embora seja uma entidade clínica endocrinológica bem conhecida e frequente, pode causar complicações graves. Como é uma patologia tratável e cujas complicações são habitualmente reversíveis, a suspeição clínica desempenha um papel preponderante no prognóstico.

RELATO DO CASO: Apresenta-se o caso de uma doente de 45 anos admitida por mixedema secundário a hipotiroidismo auto-imunocom derrame pericárdico exuberante, à qual foi instituída terapêutica com Levotiroxina com melhoria progressivado quadro clínico e conversão analítica a eutiroidismo.

CONCLUSÃO: Os autores apresentam este caso pelarelevância do exame objectivo na prática clínica, apresentando imagens fotográficas e radiológicas da doente na admissão e no pós-tratamento. As imagens são elucidativas dos sinais que nos levam a colocar esta hipótesediagnóstica, bem como da recuperação favorável após tratamento dirigido.
NINGUÉM ESTÁ LIVRE DUMA TUBERCULOSE PULMONAR

Rita Magalhães; Catarina Lacerda; Ilídio Brandão

Hospital de Braga

Serviço de: Medicina Interna

A Organização Mundial de Saúde estima que um terço da população mundial esteja infetada com Tuberculose. Na Europa, a doença é responsável por cerca de 49 novos casos e 7 mortes por hora, pelo que continua a ser uma importante ameaça para a saúde pública. Os autores apresentam o caso de uma jovem de 20 anos, estudante universitária, com antecedentes de asma e necessidade esporádica de broncodilatadores. Recorreu ao médico de família por quadro de tosse produtiva com esputo amarelado, com 1 mês de evolução, e emagrecimento de 3 kg em 2 meses. Negava febre. Realizou radiografia de tórax (Rx) que foi normal, tendo sido medicada com doxiciclina.

Três dias após, por apresentar febre e episódios de hemoptises, recorreu ao serviço de urgência (SU). Realizou novo Rx, que mostrou imagem sugestiva de caverna no lobo superior esquerdo, confirmada pela tomografia computadorizada de tórax, onde se identificou também um padrão micronodular bilateral. A baciloscopia efetuada no SU foi positiva para bacilos álcool-ácido resistentes, tendo a doente sido internada no serviço de Medicina Interna sob terapêutica quádrupla. Hemoculturas colhidas à admissão, pesquisa de anticorpo anti-nuclear eserologias víricas para HIV, hepatite B e hepatite C negativas. Na expectoração foi isolado Mycobacterium tuberculosis complex, sensível a todos os antibacilares. Ao 6º dia de tratamento a doente já não apresentava febre ou hemoptises, tendo tido alta após 1 mês de internamento. A doente em questão tem um bom nível socioeconómico, desconhece qualquer contacto próximo com história da doença, não tem nenhum fator imunossupressor identificado até à data, nem realizou viagens para zonas com elevada prevalência de tuberculose.

Os autores pretendem com este caso clínico chamar à atenção para reemergência da tuberculose e para a imperativa necessidade de manter uma prevenção eficaz e um diagnóstico atempado, mesmo em indivíduos que não entram nos grupos considerados de risco. Discutem ainda a fiabilidade da radiologia simples e questionam-se sobre novos fatores de risco.
GRUPO 5 - 26 DE OUTUBRO DE 2012 ÀS 16:00 HORAS

MODERADORES:  DraConceição Barata
                 DraVera Escoto
PARAGANGLIOMA - CAUSA DE HIPERTENSÃO E DIABETES MELLITUS DE DIFÍCIL CONTROLO

Andrade A*, Cardoso A**, Sousa E***
* Médico Internato FormaçãoEspecificagastrenterologia CHSJ ** Médico Internato FormaçãoEspecificapneumologia CHSJ *** Assistente Hospitalar medicina interna CHSJ

Centro Hospitalar S.João
Serviço de: Medicina Interna

Paragangliomas são tumores secretores de catecolaminas derivados das células cromafins dos gânglios simpáticos. São tumores raros, habitualmente esporádicos e benignos. Sinais (maioritariamente palpitações, cefaleias e hipersudorese) e sintomas (maioritariamente hipertensão, perda de peso, diabetes) são variáveis e frequentemente paroxísticos devido à libertação variável de catecolaminas pelo tumor. Apresentamos o caso clínico de uma mulher de 60 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2 polimedicação e com difícil controlo tensional e metabólico. Internada por hipoglicemia sintomática no contexto de uso de antidiabéticos orais (ADOs). Apresentava história de internamento há cerca de 2 semanas para ressecção cirúrgica de massa abdominal que teve como intercorrência mau controlo tensional com necessidade de perfusão de nitroprussiato de sódio. Desde a data de alta apresentava hipoglicemias recorrentes e hipotensão. Perante o quadro clínico foi colocado como hipótese diagnóstica tratar-se de um paranganglioma, o que veio a confirmar-se, posteriormente, pelo exame histopatológico da massa. Do restante estudo, a cintigrafia com I-metaiodobenzil-guanidina 123(MIBG-123) não evidenciou metástases à distância e o estudo genético foi negativo. A doente teve alta assintomática, sem necessidade de ADO e com tensão arterial controlada sob monoterapia com lisinopril 20mg. Mantém-se em seguimento para toda a vida. O presente caso pretende enfatizar a relevância destes tumores tendo em conta as repercussões que acarreta, nomeadamente a hível hemodinâmico.
TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP) E BACTERIEMIA COMOCOMPLICAÇÕES ASSOCIADAS A CATE

Ana Verónica Cardoso Márcio Ferreira Ana Patrícia Andrada FátimaCoelho

Hospital São João
Serviço de: Serviço Medicina Interna

São várias as complicações associadas aos cateteres de hemodiálise. Existem complicações imediatas que são inerentes à colocação do cateter e complicações a longo-prazo que incluem a trombose e a estenose venosa, disfunção do cateter e a infeção associada ao cateter. O número de complicações aumenta com a colocação demúltiplos cateteres e com o tempo de duração do mesmo. Apresenta-se o caso de um homem de 32 anos, diabético insulino-dependente com mau controlo metabólico, neuropatia, retinopatia e nefropatia diabética em programa regular de hemodiálise (PRHD) por CVC provisório na veia femoral esquerda. É admitido por TVP proximal do membro inferior esquerdo (MIE) e disfunção de CVC que foi removido. Analticamente apresentavaparâmetros inflamatórios elevados. Por suspeita de infeção associada ao cateter, iniciou antibióterapia empíricacom imipenem e vancomicina. Isolamento, posterior, de Staphylococcus aureus meticilino-sensível (MSSA) e Klebsiella multi-resistente (MR) em hemocultura. Ao 5º dia de internamento apresentou sinais/sintomas de infeção ao nível da articulação coxo-femoral direita, tendo sido confirmado o diagnóstico de artrite séptica por ressonância magnética (RMN). Fez limpeza cirúrgica da articulação coxo-femoral. No total, o doente cumpriu quatro semanasde antibióterapia com vancomicina e imipenem durante o internamento, com boa evolução clínica e analítica. Teve a indicação de completar mais duas semanas de vancomicina nas sessões de hemodiálise. A bacteriemia é a principal causa de morbilidade e mortalidade nos doentes em PRHD. A maioria das bacteriemias nos doentes em hemodiálise tem como ponto de partida a colonização do CVC de diálise por microrganismos da pele, sendo o Staphylococcus aureus o mais comumente isolado. De referir que as infeções metastáticas, nomeadamente aarterite séptica, a osteomielite e a endocardite, complicam 22-38% das bacteriemias associadas aos CVC de diálisedevendo ser ativamente pesquisadas e tratadas.

POSTER
VASCULITE LEUCOCITOBÁSTICA CUTÂNEA- CASO CLÍNICO

Carmen Calvo¹, Nuno Costa², João Correia³, João Reis Pereira⁴Serviço de Medicina Interna Unidade Local Saúde- Guarda ¹InternaComplementar Medicina Interna ²Assistente Graduado Medicina Interna ³Chefe de Serviço Medicina Interna A ⁴Director de Serviço Medicina Interna

Unidade Local Saúde- Guarda
Serviço de: Medicina Interna

INTRODUÇÃO: A Vasculite Leucocitoblástica é uma doença rara caracterizada por infiltração neutrofílica em parede de pequenos vasos envolvendo vênulas pós-capilares, A etiologia não é conhecida e pode ser dividida entreprimária e secundária, sendo as primárias a púrpura de Henoch-Schönlein, vasculite por hipersensibilidade, crioglobulinemia mista essencial; as secundárias podem estar relacionadas às drogas, neoplasias e doenças do colágeno.


CONCLUSÃO Os autores apresentam um caso de vasculite cutânea, desafio para o internista, incluindo a classificação e diagnóstico, avaliação laboratorial, tratamento e necessidade de seguimento cuidadoso.
TROMBOFILIA E USO DE ANTICONCECIONAIS ORAIS COMO CAUSA DETROMBOEMBOLISMO NUMA D

Andrade A.*, Cardoso A.**, Sousa E***.
* Médico Internato Formação Específica Gastrenterologia CHSJ ** Médico Internato Formação Específica Pneumologia CHSJ *** Assistente Hospitalar Medicina Interna CHSJ

Centro Hospitalar S.João

Serviço de: Medicina Interna

As causas de tromboembolismo venoso (TEV) podem ser divididas em hereditárias ou adquiridas. A mutação do factor V de Leiden é a causa hereditária mais frequente. O risco cumulativo de TEV em doentes heterozigotos para a mutação do factor V de Leiden sob uso de anticoncepcionais orais (ACO) aumenta 6-40 vezes. Apresentamos o caso clínico de uma jovem de 19 anos, com antecedentes familiares de TEV, sob uso regular de ACO. Internada portrombose venosa profunda (TVP) e tromboembolismo pulmonar (TEP). O estudo pró-trombótico revelou heterozigotia para a mutação do gene do Factor V de Leiden. A doente teve alta assintomática, com indicação para suspender ACO e hipocoagulada com varfarina. O presente caso pretende alertar para o risco cumulativo de TEV em doentes jovens portadoras de trombofilias e sob uso de ACO e enfatizar a relevância da realização do estudo pró-trombótico nestes doentes.
HEMATOQUÉSIAS COMO PONTO DE PARTIDA PARA O DIAGNÓSTICODE AMILOIDOSE

Ana Verónica Cardoso, Márcio Ferreira, Ana Patrícia Andrade, Fátima Coelho

Hospital São João
Serviço de: S

As amiloidoses abrangem um conjunto heterogêneo de doenças que se caracterizam pela deposição anormal de fibrilas proteicas insolúveis, com alteração da estrutura e função do tecido afetado. Podem ter um envolvimento sistêmico ou localizado. A amiloidose sistémica pode ser adquirida ou hereditária. Apresenta-se o caso de um homem de 66 anos, caucasiano, com antecedentes de paraplegia (secundária a traumatismo vertebro-medular), úlceras de pressão crônicas, obesidade mórbida, hipertensão arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) insulino-tratada, insuficiência renal crónica (IRC) e síndrome nefrótico em estudo. Foi admitido por diarreia aquosa com 3 dias de evolução e urossépsis com necessidade de internamento transitório em unidade de cuidados intermédios. Analticamente apresentava anemia normocítica e normocrómica, elevação dos parâmetros inflamatórios e agravização da função renal. Ecografia rena-vesical não revelou alterações de relevo. Iniciou hemodiálise e antinfecção. Durante o internamento iniciou quadro de diarreia sanguinolenta. Fez colonoscopia que revelou achados sugestivos de colite pseudomembranosa, tendo iniciado terapêutica dirigida, sem melhoria clínica. Perante o quadro clínico de diarreia persistente, síndrome nefrótico prévio em estudo, anemia e hipotensão sustentada foi colocada a hipótese de amiloidose. Do estudo efetuado a destacar, a presença de gamopatia monoclonal sem critérios de mieloma múltiplo. Ecocardiograma sem disfunção ou sinais de cardiomiopatia infiltrativa. Realizou biópsia rectal que foi positiva para substância amilóide, tendo sido feito o diagnóstico de amiloidose com envolvimento gastro-intestinal (e renal provável). Optou-se por não realizar estudo imunohistoquímico para caracterização da natureza das fibrilas (AL ou não AL) por se considerar que o doente nãoreunia condições para tratamento dirigido. O doente acabou por falecer após cerca de dois meses de internamento por complicações intestinal. A amiloidose é uma entidade rara e de difícil diagnóstico devido às suas manifestações clínicas pouco específicas. O prognóstico da doença é bastante variável, dependendo do tipo de amiloidose e órgãos envolvidos.
PSEUDOMIXOMA PERITONEAL: É OU NÃO É?

Carmen Calvo¹, Paulo C. Roboredo¹, Nuno Costa², Idelfonso Fidalgo³, João Correia?, João Reis Pereira?
Medicina Interna Unidade Local de Saúde- Guarda
¹Internos Complementares Medicina Interna-Unidade Local de Saúde- Guarda ²Assistente Graduado ³Unidade de Oncologia- Unidade Local

Unidade Local Saúde- Guarda
Serviço de: Medicina Interna

Introdução: O pseudomixoma peritoneal é um tumor raro, atingindo sua incidência em 2 casos/10.000 laparotomias com preponderância nas mulheres e caracterizada pela presença de coleções gelatinosas em cavidades abdominal e pélvica, com implantes mucinosos na superfície peritoneal. Na maioria dos casos descrita existência de um tumor primário no ovário ou apêndice, embora tenha sido descrita em ligação com outros locais de tumores descritos principalmente em associação com tumores malignos.

Casos Clínico: Mulher de 70 anos de idade, mulher, caucasiana, com perda de peso, aumento do perímetro abdominal, massa abdominal desde seismeses. Analiticamente com marcadores tumorais elevados para CEA e CA 19.9. TC abdomino-pélvico identificou massa na cavidade pélvica, ascite maligna sem expandir lesões. A ecografia endovaginal revelou massa ocupando a cavidade pélvica no útero, ovário e sem alteração. Realizada paracentese com citologia positiva para células malignas, compatíveis com um diagnóstico de disseminação peritoneal de produtoras de muco neoplasia. A RNM abdomino-pélvica há evidência de tumor primário no peritônio, sem, retroperitoneal ou pélvico. Efectuou-se laparotomia exploradora verificando-se a presença de líquido mucinoso em abundância e com apêndice não sendo afectado.

Conclusão: O estudo foi negativa para identificar o tumor primário. O paciente foi orientado para o Instituto Português de Oncologia do Porto para realizar cirurgia e quimioterapia intraperitoneal. O interesse deste caso clínico prende-se com o facto de ser uma situação rara.
GRUPO 6 - 26 DE OUTUBRO DE 2012 ÀS 16:00 HORAS

MODERADORES: Dr António Isidoro
Dra Dália Marques
A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistémica de etiologia desconhecida. Afecta principalmente adultos com menos de 40 anos. A apresentação mais frequente é a pulmonar podendo envolver qualquer parelho: cutâneo, ocular, sistema reticulo-endotelial, músculo-esquelético, glândulas exócrinas, cardíaco, renal e sistemanervoso central (SNC). Apresenta-se o caso de uma mulher de 40 anos, caucasiana, sem antecedentes relevantes que se apresentava na admissão com clínica de tosse seca, dispneia de esforço, dor torácica pleurítica e hiperemia conjuntival esquerda intermitente. Objetivada insuficiência respiratória, hiperemia conjuntival ciliar esquerda elesão nodular eritematosa em localização pré-tibial direita. A telerradiografia torácica mostrou infiltrados nodulares dispersos, alargamento hilar bilateral e derrame pleural bilateral de pequeno volume. A Tomografia Computorizada mostrou adenomegalías mediastínicas e hiliares simétricas e pequenos nódulos pulmonares peri-linfáticos nupadrão sugestivo de envolvimento por sarcoidose. O lavado bronco-alveolar e a realização de broncoscopia combiópsia de adenomegalía suportaram o diagnóstico. A avaliação da extensão da doença revelou envolvimentoocular (episclerite esquerda) e cutâneo (Eritema Nodoso). Decidiu-se pelo início de corticoterapia oral e oculartópica com resposta clínica e imagiologica favoráveis. A presença de adenomegalías hiliares simétricas comnodularidades pulmonares em distribuição característica e sem história de exposição a berílio deve colocar a suspeita de sarcoidose. O diagnóstico diferencial deve incluir tuberculose, linfoma, beriloise ou outra doença dointerstício pulmonar. A decisão de iniciar tratamento depende do estado da doença pulmonar, gravidade dossintomas e o tipo de atingimento extra-pulmonar com ênfase no aparelho ocular, SNC, coração ou rim.
SARCOIDOSE OCULAR, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Magda Sousa1, Mariana Cardoso2, João Matias3, Jorge Velez4, Filomena Freitas4, Célia Oliveira5

1 – Médica Interna de Medicina Interna; 2 – Médica Interna de Oftalmologia; 3 – Assistente hospitalar de Oftalmologia; 4 – Assistente Hospitalar de Infecciólogia; 5 – Directora de Serviço de Infecciólogia

Centro Hospitalar do Baixo Vouga - Aveiro

Serviço de: Infecciólogia

A sarcoidose é uma doença inflamatória sistémica, granulomatosa, de etiologia desconhecida, com atingimento preferencialmente pulmonar. O diagnóstico implica dados clínicos e radiológicos sugestivos, se possível com evidência histológica de granulomas epiteliídeos não caseosos. Na maioria dos casos a evolução é benigna auto-limitada, podendo no entanto ser grave ou mesmo letal. O envolvimento ocular é comum mas apenas em 5% dos casos surge como manifestação inicial da doença, geralmente sob a forma de uveíte. Os autores apresentam o caso de um homem de 36 anos, emigrante no Luxemburgo, branco, sem antecedentes relevantes, que recorre ao Serviço de Urgência por miodesóprias do olho esquerdo desde a véspera. Avaliado por Oftalmologia, apresentava acuidade visual mantida e, no fundo ocular esquerdo, hemovítreo, retina com múltiplas hemorragias periféricas e áreas de vasculite, ligeiro esbatimento papilar e mácula mais poupada. Por essas alterações, realizou angiografia que mostrou lesões hiperfluorescentes sugestivas de granulomas coroideus, sendo medicado com valaciclovir, moxifloxacina e metilprednisolona. Após uma semana de tratamento sem melhoria, com estudo analítico etomografia computorizada (TC) crânio-encefálica (CE) sem alterações relevantes, foi internado no Serviço de Infecciólogia, para estudo, por suspeita de granulomas infecciosos. Apresentava análises sem alterações relevantes (incluindo auto-anticorpos, complemento, serologias), ressonância magnética CE sem alterações, provade Mantoux positiva (20mm, mas com registro prévio de 15mm), pesquisa de BK no suco gástrico e urina negativas, TC toraco-abdomino-pélvica com alguns gânglios mediastínicos e hilar bilaterais e cintigrafia com Ga67 com aumento da captação de radiofármaco nos hilos pulmonares, sugestivo de sarcoidose. Assumiu-se o diagnóstico de sarcoidose com manifestações oculares como apresentação, tendo sido mantida a corticoterapia oral. Posteriormente, o doente regressaria ao país de residência.
ADENOPATIAS GENERALIZADAS - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Romeu Pires, Rui Alexandre, Ana Vaz, Elisa Tomé, Cristiana Pinto, Liliya Malanka, Cristiana Batouxs, Tiago Loza, Sofia Moura, Carla Madureira, Elizabete Pinelo, Prudência Vaz

ULS-Nordeste - Unidade Hospitalar de Bragança

Serviço de: Medicina Interna

Embora as adenopatias generalizadas sem causa aparente não sejam particularmente prevalentes elas representam um dilema diagnóstico pela multiplicidade de etiologias subjacentes no espectro das doenças neoplásicas, inflamatórias e metabólicas. Os autores relatam o caso de um masculino de 27 anos, autónomo, sem antecedentes patológicos, orientado para Consulta Externa de Medicina Interna por adenopatias generalizadas com 1 mês de evolução, sem outras queixas acompanhantes, sem história de viagens recentes, comportamentos sexuais de risco, consumo de drogas ou contacto com animais. Ao exame objectivo: apirético, hemodinamicamente estável e eupneico. Sem alterações do tegumento cutâneo. Adenopatias indolores e móveis palpáveis bilateralmente no pescoço, axilas e região inguinal. Sem alterações à auscultação cardiopulmonar. Abdómen sem alterações. Analíticamente sem alterações hematológicas, da função hepática, renal e tiróideia. VSe PCR negativas. A radiografia de tórax sem alterações pleuro-parenquimatosas. As serologias virais, da sífilis e toxoplasmose foram negativas. A prova de Mantoux® foi negativa. O estudo de autoimunidade foi negativo e o desempenho da enzima conversora da angiotensina de 146 U/L. No sentido de confirmar o diagnóstico desarcoidose e descartar doença linfoproliferativa realizou biópsia excisional de gânglio inguinal cujo exame anatomopatológico relata linfadenite crónica granulomatosa não necrotizante. Realizou TAC toracoabdominal que evidenciou envolvimento pulmonar. Realizado diagnóstico de sarcoidose pulmonar estadio I e ganglionar, optadopor não iniciar terapêutica e manter vigilância em Consulta Externa, mantendo-se assintomático e sem progressão da doença 1 ano após o diagnóstico. O diagnóstico diferencial das adenopatias generalizadas é vastasalientando-se a importância do diagnóstico atempado de doenças linfoproliferativas ou doenças infecciosas (HIV, Tuberculose) com consequências clínicas e epidemiológicas substanciais.
HEPATITE AUTO-IMUNE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Márcio Alvim Ferreira, Joana Menezes, Verónica Cardoso, Isabel Camões

Hospital de S. João, EPE
Serviço de: Medicina Interna

A Hepatite Auto-Imune (HAI) é caracterizada por achados imunológicos particulares que usualmente incluem apreensão de auto-anticorpos circulantes e aumento da concentração de imunoglobulinas (IgG) séricas. O tipoclássico (tipo 1) ocorre predominantemente em mulheres de qualquer idade enquanto que ao tipo 2 afetas sobretudo mulheres jovens. Descreve-se o caso de uma mulher de 33 anos com clínica de astenia, dor abdominal ecoloração amarelada da pele e escleróticas. Objetivada, icterícia, hepatoesplenomegalia, panticopenia, elevação de transaminases (> 10x limite superior do normal - LSN), hiperbilirrubinemia conjugada e coagulopatia. Do estudodescreve-se: Hipergamaglobulinemia policlonal, anticorpos anti-músculo liso positivos com anticorpos anti-nucleares, anti-LKM1, anti-LC1, anti-SLA/LP e anti-mitocondriais negativos, serologias virais negativas, doseamento deceruloplasmina e cobre urinário, alfa 1 anti-tripsina e ferritina normais. A imagiologia mostrou sinais sugestivos de cirrose hepática, com hipertrofia do lobo esquerdo e caudado, associados a hipertensão portal com esplenomegaliamaciça (diâmetro bipolar superior a 200 mm). Endoscopia digestiva alta sem varizes. A biópsia hepática mostrou p垴aduvido sugestivo de cirrose com infiltrado inflamatório nos espaços portais de predominio mononuclear, lesões necro-inflamatórias na interface epitelio-mesenquimatosa com poupança das vias biliares. Com base na hipótese mais provável de HAI tipo 1, e tendo em conta a panticopenia, iniciou-se monoterapia com prednisolona. Objetivada respostafavorável com resolução de lise hepato-celular, hipergamaglobulinemia e coagulopatia, recuperação de contagens hematológicas e diminuição de volumeeesplênico. A presença de hepatite, sobretudo numa mulher jovem, deve despertar a pesquisa de etiologia tóxica (incluindo álcool), viral, metabólica e auto-imune. A decisão de tratar a HAI deve ser baseada na gravidade dos sintomas, grau de elevação das transaminases e IgG, achados histológicos e potencial tóxico dos fármacos. Osglicocorticóides são a base da terapêutica frequentemente em associação com a azatioprina. A principal limitação ao uso de azatioprina é a presença de citopenias.

POSTER
DOENÇA SISTÉMICA POR FÁRMACO – DRUG RASH, EOSINOPHILIA & SYSTEMSYMPTOMS (DRESS)

Telma Santos, Rita Silva, Ivo Julião, Mário Pires, Valéria Andrade, António Isidoro

Centro Hospitalar do Baixo Vouga - Hospital Infante D. Pedro
Serviço de: Medicina 1

INTRODUÇÃO: A iatrogenia é um problema crescente em Medicina, encontrado particularmente em doentes idosose plurimedicados. Uma reação adversa comum é a toxidermia, que se estima ocorrer em 2 a 3% dos internamentos. Os autores apresentam um caso clínico com rash e atingimento multiorgânico, sua abordagem e evolução.


CONCLUSÃO: É importante conhecer esta síndrome complexa, para um rápido diagnóstico e tratamento.

POSTER
OVERLAP SINDROME? CASO CLÍNICO

Inês Patrício, Ricardo Marques, Pedro Teotónio, Jorge Fortuna

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Hospital Geral
Serviço de: Medicina Interna

Introdução: O diagnóstico das síndromes de overlap é difícil, exigindo, por vezes, um acompanhamento dos doentes atento ao longo do tempo, para poder ser estabelecido. Apresenta-se um caso clínico de Lúpus eritematoso sistémico, numa doente jovem com o diagnóstico inicial de Síndrome anti-fosfolipídeo, que apresenta, de novo, aspectos capilaroscópicos de esclerodermia.

Caso Clínico: Os autores apresentam o caso clínico de um doente de 34 anos, raça caucasiana, à qual foi efectuado o diagnóstico de Síndrome anti-fosfolipídeo secundário à Lupus eritematoso sistémico após episódio trombótico e com posterior eclâmpsia e acidente vascular cerebral hemorrágico. Na primeira consulta, apresentou proteinúria nefrítica e complemento baixo (C4), com normalização posterior da proteinúria, apesar de valores persistentemente baixos de C4 (doente discordante para o C4). Não foi efectuada biópsia renal devido à evolução favorável com doses decrescentes de prednisolona até 5 mg/dia Em virtude de ter apresentado anti-centrômero positivo (ANA +, título 1280), foi pedida capilaroscopia que revelou "megacapilares" apesar de a doente não referir queixas compatíveis com Raynaud. O ecocardiograma revelou derrame pericárdico discreto (sem sinais de hipertensão arterial), as provas de função respiratória foram normais.

Conclusão: Pretende-se realçar a importância de um marcador serológico (anti-centrômero) e exame complementar (capilaroscopia) como preditores do aparecimento de futura doença (Síndrome de CREST) permitindo evitar possíveis complicações no futuro como a hipertensão pulmonar.
GRUPO 7 - 26 DE OUTUBRO DE 2012 ÀS 16:00 HORAS

MODERADORES:  Dra Rosa Amorim  
                  Dra Carla Gonçalves
LINFOMA FOLICULAR: CASO CLÍNICO

Simone Catarino, Pedro Lopes, Marlene Delgado, Maria Reis, Marina Bastos

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE

Serviço de: Medicina 2

INTRODUÇÃO: O linfoma folicular (LF) corresponde a 20% dos linfomas não Hodgkin e a sua incidência aumenta com a idade. O diagnóstico assenta na histologia de biópsia ganglionar, que revela padrão folicular de crescimento dos centros germinativos. O estadiamento inclui: estádio 1 - um gânglio envolvido; estádio 2 - dois ou maisgânglios no mesmo lado do mediastino; estádio 3 - gânglios em ambos os lados do mediastino; 4 – doença disseminada. O tratamento passa por quimioterapia, ou radioterapia no estádio 1.

CASO CLÍNICO: Mulher, 74 anos, com HTA e dislipidemia. Quadro com 2 meses de edema duro do membro inferior esquerdo com dor e impotência funcional. Apresentava, ainda, massa duro-elástica de contorno irregular na região inguinal esquerda. Dos exames SU salienta-se: análises - LDH 541U/l; ecografia inguinal esquerda - conglomerado adenopático com 5cm e celulite associada. O estudo etiológico incluiu: - Análises: serologias negativas; ADA sérica, CA125 e β2microglobulina ligeiramente elevados; restantes marcadores tumorais, ECA sérica e electroforese das proteínasséricas normais. - TC toraco-abdominopélvico: 2 massas heterogêneas hiperceptantes com áreas de necrose econtornos irregulares nas regiões inguinais e supra-púbica; adenomegalia retrocrural com 12cm; infiltração dotecido celular subcutâneo e do músculo psoas-iliaco esquerdo. - Histologia de biópsia ganglionar inguinal esquerda:linfoma não Hodgkin B folicular. - Medulograma com imunofenotipagem e biópsia óssea: medula hipocelular,células com fenótipo normal; sem infiltração por células estranhas. Foi referenciada para a consulta de Hematologia. Iniciou quimioterapia com R-CVP, com remissão parcial.

DISCUSSÃO: Salienta-se este caso pelaimportância do diagnóstico diferencial das adenopatias, o que permitiu a instituição de terapêutica numa fase inicial da doença, contrariamente ao que se verifica na maioria dos doentes com LF em que o diagnóstico é feitoem fases avançadas, já com envolvimento medular.

POSTER
UMA LOMBALGIA QUE ACABA EM PARAPLEGIA

Domínguez A., Haghighi E., Abreu D., Lito P., Ballesteros R., Proença J., Lino C.

Centro Hospitalar Cova da Beira
Serviço de: Medicina Interna

A lombalgia é um dos motivos mais frequentes de recorrência à consulta médica. A grande maioria dos doentes com esta sintomatologia, por norma crónicos, padecem de tal condição, isentos de gravidade. Provavelmente por este motivo a lombalgia é muitas vezes tratada sintomáticamente, desconsiderando-se frequentemente doenças subjacentes como neoplasias ou patologias do foro infecciológico.

Relatamos o caso de um doente do género masculino, de 31 anos de idade, com antecedentes pessoais de traumatismo do 2º dedo e fratura do 4º metacarpo da mão direita e ferida contusa do 1º dedo da mesma mão em abril de 2010, tendo sido submetido a fixação da falange e sutura da ferida do polegar. O doente apresentava queixas de lombalgia sem irradiação, com cerca de 2 meses de evolução, condicionando várias idas ao Serviço de Urgência (S.U.). Foi realizada tomografia computarizada (T.C.) da coluna lombar, tendo-se diagnosticado “pontaherniária L4”, tendo tido alta com indicação de manter repouso no leito e de realizar analgesia. Por manutenção das queixas, recorreu novamente ao S.U., tendo-se levantada a hipótese de espondilodiscite, ficando assim internado.

Após reavaliação imagiológica em nova TC lombar, excluíndo-se possível radiculpatia mas levantada desta vez hipótese de abcesso, foi realizada uma Ressonância Magnética, da qual se destacou: “...Irregularidades líticas das plataformas vertebrais adjacentes ao disco L4-L5, com captação de contraste paramagnético, em relação com espondilodiscite. Presença de componente lesional para vertebral anterior e ântero-lateral e de forma discreta, epidural anterior, sem efeito de massa significativo sobre o saco dural, estabelecendo, no entanto, relação de proximidade com as raízes L5...”.

À exploração do doente, evidenciava-se a presença de abcesso endurecido no 1º dedo da mão direita. Foram realizadas hemoculturas - positivas para Stafylococcus simulans- e ecocardiograma transtorácico – sem evidencia de vegetações.

Após tratamento dirigido, o doente apresentou melhoria da dor lombar, iniciando fisioterapia e posteriormente deambulação com ajuda técnica e colete lombar.

Os autores escolheram este caso, por tratar-se de uma lombalgia persistente, nao cedendo à terapêutica sintomática, dado haver um mecanismo infeccioso subjacente não tratado. Relembra-se assim a importancia de não iniciar um raciocínio diagnóstico pelas hipóteses menos frequentes, embora estas tenham sempre que ser consideradas.
PNEUMONIA ADQUIREDA NA COMUNIDADE, POR VEZES É NECESSÁRIO REPENSAR O DIAGNÓSTICO

Patrícia Tavares (1), Raquel Duro (2), Filipe Cunha (3), Abílio Vilas Boas (4)
1-Interno de formação específica de Oncologia Médica do IPO do Porto 2-Interno de formação específica de Doenças Infecciosas do Centro Hospitalar São João 3-Interno de formação específica de Endocrinologia do Centro

Centro Hospitalar São João
Serviço de: Medicina Interna

A pneumonia adquirida na comunidade (PAC) é das patologias mais prevalentes nos serviços de Medicina Interna, contudo as doenças difusas do interstício pulmonar, nomeadamente as pneumonias intersticiais, são diagnósticos diferenciais a ter em consideração. Os autores apresentam o caso clínico de um homem, 73 anos, antecedentes de HTA, DM2, dislipidemia, que recorreu ao Serviço de Urgência por mal-estar geral, anorexia, mialgias, tosse e dispneia de agravamento progressivo com cerca de 15 dias de evolução. Na admissão com febre, polipneico, taquicárdico. Gasimetria do sangue arterial com insuficiência respiratória tipo 1, analiticamente marcadores inflamatórios elevados e radiografia tórax com opacidades bilaterais. Admitido com diagnóstico de PAC.

Agravamento da insuficiência respiratória, subida dos marcadores inflamatórios e progressão das opacidades bilaterais na radiografia de tórax. Síndrome coronária aguda no contexto de hipoxemia grave. TAC torácica evidenciou alterações reticulares grosseiras bilaterais com distribuição em mosaico e alguma densificação em vidro despolido. O exame histológico do tecido obtido por biópsia pulmonar transtorácica revelou espaços alveolares estão em parte ocupados por rolhões fibroblásticos de configuração serpínginosa” aspectos sugestivos de pneumonia em organização. Em virtude de não se identificar nenhum agente infeccioso ou entidade primária potencialmente responsável pela situação clínico-patológica descrita, admitiu-se tratar-se de um caso de pneumonia em organização criptogénica (COP). A pneumonia em organização é um dos padrões histológicos das pneumonias intersticiais, sendo caracterizada pelo preenchimento dos alvéolos e ductos alveolares por pólipos de tecido fibroblástico (corpos de Masson), pode estar associada a infecções, exposição a fármacos, tóxicos, doenças do tecido conjuntivo, neoplasias, transplante pulmonar.

Nos casos em que não foi identificado o factor responsável é designada por COP. O tratamento com corticosteróides resulta em rápida melhoria clínica e resolução das opacidades sem sequelas significativas. Os autores pretendem alertar para a necessidade de um diagnóstico precoce desta entidade clínica, de forma a instituir a terapêutica correcta e evitar ocorrência de complicações potencialmente fatais.
ESCHERICHIA COLI: PARA ALÉM DA INFECÇÃO URINÁRIA

Simone Catarino, Pedro Lopes, Marlene Delgado, Eduardo Melo, Marina Bastos

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE
Serviço de: Medicina 2

INTRODUÇÃO: A Escherichia coli faz parte da flora do tracto gastrointestinal mas as estirpes patogénicas podem originar vários processos infecciosos mesmo em doentes imunocompetentes.

CASO CLÍNICO: Mulher, 40 anos, com diabetes mellitus tipo 2. Admitida por cetoacidose diabética e infecção urinária a Escherichia coli com bacteriemia, com boa resposta a terapêutica. Ao 5º dia inicia quadro de dispneia com hipoxemia grave. Imagiologicamente edema alveolo-intersticial bilateral. PCR negativa e BNP normal. Considerou-se o diagnóstico de ARDS de causa pós-infecciosa. Instituiu-se oxigénio e corticoterapia com boa evolução, pelo que teve alta. Regressa após 8 dias, pordor lombar à direita com agravamento com a mobilização, a qual já referida no internamento prévio e que a Ortopedia considerou tratar-se de lombalgia mecânica. Analiticamente PCR 6,5mg/dl, VS 71mm. Hemoculturas: Escherichia coli. Imagiologicamente, espondilodiscite L3-L4 com compromisso radicular e cone medular e pequeno abcesso do músculo psoas direito. Instituiu-se cefotaxima, analgésicos e uso de lombostato. Episódios de retenção e incontinência urinária cujo estudo urodinâmico foi compatível com bexiga arreflexa secundária ao processo infeccioso. Efectuou antibioterapia durante 12 semanas com melhoria sintomatática, VS de 34mm, hemoculturas negativas e menor extensão do abcesso do psoas. Teve alta com cefuroxime mas foi readmitida 20 dias depois por agravamento da dor e subida da VS, radiologicamente sobreponível e hemoculturas negativas. Efectuou mais 6 semanas de cefotaxima com boa evolução. Reavaliação em consulta, doente assintomática, VS normal e franca melhoria no controlo por RM.

DISCUSSÃO: Salientamos este caso pela gravidade das complicações da bacteriemia a Escherichia coli numa doente com algum compromisso imunitário pela diabetes mellitus e pelo sucesso terapêutica de espondilodiscite e do abcesso do psoas sem recurso a medidas invasivas, as quais podem ser consideradas para acessos < 3cm.

POSTER
A febre Q é uma zoonose de distribuição mundial causada pela Coxiella burnetii. Caracteriza-se por um amplo espectro de manifestações clínicas, que podem ir desde um síndrome febril auto limitado até quadros com compromisso orgânico grave, potencialmente fatais. Em Portugal, a doença é de notificação obrigatória, mas defende-se que a sua incidência real possa estar subestimada. Os autores apresentam o caso clínico de um doente de 29 anos de idade que recorre ao Serviço de Urgência por síndrome febril com 8 dias de evolução associado acefaleias frontais. Quadro clínico semelhante ao apresentado por outros elementos da família, nomeadamente o pai, a mãe e a avó. Tratava-se de uma família que residia em ambiente rural, tendo contacto directo com gado bovino e caprino. Os exames complementares efectuados permitiram identificar a Coxiella burnetii como agente etiológico do quadro febril em todos os elementos da família. Os autores apresentam este “caso familiar” de forma que a problemática da febre Q seja encarada numa perspectiva de sensibilização dos clínicos para a ocorrência da doença, para a impor-tância do diagnóstico atempado e vigilância dos doentes expostos, como forma de prevenção de potenciais situações crónicas. A notificação oportuna dos casos identificados conduz a uma avaliação epidemiológica correcta e a um planeamento mais eficaz dos recursos.
AS COMPLICAÇÕES DE UM DUPLO J

Simone Catarino, Pedro Lopes, Marlene Delgado, Pedro Gama, Rodrigues de Sousa, Marina Bastos

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE
Serviço de: Medicina 2

INTRODUÇÃO: A endocardite infecciosa (EI) é uma doença peculiar principalmente dado que nem a incidência nem a mortalidade têm diminuído nos últimos anos apesar dos avanços diagnósticos e terapêuticos.


DISCUSSÃO: Salientamos este caso pela importância da elevada suspeita clínica no diagnóstico de EI epela gravidade do quadro clínico que tornou imprescindível o recurso a tratamento cirúrgico.
GRUPO 8 - 26 DE OUTUBRO DE 2012 ÀS 16:00 HORAS

MODERADORES: Dra Odete Miranda
Dra Rosa Silva
Miastenia Gravis e uma doença auto-imune mediada por anticorpos dirigidos contra receptores da acetilcolina (AChR) na membrana pós-sináptica da junção neuromuscular. A crise miasténica é uma complicaçãopotencialmente fatal, definida como disfunção respiratória que exige ventilação mecânica. Os fatores desencadeantes da crise miasténica são infecção respiratória, procedimentos cirúrgicos, parto, uso recente de certos medicamentos, introdução ou retirada de corticosteróide. Os autores descrevem o caso clínico de um doente de 81 anos, com antecedentes pessoais de poliomielite, com sequelas ao nível dos membros inferiores; hipertensão arterial; miastenia gravis com seguimento em consulta de neurologia. Antecedentes recentes de queda, cerca de 1 semana antes de internamento, que originou fractura de D2, sem evidência de lesão neurológica.

Desde então iniciou quadro de dificuldade respiratória de agravamento progressivo, acompanhado de astenia parapequenos esforços e elevação de perfil tensional. Recorreu ao serviço de urgência, a admissão polipneica, hipertensão; auscultação pulmonar com fervores crepitantes ao nível da base esquerda. Rx torax hipotransparência homogênea da base esquerda. Tendo sido medicada com ceftriaxone e claritromicina. Ao 2º dia de tratamento, agravamento do quadro clínico até insuficiência respiratória global com necessidade de entubação e ventilação mecânica.

Trata-se de um caso merecedor de atenção aos fatores desencadeantes da crise miasténica, em especial uso de certos medicamentos que pode evitar os consequências. Palavras-chave: crise miasténica, dificuldade respiratória.
POR DETRÁS DE UM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Maria Inês Ribeiro, Nelson Cardoso, Filipa Almeida, Raquel Ventura, Carmen Corzo, Tereza Veloso, Bernardino Páscoa

Hospital do Espírito Santo de Évora
Serviço de: Medicina 2

Objectivos: Apresentação de um caso clínico relativo a homem de 72 anos, que recorreu à Urgência por quadro caracterizado por diminuição da força muscular no hemicorpo direito e dificuldade na articulação verbal, com 15 dias de evolução. Métodos: No exame objectivo realizado no SU, destacava-se disartria e hemiparésia esquerda, depredominio braquial, sem componente facial. Dada a elevada probabilidade de acidente vascular cerebral (AVC), realizou tomografia computorizada cranioencefálica onde se identificou enfarte isquémico lenticulo-capsular esquerdo, de cronologia imprecisa. Foi, então, colocado o diagnóstico clínico de AVC, e proposto o internamento.

