

XXIV

**REUNIÃO DE MEDICINA INTERNA
DOS HOSPITAIS DISTRITAIS**

9 A 11 DE NOVEMBRO DE 2017

ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA E GESTÃO DE PORTALEGRE

SUBMISSÃO DE TRABALHOS | 1 DE OUTUBRO DE 2017

LIVRO DE RESUMOS



ULSNA+
UNIVERSIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO - ULSNA



Índice

Dia 10 de Novembro às 9:00.....	5
Comunicações Orais - Casuísticas (Sala 1)	6
A IMPORTÂNCIA DE UM HOSPITAL DE DIA NA GESTÃO DE COMPLICAÇÕES EM DOENTES SOB TERAPÊUTICA BIOLÓGICA	7
ANÁLISE RETROSPECTIVA DE ANTIBIOTERAPIA HOSPITALAR.....	8
TERAPÊUTICA BIOLÓGICA DOS DOENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE: CASUÍSTICA DO CENTRO HOSPITALAR BARREIRO E MONTIJO EM 2016 .	9
PROFILAXIA DO TROMBOEMBOLISMO VENOSO NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA.....	10
TERAPÊUTICA BIOLÓGICA DOS DOENTES COM ESPONDILITE ANQUILOSANTE: CASUÍSTICA DO CENTRO HOSPITALAR BARREIRO E MONTIJO EM 2016	11
Comunicações Orais - Casos Clínicos (Sala 2)	12
CRISE CONVULSIVA COMO APRESENTAÇÃO DE UM TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MACIÇO	13
UM CASO DE TOXICIDADE HEPÁTICA.....	14
A HIPOTENSÃO SERÁ SEMPRE UM SINAL DE ALARME?.....	15
LINFOMA INDOLENTE? TALVEZ NÃO.....	16
LÚPUS INDUZIDO POR FÁRMACO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO	17
DIARREIA E ESCLEROSE SISTÉMICA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLINICO.....	18
Pósteres - Sessão A.....	19
EPISTÁXIS VS HEMORRAGIA DIGESTIVA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO	20
HEMOPTISES - DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO	21
UM CASO DE ESCLEROSE SISTÉMICA LIMITADA.....	22
DIAGNÓSTICO DE INFEÇÃO TUBERCULOSA LATENTE: E AGORA? - A POLÉMICA DE QUEM E QUANDO TRATAR	23
MIXEDEMA - A HORA FAZ A DIFERENÇA.....	24
LIPOPROTEÍNA A COMO MARCADOR DE RISCO CARDIOVASCULAR	25
Pósteres - Sessão B.....	26
PERDA DE PESO E EPIGASTRALGIAS - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.....	27
A PRIMASIA DA CLÍNICA SOBRE A IMAGEM - AVC ISQUÉMICO NO ADULTO JOVEM	28
MIELINÓLISE CENTRAL PONTINA – CASO CLÍNICO.....	29
PERITONITE MULTIFATORIAL EM DOENTE HEPATOPATIA CRÓNICA - CASO CLÍNICO	30
ABORDAGEM DO AVC AGUDO NUM HOSPITAL DISTRITAL PERIFÉRICO – UM CASO CLÍNICO	31
DEFICIÊNCIA DE PROTEÍNA C E S ADQUIRIDA, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO	32
Dia 10 de Novembro às 17:00.....	33
Comunicações Orais - Casuísticas (Sala 1)	34
PREVALÊNCIA DE MICROALBUMINÚRIA NUMA POPULAÇÃO DE DOENTES HIPERTENSOS	35
CASUÍSTICA DA SÉPSIS NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS MÉDICOS.....	36
ISOLAMENTOS MICROBIOLÓGICOS E RESISTÊNCIAS ANTIMICROBIANAS NAS SECREÇÕES RESPIRATÓRIAS CASUÍSTICA DE UM ANO DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI).....	37
MORTALIDADE DOS DOENTES INSTITUCIONALIZADOS NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA	38
INFEÇÕES DO TRATO URINÁRIO EM DOENTES INSTITUCIONALIZADOS: CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA.....	39
IMPORTÂNCIA DA CARATERIZAÇÃO DO PADRÃO DIPPER NO DOENTE HIPERTENSO.....	40
POLIMEDICAÇÃO NO IDOSO - EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO.....	41
Comunicações Orais - Casos Clínicos (Sala 2)	42
MICROANGIOPATIA TROMBÓTICA – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO.	43
UM CASO DE HEPATITE AGUDA: INFEÇÃO PELO VÍRUS DA HEPATITE B ASSOCIADA A MALÁRIA	44
SÍNDROME DE REACÇÃO MEDICAMENTOSA COM EOSINOFILIA E SINTOMAS SISTÉMICOS ENQUANTO ENTIDADE MULTIORGÂNICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.....	45
SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO	46
TUMOR DE KLATSKIN	47
COMPLICAÇÃO RARA E GRAVE DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 - CASO CLÍNICO DE GASTROPARÉSIA DIABÉTICA AGUDA.....	48

AGNESIA RENAL UNILATERAL E DIABETES – RIM ÚNICO SOFRE!	49
UM CASO CLÍNICO DE ATROFIA VILOSITÁRIA SERONEGATIVA	50
VASCULITES SISTÉMICAS ANCA NEGATIVAS - UM DIAGNÓSTICO A TER EM CONTA	51
Pósteres - Sessão C.....	52
HEPATITE TÓXICA MEDICAMENTOSA, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO	53
MIELOFIBROSE, UM CASO CLÍNICO.....	54
PANCITOPENIA - UM DESAFIO DIAGNÓSTICO	55
ENDOCARDITE NOSOCOMIAL COM EMBOLIZAÇÃO CEREBRAL - CASO CLÍNICO.....	56
ESPONDILITE ANQUILOSANTE - A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS.....	57
LINFOMA B DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS COM ENVOLVIMENTO GÁSTRICO – UM CASO CLÍNICO.....	58
HIPERSENSIBILIDADE À PALPAÇÃO DA REGIÃO CERVICAL.....	59
PANCREATITE AGUDA: PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE UM MIELOMA MÚLTIPLO.....	60
APRESENTAÇÃO DE UM CASO CLÍNICO SOBRE GANGRENA DE FOURNIER.....	61
TUBERCULOSE PLEURAL: UM DIAGNOSTICO A NÃO ESQUECER.....	62
Pósteres - Sessão D	63
NEUROPATIA GRAVE E DOENÇA CELÍACA.....	64
UM FLAP NO ECOCARDIOGRAMA.....	65
ARTERITE DE CÉLULAS GIGANTES: A IMPORTÂNCIA DO ECODOPPLER	66
NEM TODA ANEMIA FAZ SANGUE!	67
WATCHFULL WAITING NA SARCOIDOSE	68
ENCEFALOPATIA DE WERNICKE – RELATO DE CASO.....	69
TODA A AÇÃO TEM UMA REAÇÃO	70
UM VERÃO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE CARDIOLOGIA DUM CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA.....	71
TIREOTOXICOSE APÁTICA – UMA APRESENTAÇÃO RARA DE TIROIDITE AUTO-IMUNE	72
CASO CLÍNICO: MIXOMA NA AURÍCULA ESQUERDA.....	73
Dia 11 de Novembro às 8:30.....	74
Comunicações Orais - Casuísticas (Sala 1)	75
AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL EM INTERNAMENTO.....	76
O INTERNISTA COMO GESTOR DA PLURIPATOLOGIA	77
INCIDÊNCIA DO TROMBOEMBOLISMO VENOSO NO NOSSO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA	78
PATOLOGIA INFECCIOSA DOS DOENTES INSTITUCIONALIZADOS NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA.....	79
MRSA E NORMA DGS 018/2014 – PERSPECTIVAS E EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL DISTRITAL	80
INTERNAMENTO EM MEDICINA INTERNA DE DOENTES RESIDENTES EM ESTABELECIMENTOS DE APOIO SOCIAL	81
CASUÍSTICA DE UM ANO DE INTERNAMENTOS POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL.....	82
Pósteres - Sessão E.....	83
HIPOCALIÉMIA E O SEU DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, UM CASO CLÍNICO	84
SÍNCOPE NO IDOSO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLINICO	85
PNEUMONIA POR ADENOVÍRUS NO ADULTO IMUNOCOMPETENTE - RELATO DE UM CASO CLÍNICO.....	86
MUITO MAIS QUE ANSIEDADE	87
LÚPUS DE INÍCIO TARDIO - UM DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR	88
HIPOPITUITARISMO MASCARADO DE SÍNDROME DEPRESSIVO.....	89
POR DETRÁS DOS NÓDULOS SUBCUTÂNEOS	90
AVC ISQUÉMICO POR INTERRUPÇÃO BREVE DE HIPOCOAGULAÇÃO DEVIDO A HEMORRAGIA PÓS-PROCEDIMENTO INVASIVO (CASO CLÍNICO)	91
UVÉITE DE REPETIÇÃO - O QUE PODE ESCONDER	92
ESTUDO RETROSPECTIVO DE INFEÇÃO POR H1N1 – CASUÍSTICA DE UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR	93
Pósteres - Sessão F	94
SÍNDROME DE SWEET E ARTRALGIAS: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO	95
LINFADENOPATIA NO ADULTO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO	96
HIPERTENSÃO INTRACRANIANA ATRIBUÍDA A DOXICICLINA.....	97

ENDOCARDITE NÃO BACTERIANA	98
“3 FACES INCOMUNS DE UM SINTOMA HABITUAL” - SÉRIE DE CASOS CLÍNICOS DE CAUSAS INCOMUNS DE DISPNEIA	99
CONGLOMERADO ADENOPÁTICO SUBMANDIBULAR – E AGORA?.....	100
ABORDAGEM DIAGNÓSTICA DO DERRAME PLEURAL – UM CASO DE “PLEURITE CRÓNICA INESPECÍFICA EM DOENTE COM LINFOMA NÃO-HODGKIN	101
HIPONATRÉMIA COMO SÍNDROME PARANEOPLÁSICO.....	102
DE HIPERURICEMIA A SÍNDROME DRESS.....	103
COXALGIA - ARTROSE OU ALGO MAIS? - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO	104

Dia 10 de Novembro às 9:00

Moderadora

Dr.^a Ana Maria Costa

A IMPORTÂNCIA DE UM HOSPITAL DE DIA NA GESTÃO DE COMPLICAÇÕES EM DOENTES SOB TERAPÊUTICA BIOLÓGICA

Autor: Ana Vieira dos Santos

Autores: Andreia V. N. Teixeira; José del Águila; Francine Moraes; Aida Botejara

Apresentador: Ana Vieira dos Santos

Hospital: ULSNA - Hospital Santa Luzia de Elvas

Serviço: Medicina Interna

OBJETIVOS: Os doentes auto-imunes são mais propensos a contrair infeções, em especial aqueles sob tratamento com fármacos biológicos. Nestes doentes, o seu seguimento numa unidade específica permite minimizar as complicações infecciosas e a sua melhor gestão.

Objetivos:

1-Descrever o numero de infeções, tipo e complicações por doença

2-Avaliar a eficácia do seguimento no Hospital de Dia (HD) dos doentes auto-imunes

3-Avaliar a toma de decisões sobre a continuidade de tratamento biológico

MATERIAL E MÉTODOS: Estudo retrospectivo dos pacientes sob terapêutica biológica em 2016, identificando as infeções que surgiram e avaliando as intervenções realizadas pelo pessoal de enfermagem(contacto presencial/telefónico) e médico(registo clínico, prescrição eletrónica, resultados analíticos e internamentos)

RESULTADOS: 58 pacientes com tratamento biológico (51 mulheres / 7 homens) - 46-Artrite Reumatoide, 7-Espondilite Anquilosante e 5-Artrite Psoriatica. 58 episódios infecciosos em 37 pacientes. As infeções identificadas foram do foro genito-urinário-13, respiratório-9, gastro-intestinal-6, dermatológico-11, ocular-1, oral-7 e outras-2. Em 41.4% as infeções são bacterianas, 20.7% virais e 10.3% fúngicas. 100% dos pacientes contactaram com a equipa de enfermagem do HD, não necessitando outro recurso médico. Foi instituído tratamento ambulatorio em 98.3% dos pacientes com apenas 1 internamento. O tratamento biológico foi atrasado em 31 casos e suspenso em 1. Identificamos uma baixa % de pacientes com vacina da gripe (4 de 58 -6.9%)

DISCUSSÃO: O estado de imunossupressão destes doentes é evidente, mais de 63% da nossa mostra alguma ocorrência infecciosa. Entre as mais frequentes as do foro genito-urinário, talvez por uma maior % de mulheres na amostra.

CONCLUSÕES: A gestão das ocorrências infecciosas destes doentes num HD específico para a patologia demonstra, neste estudo reduzir o consumo de recursos hospitalares, uma otimização terapêutica e melhor controlo da doença de base

ANÁLISE RETROSPECTIVA DE ANTIBIOTERAPIA HOSPITALAR

Autor: Catarina Carvalho

Autores: Francisco das Neves Coelho, Alexandra Albuquerque, Fátima Campante

Apresentador: Catarina Carvalho

Hospital: Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Serviço: Medicina Interna

O presente trabalho procura caracterizar a utilização de antibioterapia (tipo de ciclo, antibiótico utilizado, microorganismos isolados, patologias associadas e taxa de mortalidade) numa enfermaria de Medicina. Procedeu-se à revisão de dados de 498 doentes internados entre 2013 e 2016, através do acesso aos relatórios de alta.

Verificou-se que 358 (71,2%) cumpriram pelo menos um ciclo de antibioterapia. Dos que iniciaram o primeiro ciclo de antibioterapia, 265 doentes (74%) iniciaram de modo empírico, ao passo que 87 (24,4%) o fizeram de acordo com antibiograma e 6 (1,7%) como profilaxia. Foram também contabilizados da mesma forma os restantes ciclos de antibioterapia, até ao total de 5. Totalizou-se 585 prescrições de antibióticos, com 391 foram realizadas de modo empírico (66,83%), 188 segundo antibiograma (32,14%) e 6 por profilaxia (1,03%).

A patologia que motivou maior início de antibioterapia foi a infecção do tracto urinário nosocomial.

O grupo de antibióticos mais utilizado foi o dos beta-lactâmicos, com 434 prescrições em monoterapia ou em associação. A amoxicilina e ácido clavulânico foi o mais frequente, presente em 147 ciclos.

Os microorganismos mais frequentemente isolados aquando de culturas (urina, sangue ou secreções brônquicas) foram a *E. coli*, seguida do Pneumococo e *Estafilococos aureus* resistente à metilina (MRSA).

Conclui-se elevada taxa de utilização de antibióticos, a maioria de forma empírica, associada a microorganismos multirresistentes (caso do MRSA, um dos mais frequentes) e maior taxa de mortalidade.

TERAPÊUTICA BIOLÓGICA DOS DOENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE: CASUÍSTICA DO CENTRO HOSPITALAR BARREIRO E MONTIJO EM 2016

Autor: Francisco Gouveia

Autores: Dr.ª Carina Ramalho, Dr. Joaquim Peixoto, Dr.ª Etel Florova, Dr. Bruno Santos, Dr.ª Sílvia Rodrigues, Dr.ª Rosário Ginga, Dr.ª Fátima Campante

Apresentador: Francisco Gouveia

Hospital: Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Serviço: Medicina Interna

OBJECTIVOS: Apresentação da casuística de doentes com artrite reumatoide e sua discriminação do ponto de vista terapêutico, na consulta de doenças autoimunes do Centro Hospitalar Barreiro e Montijo.
MÉTODOS: Colheita de dados através de consulta do processo clínico dos doentes da consulta de doenças autoimunes e sua caracterização por idade, sexo, patologia, terapêutica convencional e biológica no Centro Hospitalar Barreiro e Montijo no ano de 2016.

RESULTADOS: Foi disponibilizada terapêutica biológica a 120 doentes na consulta de doenças autoimunes do Centro Hospitalar Barreiro e Montijo no ano de 2016. Cerca de 53 doentes (45%) tinham artrite reumatoide. O escalão etário mais comum foi entre os 50 e 59 anos de idade (n=15; 28%) e o género mais comum foi o feminino com 41 doentes (77%). A associação biológico-metotrexato foi a combinação terapêutica mais frequente (51% dos doentes). O metotrexato associado a outro imunomodulador e biológico foram instituídos em 25 % e monoterapia com biológico em 24% dos doentes. Em 8 doentes (15%) foi declarada falência terapêutica por presença de anticorpo anti biológico, o que motivou a substituição do fármaco, sendo que deste último grupo, 4 (50 %) estavam em monoterapia. Não foi verificada nenhuma falência terapêutica em doentes a realizar metotrexato com outro imunomodulador, e em doentes a realizar apenas metotrexato verificou-se uma taxa de falência de 14 % face aos 30 % verificados em doentes em monoterapia com terapêutica biológica. As terapêuticas biológicas mais comuns foram o adalimumab (18%) e o etanercept (54%).

Conclusão: A terapêutica biológica em doentes com artrite reumatoide foi mais frequentemente realizada no género feminino entre os 50 e os 59 anos de idade, no Centro Hospitalar Barreiro e Montijo. Verificou-se uma incidência de produção de anticorpo anti-biológico em 15 % dos doentes, com pr

PROFILAXIA DO TROMBOEMBOLISMO VENOSO NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA

Autor: Mário Bruno Santos

Autores: Pestana Ferreira

Apresentador: Mário Bruno Santos

Hospital: Centro Hospitalar de São João

Serviço: Medicina Interna

Introdução: A hospitalização por doença médica aguda está associada a um aumento de 8 vezes do risco de tromboembolismo venoso (TEV), com um número significativo de mortes hospitalares a serem atribuídas a esta causa. A trombopprofilaxia é a principal estratégia para a sua redução com múltiplos ensaios clínicos a confirmarem a sua segurança e custo-eficácia.

Objetivos: Avaliar o cumprimento da profilaxia do TEV nos doentes internados no Serviço de Medicina A, segundo o protocolo do hospital.

Material e métodos: Estudo transversal realizado durante um dia aos doentes que se encontravam internados no Serviço de Medicina A. Foi feita a recolha de dados dos processos clínicos da população alvo e análise estatística apropriada.

Resultados: Dos 75 doentes estudados, 51 satisfaziam os critérios de inclusão (56.9% do sexo feminino, idade média 73.1 anos, faixa etária [38-96]); 48 doentes apresentavam-se em risco pelo menos moderado de trombose, segundo o modelo de avaliação do risco de Caprini, dos quais 33 (68.8%) encontravam-se a fazer profilaxia com heparina de baixo peso molecular. Considerando os doentes em risco (n=48), 39.6% (n=19) não estavam sob a profilaxia recomendada: em 31.3% (n=15) dos casos a profilaxia estava ausente (4 doentes apresentavam contra-indicações) e em 8.3% (n= 4) era inadequada (dose sub-terapêutica em 3 doentes e não ajustada à função renal em 1 doente). Nenhum dos doentes com contra-indicação para profilaxia farmacológica recebeu profilaxia com meios mecânicos.

Conclusão: Apesar da quase totalidade dos doentes incluídos no estudo apresentarem risco significativo de trombose, uma percentagem considerável não se encontrava a fazer trombopprofilaxia, de acordo com o recomendado no protocolo da instituição. Este resultado mostra a necessidade de reavaliar e otimizar as práticas diárias, com o objectivo de implementar as recomendações institucionais.

TERAPÊUTICA BIOLÓGICA DOS DOENTES COM ESPONDILITE ANQUILOSANTE: CASUÍSTICA DO CENTRO HOSPITALAR BARREIRO E MONTIJO EM 2016

Autor: Francisco Gouveia

Autores: Dr.ª Carina Ramalho, Dr. Joaquim Peixoto, Dr.ª Etel Florova, Dr. Bruno Santos, Dr.ª Sílvia Rodrigues, Dr.ª Rosário Ginga, Dr.ª Fátima Campante

Apresentador: Francisco Gouveia

Hospital: Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Serviço: Medicina Interna

OBJECTIVOS: Apresentação da casuística doentes com espondilite anquilosante e sua discriminação do ponto de vista terapêutico, na consulta de doenças autoimunes do CHBM.

MÉTODOS: Colheita de dados através de consulta do processo clínico dos doentes da consulta de doenças autoimunes no Centro Hospitalar Barreiro e Montijo em 2016 e sua caracterização por idade, sexo, patologia, terapêutica convencional e biológica.

RESULTADOS: Foi disponibilizada terapêutica biológica na consulta de doenças autoimunes do Centro Hospitalar Barreiro e Montijo a 120 doentes no ano de 2016. Cerca de 27 doentes (22.5%) tinham espondilite anquilosante. A média de idades foi de 52 anos e o género mais comum foi o masculino (55%). Como terapêutica adjuvante ao biológico, o metotrexato e a salazopirina foram as terapêuticas mais comuns correspondendo a 22 % e 24 % respetivamente, tendo sido a percentagem em monoterapia de 44%. Em 4 doentes (14%) foi declarada falência terapêutica por presença de anticorpo anti biológico, sendo que 3 estavam em monoterapia (percentagem de resistência de 25%) e 1 sob metotrexato (percentagem de resistência de 20%). Não se verificaram anticorpos anti biológico nos doentes medicados com salazopirina ou salazopirina mais corticóide. As terapêuticas biológicas mais comuns foram o adalimumab (60%) e o etanercept (37%). O biológico que apresentou maior percentagem de resistências foi o adalimumab em 19% dos doentes e o etanercept com 10 %.

Conclusão: A terapêutica biológica em doentes com espondilite anquilosante foi mais frequentemente realizada no género masculino com 52 anos de idade, no Centro Hospitalar Barreiro e Montijo. Verificou-se uma incidência de produção de anticorpo anti-biológico em 14% dos doentes sendo mais comum em doentes a realizar monoterapia (25%).

Moderadora

Dr.^a Nídia Calado

CRISE CONVULSIVA COMO APRESENTAÇÃO DE UM TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MACIÇO

Autor: Inês Grácio de Almeida

Autores: Rita Gameiro dos Santos, Teresinha Ponte, Filomena Carneiro, Fátima Campante

Apresentador: Inês Grácio de Almeida

Hospital: C.H. Barreiro-Montijo

Serviço: Medicina Interna

Introdução: O tromboembolismo pulmonar (TEP) maciço é uma emergência médica, que pode conduzir à morte se não diagnosticado a tempo. Tipicamente manifesta-se por dispneia, toracalgia, hipotensão e síncope. Crise convulsiva como apresentação de um TEP maciço foi reportada apenas em alguns casos, pelo que este diagnóstico pode ser atrasado se não colocado em hipótese.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso clínico de uma doente do sexo feminino, 85 anos, com antecedentes de hipertensão arterial. Admitida no serviço de urgência por traumatismo da grelha costal esquerda, com fratura do quinto ao oitavo arcos costais. Em contexto de internamento para vigilância, desenvolve quadro de início súbito de dispneia e crise convulsiva, associado a hipotensão e taquicardia. Equacionada hipótese de TEP, foi observada por Cardiologia que realizou ecocardiograma transtorácico revelando ventrículo direito severamente dilatado, com diminuição de função, retificação do septo interventricular, aumento da pressão sistólica na artéria pulmonar (50mmHg) e veia cava inferior dilatada com diminuição do colapso inspiratório. Realizou angiografia por tomografia computadorizada (angio-TC) que mostrou trombo com 3 cm de extensão na artéria pulmonar esquerda, ocupando todo o seu lúmen e com extensão para os ramos lobares inferiores; à direita trombo não oclusivo com 2.6 cm continuando-se pela artéria lobar superior e outro trombo não oclusivo com cerca de 2.2 cm com extensão aos ramos lobares inferiores. Submetida a trombólise com alteplase, com franca melhoria clínica e recuperação da função cardíaca.

Discussão: A crise convulsiva não é uma manifestação comum de TEP, pelo que com este caso se pretende relatar uma situação que, apesar de singular, não pode ser esquecida uma vez que pode ser fatal se não diagnosticada e tratada atempadamente.