Resultados: Durante o internamento, apresentou picos febris e dejeções diarréicas, que conjuntamente com presença de leucopenia e linfopenia, levantaram a suspeita de imunodeficiência. Laboratorialmente, destacava-se velocidade de sedimentação e proteína C reactiva elevadas, aumento dos marcadores de função hepática eserologias positivas para HIV-1, anticorpo IgG anti-Toxoplasma gondii, anticorpo IgG para Citomegalovírus eanticorpos IgG VCA/EBNA para Epstein Barr positivos. Para melhor compreensão da situação clínica, realizou a ressonância magnética (RM) encefálica que mostrou lesões bilaterais da substância cinzenta com restrição à difusão, melhor descritas em RM com contraste, a qual revelou múltiplas áreas lesionais com realce nodular e anular, compatíveis com lesões oportunistas do sistema nervoso central (SNC). Devido ao agravamento progressivo do estado geral e neurológico, com acentuação da leucopenia, procedeu-se a punção lombar, parapesquisa de agentes oportunistas e instituiu-se terapêutica antibiótica e antifúngica empírica. O diagnóstico -toxoplasmose do SNC, foi estabelecido, apenas após o óbito.

Conclusões: Neste caso, realçamos a importância darealização de RM encefálica no estudo do AVC, uma vez que por detrás de um diagnóstico aparentemente linear e isolado, pode estar escondida uma patologia inesperada e fatal.
MUITO MAIS DO QUE UMA DOR LOMBAR

Larisa Veverita *, Carlos Cruz **, Carlos Baeta ***. * Interna do Internato Complementar de Medicina Interna ** Assistente Hospitalar de Medicina Interna *** Chefe de Serviço Medicina Interna

ULSNA, E.P.E. – Portalegre

Serviço de: Serviço de Medicina Interna

Mieloma múltiplo é responsável por cerca de 1% das doenças malignas e por mais de 10% das neoplasias hematológicas. A insuficiência renal (IR) é uma complicação frequente em doentes com mieloma múltiplo (MM) podendo estar presente em 35% dos doentes ao diagnóstico e em mais de 50% durante a evolução da doença. O mecanismo mais frequente de IR é o assim chamado “rim do mieloma” decorrente da excreção de cadeias leves provocando um dano tubular. Determinados fatores podem precipitar e agravar a IR tais como a hipercalemia, hiperuricemia, desidratação, hiperviscosidade e drogas nefrotóxicas. Os autores descrevem o caso clínico de uma doente de 69 anos, com antecedentes pessoais de hipótese de tuberculosis pulmonar na infância e hipertensão arterial. Internada por quadro de lombalgias com cerca de 2 meses de evolução e agravamento progressivo nas últimas 2 semanas associadas com náuseas e vômitos. Medicada com vários fármacos: analgésicos, AINE. O exame objectivo realçava sinais de desidratação. Analticamente com anemia normocítica, normocromica (Hb- 10.7 d/dl); retenção azotada (PCR -5.6 mg/dl; PUr.-127 mg/dl); e hipercalemia grave( 14 g/dl). Hipóteses de diagnóstico mieloma múltiplo confirmado através do doseamento das imunoglobulinas séricas, da imunofixação das proteínas séricas e urinárias e do mielograma e biopsia óssea. Dado não apresentar critérios para terapêutica substitutiva da função renal a doente não efetuou tratamento com theralite. Iniciou quimioterapia e teve alta, orientada para consulta externa de hemotologia, nefrologia e consulta de dor. O tratamento de suporte deve ser feito em todos os pacientes e nos casos em que a função renal não possa ser revertida deve ser considerado o tratamento dialítico.

O tratamento específico do MM em pacientes com IR tem papel importante e impacto na sobrevida.

Palavras-chave: mieloma múltiplo, rim do mieloma, insuficiência renal, hipercalemia, diagnóstico, tratamento.

POSTER
UM CASO DE DIPLOPIA

Maria Inês Ribeiro, Nelson Cardoso, Filipa Almeida, Raquel Ventura, Carmen Corzo, Tereza Veloso, Bernardino Páscoa

Hospital de Espírito Santo de Évora

Serviço de: Medicina 2

Objectivos: Alertar para como uma patologia potencialmente fatal, se pode manifestar de forma subtil, salientado a importância da interacção inter-especialidades no raciocínio diagnóstico, com o fim último de benefício do doente.

Métodos: Apresenta-se o caso de mulher de 43 anos, saudável, que surge no Serviço de Urgência, com queixas de cefaleia hemicraniana direita e diplopia com 6 dias de evolução atribuída pela mesma a cansaço, e aparecimento de vesícula na região temporal direita, dolorosa, pruriginosa, que foi associada a picada de insecto. Inicialmente observada pela Oftalmologia, que estabeleceu o diagnóstico de paresia do músculo recto externo do olho esquerdo, de etiologia não esclarecida, pelo que foi pedida observação da Medicina Interna. Da nossa avaliação, destacava-se aperexia, pequenas vesículas localizadas a nível do canto externo do olho direito, diplopia horizontal, sem outras alterações neurológicas; sem alterações laboratoriais, nomeadamente elevação dos parâmetros de infecção e tomografia computorizada crânio-encefálica sem alterações. Prosseguiu-se com realização de punção lombar que evidenciou ligeira proteinorráquia com 269 células de predomínio linfocitário. Por suspeita de encefalite, iniciou empiricamente aciclovir e ceftriaxone.

Resultados: Durante o internamento, foi confirmada encefalite viral a Varicella Zoster (VVZ) através de PCR do líquido cefalorraquidiano, tendo cumprido terapêutica com aciclovir durante 21 dias, com resolução total do quadro.

Conclusão: A encefalite por VVZ é uma situação clínica mais frequente em imunocomprometidos e em idosos, sendo que a apresentação através de diplopia por envolvimento exclusivo do nervo motor ocular externo está pouco descrita na literatura. Consideramos, este, um caso relevante pelo facto de, sendo uma patologia grave, que pode ser inicialmente desvalorizada pelo doente e com uma grande multiplicidade de possíveis formas de apresentação, pode passar despercebida aos exames complementares iniciais, não fosse o interesse de várias especialidades e a elevada suspeição clínica.

POSTER
ALVEOLITE ALÉRGICA EXTRÍNSEA: CASO CLÍNICO

Larisa Veverita*, Carlos Cruz **, Carlos Baeta *** Interna do Internato Complementar de Medicina Interna ** Assistente Hospitalar de Medicina Interna *** Chefe de Serviço Medicina Interna

ULSNA, E.P.E. – Portalegre

Serviço de: Serviço de Medicina Interna

A alveolite alérgica extrínseca (AAE) caracteriza-se por uma inflamação de tipo imunológico das paredes alveolares e vias aéreas terminais secundária à uma exposição a grande variedade de antígenos inalados aos quais o hospedeiro é sensível. A incidência e a prevalência são baixas, provavelmente devido ao seu subdiagnóstico. É uma entidade rara no adolescente. O prognóstico depende do antígeno envolvido, da resposta individual e da duração da exposição. O melhor prognóstico depende da intervenção médica precoce. Os autores apresentam o caso clínico de um adolescente de 17 anos, do sexo masculino, internado por um quadro de depressão respiratória/dificuldade respiratória pós extubação com broncospasmo e expectoração hemoptoica, após orquidopexia por via laparoscópica. O diagnóstico de AAE foi feito com base na história clínica, no exame objetivo que foi possível confirmar a expectoração hemoptoica, dessaturação de O2 e a presença de sibilos e fervores crepitantes pulmonares dispersas; e nos exames complementares de diagnóstico, nomeadamente radiografia detórax, fibrobroncoscopia e lavado broncoalveolar.

O tratamento consistiu na evicção do fator desencadeante e corticoterapia, verificando-se melhoria clínica.

Palavras-chave: Alveolite alérgica extrínseca, pneumonite de hipersensibilidade.
GRUPO 9 - 26 DE OutUBRO DE 2012 ÁS 16:00 HORAS

MODERADORES:  Dra Amélia Pereira

                   Dr Francisco Varela
ANASARCA COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE UM LINFOMA RARO E DE ALTO RISCO

Inês Chora, Diana Brito, Sérgio Silva, Paula Vaz Marques

Centro Hospitalar São João
Serviço de: Medicina Interna

A anasarca como apresentação de linfoma não-Hodgkin (LNH) é pouco frequente e descrita, associando-se a mau prognóstico.

Reporta-se o caso clínico de um homem de 81 anos, autónomo e ativo, testemunha de Jeová; com antecedentes de insuficiência renal crónica estadio 3 por rim único funcionante e de carcinomas da próstata (prostatectomia há 15 anos). Apresentava quadro de astenia, anorexia, dispneia para médios esforços, ortopneia e tosse seca, com 2 meses de evolução, sendo admitido em anasarca - derrames pleural e pericárdico, ascite e edemas periféricos. Eram palpáveis adenomegália axilares e hepatoesplenomegália. Tinha anemia normocítica normocrómica, leucocitose com neutrópénia, linfopenia e leucoblastos presentes, trombocitopenia grave, hiperuricémia e lactato desidrogenase sérica muito elevada. Iniciou hemodiálise por agravamento progressivo da função renal.

A citologia do líquido pleural revelou numerosos linfócitos e a TAC toracoabdominal mostrou múltiplas adenomegálias supra e infradiaphragmáticas (com conglomerado adenopático perirrenal e hidro nefrose bilateral) e infiltração extraganglionar gástrica. A biópsia ganglionar excisional axilar foi compatível com linfoma; a biópsia da medula óssea revelou invasão, caracterizada morfológica e imuno histocitológica/fenotipicamente como um LNH B difuso de grandes células, expressando t(14;18) e rearranjos c-myc (transformado de folicular, com sobreposição a Burkitt) – um LNH double-hit, com Índice Prognóstico Internacional de alto risco.

Paliativamente, iniciou corticoterapia, ciclofosfamida e eritropoietina; foi intensificada diálise por síndrome de lise tumoral e houve fraca resposta medular. O doente recusou suporte transfusional e acabou por falecer em D21 de internamento, após hematemeses maciças.

O diagnóstico diferencial de anasarca deve incluir os distúrbios linfoproliferativos, principalmente no idoso. Este caso ilustra uma apresentação pouco usual de um linfoma raro, com alta malignidade e evolução catastrófica.
PANCREATITE AGUDA POR HIPERLIPIDEMIA. A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Armindo Sousa Ribeiro, Ana Fernandes, João Paulo Caixinha

Litoral Alentejano
Serviço de: Medicina

Os autores propõem-se apresentar um caso clínico referente a um doente do sexo masculino, 43 anos de idade, chefe da corporação de bombeiros, sem história familiar relevante, com antecedentes pessoais de hipertrigliceridemia, consumo de álcool moderado, hipertensão arterial, excesso de peso (IMC: 29) e asma brônquica, seguido em consulta externa de Medicina Interna. Recorreu ao serviço de urgência externa no dia 30 de Dezembro de 2011 por quadro clínico com 2 horas de evolução, caracterizado por dor abdominal intensa, localizada no epigastro, que irradiava para o dorso “em cinturão”, que agravava em posição de supino e aliviava em posição de flexão, acompanhada por náuseas e vômitos. Negou febre, diarreia, calafrios e consumo de álcool nas últimas 24h. Ao exame físico não se detetaram sinais clínicos típicos de hiperlipidemia, tais como xantelasmas, xantomas ou lipemia retinalis. Não havia heptoesplenomegalia e os pulsos periféricos eram palpáveis. Da avaliação analítica efectuada no serviço de urgência, apresentava de relevante, leucocitose, sem neutrofilia e PCR aumentada e hiperamilasémia. Realizou TC- abdominal que alterações a nível do pancreas compatíveis com pancreatite aguda alitiásica de etiologia a esclarecer, sendo o doente internado no serviço de medicina. Para esclarecimento do quadro clínico, realizou vários exames complementares de diagnóstico que revelaram etiologia rara de pancreatite. Devido à importância pedagógica do caso clínico, os autores propõem-se aapresentar este caso clínico.
AMILOIDOSE PRIMÁRIA COM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEANASARCA

Diana Abreu, Alejandro Dominguez, Sandrina Machado, JoséProença, Carlos Lino

CHCB
Servizo de: Medicina 1

Introdução: A Amiloidose faz parte do espectro das gamapatias monoclonais (GM), caracterizando-se peladeposição de fibrilha amilóide insolúvel no meio extracelular de vários tecidos, condicionando a disfunção orgânica progressiva.

Caso clínico: Um homem, de raça caucasiana e 79 anos, recorre ao Serviço de Urgências (SU) doCHCB por edemas nos membros inferiores e parede abdominal, dispneia, ortopneia e dispneia paroxística nocturna(DPN) com 3 dias de evolução. Sem referência a febre. Antecedentes de insuficiência cardíaca congestiva (ICC),insuficiência renal crónica (IRC), anemia normocítica normocrómica crónica e GM de cadeias leves. Referia também dor tipo neuropática crónica, no membro inferior direito. Ao exame objectivo apresentava edemas acentuados em toda a extensão dos membros inferiores, de grau 4, e o abdómen distendido, com sinais de ascite. O estudocomplementar revelou: radiograficamente sinais de ICC e derrame pleural esquerdo; no ecocardiograma derramepericárdico de volume moderado; medulograma excluiu mieloma múltiplo. Durante o internamento desenvolveudescompensação da ICC, tendo sido feito estudo complementar, para avaliar a gravidade do quadro clínico, eterapêutica médica anti-congestiva. Por existir suspeita de Amiloidose, realizou-se biopsia rectal e biopsia degordura subcutânea abdominal, sendo a segunda positiva.

Conclusão: A suspeita diagnóstica surge quando odoente reúne vários critérios, dos quais se realçam: proteína monoclonal no soro ou urina e manifestações deinfiltração e comprometimento de outros órgãos. Neste caso o doente apresenta cardiopatia (presente em cercade 50% dos casos), neuropatia periférica, afectação renal e medula óssea infiltrada com menos de 10% deplasmócitos. Os autores pretendem salientar a importância da suspeita desta patologia, tendo em conta os seuscritérios de diagnóstico, porque, apesar de rara, é uma situação clínica de mau prognóstico.

POSTER
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA ASSOCIADA A COMPRESSÃO EXTRÍNSECA DO ANTRO GÁSTRICO


Hospital Santa Luzia de Elvas, ULSNA

Serviço de: Medicina Interna

Introdução A Hemorragia Digestiva Alta continua a ser uma emergência médica comum e está associada a uma taxa de mortalidade elevada. A abordagem diagnóstica e terapêutica, além das medidas gerais de suporte, inclui a realização de meios complementares de diagnóstico a fim de esclarecer a origem do evento, os quais podem conduzir ao diagnóstico de doenças não frequentes. Caso Clínico Homem de 74 anos, saudável até essa data, que recorreu ao serviço de urgência por hemorragia digestiva alta de etiologia a esclarecer. Foi realizada EDA que reportou úlcera gástrica sem sangramento activo e compressão extrínseca do antro gástrico, tendo sido confirmado por TAC e Eco endoscopia lesão de 35mm na parede do antro gástrico sem atingir a mucosa. O doente foi submetido a Gastrectomia subtotal B2. O estudo anatomo patológico confirmou o diagnóstico Tumor do estroma gastrointestinal, GIST, benigno positivo para vimentina, CD34, CD 117, KIT ++.

Avaliado na consulta de Oncologia Médica ficou com indicação de não fazer mais qualquer tipo de terapêutica por se tratar de uma lesão de baixo grau. Discussão O GIST é um tumor do tecido conectivo ou estroma, não epitelial descrito pela primeira vez em 1983, mas em 1998 foi descoberta a relação entre mutações específicas nas proteínas de tirosina-kinase e o desenvolvimento deste tipo de tumor que diferenciava-o, dos outros tumores estromais, por exemplo, dossarcomas. Com aumento do diagnóstico e uma elevação significativa da sua incidência global embora continue a ser uma doença sub-diagnosticada, pelo facto de ser, muitas vezes, assintomática e o diagnóstico ser, quer acidental em estudos imagiológicos quer em achados de necropsia. No caso do nosso doente a orientação diagnóstica foi dada por um achado na EDA, mas que não foi a causa principal do internamento. Outro dos avanços importantes após a descoberta dos mecanismos fisiopatológicos foi o desenvolvimento de terapias específicas como os inibidores das proteínas de tirosina-kinase, como o Imatinib.
SARCOIDOSE - UM DIAGNÓSTICO DIFÍCIL

Sofia Moreira da Silva, Inês Chora, Joana Pimenta, Paula VazMarques

Centro Hospitalar São João
Serviço de: Medicina Interna

A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistémica que se revela por vezes de diagnóstico difícil, especialmente no idoso. Apresenta-se uma mulher, 70 anos, caucasóide, sem antecedentes patológicos, que inicia astenia, anorexia e perda ponderal de 10kg, associada a febre vespertina. Procura várias vezes assistência médica, são efetuados estudo analítico e Rx tórax que não mostram alterações. Em 3 meses apresenta maior perdaponderal e inicia sonolência pelo que recorre ao serviço de urgência de um hospital(H) distrital onde se constata hepatoesplenomegalia, trombocitopenia e anemia. É realizada tomografia toracoabdominal que mostra adenomegalias mediastinicas, hiliares, junto ao tronco celiaco, espaço portocava e latero-aórticas e múltiplos micronódulos dispersos; efetuada ainda punção lombar- sem alterações. É transferida para o serviço de hematology de um H central onde realiza estudo imagiológico cerebral: sem alterações, a biopsia óssea mostrahiperplasia medular reativa e a imunofenotipagem apresenta predomínio de linfócitos CD4+. Efetuadas serologias, exames bacteriológicos e micobacteriológicos, todos negativos. A biópsia hepática exibe granuloma hepático e aesplenica agregado de células de feição epitelióide. É então transferida para um serviço de medicina interna ondeé feito doseamento sérico de enzima conversora da angiotensina-100U/L. Realiza broncofibroscopia cuja imunofenotipagem do lavado broncoalveolar revela predomínio de linfócitos CD4+, com relação CD4+/CD8+=6.67, a sugerir sarcoidose. Estes achados em conjunto com documentação de granulomas não-caseosos, em um doente com achados clínico-imagiológicos compatíveis, apresentam um valor preditivo positivo de 100% no diagnóstico dasarcoidose. A doente foi tratada com glicocorticóides. A apresentação clínica da sarcoidose nos idosos pode surgir com atingimento sistémico e é de diagnóstico difícil, mas quando identificada e tratada pode melhorar significativamente a qualidade de vida dos doentes.
HIPERTIROIDISMO AUTOIMUNE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Armindo Sousa Ribeiro, Ana Fernandes, João Paulo Caixinha

HOSPITAL LITORAL ALENTEJANO
Serviço de: MEDICINA INTERNA

Os autores propõem-se apresentar um caso clínico de um doente do sexo feminino, 32 anos de idade, com diagnóstico desde 2009 de hipertiroidismo de difícil controlo. Foi referenciada para a consulta de medicina interna em Novembro de 2011 para esclarecimento do quadro clínico. Após a colheita da história clínica pormenorizada e a realização de exames complementares de diagnóstico constatou-se alteração dos valores dos anticorpos anti-tiroideus, colocando-se a hipótese diagnóstica de Doença de Graves. Apesar da terapêutica antitiroideia aumentada progressivamente até à dose máxima não se registava melhoria clínica e analítica. Após várias semanas de terapêutica e realização de exames complementares de diagnóstico sem melhoria analítica, a doente realizou terapêutica com iodo radioativo no Hospital Santa Maria, onde iniciou seguimento na consulta de endocrinologia.

Devido à situação económica da doente, esta optou por parar o seguimento no Hospital Santa Maria, independentemente da evolução clínica e analítica da doente. Os autores propõem-se apresentar este caso devido à importância pedagógica e interesse do caso clínico e para sensibilizar os colegas para a dificuldade dos doentes sustentarem o custo económicos inerentes à sua deslocação a outros Hospitais, nomeadamente aqueles que vivem em regiões mais periféricas do país.
GRUPO 10 - 26 DE OUTUBRO DE 2012 ÀS 16:00 HORAS

MODERADORES: 
Dra Cláudia Martins
Dr José Proença
Introdução: O Eritema Multiforme é uma doença rara (<1%) imuno mediada que se apresenta com lesões cutâneas/ou mucosas. Manifesta-se em adultos jovens e pode ser induzida por vários factores, sendo a infecção por VirusHerpes Simplex a mais frequente. As lesões em alvo são características, tipicamente nas regiões acrais mas podem estender-se a todo o tegumento e mucosas; geralmente são assintomáticas, podendo ser por vezes dolorosas e pruriginosas. Em casos graves pode ter atingimento sistémico. Na sua maioria o diagnóstico é clínico.

Caso Clínico: Mulher de 39 anos, antecedentes de oligofrenia, obesidade e varicela aos oito anos, recorreu aos serviço de urgência (SU) por apresentar vesículas nos membros superiores associadas a dor e prurido intenso con três dias de evolução. Sem febre. Foi medicada com Aciclovir e Hidroxizina. Volta ao SU três dias depois porgravavamento da dor, do prurido e extensão das lesões. Ao exame físico apresentava-se sub-febril, com lesões eritemato-pruriginosas, algumas tipicamente em alvo, associadas a vesículas e bolhas dispersas por todo o corpo mucosa oral, poupando couro cabeludo. Analiticamente leucócitos: 14000/µL, PCR: 44mg/L. Serologias víricas negativas; Isolado Staphylococcus aureus em zaragatoa cutânea de bolha. A doente foi internada com o diagnóstico de Eritema Multiforme Major, cumprindo terapêutica com Aciclovir, Vancomicina e Hidroxizina. Verificou-se uma boa evolução das lesões.

Comentário: Os autores apresentam este caso devido à exuberância das lesões e pela importância na identificação das suas características de forma a conseguir um diagnóstico preciso, atendendo aos diagnósticos diferenciais possíveis e suas implicações na terapêutica e prognóstico.
A sarcoidose é uma doença inflamatória sistémica, de etiologia desconhecida, caracterizada pela presença de granulomas não caseosos nos tecidos e clinicamente dependentes dos órgãos atingidos. Os autores descreveram um caso clínico de um doente do sexo masculino, 32 anos de idade, com antecedentes de dois episódios de uveíte com nevrite ótica à direita. Internado no Serviço de Medicina por quadro de tosse com expectoração mucosa, astenia, hipersudorese noite e cerca de 2 meses de evolução e picos febris de 6/6 horas nas últimas 48 horas que cediam aos antipiréticos. Sem alterações relevantes ao exame objectivo da entrada mas instalação de parésia facial periférica ao segundo dia de internamento. O estudo analítico não apresentou alterações significativas, nomeadamente SACE e calcemia, sem elevação dos parâmetros inflamatórios. Em termos imunológicos a TAC confirmou a presença de adenopatias hilares que se suspeitavam pelo RX tórax, assim como adenopatias mediastínicas. Fez Broncofibroscopia com LBA que revelou linfocitose com razão das células CD4/CD 8 de 4,47, com citologia negativa para células malignas. O Cintigrama com Gálio evidenciou hiperfixação patológica radiofarmácnico na projecção do mediastino e ambas as regiões hilares, compatíveis com doença em fase ativa. Foram excluídas patologias auto-imunes e infecciosas nomeadamente Tubercolose, Sífilis, HIV, HCV, HBV, Borrelia, Toxoplasmose ou CMV. Devido ao atingimento multitissitêmico (oftalmológico, neurológico e pulmonar) iniciou corticoterapia sistêmica com franca melhoria clínica. Atualmente está assintomático mantendo corticoterapia eMFR em ambulatório. Os autores decidiram apresentar este caso pelas particularidades das manifestações iniciais, realçando a importância de despistar patologia sistémica nas uveítes de repetição.
Introdução: O hipopituitarismo pode ser parcial ou total e pode resultar de doença pituitária (hipopituitarismo primário) ou hipotalâmica (hipopituitarismo secundário). As manifestações clínicas podem variar consoante a extensão e severidade do défice hormonal da pituitária. A causa mais comum de hipopituitarismo são os tumores da hipófise. Apresenta-se o caso clínico de um doente de 68 anos com o diagnóstico de hipopituitarismo primário decorrente de apoplexia pituitária.

Caso clínico: Doente do sexo masculino de 68 anos, previamente saudável, admitido no internamento de Medicina por cefaleias intensas de início súbito e alteração do estado geral. Realizou TAC crânio-encefálica que foi normal, mas analiticamente foi constatada uma hiponatremia e hipotiroidismo secundário, pelo que foi colocada a hipótese de se tratar de um caso de hipopituitarismo. Após o estudo hormonal preconizado para esta patologia, verificou-se insuficiência suprarrenal secundária, embora o teste de estimulação com ACTH tenha sido normal. Contudo, isto pode ser explicado pela instalação súbita e recente do quadro clínico, não havendo, provavelmente, tempo para estabelecer de atrofia funcional das suprarrenais. O doente iniciou reposição hormonal com levotiroxina 0,1 mg e hidrocortisona 30 mg, verificando-se normalização da natriemia e melhoria dos sintomas. Foi realizada RMN crânio-encefálica que revelou uma apoplexia pituitária por hemorragia/enfarte de provável macroadenoma hipofisário. Após a estabilização dos parâmetros analíticos o doente teve alta, referenciado para consulta externa de Medicina e Neurocirurgia. Repetiu RMN crânio-encefálica cerca de três meses depois, a qual mostrou adenoma necrosado. O doente mantém-se em vigilância clínica em consulta de Medicina e Neurocirurgia.

Conclusão Pretendemos com este caso abordar a complexidade diagnóstica da patologia endócrina e diversidade de manifestações clínicas. O presente caso alerta para uma patologia rara, num paciente previamente saudável, sua abordagem diagnóstica, terapêutica e follow-up.

POSTER
POR DETRÁS DE UM SÍNDROME DEMENCIAL...

António Vieira, Carla Nobre, Fernanda Martins, Teresinha Ponte, Martinho Fernandes, Fátima Campante

Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Serviço de: Medicina Interna

Os autores descrevem um caso de um doente do sexo feminino de 76 anos de idade, com história prévia de Hipertensão arterial e Hipotiroidismo. Sensivelmente um ano antes do internamento iniciou quadro clínico caracterizado por alterações mnésicas, confusão mental, humor deprimido, insónias e diminuição franca da autonomia para as Actividades de Vida Diárias (AVD’s). Foi colocada a hipótese diagnóstica de Demência senil versus Doença de Alzheimer. Foi trazida ao serviço de Urgência por vômitos aquosos e agravamento do quadro supracitado. Analiticamente constatava-se a presença de hipercalemia. Dos exames auxiliares de diagnóstico efectuados em internamento, salientava-se: um valor elevado da paratormona, o que levou a considerar a hipótese diagnóstica de Hiperparatiroidismo primário. Realizou na sequência Cintigrafia das paratiróides que mostrou uma hiperfixação nodular de dimensões consideráveis (2 cm de diâmetro) ao nível do terço superior domediastino lateralizada à esquerda, retroesternal; lesão que foi sugestiva de adenoma da paratiróide delocalização ectópica. Doente foi encaminhada para consulta de Cirurgia Torácica com a hipótese diagnóstica de Hiperparatiroidismo primário por adenoma paratiroideu. Foi submetida a paratiroidectomia por Cirurgia Torácica Vídeo Assistida. Após a alta assistiu-se a uma remissão da sintomatologia, com desaparecimento gradual das alterações mnésicas e restabelecimento da autonomia, estando actualmente a doente independente nas AVD’s. A alteração do estado de consciência no doente idoso é motivo habitual de admissão em serviço de Urgência. Impõem-se vários diagnósticos diferenciais, sendo o mais habitual o síndrome demencial de origem vascular. Estecaso pretende focalizar as manifestações neuropsiquiátricas do Hiperparatiroidismo no Idoso com resolução após paratiroidectomia.
HIPERTROFIA GENGIVAL IATROGÉNICA – UMA IMAGEM A RETER

Lara de Andrade Maia, Ângela Coelho, Pedro Neves, Augusto Duarte

Centro Hospitalar do Médio Ave - Unidade de Famalicão

Serviço de: Serviço de Medicina I

A reação adversa a medicamento define-se como "efeito prejudicial ou indesejável, não intencional, após a administração de um medicamento em dose normalmente utilizada no Homem". Constitui um problema importante na prática clínica já que afeta negativamente a qualidade de vida do doente, motiva a perda de confiança no plano terapêutico e compromete a sua eficácia. Os antagonistas dos canais de cálcio (ACC) são uma classe farmacológica de uso crescente no tratamento da hipertensão arterial (HTA); a hipertrofia gengival por eles induzido foi descrito pela primeira vez em 1984, sendo atualmente, um efeito lateral bem estabelecido nas raras 3 subclasses, com predomínio dos dihidropiridínicos. A hipertrofia gengival não é exclusiva dos ACC, tendo sido descrita com anticonvulsivantes e imunossupressores. Torna-se evidente alguns meses após o início da terapêutica e reversível com a sua descontinuação. O aumento do tecido periodontal compromete as funções morfofisiológicas do tecido gengival, prejudica o controlo do biofilme dental e os seus efeitos a nível estético têm grande impacto psicológico. E porque “uma imagem vale mais que mil palavras”, os autores apresentam o caso de um doente de 51 anos, seguido por HTA essencial conhecida há 15 anos. Antecedentes de diabetes mellitus, dislipidemia e obesidade. Medicado com nifedipina 60mg id, perindopril 8mg id, furosemida 40mg id, nebivolol5mg id, simvastatina 40mg id, metformina 850mg 2id e ácido acetilsalicílico 150mg id. Apesar da melhoria do controlo tensional, o doente apresentou hipertrofia gengival presumivelmente pelo dihidropiridínico. Depois da suspensão da nifedipina e optimizada a terapêutica com indapamida, o doente manteve sobreponível controlo tensional e resolução da hipertrofia. O reconhecimento atempado desta condição é mandatório para minimizar as consequências e facilitar a sua resolução. No caso da suspensão do fármaco ser tardia ou não considerada adequada, poderá ser necessária uma abordagem cirúrgica.

POSTER
GRUPO 11 - 26 DE OUTUBRO DE 2012 ÀS 16:00 HORAS

MODERADORES:  Dr Artur Gama

                      Dr Carlos Lino
TROMBOEMBOLISMO POR DEFICIÊNCIA DE PROTEÍNA S

David Matias, Ana Palricas, Gonçalo Ferrão, Ricardo Assis, Manuela Grego, Graça Amaro, Luís Siopa

HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM
Serviço de: MEDICINA IV

Doente de 25 anos, género masculino, leucodérmico, autónomo com hiperuricémia, hábitos tabágicos e etilicosesporádicos. Recorreu ao serviço de urgência por toracalgia anterior direita, que agravava com os movimentos respiratórios. Referindo 5 dias antes, dor intensa e súbita na região posterior da perna direita, com melhoria sob analgesia. Evidenciava-se no exame objectivo murmúrio vesicular diminuído bilateralmente, hipofonese dos sons cardíacos, discreto edema do membro inferior direito com equimose na região gemelar. Nos exames complementares salientava-se ligeira leucocitose com neutrófilia, ligeiro aumento da Proteína-C-Reativa, hipoxémia ligeira e D-Dímeros aumentados em cerca de 5 vezes a normalidade. Teleradiografia torácica-póstero-anterior com discreto reforço difuso do parênquima mais evidente nas regiões peri-hilares. Angio-tomografia computorizada torácica com contraste endovenoso com sinais de defeitos de repleção hipodensos em ramos segmentares da artéria do lobo inferior, compatíveis com tromboembolismo pulmonar. No estudo etiológico evidenciou-se deficiência de Proteína S. Os autores apresentam este caso, fazendo uma revisão teórica de tromboembolismo por deficiência de Proteína S.
ESPONDILODISCITE E ENDOCARDITE – PATOLOGIAS RELACIONADAS?

Joana Sequeira, Luisa Eça Guimarães, Gert-Jan van der Heijden, Alexandre Mendonça, Teresa Pinto, Joaquim Monteiro

Centro Hospitalar Póvoa Varzim/Vila do Conde
Serviço de: Medicina Interna

A espondilodiscite é uma entidade patológica com incidência crescente. A disseminação, na maioria dos casos, pode ocorrer via hematogénica bem como por contiguidade ou inoculação direta (trauma ou manobras invasivas). O uso de drogas injetáveis, endocardite, cirurgia prévia à coluna, diabetes mellitus, corticoterapia ou outros estudos de imunossupressão são fatores predisponentes para o aparecimento de espondilodiscite.


Conclusão: Neste caso, o agente infecioso encontrado foi diferente do que causou a endocardite, contrariando as expectativas iniciais, pressupondo outra etiologia para a espondilodiscite.

POSTER
 Uma etiologia de síndrome febril indeterminado arelembrar

José Barroca, Sónia Serra, Maria Clara Rosa, Amaro Lourenço

Hospital de São Bernardo - Centro Hospitalar de Setúbal, EPE
Serviço de: Medicina

A investigação de febre de origem indeterminada constitui um grande desafio pelas múltiplas etiologias possíveis, incluindo infecções, neoplasias ou doenças auto-imunes, sendo por vezes impossível obter um diagnóstico final. Os autores apresentam o caso de um doente de 38 anos que recorreu ao serviço de urgência por quadro com 2 meses de evolução de febre elevada intermitente, inicialmente sem queixas associadas, surgindo gradualmente adinamia, anorexia, emagrecimento e lombalgia sem irradiação ou factores de alívio ou agravamento. Não havia outras queixas, antecedentes ou história epidemiológica relevantes. Já tinham sido realizados RX de tórax e seios perinasais, ecografia abdominal, urina II e análises, mostrando apenas discretas elevações das provas de função hepática (de padrão misto) e da PCR e VS. À entrada encontrava-se febril (39ºC), com exame objectivo incaracterístico. Analiticamente tinha linfocitose relativa. Foi internado para investigação, realizando-se exames analíticos, microbiológicos e imagiológicos, dos quais apenas se salientou elevação transitória das enzimas hepáticas e reacções de Huddleson e de Rosa de Bengala positivas. Foi confirmado o diagnóstico de Brucelose após isolamento de Brucella melitensis em hemoculturas e iniciada terapêutica com Doxiciclina e Rifampicina. A infecção por Brucella melitensis ocorre tipicamente pela ingestão de produtos alimentares contaminados (nomeadamente lactícios não-pasteurizados), sendo muito rara a sua transmissão por outras vias, e tem uma apresentação clínica inespecífica. Apurar minuciosamente o contexto epidemiológico é fundamental para se chegar a este diagnóstico e, neste caso, este não favorecia a hipótese de brucelose. Os autores pretendem alertar para um agente infeccioso por vezes esquecido, sobretudo porque o contexto económico actual pode propiciar situações de incumprimento de inspecções sanitárias favorecendo o aumento do número de casos.

POSTER
PROFILAXIA IATROGÉNICA

David Matias, Ana Palricas, Gonçalo Ferrão, Ricardo Assis, Manuela Grego, Graça Amaro, Luís Siopa.

DISTRITAL DE SANTARÉM

Serviço de: MEDICINA IV

Apresenta-se o caso de uma mulher de 88 anos, leucodérmica, com hipertensão arterial, status pós hysterectomiae anexectomia bilateral, infecções urinárias de repetição. Medicada com losartan, furosemida e nitrofurantoína há cerca de 2 anos. Recorreu ao serviço de urgência com quadro clínico de anorexia, mal-estar generalizado enáfuseas com evolução de 2 meses, associado na última semana a dor no flanco direito com vômitos incausticos. Ao exame objectivo evidenciava-se icterícia muco-cutânea, abdômen com cicatriz medianavertical, depressível, doloroso à palpação profunda no hipocôndrio direito e colúria. Nos exames complementares salientava-se: hiperbilirrubinémia mista, com aumento das transaminases, gama-glutamiltransferase, fosfatase alcalina e desidrogenase láctica, bem como, a presença de urobilinogenúria. O estudo etiológico demonstrou uma hepatite tóxica secundária à nitrofurantoína, tendo a doente revelado regressão clínica e laboratorial após a suspsensão. Os autores apresentam este caso, fazendo uma revisão teórica da hepatotoxicidade à nitrofurantoína.
ANGINA DE PRINZMETAL, UMA CAUSA INVULGAR DE DOR TORÁCICA.

Lúcia Meireles Brandão, Soraia Oliveira, Fernando Gomes, Diana Guerra, Carlos Mateus

ULSAM, EPE - Hospital Sta Luzia - Viana do Castelo

Serviço de: Medicina 1

INTRODUÇÃO: Angina de Prinzmetal, um síndrome de dor isquémica, frequente em jovens, ocorre em repouso, o diagnóstico baseia-se na elevação transitória de ST com dor em repouso e evidência de espasmo transitório nas artérias coronárias (através da angiografia). Resulta de espasmo focal da artéria coronária e pode causar isquemia miocárdica. Tem prognóstico excelente (sobrevida aos 5 anos de 90-95%). A base do tratamento inclui nitratos e bloqueadores dos canais de cálcio.

OBJECTIVO: Descrição de um caso clínico de Angina de Prinzmetal.


CONCLUSÃO: Este caso pretende salientar a importância do diagnóstico precoce, complicações associadas e orientação terapêutica, dado que a Angina de Prinzmetal, quando não diagnosticada, pode induzir isquemia miocárdica e/ou arritmia cardíaca, com pior prognóstico para o doente.
GRUPO 12 - 26 DE OUTUBRO DE 2012 ÀS 16:00 HORAS

MODERADORES: Dr Abílio Gonçalves
               Dra Joana Vedes
POLIMIALGIA REUMÁTICA – A PROPÓSITO DO ESTUDO DE POLIARTRALGIAS

Filipe Martins, Joana Oliveira, Adelaide Cruz

Centro Hospitalar do São João
Serviço de: Medicina Interna

A polimialgia reumática é uma doença reumatológica caracterizada por dor e rigidez articular matinal nos ombros e cintura pélvica que atinge maioritariamente mulheres com mais de 50 anos de idade. Pode apresentar-se isoladamente ou associada à arterite de células gigantes sendo um diagnóstico a considerar no estudo etiológico de um doente com poliartralgias. Os autores apresentam o caso de uma mulher de 56 anos admitida por quadro de poliartralgias bilaterais ao nível das cinturas escapular, pélvica e joelhos associadas à rigidez articular matinal incapacitante com mais de 2 semanas de evolução, sem outra sintomatologia associada. Antecedentes de relevo: estenose mitral reumática submetida a valvuloplastia por balão, fibrilhação auricular permanente hipocoagulada com varfarina e uma irmã com artrite reumatóide. Ao exame objetivo apresentava dor e rigidez à mobilização da coluna cervical e dos ombros bilateralmente e dor na extensão dos joelhos com limitação na extensão e flexão da articulação coxofemoral, sem outras alterações objetiváveis. Do estudo efetuado: marcadores inflamatórios elevados, ligeira anemia normocrômica normocitica, ácido úrico normal, estudo imunológico negativo; serologias para Epstein-Barr, citomegalovírus, parvovírus B19, Brucella e Borrelia negativas; marcadores víricos da hepatite Be C negativos; hemoculturas negativas. Ecocardiograma transtorácico sem imagens sugestivas de vegetações ou abcessos, sem derrame pericárdico. Estudo imagiológico das mãos, coluna cervical, ombros e articulações sacroiliacas sem alterações. Admitido diagnóstico foi iniciada corticoterapia com franca melhoria sintomática. Neste caso pretende-se sublinhar a importância do diagnóstico diferencial no estudo de um caso de poliartralgias.
HEPATITE TOXICA A SUPLEMENTO ALIMENTAR

Filipa Rebelo, Paulo Carrola, Presa Ramos, Trigo Faria

Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, unidade de Vila Real.

Serviço de: Medicina Interna

Introdução: A depuralina é um suplemento alimentar, dietético, comercializado em Portugal, com história de comercialização suspensa em 2008, por suspeita de efeitos adversos graves, não retirado do mercado pela Direcção Geral de Saúde (DGS) por concluirem, que eram casos normais de intolerância aos componentes do produto.

Objetivo: Reportar caso clínico de hepatite tóxica severa secundária a provável ingestão de depuralina.

Métodos: Revisão do processo clínico e literatura. Caso clínico: Homem, 29 anos, antecedentes de obesidade grau 1, esteatose hepática, história de úlceras aftosas desde há 1 ano em estudo. Sem história de hábitos tabágicos, álcool, drogas e relações sexuais de risco. Sem viagens recentes. Refere toma de depuralina durante 1 mês, com inicio de dores abdominais tipo cólica 15 dias depois de terminar o suplemento, tendo sido medicado com domperidona 10mg, 3id-30 dias, omeprazol 20mg-30 dias e ciprofloxacina 500mg 2id-16 dias sem melhoria. Dá entrada na urgência por agravoamento do quadro, com fadiga, astenia, prurito, pele amarelada, coluria, dejetções diarreicas e perda de 5Kg de peso na ultima semana. Analitica evidência de TGO 89U/L, TGP 260U/L, FA 163U/L, GGT 412U/L BIT 11,7 mg/dL, BID 10,0 mg/dl. Realiza TAC abdomino-pelvico sem alterações relevantes, virologia normal, estudo imunológico normal, Colangio-RMN que mostrou fígado aumentado com esteatose hepática, sem lesões das vias biliares. Colonoscopia sem alterações. A biopsia hepática mostrou lesões de esteato-hepatite grau 2 e aspectos focais de colestase canalicular de etiologia tóxica. O doente evolui com agravamento da disfunção hepática, atingindo BIT de 30,0mg/dL, sem coagulopatia ou clínica hemorrágica, com orientação imediata para consulta pré-transplante hepático. Submetido a tratamento com fluidoterapia, ácido ursodesoxicólico e n-acetilcisteina ev durante 14 dias. Ao fim de 30 dias, alta, orientado para Hospital de dia de Hepatologia, e seguimento no Centro de Transplante de referência. Apesar da severidade, o doente acabou por apresentar recuperação espontânea, com normalização da função hepática ao fim de 2 meses. Realizada notificação ao Infarmed.

Conclusão: Apesar da DGS considerar que as reacções notificadas ao suplemento em causa, estariam dentro das reacções comuns atribuídas a qualquer alimento, parece-nos relevante alertar quanto à continuidade de aparecimento de efeitos adversos severos à toma do produto e o facto do risco global de toma de suplementos alimentares não serem controlados pelas instâncias nacionais ou europeias do medicamento.
HEPATITE COLESTÁSICA GRAVE SEM CAUSA OBSTRUTIVA.