UM CASO DE TOXICIDADE HEPÁTICA

Autor: Magda Sofia Silva

Autores: Francelino Ferreira, Rúben Reis, Laurinda Pereira, Anneke Joosten

Apresentador: Magda Sofia Silva

Hospital: Centro Hospitalar Barreiro Montijo - Hospital Nossa Senhora do Rosário

Serviço: Medicina Interna

OBJECTIVOS: O fígado é o principal órgão envolvido no metabolismo e eliminação de substâncias. A maioria das reacções tóxicas induzidas por drogas é idiossincrática e imprevisível. Pretendemos ilustrar a marcha diagnóstica num caso de toxicidade hepática. **MÉTODO:** Identificámos um caso clínico de hepatite tóxica e recolhemos os dados através de consulta do processo clínico. **RESULTADOS:** Trata-se de uma mulher de 45 anos, com antecedentes de Hipotiroidismo e Síndrome Depressivo diagnosticado há vários anos. É internada por um quadro com uma semana de evolução caracterizado por dor abdominal e icterícia da pele e escleróticas. Analiticamente destacava-se hiperbilirrubinémia conjugada com padrão de lesão hepatocelular, e alterações compatíveis com falência hepática. Realizou ecografia abdominal que não mostrou alterações relevantes. As serologias virais eram negativas. Excluiu-se etiologia auto-imune. Apurou-se, porém, a prescrição, cerca de 3 meses antes do início do quadro, de terapêutica manipulada com Ómega, Magnésio di-malato, L-tirosina, Vitamina D3, Vitamina K2, Fosfatidilserina e Somatropina. Destinava-se, segundo a doente, ao tratamento do Síndrome Depressivo. Durante o internamento, e com a suspensão desta medicação, verificou-se melhoria paulatina das alterações laboratoriais previamente identificadas. **CONCLUSÃO:** O diagnóstico de toxicidade hepática constitui um verdadeiro desafio, assente num elevado grau de suspeição e na exclusão de outras etiologias possíveis. Apesar de se tratar de um caso que decorreu de forma linear, a marcha diagnóstica e de exclusão, nestas situações clínicas, são um exemplo do desafio pilar da confluência de saberes em Medicina Interna.

A HIPOTENSÃO SERÁ SEMPRE UM SINAL DE ALARME?

Autor: Fábio Almeida

Autores: Ana F. Costa, Ana Pastor, Marta Brás, Luísa Loureiro, Teresa Alfaiate, Fernando Ferraz Sousa, Amélia Pereira

Apresentador: Fábio Almeida

Hospital: Hospital Distrital da Figueira da Foz

Serviço: Medicina Interna

INTRODUÇÃO: A tromboembolia pulmonar (TEP) é uma patologia com uma mortalidade elevada. A hipotensão representa um critério de gravidade na apresentação e geralmente normaliza após a resolução do quadro.

CASO CLÍNICO: Sexo feminino, 68 anos, residente no Brasil, com antecedentes de tabagismo e aterosclerose (bypass cardíaco e endarterectomia carotídea bilateral há 20 anos), recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por lipotimia, vômitos e diarreia. Foi observada pela Cirurgia Geral e manteve-se em vigilância por apresentar valores elevados de amilase. Durante a permanência no SU detectou-se quadro de hipotensão arterial (70/38 mmHg) associado a saturações periféricas de 65%. Gasometricamente tinha hipoxemia e hipocapnia. Realizou angiografia torácica que revelou TEP extensa condicionando obstrução subtotal da artéria pulmonar direita distal e à esquerda envolvendo o segmento distal da artéria pulmonar. O ecocardiograma transtorácico no SU mostrou dilatação das cavidades direitas e função do ventrículo direito diminuída. Iniciou tratamento fibrinolítico e foi internada na Unidade de Cuidados Intermédios Médicos (UCIM). Durante a permanência na UCIM manteve-se normocárdica com hipotensão refratária ao suporte aminérgico. Após estabilização do quadro, foi transferida para o Serviço de Medicina Interna onde realizou o estudo da hipotensão arterial, que excluiu depleção do volume, alterações do reflexo vasovagal e falência autonómica por doença neurodegenerativa. Por se manter assintomática e referir que desde a endarterectomia que tinha hipotensão arterial, admitiu-se que teria uma disfunção dos barorreceptores carotídeos (BC) secundária à cirurgia. Teve alta ao 23º dia de internamento, apresentando-se clinicamente estável.

CONCLUSÃO: A fibrinólise está indicada na TEP quando os doentes têm choque ou hipotensão persistente. Tendo em conta a exclusão de outras causas, provavelmente, a hipotensão refratária deveu-se a uma disfunção dos BC provocada pela endarterectomia.

LINFOMA INDOLENTE? TALVEZ NÃO...

Autor: Ana Pastor

Autores: Fábio Almeida, Marta Brás, Nadine Silva, Abílio Gonçalves, Amélia Pereira

Apresentador: Ana Pastor

Hospital: Hospital distrital da Figueira da Foz

Serviço: Serviço de Medicina Interna

Os linfomas não-Hodgkin indolentes, onde se incluem os linfomas linfoplasmocítico (LLP) e linfoma de tecido linfóide associado à mucosa (LMALT), podem evoluir para linfoma agressivo condicionando o tratamento e prognóstico. Apresento o caso clínico de um homem de 43 anos que recorreu ao serviço de urgência por síndrome anémica com 7 meses de evolução, emagrecimento e retorragias. Antecedentes de úlcera gástrica e gastrite crónica desde 2 anos antes. Medicado com inibidor da bomba de prótons e ferro. À observação, hemodinamicamente estável, palidez cutâneo-mucosa, sem outras alterações. Analiticamente, anemia (Hb 4,6g/dL) ferropénica, proteinograma electroforético com banda gama biclonal (IgG 3550mg/dL, IgM 1071mg/dL); imunofixação sérica com clonalidade IgG/kappa e IgM/kappa e urinária com cadeias kappa; beta2-microglobulina 2830ug/L. O estudo tomográfico revelou múltiplas densificações parenquimatosas pulmonares nodulares, em vidro despolido, de atingimento bilateral e espessamento parietal irregular do corpo distal/antra gástrico com adenomegalias adjacentes. A biópsia osteo-medular e imunofenotipagem foram sugestivas de LLP. O estudo endoscópico digestivo mostrou tumor do lúmen gástrico e biópsia compatível com LMALT, sem *H. pylori*. O lavado bronco-alveolar revelou uma população compatível com um linfoma B difuso de células grandes (LBCG). Realizou PET com FDG-F18, compatível com doença linfomatosa ativa de envolvimento supra e infra-diafragmático. Admitido diagnóstico de LBCG/LMALT foi realizada quimioterapia com R-CHOP com resposta parcial. Neste caso os autores evidenciam a importância de um correto diagnóstico, uma vez que a transformação em linfoma agressivo, não evidente inicialmente, condicionou a abordagem do doente.

LÚPUS INDUZIDO POR FÁRMACO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Autor: F. Gil

Autores: A. Monteiro, M. Rato, J. Parente, J. Aranha

Apresentador: F. Gil

Hospital: Hospital de Santarém EPE

Serviço: Serviço de Dermatologia

Objectivos: Apresentação de um caso clínico de lúpus induzido por fármaco e interpretação das suas implicações clínicas.

Método: Análise retrospectiva de caso clínico e revisão bibliográfica do tema.

Resultados: Doente do sexo feminino, de 31 anos, sob contraceção oral, foi medicada com minociclina oral 100mg/dia por rosácea. Refere o aparecimento, após 15 dias, de placas eritematosas, descamativas, bem delimitadas, nos ombros e face externa dos braços, e manchas eritematosas, sem descamação, nas regiões torácica anterior e dorsal. Negava qualquer sintomatologia associada. Analiticamente apresentava anticorpos antinucleares num título superior a 1/640, sem outras alterações relevantes. A biópsia cutânea foi compatível com lúpus eritematoso cutâneo subagudo (LECS).

Conclusões: Vários fármacos podem desencadear lúpus - lúpus induzido por fármacos - que, tal como a forma idiopática, se divide em sistémico, cutâneo subagudo e cutâneo crónico. O LECS caracteriza-se por lesões maculopapulares ou placas eritematosas descamativas, eventualmente anulares, não-cicatriciais, em áreas fotoexpostas. Não há marcadores clínicos, bioquímicos ou patológicos que distingam seguramente a forma idiopática da induzida por fármacos. Nesta última os anticorpos antinucleares e os anti-Ro/SSA encontram-se geralmente presentes, estando menos estabelecido o perfil de outros anticorpos. Na ausência de critérios definitivos, a relação temporal entre o início do quadro e a administração do fármaco, bem como a sua resolução com a suspensão do mesmo, suportam o diagnóstico. A minociclina foi associada a diversos distúrbios auto-ímmunes, nomeadamente lúpus, após um período de latência variável e num espectro clínico e serológico alargado. O tratamento inclui antimaláricos e corticosteroides, além da suspensão do fármaco implicado. Outros imunomoduladores gozam ainda de escassa evidência. Com uma sintomatologia geralmente ligeira a moderada e reversível, o prognóstico tende a ser favorável.

DIARREIA E ESCLEROSE SISTÉMICA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Autor: Ana Catarina Emídio

Autores: Gonçalo Mendes, João Tavares, Francisco Vale, Inês Oliveira, Mário Parreira, Carlos Carvalho, Prado Lacerda

Apresentador: Ana Catarina Emídio

Hospital: Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital de São Bernardo

Serviço: Medicina

A esclerose sistémica (ES) é uma patologia crónica, auto-imune, de etiologia desconhecida. A forma de apresentação mais comum inclui fenómeno de Raynaud e espessamento cutâneo. Cerca de 90% dos doentes com ES têm envolvimento do trato gastrointestinal (TGI) e aproximadamente metade são sintomáticos. Apesar do esófago ser o mais frequentemente afetado, qualquer segmento do TGI pode estar envolvido. A dismotilidade intestinal (afeta 40-90% dos doentes) promove o sobrecrecimento bacteriano. Os sintomas variam em intensidade e podem incluir náuseas, vómitos, dor abdominal, diarreia, flatulência excessiva e má absorção. O diagnóstico constitui ainda um desafio, no entanto a abordagem inicial consiste na identificação de défices nutricionais. O envolvimento do cólon surge em 20-50% dos doentes e apresenta-se geralmente como obstipação ou diarreia. A coexistência de diarreia e incontinência fecal tornam os sintomas mais exuberantes. O envolvimento do TGI está associado a piores prognósticos. O tratamento tem como objetivo aliviar os sintomas, prevenir complicações e evitar défices nutricionais. Os autores descrevem o caso de uma mulher de 62 anos com o diagnóstico de ES com envolvimento sistémico, admitida no Serviço de Medicina para estudo etiológico de quadro com 3 anos de evolução caracterizado por astenia, adinamia, perda de 15% do peso corporal, dor abdominal, diarreia e incontinência fecal. Analiticamente: anemia ferropénica, hipoalbuminemia, défice de vitamina D, B12 e ácido fólico. TC abdominal e pélvica, coprocultura, colonoscopia com ileoscopia e biópsias intestinais sem alterações. Iniciou antibioterapia com metronidazol com melhoria clínica. Assumiu-se o quadro de diarreia por sobrecrecimento bacteriano no contexto da ES.

Com este caso, os autores pretendem realçar a importância das manifestações gastrointestinais da ES, nomeadamente envolvimento do intestino delgado e do cólon que acarretam um impacto importante na qualidade de vida do doente.

Moderadora

Dr.^a Ana Bela Mateus

EPISTÁXIS VS HEMORRAGIA DIGESTIVA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Autor: Marisa Rosete

Autores: Margarida Gaudêncio, Sara Joana Faria ,Rui Ferreira ,Marta Brás ,Susana Magalhães, Amélia Pereira

Apresentador: Marisa Rosete

Hospital: Hospital Distrital da Figueira da Foz

Serviço: Medicina Interna

Objectivo: Discussão de caso clínico

Método: Descrição de caso clínico

Resultado: Homem, de 78 anos, caucasóide, reformado. Observado no Serviço de Urgência por dispneia e astenia para pequenos esforços, tendo sido internado no Serviço de Medicina por insuficiência cardíaca descompensada e anemia. Como antecedentes pessoais, apresentava vários episódios de epistaxis espontânea e abundante desde os 15 anos e episódios de hemorragia digestiva. Os antecedentes familiares eram desconhecidos. Ao exame objectivo, o doente apresentava telangiectasias múltiplas, na face, lábios, nariz, membros superiores e inferiores e dedos. Durante o internamento, desenvolveu vários episódios de epistaxis abundante, frequente e espontânea, complicados com choque hipovolémico. Admitido o diagnóstico de Síndrome de Osler-Weber-Rendu baseado nos critérios clínicos, o doente foi medicado com estradiol, enquanto se solicitou estudo genético confirmatório. Realizou endoscopia digestiva alta, que não identificou lesões sangrantes ou outras alterações de relevo. Em tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica, identificou-se hepatomegalia, sem lesões focais, sem fístulas arterio-portais ou porto-venosas evidentes. O Ecocardiograma apresentava boa função sistólica, com regurgitação major da válvula tricúspide e hipertensão pulmonar.

Internamento prolongado com desfecho desfavorável, complicado por perdas hemorrágicas, intercorrências infecciosas e agravamento da insuficiência cardíaca, com óbito ao 30º dia de internamento.

Conclusão: O caso apresentado corresponde a um Síndrome de Osler-Weber-Rendu de acordo com os critérios clínicos, diagnosticado em fase tardia da sua evolução. Importa, portanto, manter uma suspeição elevada de forma a evitar ou atrasar as complicações habituais desta patologia.

HEMOPTISES - DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Autor: Marinha Silva

Autores: João Mota, Conceição Ferreira, Daniela Alves

Apresentador: Marinha Silva

Hospital: Santa Maria Maior, Barcelos

Serviço: Medicina Interna

Introdução: Hemoptise é a emissão de sangue pela boca acompanhada pelo esforço de tosse, proveniente das vias aéreas inferiores. Processos inflamatórios, infecciosos e as neoplasias pulmonares são as principais causas de hemoptises. A granulomatose com poliangéite ou a doença anti-membrana basal glomerular são também causa importante de hemoptises.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um doente de 30 anos, ex-fumador, com exposição ocupacional a tintas. Recorreu ao Serviço de Urgência por hemoptises de médio volume após episódios de expectoração hemoptoica com 3 dias de evolução. Sem febre, compromisso hemodinâmico ou ventilatório. Sem alterações analíticas. A tomografia computadorizada de alta resolução revelou “zonas de densificação parenquimatosa nos segmentos medial e lateral do lobo médio e nos segmentos basais do lobo inferior ipsilateral que correspondem a provável alveolite hemorrágica. Discretas ectasias brônquicas nos segmentos envolvidos”. Ficou internado e realizou videobroncofibroscopia com lavado broncoalveolar (LBA) que revelou “coágulo na emergência do brônquio lobar inferior direito”. O estudo da celularidade alveolar revelou contagem celular total normal, contagem diferencial com linfocitose e neutrofilia. A pesquisa de hemossiderina no citoplasma dos macrófagos por coloração Pearls foi positiva (Gold 45), compatível com hemorragia alveolar ligeira. A microbiologia do LBA e pesquisa de micobactérias foi negativa. O estudo imunológico foi negativo. Após estabilização teve alta para a consulta externa para continuação do estudo. Foi reinternado por recidiva do quadro e realizou arteriografia brônquica, que identificou uma fístula arterio-arterial do leito distal de uma artéria brônquica direita. Foi efetuada embolização com resolução dos sintomas.

Discussão: Os autores apresentam este caso pelos diagnósticos diferenciais que impôs na apresentação clínica e imagiológica inicial, num doente sem antecedentes de doença pulmonar estrutural conhecida.

UM CASO DE ESCLEROSE SISTÉMICA LIMITADA

Autor: Mariana Alberty Guerra

Autores: Filipa Amorim, Ivone Barracha, Rosa Amorim

Apresentador: Mariana Alberty Guerra

Hospital: Centro Hospitalar do Oeste - Unidade de Torres Vedras

Serviço: Medicina Interna

A esclerodermia é uma doença do tecido conjuntivo que se manifesta com fibrose cutânea, podendo também apresentar envolvimento sistémico. No entanto, pode manifestar-se como esclerose sistémica limitada, incluindo-se nestes casos a Morfeia, sendo esta mais comum em caucasianos do género feminino, sendo idade mais comum de diagnóstico entre os 20 e os 50 anos de idade. O envolvimento cutâneo nesta entidade limita-se à face, membros superiores e inferiores, sendo o envolvimento visceral mais tardio. Está associada a anticorpos anti-centrómero em 70 a 80% dos casos, podendo os doentes apresentar hipertensão pulmonar. Os autores apresentam o caso clínico de uma doente do género feminino, 55 anos de idade, enviada à Consulta Externa de Medicina Interna por lesões cutâneas nos membros superiores e astenia. Ao exame objetivo apresentava lesões hiperpigmentadas bem delimitadas ao nível do membro superior direito, fenómeno de Raynaud, face com pele brilhante e perda de rugas de expressão. Laboratorialmente, apresentou anticorpos anti-nucleares, anti-scl 70 e anti-centrómero positivos. Capilaroscopia de leito ungueal com Raynaud secundário de padrão esclerodérmico e em ecocardiograma transtorácico apresentou hipertensão pulmonar moderada (SPAP = 54 mmHg). A doente iniciou um ciclo curto de corticoterapia com a hipótese diagnóstica de esclerose sistémica limitada com morfeia. Após corticoterapia apresentou melhoria sintomática, apesar de manter Morfeia, iniciando então Azatioprina. As doenças do tecido conjuntivo como a esclerodermia devem ser identificadas atempadamente e devidamente tratadas com imunossuppressores, assim como outras terapêuticas apropriadas às complicações que possam surgir, tais como a hipertensão pulmonar, sendo esta uma complicação com capacidade de evolução rápida, podendo até ser fatal.

DIAGNÓSTICO DE INFEÇÃO TUBERCULOSA LATENTE: E AGORA? - A POLÊMICA DE QUEM E QUANDO TRATAR

Autor: Inês Grácio de Almeida

Autores: Rita Gameiro dos Santos, Carla Nobre, Filomena Carneiro, Teresinha Ponte, Fátima Campante

Apresentador: Inês Grácio de Almeida

Hospital: C.H. Barreiro-Montijo

Serviço: Medicina Interna

Introdução: A infeção tuberculosa latente (ITBL) define-se como uma infeção por *Mycobacterium tuberculosis* em que não existem sintomas ou sinais de doença. O sistema imunitário impede o desenvolvimento de lesões orgânicas patológicas, mantendo as bactérias quiescentes. A deteção destes casos torna-se relevante atendendo à sua possível evolução para tuberculose ativa.

Caso Clínico: Apresentamos o caso de uma mulher de 79 anos, sem antecedentes pessoais relevantes. Encaminhada para a consulta de medicina interna por edema do membro inferior direito (MID) com dez meses de evolução.

À observação: edema do MID até ao joelho, godet ++ e, bilateralmente, nódulos de coloração purpúrica, que se considerou tratar-se de eritema nodoso. Sem adenopatias palpáveis, febre, emagrecimento ou sintomas constitucionais.

Na investigação etiológica: eco-doppler do MID compatível com insuficiência venosa popliteia; e tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica que revelou “No campo pulmonar direito, granulomas calcificados em topografia posterior; e duas nodularidades infracentimétricas, uma no terço inferior do lobo inferior e outra subpleural junto à base esquerda. Calcificações grosseiras retrocava pré-traqueais de provável natureza ganglionar. Sem evidência de adenomegalias nos territórios estudados” Colocaram-se como hipóteses diagnósticas Sarcoidose versus Tuberculose.

Na marcha diagnóstica salienta-se: anemia normocítica normocrómica, velocidade de sedimentação 105mg/dl, teste Igra positivo, doseamento de enzima conversora de angiotensina negativo e calciúria

Discussão: Este caso pretende abordar a controvérsia atual acerca da melhor abordagem da ITBL: desde o diagnóstico (Igra vs Mantoux) à decisão de tratamento. Esta questão coloca-se sobretudo atendendo à sua duração e toxicidade não desprezível, nomeadamente em doentes idosos, em que o risco de reativação de tuberculose é baixo.

MIXEDEMA - A HORA FAZ A DIFERENÇA

Autor: Inês Grácio de Almeida

Autores: Rita Gameiro dos Santos, Carla Nobre, Filomena Carneiro, Teresinha Ponte, Fátima Campante

Apresentador: Inês Grácio de Almeida

Hospital: C.H. Barreiro-Montijo

Serviço: Medicina Interna

Introdução: O mixedema é uma entidade clínica associada a um estado de hipotireoidismo grave e prolongado. Apesar de se tratar de uma patologia rara atualmente, pode evoluir para coma e morte, pelo que o seu reconhecimento e tratamento precoces são de extrema importância.

Caso Clínico: Apresentamos o caso de um homem de 77 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e hipotireoidismo. Seguido em consulta de Endocrinologia, medicado com levotiroxina 0.2mg/dia, para além de terapêutica hipotensora, hipolipemiante e neurolética. Conduzido ao Serviço de Urgência por quadro de confusão mental, desorientação e agitação psicomotora, com cerca de 12 horas de evolução.

À observação: manutenção do quadro de confusão e desorientação temporo-espacial. Discurso lentificado e incoerente. Hipertenso, hipotérmico e normoglicémico. Ao exame objetivo: fácies leonino, palidez cutânea e edema facial e peri-orbitário.

À auscultação: tons arrítmicos e ferveores crepitantes na base pulmonar direita. Edemas bilaterais ocupando o terço inferior das pernas.

Analiticamente a destacar: hormona tireoestimulante máxima 188mg/dl e tiroxina livre mínima como hipótese diagnóstica mixedema. Durante a anamnese foi possível perceber que o doente tomava a levotiroxina após o pequeno-almoço.

Discussão: Este caso pretende ilustrar a importância de uma anamnese cuidada e exaustiva. Durante esta anamnese, compreendeu-se que o doente cumpria a medicação, mas de forma errática, tomando a levotiroxina somente após o pequeno-almoço, quando a sua absorção é mínima. O doente pensava cumprir plenamente a sua terapêutica conduzindo-se, inocentemente, para uma situação perigosa e potencialmente fatal. Este caso pretende, assim, reforçar a necessidade da educação dos nossos doentes e da explicação detalhada de pequenos mas fulcrais pormenores, nomeadamente em doentes plurimedicados.

LIPOPROTEÍNA A COMO MARCADOR DE RISCO CARDIOVASCULAR

Autor: Inês Grácio de Almeida

Autores: Raquel Paulinetti da Câmara, Filomena Carneiro, Célia Carmo, Fátima Campante

Apresentador: Inês Grácio de Almeida

Hospital: C.H. Barreiro-Montijo

Serviço: Medicina Interna

INTRODUÇÃO: A lipoproteína A [Lp(a)] é uma lipoproteína de baixa densidade, considerada um marcador de risco cardiovascular (CV). Elevadas concentrações de Lp(a) estão associadas a aumento de aterosclerose, estando diretamente relacionadas com a presença de doença coronária, doença cerebrovascular e doença arterial periférica.

OBJETIVOS: Assumindo a importância da Lp(a) como marcador de risco CV, os autores propuseram-se avaliar a prevalência desta condição numa população de hipertensos em tratamento, bem como caracterizá-la demográfica e clinicamente.

MÉTODOS: Análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes inscritos numa consulta de hipertensão arterial e risco CV durante um ano.

RESULTADOS: Os autores identificaram uma amostra de 136 doentes, constituída por 61.7% de doentes do género feminino, cuja idade média foi 57.5 anos. A presença de elevação de Lp(a) verificou-se em 42.9% dos doentes. A comparação do perfil de doentes com elevação de Lp(a) versus (vs) sem elevação, revelou que estes tinham frequentemente mais comorbilidades, nomeadamente, dislipidemia (80.7% vs 69.7%) e doença arterial coronária (8.8 vs 6.6%).

CONCLUSÃO: A Lp(a) associa-se à presença de doença aterosclerótica em vários territórios, sendo expectável que os doentes com elevação deste marcador tenham maior prevalência de doença cardiovascular e outras comorbilidades, conforme descrito na literatura.

Moderadora

Dr. Augusto Mendonça

PERDA DE PESO E EPIGASTRALGIAS - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Autor: Margarida Gaudêncio

Autores: Marisa Rosete, Sara Faria, Rui Ferreira, Isabel Bessa, Amélia Pereira

Apresentador: Margarida Gaudêncio

Hospital: Hospital Distrital da Figueira da Foz

Serviço: Medicina

Introdução: Em fases iniciais, o carcinoma gástrico pode apresentar-se de modo assintomático, sendo que, mais tarde, sintomas como disfagia, epigastralgias, saciedade precoce, vômitos, anorexia, astenia, perda ponderal e anemia microcítica são muito frequentes.