Hospital Santa Luzia de Elvas

Serviço de: medicina

INTRODUÇÃO: A hepatite colestásica no SU representa uma patologia frequente, na maioria dos casos sendo resultado de uma afectação directa hepato-bilio-pancreática fundamentalmente de causa obstrutiva. A ausência deste causa nos obriga a alargar o estudo para outras patologias.

CASO CLÍNICO: Doente de 50 anos, saudável até a data, recorre ao SU por quadro de hipertermia de 10 dias de evolução, em tratamento com amoxicilina-clavulânico sem melhoria. No exame objectivo a entrada salientava sudorese profusa, febre de 39º, abdómen distendido, timpanizado, doloroso a palpação no hipocôndrio direito. As análises mostraram leucócitos: 7.450 (84.% N), plaquetas 71000 ALT: 147, BD:2.36, BT: 3.26, PCR: 25.74, amilase e lipase normais. Urina II: urobilinógeno e bilirrubia positivos A ecografia abdominal revelou hepato-esplenomegalia sem mais achados. O doente fica internado com o diagnostico de hepatite colestásica aguda para estudo e tratamento. DE ORIGEM INFECCIOSA. Inicia terapêutica com doxiciclina (suspeita de picada carraça), soroterapia e IBP. Apresenta evolução desfavorável com manutenção da febre amento da icterícia e desenvolvimento de ascite. Agravamento analítico com aumento da BT 5.96, BD 5.21, FA 684, GGT 1352, D dimeros 3470, TP 60%. Da investigação efetuada descartamos patologia neoplásica ou obstrutiva hepato-bilio-pancreática ( marcadores, ECO, TAC e Colangio RMN), patologia autoimune ( ANA, Anti DNA, ANCA, AMA, ASMA, LKM1 negativos) ou patologia infecciosa (VHA, VHB, VHC, HIV, VDRL, serologias atípicas , borrelia, rickettsia, leishmania, CMV, leptospora negativos). Destaca positividade para EBV-VCA Ig M com EBV- VCA Ig G negativo. Admitimos Hepatite Colestásica Aguda no contexto de infecção aguda por EBV.

Iniciamos terapêutica de suporte com vitamina K, aciclovir e de forma empírica corticoterapia, apresentando uma evolução progressiva favorável com melhoria clínica e analítica permitindo a alta.

CONCLUSÃO: Afectação hepática pelo EBV pode ser variável. Na maioria dos casos apresenta-se como uma elevação ligeira das transaminasas no contexto de uma infecção aguda. Por outro lado pode apresentar-se de forma exuberante com icterícia, aumento marcado das enzimas de colestase, transaminasas constituindo-se um quadro de hepatite colestásica com o caso que apresentamos.
HEPATITE AUTO-IMUNE NEGATIVA PARA AUTO-ANTICORPOS: ANÁLISE DE UM CASO CLÍNICO

Pedro Gabriel Duarte Domingues, Dulcídia Falcão Sá, Sandra Calixto Rodrigues, Miguel Capão Filipe

Centro Hospitalar do Baixo Vouga EPE, Unidade de Aveiro

Serviço de: Medicina 2

Introdução: A Hepatite Auto-Imune (HAI) é, como o próprio nome indica, uma patologia hepática de etiologia auto-imune. Embora sejam importantes na investigação diagnóstica de HAI, os achados imunoserológicos podem, em casos raros, estar ausentes. O diagnóstico de HAI faz-se de acordo com os critérios do International Autoimmune Hepatitis Group (IAIHG), os quais, para além dos parâmetros imunológicos, também levam em conta os achados clínicos e histológicos, sendo indispensável a biópsia hepática.

Objectivos: Apresentação de um caso de Hepatite Auto-Imune negativa para auto-anticorpos. Material e métodos: Colheita de dados relativos ao caso a partir dos registos clínicos e relatórios de exames complementares de diagnóstico. Revisão da bibliografia científica relativa à patologia considerada.

Resultados: Doente, sexo feminino, 62 anos de idade, com antecedentes de internamento em 2002 por icterícia, a qual foi interpretada como hepatite tóxica, dada anegatividade para auto-anticorpos. Recidiva da icterícia em 2011, novamente com negatividade para auto-anticorpos. No entanto, a exclusão de outros diagnósticos (etiologias vírica, medicamentosa ou etílica) e os achados da biópsia hepática originaram um score IAIHG consistente com "HAI provável". Instituída imunossupressão, com boa resposta clínica da doente, o que também abona a favor de HAI.

Conclusão: O presente caso tem a particularidade de apresentar uma "HAI provável" negativa para auto-anticorpos, constituindo-se como um caso raro que sublinha a necessidade de não se valorizar nesta patologia somente os achados imunoserológicos, em detrimento da clínica e da histologia.
ESPONDILODISCITE COM ABCESSO EPIDURAL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLINICO

Filipe Martins, Joana Oliveira, Adelaide Cruz

Centro Hospitalar do São João
Serviço de: Medicina Interna

A espondilodiscite é uma infecção que atinge o disco vertebral e vértebras adjacentes. É uma causa rara de dores lombares no adulto mas apresenta elevada morbimortalidade sobretudo devido à dificuldade diagnóstica, sendo importante um elevado índice de suspeição. Os autores apresentam o caso de uma mulher de 63 anos com antecedentes de prótese da anca direita por tuberculose óssea (5 anos antes), diabetes mellitus tipo 2 insulinotratada com atingimento de órgãos alvo – retinopatia e nefropatia, hipertensão arterial e insuficiência cardíaca admitida por dor lombar bilateral com irradiação para os membros inferiores incapacitante associada a elevação dos marcadores inflamatórios. Dos exames imagiológicos iniciais: ecografia renovesical sem hidronefrose ou coleções; radiografia do tórax sem infiltrados; tomografia computorizada (TC) da coluna lombar com evidência de discretas protusões discais de L3 a S1, sem outras alterações. Dada suspeita de espondilodiscite iniciou terapêutica empírica com ceftriaxone e vancomicina. Realizada ressonância magnética nuclear (RMN) que confirmou achados da TC não evidenciando alterações sugestivas de espondilodiscite. Dos rastreios microbiológicos séricos e urinários não foi isolado qualquer agente; prova da tuberculina negativa e pesquisas de bacilo de Koch no suco gástrico negativas. Por manutenção da suspeita inicial foi mantida estratégia repetindo-se RMN após 3 semanas que revelou imagem sugestiva de espondilodiscite com coleção epidural anterior de D8-D9 até ao sacro. Submetida a laminectomia de L4-L5 e sequestrectomia L5-S1 com saída de líquido, sem evidência de abcesso intracanalar. Sem isolamento de agente nos produtos cirúrgicos. Este caso pretende ilustrar a importância da suspeição clínica na instituição de terapêutica mesmo na ausência de imagem comprovativa do diagnóstico.
GRUPO 13 - 27 DE OUTUBRO DE 2012 ÀS 8:00 HORAS

MODERADORES: Dr António Isidoro
                  Dra Ana Teixeira
ENDOCARDITE INFECIOSA SUBAGUDA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Abreu JC; Barroso AS; Gonçalves E; Ervalho R; Costa C; Oliveira C.

Hospital Santa Maria Maior, EPE Barcelos
Serviço de: Medicina Interna

A apresentação clínica variada e o perfil epidemiológico tornam a endocardite infeciosa (EI) um desafio diagnóstico.
A sua forma subaguda caracteriza-se por início insidioso e curso indolente com febre baixa, sudorese noturna esintomas constitucionais ou inespecíficos, camuflando, muitas vezes, o diagnóstico. Doente de 76 anos, com antecedentes de IC classe II, etiologia valvular – prótese aórtica biológica e fibrilação auricular paroxística.
Admitido por dispneia, dor retroesternal em aperto, agravada com esforço, febrícula, astenia e anorexia com 1 semana de evolução. Medicado com Levofoxacin 500 mg, desde há 4 dias, por pneumonia adquirida na comunidade à direita. Objetivamente taquipneico, com tiragem supraclavicular, taquicardico, temperatura axilar 37,1oC, normotensio, pulso arrítmico, sopro aórtico sistólico grau II/VI e crepitações bibasais.
Analisicamente: anemia normocítica normocrômica, enzimas cardíacas negativas e proteína C reativa elevada.
Os autores pretendem alertar para a necessidade de elevada suspeição clínica, sobretudo nos casos subagudos, dado que a Elainda acarreta prognóstico reservado e elevada mortalidade.
ENFARTE RENAL BILATERAL EM DOENTE COM FIBRILHAÇÃO AURICULAR

Márcio Alvim Ferreira, Ana Verónica Cardoso, Isabel Camões

Hospital de S. João, EPE
Serviço de: Medicina Interna

O enfarte renal é uma causa rara de lesão renal aguda. As principais causas são o trombo-embolismo, atero-embolismo e a trombose “in situ” da artéria renal sendo a primeira a mais frequente. A fibrilhação Auricular (FA) é apontada como um dos principais factores de risco. Descreve-se o caso de uma mulher de 52 anos admitida no serviço de urgência por dispneia aguda atribuída a FA com frequência ventricular rápida de tempo indeterminado. Foi submetida a cardioversão elétrica a ritmo sinusal tendo tido alta sob anticoagulação oral. Readmitida horas após por agravamento de dispneia apresentando eletrocardiograma com sinais de isquemia antero-lateral sem subida de troponina significativa. Ecocardiograma revelou trombo com 35 mm no apêndice auricular esquerdo (AAE). Coronariografia sem lesão significativa. No quinto dia de internamento, dor lombossacra súbita associada a febre e lesão renal aguda anúrica. A Angio-Tomografia mostrou extenso enfarte renal bilateral. O quadro urêmico ditou necessidade de suporte dialítico inicial com recuperação posterior e parcial defunção com independência de diálise na data de alta. Alta sob anticoagulação. No tratamento da FA a decisão por uma estratégia que vise a cardioversão a ritmo sinusal deve ser individualizada sendo reservada geralmente aos casos em que a perturbação do ritmo condiz sintomas importantes apesar de fármaco controlador defrequência, instabilidade hemodinâmica e em casos selecionados de FA de novo. O momento e a estratégia a adoptar são condicionados pela gravidade do quadro assim como pelo tempo de duração da disritmia. Quando o tempo de duração é indeterminado ou superior a 48 horas e, a gravidade clínica, dita a urgência em tentar acardioversão, a melhor estratégia é a que envolve a realização de ecocardiograma transesofágico antes do procedimento para exclusão do trombo no AAE. Na sua presença, a manobra deve ser precedida de anticoagulação com agente parentérico.
UMA CAUSA POUCO FREQUENTE DE CARDIOMIOPATIA RESTRITIVA

Loureiro L, Almeida G, Amaral M, Alfaíate T, Neves C, Pereira A

Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE
Serviço de: Serviço de Medicina Interna

Objectivos: A amiloidose cardíaca faz parte de uma das possíveis etiologias da miocardiopatia restrictiva. O objectivo deste trabalho consiste numa abordagem sobre o diagnóstico, tratamento da amiloidose cardíaca e o seu diagnóstico diferencial com outras causas de cardiopatias restrictivas.

Métodos: Apresentação de um caso clínico.

Resultado: Doente do sexo masculino de 80 anos de idade, que recorreu ao Serviço de Urgência por quadro progressivo de dispneia para mínimos esforços de vários meses de evolução. Ao exame objectivo apenas se destacava polipneia e na auscultação pulmonar diminuição do murmúrio vesicular em 2/3 inferiores do hemitórax esquerdo. Após realização de radiografia torácica constatou-se a presença de um extenso derrame pleural à esquerda, tendo-se realizado uma toracocentese diagnóstica e evacuadora. Efectuou também ecocardiograma que demonstrava uma hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo de provável causa infiltrativa. Foi internado no Serviço de Medicina para tratamento e compensação da insuficiência cardíaca, assim como para o estudo etiológico da cardiopatia infiltrativa e do derrame pleural. Para tal foi necessária a realização de diversos estudos analíticos, imagiológicos, citológicos e histológicos para o despiste das diversas causas de miocardiopatias infiltrativas, nomeadamente a hemocromatose, sarcoidose e a amiloidose. Apenas a realização de ressonância magnética nuclear (RMN) cardíaca permitiu estabelecer o diagnóstico de amiloidose cardíaca.

Conclusões: Ninsuficiência cardíaca por miocardiopatia restrictive, a suspeita de amiloidose geralmente é estabelecida quando já conhecida a forma sistémica da doença, sendo menos comum que se trate de um fenómeno localizado. Nestecaso clínico a avaliação clínica complementada com ecocardiograma e RMN cardíaca permitiu orientar para o diagnóstico mais provável de amiloidose cardíaca.
DA EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA À DOENÇA POLIQUÍSTICA RENAL

Abreu JC; Barroso AS; Gonçalves E; Ribeiro M; Pereira R; Costa C; Oliveira C.

Hospital Santa Maria Maior, EPE Barcelos

Serviço de: Medicina Interna

As crises hipertensivas podem representar mais de 25% dos atendimentos hospitalares de urgência e afetar cerca de 1% dos doentes hipertensos. A emergência hipertensiva caracteriza-se por pressão arterial marcadamente elevada em associação com sinais de lesões de órgãos-alvo, requerendo intervenção imediata e despiste de causas secundárias. Doente do sexo feminino, 57 anos, com antecedentes de HTA de longa data, com má adesão terapêutica, admitida por hemiparesia esquerda com face grau 4 com 1 dia de evolução. Objetivamente TA 215/124 mmHg e FC 88 bpm. Analiticamente insuficiência renal grau 1 e hipercolesterolemia. ECG em ritmo sinusal. TC craniana com leucoencefalopatia isquémica, sem lesões isquémicas agudas. Ecocardiograma transtorácico com hiperтроfia ventricular esquerda concêntrica. Ecodoppler dos vasos carotídeos com estenose inferior a 50% da artéria carótida comum esquerda e estenose de 50% da artéria carótida comum direita. Estudo de autoimunidade e pro-trombótico negativos. Do estudo realizado salienta-se ecografia abdominal e renal com estatose hepática com múltiplos quistos e rins aumentados com má diferenciação parênquima-sinusal com múltiplos quistos bilateralemente. Neste caso, embora sem história familiar conhecida, a imagiologia renal típica e a presença de quistos hepáticos possibilitou o diagnóstico de doença poliquística renal autossómica dominante (DPRAD). A hipertensão arterial (HTA) é um achado frequente na maioria das doenças renais crónicas, sendo imperativodescartar patologia renal como causa secundária. A DPRAD, apesar de frequentemente silenciosa, está associada a HTA em 50-70% dos doentes. Os autores pretendem alertar para a importância do despiste de causas secundárias de HTA, principalmente em doentes jovens, de forma a assegurar um controlo tensional adequado, prevenindo assas principais complicações.
A polimialgia reumática é uma doença inflamatória. Afeta, quase exclusivamente, pessoas de idade acima dos 50 anos, caracteriza-se por dor, rigidez do pescoço e das cinturas escapular e pélvica, elevação da velocidade desedimentação e anemia. Pode associar-se a febre, astenia ou anorexia. O diagnóstico é clínico e de exclusão e critérios não são universalmente aceites. O diagnóstico precoce e tratamento com corticoides em baixa dose levaram a melhoria franca dos sintomas e da capacidade funcional. A duração do tratamento pode variar entre 12 a 24 meses. A maioria dos doentes não consegue suspensão definitiva do tratamento. Os autores apresentam um doente do sexo masculino, 81 anos, com antecedentes de HTA, diabetes tipo 2, ex-fumador, que se apresentou na consulta de Medicina Interna no início de Abril de 2012 com queixas álgicas a nível das cinturas escapular e pélvica, impotência funcional significativa e dor do membro superior direito com cerca de 3 meses de evolução. Negava anorexia, febre, sudorese noturna, alterações gastro-intestinais, genito-urinárias e respiratórias. Analiticamentetinha hemoglobina de 12.3g/dL e velocidade de sedimentoção de 70. Realizou endoscopia digestiva alta e eecografia abdominal: não revelaram alterações. Iniciou prednisolona 10mg/dia, com melhoria significativa das sintomatologia e recuperação funcional. A 23/04/12 referiu dor retroesternal com as caminhadas diárias, com características de angor. Efectuou prova de esforço: positiva para doença coronária. O cateterismo mostrou doença coronária de 3 vasos, sendo submetido a bypass coronário a 06/06/12. Encontra-se atualmente a reduzir a dose de prednisolona, sem recidiva. Não há evidência de que a polimialgia reumática se encontre associada a doenças coronárias. Neste doente a melhoria significativa da capacidade funcional permitiu-lhe desenvolver maior esforço, tornando a doença coronária sintomática.
PERSISTÊNCIA DA VEIA CAVA SUPERIOR ESQUERDA – DOIS CASOS CLÍNICOS.

P Ricardo Pereira, Sara Beça, Gracieta Malangatana, Anabela Ferreira, Adelina Pereira.

Hospital Pedro Hispano - ULS de Matosinhos

Serviço de: Medicina Interna

Introdução: A persistência da Veia Cava Superior Esquerda (VCSE) é a anomalia venosa torácica mais comum. Ocorre em cerca de 0,3-0,5% da população geral, aumentando a sua prevalência em doentes com cardiopatias congénitas.

Objectivo/Métodos: Compararam-se dois casos de persistência da VCSE, ambos achados imagiológicos em tomografias torácicas.

Resultados: O primeiro caso refere-se a uma doente de 64 anos internada por Estenose Aórtica grave e sintomática. A radiografia do tórax apresentava alargamento do mediastino pelo que realizou tomografia (TAC) torácica com contraste angiográfico para exclusão de dilatação aneurismática pós-estenótica, que não se confirmou. No entanto, constatou-se persistência da VCSE a drenar num seio coronário (SC) dilatado. Realizou ecocardiograma (ECO) com injeção de soro salino agitado numa veia do antebraço esquerdo, embora a prova não tenha sido diagnóstica. Durante o internamento apresentou ainda alterações de ritmo cardíaco dedifícil controlo por apresentar extremos de frequência. Após estabilização, foi transferida para centro de cirurgia cardio-torácica para intervenção valvular. O segundo caso diz respeito a uma doente de 56 anos seguida em consulta por Artrite Reumatóide. Para excluir envolvimento pulmonar da doença realizou TAC torácica semcontraste que além das alterações parenquimatosas mostrou persistência de VCSE a drenar no SC. Apresentavaelectrocardiograma e ECO normais.

ENOCARDITE MITRAL NATIVA POR STREPTOCOCCUS BOVIS EM DOENTE COM CIRROSE HEPÁTICA

Márcio Alvim Ferreira, Verónica Cardoso, Fátima Coelho

Hospital de S. João, EPE
Serviço de: Medicina Interna

O Streptococcus bovis é um agente frequentemente associado a endocardite e adenocarcinoma do cólon. Menos frequentemente é causador de bacteriemia em doentes com patologia gastro-intestinal não neoplásica. Os autores apresentam o caso de um doente de 66 anos com história de Cirrose Hepática (CH) e Miocardiopatia Dilatada ambas de etiologia alcoólica e angiodisplasia do cólon. Admitido por lombalgia, febre e agravoamento de Insuficiência Cardíaca (IC) com ecocardiograma a mostrar Insuficiência Mitral (IM) grave associada a presença de vegetação no folheto posterior. Isolado em hemoculturas St. Bovis. Iniciada cobertura com gentamicina e ampicilina. Por persistência de lombalgia fez Ressonância Magnética Nuclear que mostrou Osteomielite Lombar com abcesso paravertebral. Pela estabilidade cardiovascular apesar de IM grave, decidiu protelar cirurgia desubstituição valvar. Submetido a intervenção por ortopedia que decorreu sem complicações major. Fez colonoscopia que não mostrou evidência de neoplasia do cólon. O doente evoluiu lentamente sob cobertura antibiotica prolongada. A associação entrebacteriemia a St. Bovis e patologia gastro-intestinal não neoplásica é menos reconhecida. Foi associada a CH em até 55% dos casos em alguns estudos.
TROMBOEMBOLISMO PULMONAR – A IMPORTÂNCIA DO TEMA

Sónia Gonçalves, Sara Estrela, Ana Rita Cardoso, Cristina Gonçalves

Centro Hospitalar Médio Tejo
Serviço de: Medicina Interna

O tromboembolismo pulmonar (TEP), é uma entidade com elevada incidência, mortalidade e morbidade, cuja abordagem diagnóstica, tratamento e prevenção é transversal a inúmeras especialidades médicas e cirúrgicas. O diagnóstico e terapêutica atempados, bem como uma profilaxia apropriada, são factores determinantes no prognóstico. Pode preceder o diagnóstico de neoplasia e, inclusivamente, ser a primeira manifestação da doença.

Os autores apresentam o caso clínico de um doente com 69 anos de idade que é referenciado ao serviço de urgência por dispneia, tosse seca, toracalgia e dor abdominal, com uma semana de evolução. Gasimetricamente apresentava hipoxemia com hipocapnia por hiperventilação. Ao exame físico salientava-se um abdômen com sinal de onda líquida positiva e franca hepatomegalia dura compatível ecograficamente com metastização hepática. Já no internamento foi pedida TAC toraco-abdomino-pélvica para estudo da lesão primária que, para além de sugerir neoplasia gástrica, mostrava trombos no lúmen da artéria pulmonar inter-lobar e segmentar. Iniciou terapêutica anticoagulante com melhoria do quadro respiratório e posteriormente realizou EDA que comprovou a presença de neoplasia gástrica. Com este caso, pretende-se reflectir sobre a importância do diagnóstico precoce de TEP, uma vez que este constitui a segunda causa de morte nos doentes com patologia neoplásica.
A miocardite consiste num processo inflamatório do miocárdio, causada por grande variedade de agentes etiológicos, mais frequentemente relacionada com infeções víricas. As consequências mais prevalentes incluem cardiomiopatia dilatada e insuficiência cardíaca (IC) crónica. Doente do sexo masculino, 41 anos, com comportamentos sexuais de risco, sem uso de drogas ilícitas. Admitido por dor precordial em aperto, semirradiação ou fatores de agravamento ou alívio, tosse seca, astenia, anorexia e dispneia para esforços mínimos com 2 semanas de evolução. Um mês antes foi medicado com Cefixima 400 mg por síndrome gripal.


Cateterismo cardíaco sem doenças coronárias. RMN cardíaca compatível com miocardite prévia. O doente encontra-se seguido em Consulta de Cardiologia e Medicina Interna deste Hospital, em classe funcional II da NYHA aos 6 meses de evolução, mantendo depressão severa da função ventricular esquerda. A apresentação clínica das miocardites varia desde doença subclínica até IC fulminante. Habitualmente têm evolução benigna, não havendo na maioria dos casos depressão da função sistólica. No entanto, os doentes do sexo masculino com miocardite vírica presumida poderão apresentar prognóstico mais reservado, atendendo a lesão cardíaca mais severa.
GRUPO 14 - 27 DE OUTUBRO DE 2012 ÀS 08:00 HORAS

MODERADORES:   Dra Rosa Amorim

                          Dra Vera Escoto
INSUFICIÊNCIA SUPRA-RENAL PRIMÁRIA - RELATO DE UM CASO

Andrade A*, Cardoso A**, Sousa E***. * Médico Internato Formação Específica Gastrenterologia CHSJ ** Médico Internato Formação Específica Pneumologia CHSJ *** Assistente Hospitalar Medicina Interna CHSJ

Centro Hospitalar S.João

Serviço de: Medicina Interna

A apresentação clínica da insuficiência supra-renal primária pode ser muito variável. Os sinais e sintomas são inespecíficos causando, frequentemente, um atraso no diagnóstico. A prova de synachten continua a ser o testediagnóstico gold-standart. Apresentamos o caso clínico de uma mulher de 58 anos com antecedentes de depressão.

Internada por emagrecimento, apatia, adinamia e fatigabilidade com cerca de 4 meses de evolução. Ao exame objetivo apresentava hiperpigmentação das áreas expostas e hipotensão. Analiticamente com insuficiência renal aguda, hipercaliemia e hiponatremia. O estudo efetuado confirmou o diagnóstico de insuficiência supra-renal primária. Iniciou terapêutica com hidrocortisona com melhoria clínica e analítica.

Dada a sintomatologia inespecífica que acompanha a fase inicial de uma insuficiência supra-renal crónica (facilmente mimetizando outras patologias, nomeadamente síndrome depressivo), o presente caso pretende enfatizar a relevância e dificuldade de um diagnóstico precoce.
PARADIGMA BENIGNIDADE VERSUS MALIGNIDADE NO HIPERPARATIROIDISMO

Rosado C., Marto G., Simas A., Neves J., Castelo M., Neves C, Jorge R,Capão Filipe M.

Centro Hospitalar Baixo Vouga - Aveiro

Serviço de: Medicina Interna 2

A lombalgia é um problema de diagnóstico frequente, comumente desvalorizado, de etiologia diversa, definida apenas em 15% dos casos, e associada a doença sistémica em menos de 5%. Os autores descrevem o caso de um doente de 62 anos, admitido na Consulta de Medicina por lombalgia mecânica com 4 meses de evolução, com limitação funcional progressiva na marcha. Negava trauma, febre, perda ponderal ou alterações neurológicas associadas. Exame objetivo: bom estado geral; dor lombo-sagrada agravada pela flexão do tronco sobre a bacia; exame neurológico sumário sem alterações. Analiticamente: hemograma e leucograma normais, [Ca²⁺] corrigido 17.5 mg/dL, VS 1ª hora 22 mm, PCR 0.22 mg/dL, ureia 95 mg/dL, creatinina 2.1 mg/dL, fosfatase alcalina 346 U/L, PTH sérica 1243.5 pg/mL, calcidiol 18 ng/mL, [Ca²⁺] urinário 837.2 mg/24h e β2-Microglobulina 4490 ng/mL; fósforo, enzimologia hepática, TSH, proteinograma eletroforético sérico e urinário, imunofixação proteínas, marcadores tumorais, imunoglobulinas e cadeias leves sem alterações. Telerradiografia coluna lombo-sagrada, TC coluna e RMN coluna lombo-sagrada com alterações degenerativas difusas, sem sugestão de lesões secundárias ou compromisso neurológico. Densitometria óssea: osteoporose grave. TC cervico-toraco-abdomino-pélvica com formação expansiva sólida com 2 cm no lobo direito da tireóide/paratiróide. Submetido a tiroidectomia total comexérese de lesão nodular aderente ao lobo direito, com 3.8 cm de maior eixo, cuja histologia mostrou adenoma paratiróide. A osteoporose grave com hipercalcemia severa é uma forma de apresentação rara do hipерparatiroidismo primário, mais frequentemente associada a lesões malignas, daí o paradigma na apresentação deste caso clínico.
Os carcinomas foliculares (CFT) da tiroide representam 10% de todos os cancro da tiroide, sendo a segunda neoplasia mais comum depois do carcinoma papilar. Os CFT metastizam com frequência para órgãos como pulmão e o osso. Ao diagnóstico, 1 -3% dos pacientes com cancro da tiroide têm doença metastática, enquanto 7-23% desenvolveram metástases alguns anos depois. As metástases à distância aumentam a morbi-mortalidade com taxas de sobrevivência de 25% a 10 anos. A distribuição óssea das metástases inclui: coluna (52,2%), fémur (20,4%) e pélvis (16%). A dor é o sintoma mais frequente, bem como as fraturas patológicas e compressão da espinha medula. Os autores apresentam o caso clínico de uma mulher de 60 anos, com queixas de parestesias e perda de força nos membros inferiores e agravamento progressivo há dois meses, com limitação funcional necessidade de cadeira de rodas. Dos antecedentes pessoais, salientamos hipertensão e hipotiroidismo portiroidectomia total, há cerca de 15 anos, em França. Anchoricamente: TSH 0,13 uUI/ml, T4L 2,4 ng/dL e PTH 3,9pg/mL. A TC coluna: lesões secundárias osteolíticas de D1, D7 e D12 e volumosas lesões expansivas, osteolíticas,infiltrativas em L4, L5 e asa do sacro à direita. Volumosa massa a nível do osso ilíaco à esquerda com cerca de 7,5x4,0 cm. Cintigrafia óssea: focos de hiperactividade metabólica óssea compatíveis com a existência depatologia secundaria em D1, D2, D12, sacro, cóccix, crista ilíaca esquerda, articulação sacroiliaca direita e úmero direito. A biópsia óssea da lesão do sacro revelou a presença de metástases de carcinoma folicular da tiroide CK7 e eTTF1 positivo. O anticorpo anti TTF-1 é um marcador imunohistoquímico sensível dos tumores pouco diferenciados da tiroide e metástases. Os tumores da tiroide são também CK7 positivo. Estes marcadores são uteis quando se pretende determinar a origem de um possível tumor metastático da tiroide. A taxa de sobrevivência a 10 anos ajustada à idade, para doentes com CFT é de 92%. Contudo a recorrência da doença é relativamente comum. Os autores pretendem chamar à atenção para a necessidade do diagnóstico precoce e follow-up adequado, notratamento das recidivas.
CETOACIDOSE DIABÉTICA E PNEUMONIA COMO MODO DE APRESENTAÇÃO DE DIABETES MELLITUS

Diana Abreu, Alejandro Dominguez, Pedro Lito, José Proença, Carlos Lino

CHCB
Serviço de: Medicina 1

Introdução: A Cetoacidose Diabética (CAD) consiste numa complicação metabólica aguda da Diabetes Mellitus (DM), provocada por um défice absoluto ou relativo de insulina. Pode ser precipitada por vários factores, sendo a infecção o factor precipitante mais frequente.

Caso clínico: Uma mulher, de raça caucasiana e 56 anos, foi admitida no Serviço de Urgência (SU) do CHCB por toracalgia à esquerda, tosse produtiva e cansaço com 2 semanas de evolução. Referia emagrecimento de 15 kg no último ano, poliúria e polidipsia. Sem antecedentes patológicos ou medicamentosos relevantes. Descobriu ser diabética. À entrada apresentava-se polipneica (frequência respiratória de 38 ciclos/minuto), respiração de Kussmaul, hálito cetônico e saturação periférica de O2: 83 % (FI O2 21%). À ausculta detectavam-se fervores crepitantes bibasais. Apresentava as mucosas orais desidratadas. O estudo complementar revelou biomarcadores de inflamação/infecção aumentados, hiponatremia de 127,5 mmol/L, hipocaliemia de 3,3 mmol/L e hiperglicemia de 735 mg/dl. Gasimetricamente apresentava acidose metabólica (Ph 6,97, HCO3 3,2, Po2 76, CO2 14). Radiologicamente com hipotransparência na base esquerda. Foi detectada positividade para Pneumococco. Durante o curso do internamento queixou-se de dores nos membros inferiores, tendo sido pedido estudo Electromiográfico, que revelou polineuropatia axonal periférica. Foi internada na unidade de cuidados intensivos (UCI) ao 2º dia, por critérios de gravidade clínica elevados. Ao 5º dia foi transferida para a enfermaria de Medicina 1, onde realizou antibioterapia dirigida e controlo do quadro metabólico.

Conclusão: Apresentamos um caso de DM inaugural com CAD, no contexto de infecção respiratória. Por se tratar de uma das complicações mais graves e complexas da DM, e ser, concomitantemente, uma emergência médica potencialmente fatal, os autores salientam a importância do seu diagnóstico precoce e tratamento adequado.

POSTER
DISFUNÇÃO NEUROLÓGICA – HIPERPARATIROIDISMO 1º, UM DIAGNÓSTICO A TER EM MENTE

Ester Ferreira, Francisco Monteiro, Débora Paiva, Manuela Dias, Paulo Bettencourt

Centro Hospitalar de São João, EPE

Serviço de: Medicina

O hiperparatiroidismo (HPT) primário é a principal causa de hipercalemia, sendo um diagnóstico a considerar no doente com elevação dos níveis séricos de cálcio. As manifestações clínicas são variáveis e vão desde nefrolitiase a fraqueza muscular, fatigabilidade e alteração do estado de consciência. Apesar de a introdução dos doseamento de cálcio sérico nas rotinas analíticas ter permitido um diagnóstico mais precoce e frequentemente em fase assintomática do HPT primário formas mais graves e sintomáticas continuam a fazer parte da nossa realidade.

Os autores descrevem o caso de uma Mulher de 75 anos com várias admissões no Serviço de Urgência durante o último mês por astenia, fraqueza muscular e alterações cognitivas. Os estudos analíticos efectuados e TAC cerebral não revelavam alterações. Perante o progressivo agravamento clínico foi admitida em internamento Hospitalar para investigação do quadro neurológico. Realizada punção lombar cujo estudo citológico apresentou 4 leucócitos com glicorraquia normal mas proteinorraquia ligeiramente aumentada. Instituído empiricamente aciclovir suspenso após resultado negativo da pesquisa de enterovírus e vírus herpes no Liquor. Analiticamente documentada hipercalemia (Ca²⁺ ionizado 3.44mEq/L) com hipofosfatemia. Assim colocada suspeita de hipercalemia sintomática. A PTHi apresentava-se elevada (243.5pg/mL) com calcitonina normal e 25-OH-VitD baixa, tendo sido estabelecido o diagnóstico de HPT primário. Instituída fluidoterapia vigorosa e pamidronato com progressiva recuperação neurológica.

LABILIDADE EMOCIONAL COMO MANIFESTAÇÃO DE HIPOPITUITARISMO NOIDOSO

Patrícia Tavares (1), Filipe Cunha (2), Raquel Duro (3), Abílio VilasBoas (4)

1-Interno de formação específica de Oncologia Médica doIPO do Porto 2-Interno de formação específica de Endocrinologia doCentro Hospitalar São João 3-Interno de formação específica deDoenças Infecciosas do Centro

Centro Hospitalar São João
Serviço de: Medicina Interna

Os adenomas da hipófise são a causa mais frequente de hipopituitarismo e podem apresentar uma síndrome clínica típica, como acromegalia, síndrome de Cushing ou prolactinoma, resultantes da hipersecreção de uma ou mais hormonas da hipófise anterior. Alternativamente podem apresentar-se de forma mais insidiosa, com efeito de massa ou com a expansão do tumor levando à compressão das estruturas adjacentes, incluindo tecido hipofisário normal com destruição de células produtoras de hormonas. Os autores apresentam o caso clínico de um homem, 70 anos, antecedentes de hipertrofia benigna da próstata, sem medicação habitual, autónomo, que recorreu ao serviço de urgência por labilidade emocional, astenia, anorexia e perda ponderal com cerca de um ano de evolução.

Na admissão, apirético, hemodinamicamente estável, euvolémico, sem alterações ao exame objectivo excepto ginecomastia e voz de tonalidade aguda. Analítica sem marcadores inflamatórios elevados mas com hiponatremia de 111mEq/L e potássio sérico normal. Radiografia do tórax sem alterações. Admitido no Serviço de Medicina Interna com diagnóstico de hiponatremia euvolémica. Do restante estudo efectuado, osmolaridade plasmática medida (237 mOsmol/Kg) e calculada (243,1 mOsmol/Kg) baixas, osmolaridade urinária elevada (625mOsmol/kg), função tiroideia normal, doseamento de cortisol da manhã 1,1 μg/dL (6,2 -19,4) diminuído (confirmado com teste de estimulação com tetracosactídeo (Synacthen®) e doseamento de ACTH da manhã 10,8 ng/L (<63,3) diminuído, dados muito sugestivos de insuficiência da supra renal secundária. A RMN cerebral revelou lesão expansiva selar (...) a traduzir macroadenoma hipofisário. A referida lesão contacta o quiasma óptico. Do restante estudo da função hipofisária com hipogonadismo hipogonadotrofico, (doseamento de FSH - 0,57 mU/mL (1,5 - 12,4), LH - <0,10 mU/mL (1,7 - 8,6) e testosterona - <0,03ng/mL diminuidos), prolactina 16,3 ng/mL (4 - 15,2), IGF-1 <25 ng/mL (64 -188). Realizou campos visuais sugestivos de quadrantanópsia bitemporal inferior. Iniciou testosterona 250mg/dia e hidrocortisona 10+10+5mg/dia. Foi feita a exérese cirúrgica da lesão 6 meses após o diagnóstico, cujo exame anatómo-patológico confirmou o diagnóstico de adenoma da hipófise não funcionante.

POSTER
POSOLOGIA INDEVIDAMENTE VEICULADA? A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

P. Paiva, A. Louro, A. Mateus, A. Mendonça, J. Leite, N. Calado, R. Bagina, J. Segurado, C. Baeta, A. Maria Costa

ULSNA- HDJMG Portalegre
Serviço de: MEDICINA INTERNA

A Acidose Láctica (AL) é um distúrbio do equilíbrio ácido-base muito temido pelas suas complicações clínicas. Vários autores defendem que a frequência da AL em pacientes diabéticos é semelhante em doentes medicados ou não medicados com metformina, existindo ainda controversas quanto ao potencial deste fármaco em causar ou precipitar a AL. Apesar dos estudos recentes demonstrarem segurança em relação ao seu uso, são alguns os casos descritos que associam este fármaco à causa de AL. Os autores apresentam um caso clínico de um doente de 78 anos de idade que recorre ao SU por quadro náuseas e vômitos pós-prandiais acompanhado de anorexia mal-estar geral e apatia com cerca de um dia de evolução. Na história pregressa salientavam-se antecedentes de DM tipo II sob antidiabéticos orais (ADO), insuficiência renal crónica, estatose hepática, AVC isquêmico e HTA. Medicado habitualmente com metformina e Inibidores da DPP4. Da avaliação clínica de entrada, salientavam-se glicemia de 150, creatinina de 5,4 mg/dl e potássio> 6,5 mmol/L com GSA sem alterações de relevo. Ficou internado admitindo-se IRC agudizada. Passadas 8 horas após a chegada ao SU, iniciou episódio agudo de mal-estar, sudorese profusa, hipotermia e palidez cutânea. Realizada GSA que revelou acidose láctica metabólica grave com ph 6,4, BE 33, HCO3 2,0 mmol/L; Lactatos >20 mmol/L. Por agravamento do quadro clínico-choque com necessidade de suporte aminérgico, foi internado na UCI com o diagnóstico de Acidose láctica secundária à intoxicação por metformina. Iniciou terapêutica intensiva com bicarbonato, fluid challenge e hemodiafiltração veno-venosa emergente. Houve melhoria clínica e analítica progressiva, tendo sido transferido para o Serviço de Medicina Interna ao fim de cerca de 24 horas. Posteriormente, averiguou-se que estávamos na presença de uma intoxicação por metformina, uma vez que o doente, por má interpretação da prescrição médica, tomava diariamente 6g deste fármaco.

A explicação deste caso pretende alertar para a existência desta entidade clínica, devendo ser uma hipótese diagnóstica a considerar em doentes medicados com metformina, um ADO de 1ª linha no tratamento da DM. Pretende-se ainda evidenciar a importância da veiculação da mensagem relativa a posologia da prescrição, uma vez que, se esta for erradamente interpretada pelo doente, pode conduzir a situações de risco e potencialmente fatais.

POSTER
HIPOTIROIDISMO E HIPERPARATIROIDISMO PRIMÁRIO: ASSOCIAÇÃO OU COINCIDÊNCIA?

Raquel Duro*, Patrícia Tavares**, Rita Ferraz*, Paula Marques***

*Interna de Formação Específica de Doenças Infecciosas do CHSJ**Interna de Formação Específica de Oncologia Médica do IPO Porto***Assistente Hospitalar Graduada do Serviço de Medicina Internada CHSJ

Centro Hospitalar de São João

Serviço de: Serviço de Medicina Interna

INTRODUÇÃO: A coexistência de doenças da tiroíde e da paratiroide não é rara. As alterações mais frequentemente associadas ao hiperparatiroidismo primário são o bócio multinodular, os nósulos benignos, os tumores e a tiroidite crónica.


CONCLUSÃO: A existência de uma relação causal na associação entre hipotiroidismo e hiperparatiroidismo primário não está completamente esclarecida. No entanto, atendendo a sua associação não infrequente, é importante considerar a possibilidade de alteração funcional em ambas as glândulas na presença de um distúrbio numa delas.
GRUPO 15 - 27 DE OUTUBRO DE 2012 ÀS 8:00 HORAS

MODERADORES:  
Dr Juan Pedro  
Dra Dillorom Alimova
PERICARDITE DE CAUSA ENDÓCRINA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Filipa Rodrigues, Joana Sequeira, Francisco San Martin, Cristina Teotónio, Rosa Amorim

CHON - Hospital Caldas da Rainha

Serviço de: Medicina Interna

Introdução: O derrame pericárdico geralmente ocorre como manifestação secundária de uma lesão primária dopericárdio – pericardite aguda. Apesar da etiologia infecciosa, neoplasia, auto-imune ou até mesmo idiopática, serem mais frequentes, as causas encrócrinas desta patologia não devem ser negligenciadas.

Caso: Doente do sexo feminino, 34 anos de idade, com antecedentes de cirurgia por adenoma hipofisário, não medicada em ambulatório, recorre ao SU por dor retroesternal há 2 dias, que agrava com a inspiração e melhorava com a ante-flexão do tronco, acompanhada de dispneia, À entrada: Polipneica, edema generalizado dos membros inferiores. No ECG: ondas T invertidas em DI, DII, aVF e V2-V6; Analiticamente: Troponina I: 0.000» 0.493»0.246ng/mL; PCR 9,8. Rx Tórax: ICT >50%, hipotransparência bibasal com apagamento dos seios costo-frênicos. No Ecocardiograma: “Pericárdio ligeiramente espessado, com derrame pericárdico circunferencial, sem compromisso significativo.” Admitiu-se pericardite aguda, e iniciou terapêutica com Ibuprofeno. Realizaram-sereserologias virais que foram negativas. Foi feito estudo hormonal, que revelou TSH 10,68; T4L 0,1, pelo que Iniciou levotiroxina. Foi feito acompanhamento ecocardiográfico com progressivo agravamento do derrame, pelo que iniciou Colchicina com melhoria. Teve alta medicada com levotiroxina, ibuprofeno e colchicina, referenciada à Consulta. Uma semana depois volta ao SU por reaparecimento das queixas. Analiticamente, melhora dos parâmetros inflamatórios, mas de novo valor de TSH aumentada. Após discussão com a doente apurou-se incumprimento terapêutico, tendo-se observado melhoria após retomar terapêutica.