Caso Clínico: Doente, género masculino, 64 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência por perda ponderal superior a 10 kg, astenia, anorexia e epigastralgias persistentes com 6 meses de evolução, tendo o doente recusado a realização de estudo endoscópico em ambulatório. Antecedentes de hipertensão arterial, doença ulcerosa, microlitíase renal, patologia osteoarticular da coluna e dislipidémia. Fumador de 54 UMA. Ao exame objetivo destacava-se volumosa massa desde o hipocôndrio esquerdo até à região peri-umbilical e hepatomegália com bordo hepático nodular. Toque rectal sem alterações. Analiticamente, apresentava anemia microcítica com hemoglobina de 6,7 g/dL. Realizou tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica que demonstrou lesão estenosante a nível gástrico e lesões nodulares hepáticas sugestivas de metastização. Internado no Serviço de Medicina para estudo endoscópico e suporte transfusional e nutricional. Realizou endoscopia digestiva alta que mostrou lesão vegetante extensamente ulcerada a nível do antro gástrico, cuja biópsia revelou carcinoma gástrico pouco diferenciado com imunomarcação AE1/AE3 positiva. Ao 28º dia de internamento, foi submetido a gastrectomia parcial paliativa com gastrojejunostomia Bilroth II, tendo falecido ao 7º dia de pós-operatório no contexto de agudização de insuficiência respiratória.

Conclusão: O carcinoma gástrico pode apresentar-se de modo assintomático em fases iniciais ou com sintomatologia como anorexia, disfagia, epigastralgias, perda ponderal ou vômitos. O tratamento deve ser abordado em equipa multidisciplinar, tendo em consideração a localização do tumor, invasão local ou à distância e a qualidade de vida do doente.

A PRIMASIA DA CLÍNICA SOBRE A IMAGEM - AVC ISQUÉMICO NO ADULTO JOVEM

Autor: Gameiro dos Santos, R.

Autores: Gracio de Almeida, I., Miguel Nobre, C., Ponte, T., Carneiro, F., Campante, F.

Apresentador: Rita Gameiro dos Santos

Hospital: Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Serviço: Medicina Interna

Introdução: Os acidentes vasculares cerebrais (AVC) são considerados uma patologia rara no adulto jovem, sendo a determinação da sua etiologia um desafio clínico. Apesar da imagiologia fornecer um grande apoio ao diagnóstico, devemos colocar a clínica em primeiro lugar e não excluir a hipótese de diagnósticos diferenciais menos óbvios.

Caso Clínico: Apresentamos o caso de uma mulher de 38 anos, com antecedentes de tabagismo (5UMA), que recorre ao Serviço de Urgência com quadro de cefaleias hemicranianas esquerdas associado a tonturas e parestesias do hemicorpo esquerdo com 15 dias de evolução. Não apresentava outros sintomas nem alterações analíticas. Colocou-se a hipótese de AVC isquémico. A TC-CE (tomografia computadorizada cranio-encefálica) mostrou hipodensidade cortico-subcortical frontal posterior direita de provável etiologia isquémica recente, sem outras alterações. Tendo em conta que a investigação etiológica foi negativa, com a imagem positiva de TC-CE seria satisfatório assumir causa isquémica numa doente jovem sem fatores de risco significativos? O facto dos défices focais serem unicamente sensitivos levou à consideração de novas hipóteses diagnósticas e à realização de uma Ressonância Magnética Cerebral que revelou alterações sugestivas de processo desmielinizante primário, com múltiplas placas de desmielinização em fase inflamatória ativa, nomeadamente caracterizadas no estudo pós-contraste paramagnético pelo realce do sinal, sobretudo numa volumosa placa desmielinizante (pseudotumoral) temporal esquerda. Estabeleceu-se o diagnóstico de Esclerose Múltipla, tendo a doente sido encaminhada nesse contexto.

Discussão: Com este caso vimos salientar a importância da clínica e como os diagnósticos corretos nos podem passar despercebidos. Quantas doenças neurológicas não estarão mascaradas por AVC's "sem causa esclarecida"?

MIELINÓLISE CENTRAL PONTINA – CASO CLÍNICO

Autor: Sara Faria

Autores: Marisa Rosete, Margarida Gaudêncio, Rui Ferreira, Fábio Almeida, Marta Brás, Odete Miranda, Isabel Bessa, Amélia Pereira

Apresentador: Sara Faria

Hospital: Hospital Distrital da Figueira da Foz

Serviço: Medicina Interna

INTRODUÇÃO: A Mielinólise define-se como uma lesão desmielinizante no encéfalo, quer a nível da ponte (Pontina) quer noutras regiões (Extra-Pontina), formando a Síndrome de Desmielinização Osmótica (SDO).

CASO CLÍNICO: Homem, 67 anos, internado no Serviço de Medicina por Pneumonia e Insuficiência Respiratória. Antecedentes: miocardiopatia dilatada, fibrilhação auricular, hipertensão arterial, e alcoolismo crónico (>80g/dia). Medicação crónica: enalapril+hidroclorotiazida, carvedilol, amiodarona, rivaroxabano, tiaprida e oxazepam. À data de internamento, apresentava dificuldade na marcha, de agravamento progressivo. Ao exame neurológico, de ressaltar tetraparésia grave: força muscular grau 3 no membro superior (MS) esquerdo e grau 4 no MS direito, grau 2 no membro inferior (MI) esquerdo, e grau 3 no MI direito, espasticidade e hiperreflexia dos MI, reflexo cutâneo plantar à esquerda em extensão, atrofia muscular com predomínio esquerdo. Analiticamente: hemograma com leucograma normal, PCR em decrescendo, perfil hepático com elevação dos parâmetros de colestase (FA 149U/L; GGT 96 U/L), ionograma seriado com hiponatremia discreta 132-135mEq/L, potássio, cloro, cálcio, fosforo e magnésio normais, velocidade de sedimentação 47 mm/1h. Sem défice de vitamina B12/ácido fólico. TC-CE sem alterações de natureza vascular ou expansiva; TC da charneira/cervical com alterações degenerativas que não explicavam o quadro clínico. Punção lombar com análise do líquido cefalorraquídeo sem alterações. Serologias virais/bacterianas negativas. Pedidas RMN-CE e cervical, bem como EMG, para exclusão de lesão desmielinizante ou doença do neurónio motor. RMN com hipersinal a nível da ponte: mielinólise central pontina.

CONCLUSÃO: A SDO relaciona-se especialmente com a correção rápida da hiponatremia mas pode ser observada em doentes sem distúrbios hidroeletrólíticos e com fatores de risco: alcoolismo, desnutrição, doença hepática ou neoplasia.

PERITONITE MULTIFATORIAL EM DOENTE HEPATOPATIA CRÓNICA - CASO CLÍNICO

Autor: Sara Sofia Almeida Heleno

Autores: Jorge Rocha Melo, Rui Abreu, Paula Vaz Marques

Apresentador: Sara Heleno

Hospital: Centro hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Hospital de Vila Real

Serviço: Medicina

Peritonite consiste em inflamação da membrana serosa que reveste a parede abdominal interna e órgãos intra-abdominais; pode ser classificada como espontânea, sem causa identificável, ou como secundária, relacionada com processos inflamatórios e/ou infecciosos de qualquer órgão intra-abdominal.

Relata-se o caso de um homem de 73 anos com hábitos etílicos marcados, e antecedente de cirrose hepática alcoólica; associadamente carcinoma hepatocelular diagnosticado há seis meses. Recorre ao serviço de urgência por dor abdominal; ao exame objetivo apresentava temperatura subfebril, perfil hipotensivo (tensão arterial de 106/73 mmHg); o abdómen apresentava-se distendido, doloroso à palpação difusa, compatível com ascite de grande volume. Foi efetuada paracentese que demonstrou contagem leucocitária de 8925/uL com predomínio de polimorfonucleares (99%). O estudo ecográfico abdominal da urgência não revelou alterações, pelo que foi assumida peritonite bacteriana espontânea. Com a antibioterapia dirigida ao microorganismo identificado, assistiu-se a melhoria clínica e a regressão do número de leucócitos do líquido peritoneal, assim como dos marcadores inflamatórios sistémicos, embora parciais. Repetiu ecografia abdominal, tendo sido visualizadas, de novo, imagens hipodensas com conteúdo líquido, peri-hepáticas e intraparenquimatosas, além de vesícula biliar multilitiásica, com espessamento parietal difuso. Foi executada drenagem percutânea de duas coleções peri-hepáticas; houve ainda necessidade de proceder a colecistostomia.

O presente caso ilustra a complexidade da abordagem de doentes com patologia hepática crónica descompensada. O que era inicialmente sugestivo de uma peritonite bacteriana espontânea se revelou, na verdade, uma peritonite secundária a afeções distintas, concomitantes. O elevado índice de suspeição e a continuação da investigação permitiram identificar condições que exigiram uma abordagem invasiva, mas eficaz.

ABORDAGEM DO AVC AGUDO NUM HOSPITAL DISTRITAL PERIFÉRICO – UM CASO CLÍNICO

Autor: Sara Viana

Autores: Sara Viana, Nídia Calado, Ana Maria Costa, Ana Rita Parente, Ruben Raimundo, Violeta Suruceanu, Isabel Soles, Augusto Mendonça

Apresentador: Sara Viana

Hospital: Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano - Hospital de Portalegre

Serviço: Serviço de Medicina Interna

Introdução: O acidente vascular cerebral(AVC) agudo é uma emergência médica, de diagnóstico essencialmente clínico, cuja abordagem carece de estabilização imediata, tratamento de causas reversíveis identificáveis, determinação da elegibilidade para terapêutica trombolítica e estudo fisiopatológico de base.

Descrição do caso: Homem, 57 anos, autónomo, cuja consulta do processo informático, identificou ter antecedentes de cardiopatia isquémica e hipertensiva, diabetes mellitus tipo2 e ateromatose femoral. Trazido ao SU pelos bombeiros (chamados a um local público), por mal estar súbito, afasia e lateralização de défices à direita. Admitido na sala de emergência com cerca de 1 hora de evolução sintomática, em agravamento progressivo, com Glasgow9, tolerando Guedel, desvio não conjugado do olhar à direita, paresia facial central completa à direita, afasia global e plegia do hemicorpo direito, completando NIHSS=17. Realizou TC crânio-encefálico que descartou lesões agudas isquémicas ou hemorrágicas. Pela deterioração de um quadro compatível com AVC “hiperagudo”, num hospital periférico, sem acesso a especialidade de neurologia ou referência em tempo útil para um centro especializado, decidiu-se após discussão com a especialidade de referência, a implementação de terapêutica trombolítica. Foi então iniciada perfusão de alteplase conforme preconizado, verificando-se uma melhoria progressiva durante o tratamento, que decorreu sem intercorrências. Após 24 horas constatava-se um score NIHSS=3. Procedeu-se a otimização terapêutica de comorbilidades e estudo complementar de estado prótrombótico, ainda em curso.

Conclusão: A acuidade diagnóstica do AVC agudo, rapidez de abordagem e instituição de terapêutica ponderando o risco/benefício para realização de trombólise, são essenciais no papel do internista. Este caso realça a importância da via verde de AVC, num hospital periférico, em que a escassez de recursos terapêuticos em tempo útil, influenciam o sucesso e prognóstico.

DEFICIÊNCIA DE PROTEÍNA C E S ADQUIRIDA, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Autor: Violeta Suruceanu

Autores: Carla Sousa, Rita Parente, Sara Viana, Sócrates Naranjo, Malam Djassi , Augusto Mendonça, Armando Nodarse, Isabel Soles

Apresentador: Violeta Suruceanu

Hospital: Dr. José Maria Grande, Portalegre

Serviço: Medicina Interna

Introdução: As deficiências de Proteína C e S resultam em defeitos no sistema anticoagulante do sangue. A Proteína C é uma proteína plasmática, dependente da Vitamina K, que é sintetizada no fígado na sua forma inativa e ativa após a ligação da trombina ao seu recetor (a trombotomodulina) no endotélio. A Proteína C ativada cliva e inativa os fatores Va e VIIIa da coagulação, inibindo portanto a formação do coágulo de fibrina. A Proteína S atua como cofator não enzimático da Proteína C, aumentando a eficiência dessas reações. As deficiências de Proteína C e S podem ser hereditárias ou adquiridas.

Caso clínico: Homem de 85 anos, referenciado para a consulta de Medicina Interna por trombose venosa profunda dos membros inferiores de repetição.

Tem antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2, Retinopatia Diabética, Hipertensão Arterial, Dislipidemia e e seguido em consulta de Nefrologia por proteinúria nefrótica.

No estudo analítico documentou-se deficiência de Proteínas C e S, sem outras alterações no restante estudo. Ecodopler venoso dos membros inferiores revelou flebotrombose subaguda.

O doente foi submetido a anticoagulação oral com Varfarina 5 mg, mas por hemorragia digestiva alta foi suspensa e iniciou Enoxaparina 60 mg/dia, ajustada à função renal.

O caso clínico apresentado demonstra aumento do risco de doença tromboembólica em estados inflamatórios crónicos, em Síndrome Nefrótica, também a idade e o sexo implicam oscilações na concentração de proteína S e C.

Conclusão: As deficiências de Proteína C e S não são incomuns e podem ser causadas por diversos fatores, nomeadamente idade, sexo, estado hormonal fisiológico, uso de contraceptivos orais, terapia de reposição hormonal, metabolismo lipídico, infeções víricas, estados inflamatórios agudos e crónicos e terapêutica com antagonistas da vitamina K, podem afetar os valores de Proteínas C e S.

O seu reconhecimento e tratamento precoce é de extrema importância na redução da mortalidade e morbidade.

Dia 10 de Novembro às 17:00

Moderadora

Dr. Malam Djassi

PREVALÊNCIA DE MICROALBUMINÚRIA NUMA POPULAÇÃO DE DOENTES HIPERTENSOS

Autor: Inês Grácio de Almeida

Autores: Raquel Paulinetti da Câmara, Filomena Carneiro, Célia Carmo, Fátima Campante

Apresentador: Inês Grácio de Almeida

Hospital: C.H. Barreiro-Montijo

Serviço: Medicina Interna

INTRODUÇÃO: A microalbuminúria é considerada um marcador prognóstico de risco cardiovascular (CV) na população hipertensa, diabética e mesmo na população em geral. A maioria dos estudos demonstram uma associação independente e positiva entre microalbuminúria e doença CV, de forma que a identificação destes doentes exige uma monitorização e tratamento mais intensivos.

OBJETIVOS: Assumindo a importância da microalbuminúria como marcador de risco CV, os autores propuseram-se caracterizar a presença desta condição numa população de hipertensos com e sem diabetes.

MÉTODOS: Análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes inscritos numa consulta de hipertensão arterial e risco CV durante um ano.

RESULTADOS: Os autores examinaram uma amostra de 136 doentes, com idade média 57.5 anos, 61.7% mulheres. Verificou-se a presença de microalbuminúria em 23.5% dos doentes. Dentro destes 53.1% eram diabéticos, 47.1% com mau controlo metabólico (hemoglobina glicada > 6.5%). Comparando a população com microalbuminúria versus (vs) sem microalbuminúria, constatou-se uma maior percentagem de doentes com múltiplas comorbilidades, nomeadamente, dislipidemia (81.3% vs 73.1%), fibrilhação auricular (15.6% vs 10.6%), doença arterial coronária (15.6% vs 7.7%) e doença cerebrovascular (9.4% vs 6.7%). Uma maior percentagem de doentes com microalbuminúria encontrava-se medicada com um fármaco da classe dos inibidores da enzima conversora da angiotensina ou dos antagonistas dos recetores da aldosterona (84.4% vs 78.9%).

CONCLUSÃO: Os resultados obtidos estão de acordo com a literatura, em que a prevalência de microalbuminúria na população hipertensa em tratamento pode chegar aos 25%. A análise dos dados colhidos revela que os doentes com microalbuminúria apresentam frequentemente múltiplas comorbilidades (sobretudo do foro cardiovascular, e independentemente da presença de DM), que determinam esta condição.

CASUÍSTICA DA SÉPSIS NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS MÉDICOS

Autor: Fábio Almeida

Autores: Ana F. Costa, Sara Faria, Ana Pastor, Marta Brás, Abílio Gonçalves, Susana Magalhães, Teresa Alfaiate, Amélia Pereira

Apresentador: Fábio Almeida

Hospital: Hospital Distrital da Figueira da Foz

Serviço: Medicina Interna

Os autores pretendem caracterizar os doentes admitidos no biénio 2014/15 com diagnóstico de sépsis na unidade de cuidados intermédios médicos (UCIM). Trata-se de um estudo retrospectivo observacional, através da consulta dos processos. A análise estatística foi feita com o programa SPSS 24.0.

Foram analisados 64 doentes, idade média 74.9 anos, sendo a maioria proveniente do serviço de urgência (90.6%). O score quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA) médio era 1.9, sendo mais prevalentes a hipotensão (85.9%) e alteração do estado de consciência (54.7%). Dos doentes com sépsis, 29.7% tinham qSOFA inferior a 2. A média do score Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (APACHE II) foi de 17.6 e Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) de 6.1. Permaneceram na UCIM 4.4 dias, metade do internamento. O local da infeção foi sobretudo urinário (42.2%) e respiratório (26.6%), não se identificando em 7.8%. Realizaram-se hemoculturas em 90.6%, uroculturas em 79.7% e culturas da expetoração em 10.9%. O tempo médio para início de antibioterapia empírica ronda as 2h45, apenas 29.7% a iniciaram na primeira hora. Os antibióticos mais prescritos foram a piperacilina+tazobactam (31.3%) e o ceftriaxone (26.6%). O agente mais frequente foi a *Escherichia coli* (20.3%), sendo desconhecido em 35.9%. Dos microrganismos isolados, 47.4% eram multirresistentes. Identificou-se bacteriémia em 45.3% dos casos. A mortalidade na UCIM foi 10.9%, sendo significativamente maior nos doentes com SOFA superior. Existe igual tendência para o qSOFA e APACHE II. A mortalidade intrahospitalar foi 17.2%. 7.8% dos doentes tiveram alta da UCIM, 9.4% foram transferidos de hospital e os restantes internados.

Concluindo, importa o início mais precoce da antibioterapia e a colheita sistemática de produtos biológicos, para a correta identificação e terapêutica dirigida. A determinação dos scores de gravidade é uma ferramenta útil para o diagnóstico, estratificação e vigilância da evolução clínica.

ISOLAMENTOS MICROBIOLÓGICOS E RESISTÊNCIAS ANTIMICROBIANAS NAS SECREÇÕES RESPIRATÓRIAS CASUÍSTICA DE UM ANO DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Autor: Rui Ferreira

Autores: Marta Brás, Sara Ventura, Luís Bento

Apresentador: Rui Ferreira

Hospital: Hospital Distrital da Figueira da Foz

Serviço: Medicina Interna

As infeções são complicações frequentes associadas à permanência em UCI, sendo as pneumonias a sua manifestação mais comum, na maior parte das vezes associada à entubação. A resistência antibiótica é uma característica frequente das bactérias isoladas neste contexto, sendo um problema de saúde pública grave e crescente em muitas partes do mundo, incluindo na Europa.

Para a realização deste estudo observacional retrospectivo foram consultados os resultados microbiológicos isolados em amostras respiratórias no período compreendido entre 1 de Agosto de 2016 e 31 de Agosto de 2017. Os isolados mais frequentes foram bacilos Gram negativos, seguidos dos cocos Gram positivos. Dentro dos microrganismos Gram negativos *Pseudomonas aeruginosa* e a *Klebsiella pneumoniae*, são os isolados mais comuns. Nos microrganismos Gram positivos, *Staphylococcus aureus* são o microrganismo mais comum.

Foram ainda analisados os perfis de resistência de gérmens considerados cruciais na vigilância epidemiológica, como é o caso da *P. aeruginosa*, *K. pneumoniae* e *S. aureus*.

Destes resultados, salienta-se uma maior prevalência de isolados respiratórios com bacilos Gram negativos. Este fato está de acordo com tendências epidemiológicas atuais, que atestam que no ambiente hospitalar estes agentes patogénicos se têm vindo a tornar progressivamente mais frequentes.

De igual forma, as taxas de resistência antibiótica entre os agentes isolados refletem uma tendência preocupante e que se tem acentuado nos últimos anos.

O conhecimento da flora específica de cada instituição, bem como do seu padrão de resistências é fundamental para uma utilização mais ponderada e racional da antibioterapia. As medidas de prevenção da infeção hospitalar, a de-escalação da antibioterapia e as medidas de higienização no ambiente hospitalar devem ser uma preocupação constante de todos os profissionais de saúde de forma a tentar mitigar este problema que atinge já uma escala assustadora.

MORTALIDADE DOS DOENTES INSTITUCIONALIZADOS NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Autor: Sara Nicolau

Autores: Rita Rodrigues, Ivan Velez, Jesennia Mata, Márcia Pinto, Manuela Grego, Luís Siopa

Apresentador: Sara Nicolau

Hospital: Hospital de Santarém

Serviço: Medicina IV

OBJECTIVOS: Caracterizar os doentes falecidos num serviço de Medicina Interna (MI) que residiam em estabelecimentos de apoio social/unidades de cuidados continuados (DREAS/UCC) num período de 5 anos

MÉTODOS: Análise retrospectiva dos processos clínicos dos DREAS/UCC que faleceram num serviço de MI entre 1 de Janeiro de 2012 e 31 de Dezembro de 2016, avaliando sexo, idade, mês de falecimento, duração do internamento (72h), diagnóstico principal segundo o ICD-10 e o índice de Charlson.

RESULTADOS: No período considerado faleceram no serviço 3103 doentes, dos quais 1026 (33.06%) residiam em estabelecimentos de apoio social. Estes constituíram 38,06% dos 2696 DREAS/UCC internados, sendo 64.62% do sexo feminino e 35.38% do sexo masculino, com uma média de idade de 84,55 anos. 39.57% dos óbitos ocorreram nos meses de Inverno e 30.02% nos meses de Verão. A média de dias de internamento foi de 8 dias, sendo que 12.09% faleceram nas primeiras 24 horas, 22.61% entre as 24 e 72 horas e 65.30% após 72 horas. As doenças do aparelho respiratório constituíram o diagnóstico mais frequente (54.48%), seguido das doenças do aparelho genitourinário (17.54%) e do aparelho circulatório (13.16%). O índice de Charlson médio foi de 5,83.

CONCLUSÕES: Os DREAS/UCC apresentaram uma taxa de mortalidade muito elevada, semelhante à descrita na literatura e constituíram também uma parcela muito significativa da mortalidade total do serviço. Estes doentes são maioritariamente idosos, do sexo feminino, com múltiplas comorbilidades e com uma expectativa de vida limitada. Os diagnósticos principais incluíram-se maioritariamente nos grupos das doenças do aparelho respiratório e genitourinário. A elevada taxa de mortalidade e o facto de cerca de um terço dos óbitos ter ocorrido nas primeiras 72 horas de internamento traduz a gravidade da doença e impõe a consideração da futilidade do recurso ao internamento hospitalar em muitas destas situações.

INFEÇÕES DO TRATO URINÁRIO EM DOENTES INSTITUCIONALIZADOS: CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Autor: Bruna Nascimento

Autores: Ana Garrido Gomes, Carolina Nunes Coelho, Diana Vital, Stela Calugareanu, Sandra António, Luís Siopa

Apresentador: Bruna Nascimento

Hospital: Hospital de Santarém

Serviço: Medicina Interna IV

OBJETIVOS: Caracterizar a população de doentes residentes em estabelecimento de apoio social e unidades de cuidados continuados (DREAS/UCC) internados com o diagnóstico principal (DP) de infecção do trato urinário (ITU) num serviço de Medicina Interna (MI).

METODOLOGIA: Estudo descritivo dos episódios de internamento (EI) num serviço de MI, referentes a DREAS/UCC com o DP de ITU no ano de 2016. Avaliaram-se o sexo, idade, sazonalidade, duração do internamento, algaliação prévia, isolamentos microbiológicos e mortalidade. Os dados foram obtidos através da revisão de processos clínicos, sendo excluídos os doentes com uroculturas efectuadas 48 h após a admissão.

RESULTADOS: Do total de EI do serviço de MI em 2016, 841 (25.8%) foram de DREAS/UCC. A ITU foi o DP em 151 (18.0%). Excluíram-se 10 e nos restantes 141, foram obtidas uroculturas em 131 (92.9%). Cento e seis (80.9%) foram positivas com isolamento de um agente bacteriano em 101 casos (95.3%), fungos em quatro (3.8%) e uma polimicrobiana (0.9%). Dos 101 EI com culturas positivas, 58.4% (n=59) correspondiam a doentes do sexo feminino e 41.6% (n=42) do sexo masculino. A média de idades foi de 82.4 anos. Existia algaliação crónica em 30 dos EI (29.7%). Maior número de EI foram registados nos meses de Maio (14.9%, n=15) e Julho (13.7%, n= 14). Os agentes mais comuns foram: *Escherichia coli* 44.6% (n=45), *Klebsiella pneumoniae* 28.7% (n=29), *Pseudomonas aeruginosa* 11.9% (n=12). A demora média de internamento foi de 9,2 dias e taxa de mortalidade 18.8%.

CONCLUSÃO: As ITU nos DREAS/UCC constituem o diagnóstico principal de uma percentagem significativa dos EI, os quais são maioritariamente do sexo feminino e de média etária elevada. O agente mais frequentemente encontrado foi a *E. coli*. A percentagem de doentes com algaliação crónica foi elevada, fator que mais uma vez se confirma como um dos principais responsáveis pela elevada prevalência destas infeções nesta população de doentes.

IMPORTÂNCIA DA CARATERIZAÇÃO DO PADRÃO DIPPER NO DOENTE HIPERTENSO

Autor: Inês Grácio de Almeida

Autores: Raquel Paulinetti da Câmara, Filomena Carneiro, Célia Carmo, Fátima Campante

Apresentador: Inês Grácio de Almeida

Hospital: C.H. Barreiro-Montijo

Serviço: Medicina Interna

INTRODUÇÃO: A pressão arterial (PA) apresenta variações diárias regidas pelo ciclo circadiano, sendo tipicamente mais elevada durante o período diurno. É expectável uma redução da PA durante a noite superior a 10% (perfil dipper); quando esta redução é inferior a 10% chama-se non-dipper. Este padrão associa-se a maior risco de lesão de órgãos-alvo secundárias à hipertensão arterial (HTA), nomeadamente, lesões cerebrovasculares e disfunção renal, bem como eventos e mortalidade cardiovasculares.

OBJETIVOS: Partindo da importância acima exposta da caracterização do perfil circadiano da PA nos doentes hipertensos, os autores propuseram-se analisar a prevalência de doentes non-dipper numa população de hipertensos, comparando a subpopulação de dippers versus (vs) non-dippers.

MÉTODOS: Análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes inscritos numa consulta de HTA e risco cardiovascular durante um ano.

RESULTADOS: Os autores analisaram uma população de 100 doentes, 66% do género feminino, e com idade média de 57.6 anos. 59% dos doentes apresentaram um padrão non-dipper na Medição Ambulatória de PA (MAPA). Comparando a subpopulação de non-dippers com a de dippers, constatou-se que a primeira apresentava maior percentagem de diabetes mellitus (37.3% vs 17.1%), fibrilhação auricular (FA) (49.2% vs 7.3%), doença cerebrovascular (10.2% vs 4.9%), síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) (11.9% vs 7.3%) e doença pulmonar obstrutiva crónica (18.6% vs 9.8%).

CONCLUSÃO: A existência de um padrão non-dipper no MAPA associa-se à presença de um maior número de comorbilidades. Esta relação está sobretudo bem estabelecida no que toca à FA e SAOS, concordante com os nossos resultados. Ainda assim acreditamos que a presença de uma percentagem tão baixa de SAOS se deva ainda à fraca suspeição desta doença.

POLIMEDICAÇÃO NO IDOSO - EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO

Autor: Margarida Gaudêncio

Autores: Sara Faria, Marisa Rosete, Rui Ferreira, Isabel Bessa, Amélia Pereira

Apresentador: Margarida Gaudêncio

Hospital: Hospital Distrital da Figueira da Foz

Serviço: Medicina

INTRODUÇÃO: Em Portugal, estima-se que 19,1% da população sejam idosos. Ao longo dos anos, tem-se constatado que a população geriátrica se encontra polimedicada. A polifarmácia acarreta efeitos adversos e agravamento das comorbilidades. Os autores propõem-se caracterizar a população geriátrica internada num serviço de medicina em relação à polimedicação e classes farmacológicas prescritas.

MATERIAL E MÉTODOS: Procedeu-se a um estudo observacional prospetivo dos doentes com idade ≥ 65 anos, admitidos e com alta do Serviço de Medicina durante o período de 17 de abril a 17 de julho de 2017 (n=123). Foi analisado o número de fármacos à data de admissão e alta, selecionando os medicamentos considerados inapropriados de acordo com os Critérios de Beers 2015 e submetidos a tratamento estatístico com recurso ao software SPSS 25[®] e Excel[®]. Para estimar a gravidade das comorbilidades, foi utilizado o Índice de Charlson.

RESULTADOS: A população em estudo apresenta uma idade média de 82,45+/-6,9 anos, com um predomínio do género feminino (n=77 – 62,6%). Em relação às comorbilidades, 87% dos doentes da amostra apresentam índices de Charlson entre 5 e 9 (n=107). À admissão, 86,18% dos doentes estava polimedicado com número ≥ 4 fármacos (n=106), sendo que, 69,92% (n=86) apresentava pelo menos 1 fármaco inapropriado segundo os Critérios de Beers. À data de alta, estes números aumentaram para 91,87% (n=113) em termos de polimedicação e 70,73% (n=87) para medicação inapropriada. As benzodiazepinas são a classe farmacológica inapropriada mais prescrita tanto à admissão como na alta.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO: Nesta amostra de doentes internados, verificou-se que a polifarmácia e a prescrição de fármacos considerados inapropriados é muito frequente. O avançar da idade e das diversas comorbilidades condiciona o risco de polimedicação. Os dados desta amostra levaram-nos mais uma vez a refletir sobre o tema e sobre a nossa conduta no futuro.

Moderadora

Dr. Augusto Mendonça

MICROANGIOPATIA TROMBÓTICA – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO.

Autor: Anusca Paixão

Autores: Bruno Mesquita, Fernando Salvador, Natália Lopes, Paula Vaz Marques, Manuel Cunha

Apresentador: Anusca Paixão

Hospital: CHTMAD - Hospital de Vila Real

Serviço: Medicina Interna

INTRODUÇÃO A Purpura Trombocitopénica trombótica (PTT) e o Síndrome Hemolítico Urémico (SHU) são similares na apresentação o que dificulta o seu diagnóstico diferencial. Cursam com febre, anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia, disfunção renal e neurológica. Têm, todavia, mecanismos etiopatogénicos distintos, desde a presença de anticorpos, imunocomplexos, infeções por bactérias ou vírus e fármacos.

OBJETIVO Descrever a apresentação desta entidade nosológica ressaltando o desafio de desvendar o seu mecanismo etiológico.

MÉTODOS Revisão de caso clínico.

RESULTADOS Mulher, 46 anos, com antecedentes de líquen plano, medicada recentemente com hidroxicloroquina (HCQ). Foi ao Serviço de Urgência por anorexia e astenia, cefaleias, lesões cutâneas punctiformes e urina escura com 5 dias de evolução. Sem febre. Ao exame objetivo: sub-ictérica, com petéquias e equimoses dispersas, sem história de trauma. Analiticamente: anemia normocítica normocrómica (8.55g/dl), trombocitopenia (12000 u/l), lesão renal aguda (U124mg/dl, Cr1.3 mg/dl) e LDH de 1716 U/L com bilirrubina total de 3.0mg/dl. Estudo complementar: Haptoglobina Iniciou prednisolona 1mg/kg/d e fez 8 ciclos de plasmáfereze com 1 volume plasmático; com resolução da trombocitopenia(> 400000uL) e da anemia(11.0g/l).

CONCLUSÃO Na suspeita clínica e analítica desta patologia, além da investigação etiológica exaustiva, tem maior importância o início célere de plasmáfereze que, neste caso, foi determinante para um desfecho favorável. O fato da atividade da metaloproteinase ser normal reforça o papel da disfunção endotelial como elemento desencadeante da microangiopatia, o que, em conjunto com alguns casos descritos de PTT secundária à toma de quinino, elevou a nossa suspeita de haver uma relação causal, apesar de mais raramente descrita, com a toma de HCQ.

UM CASO DE HEPATITE AGUDA: INFECÇÃO PELO VÍRUS DA HEPATITE B ASSOCIADA A MALÁRIA

Autor: Catarina Carvalho

Autores: Francisco das Neves Coelho, Alexandra Albuquerque e Fátima Campante

Apresentador: Catarina Carvalho

Hospital: Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Serviço: Medicina Interna

A infecção pelo vírus da Hepatite B (HBV) e malária são um problema de saúde pública, partilhando as mesmas áreas endémicas. A infecção viral estimula a resposta a inflamatória e propagação parasitária, implicando também maior severidade da doença. Por outro lado, a infecção parasitária parece aumentar a carga viral. A epidemiologia desta co-infecção ainda não se encontra bem estudada.

Os autores apresentam um caso clínico de uma doente do sexo feminino, natural de Moçambique, residente em Portugal desde há 4 meses antes da admissão. História de internamento recente neste país no contexto de malária, complicado por anemia hemolítica e necessidade de transfusão com concentrado eritrocitário (CE). Recorre ao serviço de urgência por dor abdominal com 2 semanas de evolução. Observa-se doente subictérica, com aumento marcado de transaminases e bilirrubina, bem como linfocitose absoluta, sugestivos de hepatite aguda. Da investigação feita concluiu-se infecção aguda por HBV em período de janela com carga viral elevada. Serologia para hepatite delta negativa. Durante o internamento manteve anemia hemolítica, com necessidade de transfusão com CE. Descida progressiva de transaminases e bilirrubina, bem como estabilização dos valores de hemoglobina. Iniciou tenofovir e teve alta clinicamente melhorada, orientada para consulta de Medicina Interna e Infeciologia.

Trata-se de um caso de co-infecção por malária e HVB. Por falta de dados relativamente ao internamento em Moçambique, não foi possível concluir se o estudo de hepatites já teria sido feito neste país. Também não se conseguiu perceber se terá havido alguma complicação durante a estadia hospitalar, que poderia ter implicado infecção acidental por HVB. O período de janela coincide com infecção antes da vinda para Portugal.

SÍNDROME DE REACÇÃO MEDICAMENTOSA COM EOSINOFILIA E SINTOMAS SISTÉMICOS ENQUANTO ENTIDADE MULTIORGÂNICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Autor: F. Gil

Autores: A. Monteiro, M. Rato, J. Parente

Apresentador: F. Gil

Hospital: Hospital de Santarém EPE

Serviço: Serviço de Dermatologia

Objectivos: Apresentação de um caso clínico de síndrome de reacção medicamentosa com eosinofilia e sintomas sistémicos (DRESS) com manifestações atípicas e interpretação das suas implicações clínicas.

Método: Análise retrospectiva de caso clínico e revisão bibliográfica do tema.

Resultados: Doente do sexo masculino, de 72 anos, recorre ao serviço de urgência por erupção cutânea após o início da administração de alopurinol há 15 dias. Apresentava um exantema maculopapular, de início no tórax e progressão para a face e membros e edema da face de predomínio periocular. Sem outra sintomatologia associada. Analiticamente demonstrava leucopenia com eosinofilia e linfocitose, anemia normocítica/normocrómica e uma agudização de doença renal crónica. Foi internado com o diagnóstico de síndrome DRESS, apresentando uma boa resposta à prednisolona oral e tendo tido alta após uma semana. Regressou dois dias depois por diminuição da força muscular, disartria e disfagia, confirmados ao exame neurológico. A tomografia axial computadorizada cranioencefálica excluiu colecções hemáticas intracranianas ou sinais de enfarte isquémico. Pela ausência de tradução estrutural enquadrou-se a sintomatologia no diagnóstico já firmado, recomendou-se a continuação da corticoterapia prescrita e foram explicados os sinais de alarme. O doente foi reavaliado após alguns dias, constatando-se a recuperação funcional.

Conclusões: A síndrome DRESS constitui uma reacção adversa a fármacos, induzida por um número crescente de agentes. Não existe um padrão consensual para o seu diagnóstico, embora diversos conjuntos de critérios tenham sido propostos. A erupção maculopapular é a apresentação dermatológica mais comum, mas o quadro pode incluir manifestações multiorgânicas. O caso apresentado, incluindo sintomatologia neurológica e disfagia, demonstra o carácter sistémico desta entidade e sublinha a importância de manifestações consideradas atípicas e frequentemente não reconhecidas.

SINDROME HIPEREOSINOFILICO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Autor: Francellino Ferreira

Autores: Ruben Reis; Magda Silva; Ana Paula Pona; Fátima Campante

Apresentador: Francellino Ferreira

Hospital: Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Serviço: Medicina Interna

Objetivos: Os autores apresentam um caso de síndrome hípereosinófilico, uma patologia rara definida pela presença de eosinofilia (>1500 eosinófilos/microL) associada a infiltração e lesão de órgão, mais frequentemente a pele, pulmão, sistema nervoso central, gastrointestinal e cardiovascular. Pode estar associada a alergias, doenças infecciosas, hematológicas, imunológicas, endócrinas ou neoplasias. **Métodos:** Acompanhamento da marcha diagnóstica, consulta do processo clínico.

Resultados: Homem de 70 anos, sem antecedentes relevantes, admitido na urgência por défices neurológicos focais e desconforto torácico com três dias de evolução. Na observação destaca-se desorientação temporo-espacial, plegia proximal dos membros superiores e presença de pequenas hemorragias subungueais. Nos exames realizados objetiva-se a presença de vários enfartes isquémicos agudos bilaterais na TAC-CE, eosinofilia marcada (5702 eos/microL) e discreto aumento da enzimologia cardíaca, com ECG negativo. Admitiu-se AVC em múltiplos territórios, de provável etiologia embólica, EAM sem elevação de ST e eosinofilia a esclarecer. Realizou ETE - massa a nível da crossa da aorta; RM cardíaca – massa de contornos irregulares no arco aórtico, com 28x9 mm, sugestiva de trombo; ventrículo esquerdo com ligeira disfunção sistólica global; RM-CE - múltiplas áreas focais de restrição à difusão, frontais, parietais e occipitais bilaterais; EEG - disfunção encefálica difusa inespecífica; EMG - defeito marcado da activação muscular voluntária; esfregaço do sangue periférico – eosinofilia; mielograma-16.6% eosinófilos maduros, imunofixação sérica e estudo genético normais; exames culturais, serologias virais e exame parasitológico das fezes negativos. Assistiu-se ao agravamento dos défices neurológicos, ficando totalmente dependente.

Conclusão: Após investigação exaustiva assumimos tratar-se de uma eosinofilia idiopática, cujo prognóstico é desfavorável na presença de envolvimento neurológico e cardiovascular.

TUMOR DE KLATSKIN

Autor: Isabel G. Fernandes

Autores: Joaquim Peixoto, Carina Ramalho, Rosário Ginga.

Apresentador: Isabel G. Fernandes

Hospital: Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Serviço: Medicina Interna

Objetivo do trabalho: comunicação.

Método: Acompanhamento do doente durante o internamento e consulta de processo clínico.

Resultados: Doente do sexo masculino, de 39 anos, sem antecedentes patológicos, internado para investigação de dor abdominal nos quadrantes superiores com irradiação dorsal, com um mês de evolução. No exame objetivo destacou-se pele ictérica assim como fígado palpável 2cm abaixo da grelha costal. Na avaliação laboratorial objetivou-se elevação de Bilirrubina total e direta, de 4.35 e 2.32 mg/dl, Gama -GT de 535 UI/L e Fosfatase Alcalina de 319 UI/L com AST e ALT de 406 UI/L e 850 UI/L. Na TC – abdominal observou-se ectasia das vias biliares intra-hepáticas, particularmente ao nível do hilo, onde existiam formações ganglionares bem como ao nível do tronco celíaco, latero-aórtico e interaorto-cava e adenomegalias ao nível da raiz do mesentério, sem metastização à distância. Durante o internamento, o doente apresentou agravamento nos valores de bilirrubina total e direta para 14.00 e 10.00 mg/dl, com restantes valores sobreponíveis. Procedeu-se à realização de uma CPRE que revelou compressão volumosa de via biliar principal e seguidamente a uma CPRM que mostrou processo infiltrativo hepático central, com características de um Colangiocarcinoma com múltiplas lesões secundárias hepáticas. Foi colocada uma prótese na via biliar e realizada uma biopsia que revelou adenocarcinoma. Apesar de jovem, o doente acabou por falecer dois meses após o diagnóstico.

Comentário: O colangiocarcinoma representa < 2% de todos os tumores malignos. A idade mais frequente de apresentação ocorre a partir da sexta década de vida, sendo mais frequente em homens. A clínica costuma ser inespecífica. O colangiocarcinoma pode ocorrer em qualquer ponto da árvore biliar sendo mais comum na região perihilar, designado por Tumor de Klatskin. Trata-se de um tumor com mau prognóstico com sobrevida média de 5 meses, sendo que o único tratamento curativo é a ressecção cirúrgica.

COMPLICAÇÃO RARA E GRAVE DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 - CASO CLÍNICO DE GASTROPARÉSIA DIABÉTICA AGUDA

Autor: Joana Couto

Autores: Luís Pontes dos Santos, Edite Marques Mendes, Joana Alves, Raquel López, Diana Guerra

Apresentador: Joana Couto

Hospital: ULSAM

Serviço: Medicina 1

Introdução: A gastroparésia diabética ocorre quando existe ausência ou atraso do esvaziamento gástrico. A sua incidência é de 4.8% na Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) e de 1% na DM2, sendo mais comum em mulheres, sendo raro ocorrer como evento agudo. A disautonomia nervosa, inflamação e stress oxidativo são fulcrais no processo de evolução da doença

Caso Clínico: Mulher, 81 anos, totalmente dependente por limitação funcional devido a obesidade mórbida (IMC: 41 kg/m²) e patologia osteoarticular. Antecedentes de hipertensão, obesidade mórbida, DM2 insulinotratado com 40 anos de evolução e de difícil controlo, lesão de órgão alvo – retinopatia e nefropatia (estadio 4 – TFG: 24 ml/min/mm³). Recorreu ao SU por quadro com 1 semana de evolução de obstipação e vómitos alimentares, nos 2 dias anteriores à vinda ao SU vómitos persistentes fecaloides e intolerância alimentar total. Por suspeita de oclusão intestinal realizou TAC abdominal: distensão gástrica acentuada, sem lesões parietais do estômago, massas obstrutivas ou sinais inflamatórios da gordura subjacente, ausência de distensão intestinal, sinais de oclusão ou suboclusão. Analiticamente, hiperglicemia, doença renal crónica agudizada e subida dos parâmetros inflamatórios. Por episódio de gastroparésia aguda iniciou terapêutica prócinética com Metoclopramida e Eritromicina ev com melhoria progressiva. Nos primeiros 4 dias de internamento sob entubação nasogástrica em drenagem, posteriormente iniciou dieta oral com progressão de acordo com tolerância. Após ajuste de insulino terapia no internamento, bom controlo glicémico. Realizada EDA sem sinais de obstrução mecânica. Teve alta medicada com Domperidona 10 mg 8/8h .

Conclusão: A gastroparésia diabética aguda trata-se um evento raro e grave, com rebote sistémico marcado, devendo iniciar-se terapêutica adequada logo que identificado. Este caso mostra a importância de nos mantermos atentos às complicações menos comuns de uma doença tão prevalente como a DM2.

AGENESIA RENAL UNILATERAL E DIABETES – RIM ÚNICO SOFRE!

Autor: Magda Sofia Silva

Autores: Rúben Reis, Francelino Ferreira, Laurinda Pereira, Anneke Joosten

Apresentador: Magda Sofia Silva

Hospital: Centro Hospitalar Barreiro Montijo - Hospital Nossa Senhora do Rosário

Serviço: Medicina Interna

OBJECTIVOS: Pretendemos apresentar um caso que, apesar da sua evolução linear, ilustra o diagnóstico de duas entidades que podem comprometer a função renal no adulto jovem. A Agenesia Renal Unilateral (ARU) representa cerca de 5% das malformações renais, sendo mais frequente no género masculino e do lado esquerdo. Com uma incidência de 0,05%, a maioria dos diagnósticos é pré-natal. Vários estudos revelaram associação com desenvolvimento de doença renal crónica (DRC) em idade jovem, pelo que não deve ser encarada como uma malformação inofensiva. Por outro lado, a nefropatia diabética é uma complicação do mau controlo metabólico amplamente conhecida.

MÉTODO: Identificámos o caso clínico a apresentar e colhemos os dados através de consulta do processo do doente.

RESULTADOS: Trata-se de um homem de 39 anos, obeso, sem outros antecedentes relevantes, que recorre ao Serviço de Urgência por um quadro de dor abdominal e vómitos. À observação encontrava-se hipertenso e com dor na palpação profunda do flanco esquerdo, sem defesa e com Murphy renal negativo. Analiticamente destacava-se: glicémia 625 mg/dL, ureia 97 mg/dL, creatinina 6,44 mg/dL e análise sumária da urina com glicosúria e hematuria macroscópica. A ecografia renal sugeria possível ARU direita e hipertrofia do rim esquerdo. A tomografia computadorizada confirmou ARU direita e identificou uretero-hidronefrose na dependência de cálculo no meato uretero-vesical. Foi pedida colaboração à equipa de Urologia, que procedeu à colocação de stent duplo J. Intra-operatório com suspeita de ureter ectópico à esquerda. Evoluiu com normalização da função renal, controlo glicémico obtido com insulino-terapia e estabilização do perfil tensional.

CONCLUSÕES: Trata-se de um doente com os diagnósticos inaugurais de diabetes e de ARU, ainda sem evidência de disfunção renal. O seguimento e controlo deste doente deverá ser rigoroso, para evitar a progressão para DRC terminal.

UM CASO CLÍNICO DE ATROFIA VILOSITÁRIA SERONEGATIVA

Autor: Márcia Rodrigues Pinto

Autores: Luís Siopa

Apresentador: Márcia Rodrigues Pinto

Hospital: Santarém, EPE

Serviço: Medicina Interna

Os autores apresentam o caso clínico de um doente sexo masculino, 44 anos, observado em consulta externa de Medicina Interna para esclarecimento de uma síndrome de má absorção com evolução de 5 meses.

A sua história pregressa era irrelevante, excepto para o facto de ter tido uma estadia de 6 meses em Timor Leste em 2010 e Cabo Verde em 2005. No exame objectivo para além do emagrecimento, destacava-se unicamente a palidez da pele e das mucosas.

Os exames complementares de diagnóstico efectuados, que incluíram estudo analítico do sangue, urina e fezes, endoscopia digestiva alta com exame histopatológico de produtos de biópsia duodenal, colonoscopia e enterografia, permitiram concluir pelo diagnóstico de atrofia vilositária seronegativa muito provavelmente num contexto de sprue tropical.

O doente foi tratado com ácido fólico, vitamina B12 e doxiciclina, tendo-se observado uma melhoria clínica progressiva com normalização dos parâmetros analíticos e resolução das alterações endoscópicas e histológicas.

Os autores finalizam a sua apresentação com uma breve nota sobre a atrofia vilositária seronegativa, lembrando a sua raridade e a abordagem do diagnóstico diferencial.

VASCULITES SISTÉMICAS ANCA NEGATIVAS - UM DIAGNÓSTICO A TER EM CONTA

Autor: Sara Borges

Autores: Anusca Paixão, Natália Lopes, Paula Vaz Marques

Apresentador: Sara Borges

Hospital: Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro

Serviço: Medicina interna

INTRODUÇÃO A poliangeíte microscópica (MPA) é uma forma de vasculite sistémica que acomete predominantemente vasos de pequeno calibre e que, na maioria dos casos, se associa a presença de anticorpos contra citoplasma dos neutrófilos (ANCA). Clinicamente pode se manifestar de forma variada e inespecífica. Manifestações renais e pulmonares são frequentes e importantes determinantes prognósticas.