Conclusão: O derrame pericárdico é uma manifestação cardíaca primária pouco frequente do Hipotiroidismo. No entanto, pelo seu caráter multisistémico, esta entidade patológica não deve ser negligenciada, apresentando-se inclusivé casos de recidiva ou caso de incumprimento ou insuficiência terapêutica.
A criptococose é uma infecção fúngica letal causada pelo Cryptococcus neoformans, um fungo capsulado, cuja primeira infecção ocorre a nível pulmonar após a sua inalação, mantendo-se assintomático em doentes imunocompetentes. A imunodeficiência das células T pós-infecção por VIH é um importante fator predisponente para a ocorrência de criptococose disseminada. Mulher, 34 anos, seropositiva desde 2002, sem tratamento até julho/2012, quando fica internada no Hospital Joaquim Urbano (HJU) no contexto de pneumocistose pulmonar.

Apresenta contagem de CD4+ de 10/mm3. Após tratamento e 2 meses de internamento tem alta sob terapêutica anti-retroviral e profilaxia para infecções oportunistas. Admitida novamente no SU a 8 de setembro por febre, queixas mal definidas de dor abdominal difusa, vômitos e mal-estar. Analiticamente com ligeira hiponatremia, sem outras alterações de relevo. TC abdomino-pélvico mostrava mioma uterino, possível hidrosalpingite e endometriose. Internada sob antibióterapia empírica por suspeita de doença inflamatória pélvica em doente imunodeprimida. Sem febre após início da antibióterapia, melhoria parcial das queixas abdominais, mantendo-se o quadro de vômitos. Queixas esporádicas de cefaleias e fotofobia que teriam já várias semanas de evolução e que a doente desvalorizava. TC cerebral sem alterações. Punção lombar revela líquor límpido, incolor, com pressão aumentada e com pesquisa de cryptococcus (tinta da china) positiva. Transferida para o HJU parainício de anfotericina B com melhoria progressiva do quadro. Os doentes imunodeprimidos requerem um olhar diferente, mais atento, sendo que sintomas pouco definidos e pouco objectivos podem esconder infecções raras que ameaçam a vida e que devem sempre ser despistadas, principalmente perante imunodeficiências graves.
PNEUMONIAS DE REPETIÇÃO POR CORPO ESTRANHO: UM CASO CLÍNICO

Jorge Henriques - Interno Complementar do 1º ano de Medicina Interna. Eduardo Aguiar Oliveira - Interno Complementar do 5º ano de Medicina Interna, Miguel Osorio Castro - Interno Complementar 3º Ano de Medicina Interna, Margarida Balsa - Interno Complementar do 1º Ano de Endocrinologia, Raquel Fer

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

Serviço de: SERVIÇO DE MEDICINA 1

Introdução: A aspiração de corpo estranho para a árvore traqueobrônquica é mais comum em crianças. Nos adultos, geralmente se associa a alguma condição predisponente alteração do estado de consciência, traumatismo maxilofacial ou distúrbios da deglutição.

Caso Clínico: Os autores descrevem um caso de um senhor de 66 anos com antecedentes de HTA, DM tipo 2 NIT, Bronquite, não fumador, portador de prótese de joelho esquerdo. Múltiplos episódios de infecções respiratórias, a última no mês anterior durante internamento em ortopedia. O doente recorreu ao SU por tosse não produtiva e dispneia, com 7 dias de evolução. À ausculta pulmonar apresentava MV mantido e simétrico, com crepitacões bibasais e sibilos dispersos. Restante exame objetivo sem alterações.

No estudo complementar, o Rx de Tórax revelou opacidade heterogênea do andar superior direito com fenômenos de fibrose e retração da traqueia para a direita. Analiticamente apresentava parâmetros inflamatórios elevados e D-dímeros de 4063, pelo que realizou Angio-TC, que excluiu TEP e demonstrou ao nível do lobo superior direito, bronquiectasias, destruição pulmonar, fibrose e paquipleurite. Visualizando-se no brônquio direito imagem intraluminal, com densidade cálcaica, provável corpo estranho. Realizou Broncofibroscopia com remoção de corpo estranho à entrada do brônquio do lobo inferior direito, com tecido de granulação a rodeá-lo. À observação demonstrou ser osso. O doente apresentava história de episódio de sufocamento enquanto ingeria coelho, no ano anterior.

Conclusão: No presente caso não havia fator predisponente para a broncoaspiração; No entanto, havia relato de uma situação favorável que foi o episódio de sufocamento no ano anterior enquanto ingeria coelho.
Interessante neste caso foi o material aspirado que, apesar de radiopaco, não foi visualizado em radiogramas de tórax. Doente não voltou até ao momento a ter mais intercorrências respiratórias.

POSTER
FEBRE ESCARO-NODULAR: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Filipa Rodrigues, Joana Sequeira, Anton Vasin, Francisco SanMartin, Teresa Martinho, Cristina Teotónio, Rosa Amorim

CHON - Hospital Caldas da Rainha

Serviço de: Medicina Interna

Introdução: A febre escaro-nodular continua a ser, a par com a brucelose, a doença com características sazonais-regionais mais notificada no nosso País. Apresenta uma elevada taxa de incidência, quando comparada com alguns países mediterrâneos.

Caso Clínico: Doente do sexo masculino, 38 anos de idade, jardineiro, recorre ao SU por queixas de febre alta, de predominio vespertino/nocturno, acompanhada de sudorese nocturna, mialgias generalizadas com 3 dias de evolução. Recorreu ao médico de família tendo sido medicado com Amoxicilina/Clavulanato. Por persistência da febre após dois dias de antibióterapia, e aparecimento de eritema generalizado, não pruriginoso, sem poupar palmas ou plantas, que o doente associou à toma do antibiótico, acabando por recorrer ao SU. À entrada: febril, polipneico e taquicárdico. Apresentava à inspecção eritema generalizado, não pruriginoso, inclusivé nas palmas e plantas, não desaparecendo à digitopressão. Apresentava um alesão postulada no dorso do pé esquerdo, aspecto necrótico. Quando questionado o doente referiu ter sido após “picada numa roseira”(sic). À palpação abdominal: dor à palpação do hipocondrio direito – hepatomegália. Analiticamente: leucocitose com neutrofilia; Plaquetas aumentadas; no hemograma – polimorfonucleares atípicos; PCR elevada; AST e ALT aumentadas; hiperbilirrubinémia à custa da indireta; Rx Tórax sem alterações. Realizou ecografia abdominal que revelou padrão de esteatose hepática. Foram pedidas seralogias, CMV, EBV e hepatites que foram negativas. Iniciou Doxiciclina empiricamente com melhoria dos sintomas. Foi feito o teste de Weil Felix que foi positivo. Manteve terapêutica com boa resposta e regressão dos sintomas.

Conclusão: A forma de apresentação nem sempre é idêntica apesar da febre ser um sintoma cardinal da doença, e nos primeiros dias os sintomas são maioritariamente constitucionais e pouco específicos. A avaliação laboratorial por vezes pode suscitar dúvidas, e muitas vezes a terapêutica é iniciada empiricamente. Além da prevalência em Portugal, a febre escaro-nodular tem especial importância ainda pela taxa de mortalidade associada, em especial nos doentes com co-morbididades.
MONONUCLEOSE INFECCIOSA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.

Rui Dias Costa*, Luís Patrão*, José Roberto Silva**, Marina Bastos***
* Interno de Medicina Interna no Serviço de Medicina 2 do Centro Hospitalar Tondela-Viseu; ** Assistente de Medicina Interna no Serviço de Medicina 2 do Centro Hospitalar Tondela-Viseu; *** Diretora de Serviço de Medicina

Hospital São Teotónio - Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Serviço de: Medicina 2.

A infecção por Vírus Epstein Barr (VEB) é caracterizada por ser assintomática em crianças e ir aumentando, com a faixa etária, a gravidade do seu quadro clínico. Apresenta-se um caso clínico de uma doente de 36 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, que apresenta um quadro de febre, hiperemia amigdalina e astenia, com 4 dias de evolução, interpretada como Amigdalite Bacteriana e medicada empiricamente com Azitromicina. Pela manutenção do quadro de astenia com picos febris, temperatura axilar 38.5ºC com 12 horas de intervalo e boa resposta ao antipirético, nesta altura já com uma semana e meia de evolução Sem outra sintomatologia constitucional ou de órgão e sem contexto epidemiológico. Decide-se internamento para estudo do Síndrome Febril instituindo-se antibióterapia empírica com Doxiciclina.

À observação destaca-se: subfebril, sem sinais inflamatórios amigdalinos e com sopro holosistólico grau II. Analiticamente salienta-se: leucocitose de 13.20 x10⁹/L com linfocitose (70.7%); PCR 2.20 mg/dL; VS 36.0 mm¹/h; GGT 108.1 U/L, ALT 153 U/L, AST 153 U/L, LDH 926 U/L; ADA 95.2 U/L; Anticorpo (Ac) Vírus Epstein Barr (VEB) IgG 140 U/mL (positivo) e IgM 28 U/mL (duvidoso); restante estudo negativo. Prova de Mantoux com 18 mm de diâmetro, sem pápula. Radiografia do tórax sem alterações. Ecocardiograma com derrame pericárdico com aproximadamente 1mm. Ecografia abdominal com hepatoesplenomegalia moderada. Admitiu-se o diagnóstico provisório de Mononucleose Infecciosa. Durante o internamento apresentou uma boa evolução clínica com afebrile desde o 4º dia apesar de manter picos subfebris espórficos até ao 10º dia. Analiticamente destaca-se uma elevação dos Ac. VEB IgM 40.8 U/mL (positivo); a manutenção de valores elevados do perfil hepático e instalação progressiva de anemia normocítica (hemoglobina de 10.9 g/dL).

Os exames microbiológicos e pesquisa BK, então conhecidos, são negativos. Assume-se o diagnóstico definitivo de Mononucleose Infecciosa. Na vigilância da evolução, em internamento e depois em ambulatório, verifica-se uma progressiva normalização do hemograma e perfil hepático.

Discussão: Os autores salientam a importância de um elevado índice de suspeita clínica de MI particularmente em doentes com sintomatologia sugestiva de amigdalite quando acompanhado de alterações do perfil hepático.

POSTER
Introdução: A síndrome de Ramsay-Hunt também conhecido como herpes-zoster otico é causada pela reactivação do vírus herpes zoster pré-existent que afecta o gânglio geniculado. É a 2º causa mais comum de paralisia facial periférica não traumática. É mais frequente em pacientes imunossuprimidos. Clinicamente caracteriza-se por paralisia facial periférica súbita, otalgia, rash vesiculo-eritematoso do pavilhão auricular, língua e palato duro, podendo também apresentar vertigens, zumbidos e hipoacusia neurosensorial.


Conclusão: O doente teve alta com os diagnósticos de acidente vascular cerebral e síndrome de Ramsay-Hunt.
ANEURISMA DO SEIO VALSALVA DIREITO COMO CAUSA DE REGURGITAÇÃO AÓRTICA E SCA

Ana Vaz, Eulália Pereira, Marta Ponte, Aníbal de Albuquerque, Juan Luengos, Domingos Fernandes

ULS Nordeste UH Bragança e Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia
Serviço de: Medicina Interna e Cardiologia

O aneurisma do seio de Valsalva direito é uma anomalia congénita rara. Geralmente assintomática, os sintomas surgem quando ocorre a compressão de estruturas adjacentes ou aquando da sua ruptura, com a ocorrência deshunting intracardíaco e insuficiência cardíaca aguda. Mulher, 20 anos, recorre ao SU por dispneia de início súbito e dor torácica retroesternal. Tinha como antecedentes uma cardiopatia congénita que não sabia caracterizar. À admissão apresentava-se em choque, com hipoxemia grave. Iniciou suporte ventilatório e vasopressor. Rx tórax sugestivo de edema pulmonar. Depressão do segmento ST nas derivações DII, aVF e V4-V6 no ECG. Estudo analítico com aumento do peptideo natriurético e marcadores de necrose miocárdica. Ecocardiograma transesofágico revelou a presença de um aneurisma no seio de Valsalva direito, com trajeto fistuloso para a câmara de saída do ventrículo direito e regurgitação aórtica grave por provável efeito de “sucção”. A doente foi transferida para o centro de cirurgia cardio-torácica do hospital de referência aonde se procedeu ao encerramento da fistula. Restante internamento sem intercorrências, tendo tido alta assintomática. Avaliações subsequentes mostraram resolução da regurgitação aórtica, fração de ejeção ventricular preservada e sem alterações da contractilidade. O aneurisma congênito do seio de Valsalva é causado pela separação da média do vaso do anel fibroso da válvula aórtica e apresenta uma prevalência de 0.1-1.5% entre a população ocidental. É geralmente assintomático até à sua ruptura, que surge na transição entre a adolescência e a idade adulta. A correção cirúrgica atempada (cirurgia aberta ou em casos seleccionados por via percutânea) acarreta um bom prognóstico. A presença de insuficiência aórtica concomitante configura pior prognóstico, e somente 40% destes doentes relatam resolução completa dos sintomas. Este caso clínico ilustra a importância do diagnóstico e referência precoce nesta doença para instituir tratamento adequado.
ABCESSO DO MÚSCULO ILEO-PSOAS SECUNDÁRIO A OSTEOMIELITE

Abreu, Rui Miguel; Rebelo, Filipa; Carrola, Paulo; Subtil, Paulo; Faria, Trigo

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro - Vila Real
Serviço de: Medicina Interna

OBJECTIVOS Demonstrar que a investigação de uma febre sem foco é das mais desafiadoras da prática clínica.

MÉTODO Descrição de caso clínico.

RESULTADOS Sexo feminino, 71 anos de idade, autónoma, com antecedentes de hipertensão essencial, depressão, coxartrose, fratura de D12 há 8 anos e infeções do trato urinário de repetição com último episódio há vários anos. Recorreu ao Serviço de Urgência por febre, dor lombar e dor na anca direita com irradiação para o membro inferior com início três dias antes. Dois dias depois, iniciou quadro de vômitos, disúria e hematuria. Sem história epidemiológica suspensa. Ao exame físico apresentava-se hipotensa, sub febril, com dor à palpação da coluna lombar e articulação coxo-femoral direita. Analiticamente tinha hemoglobina: 9,0 g/dL, proteína C reactiva: 25,8 mg/dL, sendo o sedimento urinário inocente para cistite. Admitida no internamento, colhendo rastreio sético e iniciando empiricamente amoxicilina/ácido clavulânico.

Da investigação inicial: urocultura negativa, hemoculturas negativas, ecografia renal normal, serologias de Widal, Wright e Rosa-Bengala negativas. Realizou uma Tomografia Computadorizada (TAC) da articulação coxo-femoral e coluna lombar e posteriormente Ressonância Magnética que confirmaram a presença de abcesso do músculo ileo-psosas direito, osteomielite da coluna lombo-sagrada e osso ilíaco direito e artrite séptica da articulação sacro-ilíaca direita. Por persistência da febre, escalou-se a antibioterapia para meropenem e metronidazol. Realizada biópsia aspirativa do pus, com isolamento de Staphylococcus aureus sensível à meticilina, alterando-se o antibiótico para flucloxacilina. Repetiu TAC pélvico que descreveu uma evolução favorável, com franca diminuição do tamanho do abcesso. Após 46 dias de internamento, a doente teve alta para a Consulta de Ortopedia.

CONCLUSÃO Abcesso e Osteomielite são causas importantes de febre sem foco que nunca devem ser esquecidas, contudo raramente estão reunidas num só caso.
Introdução: A espondilodiscite infecciosa (EI) constitui o processo infeccioso que envolve um ou mais discos intervertebrais e os corpos das vértebras adjacentes. O seu diagnóstico precoce e a instituição atempada da terapêutica são determinantes na diminuição da morbi-mortalidade e na melhoria do seu prognóstico funcional.

Objetivo: Avaliar os aspectos clínico-epidemiológicos dos doentes com EI.

Métodos: Estudo retrospectivo dos processos clínicos dos doentes com o diagnóstico de alta de EI num período de 10 anos, na Unidade Local de Saúde (ULS) de Castelo Branco.

Resultados: Identificaram-se 7 doentes, com predomínio do género feminino (71,42%), com idade compreendida entre os 50 e 76 anos. Correspondendo a uma média de idades de 61,57 anos. A forma de apresentação clínica mais frequente foi a dor localizada na coluna (100%). Seis doentes referiram concomitantemente sintomas constitucionais e febre (85,7%). Dois doentes apresentaram défice neurológico (14,28%). As doenças associadas e/ou factores predisponentes identificados foram o alcoolismo, a insuficiência renal crónica e hemodiálise, a infecção recente, a diabetes mellitus, a corticoterapia ou os procedimentos invasivos prévios. Em 3 doentes o diagnóstico foi feito por TC do segmento afectado, nos restantes foi necessário o estudo por RMN. Em todos os doentes o segmento envolvido foi o lombar, em 3 havia extensão ao segmento sagrado (42,85%) e num à região dorsal (14,28%). Foi isolado microorganismo nas hemoculturas (Staphylococcus aureus) em 4 dos doentes (57,14%). Verificou-se aumento da VS em 5 doentes (71,42%) e em 4 aumento da PCR (57,14%).

Todos os doentes cumpriram antibioticoterapia e analgesia. Um dos doentes necessitou de tratamento cirúrgico de descompressão por compromisso neurológico. A média da duração do tratamento endovenoso foi 36,33 dias. O tempo médio de internamento foi 46,83 dias. Um doente ficou com dor esporádica, 1 doente com dor permanente, 1 doente faleceu, 1 foi orientado para consulta de neurocirurgia e em 2 doentes a evolução foi desconhecida.

Conclusão: A série de casos apresentada representa a realidade da nossa ULS em termos de infeção discovertebral e evidência não só a dificuldade no diagnóstico desta entidade nosológica como a necessidade de antibioticoterapia prolongada e um tempo de internamento alargado. Os aspectos clínico-epidemiológicos dos doentes relatados estão de acordo com os descritos na literatura, com excepção do género feminino que não é o mais frequente.

POSTER
PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE – UMA REALIDADE LOCAL

David Neves, Claudiu Guz, Vera Sarmento, Raquel Ventura, Tereza Veloso, Margarita Urquiola, Bernardino Páscoa

Hospital: Hospital do Espírito Santo – Évora
Serviço de: Medicina 2

Objectivos: A pneumonia adquirida na comunidade é uma patologia importante, representando uma das principais causas de internamento e mortalidade no nosso país. A sua etiologia não é facilmente determinável e o seu tratamento empírico, apesar da existência de várias recomendações, não é completamente consensual. O objectivo deste trabalho foi estudar esta patologia, no que respeita a epidemiologia e abordagem terapêutica, numa unidade hospitalar.

Métodos: Estudo retrospectivo incluindo 142 doentes, internados entre 1/01/2011 e 30/06/2011 e estudadas variáveis demográficas, clínica, tratamento e epidemiologia.

Resultados: Dos dados obtidos salienta-se uma amostra constituída maioritariamente por indivíduos idosos, com muitas co-morbididades. Foram isolados agentes etiológicos em cultura em cerca de 8% dos casos. Combinando esta informação com dados de serologias e antigenúrias, a etiologia foi determinada em 21% dos casos, sendo o agente mais frequente o Streptococcus pneumoniae. A combinação antibiótica mais frequentemente escolhida foi a associação de Amoxicilina + Ácido Clavulâmico e Ciprofloxacina.

Conclusão: O conhecimento e monitorização da epidemiologia local de uma patologia numa instituição é indispensável para um ajuste actual das terapêuticas utilizadas.
GRUPO 16 - 27 DE OUTUBRO DE 2012 ÀS8:00 HORAS

MODERADORES: Dr Artur Gama
Dr Francisco Varela
PNEUMONIA A VARICELA NO ADULTO

Andreia Coelho, Ana Filipa Rebelo, Renata Silva, Nuno Silva, Sónia Carvalho, Rui abreu, Trigo Faria

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Serviço de: Medicina Interna

Introdução: A varicela é uma doença exantemática infetocontagiosa causada por infeção primária pelo vírus varicela zoster, responsável também pelo herpes zoster, que ocorre quando o vírus, latente no organismo, é reativado. Na maioria dos casos trata-se de uma doença benigna da infância, no entanto podem ocorrer complicações em indivíduos imunocomprometidos. As complicações mais frequentes são as do sistema nervoso central, a infecção bacteriana de pele e a pneumonia.

Caso clínico: Descrevem-se, de seguida, dois casos clínicos. O primeiro caso trata-se de um doente do sexo masculino de 87 anos, que teve contato com a bisneta que estava com varicela. Recorreu ao serviço de urgência por um quadro de febre, tosse produtiva e lesões eritematosas vesiculares generalizadas. O segundo caso refere-se a um doente do sexo masculino de 40 anos, com antecedentes de hepatite B crónica e de tromboses venosas profundas de repetição (heterozigota para factor V de Leiden e hiperhomocisteinêmia por homozigotia para a mutação MTHFR), cujo filho tinha varicela. Recorreu ao

serviço de urgência por febre, disfagia, astenia e lesões eritematosas vesiculares. Em ambos, perante a clínica e alterações imagiológicas, foi admitido o diagnóstico de Pneumonia pelo vírus varicela zoster e iniciaram terapêutica com aciclovir. O primeiro caso evoluiu com disfunção respiratória e hematológica mas, sem necessidade de cuidados intensivos. Foi internado na Unidade de Isolamento e Doenças Infeciosas (UIDI) apresentando uma evolução favorável, com recuperação clínica e melhoria radiológica. O segundo doente apresentava quadro séptico severo com disfunção múltipla de órgãos tendo sido admitido na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) para terapêutica de suporte intensiva. Evoluiu de forma favorável, pelo que foi transferido para a UIDI para completar tratamento.

Conclusão O tema abordado alerta para a ocorrência de complicações da infeção pelo vírus da varicela no adulto. Em ambos os casos, a abordagem diagnóstica e terapêutica foi semelhante. Contudo, no segundo caso houve necessidade de transferência para UCI por se tratar de uma sépsis severa por infecção pelo vírus varicela zoster complicado de pneumonia e disfunção multiorgânica (respiratória, hematológica, hepática e metabólica).
PNEUMONIA A CHLAMYDOPHILA PNEUMONIAE – A PROPÓSITO DE UMCASO CLÍNICO

Bruno Pedro, Joana Sequeira, Cristina Marques, Filomena Roque

Centro Hospitalar de Póvoa de Varzim/Vila do Conde; Hospital de Santarém

Serviço de: Medicina / Medicina III

INTRODUÇÃO A Chlamydia pneumoniae é um microrganismo que habitualmente se associa à patologia respiratória. Estima-se que possa ser responsável por cerca de 10 a 20% dos casos de pneumonia adquirida na comunidade (PAC) em adultos, sendo uma infecção provavelmente subvalorizada na nossa prática clínica.

CASO CLÍNICO Apresentamos o caso clínico de uma doente de 31 anos, grávida de 13 semanas, com quadro infecioso respiratório arrastado, com cerca de 11 dias de evolução, sem resposta à terapia efetuada em ambulatório, primeiramente, com amoxicilina, e, posteriormente, com amoxicilina combinada com ácido clavulânico. O exame físico, na admissão hospitalar, revelava palidez mucocutânea, hipotensão, temperatura corporal sub-afebril e polipneia, exibindo a auscultação pulmonar crepitações inspiratórias dispersas no hemitórax esquerdo. Fez radiografia do tórax (assegurando-se proteção abdominal com avental de chumbo) que revelou hipotransparência heterogênea difusa no campo pulmonar esquerdo e no terço inferior do campo pulmonar direito. Analicamente, destacava-se apenas a presença de neutrofília, sem leucocitose, proteína C reativa elevada e alterações gasimétricas compatíveis com insuficiência respiratória tipo I. Fez pesquisa de antígenos urinários para Pneumococcus e Legionella pneumophila e colheu amostras para microbiologia da expectoração, urocultura e hemoculturas, todos com resultados negativos. Colheu também amostras para serologia infecciosa para microrganismos atípicos. Iniciou antibióterapia empírica com ceftriaxona 1g ev 12/12h, associada a azitromicina 500mg ev 1id, com resposta clínica favorável, apirexia ao 2º dia de internamento e melhoria progressiva das queixas. Teve alta ao 8º dia de internamento. Fez controlo clínico e analítico, 8 dias após a alta, com resolução completa do quadro. A identificação de um aumento no título de anticorpos IgM específicos para Chlamydia pneumoniae no soro colhido na admissão hospitalar e na consulta de reavaliação após alta permitiu o diagnóstico retrospectivo de pneumonia pelo patogéneo em questão.

CONCLUSÃO Este caso chama a atenção para o facto da Chlamydia pneumoniae ser um agente infecioso a considerar na etiologia das PAC, principalmente em adultos jovens, devendo ser assegurada a sua cobertura pela antibióterapia com inclusão de um macrólido. Sendo a clínica, os exames laboratoriais e radiológicos inespecíficos é necessário um elevado índice de suspeição para o seu diagnóstico.

POSTER
QUILOTÓRAX

Luísa Eça Guimarães, Joana Sequeira, Gert-Jan van der Heijden, Rosa Lemos, Joaquim Monteiro

Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde
Serviço de: Medicina Interna

Quilotórax é uma forma de derrame pleural, pouco frequente, que quando é diagnosticada impõe a suspeita de doença maligna no diagnóstico diferencial de um doente. Este é um caso de uma doente de 61 anos com antecedentes de abcesso do psoas em Junho de 2008, histerectomia total há 12 anos por suspeita de lesão varíca depressão aos 39 anos com recaída em 2009 acompanhada em consulta de cirurgia da mama por patologiabenigna, que inicia queixas súbitas de epigastralgias com vômitos incoeríveis e afrontamento pós prandial, inicialmente foi diagnosticada com Gastroenterite aguda e tratada com metoclopramida e posteriormente por persistência da sintomatologia e surgimento de dor epigástrica foi à médica de família que pediu uma ecografia abdominal que permitiu detetar derrame pleural sendo enviada para o serviço de urgência do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde (SU-CHPVVC). Nunca teve tosse, expectoração, febre ou dispneia. À entrada no SU-CHPVVC foi detectado no raio-x do tórax um derrame pleural extenso à esquerda. Fez toracocentese com saída líquido pleural turvo de aspecto leitoso com características de exsudado, pH 7.32, 8052 cel/mm3 compreendido de linfócitos e monócitos, maioritariamente na forma de macrófagos e 237 mg/dL de triglicerídeos. Após o diagnóstico de quilotórax a doente fez Tomografia Computorizada torácica que revelou múltiplas adenopatias retro-crurais e uma massa paravertebral esquerda de D7 a D11 medindo longitudinalmente 6,6 cm e 2,4 cm de espessura com captação de contraste. A doente manteve bom estado geral no decorrer do internamento, fez biópsia aspirativa da massa paravertebral que na análise imunocitoquímica revelou ser um linfoma. Asintomatologia de derrame pleural pode ser inespecífica mesmo com grandes volumes e quando detectados a análise do fluido exteriorizado deverá ser cuidada e pode orientar a investigação de um doente com patologiamaligna que se apresentou com sintomatologia aparentemente súbita.
PNEUMONITE SECUNDÁRIA A AMIODARONA: 2 CASOS, 2 EVOLUÇÕES DISTINTAS

Nuno Silva, Renata Silva, Andreia Coelho, Elisa Serradeiro, Trigo Faria

CHTMAD Vila Real

Serviço de: Medicina

A pneumonite associada à amiodarona (Am) tem uma incidência que ronda os 15% dos doentes medicados com este antiarritmico. Com um mecanismo ainda por esclarecer, acredita-se que o risco esteja relacionado com a dosetotal acumulada, mais do que com a dose diária. Inicialmente apresenta-se com dispneia e tosse seca ou poucopedutiva, dependendo o diagnóstico de um alto grau de suspeição e o tratamento na suspensão do fármaco e, em determinados casos, corticoterapia (CT). Os autores descrevem 2 casos clínicos com diferente evolução independente da dose total acumulada de fármaco.

CASO 1: homem de 75 anos, agricultor, antecedentes de cardiopatia isquémica, arritmogénica e hipertensiva, medicado com Am 200mg/dia desde há 6 meses. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por dispneia com 7 dias de evolução associado a tosse produtiva e astenia, sem outras sintomatologia. Após avaliação clínica foi submetido a raio-X tórax que mostrava um padrão sugestivo de fibrose pulmonar (FP). Realizou tomografia computorizada (TC) que evidenciava FP, aspeto em favo de mel nos lobos inferiores e densificações em vidro despolido. Considerada a hipótese de FP secundária a Am iniciou CT, com evolução desfavorável, vindo o doente a falecer ao 18º dia de internamento.

CASO 2: mulher de 89 anos, antecedentes de doença vascular cerebral, hipertensão, cardiopatia arritmogénica e diabetes mellitus tipo 2, recorreu ao SU por tosse seca com 10 dias de evolução e dispneia. Do estudo realizado salienta-se hipoxemia, infiltrados algodonosos bibasais no raio-X e TC com infiltrado interstício-alveolar heterogéneo. Excluída etiologia infecciosa e cardíaca, admitiu-se pneumonite associada ao uso de Am. Suspensou o fármaco e iniciou CT. Atualmente a doente encontra-se assintomática e com reduzidas sequelas pulmonares.

CONCLUSÃO: Apesar do uso prolongado de Am predispor a maior incidência de pneumonite este quadro também pode surgir com doses baixas e ter evolução rápida e agressiva.

POSTER
A tuberculose (TB) é uma importante causa de mortalidade e morbilidade mundial que ao longo de décadas tem suscitado a preocupação das organizações de saúde para o controlo da doença. Portugal, apesar de apresentar valores de incidência decrescente de TB desde 2002, mantém-se um país de incidência intermédia.

Objectivo: analisar a casuística do Serviço de Medicina Interna da Unidade Hospitalar de Bragança através da análise retrospectiva dos casos de TB e os respectivos dados epidemiológicos, clínicos, radiológicos, microbiológicos e terapêuticos internados no Serviço de Medicina Interna entre 1 de Janeiro de 2000 e 31 de Dezembro de 2011.

Resultados: No período estudado registaram-se 65 casos de tuberculose (63% TB pulmonar e 37% TB extrapulmonar), sendo 62 correspondentes a novos casos e 3 a retratamentos. A faixa etária variou dos 16 anos aos 80 anos, sendo 83% (n=54) dos doentes do género masculino. O tabagismo e o alcoolismo foram os factores de risco mais frequentes. 10,8% (n=7) dos doentes tinham antecedentes de TB e existia história de contacto prévio com TB em 9,2%, co-infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana em 7,7% (n=5), e infecção pelo Vírus da hepatite C em 6,2% (n=4). Os anos de 2000, 2010 e 2011 foram aqueles em que ocorreu um maior número de internamentos 13,8% (n=9), 12,3% (n=8) e 12,3% (n=8) respectivamente. A demora média de internamento foi de 27 dias, não se verificando falecimentos durante o internamento.

Conclusão: Apesar dos esforços na irradicação da doença não se verifica uma diminuição do número de internamentos por TB, mantendo-se de extrema importâncias medidas de rastreio da doença na população assim como o cumprimento terapêutico.
TUBERCULOSE TRAQUEAL-A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Rui Terras Alexandre, Romeu Pires, Raul Mora, Prudência Vaz

ULS Nordeste
Serviço de: Medicina Interna

Objectivo: descrever caso de tuberculose traqueal


Resultado: diagnóstico tuberculose traqueal

Caso Clínico: Tuberculose a Grande Dissimuladora

Sofia Moura, Elisabete Pinelo, Prudência Vaz

ULS do Nordeste, Unidade Hospitalar de Bragança

Serviço de: Serviço de Medicina Interna

Objectivos: Descrição e caracterização de caso clínico.

Métodos e resultados: Doente do sexo masculino 52 anos, autónomo, com antecedentes de tabagismo. Seguido em consulta externa de otorrinolaringologia (ORL) por suspeita de neoplasia da laringe, proposto para biopsia; que na sequência da consulta de anestesia pré-operatória foi detectada radiografia do tórax com infiltrados difusos dispersos por ambos os campos pulmonares; sendo neste contexto orientado para observação por medicina interna. Com quadro clínico insidioso caracterizado por disfonia, disfagia, astenia, anorexia, perda ponderal e tosse produtiva. Negava dispneia, toracalgia, febre, sudorese nocturna ou hemoptises. Ao exame objectivo consciente, orientado e colaborante, hemodinamicamente estável, eupneico, com duas adenomegalias da cadeia cervical anterior direita; auscultação cardiopulmonar sem alterações e restante exame objectivo sem alterações dignas de registo. Dos exames complementares de diagnóstico realizados são de salientar: anemia, VS e PCR elevadas, marcadores tumorais e prova de Mantoux negativas.

Marcadores víricos compatíveis com portador de hepatite B crónica. Estudo imagiológico com TAC na zona dopescoço revelando espessamento e hiperacaptação da epiglote, das pregas ariepiglóticas e das falsas cordais vocais. TAC torácico evidenciou aumento da densidade em vidro despolido associado a padrão micronodular em árvore de botão nos segmentos inferiores dos lobos superiores e segmentos superiores dos lobos inferiores, no lobosuperior direito com lesão cavitada sugestiva de caverna tuberculosa. Perante suspeita de tuberculose iniciou tratamento com antibacilares (isoniazida, rifampicina, pirazidamina e etambutol). Colheu previamente àterapêutica instituída rastreio séptico, com exame direto e cultural da expectoração e PCR que se revelaram BK positivas. Ao longo do internamento melhoria sintomática e objectiva do aparelho respiratório; com boa tolerância aos antibacilares. Perante evolução favorável o colega de ORL protocolou biopsia da laringe após tratamento antibacilar.

Conclusão: Com este caso os autores evidenciam uma forma de tuberculose pulmonar e extrapulmonar, esta última capaz de dissimular outra entidade patológica nomeadamente neste caso a neoplasia da laringe.
GRUPO 17 - 27 DE OUTUBRO DE 2012 ÀS 8:00 HORAS

MODERADORES: Dr José Proença

Dra Joana Vedes
AVC ISQUÉMICO – A NECESSIDADE DE COMPLEMENTAR O ESTUDO

Barroso A, Santos F, Pereira J, Costa M, Oliveira C

Santa Maria Maior, Barcelos (Hospital de Braga - estágio de Neurologia)

Serviço de: Neurologia - Hospital de Braga

A presença de alterações congénitas do septo interauricular apresenta uma associação estatisticamente significativa com a ocorrência de Acidente Vascular Cerebral (AVC) em adultos jovens (idade inferior a 55 anos). Estas alterações podem ser explicadas através do mecanismo da embolia paradoxal, em voga nas últimas décadas.

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 48 anos, doméstica, com antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensão Arterial. Foi levada à Urgência por afasia e hemiparesia direita. À admissão com perturbação dalinguagem e hemiparesia direita (grau 4) com face – NIHSS 5. Fez TC cerebral que revelou enfarte recente em território da artéria cerebral média esquerda e pequenos enfartes não recentes cerebelosos bilaterais. Foi submetida a trombólise e internada para investigação. Do estudo complementar realizado foi detectada Dislipidemia e, no Ecocardiograma Transtorácico, a presença de Comunicação Interauricular (CIA) do tipo ostium secundum de grande dimensão com repercussão na função ventricular direita e associada a hipertensão pulmonar severa (PSAP 110 mmHg) determinando shunt esquerdo-direito.

Assim, apesar da CIA constituir uma causafrequente de embolia paradoxal, não foi ainda comprovada a sua associação com aumento do risco de primeiro evento isquémico nem de eventos subsequentes, podendo inclusivamente em cerca de 1/3 dos casos ser apenas um achado acidental. Independentemente destes estudos é necessário enfatizar a necessidade de prevenção denovo evento isquémico. O tratamento médico deste tipo embolias com origem em alterações congênitas permanece um desafio. Ainda não foi demonstrada superioridade dos anticoagulantes sobre os antiagregantes nem vice-versa. Relativamente ao tratamento cirúrgico, as mais recentes técnicas assentam no encerramento percutâneo, contudo, o momento em que é detectada a malformação e suas complicações, nomeadamente a evolução para a Síndrome de Eisenmenger, é fundamental nesta escolha.

POSTER
INTRODUÇÃO: A malformação de Chiari tipo I (herniação das amígdalas cerebelosas através do foramen magno) representa um desafio diagnóstico, pois mimetiza outras condições em que patologias cerebelares estão envolvidas. O diagnóstico é de difícil realização, face ao quadro clínico neurológico multiforme (insuficiência respiratória aguda, síndrome vertiginoso associado, cefaleia etc.) e exames complementares pouco esclarecedores.

CASO CLÍNICO: Mulher de 48 anos, caucasiana, com antecedentes de hipertensão arterial (HTA), que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por cefaleia pulsátil, fronto-parietal e occipital sem aura associada as vertigens, com instalação progressiva nas últimas 4 semanas. Foi medicada com anti-inflamatórios não esteroides e metoclopramida com alívio parcial. À entrada no SU apresentava-se apirética, hidratada, corada, hipertensa, eupnea em repouso. Exame objetivo sem alterações. Ao exame neurológico salientava-se anisocoria discreta e instabilidade na posição de Romberg. Analiticamente sem alterações de relevo. Requisitada Tomografia Crânio-encefálica (TAC-CE) que revelou alargamento ligeiro do sistema ventricular, sem outras alterações. A cefaleia da doente foi relacionada com HTA e ansiedade com melhoria após de toma de Captopril e Diazepam. Por agravamento da cefaleia e vertigens e aparecimento de vômitos recorreu ao SU no dia seguinte. Exame objectivo e neurológico sobreponível ao do dia anterior. Pediu-se Ressonância Magnética CE que revelou alargamento ventricular supratentorial, dos cornos temporais, globóide do III ventrículo, da morfologia pontiaguda das amígdalas cerebelosas e ectopia amigdalina sinais de Malformação de Chiari Tipo I. A Doente foi submetida a intervenção neurocirúrgica que decorreu sem intercorrências. Actualmente mantem seguimento em consulta de Neurocirurgia.

CONCLUSÃO: A malformação de Chiari tipo I é a mais benigna dos 4 tipos de anomalias descritas por Chiari e tem apresentação clínica multiforme. Deve ser sempre mencionada em doentes com cefaleia, síndrome vertiginoso, particularmente quando se associa a anisocoria ou nistagmo. O exame de neuroimagem de escolha é a RM CE, a qual sempre confirma o diagnóstico.
Introdução: A intoxicação por monóxido de carbono (CO) é a intoxicação letal mais frequente em todo o mundo. As suas manifestações podem dividir-se em precoces e tardias acompanhando-se de padrões de lesão cerebral variáveis. Os autores apresentam um caso clínico de lesão tardia por CO.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 53 anos, recorre ao serviço de urgência (SU) por alteração do estado de consciência após ter estado a dormir em quarto com braseiro, apresentava na altura um Glasgow score 12. Foi diagnosticada intoxicação aguda por CO, realizou TC-CE que evidenciou “pequena hipodensidade subcortical parietal direita podendo referir sequela de hipoperfusão isquémica”. Fez oxigenoterapia em alto débito, recuperou o estado de consciência e teve alta para o domicílio às 48h. Após 20 dias recorre novamente ao SU por alterações mnésicas e do comportamento. À observação encontrava-se apirética com discurso incoerente, desorientação no espaço e no tempo, alterações mnésicas, humor deprimido, não cumpria ordens, lentificação psicomotora, sem défices neurológicos focais. O Líquido céfalo-raquideco era normal e a TC-CE não evidenciou lesões agudas. Foram colocadas as hipóteses de diagnóstico de lesão cerebral tardia por intoxicação a CO vs encefalite viral. A doente foi transferida para o hospital central de referência, para ser observada pela neurologia e para realização de RM-CE que evidenciou lesões da substância branca periventricular das coroas radiárias e dos centros ovais, relacionadas com fenómenos de desmielinização tóxica por CO.

Conclusão: A desmielinização da substância branca é uma complicação tardia da intoxicação por CO, responsável pelo síndrome neuropsiquiátrico tardio que esta doente apresentava. No entanto, na fase aguda da intoxicação, estão descritas lesões focais envolvendo o córtex cerebral. Esta doente poderia ter beneficiado do tratamento hiperbárico de oxigénio na fase aguda de forma a prevenir a lesão cerebral e défices neurológicos tardios.
UMA POLINEUROPATIA INVULGAR

Nuno Sousa, Luís França, Behnam Moradi, Renato Saraiva

Centro Hospitalar Leiria-Pombal
Servizo de: Medicina 1

Introdução: A polineuropatia é um distúrbio neurológico frequente e de difícil abordagem. Pode ser manifestação de várias patologias, incluindo doenças inflamatórias sistémicas, doenças desmielinizantes ou doenças neoplásicas.

Caso clínico: Homem 56 anos, com antecedentes de bypass coronário por doença de 3 vasos em 2006 etuberculose pulmonar há mais de 20 anos. Há 2 anos iniciou quadro de parestesias nas mãos e pés e diminuição da força muscular de predomínio nos membros inferiores, de agravamento progressivo, impossibilitando a marcha. No estudo destas alterações destaca-se electromiografia que revelou polineuropatia sensitivo-motora com componente axonal e desmielinizante, progressiva, idiopática. Por franco agravamento da sintomatologia nas 3 últimas semanas, foi ao serviço de urgência. Ao exame neurológico salientava-se tetraparésia de grau 4 de predomínio na abdução dos braços e flexão das coxas, com arreflexia generalizada, diminuição dos reflexos miotáticos, disestesias nos pés, tremores nos 4 membros (com predomínio das mãos), prova Romberg positiva e ataxia da marcha. Do estudo imagiológico e analítico efectuado destaca-se: Ressonância Magnética (RM) Crânio-Encefálica com 2 áreas de hipersinal no córtex frontal, de etiologia inespecífica; RM da coluna cervical com alterações degenerativas difusas; Líquido Céfalo-Raquidiano com hiperproteinorraquia (2542 mg/L), 15 leucócitos/mm3 e IgG elevada (29.7 mg/dL); Hemograma com leucocitose e predomínio de linfócitos. O esfregaçode sangue periférico foi compatível com Leucemia Linfoide Crónica (LLC), sendo que este diagnóstico foi confirmado por imunofenotipagem.