METODOS: Revisão caso clínico;

OBJETIVO: Discutir o diagnóstico diferencial de vasculites sistémicas ANCA negativa

RESULTADO: Sexo masculino, 75 anos, autónomo, com múltiplos fatores de risco cardiovasculares, doença renal crónica estadio 3a de etiologia multifatorial e cirrose hepática por Hepatite B é admitido por púrpura palpável nos membros inferiores com 2 dias de evolução, sem outros sintomas associados. À admissão, hemodinamicamente estável e apirético. Analiticamente, anemia normocítica/normocrómica, sem eosinofilia, função renal sobreponível ao habitual, VS 73. Eritrocituria.

Do estudo complementar, de salientar autoimunidade negativa e biópsia das lesões cutâneas a evidenciar vasculite leucocitoclástica.

Durante o internamento, agravamento clínico com acessos de tosse hemoptóica e imagem pulmonar compatível com hemorragia alveolar, confirmada por lavado broncoalveolar. Evolui com deterioração da função renal e necessidade de suporte dialítico.

Neste contexto, assumida MPA provável (ANCA negativa), tendo iniciado corticoterapia e ciclofosfamida, com evolução favorável. Reavaliado em consulta externa às 4 semanas, com redução do Birmingham Vasculitis Activity Score de 36 para 10.

CONCLUSÕES: O diagnóstico das vasculites sistémicas pode ser desafiante e depende da integração de dados clínico, semiológicos e analíticos. Destaca-se a importância de considerar estas entidades mesmo na ausência de ANCA's positivos, já que a morbimortalidade destes doentes está particularmente dependente da instituição de medidas terapêuticas precoces.

Moderadora

Dr. Armando Nodarse

HEPATITE TÓXICA MEDICAMENTOSA, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Autor: Violeta Suruceanu

Autores: Carla Sousa, Rita Parente, Sara Viana, Sócrates Naranjo, Tamar Garcia, Augusto Mendonça, Armando Nodarse, Isabel Soles

Apresentador: Violeta Suruceanu

Hospital: Dr. José Maria Grande, Portalegre

Serviço: Medicina Interna

Caso clínico: Mulher de 83 anos que desenvolveu quadro de hepatite tóxica medicamentosa no decurso da terapêutica com Rivaroxabano. Recorre ao Serviço de Urgência, por quadro de astenia e anorexia com 48 horas de evolução.

Antecedentes: Fibrilação Auricular, Dislipidemia, Acidente Vascular Cerebral. Medicada com Rivaroxabano 20 mg desde há 7 dias (previamente tomava Varfine), Sinvastatina 20 mg. A filha refere o início do quadro após mudança de Varfine para Rivaroxabano. Ao exame objetivo destaca-se pele e escleróticas ictéricas. Laboratorialmente, AST-219, ALT-484, LDH-377, Bilirrubina Total-4.18; Bilirrubina Directa-2,45, FA-243.0 Estudo virológico e imunológico negativos.

Ecografia abdominal: normal.

TC Abdomino-Pélvico: ligeiro espessamento das paredes das vias biliares. A vesícula biliar não distendida, sem conteúdo denso ou cálculos pouco vizíveis.

EDA: Ausência de lesões.

Durante o internamento suspendeu-se o Rivaroxabano com a resolução completa do quadro clínico e laboratorial.

MIELOFIBROSE, UM CASO CLÍNICO

Autor: Ana Carolina Andrade

Autores: Mónica Pedro, Carlos Montenegro, José Vilchez, Fernanda Martins, Fátima Campante

Apresentador: Ana Carolina Andrade

Hospital: Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE

Serviço: Medicina Interna

A mielofibrose primária (MP) é uma neoplasia mieloproliferativa rara, com uma incidência anual de 0,5-1,5/100000, que surge principalmente na 7ª década de vida com igual frequência em ambos os sexos. A MP é assintomática em 30% dos casos e tem uma sobrevida de 3 a 5 anos.

Os autores apresentam o caso de um homem de 70 anos, hipertenso, admitido no Serviço de Urgência (SU) de um hospital distrital por astenia e adinamia, episódios sub-febris, sudorese nocturna e lombalgia com cerca de 2 meses de evolução e de agravamento progressivo. À observação apenas foi objectivada palidez cutânea. Nas análises, destacava-se anemia grave (Hb 6,5 g/dL) normocítica e normocrómica e leucopénia de $2,70 \times 10^9/L$. No SU realizou aporte transfusional com baixo rendimento.

Foi admitido quadro consumptivo associado a bicitopénia de novo de etiologia a esclarecer motivo pelo qual o doente foi internado no Serviço de Medicina. O estudo etiológico revelou análise de sangue periférico com anisocitose eritrocitária, alguns esferócitos e eliptócitos, ligeira policromasia e plaquetas gigantes, valor aumentado do lactato desidrogenase de 643 UI/L e da fosfatase alcalina leucocitária de 219. A tomografia computadorizada tóraco-abdomino-pélvica não apresentou alterações relevantes, o medulograma efectuado foi branco e a biópsia óssea revelou mielofibrose. A pesquisa da mutação genética JAK2 V617F foi positiva.

Foi admitido o diagnóstico de mielofibrose primária com JAK2 V617F positiva, tendo o doente sido encaminhado para o serviço de Hematologia do centro hospitalar de referência, onde iniciou ruxolitinib e danazol, com fraca resposta. O doente veio a falecer cerca de 1 ano após o diagnóstico, no contexto de Leucemia Mieloblástica Aguda. Este caso ilustra a importância da realização da biópsia óssea no diagnóstico da MP, que apesar de ser uma patologia rara deve ser sempre incluída no diagnóstico diferencial das doenças mieloproliferativas.

PANCITOPENIA - UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Autor: Ana Figueiredo Albuquerque

Autores: Flávia Santos, Juliana Silva, Lilian Sousa, Helena Carrondo, Maria Jesus Banza, Célio Fernandes

Apresentador: Ana Figueiredo Albuquerque

Hospital: Centro Hospitalar de Leiria

Serviço: Medicina 2

As causas de pancitopenia são amplas, podendo passar por doenças autoimunes, infeções, neoplasias, défices vitamínicos ou iatrogenia a fármacos.

Os autores apresentam o caso de um homem de 53 anos, melanodérmico, com antecedentes de excisão de Schwannoma do nervo vestibular esquerdo há 4 anos. Sem antecedentes familiares de relevo e sem medicação habitual. Recorreu ao SU por quadro de astenia, perda de apetite e perda ponderal não quantificada com um mês de evolução. Não apresentava alterações ao exame objetivo. Analiticamente apresentava pancitopenia com Hb 4.7g/dL, VGM 94.5fL; 34000 PLQ; 3200 leucócitos, assim como uma ligeira elevação das transaminases, LDH de 8784, sem alterações nas bilirrubinas, com reticulócitos aumentados e testes de coombs negativos. Tendo sido efetuada de imediato transusão de 2UCE com bom rendimento. Internado para estudo, destacando-se numa fase inicial cinética do ferro sem alterações, vitamina B12 41; ácido fólico 15; HIV, HBV e HCV negativos.

Foi diagnosticada anemia megaloblástica grave e iniciou reposição com cianocobalamina EV. Do restante estudo salienta-se electroforese de proteínas séricas normal, sem pico monoclonal na inumofixação e ANA e ANCA negativos; Ac anti-células parietais de resultado duvidoso e AC anti-fi negativos. Efetuou EDA da qual aguarda resultados de biópsias.

Este caso mostra que, embora pouco frequente, a anemia megaloblástica pode revelar-se uma emergência médica, podendo afetar mais do que uma série, levando em casos mais graves a pancitopenia. O não diagnóstico e atraso no tratamento pode mesmo levar à morte.

ENDOCARDITE NOSOCOMIAL COM EMBOLIZAÇÃO CEREBRAL - CASO CLÍNICO

Autor: Ana Isabel Barreira

Autores: Maria E. Brandão; Fernando Guimarães; Paula Vaz Marques

Apresentador: Ana Isabel Barreira

Hospital: Centro hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro - Hospital Vila Real

Serviço: Medicina Interna

Introdução: A endocardite Infeciosa (E.I.) é uma grave infeção valvular com possíveis complicações, como a insuficiência cardíaca e a embolização sistémica.

Caso clínico: Mulher, 66 anos com diabetes, insuficiência renal crónica e insuficiência cardíaca, admitida por descompensação cardíaca, pneumonia e falência respiratória. Iniciou empiricamente ceftriaxone e macrólide, admitiu-se na UCIP, ventilação não invasiva e escalada de antibioterapia. As hemoculturas (HC) foram negativas; o ecocardiograma mostrou calcificação do anel da válvula mitral, com regurgitação, hipocinesia global e depressão da função sistólica do ventrículo esquerdo. Transferida para a Medicina interna após dez dias, com evolução favorável. No penúltimo dia de admissão, pico febril isolado sem foco óbvio, com análises normais, tendo alta. Um dia depois foi readmitida por dor abdominal, febre e rash. Ao exame mantinha sopro sistólico de grau 3/6; de resto realce para petéquias no tronco e membros. Iniciou carbapenem, após rastreio séptico. Ecocardiografia semelhante a anterior. Ao 4º dia, depressão da vigília e tetraparesia de predomínio direito. Teve convulsão focal com generalização, coincidindo com 38.9°C. TC cerebral revelou enfarte isquémico agudo no território da ACM esquerda. Observadas em nova eco imagens sugestivas de endocardite mitral, com vegetação e extensão perivalvular. Acrescentada Daptomicina. Sobreveio coma, hemiplegia e desvio conjugado do olhar. Isolado MRSA nas HCs. Faleceu ao 6º dia.

Discussão: A E.I. afeta válvulas cardíacas sob a forma de vegetações ou abscesso perivalvular. As principais complicações são sepsis, insuficiência cardíaca por regurgitação e embolização sistémica. Sendo o mais grave o enfarte cerebral, em especial quando o agente é o *Staphylococcus Aureus*, sendo de mau prognóstico. Fora do contexto cirúrgico, é invulgar a ocorrência de endocardite nosocomial. Verificamos endocardite nosocomial em válvula nativa e o prognóstico sombrio da embolização do SNC

ESPONDILITE ANQUILOSANTE - A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

Autor: Ana Vieira dos Santos

Autores: Andreia V. N. Teixeira; Jose del Águila; Francine de Moraes; Aida Botejara

Apresentador: Ana Vieira dos Santos

Hospital: ULSNA - Hospital Santa Luzia de Elvas

Serviço: Medicina Interna

Espondilite anquilosante (EA) é uma forma de artrite que afeta maioritariamente a coluna vertebral, causando inflamação e, nos casos mais avançados, fusão sindesmótica de secções das vértebras (mais comum cervical e lombar). Os sintomas aparecem entre os 17 e 45 anos – lombalgia inflamatória, fadiga e dor articular. Pode também apresentar envolvimento extra-articular – iriíte e uveíte são comuns e muitas vezes o primeiro sintoma.

Caso1 – homem de 53 anos, diagnosticado há mais de 22 anos (EA HLA-B27 positiva); Apresenta-se na consulta em 2013 já com fusão sindesmótica da coluna cervical e lombar (bamboo spine). Tratado somente com AINEs e DMARDs sintéticos. Atualmente mantém uveítes frequentes, mas com doença estabilizada e dor controlada.

Caso2 – homem de 44 anos, diagnosticado há mais de 15 anos (EA HLA-B27 positiva). Seguido previamente em reumatologista privado sob DMARD sintético e mau controlo sintomático. Seguido na nossa consulta desde Novembro de 2015. Apresentava nessa altura lombalgia inflamatória, fadiga e sacroileíte esquerda em Rx. Iniciou terapêutica com Etanercept SC semanal em Dezembro desse ano. Em consulta de rotina, 5 meses após início do tratamento apresentava um BASDAI de 2,9. Após 1 ano de tratamento, apresentava um BASDAI de 2,3 com melhoria sintomática, bom controlo algico e sem progressão radiológica.

Os dois casos descritos representam os quadros clínicos de dois irmãos diagnosticados com a mesma doença por volta da mesma idade, com sintomatologia inicial semelhante, mas progressões, abordagens terapêuticas e prognósticos muito diferentes.

A Espondilite anquilosante é uma doença com sintomatologia muito díspare de caso para caso. O principal objetivo terapêutico é evitar a progressão/aparecimento de fusão sindesmótica da coluna e afetação articular. Podemos apreciar nestes dois casos a diferença que do início da terapêutica adequada na altura correta e a importância que adquiriram os DMARDs biológicos no tratamento desta patologia.

LINFOMA B DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS COM ENVOLVIMENTO GÁSTRICO – UM CASO CLÍNICO

Autor: Filipa Sousa

Autores: Pedro Neto, Ana Araújo, Fani Ribeiro, Inês Zão, Marcelo Aveiro, Mariana Silva Leal, Gorete Jesus, Rosa Jorge

Apresentador: Filipa Sousa

Hospital: Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Serviço: Medicina Interna

Introdução: O Linfoma difuso de grandes células B é o subtipo mais frequente dos Linfomas não Hodgkin e cursa com o rápido desenvolvimento de massas ganglionares e possível envolvimento de qualquer órgão.

Caso clínico: Sexo feminino, 77 anos, admitida por tumefação cervical esquerda, dispneia e prurido faríngeo. Avaliada 3 semanas antes por pequena tumefação cervical esquerda sem queixas associadas. Nessa altura, ecografia objetivou formação de 35x20mm, hipodensa e heterogénea com pequenos gânglios reativos adjacentes. Medicada com antibioterapia e anti-inflamatório, sem melhoria. Exame objetivo revela agora volumosa tumefação cervical esquerda, com 8 cm de maior eixo, dura, aderente aos planos adjacentes. Análises com elevação da desidrogenase láctica e dos parâmetros inflamatórios; TC cervical torácica e abdominal revela massa heterógena com múltiplas adenopatias no seu interior, na região laterocervical esquerda, indissociável das estruturas adjacentes, envolvendo a artéria carótida comum, os seus ramos e a veia jugular interna. Espessamento da parede gástrica, densificação da gordura envolvente e múltiplas adenopatias adjacentes. Realiza endoscopia digestiva alta que descreve estômago pouco distensível, duas úlceras de bordos elevados na pequena curvatura, sugestivas de lesão neoformativa, e antro deformado com áreas polipoides cobertas de mucosa normal, sugestivo de compressão extrínseca. Biópsia gástrica revela presença de *Helicobacter pylori* e histologia compatível com Linfoma difuso de grandes células B, tal como na biópsia ganglionar cervical. Inicia terapêutica de erradicação de *H. pylori* e quimioterapia com esquema RCHOP. Tratamento interrompido após dois episódios de neutropenia febril de origem indeterminada e lesão de Pioderma gangrenoso. Evolução desfavorável com óbito cerca de três meses após o diagnóstico.

Conclusão: O caso apresentado demonstra a rápida progressão deste tipo de linfoma e as frequentes complicações que advêm do tratamento.

HIPERSENSIBILIDADE À PALPAÇÃO DA REGIÃO CERVICAL

Autor: Margarida Mouro

Autores: Marcelo Aveiro, Mariana Leal, Tatiana Rodrigues, Rosa Jorge

Apresentador: Margarida Mouro

Hospital: Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Serviço: Medicina Interna - Medicina III

Introdução e Objetivos: A tiroidite subaguda, caracterizada por dor ou desconforto na região cervical e um bócio difuso, é causa relativamente incomum de hipertiroidismo, podendo surgir sintomas sistêmicos associados. Pretendemos realçar a importância do reconhecimento de sinais e sintomas associados a esta condição, para facilitar o diagnóstico.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, 47 anos, com antecedentes de enfisema pulmonar, medicada habitualmente com levetiracetam 250mg 2id e bromazepam 1,5mg id, recorreu ao serviço de urgência por mal-estar, odinofagia, cefaleias e arrepios de frio com 10 dias de evolução, associada a cervicalgia com 3-4 semanas de evolução. Tinha sido medicada com claritromicina e posteriormente com cefuroxima por febre, sem melhoria. Negava outras queixas. Ao exame objetivo destacava-se febre (T 38,3°C), tiróide globosa com dor a palpação; sem adenomegalias palpáveis. Analiticamente: Hb 11,0g/dL, leucocitose com neutrofilia, VS (1ªh) 86 mm, T3 e T4 livre 19,5 pg/mL e 5,10 ng/dL, respetivamente, TSH diminuída

Conclusões: A febre pode estar presente em cerca de metade dos casos de tiroidite subaguda, sendo uma hipótese diagnóstica a considerar em casos de febre de origem indeterminada, de forma a evitar atraso no diagnóstico e consequentemente na instituição da terapêutica. Surge, frequentemente, semanas após uma infeção vírica, nomeadamente das vias aéreas superiores. O diagnóstico é fundamentalmente clínico, mas as provas de função tiroideia devem fazer parte dos exames complementares a pedir.

PANCREATITE AGUDA: PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE UM MIELOMA MÚLTIPLO

Autor: Gameiro dos Santos, R.

Autores: Gracio de Almeida, I., Miguel Nobre, C., Ponte, T., Carneiro, F., Campante, F.

Apresentador: Rita Gameiro dos Santos

Hospital: Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Serviço: Medicina Interna

Introdução: A pancreatite aguda (PA) é uma doença relativamente comum com uma vasta lista de possíveis etiologias. A sua taxa de recorrência pode ser bastante alta, daí a importância da determinação da sua etiologia e posterior tratamento. As causas metabólicas estão descritas, e a hipercalcémia, apesar de rara neste contexto, é uma etiologia a valorizar e a estudar. Ainda mais raro é a PA ser a manifestação inicial de um mieloma múltiplo.

Caso Clínico: Apresentamos o caso de uma doente, 82 anos, antecedentes relevantes de infeção recente por Herpes Zoster e fratura do úmero proximal no passado recente, que recorre ao Serviço de Urgência por prostração, sonolência e dor abdominal nos quadrantes direitos de agravamento progressivo. Analiticamente, de salientar uma função renal comprometida, lipase 355 mg/dL, amilase 87 mg/dL e cálcio corrigido de 16.2 mg/dL. A TC-AP (tomografia computadorizada abdomino-pélvica) caracterizava um pâncreas sem lesões focais estruturais, referindo no entanto, a presença de discreta densificação da gordura peripancreática com a presença de uma fina lâmina de líquido distribuído pelas fâscias para-renais anteriores, mais marcada à direita; e a presença de sludge biliar, estabelecendo o diagnóstico de pancreatite aguda litiásica. O estudo etiológico foi feito tendo também em conta os antecedentes de aparente estado de imunossupressão e fratura óssea não traumática, foi pedida TC-cervical que excluiu doença paratiroideia e a eletroforese de proteínas cujo resultado revelou um pico gama monoclonal. O doseamento positivo de cadeias leves e Beta-2-microglobulina e o resultado do mielograma por punção esternal veio confirmar o diagnóstico de Mieloma Múltiplo.

Discussão: Embora a PA seja uma situação de diagnóstico frequente no serviço de urgência, a hipercalcémia surge como uma causa mais rara da sua etiologia. Destaca-se na importância do caso, a marcha diagnóstica realizada.

APRESENTAÇÃO DE UM CASO CLÍNICO SOBRE GANGRENA DE FOURNIER

Autor: Clara Jorge

Autores: Eduardo Carvalho, Juliana Sá, João Silva, Margarida Ascensão, Leopoldina Vicente

Apresentador: Clara Jorge

Hospital: Centro Hospitalar Cova da Beira da Covilhã

Serviço: Medicina Interna

Introdução:

A gangrena de Fournier (FG) é uma fascite necrotizante do períneo, da área genital e/ou perianal, de diagnóstico essencialmente clínico e com uma incidência maior no género masculino. Trata-se de uma urgência urológica e apresenta alta taxa de mortalidade apesar do tratamento adequado. Este inclui o uso de antibioterapia, o controlo metabólico e o desbridamento cirúrgico alargado, que por vezes resulta em perda extensiva de pele genital. Salienta-se que muitos destes doentes apresentam imunossupressão subjacente.

Objectivo: apresentação de um caso clínico sobre Gangrena de Fournier.

Caso Clínico: Apresenta-se o caso de um homem de 84 anos, institucionalizado, algaliado crónico por hipertrofia benigna da próstata (HBP), internado no Serviço de Medicina por coma hiperosmolar, infecção do trato urinário (ITU), Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) descompensada, lesão renal aguda pré renal e distúrbio hidroelectrolítico. Tinha ainda antecedentes de hipertensão arterial, acidente vascular cerebral isquémico e ressecção transuretral da próstata. Ao exame físico apresentava, a nível do escroto, 2 úlceras contíguas com cerca de 1 cm cada com exsudato purulento. Foi pedida avaliação por Dermatologia e Urologia, com decisão de realização de escrotoectomia parcial e antibioterapia inicial com Cefuroxima. A urocultura sendo positiva para *Klebsiella pneumoniae* multirresistente produtora de beta lactamases, procedeu-se à substituição por Gentamicina, de acordo com o antibiograma. O quadro evoluiu favoravelmente. O resultado anátomo-patológico da escrotoectomia revelou gangrena de Fournier.

Conclusão: Trata-se de uma doença rara e com mortalidade elevada, que ocorre principalmente em imunodeprimidos. A suspeita da doença associada a cirurgia precoce e antibioterapia dirigida como ocorreu neste doente, bem como o controlo metabólico, permitiu o sucesso da terapêutica.

TUBERCULOSE PLEURAL: UM DIAGNOSTICO A NÃO ESQUECER

Autor: Violeta Suruceanu

Autores: Carla Sousa, Rita Parente, Sara Viana, Sócrates Naranjo, Tamar Garcia, Malam Djassi, Augusto Mendonça, Armando Nodarse, Isabel Soles

Apresentador: Violeta Suruceanu

Hospital: Dr. José Maria Grande, Portalegre

Serviço: Medicina Interna

Introdução: A tuberculose é uma doença crónica granulomatosa necrosante causada pelo bacilo álcool-ácido resistente (BAAR) *Mycobacterium tuberculosis* ou pelas espécies intimamente relacionadas.

Caso clínico: Mulher, 44 anos, refere historia de Nódulo da tiróide, Miomas uterinos, Pólipo intra-vaginal, Fibroadenoma na mama direita, Dismenorreia, ex. fumadora. Medicada com Felden.

História familiar: mãe-adenocarcinoma do endométrio; irmão- adenocarcinoma do duodeno, outro irmão- neoplasia hematológica.

Recorreu ao SU, por toracalgia à esquerda e tosse seca com um mês de evolução.

Rx torác: derrame pleural à esquerda.

TC (pescoço, tórax, abdómen- pélvico): - volumoso derrame pleural à esquerda, que coexiste com atelectasia do lobo inferior do pulmão esquerdo. Lobo superior do pulmão esquerdo: nódulos com contornos irregulares e esboço de cavitação.

ECO da mama, ginecológica: sem alterações

Mamografia: BI RADS 2

Exame bacteriológico e cultural a Líquido pleural e Lavado brônquico: Negativo; Ziehl-Neelsen- não se observaram BAAR

Biópsia histológica (pleura): Lesão de pleurite granulomatosa com granulomas epitelióides sem células gigantes plurinucleadas nítidas e sem necrose.

Pesquisa de bacilos BAAR negativa; Ausência de processo tumoral.

Citologia Exfoliativa: Elevada celularidade (células brônquicas e pavimentosas com sinais inflamatórios), abundante exsudado inflamatório composto por polimorfonucleares; Sem células neoplásicas.

Estudo virulógico, imunológico e Marcadores tumorais: negativos.

ADA liquido pleural-77,7. ADN liquido pleural-negativo. Teste de Tuberculina, após 72 h, 20 mm

Teste de IGRA-4,85

Admitiu-se Tuberculose pleural e a doente iniciou tratamento com tuberculostáticos com resposta clínica favorável.

Conclusão: As manifestações clínicas da Tuberculose são frequentemente sistémicas e inespecíficas, pelo que o diagnóstico pode ser difícil, particularmente em doentes com historial familiar de neoplasia.

Moderadora

Dr.^a Ana Maria Costa

NEUROPATIA GRAVE E DOENÇA CELÍACA

Autor: Ana Oliveira e Costa

Autores: Ana Oliveira e Costa¹, Vanessa Pires¹, Paula Vaz Marques ¹, Jean Michel Mendes², Rita Raimundo², Ana Graça Velon² ¹Serviço de Medicina Interna, CHTMAD ²Serviço de Neurologia, CHTMAD

Apresentador: Ana Oliveira e Costa

Hospital: Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD)

Serviço: Medicina Interna

Introdução: A vitamina B12, obtida unicamente através da alimentação, desempenha importantes funções metabólicas e neurotróficas. Múltiplas condições e patologias podem cursar com sua carência sendo a sua gravidade e duração determinantes na evolução clínica.

Objetivos: Sensibilizar para as múltiplas etiologias por detrás de uma neuropatia

Métodos: Revisão de caso clínico

Resultados: Homem de 42 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, recorreu ao serviço de urgência por parestesias nos pés e mãos, com comprometimento da motricidade fina, presente desde há 1 ano mas agravadas nos últimos 3 meses. Negava traumatismos, viagens ou síndromes infecciosos recentes. À admissão com arreflexia osteotendinosa generalizada, hipostesia com distribuição em “luva e meia”, com compromisso da sensibilidade vibratória e discreta ataxia sensitiva. Ficou internado para investigação complementar: controlo analítico com macrocitose (Hb 15g/dL, VGM 120 fL) e Vit B12

Conclusão: Este caso demonstra a apresentação menos comum, apenas sob a forma de sintomas neurológicos, de uma patologia inflamatória crónica intestinal.

UM FLAP NO ECOCARDIOGRAMA

Autor: Ana F. Costa

Autores: Fábio Almeida, Marta Brás, Rui Ferreira, Andreia Fernandes, Teresa Alfaiate, Susana Magalhães, Amélia Pereira

Apresentador: Ana F. Costa

Hospital: Distrital da Figueira da Foz

Serviço: Medicina Interna

INTRODUÇÃO: A dissecção aórtica aguda (DAO) é uma patologia com uma taxa de mortalidade superior a 50% nas primeiras 48h, requerendo diagnóstico e tratamento rápido.

CASO CLÍNICO: Género masculino, 43 anos, recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia súbita, sem dor torácica. Antecedentes de síndrome de apneia obstrutiva do sono, obesidade, dislipidemia, tabagismo e hipertensão arterial. Medicado com perindopril, indapamida, bisoprolol, amlodipina, sinvastatina e pantoprazol.

Apresentava-se polipneico, hipertenso (202/101 mmHg), com pulsos simétricos nos 4 membros, frequência cardíaca de 69 batimentos por minuto e saturação de 85%. A auscultação cardíaca era regular, sem sopros e a pulmonar tinha crepitações bibasais. Gasometricamente tinha acidose respiratória. Analiticamente: creatinina de 1.4 mg/dL, proBNP de 1671 pg/mL e troponina T de 17.49 pg/mL. ECG: ritmo sinusal, inversão das T em aVL. Radiografia torácica: alargamento do mediastino e do índice cardiotorácico. Diagnosticou-se edema agudo do pulmão hipertensivo, iniciou terapêutica e ventilação não invasiva e foi internado na Unidade de Cuidados Intermédios. Ao 3º dia de internamento, realizou ecocardiograma transtorácico que mostrou regurgitação aórtica severa e aneurisma da aorta ascendente, com flap no interior sugestivo de dissecção. A angiografia revelou dilatação aneurismática da aorta ascendente, com 91 mm de calibre, com sinais de dissecção desde a sua origem até à porção proximal da aorta descendente. Foi transferido para a Cirurgia Cardiotorácica e submetido a Cirurgia de Bentall, tendo alta 9 dias após a intervenção. Necessitou de novo internamento 3 dias depois para revisão de hemostase. O doente teve alta 15 dias após este episódio e mantém-se estável até ao momento.

CONCLUSÃO: A forma de apresentação mais comum da DAO é de dor torácica, porém, 10% dos casos apresentam-se com dispneia e alguns doentes têm sintomas inespecíficos. O elevado grau de suspeição clínica é vital para o prognóstico.

ARTERITE DE CÉLULAS GIGANTES: A IMPORTÂNCIA DO ECODOPPLER

Autor: José Pedro Fonseca

Autores: Diana Santos, Telma Pereira, Cláudia Martins, Adelino Carragoso

Apresentador: José Pedro Fonseca

Hospital: Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E

Serviço: Serviço de Medicina Interna

INTRODUÇÃO: Os autores apresentam um caso de arterite de células gigantes (ACG), realçando a importância que o ecodoppler das artérias temporais tem no diagnóstico e instituição de tratamento precoces.

CASO CLÍNICO: Mulher de 69 anos com antecedentes de hipertensão arterial, enfarte agudo do miocárdio, neoplasia da tireóide submetida a tiroidectomia e síndrome depressiva, recorreu ao serviço de urgência(SU) por quadro de febre e cefaleias. Tinha feito antibioterapia previamente sem melhoria clínica. Realizou tomografia computadorizada crânio-encefálica sem alterações e punção lombar sem critérios citoquímicos de infecção do sistema nervoso central. A exploração da história mais detalhada revelou a presença de queixas de claudicação mandibular e polimiálgicas. Sem queixas visuais. Analiticamente com aumento da velocidade de sedimentação. Face à suspeita de ACG realizou ecodoppler temporal que documentou redução dos fluxos e halo hipoecóico bilateral. Iniciou corticoterapia com melhoria de todas as queixas. Realizou biópsia de artéria temporal com má colheita de amostra (apenas tecido conjuntivo e muscular, sem vasos sanguíneos). Um mês após o diagnóstico repetiu ecodoppler com quase resolução das alterações documentadas.

CONCLUSÃO:A ACG é uma doença inflamatória com boa resposta à corticoterapia, mas se não for tratada pode progredir para complicações graves como cegueira ou acidentes vasculares cerebrais. Apesar do diagnóstico ser formulado com base em elementos clínicos, a biópsia é o Gold Standard. É um exame que pode ter complicações, causar desconforto, podendo mesmo ser recusado pelo doente. Pode ter falsos negativos dado o carácter segmentar da doença. Estudos mostram excelente acuidade diagnóstica do ecodoppler, corroborando a ideia de que nos doentes com sintomas típicos e ecodoppler sugestivo (presença de halo) pode ser dispensada a biópsia. É, também, um exame não invasivo e com resultado imediato e que permite monitorização terapêutica.

NEM TODA ANEMIA FAZ SANGUE!

Autor: Oriana Nogueira

Autores: Ana Luísa Vieira, Ana Teresa Nogueira, Ana Sofia Costa, Fábio Almeida, Teresa Alfaiate, Fernando Ferraz Sousa, Amélia Pereira

Apresentador: Oriana Nogueira

Hospital: Hospital Distrital da Figueira da Foz

Serviço: Medicina

INTRODUÇÃO: A causa mais comum de anemia macrocítica é a Anemia Megaloblástica (AM), que resulta da deficiente síntese de DNA e surge associada à carência de vitamina B12 e ácido fólico. O tratamento consiste na correção destes défices, prevenindo complicações e diminuindo a morbilidade.

CASO CLÍNICO: Género feminino, 65 anos, recorreu ao Serviço de Urgência por vômitos aquosos e cefaleias de tensão com 2 dias de evolução. Referiu ainda astenia e anorexia no último mês. Tinha antecedentes de epilepsia, medicada com carbamazepina. Ao exame objetivo estava normotensa e normocárdica, com mucosas descoradas. Analiticamente tinha anemia macrocítica (hemoglobina 6.9 g/dL, hematócrito de 20.3%, volume globular médio de 135 fL). Avaliou-se a vitamina B12 que se revelou diminuída

Do estudo desenvolvido na consulta de destacar anticorpo anti-célula parietal gástrico (Ac Anti-CP) positivo e anticorpo anti-fator intrínseco (Ac Anti-FI) negativo. Endoscopia Digestiva Alta (EDA): antro com atrofia ligeira, gastrite crónica ativa e metaplasia intestinal moderada, com colonização por *Helicobacter Pylori* (HP).

Foi diagnosticada AM, tendo feito erradicação do HP e mantendo terapêutica com cianocobalamina. Atualmente encontra-se assintomática, sem anemia, com hematócrito normalizado.

CONCLUSÃO: A AM é tratada com a administração de vitamina B12, não sendo necessário suporte transfusional na maioria das situações. O objetivo deste caso é salientar que nem todas as anemias necessitam de transfusão sanguínea. Além disso pretende alertar para a importância da EDA, pois o Ac Anti-CP positivo associado a metaplasia intestinal e atrofia gástrica merece uma vigilância apertada pelo risco de desenvolvimento de neoplasia gástrica.

WATCHFULL WAITING NA SARCOIDOSE

Autor: Marcelo Aveiro

Autores: Margarida Mouro, Tatiana Rodrigues, Rosa Jorge

Apresentador: Marcelo Aveiro

Hospital: Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Serviço: Serviço de Medicina Interna

INTRODUÇÃO

A sarcoidose é uma doença multissistémica de etiologia desconhecida. O diagnóstico é baseado em características clínicas, radiológicas e pela presença histológica de granulomas não caseosos com exclusão de outras causas capazes de produzir quadro semelhante. A decisão de iniciar o tratamento na sarcoidose depende de múltiplos factores, entre eles os órgãos envolvidos e a gravidade da doença

CASO CLÍNICO

Apresentam os autores o caso de um doente de 22 anos, que recorre ao SU por poliartralgias com um mês de evolução, associadas a perda ponderal de 5kg em 2 meses, sem sinais de artrite ao exame objectivo. Tinha sido medicado com Adalgur e etodolac pelo médico assistente, sem melhoria, com aparecimento posterior de lesões maculares pruriginosas dispersas. Foi realizado estudo radiológico pulmonar que apresentava reforço hilar bilateral. O estudo analítico de auto-imunidade, VDRL, SACE e serologias víricas foi negativo, com VS de 5 mm. O doente teve alta e foi orientado para a consulta de Medicina Interna. Retornou ao SU 2 semanas depois por artrite da articulação tibiotársica, com ecografia articular a revelar derrame articular. Fez TC de Tórax que mostrou adenopatias hilares e mediastínicas e nódulos no parênquima pulmonar. A intradermoreacção com tuberculina foi anérgica. Efetuou broncofibroscopia e biopsias com histologia a revelar granulomas epitelióides não necrotizantes, o restante estudo etiológico foi negativo. O doente retorna à consulta assintomático e com recuperação ponderal. A prova de difusão com CO e calciúria das 24h eram normais. Foi decidido protelar o tratamento mantendo vigilância em consulta.

CONCLUSÃO

A sarcoidose é uma patologia que poderá cursar com sintomatologia frustrante e com alterações analíticas inespecíficas, podendo muitas vezes passar despercebida. O início do tratamento terá de ser avaliado caso a caso. Nos doentes com sintomas ligeiros, os efeitos colaterais da corticoterapia podem superar os possíveis benefícios.

ENCEFALOPATIA DE WERNICKE – RELATO DE CASO

Autor: Marta Matos Pereira

Autores: Vítor Costa, Joana Serôdio, Tiago Mendes, Raquel Costa, Elsa Araújo, Manuel Barbosa, João Costelha, Helena Vilaça, Amanda Rey, Anabela Brito, Joana Carneiro, Paula Brandão

Apresentador: Marta Matos Pereira

Hospital: Hospital Conde de Bertiandos, Ponte de Lima, Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Serviço: Medicina 2

A Encefalopatia de Wernicke (EW) é uma doença neuropsiquiátrica aguda causada pelo défice de tiamina, sendo frequentemente associada ao alcoolismo. Contudo, pode ocorrer em qualquer situação que predisponha ao défice de tiamina, nomeadamente nas de baixo aporte. Apesar da baixa prevalência (0.4-2.8% dos casos), trata-se de uma emergência médica, cuja sintomatologia reverte após o início de tratamento com tiamina.

DESCRIÇÃO DO CASO

Doente de 80 anos, sexo masculino, autónomo, antecedentes de HTA, Doença cérebro-vascular e alcoolismo crónico. Admitido no Serviço de Urgência por tonturas e consequente queda da própria altura com TCE. No exame neurológico sumário inicial apresentava desorientação temporo-espacial, discurso incoerente e tremor generalizado. Analiticamente sem alterações de relevo, nomeadamente alcoolemia

Nos primeiros dias de internamento, o doente manteve o mesmo quadro clínico, com posterior agravamento com disartria e dismetria na prova dedo-nariz. Repetiu TC cerebral que mostrou lesões nucleocapsulares bilaterais e simétricas. Dado o quadro sugestivo de EW foi pedido doseamento dos níveis séricos de tiamina (6 µg/dL, N 2-7.2 µg/dL) e otimizada terapêutica de reposição EV. O doente evoluiu favoravelmente, com resolução do estado confusional e dos défices neurológicos, tendo alta medicado com tiamina oral e orientado para consulta de Medicina Interna.

DISCUSSÃO

O diagnóstico da EW é clínico, pelo que é necessário manter um elevado índice de suspeição, dada a morbilidade e sequelas associadas e à resolução destas após tratamento adequado e atempado com tiamina, que deve ser iniciado assim que houver suspeita clínica.

Neste caso, a história prévia e a presença de 3 critérios diagnósticos (baixo aporte, disfunção cerebelosa e alteração do estado de consciência) permitiram estabelecer o diagnóstico e correto tratamento, com resolução do quadro.

TODA A AÇÃO TEM UMA REAÇÃO

Autor: Rúben Raimundo - rubengraimundo@gmail.com

Autores: Ana Catarina Rodrigues, Ana Rita Parente, Sara Viana, Sócrates Vargas Naranjo, Eva García Sardón, Augusto Mendonça, Isabel Soles

Apresentador: Rúben Raimundo

Hospital: Hospital de Portalegre

Serviço: Medicina Interna

Enfarte renal é definido como a morte de uma área de tecido renal, resultante da obstrução da artéria renal, que é a principal artéria responsável pela irrigação dos rins. A obstrução da artéria renal não é comum, mas costuma ocorrer com maior frequência em situações nas quais partículas que se encontravam soltas na corrente sanguínea (um êmbolo) se instalam na artéria em questão.

Doente de 78 anos com antecedentes pessoais de LES, hipotireoidismo, TEP bilateral extenso em 2013 com necessidade de fibrinólise, resultando em disfunção do ventrículo direito e hipertensão pulmonar e fibrilhação auricular permanente, anticoagulado com acenocumarol.

Desde há várias semanas que a sua frequência cardíaca está descontrolada tendo recorrido ao SU em várias ocasiões, mesmo em tratamento com bisoprolol 5mg diário.

Na observação apresentava dispneia a esforços mínimos e ortopneia. FC de 150bpm, tensão arterial de 90/60mmHg e sinais óbvios de insuficiência cardíaca esquerda e direita.

Após confirmação de INR dentro do intervalo terapêutico nos últimos 6 meses, decide-se fazer Cardioversão elétrica (CVE) perante a instabilidade hemodinâmica e gravidade da situação, persistindo a FA com 75bpm mas melhoria hemodinâmica.

Durante o internamento inicia lombalgia intensa à esquerda, com declínio da função renal (Ureia 73 mg/dl, Creatinina 1,73 mg/dl e TFG de 30 mL/min), LDH de 1031 UI/L e PCR de 277,83 mg/L. Sem clínica que justificasse este quadro, decide-se realizar uma Tomografia Computorizada de abdómen com contraste endovenoso que revelou um enfarte renal extenso à esquerda.

Estudo de trombofilia revela positiva para anticorpo antifosfolípido.

Conclusão: o tromboembolismo pode dever-se a um trombo já previamente alojado na aurícula ou formado de novo devido a uma CVE por uma disfunção mecânica auricular. Esta complicação é mais provável que ocorra em doentes com FA, doença autoimune, trombose prévia, doente com trombofilia, neoplasia ou mau controlo do INR.

UM VERÃO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE CARDIOLOGIA DUM CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA

Autor: Sócrates Vargas Naranjo

Autores: Virginia Visconti, Lurdes Ferreira e Rui Ferreira

Apresentador: Sócrates Vargas Naranjo

Hospital: Hospital de Santa Marta

Serviço: Cardiologia

Introdução

As Unidades de Cuidados Intensivos de Cardiologia (UCIC) facilitam o sucesso na abordagem da patologia cardiovascular aguda, baseado no diagnóstico e na terapêutica oportunos que evitem a deterioração irreversível do doente. Saber as características dos doentes observados facilita o bom uso dos recursos utilizados.

Metodologia

Estudo descritivo, prospetivo nos meses de julho a setembro de 2017 numa UCIC dum Hospital em Lisboa. A população foi os doentes observados. Descrevemos as variáveis idade, sexo, procedência, número de internamentos, número de altas, demora média, taxa de ocupação e mortalidade. Para as variáveis qualitativas calculamos frequências e para as quantitativas medidas de tendência central e dispersão. Utilizamos o estatístico t-student com alfa de 0,05.

Resultados

Observamos 421 doentes (65,6%=homens); a idade média=64,42 anos ($p=0,389$ para os sexos); procedem, maioritariamente, da Enfermaria de Cardiologia (26,4%), do Serviço de Urgência doutro hospital do mesmo Centro Hospitalar (21,4%) e dos Serviços Ambulatórios (14,5%); as admissões são, principalmente, nas quartas feiras (23,0%) e as altas ($n=415$) em julho (35,6%) e nas quintas feiras (22,1%). A demora média é 1,7 dias (1,4 dias para mulheres e 2,4 dias para homens; $p=0,014$). Os principais diagnósticos foram Enfarte agudo a miocárdio com (20,7%) e sem (18,8%) supra ST; e os procedimentos Estudo electrofisiológico e ablação (7,6%), Cateterismo diagnóstico (6,7%) e Implante valvular aórtico transcater (5,7%). A taxa de mortalidade de 2,89%.

Conclusão

A Doença Coronária motivam a admissão da maioria dos doentes, principalmente, maiores de 65 anos, pelo que os estilos de vida saudáveis o eixo a seguir. Não sabemos o porque das entradas e saídas serem maiores nas quartas e quintas feiras, isto merece estudos de maiores alcances que verifiquem o observado. A menor demora média que observamos nas mulheres poderia ser multifatorial (sociais e biológico)

TIREOTOXICOSE APÁTICA – UMA APRESENTAÇÃO RARA DE TIROIDITE AUTO-IMUNE

Autor: Teresa Bernardo

Autores: Rui Almeida, Joana Maurício, Anna Lima, Susana Heitor, Nuno Bragança

Apresentador: Teresa Bernardo

Hospital: Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca - HFF

Serviço: Medicina 3

Caso clínico: mulher, 84 A com antecedentes de Status pós ressecção cirúrgica de Neoplasia do Cólon, HTA, FA permanente, Cardiopatia isquémica, DM2, Dislipidemia. Admitida por quadro de cansaço, astenia, palpitações e desconforto pré-cordial. A observação: lentificada, Gl tiroidea não palpável. Sem exoftalmia. Sem hipertermia. Normotensa, taquicárdica. AP: fervores crepitantes nos 2/3 inf bilateralmente. AC: arritmica. Edema periférico ++. Analiticamente: anemia (Hb 11.3 g/dL), Pró-Bnp elevado (13.692 pg/mL), Troponina negativa (< 0.02 ng/mL). GSA ar ambiente com hipoxemia (pO2 62mmHg, SpO2 87%). ECG: FA RVR. Telerradiografia do tórax: > ICT, infiltrado algodinoso nas bases e derrame bilateral. Durante a investigação foi identificada Tireotoxicose com elevação de Ft3 (2.27 pg/mL), Ft4 (1.78 ng/dL) e TSH diminuída (0.39 mUI/L), em contexto de Tiroidite de Hashimoto de novo (Ac Anti-peroxidase – 384 UI/mL(+), Ac Anti-Receptores 0.3 mUI/L, Ac Anti-Tiroglobulina 55.8 UI/mL). Ecografia Gl tiróide: “gl aumentada, estrutura difusamente hiperecogénica, heterogénea, formações anecóicas de natureza quística, em ambos lobos”. Foi tratada com Tiamazol e Propanolol. Evoluiu com melhoria do quadro com a terapêutica expoliativa e antitiroidea.

Discussão: Tireotoxicose refere-se à síndrome decorrente do excesso de hormonas tireoideas séricas, que pode ser secundário, ou não, à hiperfunção da glândula tireóide. Raramente o hipertiroidismo desenvolve-se em consequência da libertação da hormona tireóidea armazenada durante a tiroidite de Hashimoto grave. O termo tireotoxicose apática é utilizado para descrever o doente idoso no qual a apresentação hipercinética habitual é substituída por apatia, astenia e desinteresse. Apresentamos este caso pela raridade do mesmo, e com intuito de enfatizar a importância de uma elevada suspeição clínica para a patologia da tiroidea, ao abordar o doente idoso com múltiplas comorbilidades, com episódio de descompensação aguda da sua patologia base.

CASO CLÍNICO: MIXOMA NA AURÍCULA ESQUERDA

Autor: Valter Rocha

Autores: Érico Costa; Joana Sequeira; Fátima Pais

Apresentador: Valter Rocha

Hospital: Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

Serviço: Medicina Interna

Introdução: Os tumores primários do coração são raros, maioritariamente com características benignas, sendo o mixoma o tipo histológico mais comum.

Caso Clínico: Homem, 52 anos, sem antecedentes patológicos conhecidos, como antecedente familiar de relevo irmã falecida por neoplasia pulmonar, com clínica desde há um ano de tosse seca associada a sintomas constitucionais e anemia. Recorreu ao serviço de urgência por dispneia e edema dos membros inferiores com uma semana de evolução. À admissão apresentava sinais de dificuldade respiratória, sopro diastólico e holossistólico (grau II/VI), diminuição dos sons respiratórios na metade inferior de ambos os campos pulmonares e edema periférico. Analiticamente salientava-se anemia microcítica hipocrômica e elevação das transaminases, INR, fosfatase alcalina, gama glutamil transferase, peptídeo natriurético tipo B, proteína C reativa e velocidade de sedimentação. A radiografia e tomografia computadorizada torácicas evidenciaram derrame pleural bilateral e pequeno derrame pericárdico. Foi admitido no Serviço de Medicina Interna pela insuficiência respiratória tipo I e para estudo etiológico. Realizada toracocentese que revelou líquido pleural compatível com transudado e ecocardiograma que demonstrou massa ocupando a totalidade da aurícula esquerda em sístole e com prolapso para o ventrículo esquerdo em diástole. Foi submetido a cirurgia cardíaca com exérese da massa, cuja histologia revelou um Mixoma. Evolução favorável com resolução de todos os sintomas e alterações analíticas.

Discussão: As manifestações clínicas dos tumores cardíacos são determinadas pela sua localização e tamanho. A maioria dos doentes tem sintomas cardiovasculares, sendo que um terço pode apresentar sintomas constitucionais e alterações analíticas que podem confundir e atrasar o diagnóstico. O ecocardiograma é o exame diagnóstico de eleição. O tratamento é cirúrgico, conferindo uma rápida recuperação e excelente prognóstico.

Dia 11 de Novembro às 8:30

Moderadora

Dr.^a Tamar Garcia

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL EM INTERNAMENTO

Autor: Filipa Domingues

Autores: Marta Brás, Nadine Silva, Amélia Pereira, Lelita Santos

Apresentador: Filipa Domingues

Hospital: Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Serviço: Medicina Interna

Introdução:

A desnutrição afeta cerca de 10% da população idosa, encontrando-se grande parte dessa população em risco de desnutrição. No internamento hospitalar entre 20 e 60% dos admitidos estão desnutridos ou em risco de desnutrição. A avaliação nutricional individualizada é importante para identificação dos casos em risco nutricional, havendo evidência dos benefícios do acompanhamento dos doentes, verificando-se redução do tempo de internamento, melhoria nutricional do doente e melhor prognóstico.

Objetivos:

Avaliação do estado nutricional dos doentes admitidos num Serviço de Medicina Interna (SMI) e da sua evolução ao longo do internamento.

Material e Métodos:

Estudo prospetivo dos doentes internados no SMI, através do Nutritional risk screening (NRS 2002), e colheita de outras variáveis como o Índice de Massa Corporal (IMC), perímetro braquial, perímetro da perna, exames analíticos, com reavaliação semanal durante o internamento. Tratamento de dados em SPSS

Resultados:

Foram incluídos 35 doentes internados num SMI, sendo 24 (69%) mulheres e 11 (31%) homens, com uma média de idades de 83 anos ($\pm 8,37$), sendo a idade mínima 63 e a máxima 104 anos

Segundo a classificação NRS-2002, dos doentes estudados 30 (85,7%) apresentavam risco nutricional, sendo a pontuação distribuída entre 3 (60%) e 4 (40%). A idade média dos doentes sem risco nutricional é bastante mais baixa (69 anos), do que a dos que apresentam risco nutricional (83 anos). O IMC dos doentes sem risco nutricional era mais elevado (31 Kg/m²) do que o dos que apresentavam risco (26 Kg/m²). O perímetro braquial e da perna foram normais em todos os casos sem risco nutricional, sendo baixos em mais de 80% dos que apresentavam risco nutricional.