Conclusão: A LLC é a doença linfoproliferativa mais comum nos países ocidentais. No entanto, a sua associação com a polineuropatia sensitivo-motora é rara e é habitualmente interpretada como síndrome paraneoplásico.
A Endocardite Infecciosa (EI) é uma doença sistémica caracterizada habitualmente pela presença de vegetação numa das válvulas cardíacas. A sintomatologia da EI é inespecífica, motivo pelo qual muitas vezes é detectada apenas quando surge alguma complicação, em 30% dos casos ocorrem manifestações neurológicas que podemmimetizar o quadro clínico de um Acidente Vascular Cerebral (AVC) sendo por vezes esta a apresentação inicial de uma EI. Os autores apresentam o caso de uma doente de 66 anos, com antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensão Arterial, medicada com fosinopril, furosemida, triflusal, e sitagliptina/metformina. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por perturbação da linguagem e limitação da marcha, com hemiparesia e Babinski direitos. Na TC cerebral não foram detectadas lesões isquémicas e foi internada por AVC isquémico sem tradução imagiológica para estudo. Da investigação destacava-se: no Ecocardiograma Transtorácico ligeira dilatação da aurícula esquerda e ligeira hipertrofia ventricular esquerda; no Doppler Carotídeo discreto espessamento da túnica íntima da artéria carótida comum esquerda. Recebeu alta hospitalar ao 8º dia de internamento com melhoria dos défices que apresentara. No dia seguinte à alta a doente regressa ao SU por afasia, desvio da comissura labial para adireita, desvio conjugado do olhar para a direita, hemiparesia esquerda e Babinski bilateral. TC Cerebral com áreas sugestivas de enfarte recente em localização frontal. Foi novamente internada e realizou Ecocardiograma Transesofágico onde foi detectada uma vegetação no folheto posterior da válvula mitral de 12x5mm. A embolização séptica é uma das complicações mais graves da EI, sendo o cérebro e o baço os locais mais frequentemente atingidos, outros fenómenos neurológicos podem incluir abcessos cerebrais, meningite e convulsões. Assim, o que muitas vezes pode parecer um AVC “típico” num doente com factores de riscocardiovasculares pode tornar-se num caso surpreendente.
MIELITE TRANSVERSA: UMA SURPRESA DIAGNÓSTICA!

Simone Catarino, Marlene Delgado, Rui André, Marina Bastos

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE
Serviço de: Medicina 2

INTRODUÇÃO: A mielite transversa aguda é clinicamente definida como um síndrome com progressão rápida que cursa com envolvimento motor, sensitivo e/ou autonómico, secundário a lesão inflamatória e/ou desmielinizante medular. A abordagem terapêutica passa por corticoterapia.

CASO CLÍNICO: Homem, 63 anos, antecedentes de HTA, Dislipidemia e Neoplasia da próstata. Internamento recente por quadro de parésia do membro inferior direito, parestesias em ambos os membros inferiores, perda súbita de visão à direita e incontinência de esfínter urinário. A TC CE mostrou lacunas isquêmicas e o EcoDoppler cervical revelou pequenas placas de ateroma na ACI. Alta com os diagnósticos de AVC e de Neuropatia óptica isquémica anterior. Dez dias após o início do quadro regressou por agravamento do défice motor. Observou-se paraparésia flácida arrefléxica assimétrica de predomínio proximal; RCP em extensão bilateralmente; nível sensitivo álgico em D7. Realizou RM da coluna que revelou lesão medular D3-D7 compatível com mielite transversa e lesão no corpo vertebral de L5 compatível com lesão secundária. Estudo do LCR revelou proteinorraquia e citologia normal, e restante estudo infeccioso e inflamatório do sangue e do LCR negativo. A RM CE mostrou pequena lesão vascular. Nos Potenciais evocados visuais há uma resposta de delatência normal com amplitude diminuída à direita, compatível com lesão axonal/vascular não desmielinizante. ACintigrafia óssea corroborou a metastização óssea. Os diagnósticos são Mielite transversa isolada e Neuropatia óptica isquémica anterior. Instituiu-se corticoterapia sistémica em alta dose com boa evolução clínica e regressão imagiológica da lesão, mas com corticodependência.

DISCUSSÃO: Salientamos a peculiaridade do caso dado que trata de um doente com factores de risco vascular e doença neoplásica pelo que o mais expectável seria a ocorrência de evento vascular ou lesão secundária, revelando-se assim o diagnóstico surpreendente. Trata-se ainda de uma entidade rara.
NEUROSÍFILIS

Vera Pinto Ferreira, Ana Rita Peixoto, Liliana Letra, Mª Carmo Macário

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Serviço de: Serviço de Neurologia

Objetivos: Descrever o caso clínico de um paciente com deterioração cognitiva rapidamente progressiva, evidenciando a importância da suspeita diagnóstica de neurosífilis, uma causa tratável e passível de melhoria clínica se o diagnóstico for precoce.

Descrição do caso clínico: Doente do género masculino, 51 anos de idade, recorre ao Serviço de Urgência, por quadro arrastado e de agravamento progressivo de deterioração cognitiva e alterações do comportamento, com quadro psicótico e discurso delirante. Tornara-se totalmente dependente na realização das suas atividades de vida diária há cerca de 5 meses. Ao exame neurológico, apresentava lentificação psicomotora, mioclonias multifocais generalizadas, ataxia da marcha, sinal de Romberg positivo e reflexos cutâneo-plantares em extensão bilateralmente. Foi admitido no Serviço de Neurologia para esclarecimento do quadro. Do estudo complementar realizado, destaca-se a ressonância magnética nuclear crânio-encefálica, que demonstrou em T2 pequenas áreas hiperintensas a nível da substância branca subcortical, compatíveis com alterações de etiologia vascular isquémica. O teste serológico não treponêmico realizado foi positivo (RPR – título 512), assim como o teste de valor treponêmico (CLIA – 39,5). Realizou punção lombar, apresentando a nível do LCR 17 células/campo com predomínio de mononucleares, 78 proteínas e FTA-LCR positivo, com RPR LCR = 2. O doente foi então transferido para o Serviço de Infectologia, onde foi submetido a antibioterapia com Benzilpenicilina potássica, 4MU de 4/4h, durante 14 dias. Deu seguimento à antibioterapia em ambulatório, com uma injeção de Benzilpenicilina benzatínica 2.4MU na primeira semana e outra na segunda semana. Manteve seguimento em Consulta Externa de Infectologia e verificou-se uma evolução favorável, com melhoria da função cognitiva, do discurso e da memória.

Conclusões: A Neurosífilis é uma doença a considerar no contexto de síndrome demencial. O seu diagnóstico precoce e terapêutica adequada permitem minorar a deterioração comportamental e cognitiva.
NEURINOMA DO VIII PAR CRANIANO - NEM SEMPRE UMA LESÃO BENIGNA

Ana Araújo, Cláudia Falé, Claudiu Guz, Ana Nunes, Rita Tata, Silvia Lourenço, Rui Matono, Sandra Claro, Maria João Pais, António Leitão, Bernardino Pascoa

Hospital Espírito Santo Évora E.P.E.

Serviço de: Serviço de Medicina 2

O caso clínico retrata uma mulher de 80 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e fibrilação auricular crónica. Referenciada a consulta de neurologia por desequilíbrio da marcha de 2 meses de evolução quemotivaram quedas frequentes. Recorre ao serviço de urgência por prostração, desorientação temporoo-espacial, com 2 semanas de evolução. O quadro tornou-se rapidamente progressivo e em 24h horas verificou-se coma com alteração do estado de consciência, ficando reactiva apenas a estímulos dolorosos, hemiparesia esquerda e hipotensão. A avaliação imagiológica por tomografia computorizada craneoencefálica revelou provável lesão vascular isquémica em fase subaguda do território da PICA e da artéria cerebelosa superior esquerda. Efectuou ressonância magnética cranioencefálica (RMN CE) que evidenciou volumosa lesão expansiva, múltiquística centrada na fossa posterior à esquerda e com comunicação com o IV ventrículo, condicionando hidrocefalia parcialmente compensada; moldagem significativa do tronco cerebral, dilatação do sistema ventricular supratentorial; Para esclarecimento desta lesão, repetiu RMN CE com gadolínio que revelou volumoso neurinomado VIII par craniano esquerdo com componentes multiquísticos exuberantes. É referenciada a especialidade deneurocirurgia, mas dada a idade, comorbididades, grau e envolvimento da lesão, foi excluída a hipótese de intervenção cirúrgica. Os autores pretendem com uma revisão teórica, discutir e lembrar, a etiologia, patogenia, clínica e terapêutica, desta entidade, que embora benigna, na maioria das vezes, e de crescimento indolente, podeter uma rápida expansão levando a compressão de estruturas encefálicas nobres, com perda de qualidade de vida e por vezes a morte.
GRUPO 18 - 27 DE OUTUBRO DE 2012 ÀS 08:00 HORAS

MODERADORES: Dr Jorge Fortuna
Prof Dr Miguel Castelo-Branco
MIELOMA MÚLTIPLO SEM PICO MONOCLONAL

Ana Palricas, Gonçalo Ferrão, David Matias, Ricardo Assis, Graça Amaro, Manuela Grego, Luís Siopa

DISTRITAL DE SANTARÉM
Serviço de: MEDICINA IV

Os autores apresentam o caso de um homem de 51 anos, internado para investigação etiológica de lesões osteolíticas da grelha costal direita, anemia e hipercalemia discreta. Dos exames complementares evidencia-se velocidade de sedimentação discretamente elevada; cintigrafia óssea mostrou a existência de múltiplas lesões osteolíticas nos ossos longos, calote craneana, coluna dorso-lombo-sagrada e arcos costais. Electroforese das proteínas (EP) séricas sem pico M mas pico monoclonal na EP urinária, com imunofixação a identificar cadeias kappa urinária.

O mielograma revela infiltração medular com 80% plasmócitos. A histopatologia da biopsia das lesões ósseas revelou a presença de mieloma múltiplo (MM) de cadeias leves kappa. Completa-se a apresentação do caso clínico com uma breve revisão dessa entidade clínica, salientando-se a importância da suspeição clínica de MM e adificuldade do seu diagnóstico quando a EP sérica é normal.
PROLACTINOMA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Augusto Mendonça; Alexandre Louro; Paula Paiva; Ricardo Bagina; Armando Cruz

HOSPITAL DJMG/ ULSNA-PORTALEGRE

Serviço de: Medicina Interna

A hiperprolactinemia pode ter múltiplas etiologias contudo, uma abordagem sistemática da doente é necessário para o diagnóstico.

Os autores relatam o caso clínico de uma doente de 30 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, com antecedentes familiares: Pai: HTA; Mãe: DM tipo2 e Dislipidemia; Irmãos saudáveis e Filha saudável. Referenciada a consulta por quadro de galactorréia associada a irregularidade menstrual e cefaleia de 2 meses de evolução.

Sem história recente de gravidez/ abordo. Do exame objectivo salienta-se, a presença de galactorréia bilateral, mama de tamanho normal sem sinais inflamatórios, sem nódulos ou massa palpáveis.

Analiticamente destacavam-se: prolactina 85,8ng/ml, BHCG e TSH dentro dos valores de referência.

Foi feita ecografia mamária bilateral: o componente fibroglandular, que é predominante, mostra moderada hiperecogenicidade difusa devido ao aumento da fibrose. Não foram identificadas lesões sólidas ou quísticas. Os cavados axilares não mostram adenopatias valorizáveis.


RMN- Sela turca: Microadenoma hipofisário de 4mm na vertente mediana e paramediana Direita. Foram excluídas outras doenças como possíveis causas. A evolução da doente foi favorável, tendo ficado assintomática com três semanas de terapêutica com Bromociptina.
TUMOR CARCINÓIDE ATÍPICO NUM DOENTE JOVEM

Helena Lobo Martins, Gilberto Teixeira, Lília Andrade, Alcina Saraiva

Centro Hospitalar do Baixo Vouga - HIP - Aveiro

Serviço de: Pneumologia

Os tumores carcinóides brônquicos são um grupo incomum de neoplasias pulmonares caracterizado por diferenciação neuroendócrina e comportamento clínico indolente. Apesar de inicialmente referidos como adenomas brônquicos, estes tumores são hoje reconhecidos como malignos devido ao seu potencial metastático. Representam 1-2% de todos os tumores pulmonares malignos em adultos e 20-30% dos tumores carcinoides. A idade média de diagnóstico dos Tumores Carcinóides Atípicos é 55 anos, mais frequentes em mulheres caucasianas. Os autores apresentam o caso de uma jovem, de 22 anos, sem antecedentes patológicos relevantes, que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por dispneia, tosse seca e sensação de opressão cervical, iniciada há um ano mas agravada nos últimos dois dias. Ao exame objetivo, a doente estava febril (38ºC), taquicardica, taquipneica, com murmúrio vesicular diminuído no 1/3 inferior do hemitoráx direito e frémito palpável na região infraclótica. Sem adenomegalias palpáveis. Analiticamente, objetivou-se elevação dos parâmetros inflamatórios e gasometricamente alcalose respiratória por hipocapnia. Na Telerradiografia Torácica (RX-Tórax) observou-se hipotransparência no 1/3 inferior do pulmão direito, derrame pleural e atelectasia com repuxamento ipsilateral domediastino. No internamento, instituiu-se terapêutica antibiótica empírica, colocando-se inicialmente como hipótese diagnóstica Pneumonia da Comunidade. Apesar da favorável evolução clínica e radiológica da doente, optou-se pela realização de broncofibroscopia (BFO) por apresentar sinais de atelectasia na telerradiografia inicial. ABFO mostrou uma massa que obstruiu completamente o brônquio principal direito cujo resultado histológico dabiopsia, revelou tratar-se de um Tumor Carcinoide Atípico. A TAC torácica demonstrou uma massa endobrônquica principal direita. A doente foi submetida à excisão cirúrgica da lesão e quimioterapia. Continua a ser seguida emconsulta externa, e está assintomática. O tumor carcinóide atípico é raro e apresenta-se habitualmente como umamassa obstrutiva da árvore brônquica. Os autores salientam a importância de determinados meios complementares de diagnóstico, nomeadamente BFO, quando se observa um doente com sinais de atelectasia no RX-Tórax, ainda que aponte uma resposta favorável à terapêutica.
DIFERENTES APRESENTAÇÕES DE NEOPLASIA DO PULMÃO

José Bastos Lino, Ricardo Gomes, Tiago Camacho, Ana Braz da Silva, Zara Soares, Violeta Goric, Maria José Alves, José Barata

HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA
Serviço de: SERVIÇO DE MEDICINA

INTRODUÇÃO: O cancro do pulmão tem uma incidência pico entre os 55 e os 65 anos, sendo responsável por mais de um quarto das mortes por neoplasia em Portugal. A grande maioria dos doentes é fumador ou ex-fumador. Grande parte, apresenta-se já com doença avançada e que se manifesta por diversos sinais e sintomas.

CASOS CLÍNICOS: Os AA apresentam 4 casos clínicos de neoplasia do pulmão de doentes internados em 2012 no Serviço de Medicina I do Hospital de Vila Franca de Xira. Todos os doentes são do sexo masculino, com idades entre os 53 e os 72 anos e com contacto com tabaco. Foram sintomas de apresentação: edema do membro superior esquerdo + disartria com hemiparésia esquerda + edema do pescoço, face e braço direito + tosse com cansaço, emagrecimento e sudação noturna. Em comum, todos apresentavam alterações imagiológicas. Histologicamente: 2 com carcinoma não pequenas células, 1 com carcinoma de pequenas células, 1 sem caracterização. Dos 4 doentes, 3 já morreram e o que permanece vivo está sob quimioterapia.

DISCUSSÃO: Estas diferentes apresentações para o grupo das neoplasias do pulmão reforçam a necessidade de o doente ser avaliado como um todo, sendo importante fazer uma boa história clínica. O factor chave no diagnóstico permanece a história de contacto com tabaco, embora existam outros fatores de risco também conhecidos na literatura. De futuro, com as medidas limitadoras de consumo deste produto é de esperar uma redução da incidência deste tipo de cancro em Portugal.
CARCINOMATOSE LEPTOMENÍNGEA, UMA CAUSA POSSÍVEL DE ALTERAÇÃO DO COMPORTAMENTO.

Lúcia Meireles Brandão, Soraia Oliveira, Fernando Gomes, Diana Guerra

ULSAM, EPE - Hospital Sta Luzia - Viana do Castelo
Serviço de: Medicina 1

INTRODUÇÃO: A carcinomatose leptomenígea consiste na metastização das leptomeninges e do líquor por células neoplásicas, que produz uma série de sinais e sintomas neurológicos multifocais e inespecíficos. As neoplasias frequentemente associadas a esta condição são, em ordem decrescente: a neoplasia da mama, a neoplasia do pulmão, o melanoma, as neoplasias gastrointestinais e os tumores primários de origem indeterminada. Está associada a um prognóstico reservado (com sobrevida entre 2 e 4 meses). O tratamento é paliativo e pode incluir radioterapia, quimioterapia intratecal e/ou quimioterapia sistêmica.

OBJECTIVO: Descrição de um caso clínico de carcinomatose leptomenígea.

CASO CLÍNICO: Mulher, 72 anos, não fumadora, com antecedentes de adenocarcinoma do endométrio (histerectomia, salpingectomia bilateral total e radioterapia em Abril/2004) e adenocarcinoma pulmonar (Janeiro/2012), com último ciclo de quimioterapia em Maio/2012, em estádio T2bN2M1; sem história familiar conhecida de neoplasia. Última TAC toraco-abdominal (Junho/2012): redução das dimensões da neoplasia pulmonar, dos fenómenos de linfangite carcinomatosa, do derrame pleural e das metástases ósseas osteocondensantes; com aparecimento de metástases esplênicas. Trazida ao SU por recusa alimentar, alteração do comportamento, com períodos de desorientação e agitação psicomotora, movimentos descoordenados, gemidos e dor difusa à mobilização, com cerca de 5 dias de evolução. Na admissão estava apireática, hemodinamicamente estável. Estudo analítico e TAC crânio encefálico sem alterações relevantes. No internamento manteve o mesmo quadro clínico, com aparecimento de rigidez da nuca, sinal de Brudzinski e Kernig no exame neurológico. Iniciou ceftriaxona em dose meningea. Realizada punção lombar, com estudo citológico do líquor compatível com carcinomatose meningea secundária a neoplasia pulmonar. Houve evolução desfavorável, com agravamento do estado geral e falecimento da doente no 14º dia de internamento.

CONCLUSÃO: Este caso pretende sublinhar a importância da suspeita clínica e diagnóstico precoce, que são fundamentais para preservar das funções neurológicas e a qualidade de vida.
SIADH – UM DIAGNÓSTICO DE ALERTA

MARTA DUARTE, ANA OGANDO, CARLOS OLIVEIRA

Hospital de Santa Maria Maior
Serviço de: Medicina Interna

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Secreção Inapropriada de Hormona Antidiurética (SIADH) é um distúrbio em que a excreção de água está prejudicada por incapacidade em suprimir a hormona antidiurética. A suspeita deve ser levantada perante doentes com hiponatremia, hipoosmolaridade sérica, osmolaridade urinária >100mOsm/kg, sódio urinário >40 mmol/L, sem alterações do equilíbrio ácido-base ou do potássio e ácido úrico diminuído. São várias as etiologias de SIADH, porém devemos pensar em 4 grandes categorias: neoplasias, distúrbios do sistema nervoso central, fármacos ou doenças pulmonares (ex. pneumonias).

CASO CLÍNICO: Os autores apresentam um caso clínico de uma doente do sexo feminino de 78 anos com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e história de bronquite crónica, medicada com ácido acetilsalicílico, atorvastatina, perindopril e omeprazol. Recorre ao serviço de urgência (SU) do nosso hospital pela primeira vez por síndrome confusional agudo sem outras sintomatologia associada, realiza tomografia computorizada cerebral sem alterações de relevo. Recorre de novo ao SU por crise convulsiva e quadro de náuseas com uma semana de evolução. Analiticamente apresentava hiponatremia hipoosmolar euvolémica de 110 mmol/L. Ficou internada onde se confirmou o diagnóstico de SIADH.

Realizou ressonância magnética cerebral sem alterações. Pedido TAC toracoabdominopélvico que mostrou uma massa pulmonar de cerca 6cm envolvendo o brônquio principal esquerdo invadindo o mediastino. Realizou broncofibroscopia com biopsia brônquica que confirmou Carcinoma de Pequenas Células do Pulmão. Trata-se portanto de uma doente com SIADH diagnosticado após quadro de confusão, náuseas e crise convulsiva, em contexto de uma neoplasia pulmonar não conhecida, sem queixas respiratórias. Os autores pretendem alertar que após o diagnóstico de SIADH podemos estar perante uma síndrome paraneoplásica.
UM CASO DE SÍNDROME HEMOLÍTICO-URÉMICA PÓS-PARTO

Anzhela Chernovska, Isabel Casimiro, Joaquim Tomas Calado, Helena Viana

Hospital Curry Cabral
Serviço de: Nefrologia

SHU caracteriza-se por anemia hemolítica microangiopática e trombocitopenia associada a fenómenos de trombose com os microtrombos confinados primariamente ao rim. SHU tem uma grande variedade de etiologias, uma delas é o SHU pós parto, caracterizando-se por hipertensão arterial grave e retenção azotada progressiva.

Os autores apresentam o caso clínico de uma doente de 31 anos, com história de aborto espontâneo aos 4 meses de gestação. No pós alta foi observada em consulta de Ginecologia, por apresentar anemia com Hb 8.7 foi referenciada a consulta de Hematologia. Na última consulta de Hematologia mostrou agravamento da anemia, trombocitopenia 103000, haptoglobina indoseável, retenção azotada: creatinina 5.33 e ureia 158 o que motivou internamento no Serviço de Hematologia. Durante internamento verificou-se agravamento da anemia, da trombocitopenia e retenção azotada, pelo que foi transferida para Serviço de Nefrologia. A entrada apresentava-se hipertensa. Analiticamente: anemia 9.9, trombocitopenia 93000, esfregaço do sangue periférico com presença de esquizócitos, haptoglobina indoseável, LDH 966, retenção azotada grave (creatinina 7.6, ureia 204). ASU: eritrócitos (2+/mcL), proteínas (100mg/dL). Ecografia renal: rins de dimensões normais. Teste de Coombs directo e indirecto, HIV, crioglobulinas, ANA, ANCA’s, anticorpos antifosfolípidos e anti-plaquetários negativos, estudo complemento irrelevante. Por apresentar edemas periféricos, redução progressiva do débito urinário e subida da retenção azotada iniciou hemodiálise. Em 21/02 foi submetida a biopsia renal que evidenciou microangiopatia trombótica em estádio avançado de cronicidade. Começou terapêutica com plasmaferese diária, tendo feito no total 8 sessões.

Nesse período, a doente apresentava diurese conservada sob terapêutica diurética, manteve retenção azotada grave. Recebeu alta hospitalar clinicamente estável, para seguir hemodiálise no centro de diálise.
DERRAME PLEURAL: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Augusto Mendonça; Alexandre Louro; Ricardo Bagina; Paula Paiva; Armando Cruz

Dr. José Maria Grande Portalegre/ ULSNA
Serviço de: Medicina Interna

Os autores apresentam o caso clínico de uma doente de 54 anos admitido por dor no hemitórax esquerdo tipopleurítica, dispneia, tosse produtiva e dor na fossa iliaca esquerda e hipogastro, referia ainda perda ponderal de aproximadamente 1.5 kg nos últimos 15 dias antes do internamento.
Ao exame objectivo destacava-se murmúrio vesicular diminuída no 1/3 inferior do hemitórax direito, maciez à percussão e fervores crepitantes na base direita. Abdômen dolorosa à palpação a nível do hipogastro e fossa iliaca esquerda, sem adenomegalias nos territórios acessíveis à palpação.
Os antecedentes pessoais eram irrelevantes.
Foram realizados paracentese e laparotomia exploradora e realizado exame anatomo-patológico da peça operatória, cujo exame, revelou o diagnóstico. Carcinoma endometrioide de alto grau. pT2b pNx pM1
A propósito deste caso os autores discutem a síndrome de Meigs ou Pseudo Meigs.
Apresenta-se o caso de um homem de 65 anos com doença pulmonar obstrutiva crónica tabágica que recorreu aos serviço de urgência por febre, dispneia e tosse com expectoração mucosa com 2 semanas de evolução. Objectivou-se doente febril, polipneico e à auscultação murmúrio vesicular mantido e simétrico, ferveorescrepitantes no hemitórax direito e sibilos dispersos bilateralmente. Da avaliação complementar destaca-se: leucocitose com neutrofilia, elevação da proteína c-reactiva, hipoxémia grave e telerradiografia torácica com opacidade difusa de todo o campo pulmonar direito. Internado com a hipótese diagnóstica de pneumonia dacomunidade à direita, iniciou antibióterapia empírica. Por persistência do padrão radiológico realizou tomografia computorizada torácica (TCT) que revelou adenopatias mediastínicas, extensa densificação do espaço aéreo à direita com espessamentos dos septos interlobulares e desvío do mediastino à direita; broncofibroscopia que revelou mucosa da árvore brônquica direita com volumosa secreção clara espumosa e exame anatomopatológico de biópsia transbrônquica que confirmou adenocarcinoma bronquíolo-alveolar. Iniciou quimioterapia com erlotinib com ligeira melhoria clínica e radiológica. No entanto, manteve dispneia e hipoxémia grave, tendo-se suspeitado de tromboembolismo pulmonar que se confirmou por angio-TCT, pelo que iniciou anticoagulação. Surgiram ainda complicações hemorrágicas, por interacção erlotinib-varfarina e lesões cutâneas secundárias ao erlotinib, tendo-se optado por suspensão destas terapêuticas, com melhoria destes efeitos adversos, mas agravamento progressivo do estado geral. Salienta-se neste caso a importância da suspeição clínica e da necessidade de observar os doentes como um todo, reforçando-se assim o papel do internista como o gestor do doente.
COMUNICAÇÕES LIVRES
SALA A - 26 DE OUTUBRO DE 2012 ÀS 08:00 HORAS

MODERADORES: Dra Eugénia André

Dr Juan Pedro
Introdução: Doentes imunodeprimidos por infecção VIH têm um risco acrescido de neoplasias. Destes doentes 25 a 40% desenvolvem neoplasias, das quais aproximadamente 10% são Linfomas Não Hodgkin.

Caso Clínico: Homem de 35 anos, divorciado, motorista, previamente saudável. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por epigastralgias, náuseas, anorexia e emagrecimento com duas semanas de evolução. Referia sudorese nocturna e fadiga desde há alguns meses. Apresentava adenopatias axilares e inguinais bilaterais, abdómen doloroso à palpação e hepatomegalia. A TC mostrava moderada hepato-esplenomegalia homogéneas e múltiplas adenopatias intra-abdominais. Leucócitos: 1900/μL, Lipase: 119U/L; Serologia VIH positiva. CD4 total: 109/μL, carga viral: 290972cp/mL. Endoscopia digestiva alta e baixa eram normais; A biópsia hepática apenas revelou lesões inflamatórias; Biópsia de gânglio com hiperplasia folicular reactiva associada ao VIH. Iniciou terapêutica antiretrovírica e teve alta. Quinze dias após alta recorre de novo ao SU por agravamento da dor abdominal. A TC mostrava hepatomegalia com vários nódulos hipoeogêneos e conglomerado adenopático pericelíaco. Fez Biópsia hepática dirigida cuja histologia mostrou Linfoma B Difuso de Células Grandes; A medula óssea não estava atingida; A PET mostrou lesões hipermetabólicas em ambos os lobos hepáticos e no conglomerado cefalo-pancreático. Iniciou R-CHOP com resposta parcial, pelo que passou a quimioterapia (QT) de segunda linha para programa de consolidação com QT intensiva e suporte hematopoiético com células estaminais autólogas.

Comentário: Apesar detoda a informação e de campanhas de prevenção, a infecção VIH é ainda hoje muitas vezes diagnosticada em estadios avançados por manifestação de doenças oportunistas graves. Discute-se a importância do rastreio na população sexualmente activa, como advogam alguns centros. Destaca-se ainda a progressão extremamente rápida de doenças neoplásicas em doentes imunodeprimidos.
FORMA GRAVE DE MALÁRIA PULMONAR: DO CURSO DA DOENÇA À TOXICIDADE DA TERAPÊUTICA

Carla Nobre, Cidália Pinto, António Vieira, Teresinha Ponte, António Cardoso, Fátima Campante

Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE

Serviço de: Medicina Interna

Objectivos: Enfatizar a malária como patologia infeciosa de importação em Portugal; sublinhar as suas complicações, nomeadamente pulmonares, bem como os efeitos secundários (2º) associados à terapêutica.

Métodos: Revisão teórica sobre malária pulmonar e efeitos 2º da terapêutica com base num caso clínico. Usaram-se as bases de dados Pubmed, Science Direct e SciELO, com os termos de pesquisa “malária, malária pulmonar, plasmodium (p.) falciparum, toxicidade ao Quinino”.

Resultados: Os autores apresentam o caso de um homem de 35 anos, caucasiano, trabalhador numa plataforma marítima em Angola, que iniciou, uma semana após regresso, quadro de febre persistente. Recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia e tosse produtiva. Detectou-se presença de trofozoítos de p. falciparum em gota espessa. Medicado com Quinino e Doxicilina; internado por trombocitopenia grave. Ao segundo dia de internamento, hemoptises, exaustão respiratória e necessidade de ventilação mecânica invasiva. Imagens de tomografia computorizada com alterações típicas de malária pulmonar. Transferência para unidade de cuidados intensivos onde permaneceu sob Quinino endovenoso, suporte ventilatório, aminérgico e hemodialítico. Como intercorrência, amaurose bilateral que, após vários exames complementares, se concluiu tratar de neuropatia do nervo ótico por toxicidade ao quinino. Actualmente melhorado do ponto de vista respiratório e renal, mantendo contudo, amaurose bilateral.

Conclusão: Hoje não existe malária autóctone em Portugal, mas esta é uma das patologias de importação mais diagnosticadas. Na crise Económica atual, a maior necessidade de viagens intercontinentais e a extensa imigração de países africanos, são contributos fundamentais para tal realidade. Entre as manifestações mais graves de malária está o comprometimento pulmonar cujo espetro vai desde formas subclínicas até Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS), complicação encontrada num terço dos casos fatais. Para além disto...
salientam-se os possíveis efeitos 2º, embora raros, que os fármacos anti-maláricos podem ter. O presente caso é ilustrativo destes aspectos.

**COMUNICAÇÃO LIVRE**

**VASCULITE URTICARIFORME COMO MANIFESTAÇÃO DE LINFOMA BDIFUSO DE GRANDES CÉLULAS**

**Elisa Tomé, Ana Vaz, Elisabete Pinelo, Rita Godinho, AdelaideEsteves, Prudência Vaz**

**ULS Nordeste**

**Serviço de:** Medicina Interna

Introdução: A vasculite urticariforme (VU) é uma entidade clinicopatológica localizada à pele ou sistémica de etiologia idiopática ou associada a neoplasias, doenças autoimunes, infeções e drogas.

Objetivo/Métodos: descrição de caso clínico de mulher de 61 anos, caucasiana, antecedentes de hipertensão arterial e hepatite B crónica medicada com Valsartan/Amlodipina. Clínica de tosse seca associada a astenia, anorexia, náuseas, perda ponderal e sudorese noturna há 2 meses. Ao exame objetivo febril, sem outras alterações. Estudo analítico com hemograma sem alterações, VS 62 mm, PCR 19.83 mg/dl, LDH 655 UI/L; tomografia computorizada toracoabdominal “gânglios mediastínicos e hilares, alguns calcificados, nóculo pulmonar de 6 mm parcialmente calcificado a favor de degranuloma, figado com pequenos granulomas calcificados, esplenomegalia 16 cm”; prova Mantoux 15 mm; pesquisa M. tuberculosis por PCR em secreções e suco gástrico negativa; estudo imunológico com enzima de conversão de angiotensina negativo e Imunoglobulina E aumentada; serologia HBV compatível infecção antiga, VIH e HCV negativos; broncofibroscopia com lavado broncoalveolar sem alterações relevantes. Evolução desfavorável com febre, rash maculopapular generalizado e pancitopenia. Realizada biópsia cutânea “vasculite urticariforme”, esfregaço sanguíneo e mielograma sem alterações relevantes e mielocultura negativas. Iniciou prednisolona com melhoria clínica e analítica. Alta para consulta externa com agravamento dos sintomas constitucionais, dapancitopenia e aumento da LDH. Transferência para Hematologia onde realizou esplenectomia que revelou Linfoma B difuso de grandes células (CD5+).

Conclusão: O diagnóstico de VU deve ser considerado na presença de lesões cutâneas e sintomas sistémicos. Habitualmente é uma situação benigna e autolimitada na presença decomplemento normal.
evolução desfavorável fez pensar numa manifestação paraneoplásica. A esplenectomiapermitiu o diagnóstico de Linfoma B difuso de grandes células.

**COMUNICAÇÃO LIVRE**

**UM CASO DE SÍNDROME DA SELA TURCA VAZIA PRIMÁRIA**

Filipe Cunha, Patrícia Tavares, Elika Pinho, Patrícia Lourenço, PauloBettencout

Centro Hospitalar de São João

**Serviço de:** Medicina Interna

Introdução: A etiologia mais frequente de sela turca vazia (STV) é um defeito congénito do diafragma da sela, com uma incidência em séries de autópsias de 5 a 23%. A STV pode ainda ser secundária. A síndrome da sela turca vazia primária pode cursar com défice de secreção de hormonas hipofisárias.

Caso Clínico: Mulher de 74 anos com nódulo tiroideu (14 mm): biópsia inconclusiva por amostra insuficiente, hormonas tiroideias normais. Síndrome depressivo e personalidade histriónica. Internada por hiponatrémia (122 mEq/L) 6 meses antes. Sob duloxetina, diazepam e melperona. Serviço de Urgência por náuseas, vômitos e lipotímia no próprio dia. Sem queixas gastrointestinais. Sem alterações do apetite ou peso. Sem escorrência nasal. Sem poliúria ou polidipsia. Sem cefaleias ou alterações visuais. Sem crises convulsivas. Sem galactorreia. Consciente orientada e colaborante. PA 108/56 mmHg, FC 60/min, 36.5ºC. Sem hiperpigmentação cutânea. Exame neurológico sem alterações. Tomografia computorizada cerebral sem lesões agudas, sem leucoencefalopatia isquémica. Creatinina 0.7 mg/dL, Urea 25 mg/dL, Na+ 116 mEq/L, K+ 4.6 mEq/L. Internamento em Medicina Interna. Osmolalidade sérica 255 mOsm/Kg e urinária 228 mOsm/Kg, Na+ urinário 55 mEq/L e equilíbrio ácido-base normal. Hormonas tiroideias normais. Cortisol livre urinário diminuído (12.2 ug/24h). Teste de estimulação rápida com análogo da ACTH: reserva adrenal normal. Suspeita de insuficiência pituitária parcial - dosesadas hormonas hipofisárias: diminuição IGF-1 <25 ng/mL, FSH 3.41 mU/mL e LH 0.68 mU/mL. Prolactina, TSH e ACTH da manhã normais. Ressonância magnética nuclear da hipófise revelou alargamento da sela turca e redução da espessura da hipófise, limitada a fina lâmina no pavimento selar; sem lesões focais do parênquima glandular. Iniciada suplementação com prednisolona 5mg. À data de alta assintomática, Na+ 138 mEq/L. Diagnósticos na alta: hiponatrémia por insuficiência adrenal central parcial; hipopituitarismo por STV primária. Medicada com prednisolona 5mg/dia, diazepam, melperona e pantoprazol.

Discussão: A hiponatrémia pode ser uma forma de apresentação de uma insuficiência adrenal. A
insuficiência adrenal central parcial implica uma suspeição mais elevada na medida em que cursa com teste de estimulação rápida com análogo ACTH normal.

**COMUNICAÇÃO LIVRE**

**ARTERITE TEMPORAL: UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA**

Márcio Alvim Ferreira, Verónica Cardoso, Fátima Coelho

Hospital de S. João, EPE

Serviço de: Medicina Interna

A Arterite Temporal (AT) é uma vasculite primária que afeta artérias de médio e grande calibre com predileção para os ramos cranianos da aorta. Associa-se em cerca de 40-50% dos casos a Polimialgia Reumática (PR). Os autores apresentam o caso de um homem de 86 anos com diagnóstico recente de Doença de Parkinson (DP) internado por Acidente Vascular Cerebral (AVC) Isquémico caudado-capsulo-lenticular direito com evolução favorável em termos de recuperação de défices focais. Apresentou-se desde a admissão com síndrome febril com temperatura inferior a 38,5ºC com duração total de 5 semanas, anemia normócítica e normocrómica de agravo progressivo, Proteína C Reativa persistentemente alta e Velocidade de Sedimentação em crescendo (superior a 100 mm/h). A revisão da história do doente não mostrou contexto epidemiológico particular e a revisão de sintomas foi negativa. No exame físico salientava-se a presença de rigidez articular de predomínio proximal e bradicinésia que condicionavam dependência na marcha. Não apresentava tremor em repouso. A avaliação inicial excluiu doença infecciosa, incluindo agentes de crescimento indolente, e neoplasia. O estudo de auto-imunidade foi negativo. Tendo em conta a idade do doente e os achados analíticos descritos decidiu-se pela realização de biópsia de Artéria Temporal que mostrou alterações compatíveis com AT. Iniciada terapêutica com prednisolona nadose de 40 mg/dia com resolução de febre, melhoria franca de parâmetros inflamatórios e resposta parcial deanemia em 3 dias. Em termos de mobilidade, assistiu-se a uma recuperação impressionante de mobilidade articular com repercussão significativa na marcha que se tornou autónoma. Os aspectos descritos permitiram-nos considerar a associação com PR. A apresentação de AT apenas com quadro constitucional e/ou evidencialaboratorial de inflamação corresponde apenas a cerca de 10% dos casos reportados. A melhoria observada em termos de mobilidade com a corticoterapia questiona o diagnóstico.
prévio de DP a favor de uma PR apesar de odoente não apresentar todos os achados típicos desta entidade. A apresentação com AVC em território das artériasintracranianas pós-durais é raro (cerca de 3-4% em uma série) sendo a sua confirmação baseada em evidênciaangiográfica ou histológica (amostra por autópsia).

COMUNICAÇÃO LIVRE

MIELINÓLISE CENTRO-PÔNTICA

Vera Pinto Ferreira, Ana Peixoto, Sónia Batista, Isabel Santana

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Serviço de: Serviço de Neuologia

Objetivos: Descrever o caso clínico de um paciente com mielinólise centro-pontica, evidenciando a sua etiologia eresposta à terapêutica médica e ao programa de reabilitação instituídos.

Descrição do caso clínico: Doente do gênero masculino, 51 anos de idade, com antecedentes de alcoolismo crónico, recorre ao Serviço de Urgência por quadro clínico de privação alcoólica, rabdomiólise, insuficiência renal aguda, alcalose metabólica e hiponatrémia (114 mmol/L). Foi internado na Unidade de Internamento de Curta Duração e, posteriormente, no Serviço de Medicina Interna, tendo iniciado correção da hiponatrémia. Durante o internamento, apresentou-se confuso e febril, tendo sido colocada a hipótese inicial de encefalite. Foi transferido para o Serviço de Medicina Intensiva, por agravoamento do estado de consciência e insuficiência respiratória, onde realizou Ressonância Magnética Nuclear Crânio-Encefálica (RMN-CE) que sugeriu o diagnóstico de mielinólise centro-pontica. Por persistência do quadro confusional, o doente foi transferido para a Enfermaria de Neurologia após melhoria clínica do quadro respiratório. À entrada nesta enfermaria, o doente apresentava-se vigil, desorientado e confuso, com tetraparesia flácida, disartria cerebelosa grave e ataxia cinética dos membros superiores. Repetiu RMN-CE, que mostrou novas lesões sugestivas de mielinólise centro-pontica. O doente foi submetido a terapêutica médica com corticóides emultivitamínicos e iniciou fisioterapia, verificando-se evolução favorável, com melhoria progressiva do ponto devista cognitivo e do quadro motor piramidal e cerebeloso.

Conclusões: A mielinólise centro-pontica é uma doença desmielinizante aguda caracterizada por tetraparesia flácida e paralisia pseudobulbar. Uma das causas mais frequentes é iatrogénica: resulta da correção
demasiado rápida e agressiva da hiponatremia. Pela morbidade e mortalidade associada, é imperioso calcular rigorosamente o ritmo e a magnitude da correção da hiponatremia, adequados a cada caso.

COMUNICAÇÃO LIVRE

A CLÍNICA MANDA, A IMAGEM CONFIRMA.

Joana Sequeira, Ana Filipa Rodrigues, Anton Vasin, Francisco SanMartin, Cristina Teotónio, Teresa Martinho

Centro Hospitalar Oeste Norte - Caldas da Rainha
Serviço de: Medicina Interna

INDRODUÇÃO: Entre os vários diagnósticos de dor retroesternal encontramos a disseção da aorta, um desafiadiagnóstico sobretudo quando não é possível o fácil acesso a exames complementares de diagnóstico de imagem.