Conclusão:

Confirmou-se que a maioria dos doentes internados no SMI estava em risco de desnutrição, o que se correlacionou positivamente com a idade, o IMC, o perímetro braquial, perímetro da perna e a patologia dos doentes.

O INTERNISTA COMO GESTOR DA PLURIPATOLOGIA

Autor: Inês Grácio de Almeida

Autores: Rita Gameiro dos Santos, Teresinha Ponte, Filomena Carneiro, Fátima Campante

Apresentador: Inês Grácio de Almeida

Hospital: C.H. Barreiro-Montijo

Serviço: Medicina Interna

Introdução: A Medicina Interna (MI) constitui a especialidade base de qualquer hospital sendo o internista o médico que, por excelência, dedica atenção à pessoa como um todo, compreende e gere os seus vários problemas.

Objetivos: Os autores propuseram-se caracterizar demográfica e clinicamente uma população de doentes internados num serviço de MI, sublinhando a importância do internista na gestão da pluripatologia.

Métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes internados numa tira funcional de uma enfermaria de MI entre Janeiro e Setembro de 2017.

Resultados: Os autores analisaram uma amostra de 197 doentes, com idade média 72.2 anos, 56% do género feminino. A grande maioria dos doentes (97%) provieram do serviço de urgência, 2.5% de outros hospitais e um doente de outro serviço do hospital. Os principais motivos de internamento foram, por ordem decrescente de frequência, doenças do foro respiratório (20.8%), genitourinário (20.3%), cardiovascular (12.7%) e gastrointestinal (9.6%). Os doentes tinham, em média, 4.3 comorbilidades, sendo as mais frequentes a hipertensão arterial (72.6%), dislipidemia (40.6%), diabetes mellitus (40.1%), fibrilhação auricular (25.4%), doença renal crónica (20.3%) e insuficiência cardíaca (19.8%). O número médio de dias de internamento foi 10.3 dias, com uma taxa de mortalidade de 9.6%. Foram registadas infeções nosocomiais em 19.8% dos doentes, com predomínio de infeções do trato urinário. À data de alta, 44.7% dos doentes foram referenciados para o médico de família, 31.5% para consulta de medicina interna, 15.7% para consulta de outra especialidade e 3.6% transferidos para uma enfermaria de outra especialidade.

Conclusão: Os resultados apresentados reforçam o papel do internista como integrador e avaliador das patologias dos vários órgãos e sistemas com diferentes níveis de gravidade e complexidade, permitindo uma abordagem holística do doente.

INCIDÊNCIA DO TROMBOEMBOLISMO VENOSO NO NOSSO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Autor: Andreia Vanessa Novais Teixeira

Autores: Ana Santos, Ginna Polania, Fabio Suescun, Ana Rodrigues, Aida Botejara, Juan Urbano.

Apresentador: Andreia Vanessa Novais Teixeira. Email: andreia.vnt@gmail.com

Hospital: Hospital Santa Luzia de Elvas

Serviço: Medicina Interna

Objetivos: O tromboembolismo venoso (TEV), que engloba tanto tromboembolismo pulmonar (TEP) como trombose venosa profunda (TVP), é uma doença muito prevalente (incidência 7/10.000 indivíduos/ano) com um grande impacto na morbidade e mortalidade dos doentes. Pretendemos mostrar os dados de tromboembolismo no nosso serviço durante o ano de 2016.

Métodos: Pedido ao gabinete de estatística os dados relativos ao tromboembolismo no ano de 2016 e consulta do processo médico dos mesmos.

Resultados: Durante o ano de 2016 foram diagnosticados no Serviço de Medicina 8 casos de TEV dos quais todos foram TEP. A média de idades dos doentes foi 83,8 anos. Do total de doentes, 5 eram mulheres e 3 homens. Verificou-se que em relação aos fatores de risco todos apresentavam idade avançada e um dos doentes apresentava doença neoplásica. Os restantes apresentavam maioritariamente fatores de risco cardiovascular como: hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, fibrilhação auricular, enfarte agudo do miocárdio e diabetes mellitus. Faleceram 5 doentes: 4 deles durante o episódio agudo de TEP (3 apresentando paragem cardiorrespiratória durante a admissão no serviço de urgência e 1 durante a primeira semana de internamento), e 1 nos 3 meses seguintes. Todos os doentes apresentavam D-dímeros elevados superior a 1000ng/ml (N: > 500ng/ml) e 5 apresentavam evidência de TEP no TAC de tórax (restantes faleceram antes de ser possível realizar TAC). Os doentes foram anticoagulados com heparina baixo peso molecular e posteriormente com varfarina e antiagregados com aspirina ou clopidogrel.

Conclusão: O TEV é uma doença com elevada taxa de mortalidade como se constatou com os nossos resultados, e normalmente com sintomas pouco específicos que podem passar despercebidos. É importante adotar medidas preventivas o mais cedo possível, controlar fatores de risco, diagnosticar e tratar precocemente para reduzir a sua incidência e morbimortalidade.

PATOLOGIA INFECCIOSA DOS DOENTES INSTITUCIONALIZADOS NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Autor: Jesennia Chinchilla

Autores: Sara Nicolau, Dilorom Alimova, Luis Siopa

Apresentador: Jesennia Chinchilla

Hospital: de Santarém

Serviço: Medicina Interna

OBJETIVOS: Caracterizar os doentes residentes em estabelecimentos de apoio social/unidades de cuidados continuados (DREAS/UCC) internados por patologia infecciosa (PI) num serviço de Medicina Interna (MI) num período de 5 anos.

MÉTODOS: Análise retrospectiva dos processos clínicos dos DREAS/UCC internados num serviço de MI entre 1 de Janeiro de 2012 e 31 de Dezembro de 2016 por PI, avaliando sexo, idade, tempo de internamento, taxa de mortalidade, PI e local de proveniência.

RESULTADOS: Neste período estiveram internados no serviço 3478 DREAS/UCC, dos quais 2368 (68%) por PI. Esta patologia foi responsável por 18.4% dos internamentos em 2012 e 25,1% em 2016. 59.8% dos doentes eram do sexo feminino e 40.2% do sexo masculino, com uma média de idades de 83 anos. A duração média de internamento foi de 10 dias. Observou-se um maior número de internamentos de Dezembro a Maio (53%). 31% acabaram por falecer, tendo-se observado um aumento da taxa de mortalidade ao longo do período estudado (18.4% em 2012 e 25% em 2016). A pneumonia constituiu o diagnóstico mais frequente (36%), seguido das infeções do tracto urinário (31.3%) e traqueobronquite aguda (26.6%). Relativamente às infeções respiratórias, observou-se um aumento da sua incidência ao longo do período estudado (18.9% em 2012 e 28.13% em 2016). A maioria dos doentes provieram de Santarém (12.5%), do Cartaxo (6.7%) e Foros de Salvaterra (6.1%).

Relativamente à patologia urinária, não se observou um aumento da sua incidência ao longo dos anos. A maioria destes doentes provieram de Santarém (14.3%), Foros de Salvaterra (7.5) e Cartaxo (6.1%).

CONCLUSÃO: A patologia infecciosa correspondeu ao principal motivo de internamento dos DREAS/UCC no nosso serviço de MI, sendo também responsável por uma parcela significativa da taxa de mortalidade nesta população. Observou-se um peso crescente desta patologia ao longo do período estudado, destacando-se a pneumonia como a infeção mais prevalente.

Autor: João Manuel Simão Silva

Autores: Eduardo Carvalho, Clara Jorge, Maria Céu Evangelista, Margarida Ascensão, Leopoldina Vicente

Apresentador: João Manuel Simão Silva

Hospital: Centro Hospitalar Cova da Beira

Serviço: Medicina

Introdução: A infecção por *Staphylococcus aureus* metilino resistente (MRSA) é comum em Portugal. Há associação entre colonização e infecção. Vários países adoptaram estratégias de vigilância activa-identificação de doentes colonizados (DC) e instituição de protocolos de descolonização (PD) com sucesso na morbilidade e mortalidade. Assim, foi criada a Norma 018/2014 da Direcção Geral da Saúde (DGS) na qual definiram critérios para pesquisa de MRSA e PC.

Objectivos: Avaliar a aplicação da norma e factores de não-cumprimento em período homólogo de dois anos subsequentes.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes internados numa enfermaria de Medicina nos meses de Janeiro de 2016 e de 2017. Foram determinados motivos de pesquisa, método de pesquisa e PC segundo a norma 018/2014 da DGS.

Resultados: Foram revistos 129 processos de 2016 e 147 de 2017. A idade média dos doentes internados foi 79 anos e 78 anos, respectivamente, predominando em ambos os anos o género feminino. Estavam institucionalizados 23,26% em 2016 e 31,97% em 2017. A demora média foi de 13,03 dias em 2016 e 11,04 dias em 2017. Em 2016, dos 73 doentes com critérios para pesquisa por zaragatoa, foi realizada em 37,8% dos casos. Em 2017, dos 79 doentes com critérios para pesquisa por zaragatoa, foi realizada em 57%. A zaragatoa foi realizada sem critério definido em 2 doentes em 2016 e em 3 em 2017. Em 2016 a zaragatoa foi positiva em 35,7% e em 2017 em 28,9% dos doentes. Todos os doentes ficaram em isolamento de contacto e iniciaram PD.

Verificou-se cumprimento da norma a nível do rastreio em 63% em 2016 e 75% em 2017. Em relação ao PD, foi cumprido 60% em 2016 e 85% em 2017.

Conclusões: A fragilidade dos doentes internados justifica o risco de colonização. Verificou-se tendência à diminuição de isolamentos de MRSA, estando a prevalência abaixo dos valores nacionais. A carência de recursos humanos e sobrelotação dos Serviços justifica a prevalência de DC e o não cumprimento ideal da norma.

INTERNAMENTO EM MEDICINA INTERNA DE DOENTES RESIDENTES EM ESTABELECIMENTOS DE APOIO SOCIAL

Autor: Márcia Rodrigues Pinto

Autores: Luís Siopa

Apresentador: Márcia Rodrigues Pinto

Hospital: Santarém, EPE

Serviço: Medicina Interna

INTRODUÇÃO: Os doentes residentes em estabelecimentos de apoio social e unidades de cuidados continuados (DREAS/UCC) necessitam regularmente de cuidados hospitalares.

OBJECTIVOS: Caracterizar os DREAS/UCC, internados num serviço de Medicina Interna (MI) num hospital distrital.

MÉTODOS: Análise retrospectiva dos DREAS/UCC internados entre 1/1/2012 e 31/12/2016, analisando-se: sexo, idade, mês de internamento, estabelecimento de proveniência (EP), demora média, diagnóstico principal, Índice Charlson (IC) e mortalidade. **RESULTADOS:** Registaram-se 3483 episódios de internamento, de 2696 doentes (19.18% dos internamentos do serviço), perfazendo 33745 dias (19.77% do total de dias de internamento). Pertenciam ao sexo feminino 1715 (63.61%) doentes e ao sexo masculino, 981 (36,39%). A média de idades foi de 82.88 anos (mulheres 84.54 anos, homens 81.22 anos). Quanto ao EP, 70,71% provinham de estruturas residenciais para idosos (ERI), 8,58 de UCC e 20,7 de outras tipologias. A demora média foi de 9.88 dias(serviço 9.44). Nos anos de 2012, 2015 e 2016, 54% dos internamentos registaram-se no primeiro semestre e em 51.40% no segundo semestre de 2013 e 2014. Diagnósticos principais (DP): doenças do aparelho respiratório, 44.98%, genito-urinário 25,45%, digestivo 7.98%, do SNC e doenças psiquiátricas 7.26%, do aparelho cardiovascular 6.02%, endócrino-metabólicas e do equilíbrio hídrico 4.43%, hematológicas 1.29%, pele e tecido celular subcutâneo 0.83% e outras, 1.63%. Índice Charlson médio: 5. Mortalidade 29.67%.

CONCLUSÕES: Os internamentos de DREAS/UCC correspondem a uma percentagem significativa dos episódios e dos dias de internamento do serviço de MI. Os doentes provêm sobretudo de ERI, tem media etária muito elevada e são predominantemente do sexo feminino. Não se observou tendência sazonal, a demora media foi ligeiramente superior à do serviço e o IC e a mortalidade elevados. Os DP incluem-se sobretudo no grupo das doenças do aparelho respiratório e genitourinário.

CASUÍSTICA DE UM ANO DE INTERNAMENTOS POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Autor: Inês Grácio de Almeida

Autores: Filomena Carneiro, Fátima Campante

Apresentador: Inês Grácio de Almeida

Hospital: C.H. Barreiro-Montijo

Serviço: Medicina Interna

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) continua a ser uma das principais causas de morbimortalidade mundial. Em Portugal, três pessoas por hora são vítimas de AVC, uma das quais não sobrevive e pelo menos outra ficará com sequelas incapacitantes, segundo a Sociedade Portuguesa de AVC.

Objetivos: Assumindo as prováveis características clínicas, etiologias e fatores de risco para o AVC, os autores propuseram-se caracterizar demográfica e clinicamente uma população de doentes internados por AVC.

Métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes internados por AVC durante o ano de 2016.

Resultados: Os autores analisaram 238 processos de internamento com o diagnóstico de AVC, dos quais 230 (96.6%) corresponderam a AVC isquémicos e 8 a hemorragias intracerebrais. 52.9% eram doentes do género masculino que, proporcionalmente, apresentaram maior prevalência de fenómenos hemorrágicos (62.5%). Os doentes tinham idades compreendidas entre 35 e 92 anos, com uma idade média de 69.8 anos. A maioria dos doentes apresentava elevado número de comorbilidades, sendo as mais frequentes a hipertensão arterial (HTA) (78.2%), dislipidemia (44.5%) e diabetes mellitus (DM) (34.5%). Menos frequentemente surge o tabagismo (13.4%), a presença de fibrilhação auricular (10.9%) e obesidade (7.1%). De salientar ainda que 3.4% dos doentes já haviam apresentado um episódio prévio de acidente isquémico transitório ou AVC.

Conclusão: Os resultados encontrados estão de acordo com a literatura, sendo a doença cerebrovascular mais prevalente no género masculino e a etiologia isquémica a dominante. Verifica-se ainda que as comorbilidades mais frequentes (HTA, dislipidemia e DM) englobam a síndrome metabólica, intrinsecamente relacionada com a doença cardio e cerebrovascular.

Moderadora

Dr.^a Margarida Ascensão

HIPOCALIÉMIA E O SEU DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, UM CASO CLÍNICO

Autor: Ana Carolina Andrade

Autores: Mónica Pedro, Fernanda Martins, Fátima Campante

Apresentador: Ana Carolina Andrade

Hospital: Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE

Serviço: Medicina Interna

A hipocaliémia define-se pela concentração plasmática de potássio $< 3,5\text{mmol/L}$ e é dos desequilíbrios iónicos mais frequentes. A diminuição da ingestão, perdas gastrointestinais e perdas renais, como a Síndrome de Gitelman, fazem parte do diagnóstico diferencial.

Os autores apresentam o caso de uma mulher com 25 anos, etnia cigana, colecistectomizada há 5 anos, sem medicação habitual que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) de um hospital distrital por dor abdominal, náuseas e 2 episódios de vómitos com poucas horas de evolução. Realçam-se idas prévias ao SU por astenia e mialgias, com análises a revelar hipocaliémia ligeira sem etiologia definida.

À observação, doente vigil, eupneica em ar ambiente, apirética, normotensa e normocárdica, com dor abdominal à palpação, mas sem sinais de irritação peritoneal e não apresentava estigmas de indução do vómito. Nas análises, destacava-se hipocaliémia ($2,4\text{mmol/L}$) e hipomagnesiémia ($1,2\text{mg/dL}$), alcalémia metabólica (pH 7.492, bicarbonato 31.2mmol/L) e electrocardiograma sem alterações. A ecografia abdominal não revelou alterações, excepto ser colecistectomizada. No SU iniciou correcção dos desequilíbrios iónicos.

Foi admitida hipocaliémia grave de etiologia a esclarecer, motivo pelo qual a doente foi internada no Serviço de Medicina Interna. Do estudo etiológico destacou-se persistência de hipocaliémia e urina das 24 horas com aumento da excreção de sódio, potássio e cloro.

Foi admitida a hipótese diagnóstica de nefropatia perdedora de sal e iniciou diurético poupador de potássio. A doente teve alta clínica com caliémia de $3,0\text{mmol/L}$, com indicação para manter medicação e encaminhamento para consulta de Medicina Interna e de Nefrologia do centro hospitalar de referência, onde aguarda estudo genético de provável Síndrome de Gitelman.

Este caso realça a importância do diagnóstico diferencial da hipocaliémia, considerando o largo espectro de manifestações clínicas associadas, desde ausência de sintomas até arritmias fatais.

SÍNCOPE NO IDOSO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLINICO

Autor: Ana Catarina Emidio

Autores: Gonçalo Mendes, João Tavares, Francisco Vale, Carlos Carvalho, Prado Lacerda

Apresentador: Ana Catarina Emidio

Hospital: Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital de São Bernardo

Serviço: Medicina

Síncope é a perda transitória da consciência e do tônus postural com recuperação espontânea num curto espaço de tempo. Dados da Sociedade Europeia de Cardiologia estimam que 3% das admissões no serviço de urgência (SU) e 2-6% das admissões hospitalares são devido a síncope. 80% dos doentes têm pelo menos 65 anos de idade, estando associada a elevada morbidade e mortalidade.

Caracteriza-se por hipoperfusão cerebral transitória e é classificada em 3 categorias: neurogénica, cardiogénica e por hipotensão ortostática. A alteração transitória da consciência sem hipoperfusão cerebral (epilepsia, distúrbios metabólicos, acidente isquémico carotídeo transitório) é considerada “pseudo-síncope”.

Pelo seu carácter recorrente, o diagnóstico etiológico é essencial para a prevenção de novos episódios.

Para ilustrar a importância do reconhecimento das diversas causas de síncope no idoso, os autores apresentam o caso de um homem de 86 anos com antecedentes pessoais de epilepsia, bradi-fibrilhação auricular, estenose aórtica grave e estenose carotídea bilateral, que recorreu várias vezes ao SU por síncope. Realizou TC cráneo-encefálica e ECG que não mostraram alterações. Assumiu-se o diagnóstico de epilepsia e teve alta com terapêutica dirigida. Recorreu ao SU por repetição do quadro clínico. O ECG mostrou bloqueio aurículo-ventricular completo com pausa de 8 segundos que condicionou episódio de Stokes-Adams. Foi referenciado a Cardiologia e colocou pacemaker.

O diagnóstico de síncope no idoso constitui um desafio que se reveste de especial importância dado o impacto na qualidade de vida. A utilização de algoritmos adequados à população idosa poderá reduzir o número de casos de síncope de causa não identificada.

PNEUMONIA POR ADENOVÍRUS NO ADULTO IMUNOCOMPETENTE - RELATO DE UM CASO CLÍNICO

Autor: Ana F. Costa

Autores: Fábio Almeida, Marta Brás, Sara Faria, Teresa Alfaiate, Susana Magalhães, Isabel Bessa, Amélia Pereira

Apresentador: Ana F. Costa

Hospital: Hospital Distrital da Figueira da Foz

Serviço: Medicina Interna

INTRODUÇÃO: O adenovírus é uma causa rara de pneumonia adquirida na comunidade (PAC) no adulto imunocompetente. As infeções graves geralmente ocorrem nas crianças e nos imunocomprometidos. O objetivo deste caso clínico é descrever uma patologia rara e realçar a importância do uso da reação em cadeia de polimerase (PCR) para o diagnóstico rápido.

CASO CLÍNICO: Apresenta-se o caso de uma mulher de 41 anos, saudável, que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por febre, mialgias e poliartralgias. Durante a permanência no SU iniciou quadro súbito de rash malar e nos membros superiores, com atingimento das palmas. Na radiografia torácica apresentava opacificação da base direita. Colocou-se a hipótese de febre escaro nodular associada a PAC à direita, iniciou-se antibioterapia empírica e internou-se a doente na Unidade de Cuidados Intermédios. Colheu neste dia, PCR para microrganismos atípicos e rickettsias, que foram negativas. Ao 5º dia de internamento, por agravamento clínico e radiológico, colheu PCR para vírus, que se revelou positiva para adenovírus. Realizou uma tomografia computadorizada torácica que revelou pneumonia bilateral extensa associada a derrame pleural. Nesse mesmo dia, a doente é entubada e ventilada por fadiga respiratória, sendo transferida para uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Tem como intercorrência na UCI uma Pneumonia por uma *Klebsiella* Multirresistente, necessitando de antibioterapia com Meropenem. Após 6 dias na UCI, retornou ao SMI sob oxigenoterapia, tendo alta após 4 dias, com normalização de todos os parâmetros analíticos e radiológicos.

CONCLUSÃO: A apresentação clínica da pneumonia por adenovírus no adulto imunocompetente não é específica, porém caracteriza-se por um síndrome febril seguido de um agravamento súbito da função respiratória. As novas técnicas de PCR permitem fazer um diagnóstico rápido e poderão ser uma mais valia no diagnóstico e na diminuição do uso de antibioterapia nas PACs.

MUITO MAIS QUE ANSIEDADE

Autor: Ana Luísa Vieira

Autores: Ana T. Nogueira, Oriana Nogueira, Ana F. Costa, Fábio Almeida, Teresa Alfaiate, Fernando Ferraz e Sousa, Amélia Pereira

Apresentador: Ana Luísa Vieira

Hospital: Hospital Distrital da Figueira da Foz

Serviço: Medicina Interna

INTRODUÇÃO: A doença de Graves (DG) é a principal causa de hipertiroidismo, de natureza auto-imune e etiologia não esclarecida. É mais frequente no sexo feminino, dos 20 aos 40 anos de idade. O tratamento centra-se no controlo sintomático e na redução da síntese de hormonas tiroideias.

CASO CLÍNICO: Doente do sexo feminino, de 42 anos, sem antecedentes de relevo, recorre ao serviço de urgência após várias consultas com o médico assistente por queixas de ansiedade, palpitações, picos febris esporádicos, diarreia, aparente perda de peso, astenia, noção de rouquidão e globos faríngeo. Ao exame objetivo apenas de salientar hipertensão arterial e taquicardia. Analiticamente com diminuição da hormona tireoestimulante (TSH) e aumento da tiroxina livre (T4L). Teve alta com metibazol 15mg 3id e bisoprolol 5mg id, sendo orientada para consulta de medicina. No estudo posterior tinha marcadores auto-imunes com auto-anticorpos anti-tiroglobulina negativo, anti-microsossomais borderline e anti-receptor TSH (TRAbs) positivo. Ecograficamente, tiróide dimensões normais, multinodular, sugestiva de tiroidite autoimune. Realizada punção aspirativa de um nódulo, identificando-se nódulo colóide. Cintigraficamente tinha impregnação homogénea sem defeitos focais.

Foi ajustando a dose de metibazol, de acordo com o controlo da função tiroideia. Presentemente em eutiroidia, sem medicação ou complicações.

CONCLUSÃO: Apresenta-se este caso para ilustrar a clínica característica da patologia tiroideia autoimune. Apesar da DG ser a principal causa de hipertiroidismo primário, devido à presença de bócio multinodular foi necessário excluir a existência de outras doenças tiroideias. O diagnóstico de DG fez-se com base na positividade dos TRAbs e captação homogénea de hormonas tiroideias na cintigrafia. Um diagnóstico precoce diminui o risco de desenvolvimento de complicações e o tratamento adequado permite um bom controlo da doença.

LÚPUS DE INÍCIO TARDIO - UM DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR

Autor: Ana Pastor

Autores: Marisa Rosete, Marta Brás, Marta Amaral, Ana Linda Borges, Rosário Santos Silva, Abílio Gonçalves, Amélia Pereira

Apresentador: Ana Pastor

Hospital: Hospital Distrital da Figueira da Foz

Serviço: Serviço de Medicina

O Lupus de início tardio (LIT) apresenta-se em idades superiores aos 50anos, geralmente com um quadro clínico insidioso, menor envolvimento de órgãos nobres e menor atividade imunológica.