CASO CLÍNICO: Mulher de 60 anos, leucodérmica, recorre ao S.U. por dor retroesternal com características opressivas sem irradiação de início súbito associada a sudorese. Com história de hipertiroidismo e hipercolesterolémia medicadas. Ao exame objectivo a salientar doente consciente, com pulso femural e pediosomenos amplo à direita, tensão arterial membros superiores e membro inferior esquerdo 75/40 mmHg e membroinferior direito com 51/29 mmHg, auscultação cardíaca sem sopros com transmissão de ruídos hidroaéreos nohemitórax esquerdo. Analiticamente a realçar D-Dimeros 6290. ECG com desvio esquerdo do eixo eléctrico ebradicardia sinusal. Rx Tórax com elevação da hemicupula direita e discreto alargamento do mediastino. A doente foi transferida com hipótese diagnóstica de disseção da aorta. Realizou Angio TC Torácica que revelou disseçãoenvolvendo aorta ascendente e descendente. A doente foi submetida a cirurgia e teve alta.

CONCLUSÃO: Adisseção da aorta é uma patologia rara mas rapidamente fatal pelo compromisso hemodinâmico a que estáassociada. A etiologia na população idosa é atribuída sobretudo à aterosclerose e hipertensão arterial, na população mais jovem outros factores podem predispor como os distúrbios do
colagéneo, vasculites ou o trauma entre outras menos frequentes. Apresenta-se habitualmente com dor retroesternal severa sem factores ou posição de alívio.

**COMUNICAÇÃO LIVRE**

**UM CASO DE LINFADENITE DE REPETIÇÃO**

Yahia Abuowda, Joaquim P. Gago, Carolina Prelhaz, Cristina Santos

Distrital de Santarém

Serviço de: Medicina III

com o défice de factor VII foi um achado fortuito. Este caso é exemplo de que nem sempre a presençade adenomegália se associa a doença linfoproliferativa e que a IVC é patologia possível. Acompanhamoaevolução do quadro dado o risco de transformação linfomatoide e outras complicações.

COMUNICAÇÃO LIVRE
ANEURISMAS CORONÁRIOS E COLITE ULCEROSA: UMA ASSOCIAÇÃO RARA

Elisa Tomé, Ana Vaz, Rita Godinho, Tarcísio Araújo, Prudência Vaz

ULS NORDESTE
Serviço de: Medicina Interna

Introdução: Os aneurismas coronários são definidos como ectasias arteriais com diâmetro 1,5 vezes o normal. Podem ser focais ou difusos. A incidência varia entre 0.3% e 5.3%. A causa mais comum é a aterosclerose, contudo podem ser congênitos ou secundários a doenças do tecido conjuntivo/inflamatórias.

Objectivo e métodos: Descrição de caso clínico de doente do sexo masculino, caucasiano, 67 anos com antecedentes de Colite Ulcerosa (CU), hipertensão arterial essencial, dislipidemia, excesso ponderal, consumo moderado de álcool e hiperplasia benigna da próstata. Medicado com Messalazina, Aliscireno e finasterida. Recorre ao Serviço de Urgência por dor retroesternal com 4 horas de duração sem irradiação, associada a hipersudorese e náuseas. Exame objetivo sem alterações relevantes. Melhoria da dor com terapêutica anti- isquêmica. ECG seriados mostravam inversão ondas T de V4-V6 e aVL. Houve elevação de marcadores de necrose miocárdica com pico de troponina 40.76 ng/mL. Referenciado para cateterismo que revelou múltiplos segmentos ectáticos com aneurismas até 12 mm de localização sobretudo proximal e imagem sugestiva de trombo na 1ª diagonal, espontaneamente recanalizada. A avaliação ecocardiográfica transtorácica mostrou hipocinésia da parede lateral, depressão ligeira da função sistólica ventricular esquerda e ectasia da aorta ascendente. Decidido tratamento médico com anticoagulação e antiagregação, dado o baixo risco de rotação dos aneurismas. Alta orientado para Consulta de Cardiologia.

Conclusão: Neste caso não existe doença aterosclerótica que justifique a presença de aneurismas coronários. Parece haver uma associação entre o substrato inflamatório subjacente à CU e a formação de...
aneurismascoronários, na qual as metaloproteinases da matriz assumem um papel relevante. Esta será uma associação rara epoderá também estar na patogênese de ectasias da aorta.

COMUNICAÇÃO LIVRE

PÚRPURA PERIOCULAR COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE AMILOIDOSE SISTÉMICA PRIMÁRIA

Helena Toda Brito, Ermelindo Tavares, Joana Parente, João Aranha, César Martins

Hospital Distrital de Santarém EPE

Serviço de: Dermatologia

OBJECTIVOS: A propósito do caso clínico de um doente com amiloidose sistémica primária cuja primeiramanifestação foi a púrpura periocular, apresenta-se uma revisão das manifestações cutâneas da amiloidose sistémica e alerta-se para a sua importância na suspeição clínica da doença.

CASO CLÍNICO: Doente do sexomasculino de 67 anos de idade, sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes. Referia desde há seis anosaparecimento de máculas purpúricas e equimoses recorrentes, espontaneamente ou após pequenos traumatismos, inicialmente na região periocular e afectando progressivamente o restante tegumento, nos últimos três meses também com vesículas e bolhas hemorrágicas disseminadas, sem envolvimento das mucosas. Não se verificavam queixas gerais nem associação medicamentosa. Adicionalmente apresentava distrofia ungueal com três anos de evolução e, desde há 6 meses, xerostomia, rarefação pilosa universal e parestesias nos dedos das mãos. Do estudo complementar realizado salientava-se: 1) Proteinúria de 3,733 g/24h, imunofixação das proteínas séricas demonstrando banda em lambda e imunofixação das proteínas urinárias com cadeias lambda; 2) Electromiografia que identificou síndrome do túnel cárpico bilateral; 3) Ecocardiograma que mostrou alterações compatíveis com infiltração cardíaca por substância amilóide; 4) Biopsia renal percutânea que confirmou o diagnóstico de amiloidose.
CONCLUSÕES: A amiloidose sistémica primária é uma doença rara que pode afetar qualquer órgão, resultando em manifestações clínicas variadas e inespecíficas. O envolvimento mucocutâneo clinicamente evidente ocorre em 30-40% dos doentes, podendo fornecer uma pista facilmente acessível para o diagnóstico precoce e instituição atempada do tratamento.

COMUNICAÇÃO LIVRE

FEBRE ESCARONODULAR COM ATINGIMENTO MENINGOENCEFALÍTICO

Rui Pedro Costa, Andreia Matas, Vanessa Pires, Isabel Militão, Alexandre Costa, Joana Cunha, Fernando Salvador, Igor Milet, Nelson Barros, Fernando Guimarães, Francisco Esteves, António Trigo Faria

CHTMAD - Unidade de Vila Real
Serviço de: Medicina Interna

Objectivos: A febre escaronodular é geralmente um doença febril exantemática autolimitada, mas pode se apresentar e evoluir de diversas formas, algumas com extrema gravidade clínica. Pretende-se reflectir sobre um desses casos clínicos de febre escaronodular com forma rara de apresentação.

Métodos: Estudo de caso clínico do doente, sexo feminino de 78 anos de idade.

Resultados: Doente previamente autônoma, com história de hipertensão arterial e hipoacusia, trazida ao SU por agitação psicomotora e discurso incômodo. Na admissão apresentava febre com restante exame físico irrelevante, analítica com acidose metabólica compensada, hiperbicemia e aumento dos marcadores inflamatórios. Foi internada por febre sem foco infeccioso óbvio. No dia seguinte aparecimento de rash maculopapular no tronco, palma das mãos e planta dos pés (observada lesão de provável picada na região dorsal direita) e sinais meníngeos positivos. A TAC craneoencefálica (CE) não mostrava alterações de relevo.

A punção lombar (PL) revelou glicose baixa, proteínas elevadas e pleocitose (114 leucócitos com 57% de mononucleares). Evoluiu com quadro de sepsis severa, tendo sido admitida em Unidade de Cuidados Intensivos com o diagnóstico de febre escaronodular com atingimento meningoencefalítico (iniciou terapêutica com Doxiciclina, Ciprofloxacina e Ceftriaxone). Teve evolução favorável com alta para a Enfermaria de Medicina após 5 dias. As culturas do líquor e sangue e PCR herpes vírus e mycobacterium tuberculosis no líquor foram negativas. A TAC CE de controlo (15 dias após a admissão) tinha alterações
imagiológicas compatíveis com meningoencefalite. Realizou nova PL nessa data já sem alterações. As serologias da Rickettsia conorii eram negativas à admissão, mas houve seroconversão de IgG nas duas amostras consecutivas. Teve alta hospitalar com discreto agravamento da hipoacusia pré-existent.

Conclusão: O atingimento meningoencefálico na febre escarlatina está descrito em muito poucos casos na literatura, e nestes as sequelas são geralmente severas, o que não foi a circunstância da nossa doente. Sublinhamos a particularidade de o rash papular característico podermos não ser o primeiro sinal a se manifestar e pela antibioterapia a instituir não estar bem documentada.

**COMUNICAÇÃO LIVRE**

---

**UMA CAUSA RARA DE COMA**


**Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro**

**Serviço de:** Cuidados Intensivos

Introdução: Os antagonistas dos receptores da dopamina, como a metoclopramida, podem conduzir a reacções extrapiramidais variadas que, na maioria das vezes, surgem de forma subaguda ou crónica após semanas ou meses de tratamento. As formas agudas são menos frequentes e habitualmente menos graves.

Objectivo: Reflexões sobre estudo de caso de doente com reacção extrapiramidal grave que implicou admissão em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)

Caso clínico: Mulher de 75 anos com antecedentes de dislipidemia e síndrome depressiva, que recorreu ao Centro de Saúde (CS) por vômitos e diarreia com horas de evolução. Negava ingestão de fármacos/tóxicos. No CS, encontrava-se consciente e orientada, hemodinamicamente estável e sem alterações de relevo no exame objetivo. Foi medicada com 10 mg ev de metoclopramida e 30 minutos depois encontrava-se prostrada, com respiração ruidosa e diminuição da SatO2. Foi transferida para o SU - sala de emergência em coma, com introdução imediata de prótese ventilatória invasiva. Investigação analítica, incluindo rastreio toxicológico e restantes exames complementares (incluindo ecocardiograma e TAC cerebral) sem alterações significativas. Foi admitida na UCI por coma de etiologia não esclarecida. Apresentava Glasgow 3, marcada rigidez articular e hiper-reflexia tendinosa. Foi admitida a hipótese de reacção extrapiramidal iatrogénica.
grave, fez provaterapêutica com biperideno com franca melhoria clínica a permitir extubação traqueal rápida. A doente necessitou de re-intubação por insuficiência respiratória aguda por infecção respiratória. Iniciou antibioterapia com melhoria progressiva, tendo alta da UCI ao 4º dia de internamento, com exame neurológico normal.

Conclusão: Salientam-se particularidades deste caso, felizmente raro, que nos parece estar associado a fármaco de utilização comum, mas com efeitos secundários potenciais que podem assumir expressão clínica muito grave.

COMUNICAÇÃO LIVRE

BICITOPÉNIA SEM ANEMIA POR INFECÇÃO A PARVOVÍRUS B19

José Barroca, Sónia Serra, Maria Clara Rosa, Amaro Lourenço

Hospital de São Bernardo - Centro Hospitalar de Setúbal, EPE

Serviço de: Medicina

A investigação etiológica das citopenias é um desafio frequente e complexo em Medicina Interna, com um vasto diagnóstico diferencial que inclui causas auto-imunes, infecciosas, iatrogénicas, tóxicas ou congénitas. Os autores apresentam o caso de uma doente de 23 anos que recorreu ao serviço de urgência por quadro de lombalgia, artralgias e febre com 2 semanas de evolução. Tinha história de infecções urinárias de repetição no contexto de malformação ureteral congénita, sem outros antecedentes relevantes. Encontrava-se febril, com murphy renal duvidoso bilateralmente. Analiticamente tinha leucopenia e trombocitopenia e elevação da PCR, com análises de urina normal e ecografia abdominal, renal e vesical normais. Dados os antecedentes começou antibioticoterapia para infecção urinária. Internou-se para vigilância e investigação das alterações hematológicas. A longo do internamento surge neutropénia (contagem mínima de neutrófilos 700/μL). Teve exames microbiológicos negativos. Houve melhoria clínica gradual e teve alta para consulta com exames em curso. Duas semanas depois, constatou-se normalização completa do hemograma e serologia para Parvovírus compatível com infecção aguda (IgM positiva, IgG negativa), sem outras serologias ou exames positivos. A clínica da infecção pelo Parvovírus B19 nos adultos saudáveis é auto-limitada e oligossintomática, com quadros febris, artralgias, rash, náuseas e coriza. Durante a infecção aguda ocorre infecção de precursores eritróides medulares, causando aplasia eritróidetransitória assintomática na
ausência de doença hematológica de base. No entanto, está há muito estabelecido que certos casos cursam com leucopenia, neutropenia e trombocitopenia, com hemoglobina normal, à semelhança do caso apresentado. Os autores pretendem ilustrar o papel da infecção por Parvovírus na investigação de quadros de citopenia sem anemia em adultos imunocompetentes.

COMUNICAÇÃO LIVRE

NEFRECTOMIA ANTIHIPERTENSORA

Lara de Andrade Maia, Ângela Coelho, Pedro Neves, Augusto Duarte

Centro Hospitalar do Médio Ave - Unidade de Famalicão

Serviço de: Serviço de Medicina I

Há cerca de 8 décadas, Goldblatt reportou que a oclusão parcial de uma artéria renal poderia produzir um aumento sustentado na pressão arterial. Wilson and Byrom aprofundaram esta investigação constatando que a elevação do perfil tensional poderia ser revertida com a excisão do rim afetado. Conhece-se hoje a fisiopatologia que serve decenário a estes achados e a tríada estenose da artéria renal (EAR), hiperaldosteronismo secundário e hipertensão arterial (HTA) é uma entidade reconhecida com orientação diagnóstica e terapêutica precisa. A EAR é a causa mais comum de HTA secundária, correspondendo a 5% de todos os casos de HTA, dado relevante pelo seu impacto na saúde pública pela elevada prevalência e morbimortalidade que acarreta. O tratamento visa o controlo da pressão arterial e a preservação da função renal, consistindo em terapêutica médica isolada, associada a procedimentos de revascularização ou cirúrgica com bypass da estenose ou ressecção do rim atrófico. Os autores apresentam o caso de um homem de 61 anos, referenciado por HTA de difícil controlo. Antecedentes de dislipidemias, tabagismo, sedentarismo e doença arterial periférica. Na consulta, constatado perfil tensional elevado com tensão arterial 220/110mmHg apesar da múltipla terapêutica antihipertensora instituída. A investigação diagnóstica documenta um hiperaldosteronismo secundário, cujo estudo complementar vem revelar hipopermeabilidade da artéria renal direita com função renal francamente diminuída em relação com estenose da artéria renal.
aterosclerótica. Depois da discussão multidisciplinár, o doente foi nefrectomizado com normalização do doseamento de aldosterona e renina plasmáticas e resolução da HTA. A identificação de hipertensão renovascular com critérios clínicos mais rigorosos e com a melhor utilização dos exames complementares poderá beneficiar uma parcela considerável da população hipertensa, com diminuição importante do custo do tratamento e redução da morbimortalidade vascular.

**COMUNICAÇÃO LIVRE**

**TROMBO EM Migração**

Liliya Malanka, Ana Baptista, Pedro Magalhães, Carla Araújo, Sofia Carvalho, André Matias, Alberto Ferreira, Ilídio Moreira.

**CHTMAD - Unidade de Vila Real**

**Serviço de:** Serviço de Cardiologia

Caso clínico: Doente do sexo masculino de 66 anos, obeso, ex-fumador com fatores de risco cardiovasculares não controlados, nomeadamente, hipertensão arterial, dislipidemia, hiperiglicemia, síndrome de apneia obstrutiva do sono, internado na Unidade Coronária (UCIC) por síndrome coronária aguda com supradesnivelamento de ST anterior-lateral. Fez fibrinólise (Tenecteplase com 3,5 horas de evolução dos sintomas) com critérios clínicos e electrocardiográficos de reperfusão. Ecocardiograma transtorácico (ETT) no 1º dia de internamento revelou hipocinésia do ápex e segmentos distais de todas as paredes. Função sistólica (FS) global biventricular normal, sem outras alterações de relevo. Cateterismo cardíaco revelou doença coronária de três vasos, tendo sido submetido a angioplastia da artéria descendente anterior média, com implantação de dois stents com fármacos. Odoente evoluiu em Killip I, pico de troponina T >10 ng/ml, com estabilidade hemodinâmica e elétrica. Transferido para enfermaria de Cardiologia onde se manteve assintomático. Repetido ETT pré-alta que revelou acinésia do ápex e dos todos segmentos distais do ventrículo esquerdo (VE) e septo interventricular, visualizando-se imagem de trombo (1,4x1,4 cm) no ápex. Durante o exame observada e registada a migração do trombo pelo trato desaída do VE para a circulação sistémica. Observada ainda comunicação interauricular (osteme secundum comshunt esquerdo-direito),
dilatação da artéria pulmonar, dilatação marcada das câmaras direitas, hipertrofiamoderada a severa do septo interventricular com FSVE deprimida (fração de ejeção de 40%). Disfunção diastólica grau II. Cerca de uma hora após migração do trombo iniciou parestesias, hipostesias, sensação de frio e palidez no membro inferior direito. Eco doppler dos membros inferiores demonstrou oclusão da artéria ilíaca comum direita, tendo sido referenciado para Cirurgia Vascular e submetido a trombectomia da artéria ilíaca comum direita.

Conclusões: trombo do VE é uma complicação frequente de enfarte da parede anterior associado a discinesia apical, apesar de terapêutica antiagregante e hipocoagulante adequada. ETT é o exame de eleição para o seu diagnóstico e neste caso foi importante para documentar o mecanismo de embolização distal.

COMUNICAÇÃO LIVRE

SARCOIDOSE: UMA ENTIDADE, TRÊS APRESENTAÇÕES RARAS

Luís Patrão, Rui Dias Costa, José Roberto Silva

Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Serviço de: Medicina 2

A sarcoidose é uma doença granulomatosa sistémica idiopática, cujas manifestações clínicas dependem da localização dos granulomas não caseosos característicos. Os autores pretendem apresentar três casos clínicos raros de sarcoidose: Um caso de sarcoidose cardíaca, outro caso de sarcoidose endobrônquica e um terceiro caso de sarcoidose e síndrome antifosfolipídico. Caso 1 Mulher de 62 anos, com diagnóstico prévio de sarcoidose pulmonar, que desenvolve derrame pleural e pericardite (recorrente), alterações electrocardiográficas específicas, sem evidência cardiomiopatia estrutural ou funcional subjacente. Com base em critérios para o diagnóstico de sarcoidose cardíaca, associados ao diagnóstico prévio de sarcoidose pulmonar, que desenvolve derrame pleural e pericardite (recorrente), alterações electrocardiográficas específicas, sem evidência cardiomiopatia estrutural ou funcional subjacente. Com base em critérios para o diagnóstico de sarcoidose cardíaca, associados ao diagnóstico prévio de sarcoidose extra-cardíaca, afirmou-se o diagnóstico. Particularidade do caso prende-se com a raridade desta associação. Os casos de sarcoidose cardíaca sintomática e envolvimento pulmonar coexistente representam apenas 5% de todos os casos de sarcoidose. Caso 2 Homem de 41 anos, referenciado ao serviço de urgência por quadro arrastado de tosse irritativa, síndrome constitucional, dor torácica e febre. O estudo realizado (SACE, tomografia torácica, broncofibroscopia com lavado broncoalveolar, CD4/CD8 no lavado) apontava para o diagnóstico de sarcoidose. O estudo histológico, realizado na sequência de videomediastinoscopia com biópsias das adenopatias paratraqueais direitas, mostrou lesão inflamatória granulomatosa, vindo a
confirmar o diagnóstico. Os achados da broncofibroscopia são típicos da SarcoidoseEndobrônquica, raramente documentada. Caso 3 Mulher de 57 anos com coexistência de sarcoidose e sindromeantifosfolipídico (SAF). Embora o SAF possa ocorrer em cerca de 38% dos pacientes com sarcoidose, a associação entre SAF e sarcoidose é considerada rara. O caso descrito preenche os critérios para ambos, sarcoidose e SAF. O caso alerta para a investigação de doentes com sarcoidose associada a eventos trombóticos concomitantes, em que o SAF deve ser considerado, especialmente na ausência de outros factores de risco.

COMUNICAÇÃO LIVRE

EOSINOFILIA E ASCITE NO PÓS-PARTO

Maria Inês Ribeiro, Nelson Cardoso, Filipa Almeida, Raquel Ventura, Carmen Corzo, Tereza Veloso, Bernardino Páscoa

Hospital do Espírito Santo de Évora

Serviço de: Medicina 2

Apresenta-se o caso de uma mulher de 33 anos, no período pós-parto, que recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de epigastralgia, diarreia, vômitos e distensão abdominal com 2 semanas de evolução. À observação, destacava-se apenas presença de ascite. Dos exames realizados inicialmente salientava-se leucocitose como eosinofilia (6200 eosinófilos), líquido ascítico (LA) com características de exsudado e ascite confirmada porecografia. Para melhor esclarecimento do quadro, foi realizada tomografia computorizada abdominal que evidenciou espessamento da parede antropilórica do estômago, duodeno e jejuno. Foi então internada por ascite e eosinofilia de etiologia a esclarecer. Do estudo realizado obteve-se IgE aumentada, ANA’s e ANCA’s, exames parasitológicos e bacteriológicos das fezes, gordura fecal, alfa1antitripsina, bacteriologia do LA e serologia de Larva Migrans negativa, endoscopia digestiva alta com pregas pilóricas difusamente aumentadas e colonoscopia sem alterações. O exame anatomopatológico das biópsias do trato gastrointestinal (GI) revelou mucosa duodenalcom infiltrado inflamatório misto na lâmina própria com eosinófilos, confirmando a suspeita inicial – enteriteeosinofílica. Iniciou-se terapêutica corticoide e pro- cinética, com restrição dietética de potenciais alergénios, apresentando-se a doente, à data, assintomática e
sem eosinofilia periférica. A gastroenterite eosinofílica é uma patologia rara, caracterizada por sintomas GI, infiltração eosinofílica do trato GI e sem outra causa aparente de eosinofilia. Etiologicamente pode ser classificada em idiopática, alérgica, relacionada com síndromes hipereosinofílicos sistémicos ou com outras doenças GI. Da revisão da literatura, apurámos tratar-se de umas situação extremamente rara, encontrando-se apenas descritos 5 casos de gastroenterite eosinofílica no período pós-parto, desconhecendo-se o mecanismo fisiopatológico da mesma. Consideramos tratar-se, por isso, de um caso importante, uma vez que apesar da apresentação exuberante, teve boa resposta à terapêutica instituída.

COMUNICAÇÃO LIVRE

UM CASO DE HIPOPITUITARISMO: RAZÃO PARA SÍNDROME DEPRESSIVO?

Rui Pedro Costa, Rui Abreu, António Trigo Faria

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

Serviço de: Medicina Interna

Objetivos: Alertar para os sinais clínicos, por vezes muito subtis, do hipopituitarismo. O seu diagnóstico implica uma suspeição clínica elevada e a documentação da secreção subnormal das hormonas hipofisárias.

Método: Apresentação e descrição de um caso clínico.

Resultados: Apresentamos um caso de um doente de 70 anos, autónomo nas atividades de vida diária, com antecedentes de Saúde Materna, Hipertensão Arterial e Dislipidemia. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por sintomatologia, com evolução de 3 dias, de astenia e anorexia após intervenção cirúrgica dentária. De referir que já haveria recorrido ao SU cerca de 50 vezes desde 2000 por sintomatologia semelhante. Ao exame físico salientava-se pele seca, biótipo ginecóide, ausência depilidade no tronco e membros, ginecomastia bilateral e hiporreflexia osteotendinosa; analiticamente, de relevo, apresentava apenas hiperatividade de 131mEq/L. Foi medicado sintomaticamente e orientado para consulta externa para reavaliação e investigação complementar. Na investigação inicial realizada documentou-se ACTH, cortisol sérico, TSH e T4 livre baixos e no seguimento desses resultados realizou Ressonância Magnética Cerebral onde se evidenciou uma sela turca vazia com aracnoidocielo intra-sellar. Iniciou então terapêutica
com hidrocortisona e posteriormente com levotiroxina, não necessitando de recorrer ao SU desde essa altura (cerca de 6 meses).

Conclusões: A apresentação do hipopituitarismo pode ser caracterizada pela sintomatologia associada aos défices de cada hormona da hipófise anterior e pode-se apresentar clinicamente de diversas formas ou até muitas vezes ser assintomática. Este caso não só traduz a necessidade de valorização de sintomatologia específica em doentes com Síndrome depressivo mas também a importância de ter em conta o diagnóstico de hipopituitarismo, já que após suplementação hormonal se poderá dar uma melhor qualidade de vida aos doentes.

**COMUNICAÇÃO LIVRE**
HEPATITE ALCOÓLICA NO INTERNAMENTO DE MEDICINA - CASUÍSTICA 3 ANOS

Filipa Rebelo, Fernando Salvador, Sónica Carvalho, Paulo Subtil, Presa Ramos, Trigo Faria

Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro

Serviço de: Medicina Interna

INTRODUÇÃO: A Doença Hepática Alcoólica (DHA) é um problema de saúde pública em Portugal, de elevada incidência na Região de Trás-os-Montes e Alto Douro. A Hepatite alcoólica (HA) é uma apresentação precedida de forte abuso alcoólico, cujo espectro de gravidade varia desde o paciente assintomático à hepatite grave com falência hepática aguda e morte. Objetivos: Caracterizar os doentes com diagnóstico de hepatite alcoólica, internados num Serviço de Medicina Interna durante um período de 3 anos (Setembro de 2009 a Agosto 2012).

MÉTODOS: Avaliação retrospectiva dos processos clínicos. Registo de variáveis clínicas, laboratoriais e terapêuticas.

RESULTADOS: Foram identificados 27 doentes com o diagnóstico de HA, com idade média de 52,6± 11 anos, 5 mulheres e 22 homens. A dor abdominal, icterícia e astenia foram as manifestações mais prevalentes à admissão. Analiticamente verificamos a presença de macrocitose em 88,8% dos doentes, transaminasas com valor médio de 174 U/L, 74,4% dos doentes com a relação AST/ALT superior a 2, valor mediano de GGT de 467 U/L, valor médio de bilirrubina direta de 9,07 ± 6,6 mg/dL, valor médio de albumina de 2,9 mg/dL e 98,6% dos doentes com aumento do tempo de protrombina. Só 2 doentes não apresentavam cirrose. O score Child médio à admissão foi
de 10 pontos, score Meld médio de 21 pontos, índice de Maddrey médio de 62,0. Em relação ao tratamento, todos os doentes foram submetidos a abstinência, dieta hipossalina e aporte vitamínico. Dos 27 doentes, 17 (63%) foram tratados com pentoxifilina e 15 dos 20 (74%) doentes com Índice de Maddrey > 32 foram tratados com prednisolona 40mg/dia, 10 dos quais só cumpriram 7 dias por Índice de Lille>0,45 ao 7º dia. Cinco doentes não fizeram corticoterapia por infecção e/ou hemorragia digestiva alta. A média de internamento destes doentes foi de 17,7 ± 10 dias , 5 (18.5%) faleceram no internamento, 3 (11,1%) faleceram no 1º mês após alta. As causas de morte foram coagulopatia severa, infecção e síndrome hépato-rena.

CONCLUSÃO: Da analise realizada podemos traçar o perfil dos nossos doentes: homens cirróticos, de meia idade, com alcoolismo crónico activo, admitidos por quadro de hepatite alcoólica com gravidade à admissão (scores de gravidade elevados) e com mortalidade elevada (30%).

COMUNICAÇÃO LIVRE

NEUTROPENIA NUM SERVIÇO DE MEDICINA: CASUÍSTICA DE 5 ANOS.


Centro Hospitalar Oeste – Caldas da Rainha.

Serviço de: Serviço de Medicina

INTRODUÇÃO: Neutropenia é definida como o número de neutrófilos inferior 1500 por uL, que frequentemente estárelacionada com quimioterapia, exigindo tratamento consoante a gravidade da neutropenia e contexto clínico.

OBJETIVO: Caracterização clínica e demográfica dos doentes internados no Serviço de Medicina de um HospitalDistrital com neutropenia.


RESULTADOS: Os internados com neutropenia representaram 48 doentes neste período. 52% eram de sexo masculino e 48% de sexo feminino. A idade média foi 60,7 anos. A demora média de internamento foi 12.6 dias. 17doentes (35,4%) tinham neutropenia grave (neutrófilos inferior 500 por uL), 20 (40,6%) tinham
neutropenia moderada (neutrófilos 500-1000 por uL) e 11 (23%) com neutropenia ligeira (neutrófilos superior 1000 por uL). Aquimioterapia foi a causa de neutropenia em 68,75%. A maioria dos doentes - 64,6% apresentava quadro febril à data de entrada. Apenas em 35,4% doentes foi possível determinar a origem de infecção. Destes 41,1% tinham infecção respiratória. O factor de crescimento foi administrado em 56,25% doentes. 95% fizeram antibioterapia. Amortalidade deste grupo no internamento foi 14,6% para 13,6% taxa de mortalidade média no serviço.

CONCLUSÃO: Os doentes com neutropenia representaram uma baixa percentagem dos internamentos. A duração média do internamento neste grupo era bastante mais alta que a média do serviço mas a taxa da mortalidade foi próxima da média. Em 75% dos doentes o diagnóstico principal era oncológico o que explica a alta taxa de mortalidade global de curto prazo. No entanto, nos doentes sem quimioterapia mas com múltiplas comorbilidades não excederam a demora média de internamento, mas salientamos a elevada percentagem de falecimento nointernamento deste grupo em relação ao grupo pós quimioterapia.

SÍNDROME DE TAKOTSUBO – A REALIDADE DE 3 ANOS DE UM SERVIÇO DEMEDICINA

Ângela Coelho, Lara de Andrade Maia, Jorge Salomão, Jorge Gomes Silva, Paulo da Silva Ferreira, Augusto Duarte

Centro Hospitalar do Médio Ave - Unidade de Famalicão
Serviço de: Medicina Interna

A Síndrome de Balonização Apical Transitória do Ventrículo Esquerdo (VE) ou Síndrome de Takotsubo ou Cardiomiopatia de Stress, é uma síndrome caracterizada por disfunção transitória do VE, associada a alterações electrocardiográficas e ligeiro aumento dos marcadores de necrose miocárdica (MNM), presentes em doente com clínica mimetizadora de enfarte agudo do miocárdio (EAM), mas na ausência de doença coronária obstrutivassignificativa. Pela relevância desta patologia, os autores apresentam a casuística de 3 anos de um serviço de Medicina. De Agosto de 2009 a Agosto de 2012 foram tratados 5 doentes, 4 do sexo feminino, com idades entre os 51 e 80 anos. Todos os doentes apresentavam fatores de risco vascular, em alguns casos mais do que um, eventos precipitantes identificáveis, desde stress laboral a internamento hospitalar ou pós-operatório. A forma de apresentação foi variável, sendo que 2 doentes se apresentaram em choque cardiogénico, 2 com desconforto torácico e 1 com tosse e dispneia. O estudo complementar
revelou alterações eletrocardiográficas em 3 doentes (inversão das ondas T e infradesnívelamento do segmento ST) e aumento dos MNM em todos.

Ecocardiograficamente todos os doentes apresentavam compromisso moderado/severo da função do VE, com hipocinesia/acinésia do ápex e segmentos médio-apicais de todas as paredes, tendo a doença coronária sido excluída, por cateterismo, em todos eles. Todos os doentes sobreviveram à fase aguda, verificando-se melhoria progressiva, com normalização da função cardíaca e contratilidade, na reavaliação 1 a 3 meses após o evento, no entanto 2 dos doentes ainda apresentam sintomatologia compatível com insuficiência cardíaca. Ao apresentar esta casuística os autores pretendem relembrar uma patologia aguda, com bom prognóstico na maioria dos doentes, mas que em alguns casos pode resultar em morte ou insuficiência cardíaca.

**COMUNICAÇÃO LIVRE**

**PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS (2002-2011)**

Isabel Militão, Vanessa Pires, Joana Cunha, Hélder Leite, AnaBela Santos, Nelson Barros, Ana Paula Dias, Lurdes Gonçalves, Francisco Esteves

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

Serviço de: Medicina Interna

Introdução: A incidência da Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) no adulto oscila entre 2–10 casos/1.000 habitantes/ano, com cerca de 20–35% a necessitarem de internamento hospitalar, sendo que 6–10% evoluem para formas graves com necessidade de admissão em unidade de cuidados intensivos (UCI). São a causa de morte mais frequente de origem infecciosa, com mortalidades de 24–40% no subgrupo de doentes admitidos em UCI. Segundo estudos, a identificação do agente infeccioso é possível em cerca de 50% dos doentes. Na PAC há questões determinantes, que devem condicionar toda abordagem: Avaliação da gravidade e estratificação do risco; Sistematização dos critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais que
determinam as melhores opções terapêuticas; A precocidade do tratamento influencia decisivamente o prognóstico.

Objectivos: Caracterizar os doentes internados por PAC numa UCI Polivalente (UCIP) em aspectos demográficos, comorbilidades presentes, proveniência dos doentes, duração de internamento, antibioticoterapia utilizada, estratificação de risco, destino dos doentes na alta da unidade e taxa de mortalidade.

Métodos: Análise retrospectiva dos doentes admitidos numa UCIP de 1 de Janeiro de 2002 a 31 de Dezembro de 2011, com o diagnóstico principal de PAC, através da consultado processo clínico do doente e dos registos próprios da UCIP.

Resultados: Foram admitidos 275 doentes com PAC, correspondendo a 8,7% do total de internamentos nesse período. A idade média dos doentes foi de 57,7 anos, sendo a maioria do sexo feminino (66,9%). A maioria dos doentes foi proveniente do Serviço de Urgência (53,8%). O score de APACHE II médio dos doentes foi de 22,3, o SAPS II 43,6 e o SOFA da admissão 8,5. Quase todos dos doentes preenchiam os critérios de sépsis (36,4%) ou choque séptico (59,6%). A demora média do internamento foi de 9,6 dias (máximo 58 dias e mínimo 1 dia), sendo a demora média hospitalar de 18,3 dias (máximo 107 dias e mínimo 1 dia). 84% dos doentes estiveram sob ventilação mecânica, cuja duração média foi de 9,4 dias. A antibioticoterapia utilizada empiricamente foi na maioria dos casos uma associação de uma cefalosporina de 3ª geração com um macrólido. Em 46,5% dos casos houve identificação de agente microbiológico sendo o Streptococcus pneumoniae aquele mais frequentemente isolado. A maioria dos doentes teve alta para o Serviço de Medicina Interna do mesmo hospital para continuação de cuidados. A taxa de mortalidade bruta dos doentes com PAC foi de 27,6%.

Conclusões: A PAC com necessidade de internamento em UCI apresenta um claro agravamento do prognóstico pelas disfunções agudas de órgão e/ou pelas comorbilidades do doente. Realça-se a elevada taxa de identificação de agente etiológico e a mortalidade destes doentes.

Joana Vaz Cunha, Isabel Militão, Vanessa Pires, Liliya Malanka, Hélder Leite, Nélson Barros, Anabela Santos, Ana Paula Dias, Lurdes Gonçalves, Francisco Esteves

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Serviço de: Cuidados Intensivos e Cuidados Intermédios

Introdução: A doação de órgãos permite solucionar de forma definitiva situações de falência orgânica incompatíveis com a vida ou com repercussão importante na qualidade de vida dos doentes. A avaliação emanuseio de potenciais dadores é um pré-requisito fundamental na qualidade dos cuidados prestados numa Unidade de Cuidados Intensivos.

Objetivo: descrição e análise do perfil clínico de todos os doentes que evoluíram para morte cerebral com consequente doação de órgãos, num período de 5 anos num Centro Hospitalar.
Métodos: estudo retrospectivo de todos os doentes dadores de órgãos entre 2008 e 2012, com recolha de dados epidemiológicos, diagnóstico etiológico e comorbilidades, demora média, índices de gravidade/morbilidade e dedisfunção orgânica, técnicas de manutenção de dador e órgãos colhidos. Os dados foram analisados com o programa Microsoft Excel®. Resultados: Identificaram-se 30 dadores com idade média de 55,5 anos [17;77], sendo 21 do sexo masculino (70%) e 9 do sexo feminino (30%). O diagnóstico mais frequente foi o acidente vasculocerebral (AVC) hemorrágico e a comorbilidade predominante foi a hipertensão arterial seguida da dislipidemia. A maioria dos doentes foi referenciada pelo Serviço de Urgência (86,7%). Os índices de gravidade médios calculados foram: SAPS II de 63,3 e APACHE II de 28,1. A avaliação da disfunção orgânica pelo score SOFA foi de 10,7 à admissão e 11,4 à saída. A demora média de internamento cifou-se em 2,3 dias. Houve necessidade de suporte vasopressor em 28 doentes (93,3%) e de desmopressina em 27 (90%). Foram colhidos na totalidade 141 órgãos/tecidos com uma média de 5 por dador.

Conclusão: Apesar da doação de órgãos não estar ainda completamente maximizada, esta experiência documenta a capacidade e possibilidade de um hospital em rentabilizar esta mesma doação, aumentando a qualidade dos cuidados prestados à população. O perfil clínico dos doadores revela predomínio de causas médicas como o AVC e critérios de doação expandida/marginal.

ADEQUAÇÃO DA ANTIBIOTICOTERAPIA EMPIRICA NUM SERVIÇO DEMEDICINA INTERNA

José Ramalho, Bruno Pedro, Helena Vieira Dias, Petra Pego, Yahia Abuowda, Ana Rita Paulos, Inês Câmara, João Matos Costa, Mª Filomena Roque

Hospital de Santarem EPE
Serviço de: Medicina 3

INTRODUÇÃO: A patologia infecciosa é uma das principais causas de internamento nos Serviços de Medicina Interna; sendo escassos os dados referentes à realidade portuguesa. OBJETIVOS: Pretendeu-se determinar as características da patologia infecciosa e avaliar a adequação da antibioticoterapia empírica (ATB) instituída nos doentes (dts) internados num Serviço de Medicina Interna de um Hospital Distrital.

MATERIAL E METODOS: Estudo prospectivo, com a duração de 6 meses em que identificámos os dts que apresentavam diagnóstico infeccioso na admissão, avaliando-se a ATB empírica prescrita, identificámos-se os microorganismos responsáveis, o antibiograma (TSA) e a adequação do ATB ao TSA.
RESULTADOS: Foram incluídos 96 doentes, 66,7% do sexo feminino. A média de idades foi 74,7 anos. As infecções diagnosticadas mais frequentemente foram: infecção respiratória 46,1%, infecção urinaria 42,2%. Os exames pedidos com mais frequência foram as culturas de urina (47), expectoração (22) e hemoculturas (14). A rentabilidade foi respectivamente: uroculturas (71,1%), expectoração (73,6%), hemocultura (6,25%). Os agentes isolados mais frequentemente foram E. coli na urina e Klebsiella pneumoniae na expectoração. A antibioterapia mais utilizada em primeira linha foi Amoxicilina + Ac. Clavulanico (27,5%). Dos agentes isolados, 53,3% eram sensíveis à ATB empírica.

DISCUSSÃO: Salienta-se a fraca rentabilidade das hemoculturas, assim como o fato da Klebsilla ser o agente infeccioso mais frequentemente isolado na expetoração, o qual se poderá relacionar com idade dos doentes e comorbilidades. De salientar também que em cerca de metade dos casos houve necessidade de ajustar o antibiótico.

CONCLUSÃO: Estes resultados traduzem a realidade do nosso serviço de Medicina integrado num Hospital distrital, verificando-se a necessidade de um melhor conhecimento da realidade dos respetivos serviços por forma a instituir uma terapêutica empíca o mais adequada ao perfil microbiológico local. Sendo errada a tentativa de adaptação de guidelines internacionais.

QUAL O PERFIL DA PESSOA COM DIABETES?

Sónia Gonçalves, Sara Estrela, Ana Rita Cardoso, Cristina Gonçalves

Centro Hospitalar Médio Tejo

Serviço de: Medicina Interna

Introdução: A Diabetes Mellitus (DM) constitui um problema de saúde pública crescente, devido à elevada prevalência de complicações inerentes a esta doença. A pessoa com diabetes tem um risco cardiovascular e mortalidade acrescidos comparativamente às pessoas sem diabetes.

Objectivo: Caracterização de uma população de pessoas com diabetes seguidas numa consulta especializada de Diabetes, durante o ano de 2011.

Métodos: Avaliação retrospectiva dos processos clínicos dos doentes seguidos na consulta de Diabetes no período de Janeiro a Dezembro de 2011. Para a análise estatística utilizou-se o Software SPSS 17.0, usando
como nível desigificância 0,05, admitindo assim um erro de 5%. Resultados: Do total de 462 doentes observados, 53,2% eram do sexo masculino com uma idade média de 64,7 ± 14,3 anos. Cada doente teve uma média de 2 consultas/ano. Havia um predomínio de DM tipo2 (83,1%), estando 33% destes com esquema de tratamento insulínico intensivo e 6,7% apenas com antidiabéticos orais. Na admissão na consulta, os doentes apresentavam mau controlometabólico, com hemoglobina glicada média de 9,5 ± 2,1%, descendo esta para um valor médio de 7,9 ±1,5% no decorrer desse ano. Importa também salientar que a maioria dos doentes apresentava múltiplos factores de risco cardiovascular, nomeadamente HTA (72,7%), Dislipidemia (78,5%), Obesidade (51,4%) e tabagismo activo (5,6%). Relativamente às complicações crónicas da DM documentadas, a nefropatia foi a mais frequente (37,7%), seguindo-se a retinopatia (32,7%) e neuropatia (15,8%).

Conclusão: À semelhança dos estudos publicados, a nossa experiência clínica mostrou-nos o quão difícil é controlar o perfil metabólico nos doentes com DM, ascomorbilidades e suas complicações associadas. A especificidade dos cuidados de saúde prestados numa consulta especializada de Diabetes, implica uma abordagem multidisciplinar exaustiva, onde o papel da educação dodiabético é fundamental.

COMUNICAÇÃO LIVRE
PATOLOGIA DA TIRÓIDE, NA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA DEUM HOSPITAL DISTRITAL

Madalena Reis, Iurie Pantazi

ULS- Guarda
Serviço de: Medicina Interna

Introdução: A glândula tiroideia, através da produção das hormonas Triiodotironina (T3) e Tiroxina (T4) que actuam nos receptores nucleares, desempenha um papel importante na diferenciação celular durante a fase de desenvolvimento e na termogénese e homeostasia durante a fase adulta. A produção é regulada pelo eixo Hipotálamo- Hipofisário através de um mecanismo de feedback. A avaliação inicial da função tiroideia é efectuada através da determinação dos níveis de TSH, T4 e T3 (livre), sendo muito frequentes alterações da função e da estrutura da glândula tiroideia. É muito importante fazer diagnóstico diferencial com outras situações, nomeadamente efeitos adversos de fármacos.
Objectivos: O estudo teve como objectivo caracterizar os doentes seguidos em consulta externa de Medicina Interna com patologia da tireóide no período compreendido de 31 de Maio de 2011 a 30 de Maio de 2012. Foram analisadas, entre outras, as seguintes variáveis: sexo, idade, proveniência, motivo de consulta, avaliação analítica, ecografia tireóidea e medicação (à entrada vs momento actual), comorbilidades associadas e destino na última consulta.

Material e Métodos: Foi realizado um estudo retrospetivo, que consistiu na análise de 85 Processos Clínicos, dos quais foram excluídos 11 por ausência de dados. Todos os doentes são seguidos em consulta externa de Medicina Interna, no período previamente considerado e apresentam patologia da tireóide. O tratamento estatístico dos dados foi realizado com o programa Microsoft Excel 2010.

Resultados: a amostra é constituída por 74 doentes. A idade média dos doentes é de 62 anos, com o predomínio nítido do sexo feminino. Cerca de dois terços dos nossos doentes são provenientes do meio rural. A patologia tireóidea em 33% foi o principal motivo de referenciamento à consulta sendo o médico de Medicina Geral e Familiar (MGF) o que mais doentes referenciou. Actualmente cerca de 82% dos doentes encontram-se medicados em maioritariamente eutireoides, contrastando com os resultados da admissão. As comorbilidades mais frequentes são as do foro cardiovascular, metabólicas e endocrinológicas. A maioria dos doentes mantém seguimento em consulta externa de Medicina Interna, tendo alta para o seu médico assistente aqueles que estavam estabilizados com a medicação instituída (5.4%). O número total de consultas, efectuadas pela amostra e no período considerado, corresponde a 13% das consultas de Medicina Interna.

Conclusão: No nosso Hospital a patologia datireóide tem uma elevada prevalência na consulta externa de Medicina Interna, existindo uma grande variabilidade de factores que podem influenciar a função tireóidea, a decisão de iniciar tratamento nem sempre é fácil exigindo uma abordagem individualizada e multidisciplinar.
INTRODUÇÃO: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) tem elevado peso social, com impacto no grau de dependência e perda acentuada da qualidade de vida do próprio e dos cuidadores. As mudanças atingem a dinâmica das relações e necessidade de alterações arquitectónicas no domicílio, com custos financeiros elevados. Torna-se mais dramático por ser súbito e inesperado com tempo reduzido de adaptação familiar. Conscientes desta realidade, e sempre que a dependência prévia se agravou de forma significativa, são realizadas Reuniões de Preparação de Alta (RPA) relativas aos doentes internados na Unidade de AVC do Hospital.

OBJECTIVOS: Avaliar o grau de dependência, as limitações familiares e as condições habitationais dos doentes.
MATERIAL E MÉTODOS: Estudo prospectivo, com registo de variáveis, relativo aos últimos 53 doentes submetidos a RPA. Tratamento estatístico dos dados com SPSS.

RESULTADOS: Na amostra predominaram os AVCs isquémicos (98.1%), com uma média etária de 76.5 anos e com discreto predomínio do sexo feminino (54.7%). Em média, a RPA ocorreu no 5º dia do internamento e a escala de Barthel teve um decréscimo de 17.9 pontos iniciais para 4.7 à data da RPA. Estiveram presentes 6.0 profissionais de saúde e 2.5 familiares, com predomínio dos filhos, presentes em 72.5% das RPA, e dos cônjuges (47.1%). O destino após alta foi o domicílio com apoio externo em 50.9%. O Lar foi o destino em 9.4% dos doentes. As maiores necessidades de aprendizagem identificadas foram nos cuidados de higiene (71.7%) e levante (79.2%). Analisando as condições domiciliárias, 83.0% iriam residir em pisos térreos, 93.6% tinha largura adequada de portas mas apenas 30.2% não tinha degraus de acesso à habitação. As camas terão altura adequada em 82.6% dos casos e raramente se justificou a necessidade de cama articulada (8.7%). As condições da casa de banho iriam exigir alterações em 17% dos doentes. Na análise da necessidade de aquisição de ajudas técnicas específicas, 66% iriam adquirir cadeira de rodas, 42.6% cadeira de banho, 28.3% grades para a cama e, em casos esporádicos, mesa de trabalho ou cinto de estabilização.

CONSIDERAÇÕES: As RPA mostraram-se eficazes na avaliação das condições existentes para a alta dos doentes, facilitando, através duma linguagem comum de todos os profissionais, a reinserção do doente no seu meio ambiente.

COMUNICAÇÃO LIVRE

GRANDES IDOSOS NUMA ENFERMERIA DE MEDICINA INTERNA:

Carmen Calvo¹, Nuno Costa², João Correia³, João Reis Pereira³
¹Interna Complementar Medicina Interna- Unidade Local de Saúde- Guarda (Portugal) ²Assistente Graduado ³Chefe de Serviço Medicina Interna A ³Director de Serviço Medicina Interna

Unidade Local Saúde- Guarda
Serviço de: Medicina Interna

Introducção: A Organização Mundial de Saúde prevê que me 2025 existam 1,2 bilhões de pessoas com idade superior a 60 anos, sendo que os Muito Idosos, maiores de 85 anos, são o grupo etário com maior crescimento. No distrito da Guarda, 25% da população tem idade ? 65 anos sendo que 7,8% do total tem idade ? 80 anos, bem representativa na estatística que apresentamos.
Objetivo: Caracterizar uma mostra de 708 doentes internados no serviço de Medicina Interna de um hospital terciário com uma idade > 80 anos.

Material e Método: Retrospectivo e descritivo do ano 2009-2010. Os dados foram fornecidos pelo Serviço de Estatística e distribuídos por sexo, idade, dias de internamento, demora média, mortalidade, diagnósticos principais, co morbidades, destino e complicações. Os dados foram organizados e analisados através do programa Microsoft Office Excel 2010. Resultado Neste período foi encontrada uma elevada incidência de internamentos de doentes muito idosos (46,4%) no serviço. Verificou-se uma maior prevalência do sexo feminino (57,9%). A idade média dos doentes foi de 86,39 anos, discretamente superior nas mulheres. São doentes maioritariamente provenientes do serviço de Urgência, sendo a patologia infecciosa do foro respiratório a determinante principal dos internamentos e a patologia do foro cardiovascular a principal co morbidade. Estes doentes apresentaram internamentos mais prolongados com uma demora média de 12,7 dias e foram responsáveis por metade dos óbitos verificados neste serviço. Do total de 477 doentes que tiveram alta de Medicina Interna, 90% regressaram ao domicílio/lar, 3,98% foram encaminhados para outros Hospitais, 3,7% para uma unidade cuidados continuados (UCC) e 2% para a unidade de cuidados intensivos (UCI).

Conclusões: A nossa mostra incluiu um número significativo de doentes grandes idosos, com uma taxa de mortalidade elevada como esperado. São essenciais estudos prospectivos que englobem uma avaliação geriátrica global dos doentes, uma vez que esta pode contribuir para uma deleção adequada dos idosos a serem admitidos nas Unidades de Cuidados Intensivos e Intermédios.

COMUNICAÇÃO LIVRE

PROCEDIMENTO DE PROFILAXIA DO TROMBOEMBOLISMO VENOSO NUM DEPARTAMENTO DE MEDICINA

P. Mota, M. J. Lobão, C. Bello, J. Paxiuta, J. Sequeira

HPP-Hospital de Cascais

Serviço de: Serviço de Medicina I

O risco de ocorrência de um evento tromboembólico venoso (TEV) aumenta durante o internamento hospitalar. Contudo, grande parte dos estudos continua a mostrar que a tromboprofilaxia do TEV ainda não é efectuada da forma mais adequada.

Este estudo tem por objectivo avaliar a aplicação deste procedimento aos doentes internados num Departamento de Medicina, comparando-a com as normas orientadoras da American College of Chest
Em dia único, foram avaliados todos os doentes internados no referido departamento e respectivos processos clínicos. Para estratificação de risco de TEV e de hemorragia utilizaram-se o Padua Prediction Score (PPS) e o IMPROVE Bleeding Risk Score, respectivamente. Foi avaliada a indicação para realização da profilaxia e medidas de profilaxia instituídas com essa finalidade.

Das 93 camas disponíveis, 82 encontravam-se ocupadas à data do estudo. Foram excluídos 9 doentes por se encontrarem sob hipocoagulação. Do total de doentes incluídos (n=73), com idade média de 75 anos (DP:12,7), 52,1% eram do sexo masculino. De acordo com a estratificação pelo PPS, 78,8% apresentavam um risco elevado de TEV. Contudo, atendendo ao risco hemorrágico, verificou-se que existia indicação para instituição de medidas profiláticas em apenas 67,1% dos casos. Dos doentes com indicação para profilaxia, 26,5% não tinham qualquer prescrição nesse sentido. Por outro lado, 37,5% dos doentes sem indicação encontravam-se sob tromboprofilaxia. A taxa de conformidade do procedimento foi de 73,5%.

Estes resultados demonstram a existência de erros na aplicação da profilaxia do TEV que justificam a intervenção futura para diminuição de risco associado à sua inadequação. A utilização de scores validados para estratificação de risco de TEV e de hemorragia à admissão poderá constituir um auxílio à decisão de implementação adequada do procedimento.

**COMUNICAÇÃO LIVRE**

**SARCOIDOSE – MAIS CONHECER PARA MELHOR ABORDAR**

Inês Chora, Tiago Borges, Paula Vaz Marques, Sérgio Silva

Centro Hospitalar São João

Serviço de: Medicina Interna

A sarcoidose é uma doença inflamatória crónica de etiologia desconhecida, caracterizada histologicamente por granulomas não caseosos, podendo envolver praticamente qualquer órgão. Para caracterização e casuística, foram revistos os processos clínicos de doentes com diagnóstico de sarcoidose e evidência histológica desta patologia, seguidos nos últimos 5 anos num hospital central. Incluíram-se 45 doentes, 58% (n=26) do sexo feminino, com mediana de idades atual de 47 anos e de 40,5 aquando do diagnóstico. A primeira manifestação clínica foi pulmonar em 62% e reticuloendotelial (RE) em 13% dos casos; no
seguimento, o principal atingimento foi pulmonar (98%, 4 casos com insuficiência respiratória crónica), RE e musculoesquelético (84% cada), cutâneo (20%) e ocular (16%). Havia 3 ou mais sistemas atingidos em 67% e 3 casos de síndrome de Lofgren. Foi utilizado o sistema de Scadding para estadiamento radiológico do atingimento pulmonar: 13% dos casos tinha estadio 0, 13% I, 42% II, 11% III e 20% IV. Havia alteração funcional respiratória em 58% dos casos, com distúrbio obstrutivo em 62% destes. Analiticamente, 17% tinha hipercalemia e 6% hipercalecúria. A enzima de conversão da angiotensina (ECA) sérica máxima tinha um valor médio de 100 U/L (máximo 470) e mantinha-se elevada (>70) em 24% dos casos. A confirmação histológica foi por biópsia pulmonar ou bronquica em 51% dos casos e ganglionar em 36%. Há 64% dos casos (n=29) sob terapêutica atual — 22 com corticoterapia, 8 com azatioprina, metotrexato ou infliximab. Fez-se 1 transplante pulmonar. Em 2 doentes havia síndrome de Sjögren associado; nenhum caso tinha doença linfo ou mieloproliferativa concomitantes. Verificaram-se 2 óbitos. Em conclusão, asarcoíose surgia em adultos jovens e, ainda que claramente multissistémica, atingia principalmente o sistema respiratório (em estadio pulmonar II e com distúrbio ventilatório associado). Poucos casos tinham alteração do cálcio. A maioria dos casos estava sob terapêutica.

**COMUNICAÇÃO LIVRE**

**UM CASO DE LEISHMANIOSE VISCERAL EM DOENTEIMUNODEPRIMIDO**

A.F. Matos, V. Rosário, B. Ferreira, M.C. Esteves

Hospital: Distrital de Santarém

Serviço de: Medicina IV

Apresenta-se o caso de um homem, 43 anos, caucasiano, internado por febre prolongada. Trata-se de um doentesem patologias prévias, referindo perda ponderal, astenia, anorexia e mal estar inespecífico, com alguns meses de evolução. Na última semana, inicia febre, calafrios e dispneia. No exame objectivo destacase o aspectoemagrecido e febre 38°C. Na auscultação pulmonar o murmurio vesicular rude no 1/3 inferior

COMUNICAÇÃO LIVRE

HEMATOMA LOBAR - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Eduardo Doutel Haghighi, Miguel Coelho

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

Serviço de: Neurologia

CASO CLÍNICO: Doente do género masculino de 73 anos de idade, com antecedentes de melanoma maligno da região inguinal direita, ressecada cerca de 1 ano antes (sem tratamento adjuvante); hábitos tabágicos
elevados (100 unidades maço ano); sem medicação habitual. O doente referia quadro de parésia facial direita e afasiafluente progressiva com 2 dias de evolução, acompanhadas cerca de 24h depois de clonias da hemifacehomolateral. Nas horas subsequentes houve agravamento da parésia facial mas com melhoria parcial da afasia. Às 48 horas após instalação dos primeiros sintomas, o doente notou novo agravamento do quadro pelo que decidiu recorrer ao Serviço de Urgência, tendo ficado internado. Ao exame neurológico, à entrada, apresentava disartriamarcada, discurso não fluente, defeito de nomeação, repetição mantida, parésia facial central direita. A tomografia computarizada cranio-encefálica revelou hematoma intraparenquimatoso agudo subcortical na convexidade frontalposterior (de 19 milímetros de maior diâmetro). Durante o internamento iniciou igualmente quadro de hemiparésiadireita e hemihipostesia do membro superior direito, de agravamento progressivo e considerável, compatível com aumento do hematoma intra-cerebral (até 54 milímetros de maior diâmetro), comprovado em exames imagiológicos subsequentes. Foi submetido a craniotomia com extração do hematoma, resultando em melhoria dos défices neurológicos. O exame histopatológico do conteúdo confirmou o diagnóstico de melanoma maligno.

CONCLUSÃO: Este caso permite a revisão das principais etiologias dos hematomas lombares intra-cerebrais, com destaque na causa neoplásica.

---

**COMUNICAÇÃO LIVRE**

**UM CASO DE FEBRE ESCARO-NODULAR COM FALÊNCIA MULTIORGÂNICA**

João Gouveia, Ana Sofia Serafim, Carla Nobre, António Vieira, Etel Carvalho, Joaquim Peixoto, Cidália Pinto, Carlos Maltêz, Fátima Campante

Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE

Serviço de: Medicina Interna
A febre escaro-nodular, causada pela bactéria Rickettsia conorii, é endémica dos países mediterrânicos, tendo uma clínica muito característica e um curso habitualmente benigno. Apresenta-se um caso de um homem de 63 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e carcinoma epidermóide do pulmão em remissão completa, que recorreu ao Serviço de Urgência por um quadro de febre e mialgias. Apresentava um exantema micronodular generalizado, bem como uma lesão no abdómen compatível com "Tache Noir", tendo-se colocado a hipótese de febre escaro-nodular, pelo que iniciou terapêutica com doxiciclina. O quadro evoluiu com hipotensão, hipoperfusão das extremidades, desorientação temporol-espacial, trombocitopenia, disfunção renal e insuficiência hepática, pelo que foi transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), em falência multiorgânica, com necessidade de ventilação invasiva, aminas vasoativas e técnica de substituição renal. Pela gravidade do quadro foi associada a ciprofloxacina ao esquema antibiótico, com melhoria do quadro, recuperação da função renal e respiratória. Houve entanto necessidade de amputação selectiva de múltiplos dedos devido à necrose das extremidades.

Constatou-se ainda tetraplegia, tendo realizado tomografia de crânio que não mostrou alterações, punção lombar e electromiograma que eram compatíveis com Síndrome de Guillain-Barré versus "Thick Paralysis", que melhorou com imunoglobulina e fisioterapia. Dos exames de diagnóstico salienta-se Weil-Felix negativo, e sorologia IgG elgM positiva para Rickettsia conorii. Após 29 dias de internamento na UCI foi transferido para o Serviço de Medicina, mantendo ainda paraparésia. Apesar da febre escaro-nodular ser relativamente comum no nosso país, a gravidade deste caso, bem como a multiplicidade de complicações associadas, tornam-no um exemplo a ter em conta.

COMUNICAÇÃO LIVRE
ADENOPATIA EM DOENTE JOVEM

Eduardo Doutel Haghighi, Alejandro Domínguez, Pedro Lito, Josune Aramendi, Carlos Lino, Artur Gama

CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA, EPE

Serviço de: Medicina Interna
INTRODUÇÃO: A doença de Kikuchi é uma patologia rara, benigna, normalmente caracterizada por linfadenopatia cervicovascular e febre. A sua etiologia ainda permanece desconhecida.

CASO CLÍNICO: Expomos o caso de uma doente dogénero feminino de 21 anos de idade, apresentando-se com conglomerado adenopático látero-cervical esquerdo, doloroso, aumentando de volume, com cerca de 3 semanas de evolução. Referia extração dentária cerca de 2 dias antes e arranhadela de um gato doméstico cerca de 1 mês antes. Negava febre, sudorese, astenia, anorexia, perda ponderal, artralgias ou outras queixas de órgão. Dos exames complementares realizados destacava-se: neutropénia mantida (1300-1500/uL); velocidade de sedimentação, virologia (para doença aguda), auto-imunidade, imunoglobulinas, serologias (destacando-se a de Bartonella henselae) e prova de Mantoux negativos; TAC toraco-abdominal sem alterações. Realizada biopsia ganglionar cujo exame histopatológico evidenciou linfadenite necrotisante com características enquadráveis em Doença da Arranhadela do Gato ou Linfadenite de Kikuchi. Feito seguimento e acompanhamento da doente em consulta de Medicina Interna, evidenciando-se manutenção da neutropénia (associada por duas vezes a leucopénia na ordem dos 4000 u/L) e desaparecimento de adenopatias; iniciou entretanto episódios autolimitados de pólialartralgias distais de ritmo misto e posteriormente rash eritematoso malar, lesões maculares cutâneas e úlceras orais. Realizada biopsia de lesão cutânea - exame anatomopatológico compatível com lúpus eritematoso.

CONCLUSÃO: Segundo escassos casos reportados, doença de Kikuchi foi diagnosticada antes, durante e depois do diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistémico no mesmo doente. De facto, alguns autores defendem que a primeira doença representa uma forma fruste da segunda; no entanto, tal teoria ainda permanece obsoleta.

FENÓMENOS TROMBÓTICOS RECORRENTES – CASO CLÍNICO

Ana R. Afonso, Élio Rodrigues, Helena Santos, Susana Magalhães, Ferraz Sousa, Amélia Pereira

Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE
INTRODUÇÃO: A relação entre neoplasias e alterações na coagulação está bem estabelecida. Os fenómenos tromboembólicos nos doentes oncológicos podem ser a primeira manifestação da neoplasia e a sua recorrência, mesmo com anticoagulação adequada, pode ocorrer.

RELATO DE CASO: Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino, 62 anos de idade, raça caucasiana, com hábitos tabágicos marcados, internado para estudo etiológico de estado pró-trombótico caracterizado por dois acidentes vasculares cerebrais isquêmicos recorrentes associados a sintomas constitucionais. No exame objectivo, além dos sinais neurológicos, apresentava-se emagrecido e com baqueteamento dos dedos das mãos. Durante o internamento, e sob heparina de baixo pesomolecular em dose terapêutica, o doente apresentou extensa trombose venosa da veia umeral com extensão à veia subclávia e novo evento cerebral isquémico com afasia de nomeação. Após marcha de exames complementares de diagnóstico identificou-se hiperhomocisteinemia, heterozigotia para MTHFR e carcinoma epitelial do pulmão com metastização hilar, mediastínica e suprarrenal.

DISCUSSÃO: Discute-se este caso pela gravidade, recorrência dos eventos trombóticos e associação de fatores de risco que conduzem a fenómenos de hipercogulação, interessando quer o território venoso quer o território arterial.

COMUNICAÇÃO LIVRE

DIPLOPIA NUM JOVEM

Anastasiia Ilchenko, Ana Filipa Silva, Vera Pinto Ferreira, Ricardo Tjeng, Margarida Ascensão, António Atalaia, Pedro Rosado, Artur Gama.

Centro Hospitalar Cova de Beira

Conclusão: Trata-se de um caso raro, não só pela forma de apresentação, mas sobretudo pela idade do doente. Tem-se verificado o aparecimento de MM em doentes cada vez mais jovens. De acordo com a Fundação Internacional de Mieloma, os pacientes com menos de 40 anos já representam 5% dos casos e é raro em doentes jovens -0,27% abaixo de 30 anos. Apesar de raridade do MM nesta faixa etária, a suspeita desta patologia deve ser considerada e investigada.

Comunicação Livre

Hepatite Auto-Imune ou Hemocromatose? - Um Caso Clínico

Eduardo Aguiar Oliveira, Jorge Henriques, Mário Pires, Magda Sousa, Nuno Gatta, Miguel Castro, Ana Sofia Montez, Helena Martins, Pires Geraldo, Capão Filipe
Os autores apresentam o caso clínico de um doente do sexo masculino, de 53 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência por um quadro de icterícia e colúria, de início alguns dias antes. Após realização de exames (análises compatíveis com colestase, ecografia abdominal sem alterações), ficou internado para estudo, sendo a principal hipótese de diagnóstico colocada tratar-se de uma hepatite tóxica por esomeprazol – único factor potencialmente precipitante introduzido alguns dias antes. No internamento, das análises iniciais pedidas destaca-se uma cinética do ferro compatível com hemocromatose (elevação do ferro sérico, saturação de transferrina > 100% e ferritina > 5000 ng/mL). Enquanto se aguardava estudo genético para hemocromatose, dada a melhoria clínica e analítica verificada, teve alta a aguardar resultados. Foi detectada a mutação H63D em heterozigotia, programando-sebiopssia hepática para confirmação diagnóstica e foi enviado para consulta de Imunohemoterapia para início deterapêutica com flebotomias. Apesar de recuperação de ferritina para valores aproximados de 2000 ng/mL, o resultado de biopsia hepática apontava para etiologia auto-imune / tóxica, já com cirrose estabelecida. As análises para pesquisa de hepatite auto-imune permitem calcular score ERDHAI 14 (hepatite auto-imune provável), pelo que iniciou corticoterapia e mantém seguimento em consulta. Assim, os autores apresentam este caso por setratar de patologia pouco frequente na população geral, e ainda menos na população masculina. Apresenta ainda algumas características de sobrecarga de ferro, embora não seja possível estabelecer o diagnóstico dehemocromatose hereditária de modo definitivo. Devem ser colocadas várias hipóteses (mesmo que raras) para o diagnóstico diferencial numa especialidade tão abrangente como a Medicina Interna, que deve estabelecer o diagnóstico o mais precocemente possível para o oportuno e adequado tratamento.

**COMUNICAÇÃO LIVRE**

**POLIANGEÍTE MICROSCÓPICA COM ATINGIMENTO PULMONARISOLADO UM DESAFIO DIAGNÓSTICO**

Ester Ferreira, Francisco Monteiro, Manuela Dias, Paulo Bettencourt
A poliangeíte microscópica (MPA) é uma vasculite necrotizante não granulomatosa que envolve pequenos vasos. Mais frequentemente esta vasculite apresenta-se pelo atingimento renal sendo o atingimento pulmonar isoladouma raridade. Os autores apresentam o caso de uma doente de 70 anos, com antecedentes de DM tipo 2, IRC e HTA, internada para investigação de síndrome febril, sintomas constitucionais e tosse irritativa com 3 meses de evolução. O estudo efectuado em ambulatório apresentava elevação de marcadores inflamatórios e das GGT/FA.

Na TAC toraco-abdomino-pélvica destacavam-se achados compatíveis com fibrose pulmonar intersticial. Na admissão no internamento a doente apresentava-se febril mas com razoável estado geral e sem insuficiência respiratória. Efectuado estudo alargado que excluiu causa infecciosa. Ecografia abdominal inocente. O estudo imunológico revelou positividade de ANCA MPO (130, ref<20). Realizada broncofibroscopia que não objectivou lesões macroscópicas na arvore brônquica e o estudo do Lavado broncoalveolar foi inespecífico. Por agravamentoclinico com evolução para insuficiência respiratória tipo 1 repetiu TAC de tórax que documentou agravamento das áreas em vidro despolido. Realizou biópsia pulmonar transtorácica e iniciou Prednisolona 1mg/kg perante asuspeita de MPA. O exame histológico mostrou hemorragia pulmonar e fenómenos de capilarite. Assim, perante o contexto clínico, laboratorial e histopatológico foi estabelecido o diagnóstico de MPA. Sob terapêuticaimunosupressora verificou-se evolução favorável com resolução da insuficiência respiratória tendo sido orientada para ambulatório sob Azatioprina e Prednisolona. Em reavaliações posteriores foi documentada diminuição dos marcadores inflamatórios e GGT/FA bem como melhoria das alterações imagiológicas. Embora não amplamenteestudada a fibrose pulmonar intersticial vem sendo recentemente descrita em associação, e muitas vezesantecedendo em anos, o diagnóstico da MPA. Possivelmente fenómenos de capilarite e hemorragia alveolar, sucessivos e clinicamente pouco significativos, poderão estar na origem destes achados.

COMUNICAÇÃO LIVRE

ENFARTES ESPLÉNICO E RENAL EM DOENTE COM FIBRILHAÇÃO AURICULAR
A Fibrilhação Auricular (FA) é a disritmia cardíaca mais frequente na prática clínica, ocorrendo em menos de 1% dos indivíduos com menos de 60 anos, mas em mais de 6% daqueles acima dos 80 anos. A sua prevalência aumenta com a gravidade da Insuficiência Cardíaca (IC) congestiva e da doença cardíaca valvular.

O seu prognóstico é marcado, sobretudo, pelos fenómenos tromboembólicos aos quais está associada, com consequências significativas em termos de morbidade e mortalidade.

Os autores apresentam o caso clínico de um homem, de 49 anos, fumador, com hábitos etílicos pesados, antecedentes de FA permanente e clínica habitual de IC classe II de NYHA que recorreu três vezes ao serviço de urgência (SU) por quadro de dor lombar direita persistente, que foi interpretada como cólica renal. À terceira vinda ao SU, referia, ainda, dispneia para pequenosesforços. Ao exame objectivo, apresentava sinais de estase pulmonar, taquiarritmia, dor à palpação do flancodireito e sinal de Murphy renal homolateral positivo. A ecografia abdominal revelou enfartes esplênicos e renais. Ficou internado para tratamento e estudo complementar.

Dos resultados deste destacaram-se FA com resposta ventricular rápida e miocardiopatia dilatada com depressão severa da função. Apesar destes factores de risco, foram, também, excluídas trombofilias. Iniciou anticoagulação oral com warfarina e terapêutica para controlo da FA e ICC, com boa resposta ao tartamento.

Mantém seguimento em Consulta Externa, com abstinência tabágica e alcoólica e cumprimento da terapêutica médica, apenas com queixas de dispneia para grandes esforços.

Diantedo caso exposto, perante um doente com FA e dor abdominal persistente, deve haver um índice de suspeição elevado em relação às inerentes complicações embolígenas daquela. O diagnóstico precoce e a instituição de anticoagulação oral, sobretudo como prevenção primária do tromboembolismo, são fundamentais,

Palavras-chave:Fibrilhação auricular, Insuficiência Cardíaca, Enfarte visceral, Dor Abdominal

EMBOLIA PARADOXAL: UMA APRESENTAÇÃO TÍPICA NUMA IDADE ATÍPICA

Hugo Jorge Casimiro, Pedro Carreira, Beatriz Navarro, Mário Parreira, Amaro Lourenço
Apresenta-se o caso de um homem de 83 anos, com história de hipertensão arterial e bronquite crónica, que recorreu ao serviço de urgência por quadro súbito de dispneia e cansaço para médios esforços. Na avaliação analítica destacava-se aumento dos D-dímeros e gasimetría arterial (GSA) com hipoxémia e hipocápnia. Admitiu-se descompensação de insuficiência cardíaca, sendo o doente referenciado para avaliação em consulta externa. Após 4 dias, volta ao serviço de urgência apresentando afasia e hemiparésia direita. Embora a tomografia computadorizada (TC) crânio-encefálica não revelasse alterações agudas, o doente ficou internado com o diagnóstico de acidente vascular cerebral (AVC) isquémico do hemisfério cerebral esquerdo. Por manter dificuldade respiratória, repetiu GSA que confirmou a presença de hipoxémia e hipocápnia. Foi realizada angio-TC que constatou tromboembolismo pulmonar (TEP) bilateral. Do restante estudo realizado, destacava-se: Ecocardiograma transtorácico e transesofágico: foramen oval patente (FOP) com fluxo bidireccional espontâneo e com manobra de Valsalva. Ecodoppler venoso dos membros inferiores: trombose venosa profunda (TVP) no território popliteu direito. Durante o internamento, houve evolução favorável, com recuperação total dos défices neurológicos e estabilização no ponto de vista respiratório. Teve alta sob anticoagulação oral. O AVC isquémico origina-se em trombos do sistema arterial ou venoso. Neste último caso, pode existir a presença de um defeito do septo auricular (como o FOP), designando-se este evento como embolia paradoxal. O FOP associa-se mais à ocorrência de AVC emdoentes com menos de 55 anos e AVC criptogénicos. Embora o FOP não justifique por si só a ocorrência de emboliaparadoxal, o presente caso revela uma alta probabilidade para esse diagnóstico dado à ocorrência simultânea de TVP, TEP e AVC. Mostra-se igualmente a importância de exclusão de defeitos do septo auricular em doentes com AVC, mesmo em idades mais avançadas.
Introdução. O Síndrome Budd-Chiari é caracterizado por um conjunto heterogéneo de doenças, com manifestações diversas tanto clínicas como laboratoriais, reflectindo obstrução a nível das veias hepáticas até ao nível da veia cava inferior. As principais patologias associadas são: estados de hipercoaguabilidade hereditários (ex: défice da proteína C) ou adquiridos (síndromes mieloproliferativos, neoplasias, hemoglobinúria paroxística nocturna). Os principais tratamentos disponíveis são: controlo das manifestações clínicas, anti-coagulação, trombólise, angioplastia, TIPS e transplante hepático.


Conclusão: No contexto de uma ascite, sem alteração a nível dos parâmetros hepáticos deverá ter-se sempre em conta, apesar da sua baixa incidência o síndrome Budd-Chiari como umas das possíveis causas.

COMUNICAÇÃO LIVRE
SALA C - 27 DE OUTUBRO DE 2012 ÀS 08:00 HORAS

MODERADORES:   Dra Rosa Silva
                 Dr Marina Bastos

EDEMA – SINAL DE ALERTA PARA PATOLOGIA RENAL

Ângela Coelho, Nuno Correia, Celeste Guedes, Jorge Salomão, João Frazão, Augusto Duarte
Os edemas podem ser a primeira manifestação de diversas patologias. No entanto, quando associados a proteinúria são um indicador da presença de doença glomerular, cuja etiologia é variada, assim como a sua forma de apresentação. O caso clínico que os autores aqui apresentam é um exemplo disso. Trata-se de um jovem de 24 anos, sem antecedentes de relevo, que desenvolveu subitamente edemas dos membros inferiores, precedidos, em um dia, por odinofagia. De referir ainda que cerca de 15 dias antes teve quadro clínico compatível com gastroenterite vírica auto-limitada. Clinicamente encontrava-se hemodinamicamente estável e apenas com ligeirorubor da faringe. No estudo inicial identificou-se proteinúria, sem insuficiência renal associada. Progrediu-se no estudo, ao mesmo tempo que se instituiu terapêutica diurética para controlo dos edemas. No entanto, verificou-se seagravamento dos mesmos, sendo decidido internamento para controlo sintomático. Do estudo realizado de referirhipoalbuminémia, dislipidémia mista, proteinúria nefrótica (7,87g/24h) e TC toraco-abdominal que revelou moderada quantidade de líquido intra-peritoneal, ligeiro derrame pleural bilateral e densificação do tecidosubcutâneo da parede abdominal, sem alterações renais. Chegou-se então ao diagnóstico de síndrome nefrótico, sendo necessário não só o controlo dos edemas (diuréticos), da dislipidemia (estatina) e da proteinúria (IECA/ARA), mas também o estudo da sua etiologia, para se poder aferir a necessidade de tratamento dirigido. Nesse contexto realizou biópsia renal que confirmou a presença de glomeruloesclerose focal e segmentar. Actualmente apresenta-se estável e com franca melhoria dos edemas periféricos, mantendo-se em vigilância em consulta de nefrologia e medicina interna. Os autores apresentam este caso para relembrar uma das muitas formas de apresentação das doenças glomerulares, assim como a possibilidade de atingimento de doentes jovens.

COMUNICAÇÃO LIVRE

UMA CLÍNICA FIEL À LITERATURA.
INTRODUÇÃO: O tromboembolismo pulmonar é uma patologia frequente, sobretudo na população idosa e muitas vezes subdiagnosticada.

CASO CLÍNICO: Mulher, 83 anos, leucodérmica que recorre ao S.U. por episódio de dispneia súbita acompanhada de desconforto retroesternal, sudorese, palidez cutânea e náuseas. Com história de fractura do de de dedos pé esquerdo há um mês condicionando diminuição da mobilidade, fibrilação auricular paroxística e hipertensão arterial. Ao exame objectivo a destacar taquipneia com SpO2 83%. TA: 89/65 mmHg, palidez cutânea e extremidades frias e ingurgitamento jugular a 30º. Analíticamente com D-Dimeros 5280, alterações das provas de função hepática e elevação dos marcadores de lesão do miocárdio. Gasimetricamente com hipoxemia e hipocapnia. Rx Tórax com diminuição da vascularização bilateralmente sugestivas do sinal de Fleishner bilateralmente. ECG com BCRD, sinais de sobrecarga do ventrículo direito e padrão S1Q3T3. Com hipótese de tromboembolismo pulmonar iniciou enoxaparina em dose terapêutica e realizou Angio TC-Torácica que revelou significativo tromboembolismo central e periférico envolvendo praticamente a globalidade das artérias lobares e segmentares com zona de enfarte no lobo pulmonar superior direito. Ecocardiograma com dilatação grave do ventrículo direito. Eco-Doppler membros inferiores com trombose venosa profunda parcial recente popliteia direita.

CONCLUSÃO: Estima-se que mais de 70% dos tromboembolismos pulmonares são diagnosticados no post mortem e cerca de 80% das tromboses venosas profundas são assintomáticas. Cursa muitas vezes com alterações no electrocardiograma como arritmias e bloqueio ramo direito de novo, sendo o exame complementar de diagnóstico de eleição a Angio TC-Torácica. Quando não tratada tem uma elevada taxa de mortalidade.

COMUNICAÇÃO LIVRE

UM CASO DE POLIENDOCRINOPATIA AUTOIMUNE TIPO 3
Introdução: As Poliendocrinopatias Autoimunes (SPEA) são definidas como insuficiências glandulares múltiplas mediadas por autoimunidade. A classificação atual está definida por critérios clínicos e subdividida em 4 grandes grupos de apresentação clínica. A SPEA tipo 3 está definida como uma associação de Tiroidite autoimune (TAI) e pelo menos outro distúrbio autoimune sistémico ou específico de órgão. Pelo facto da TAI ser a doença autoimunemais prevalente na população em geral a SPEA tipo 3 é a Poliendocrinopatia mais observada.

Caso Clínico: Mulher de 76 anos, com antecedentes de Diabetes Mellitus (DM) mal controlada iniciando em 2010 queixas de diplopia, ptose palpebral assimétrica e flutuante bem como claudicação maxilar precipitada pelo esforço. Foi colocada a hipótese de Miastenia Gravis (MG) e pediram-se os anticorpos anti-acetilcolina os quais foram positivos. O EMG confirmou o diagnóstico. Iniciou então Imunoglobulina e piridostigmina com boa resposta clínica. Detectou-se na mesma data Hipertiroidismo com anticorpos anti-tiroideus e anti-tiroglobulina positivos. Posteriormente em 2011 a doente é internada por anemia macrocítica, diabetes descompensada e fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida.Confirmou-se má adesão à terapêutica e hipertiroidismo não compensado. A avaliação complementar detectou a presença de Anemia Perniciosa (AP) com anticorpos anti-parietais e anti-factor intrínseco positivos e anticorpos anti-GAD e anti-Ilhéus positivos. Reavaliou-se a terapêutica e ajustou-se a dose de insulina e levotiroxina bem como ác. fólico e vitamina B12 com recuperação do quadro clínico. Confirmou-se assim o quadro de SPEA com TAILa associada a DM tipo 1 autoimune, MG e AP.

Conclusão: Este caso cumpre os critérios diagnósticos de SPEA dado que associa a TAI a outra anomalia autoimune, o que segundo a classificação atual permite classificá-la em tipo 3. Embora não seja mandatório a pesquisa de fenómenos autoimunes em cada doente diabético descompensado, arrojada evolução para necessidades de insulina crescentes conjuntamente com anomalia de funcionamento datiroide pode ajudar no diagnóstico desta síndrome e ainda mais neste caso quando se lhe associa AP e MG. O equilíbrio do doente vai depender então da compensação de todos estes órgãos e sistemas.

COMUNICAÇÃO LIVRE
ENVOLVIMENTO PULMONAR COMO APRESENTAÇÃO DE SARCOMA DE KAPOSI EM DOENTE COM SIDA

Renata Silva*(1), Teresa Gomes *(2), Andreia Coelho*(3), Artur Vale*(2), Sónia Carvalho**(1), Marta Sousa**(3), Abel Afonso***(2), Fernando Guimarães**(1) *Interno Complementar; **Assistente Hospitalar; ***Director de Serviço no CHTMAD;
(1) Medicina Interna;(2) Pneumologia; (3) Oncologia do Hos

Introdução: O Sarcoma de Kaposi (SK) nos infetados pelo vírus da Imunodeficiência humana (VIH) é uma doença definidora de SIDA, cuja incidência tem diminuído na era da Terapêutica Anti-Retroviral combinada (TARc). O envolvimento pulmonar é comum no doente de SIDA com SK, mas raramente é forma de apresentação da neoplasia. Requer quimioterapia (QT). A Doxorrubicina lipossómica é 1ª opção. O prognóstico é reservado na imunodepressão severa. Apresentamos um paciente com SK que se manifestou com envolvimento pulmonar extenso e evolução fatal apesar do tratamento.

Caso clínico: Homem de 49 anos em substituição por metadona, com psoríase extensa e co-infeção VIH / VHC em tratamento anti-retrovírico há 16 anos, com interrupção de consultas e TARc no último ano. Admitido por tosse, expectoração, anorexia e emagrecimento há 4 meses. No exame físico, caquexia, psoríase extensa, roncos bilaterais a auscultação e pequenas lesões castanho-vinosas nos dedos e plantas dos pés, de aparecimento recente. A radiografia do tórax mostrou múltiplos infiltrados arredondados bilaterais, na tomografia computorizada com aspetos de formações nodulares de limites imprecisos, com suspeita de relação com processo broncopneumónico, áreas de condensação de predomínio basal e pequenas adenopatias mediastínicas. A Broncofibroscopia mostrou lesões tumorais irregulares na traqueia e brônquio principal esquerdo sugerindo lesões de SK, confirmado por biopsia. Excluiram-se infeções oportunistas. A contagem de CD4+ era 37/mm3. Iniciou Doxorrubicina lipossómica, mas ao fim do 4º ciclo apresentou progressão, pelo que optou por Paclitaxel. Infelizmente teve deterioração física e imunitária apesar da supressão viral com a TARc e óbito 10 meses após admissão inicial.

Conclusão: A manifestação inicial do SK sob a forma pulmonar é rara, embora o atingimento pulmonar em doentes com SK conhecido ocorra em até 1/3 dos casos. O atingimento extenso na infecção pelo VIH tem prognóstico reservado em pacientes com grave imunodeficiência como o nosso, para mais com caquexia associada à SIDA. Este caso ilustra uma forma agressiva de SK refratária à QT e TARc. Salienta-se ainda a necessidade da adesão à consulta e terapêutica para prevenção e deteção precoce das doenças definidoras de SIDA.

COMUNICAÇÃO LIVRE
Introdução: O Embolismo Séptico Pulmonar (ESP) é uma síndrome rara, em geral resultante de endocardite do lado direito do coração ou de uma flebite séptica ou supurativa distante. A flebite profunda associada à auto-injeção de substâncias ilícitas no contexto de dependência de drogas é causa conhecida de êmbolos sépticos pulmonares. Apresentamos o caso de um jovem toxicodependente com síndroma febril aguda sem queixas respiratórias que ilustra esta complicação.

Caso Clínico: Jovem de 30 anos, trabalhador numa loja de pneus, toxicodependente de heroína, com hepatite C crônica e serologia do vírus da imunodeficiência humana negativa, que recorreu ao serviço de urgência por quadro febril associado a lombalgias e dor no membro inferior esquerdo. Uma semana antes tinha injetado heroína a nível da virilha homolateral. Apresentava sépsis severa com disfunção multissistémica, destacando-se ao exame pressão arterial 66/37 mmHg, ausência de sopros cardíacos, e edema do membro inferior esquerdo, com lesão incisional com crosta na região inguinal. A radiografia de tórax (RX) inicial não mostrou infiltrados. Manteve febre persistente, com sucessivos rastreios sépticos negativos, nomeadamente hemoculturas seriadas. O ecocardiograma foi normal. A TC torácica mostrou surgimento de consolidações subpleurais, triangulares, associada a cavitacões de paredes espessadas bilaterais. Após excluir tuberculose e outras infeções no aspirado da broncofibroscopia, assumiu-se quadro clínico de enfartes sépticos pulmonares por êmbolos com origem em infecção e trombose da veia femoral, documentada por eco-doppler. Realizou vários ciclos de antibioterapia com evolução favorável, tendo tido alta com hipocoagulado. Um mês após a alta, na consulta, assintomático e com regressão acentuada das opacidades no RX. Faltou a convocatórias subsequentes.

Conclusão: O ESP pode ser a apresentação clínica de várias patologias de etiologia infeciosa, podendo ser confundida com pneumonia persistente. A endocardite direta e a tromboflebite associada a processos infeciosos adjacentes são as principais causas. No contexto da dependência de drogas intravenosas, o ESP é uma importante complicação de traumatismos perfurante da veia femoral, como no caso apresentado. O diagnóstico é por vezes difícil e o curso clínico potencialmente fatal.

**COMUNICAÇÃO LIVRE**
TROMBOSE DA VEIA JUGULAR INTERNA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Vanessa Pires, Isabel Militão, Joana Cunha, Liliya Malanka, Nelson Barros, Ana Paula Dias, Anabela Santos, Lurdes Gonçalves, Hélder Leite, Francisco Esteves

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Serviço de: Cuidados Intensivos

Introdução: Os eventos trombóticos dos territórios vasculares afectam sobretudo os membros inferiores, sendo queas veias da cabeça e pescoço são menos susceptíveis. A trombose da veia jugular foi descrita pela primeira vez em 1912 por Long, associada a complicação de um abscesso amigdalino. A sua etiologia é variada (desde o uso decatéter venoso central e drogas endovenosas até neoplasias ou distúrbios da coagulação) podendo estar associada complicações graves.

Caso Clínico: Descreve-se o caso de um doente de 71 anos com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 e alcoolismo crónico activo. Internado no serviço de Cirurgia Geral por quadro de pancreatite aguadaematosa, que evolui desfavoravelmente nas primeiras 48 horas, manifestando disfunção multiorgânica, comencefalopatia, insuficiência renal e respiratória agudas, trombocitopenia e choque distributivo. Admitido na Unidade de Cuidados Intensivos tendo iniciado suporte ventilatório mecânico invasivo, suporte vasopressor e realizado cateterismo venoso central a nível da subclávia esquerda. Evolução paulatinamente favorável. Ao 14º diao internamento surge edema a nível do membro superior esquerdo. Em cerca de 48 horas complica com progressão do edema para a região cervical e hemiface à esquerda, com extensão aos tecidos moles (envolvendoglândulas parótida e submandibulares e músculos adjacentes) com evolução rapidamente progressiva acomprometer a via áerea, implicando entubação oorotraqueal urgente. Realiza TAC craneo-cervical com contraste que revelou “área espontaneamente hiperdensa” no lúmen da veia jugular interna esquerda a sugerir trombo que foi posteriormente confirmado por ecodoppler cervical. É iniciada anticoagulação com heparina de baixo pesomolecular com rápida melhoria clínica a permitir extubação dois dias depois.

Discussão: Os autores propõem-sediscutir este caso clínico pelo facto da veia jugular ser um local raro para fenómeno trombótico. No casoapresentado a etiologia mais provável parece ter sido a cateterização venosa central.

COMUNICAÇÃO LIVRE


Conclusão: Destaca-se este casopela apresentação rara de pseudo-Púrpura Trombocitopénica Trombótica de Anemia Perniciosa, a última enquadrada em Síndrome Poliglandular Auto-imune.
ARTERITE DA TEMPORAL - UM DIAGNÓSTICO A NÃO ESQUECER


Centro Hospitalar Cova da Beira

Serviço de: Medicina Interna

A arterite temporal, também conhecida por arterite de células gigantes, é uma vasculite crónica de vasos de grande e médio calibre e afecta geralmente as colaterais e terminais das artérias com origem no arco aórtico nomeadamente as extra-cranianas. Descrevemos um caso de uma mulher de 64 anos de idade que recorreu aos serviço de urgência por quadro de astenia, cefaleias, dispneia de esforço, sudorese noturna, perda ponderal efebre. Apresentava antecedentes de hipertensão arterial, obesidade, hipotiroidismo, síndrome de apneia obstrutivado sono, histerectomia alguns anos antes por miomas, neoplasia maligna do cego submetida a cirurgia equimioterapia durante seis ciclos, anemia ferropénica, gastrite potencialmente autoimune, rins poliquísticos enódulo suprarrenal. Fora retirado uns meses antes cateter central usado para quimioterapia por suspeita de infecção. Posteriormente teria ainda cumprido ciclos de antibioterapia por suspeita de infecção urinária e de infecção respiratória, contudo mantinha períodos febris. No exame objectivo apenas se identificavam, ingurgitamento jugular a 45º, pulso temporal esquerdo dificilmente palpável e sinais de trombose venosusuperficial da perna esquerda. No decorrer do internamento foram pedidos vários exames no sentido de despistara causa febril, nomeadamente provas imagiológicas, serologias, autoimunidade e velocidade de sedimentação. Perante tal clínica, uma VS elevada e após exclusão de outras causas imediatas levantou-se a possibilidade de tratar-se de uma arterite da temporal. A biopsia da artéria temporal esquerda confirmou o diagnóstico. Iniciou-secorticoterapia assistindo-se ao desaparecimento progressivo de períodos febris, cefaleias e cansaço. A suspeita de arterite de células gigantes é geralmente de origem clínica e relativamente simples de estabelecer quando excluídas outras causa contudo neste caso foi emascaráda pelo conjunto de antecedentes patológicos e problemasativos.
SALA D - 26 DE OUTUBRO DE 2012 ÀS 08:00 HORAS

MODERADORES: Dra Amélia Pereira

Dr Carlos Lino
DOR TORÁCICA E TOSSE? “TIMO” QUE NÃO SEJA SIMPLES

Dora Correia1, Marta Amaral2, Élio Rodrigues2, Sónia Campelo3, Fátima Guedes4, Amélia Pereira4
1 Interna do Ano Comum 2 Interna Formação Específica em Medicina Interna 3 Assistente Hospitalar
de Medicina Interna 4 Assistente Graduada Sénior de Medicina Interna

Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE
Serviço de: Medicina Interna

Objectivos: Abordagem do diagnóstico diferencial de massa mediastínica anterior; importância do timo.

Relato do Caso: Doente do sexo masculino, de 34 anos, que recorre ao Serviço de Urgência por toracalgia esquerda decaracterísticas pleuríticas, com 5 dias de evolução, acompanhada de tosse seca e irritativa, de predominio nocturno. Sem história de traumatismo ou febre, mas com noção de arrepios e sudorese. Além de parésia faciais aos 17 anos, desconhecia doenças anteriores e não fazia medicação. Trabalhador numafábrica de papel, sem hábitos ético-tabágicos actuais. Objectivamente, encontrava-se consciente, orientada e colaborante, apirético e com tegumentos de coloração normal. Apresentava auscultação cardíaca rítmica, sem sopros e auscultação pulmonar com diminuição do murmúrio vesicular do hemitórax esquerdo. Abdómen e restante exame físico semanormalias. Analiticamente, salienta-se LDH e PCR ligeiramente elevada, com PO2 de 81.9 mmHg na gasometria arterial. A radiografia torácica revelava imagem compatível com derrame pleural volumoso à esquerda, confirmado por tomografia computorizada (TC), que também identificou massa mediastínica anterior volumosa. Fee biópsia dirigida por TC, cujo resultado foi de timoma com predominio epitelial / tumor germinativo. Foi submetido a aexérese do tumor no serviço de Cirurgia Torácica do hospital de referência, tendo havido rotura da peça com extravasamento no espaço pleural. O resultado anatomo-patológico veio confirmar o diagnóstico, referindo haver invasão da cápsula, sem invasão da pleura. Atendendo ao extravasamento celular, foi classificado em estadio IVa e enviado para terapêutica (quimioterapia / radioterapia) no Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Coimbra.

Conclusões: Uma massa mediastínica anterior, muitas vezes assintomática e apenas detectada em exames radiológicos de rotina, pode ser sugestiva de patologia tumoral benigna ou maligna. Os timomas representam cerca de 20% das neoplasias mediastínicas do adulto e 50% dos tumores do compartimento anterior do mediastino. Para o diagnóstico, abordagem terapêutica e follow-up é de maior importância a estreita articulação entre as diversas equipas médicas.

COMUNICAÇÃO LIVRE
PNEUMONIA PNEUMOCÓCICA COM DISSOCIAÇÃO CLÍNICO-RADIOLÓGICA


Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro/Unidade de Vila Real
Serviço de: UCIP/UCIM (SCICI)

Introdução: A causa mais frequente de Pneumonia adquirida na comunidade, sobretudo nos doentes imunodeprimidos e alcoólicos, é a infecção por Streptococcus pneumoniae (StPn) (pneumococo). Incidência é de 5-11/1.000 pessoas com maior prevalência nos jovens e idosos. A taxa de mortalidade dos doentes internados em UCI é cerca de 30%.

Caso clínico: doente do sexo masculino de 50 anos, fumador e alcoólico crónico ativo, com antecedentes pessoais de traumatismo abdominal com arma branca e acidentes de viação com fracturas da clavícula há alguns anos. Admitido na Unidade de Cuidados Intermédios (UCIM) por sépsis severa respiratória com disfunção multiorgânica. Radiologicamente compatível com processo pneumónico a envolver o lobo médio e superior direito; antigénios urinários e hemoculturas positivas para StPn. Iniciou antibióterapia empírica com ceftriaxona e azitromicina mantendo picos febris, marcadores inflamatórios aumentados e agravamento imagiologicamente pulmonar com extensão de processo pneumónico ocupando todo o hemitorax direito com hepatação e broncograma aéreo, mantendo o pulmão esquerdo normal. Apresentava positividade para Hepatite C não conhecida e sinais clínicos de doença hepática crónica com hipertensão portal. Do rastreio séptico realizado nomeadamente nas hemoculturas, foi identificado no 5º dia de internamento StPn; nas secreções brônquicas no 8º dia - Candida krusei, com necessidade de terapêutica antifúngica endovenosa. Negativo para BK direito. Foiescalada terapêutica antibiótica consoante a tabela de sensibilidade com boa resposta clínica de ponto da vista dedisfunção multiorgânica. O doente foi transferido para enfermaria de Pneumologia assintomático em fins de conclusão do estudo e estratificação de sua doença pulmonar obstrutiva crónica.

Conclusões: Apesar das múltiplas morbilidades do doente, potencialmente imunossuprimido, observou-se dissociação entre o quadro imagiologicamente que foi desfavorável e o quadro clínico - favorável.

COMUNICAÇÃO LIVRE
HEMORRAGIA INTRACEREBRAL E TROMBOEMBOLISMO PULMONAR – QUE ABORDAGEM?

Luís Patrão, Rui Dias Costa, Joana Martins, Cláudia Martins, José Roberto Silva

Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Serviço de: Medicina 2

Introdução: As terapêuticas antitrombóticas são amplamente empregues na medicina clínica baseada em estudos randomizados que definem os seus benefícios em relação aos riscos de hemorragia associada. Os doentes com hemorragia intracerebral aguda têm sido geralmente excluídos de ensaios antitrombóticos pelo risco de agravação do foco hemorrágico. No entanto, estes doentes têm risco acrescido de fenómenos tromboembólicos na fase aguda/subaguda do internamento. Apresenta-se um caso de tromboembolismo pulmonar em doente internado por acidente vascular cerebral (AVC) hemorrágico.

Caso clínico: Mulher de 67 anos, autónoma, trazida ao serviço de urgência por ter sido encontrada caída em casa, com alteração do estado de consciência. Antecedentes de hipertensão arterial não controlada, hiperuricémia, obesidade mórbida, insuficiência venosa dos membros inferiores e dislipidemia. Medicada com simvastatina 20mg, rilmenidina 1mg e alopurinol 300mg. Do exame neurológico à admissão destaca-se: discurso confuso, abertura dos olhos ao estímulo verbal, hemiparésia direita, parésia facial e Babinky à direita. Pressão arterial 176/88mmHg, frequência cardíaca de 80/min, apirética. Sem alterações analíticas ou electrocardiográficas à admissão. Tomografia computorizada (TC) craneo-encefálica revelou hematoma parenquimatoso temporal esquerdo, com deformação ventricular e algum edema, e à direita uma hipodensidade cortico-subcortical sugestiva de lesão vascular isquémica aguda com evolução hemorrágica; espessas calcificações dos seios carótides. Admitida a internamento para terapêutica conservadora de AVChemorrágico de etiologia hipertensiva presumível. No estudo complementar relatou-se um achado em ecodoppler carotídeo/vertebral: “massa circunferencial limitada, no território da subclávia esquerda, não vascularizada sem sinais de compromisso hemodinâmico”. Realizou-se consequentemente TC cervical e torácica que revelou tromboma artéria pulmonar principal direita, não se visualizando massas na região subclávia esquerda, descrevendo-se a existência de um Bócio.

Conclusão: A existência de patologia hemorrágica major e trombótica secundária/concomitante, é um desafio para os clínicos. Assim, os autores pretendem discutir a abordagem de prevenção e de terapêutica médica nestes casos.

COMUNICAÇÃO LIVRE
SINDROME FEBRIL RARO - DOENÇA DE KIKUCHI

Domínguez A., Haghighi E., Abreu D., Lito P., Ballesteros R., Proença J., Lino C.

Centro Hospitalar Cova da Beira

Serviço de: Medicina Interna

A PROPOSITO DE UM CASO CLINICO: DA MENINGITE AO SINDROME DE GUILLAIN BARRE

Maria do Céu Evangelista, Cátia Zeferino, Joana Vedes, José Reis Pereira

HOSPITAL SOUSA MARTINS - GUARDA
Serviço de: MEDICINA INTERNA

FEBRE, TOXIDERMIA, HEPATITE AGUDA E PANCITOPENIA: UMFÁRMACO

Machado S., Dias E., Abreu D., Lino C.

Centro Hospitalar Cova da Beira

Serviço de: Medicina 1

Introdução: O alopurinol é um inibidor da xantina oxidase. Com o oxipurinol (seu principal metabólito) diminui os níveis de ácido úrico no plasma e na urina. O oxipurinol é eliminado inalterado na urina, mas, por sofrer reabsorção tubular, tem uma longa semi-vida. A clearance do alopurinol e do oxipurinol é muito reduzido em pacientes com insuficiência renal.

Caso clínico: Reportamos o caso de uma mulher de 61 anos com antecedentes de insuficiência renal crónica, quistos hepáticos, aneurisma cerebral operado secundária a doença poliquística renal, hipertensão arterial e gota que recorreu ao Serviço de Urgência por quadro com um mês de evolução de cansaço fácil, mal-estar, vômitos seguido de aparecimento de erupção generalizada pruriginosa e febre. O exame físico confirmou hipertermia (38.9ºC) e eritema maculo-papular generalizado. Analiticamente, apresentava leucopenia (2500/uL leucócitos), anemia (hemoglobina: 8.6g/dL), trombocitopenia (plaquetas: 111 000/uL), creatinina: 3mg/dL, AST: 306 U/L (N: 0-38), ALT: 334 U/L (N: 0-41), GGT e FA normais, LDH: 1450 U/L (N: 240-480). Nos dias seguintes houve elevação das transaminases (> 1000 U/L) assim como da GGT (> 400 U/L, N: 7-66) e FA. Após revisão do processo da doente, foi identificado o alopurinol como agente potencialmente responsável pel toxidermia e hepatite aguda da doente. O medicamento tinha sido receitado um mês antes após artrite gotosa nadosagem de 300 mg por dia. A paciente negava toma prévia do fármaco. Foi iniciada terapêutica com corticoide e anti-histaminico com boa evolução clínica e analítica.

Conclusão: A toxicidade do alopurinol associada a reação de hiper sensibilidade foi potenciada pela insuficiência renal crónica e medicação habitual da doente com diurético. Os autores fazem uma revisão do tema, chamando a atenção para a gravidade que esta entidade pode assumir.
Apresenta-se o caso de uma doente do sexo feminino, 76 anos, com hipertensão arterial e síndrome depressivocom quadro com cerca de 2 semanas de evolução de períodos febris, que cediam ao aracetamol, sem horáriopreferencial, e delírio com alucinações visuais e auditivas de início súbito. Havia já realizado TC crânio encefálicoque mostrou áreas hipodensas a sugerir leucoencefalopatia isquémica e prováveis enfartes lacunares antigos, e foiobservada por Psiquiatria que medicou com Venlafaxina. Foi admitida no SU por crises convulsivas, e realizou novaTC crânio encefálico que não revelou alterações agudas. Analiticamente apresentava discreta retenção azotadasem elevação dos parâmetros inflamatórios. A doente foi internada e constataram-se períodos de desorientação,dificuldade momentânea em compreender as perguntas feitas, mantendo períodos de febre. Perante o quadroclinico foi ponderada a hipótese de encefalite viral, tendo sido realizada punção lombar que decorreu semintercorrências, e iniciou terapêutica empírica com Aciclovir, que cumpriu durante 8 dias. Do estudo do LCR oexame citológico não apresenta alterações e o exame bacteriológico foi negativo, bem como as serologias virais.Foi feita RM CE que mostrou encefalopatia vascular isquémica cronica microangiopática, com sinais difusos dedoença de pequenos vasos, maioritariamente focos desmielinizantes por hipoperfusão crónica. O EEG não revelouactividade epiléptica. Perante os resultados dos exames complementares de diagnóstico concluiu-se por umademência vascular e a doente iniciou terapêutica com Quetiapina, verificando-se progressiva melhoria dacapacidade de interacção e orientação da doente, sem novas crises epilépticas. Os autores chamam a atençãopara as múltiplas formas de apresentação dos Síndromes Demenciais, que por vezes podem mimetizar patologianeurológica aguda, cujo início imediato da terapêutica será de extrema importância. No entanto ressalvamos queas demências são sempre um diagnóstico de exclusão.
SALA D - 27 DE OUTUBRO DE 2012 ÀS 08:00 HORAS

MODERADORES:  Dra Eugénia André

Dra Dália Marques
DORES ÓSSEAS NO IDOSO

Ana Filipa Silva, Anastacia Ilchenko, Vera Pinto Ferreira, Margarida Ascensão, Artur Gama

Centro Hospitalar Cova da Beira

Serviço de: Medicina Interna

OBJECTIVO: A anemia inexplicada e as dores ósseas são duas das manifestações mais comuns do mieloma múltiplo (MM). Este caso pretende enfatizar a necessidade de valorizar, no idoso, as queixas álgicas osteoarticulares, bem como a anemia, muitas vezes negligenciada.

CASO CLÍNICO: O caso apresentado relata uma mulher de 73 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, tiroidectomizada por neoplasia maligna da tireóide, osteoporose e doenças venosas periféricas, que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) múltiplas vezes por dores ósseas nas vértebras dorsais, lombares e sagradas. As queixas álgicas apresentavam uma evolução de 8 meses, características mistas, progressivamente mais intensas e incapacitantes, impedindo a marcha e a posição de decúbito no último mês. Num dos episódios do SU, 6 meses após o aparecimento das dores, foi detetada anemia normocítica normocrómica (NN). Foi medicada com múltiplos analgésicos, observada por Ortopedia e orientada para tratamentos fisioterápicos. Por persistência da dor e para estudo da anemia, ficou internada e os testes laboratoriais revelaram hipercalcemia com fosforemia normal e paratormona diminuída, insuficiência renal ligeira, velocidade de sedimentação elevada e anemia NN. A imunofixação urinária/sérica revelou pico monoclonal IgG kappa. O MM confirmou-se com omielograma (plasmocitose de 48% monoclonal). Apresentava lesões líticas em todos os exames imagiológicos, bem como osteopenia e fraturas patológicas vertebrais dorsais. A doente foi transferida para o Serviço de Hematologia do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra para decisão terapêutica.

CONCLUSÃO: As dores dorso-lombares têm etiologias várias e são muito prevalentes nesta faixa etária. O aparecimento de anemia constitui um sinal de alarme, implicando sempre estudo etiológico subsequente. Assim, uma valorização atempadada dessas manifestações clínicas permitiria um diagnóstico precoce, com melhoria do prognóstico clínico e funcional.
PANCITOPÉNIA NUM IDOSO

Ana Braz Da Silva, Zara Soares, José Bastos Lino, Tiago Camacho, Ricardo Jorge Gomes, Violeta Goric, Ana Alvarez Pidal, Maria José Alves, José Barata

Hospital de Vila Franca de Xira
Serviço de: Medicina 1

Um doente do sexo masculino, de 79 anos de idade, recorreu ao Serviço de Urgência por um quadro de instalação súbita com 2 dias de evolução caracterizado por astenia, adinamia, palidez, mialgias e períodos de confusão. A acompanhante fazia ainda referência a fezes escuras. Tinha como antecedentes pessoais, hipertensão arterial, enfarte agudo de miocárdio aos 77 anos e neoplasia da próstata diagnosticada aos 78 anos, sob terapêutica combinada. Tinha história de hábitos alcoólicos moderados. Clinicamente destacava-se palidez marcada da pele e mucosas e uma discreta diminuição da força muscular dos membros inferiores. Analiticamente constatou-se pancytopenia (hemoglobina 6,4 g/dl, leucócitos 4100/ul, plaquetas 18000/ul), elevação da lactato desidrogenase, fosfatase alcalina, gama glutamil-transpeptidase e ferritina.

Não apresentava alterações de relevo na radiografia de tórax, electrocardiograma ou tomografia computorizada (TC) craneo-encefálica. Do estudo endoscópico do tracto gastro-intestinal destacou-se gastrite e bulbite erosivas, com deformação bulbopilórica e angiectasias do recto. A TC toraco-abdomino-pélvica mostrou: indícios de esteatose hepática, sem alterações sugestivas de secundarização; próstata globosa e heterodensa, sem interface nítida relativamente às vesículas seminais e parede anterior do recto.

Foram realizadas duas tentativas de mielograma, sem obtenção de sangue medular. Durante o internamento não foram objectivadas perdas hemáticas. O doente foi transfundido com 3 UCE com bom rendimento transfusional, e teve alta, enviado para as consultas de hematologia, medicina interna e urologia. Foi internado após 19 dias, por pancitopenia com anemia grave, com suspeita de melenas, que foram objectivadas. Foi transfundido com 5 UCE e plasma com resposta parcial. Foi submetido a biópsia óssea revelou infiltração por carcinoma compatível com primário da próstata.

COMUNICAÇÃO LIVRE
Os tumores neuroendócrinos (NE) formam-se a partir das células NE dispersas ao longo do trato gastrointestinal, broncopulmonar e genitourinário. Compreendem 1,25% dos tumores malignos, tendo a sua prevalência aumentado muito nos últimos anos. O presente caso clínico pretende ilustrar um caso de tumor NE ileal no cernedum quadro de dor abdominal anginosa e oclusão intestinal funcional. A localização ileal do carcinoma NE tem uma incidência de 4,06/100000. Uma mulher de 61 anos, de etnia africana, apresentava quadro de dor abdominal tipocólica, localizada aos quadrantes abdominais inferiores, com características anginosas e vários anos de evolução, com períodos assintomáticos. Recorreu à urgência por agravamento da dor, precedido de 3 dias de obstipação. Objetivamente apresentava palpação abdominal dolorosa inespecífica. Analticamente constatava-se leucopenia e proteína C reativa negativa, sem outras alterações.

Em ambulatorial, havia realizado exames endoscópicos, sem alterações valorizáveis. A TC abdominal revelava aspetos compatíveis com isquemia mesentérica (embora não se pudesse excluir alterações inflamatórias) a nível do íleon, cego e cólon ascendente, coexistindo massa mesentérica 15x24 mm com contacto direto, sem plano de clivagem, com a artéria mesentérica superior, podendo corresponder a adenomegalia ou lesão neoplásica. Programou-se a realização de angiografia abdominal, no entanto, por desenvolvimento de oclusão intestinal de provável etiologia isquémica, a doente foi submetida a cirurgia urgente.

Na laparotomia verificou-se a presença dum nódulo adjacente à artéria mesentérica superior, emtorno da qual se aglomeravam várias ansas ileais necrosadas, em torção. O exame anatomopatológico da peça cirúrgica individualizou um nódulo do meso com 3cm, correspondente a tecido de carcinoma NE, cujo estudo imunocitoquímico foi positivo para cromogranina e sinaptotisina, com baixo índice proliferativo.

Encontra-se clinicamente estável, seguida em consulta de oncologia.

COMUNICAÇÃO LIVRE
CASO CLÍNICO DE MIELOMA MÚLTIPLO.

Anton Vasin, Joana Sequeira, Ana Filipa Rodrigues, Teresa Martinho, Manuel Barros

Centro Hospitalar Oeste - Caldas da Rainha
Serviço de: Medicina Interna

É uma doença de causa desconhecida com idade media de diagnóstico é de 68 anos. O tumor, os seus produtos e resposta do hospedeiro ao tumor resultam em várias disfunções orgânicas.

CASO CLÍNICO: Homen 76 anos admitido por dor lombar com impotência funcional dos MI em contexto de queda recente e história de lombalgia com 6 meses de evolução. Perda ponderal de 12 kg nos últimos 3 meses. A investigação revelou lesão do corpo em D12 com invasão de canal raquidiano, lesão de corpo L4 com rotura de cortical e invasão das partes moles adjacentes, fractura da asa do iliaco esquerdo, massa do 6º costela direita, múltiplas lesões osteolíticas dispersas. Analíticamente salientava-se anemia NN, IRA com ClCr 15,2, hipercalcemia. Imunofixação urinaria mostrou pico de décadas kappa de 3,519 g nas 24 horas. A biópsia da massa do 6º arco costal identificou infiltração por plasmocitoma. Mielograma revelou 3% dos plasmocitos. Iniciou quimioterapia e pamidronato. Está proposto pararadioterapia de lesão de coluna vertebral e da asa do iliaco esquerdo.

CONCLUSÃO: Apesar de raridade do MM esta hipótese diagnóstica deve ser sempre colocada na presença de lesões líticas.
HIPONATRÉMIA COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE HIPOPITUITARISMO – A PROPÓSITO D

Isabel Militão, Dina Carvalho, Natália Lopes, Paulo Carrola, TrigoFaria

Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro - Vila Real
Serviço de: Medicina Interna

Objectivo: O hipopituitarismo caracteriza-se pela diminuição ou ausência de secreção de uma ou mais hormonas hipofisárias, podendo ocorrer em casos de sela turca vazia. Os autores apresentam um caso clínico de hipopituitarismo com sela turca parcialmente vazia diagnosticado através da investigação da hiponatrémia.

Métodos e Resultados: Doente do sexo feminino, 71 anos, com antecedentes de obstipação, depressão edislipidemia, recorreu ao Serviço de Urgência por prostração progressiva nas últimas semanas. Ao exame objectivo apresentava-se lentificada e desorientada, sem outras alterações. Foi constatada hiponatrémia grave com osmolaridade plasmática diminuída e a doente foi admitida para estudo e tratamento. Do estudo efectuado desalientar função renal normal, cortisol sérico e ACTH baixos, hipotiroidismo, prolactina baixa, LH e FSH baixas, testosterona baixa, hormona de crescimento indoseável. O teste de estimulação da ACTH foi compatível com insuficiência secundária da supra-renal. A ressonância magnética cerebral excluiu a presença de tumores ou enfartes visíveis ao nível da hipófise ou hipotálamo, identificando a sela turca parcialmente vazia. Foi realizada punção lombar com medição da pressão de líquor, a qual se encontrava normal. A doente iniciou tratamento com hidrocortisona e levotiroxina, tendo tido alta com ionograma normal e assintomática.

Conclusões: Pretende-se comeste caso relembrar os distúrbios do eixo hipotálamo-hipofisário na investigação de causas raras de hiponatrémia.
ENDOCARDITE INFECCIOSA : UM PROBLEMA DE FILTRO?

Domínguez A., Haghighi E., Abreu D., Lito P., Ballesteros R., Proença J., Lino C.

Centro Hospitalar Cova da Beira

Serviço de: Medicina Interna

Objectivos: A endocardite infecciosa é uma doença microbiana que afecta as estruturas intracardiacas em contacto com o sangue, e estao incluidas as infeccões dos grandes vasos intratorácicos e os corpos extranhos intracardiacos. Sem tratamento, a Endocardite Infecciosa, é mortal. Nas ultimas décadas, os avances nas técnicas de diagnóstico e os progresos terapéuticos, melhoraram o prognóstico da doença. Nos casos nos que o diagnóstico ou as medidas terapêuticas sao demoradas, a mortalidade é muito elevada.

Métodos: Presentamos o caso de um doente do género masculino de 44 anos de idade que foi internado por um síndrome febril indeterminado, com temperaturas de 39-39.5 ºC. Tratava-se de um doente com antecedentes de Sindrome de Osler e de TEP, tendo sido colocado um filtro na veia Cava. Resultados O doente apresentava hemoculturas positivas para SAMS, tendo sido realizado métodos complementares diagnósticos para procurar o local da infeccao e foi tratado com antibioterapia dirigida. A realizacao de exames unicamente ponderou a posibilidade de esta infecção ter o seu foco principal no filtro que tinha sido colocado anteriormente, pelo que foi referenciado á Vascular. Duas semanas depois, o doente recorre novamente pelos mesmos sintomas, apresentando tambem hemocultura positiva para SAMS. Neste caso a realizacao de Ecocardiograma Transtorácico a existência de endocardite na válvula aórtica. Odoente fez o tratamento indicado, evoluindo favoravelmente, tendo sido dada alta no fim do tratamento.

Conclusões: Os autores apresentam este caso pela importância da procura dos possíveis focos de infecção, e pela importância da comunicação e o trabalho em conjunto das diferentes especialidades para enfrentarmos a duassituações delicadas, ja que uma parte temos o risco e a gravidade do doente vir a desenvolver endocardites derepetição, e por outra, o doente submeter-se a uma cirurgia para remover o filtro da veia cava.
INTRODUÇÃO: A febre Q é uma zoonose de distribuição mundial causada pela Coxiella burnetii. Esta doença caracteriza-se por um amplo espectro de manifestações clínicas, que podem ir desde formas assintomáticas, em cerca de 50% dos casos, até síndromes febris mais ou menos prolongadas, com ou sem focalizações que quando ocorrem, são variadas, sendo comum o envolvimento pleuropulmonar, hepático, neurológico e cardiovascular.

CASO CLÍNICO: Homem de 34 anos, sem antecedentes relevantes que recorre ao SU por quadro com dois dias de evolução de cefaleias, dores articulares e que se associou febre e dor epigastria e hipocondrio direito. Ao exame objectivo apresentava-se febril, sem exantemas, ACP: sem alterações ABD: mole depressível doloroso à palpção no hipocôndrio direito. Análises: compatíveis com citolise hepática, Ecografia abdominal: figado aumentado de dimensões sem sinais focais. A investigação efectuada foi negativa para hepatites viricas tendo efectuado biópsia hepática “hepatite granulomatosa, não necrotizante-febre Q?” iniciou terapêutica dirigida com melhoria; entretanto as serologias pedidas para febre Q vieram positivas IgM e IgG anti-fase II. Reavaliado em consulta externa verificou-se confirmação diagnóstica em 2ª determinação e normalização das alterações analíticas e ecográficas.

CONCLUSÃO: A febre Q aguda tem uma apresentação clínica variada e deve ser sempre considerada no diagnóstico diferencial de casos de febre e hepatite aguda. A proposta deste caso fazemos uma revisão sobre o tema.
A endocardite infecciosa é uma doença microbiana que afecta as estruturas intracardiácas em contacto com o sangue nas quais se incluem as infecções dos grandes vasos intratorácicos e os corposestranhos intracardiácos. A lesão inicial característica consiste numa vegetação de tamanho variável; na fase inicial também-se pode identificar destruição tecidual, úlceras ou formação de abcessos.

Sem tratamento, a Endocardite Infecciosa, é mortal. Nas últimas décadas, os avanços nas técnicas de diagnóstico e os progressos terapêuticos, melhoraram o prognóstico da doença. Nos casos em que o diagnóstico ou as medidas terapêuticas são demoradas, a mortalidade é muito elevada.

Apresentamos o caso de um doente do género masculino de 44 anos de idade que foi internado por um síndrome febril indeterminado, com temperaturas timpânicas na orden dos 39-39.5 ºC. Trata-se de um doente com antecedentes de Sindrome de Osler e de Tromboembolismo pulmonar, tendo sido colocado um filtro naveia cava. O doente apresentava hemoculturas positivas para Staphylococcus aureus meticilino-sensível (SAMS); foram realizados métodos complementares de diagnóstico para pesquisa de local da infecção primária; foi tratado com antibioterapia dirigida. Após o estudoexaustivo, ponderou-se a possibilidade da infecção ter o seu foco a nível do filtro que tinha sido colocado previamente, pelo que o doente foi referenciado a cirurgia vascular. Duas semanas depois, o doentevolvou a recorrer ao Serviço de Urgência pelos mesmos sintomas, constatando-se de novo hemoculturas positiva para SAMS. Realizou-se assim Ecocardiograma Transtorácico que revelou a existência de endocarditena válvula aórtica. Após tratamento indicado, o doente evoluiu favoravelmente, tendo tido alta hospitalar.

Os autores apresentam este caso pela importância da procura dos possíveis focos de infecção, e pela importância da comunicação e trabalho conjunto com diferentes especialidades. Este facto permitiu enfrentar duas situações clínicas delicadas – por um lado, o risco e a gravidade do doente ter vindo a desenvolver endocardites de repetição; por outra, o facto do doente ter sido submetido à remoção cirúrgica do filtro da veia cava.

**COMUNICAÇÃO LIVRE**
MÃOS QUE MOLHAM: O QUE OS FAZ TRANSPIRAR E COMO RESOLVER

Vera Pereira, Margarida Jacinto, Tiago Tribolet de Abreu

Hospital Espírito Santo de Évora, E.P.E.

Serviço de: Medicina 1

A hiperidrose primária focal é frequente. Estima-se que afecte 3% da população. O seu tratamento pode ser um desafio. Normalmente as queixas iniciam-se na infância ou adolescência e podem levar a consequências significativas a nível psicossocial, educacional e ocupacional. Terapêuticas locais, sistémicas ou cirúrgicas podem ser implementadas.

Métodos: Apresentamos uma série de 4 doentes com hiperidrose primária focal, à luz da revisão da literatura, avaliando a estratégia adoptada e os seus resultados.

Resultado: Os doentes foram referenciados para simpatectomia endoscópica transtorácica, sendo que apresentamos o resultado do seu seguimento.

Conclusão: A hiperidrose é frequente, habitualmente sofrida em silêncio pelos doentes. No entanto, temos actualmente disponíveis diversas opções terapêuticas com potencial para a resolução desta patologia.
INDICE ALFABÉTICO

A CLÍNICA MANDA, A IMAGEM CONFIRMA. 157
A PROPOSITO DE UM CASO CLINICO: DA MENINGITE AO SINDROME GUILLAIN BARRE 213
A PROPÓSITO DE UM CASO DE SARCOIDOSE 48
ABCESSO DO MÚSCULO ILEO-PSOAS SECUNDÁRIO A OSTEOMIELITE 119
ABCESSOS PULMONARES PRIMÁRIOS 35
ACANTOSE NIGRICANS: A PROPOSITO DE UM CASO 16
ADENOPATIA EM DOENTE JOVEM 190
ADENOPATIAS GENERALIZADAS - A PROPOSITO DE UM CASO CLÍNICO 50
ADEQUAÇÃO DA ANTIBIOTICOTERAPIA EMPIRICA NUM SERVIÇO DEMEDICINA INTERNA 177
ALVEOLITE ALÉRGIÇA EXTRÍNSECA: CASO CLÍNICO 66
AMILOIDOSE PRIMÁRIA COM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ANASARCA 70
ANASARCA COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE UM LINFOMA RARO E DE ALTO RISCO 68
ANEMIA FERROPÉNICA – ETIOLOGIA RARA DE TROMBOSE VENOSACEREBRAL 30
ANEURISMA DO SEIO VALSALVA DIREITO COMO CAUSA DE REGURGITAÇÃO AOÓRTICA E SCA 118
ANEURISMAS CORONÁRIOS E COLITE ULCEROSA: UMA ASSOCIAÇÃO RARA 160
ANGINA DE PRINZMETAL, UMA CAUSA INVULGAR DE DOR TORÁCICA 85
ARTERITE DA TEMPORAL - UM DIAGNÓSTICO A NÃO ESQUECER 207
ARTERITE TEMPORAL: UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA 155
AS COMPLICAÇÕES DE UM DUPLO J 60
ASCITE- 1º SINTOMA 197
AVC ISQUÉMICO – A NECESSIDADE DE COMPLEMENTAR O ESTUDO 131
AVC ISQUÉMICO – POR VEZES TAMBÉM NOS SURPREENDE 135
AVC... E DEPOIS DA ALTA? 182
BICITÓPENA SEM ANEMIA POR INFECÇÃO A PARVOVÍRUS B19 164
CARCINOMATOSE LEPTOMENINGEA, UMA CAUSA POSSÍVEL DE ALTERAÇÃO DO COMPORTAMENTO. 144
CASO CLÍNICO DE MIELOMA MÚLTIPLO 220
CASO CLÍNICO: TUBERCULOSE A GRANDE DISSIMULADORA 129
CASO CLÍNICO: VASCULITE DE GRANDES VASOS 18
CETOACIDOSE DIABÉTICA E PNEUMONIA COMO MODO DE APRESENTAÇÃO DE DIABETES MELLITUS 106
COMUNICAÇÕES LIVRES 149
CRISE MIASTÉNICA: IATROGÊNIA OU... 62
FEBRE ESCARONODULAR COM ATINGIMENTO MENINGOENCEFÁLICO 162
FEBRE ESCARO-NODULAR: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO 115
FEBRE Q – UM DIAGNÓSTICO POUCO FREQUENTE, MAS A TER EMCONTA 59
FEBRE Q-APRESENTAÇÃO COMO HEPATITE AGUDA E FEBRE 223
FEBRE, TOXIDERMIA, HEPATITE AGUDA E PANCITOPENIA: UMFÁRMACO 214
FENÔMENOS TROMBÔTICOS RECORRENTES – CASO CLÍNICO 191
FORMA GRAVE DE MALÁRIA PULMONAR: DO CURSO DA DOENÇA À TOXICIDADE TERAPÊUTICA 152
GRANDES IDOSOS NUMA ENFERMERIA DE MEDICINA INTERNA: 183
HEMATOMA LOBAR - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO 187
HEMATOQUÉSIAS COMO PONTO DE PARTIDA PARA O DIAGNÓSTICO DE AMILOIDOSE 45
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA ASSOCIADA A COMpressãoEXTRÍNSECA DO ANTRO GÁSTRICO 71
HEMORRAGIA INTRACEREBRAL E TROMBOEMBOLISMO PULMONAR – QUE ABORDAGEM? 211
HEPATITE ALCOÓLICA NO INTERNAMENTO DE MEDICINA - CASUÍSTICA 3 ANOS 171
HEPATITE AUTO-IMUNE NEGATIVA PARA AUTO-ANTICORPOS:ANÁLISE DE UM CASO CLÍNICO 90
HEPATITE AUTO-IMUNE OU HEMOCROMATOSE? - UM CASO CLÍNICO 193
HEPATITE AUTO-IMUNE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO 51
HEPATITE COLESTÁSCICA GRAVE SEM CAUSA OBSTRUTIVA. 89
HEPATITE TOXICA A SUPLEMENTO ALIMENTAR 88
HIPERTIROIDISMO AUTOIMUNE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO 73
HIPERTROFIA GENGIVAL IATROGÉNICA – UMA IMAGEM A RETER 79
HIPONATRÉMIA COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE HIPOPITUITARISMO – A PROPÓSITO D 221
HIPOPITUITARISMO PRIMÁRIO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO 77
HIPOPITUITARISMO E HIPERTIROIDISMO PRIMÁRIO: ASSOCIAÇÃO OU COINCIDÊNCIA? 110
INDICE ALFABÉTICO 226
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA EM DOENTE JOVEM 101
INSUFICIÊNCIA SUPRA-RENAL PRIMÁRIA - RELATO DE UM CASO 103
INTOXICAÇÃO PELO LÍTIO: A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS. 26
LABILIDADE EMOCIONAL COMO MANIFESTAÇÃO DE HIPOPITUITARISMO IOIDOSO 108
LEIOMIOSARCOMA PLEOMÔRFO: A PROPÓSITO DE UM CASO DE DIFÍCIL DI 22
LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA – UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA 23
LINFOMA FOLICULAR: CASO CLÍNICO 55
LINFOMA NÃO HODGKIN – A PROPÓSITO DE UM CASO 24
LINFOMA NÃO HODGKIN DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS: APROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO. 21
MÃOS QUE MOLHAM: O QUE OS FAZ TRANSPIRAR E COMO RESOLVER 225