Apresento o caso clínico de uma mulher de 78 anos que recorreu ao serviço de urgência por perda ponderal significativa, anorexia e antecedentes de trombose venosa profunda do membro inferior direito com três semanas de evolução e candidíase esofágica em tratamento há duas semanas. Medicação habitual irrelevante.

À observação apresentava-se emagrecida, febril, hemodinamicamente estável e auscultação pulmonar com crepitações bibasais.

Analiticamente, anemia normocrómica normocítica, leucopenia com linfopenia, VS 63mm/1ªh e proteína C reactiva 51,1mg/L, proteinograma eletroforético normal, ferritina 1253ng/mL. Função renal e exame sumário de urina sem alterações. Radiografia do tórax com infiltrado na base direita. Tomografia toraco-abdomino-pélvica com densificações nos ápices pulmonares e bases.

Foi excluída doença infecciosa crónica, oncológica e granulomatosa, bem como outras doenças auto-imunes concomitantes. O rastreio séptico foi negativo e apresentou boa resposta à terapêutica antibiótica instituída. Imunologicamente, ANA's negativos, com ac.anti-DNAds positivos (153 IU/mL); factor reumatóide 28UI/mL; ac. anti-CCP negativos; complemento diminuído (C3/C4); ac. anti-fosfolípidos negativos. Evoluiu apresentando derrame pleural bilateral, derrame pericárdico e proteinúria (784mg/24h). Repetiu tomografia que mostrou agravamento das alterações pulmonares prévias, lavado bronco-alveolar sem alterações.

Assumido diagnóstico de LIT (Linfopenia, polisserosite, proteinúria e ac. anti-DNAds), iniciou tratamento com hidroxicloroquina, prednisolona e azatioprina, esta suspensa por intolerância.

Os autores pretendem relembrar o LIT como hipótese diagnóstica e o desafio diagnóstico e terapêutico no idoso.

HIPOPITUITARISMO MASCARADO DE SÍNDROME DEPRESSIVO

Autor: Ana Figueiredo Albuquerque

Autores: Susana Cunha, Catarina Pereira, Helena Carrondo, Célio Fernandes

Apresentador: Ana Figueiredo Albuquerque

Hospital: Centro Hospitalar de Leiria

Serviço: Medicina 2

INTRODUÇÃO

O hipopituitarismo é causado pela redução ou ausência da produção de hormonas adenohipofisárias. A causa mais frequente é o macroadenoma hipofisário, existindo outras causas como: traumatismo, tumores da região selar, defeitos genéticos, doenças granulomatosas, infeções, enfarto hipofisário, apoplexia, doença autoimune, hemocromatose, histiocitose, sela vazia e causa idiopática (11%).

CASO CLÍNICO

Homem 70 anos, com antecedentes de Hipotireoidismo medicado com Levotiroxina. Múltiplas vindas ao Serviço de Urgência por lipotimia, associado a quadro arrastado de anorexia, emagrecimento, vômitos, diarreia e lentificação psicomotora. Inicialmente admitiu-se síndrome depressivo major, tendo sido medicado. Apesar da terapêutica instituída o quadro manteve-se com agravamento progressivo do estado geral. Posteriormente realizado estudo analítico que revelou hiponatremia 130mmol/L, cortisol sérico diminuído (0.2 ug/dL), hormona adrenocorticotropica diminuída (

DISCUSSÃO

O hipopituitarismo é uma patologia rara, caracterizada por manifestações inespecíficas sendo por isso necessário um alto índice de suspeição para o seu diagnóstico precoce.

No caso descrito, a ausência de história sugestiva de etiologia vascular ou traumática e a ausência de lesões hipofisárias identificáveis conduziu ao estudo de etiologias pouco frequentes de insuficiência hipofisária.

POR DETRÁS DOS NÓDULOS SUBCUTÂNEOS

Autor: Fábio Almeida

Autores: Ana F. Costa, Marta Brás, Marta Ferreira, Alice Fonseca, Teresa Alfaiate, Amélia Pereira

Apresentador: Fábio Almeida

Hospital: Hospital Distrital da Figueira da Foz

Serviço: Medicina Interna

INTRODUÇÃO: A paniculite pancreática é uma patologia rara. Caracteriza-se por inflamação e necrose subcutânea, secundária a necrose dos adipócitos por libertação de enzimas pancreáticas.

CASO CLÍNICO: Sexo feminino, 71 anos, com antecedentes de dislipidemia e litíase vesicular, seguida em consulta de Medicina Interna por suspeita de eritema nodoso. Foi encaminhada do Serviço de Urgência (SU) por nódulos subcutâneos duros, dolorosos e eritematosos nos membros inferiores, que surgiam após quadro de vômitos e epigastralgias. O quadro abdominal resolvia espontaneamente, apesar dos nódulos necessitarem de tratamento com anti-inflamatórios não esteróides ou corticoterapia.

Efetou biópsia das lesões e uma semana depois recorreu ao SU por epigastralgias intensas com irradiação em barra. Apresentava-se apirética, normotensa e normocárdica. O abdómen era doloroso à palpação, mas sem defesa. Analiticamente tinha elevação da lipase, da amilase e da lactato desidrogenase. Realizou angiotomografia abdominal que mostrou a vesícula biliar com um cálculo de 15mm a nível do infundíbulo, sem espessamento parietal e o pâncreas sem alterações. Foi assumido diagnóstico de pancreatite aguda litiásica e internada no Serviço de Cirurgia para tratamento conservador, tendo alta clinicamente bem e com resolução das lesões nodulares. O diagnóstico anátomo-patológico dos nódulos revelou: “dermo-hipodermite, sem vasculite e com degenerescência membranoquística e necrose”, lesões compatíveis com Paniculite Pancreática.

A doente é submetida a colecistectomia laparoscópica eletiva 2 meses após o episódio, mantendo-se assintomática e sem lesões subcutâneas nos últimos 3 anos.

CONCLUSÃO: A paniculite pancreática pode ser a primeira manifestação de doença pancreática. A administração de corticosteróides pode aliviar os sintomas, no entanto o único tratamento curativo é a resolução da patologia desencadeante.

AVC ISQUÉMICO POR INTERRUPTÃO BREVE DE HIPOCOAGULAÇÃO DEVIDO A HEMORRAGIA PÓS-PROCEDIMENTO INVASIVO (CASO CLÍNICO)

Autor: Ana Isabel Barreira

Autores: Natália Silva; Fernando Guimarães; Paula Vaz Marques

Apresentador: Ana Isabel Barreira

Hospital: Centro hospitalar Trás os Montes e Alto Douro - Hospital de Vila Real

Serviço: Medicina Interna

Introdução: A Fibrilhação auricular (FA) é uma causa major de AVC, prevenível por hipocoagulação. Este é o caso duma paciente com sepsis possivelmente relacionada com lesão esplénica, cuja aspiração resultou complicação hemorrágica. Durante a interrupção temporária da hipocoagulação ocorreu AVC.

Caso Clínico: Mulher 82 anos com HTA, AVC minor e traumatismo toracolombar um ano antes, admitida por prostração e febre com FA e desorientação; leucocitose, PCR aumentada e Procalcitonina; Iniciou antibiótico e hipocoagulação com enoxaparina. A TC revelou imagem nodular hipodensa hipocaptante no baço. Pensou-se em lesão quística ou embolismo. Sem imagens de endocardite e culturas negativas. Pelo quadro septico sem foco, admitiu-se abscesso esplénico e programou-se aspiração.

Apesar de evolução favorável mantinha a lesão esplénica. Submetida a punção aspirativa ao 8º dia, após interrupção de enoxaparina: aspirado hemático e cultura negativa. Referiu dor no hemiabdomen, hemitórax e ombro esquerdos. Nova TC mostrou redução da imagem e hipodensidade em crescente subcapsular, de possível laceração e líquido hemático a nível periesplénico, subfrénico e da goteira parietocólica esquerda. Hemodinamicamente estável e sem necessidade transfusional. Interrompida hipocoagulação. Ao 19º dia teve alteração visual e desequilíbrio; a TC revelou enfarte no território da ACP direita. Retomou hipocoagulação após reabsorção parcial do hematoma. Alta ao 23º dia. No follow-up, apenas hemianopsia.

Discussão: Procedimentos invasivos têm risco hemorrágico, obrigando à interrupção prévia da hipocoagulação. A hemorragia após procedimento, além do risco inerente, acarreta o da possibilidade de AVC. Ponderamos que a lesão descrita pudesse ser um hematoma, pela queda, mas pela sepsis sem foco consideramos abscesso para drenar. Ponderar riscos e benefícios de procedimentos invasivos e o risco real de embolismo cerebral durante a interrupção de hipocoagulação por FA, torna-se imperativo mesmo se breve.

UVEÍTE DE REPETIÇÃO - O QUE PODE ESCONDER

Autor: Ana Vieira dos Santos

Autores: Andreia V. N. Teixeira; Jose del Águila

Apresentador: Ana Vieira dos Santos

Hospital: ULSNA - Hospital Santa Luzia de Elvas

Serviço: Medicina Interna

Introdução: Uveíte é uma inflamação intra-ocular – aguda, sub-aguda ou crónica. Ocorre frequentemente em associação com outras condições médicas sistémicas (bacteriana, fúngica ou viral) ou imuno-mediadas, mas também pode acontecer de um modo isolado. Apresenta-se com fotofobia, visão turva, conjuntivas hiperemiadas e dor ocular

Caso Clínico: Homem de 62 anos, Militar (cumpru serviço militar nas últimas guerras) Antecedentes de HTA, Dislipidemia e uveíte de repetição desde 2011 Apresenta também défice de IgM sem necessidade de tratamento, sem história de comportamentos sexuais de risco. Fumador de 10cigarros/dia, hábitos etanólicos moderados

Medicado com sinvastatina, olmesartan+hidroclorotiazida, aspirina e comprimidos de aloé vera Enviado à nossa consulta por uveíte de repetição (2-3 episódios/ano)

Exames pedidos:

- Análises - Serologias, marcadores tumorais, Screening Autoimune Negativos

Mantoux antigo (9mm); IGRA positivo

- Imagens - Rx sem cavitações, nódulo na lingula. TAC - Nódulo pulmonar sólido de 14mm na lingula, adenopatia calcificada parahilar direita. PET TAC não permite descartar CA pulmonar estadio IA.

Foi submetido a cirurgia torácica - exérese em cunha do nódulo.

Anatomia patológica: Hamartoma Pulmonar

Tendo sido posta de parte a possibilidade de neoplasia e considerando uma Tuberculose Latente decidimos iniciar terapêutica com Rifampicina e Isoniazida durante 6 meses, sem feitos secundários registados.

Seguimento a 1 ano sem novos episódios de uveíte registados. Última avaliação por Oftalmologia com melhoria franca.

Conclusão: Fora dos países do terceiro mundo a uveíte secundária a tuberculose é uma ocorrência rara. De momento a realidade vivida na Europa, com o aparecimento de cada vez mais casos de tuberculose devido aos padrões migratórios faz com que esta possa aparecer cada vez mais, tendo que ser pensada como diagnóstico diferencial, em especial em doentes com uveíte resistente a corticoesteroides.

ESTUDO RETROSPECTIVO DE INFECÇÃO POR H1N1 – CASUÍSTICA DE UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

Autor: Catarina Carvalho

Autores: Francisco das Neves Coelho, Alexandra Albuquerque e Fátima Campante

Apresentador: Catarina Carvalho

Hospital: Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Serviço: Medicina Interna

O vírus da gripe H1N1 foi considerado uma pandemia em 2009, com uma incidência de cerca de 61 milhões de casos nos Estados Unidos, entre 2009 e 2010. Atinge fundamentalmente população jovem, sendo mais comum nos doentes com menos de 65 anos de idade. Trata-se de uma infecção com elevada morbimortalidade, com admissão de 31% dos doentes em unidades de cuidados intensivos e com mortalidade de 11%.

Os autores propuseram-se a caracterizar os casos de H1N1 confirmada numa instituição hospitalar.

Procedeu-se a um estudo observacional retrospectivo dos casos admitidos e internados no hospital entre Janeiro de 2014 e Abril de 2017, no total de 16. Dados pesquisados e submetidos a tratamento estatístico: sexo, idade, demora em internamento, diagnósticos principais e secundários, comorbilidades, caracterização genética do vírus, internamento em unidade de cuidados intensivos (UCI), ventilação mecânica e extracorporal, parâmetros analíticos e gasimétricos de entrada e saída, relação PaO₂/FiO₂ e complicações.

Obtiveram-se 16 doentes, com média de idades de 56, 64% do sexo masculino, 50% com diagnóstico de ARDS e 56% a necessitar de internamento em UCI. A maioria (64%) necessitou de ventilação invasiva, com 19% a necessitar de ventilação extracorporal. Em 21% houve necessidade de manobras de recrutamento alveolar. A média de internamento foi 13 dias. Foram também tratados dados analíticos e gasimétricos.

Concluiu-se mortalidade mais elevada no jovem, sem alterações analíticas ou gasimétricas sugestivas de infecção viral à entrada, com necessidade de terapêuticas precoces e intervenção rápida por tempo de instalação curto.

Moderadora

Dr.^a Margarida Ascensão

SÍNDROME DE SWEET E ARTRALGIAS: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Autor: F. Gil

Autores: A. Monteiro, M. Rato, J. Parente, J. Aranha

Apresentador: F. Gil

Hospital: Hospital de Santarém EPE

Serviço: Serviço de Dermatologia

Objectivos: Apresentação de um caso clínico de Síndrome de Sweet com manifestações osteoarticulares concomitantes e interpretação das suas implicações clínicas.

Método: Análise retrospectiva de caso clínico e revisão bibliográfica do tema.

Resultados: Doente do sexo feminino, de 50 anos, recorre por febre e uma dermatose generalizada. Referia artralrias num padrão oligoarticular assimétrico, com um ritmo de difícil caracterização. Apresentava placas eritematosas e edematosas, com bolhas na face, pescoço, tronco e membros superiores. Negava medicação habitual. Referia dores articulares desde há 30 anos, das pequenas e grandes articulações, de ritmo misto com agravamento com o esforço e episódios de rigidez matinal, condicionando períodos de impotência funcional. Ter-lhe-ia sido diagnosticada artrite reumatóide juvenil, mas nunca teve um seguimento estável em consulta e não sabia as terapêuticas já cumpridas. Apresentava leucocitose com neutrofilia. A biópsia cutânea foi compatível com Síndrome de Sweet. Apresentou boa resposta à terapêutica com prednisolona. Por manutenção das artralrias foi referenciada à consulta de Reumatologia.

Conclusões: A Síndrome de Sweet caracteriza-se pelo aparecimento súbito de pápulas, nódulos ou placas eritematosos, dolorosos, sobretudo na face, pescoço e extremidades superiores, acompanhados de febre, leucocitose com neutrofilia e infiltrados neutrofílicos na derme sem evidência de vasculite. Pode acompanhar-se de manifestações sistémicas: as artralrias surgem sob diversos padrões clínicos e são um critério diagnóstico minor. Várias formas da síndrome de Sweet são reconhecidas: geralmente idiopática pode, contudo, associar-se a doenças neoplásicas, infecciosas ou inflamatórias. Sublinha-se assim a sintomatologia extra-cutânea, particularmente osteoarticular, como critério diagnóstico de síndrome de Sweet e a necessidade de investigação de quadros sistémicos neste contexto, nomeadamente doenças reumatológicas auto-imunes.

LINFADENOPATIA NO ADULTO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Autor: Margarida Gaudêncio

Autores: Sara Faria, Rui Ferreira, Marisa Rosete, Isabel Bessa, Amélia Pereira

Apresentador: Margarida Gaudêncio

Hospital: Hospital Distrital da Figueira da Foz

Serviço: Medicina

Introdução: A sarcoidose é uma doença inflamatória caracterizada pela presença de granulomas não caseosos. Clinicamente, pode surgir com sintomatologia respiratória, aquando do envolvimento deste sistema, sendo a febre, astenia, perda ponderal e sudorese noturna os sintomas constitucionais mais frequentes. Os autores apresentam um caso em que a febre e a presença de múltiplas adenopatias foi a manifestação de uma doença adormecida. **Caso Clínico:** Doente, género masculino, 57 anos, recorreu ao Serviço de Urgência por síndrome febril e erupção cutânea generalizada com alguns dias de evolução. Antecedentes de sarcoidose com diagnóstico em 1978, tendo realizado corticoterapia durante alguns anos, tendo a doença entrado em remissão. Antecedentes familiares de cardiopatia isquémica e aplasia medular. Fumador com carga tabágica de 30 UMA. Ao exame objetivo, apresentava-se com adenopatias axilares, supraclaviculares, cervicais e inguinais. Analiticamente, destaca-se elevação da enzima de conversão da angiotensina (SACE). O estudo anatomopatológico de adenopatia axilar foi compatível com Sarcoidose. Verificou-se a presença de adenomegalias nas cadeias mediastínicas e hilares, bem como, hiperinsuflação difusa do parênquima pulmonar com enfisema predominantemente nos lobos superiores em tomografia computadorizada e alterações restritivas com diminuição da capacidade de difusão alveolar nas provas de função respiratória. Iniciou terapêutica com prednisolona 40 mg por dia, tendo-se posteriormente associado azatioprina 50 mg, de acordo com a evolução clínica e doseamento da SACE. Tem sido acompanhado até ao momento em Consulta de Medicina e de Pneumologia.

Discussão e Conclusão: A sarcoidose é uma patologia multiorgânica que requer o envolvimento de dois ou mais órgãos para o diagnóstico específico. A clínica pode dificultar o diagnóstico, sendo importante, a história prévia e biopsia de gânglio em situações de adenopatias.

HIPERTENSÃO INTRACRANIANA ATRIBUÍDA A DOXICICLINA

Autor: Filipa Sousa

Autores: Pedro Neto, Ana Araújo, Inês Zão, Fani Ribeiro, Marcelo Aveiro, Mariana Silva Leal, Gorete Jesus, Rosa Jorge

Apresentador: Filipa Sousa

Hospital: Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Serviço: Medicina Interna

Introdução: A hipertensão intracraniana (HIC) é um efeito secundário conhecido das tetraciclinas, mas o mecanismo responsável não está ainda esclarecido. Clinicamente, caracteriza-se por cefaleias e alterações visuais como perda de visão e diplopia, que podem ser irreversíveis. A descontinuação do fármaco resulta na normalização da pressão intracraniana em 2 a 4 semanas.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 20 anos. Admitido no Serviço de Urgência por febre, mialgias, cefaleias e alterações cutâneas com 3 dias de evolução. Apresentava-se normotenso, taquicárdico e febril. Observada sufusão conjuntival bilateral e exantema macular eritematoso na face, tronco e membros, com áreas de coalescência formando lesões em toalha, com atingimento palmoplantar. Sem enantema ou adenomegalias palpáveis. Dos exames complementares, destacamos linfopenia, monocitopenia, trombocitopenia, proteína C reactiva e procalcitonina elevadas. Serologias VIH, sífilis, EBV, sarampo e influenza A e B negativas. Ecografia abdominal revelou hepatoesplenomegalia, ligeiros derrames peritoneal e pleural bilateral. Diagnóstico presumptivo de febre escarotodular, iniciou terapêutica com doxiciclina. Evolução favorável do exantema e quadro séptico, no entanto, ao quinto dia de terapêutica inicia visão turva, diplopia e agravamento de cefaleia. Realizou fundoscopia óptica que mostrou edema papilar bilateral, sugestivo de HIC. A RMN CE não revelou alterações. Realizou punção lombar que confirmou a hipertensão de liquor, cuja citoquímica foi normal e bacteriológico negativo. Evolução favorável com resolução das queixas e melhoria do papiledema após o procedimento.

Conclusão: A HIC secundária a doxiciclina é um efeito secundário grave que deve ser prontamente reconhecido. Para além da descontinuação do fármaco, pode ser necessária a remoção de liquor para descompressão do nervo óptico e evitar a perda de visão.

ENDOCARDITE NÃO BACTERIANA

Autor: Francisco Gouveia

Autores: Dr.^a Carina Ramalho, Dr. Joaquim Peixoto, Dr.^a Etel Florova, Dr. Bruno Santos, Dr.^a Sílvia Rodrigues, Dr.^a Rosário Ginga, Dr.^a Fátima Campante

Apresentador: Francisco Gouveia

Hospital: Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Serviço: Medicina Interna

Objetivo: Apresentação de um caso clínico

Método: Os autores apresentam um caso clínico de um doente do sexo masculino, 52 anos, com antecedentes pessoais de úlcera péptica gástrica e tabagismo, admitido no serviço de urgência por alteração súbita do estado de consciência e hemiparesia direita com 6 horas de evolução.

Resultados: O doente realiza Tc Ce que evidência: área lesional hipodensa em localização cortical e subcortical insular posterior esquerda e área lesional hipodensa cortico-subcortical parietal superior homolateral. Para exclusão de lesão cardio-embólica, realizou ecocardiograma que revela: massa com cerca de 40x13 mm no folheto anterior da válvula mitral. Cumpriu terapêutica com gentamicina, ampicilina e fluconazol, apesar de apresentar hemoculturas negativas. Analiticamente verificou-se a presença de anticoagulante lúpico, anti-beta2glicoproteínas IgG e IgM e anticorpo anti-cardiolipina positivos. Foi iniciada terapêutica imunossupressora, apesar do doente não apresentar critérios de Lupus Eritematoso Sistémico. O doente foi posteriormente referenciado à cirurgia cardiotorácica do HSM para valvuloplastia, O diagnóstico de endocardite de Libman-Sacks foi confirmado através do estudo anatomo-patológico da massa na válvula mitral.

Conclusão: A endocardite não bacteriana é uma entidade incomum, de difícil diagnóstico, exigindo um elevado grau de suspeição pelo que é frequentemente subdiagnosticada. Novos estudos serão necessários de modo a se conhecer melhor os mecanismos fisiopatológicos envolvidos, de forma a definir qual a melhor abordagem destes doentes.

“3 FACES INCOMUNS DE UM SINTOMA HABITUAL” - SÉRIE DE CASOS CLÍNICOS DE CAUSAS INCOMUNS DE DISPNEIA

Autor: Joana Couto

Autores: Luís Pontes dos Santos, Joana Alves, Raquel López, Diana Guerra

Apresentador: Joana Couto

Hospital: ULSAM

Serviço: Medicina 1

Introdução: A dispneia é um dos motivos mais comuns de admissão no Serviço de Urgência e encontra-se presente em 25% dos doentes em ambulatório, por vezes a sua etiologia é surpreendente. As causas mais comuns de dispneia incluem doença cardíaca, pulmonar, causas sistémicas e doenças neuromusculares.

Caso Clínico: Apresenta-se 3 casos clínicos de causas incomuns e, por vezes subdiagnosticadas, de dispneia.

Caso clínico 1: Mulher, 83 anos, recorreu ao SU por quadro de dispneia, obstipação e dor abdominal, a radiografia torácica mostrou subida marcada da hemicúpula diafragmática direita (HDD). Por obstipação e dor abdominal, pedida TC Abdomino-pélvico para exclusão de quadro oclusivo que revelou Síndrome Chilaiditi, variante anatómica rara (interposição temporária ou permanente do cólon ou intestino delgado no espaço hepatodiafragmático, sintomática). Neste caso, por aerocolia existia marcada elevação da HDD com atelectasia compressiva do parênquima subpleural.

Caso clínico 2: Mulher, 82 anos, referenciada a consulta de Medicina Interna por dispneia e tosse, radiografia mostrou imagem localizada no espaço torácico bem delimitada com nível hidroaéreo – compatível com hérnia do hiato. Estudo de anemia com endoscopia digestiva alta que confirmou volumosa hérnia do hiato. Recusou tratamento cirúrgico.

Caso clínico 3: Homem, 76 anos, antecedentes de doença pulmonar obstrutiva crónica recorre ao SU por quadro de agravamento do padrão habitual de dispneia, dor abdominal e obstipação (sem dejeções há 8 dias), radiografia abdominal mostrou presença de distensão das ansas intestinais ao longo de todo o colon. Após exclusão de causas de agudização de DPOC, concluiu-se agudização por obstipação.

Conclusão: É importante relembrar que a dispneia apesar de um sintoma comum, tem múltiplas causas. A maioria dos doentes inserem-se nos principais grupos de diagnóstico, no entanto existem algumas causas incomuns que que importa relembrar para que não sejam subdiagnosticadas.

CONGLOMERADO ADENOPÁTICO SUBMANDIBULAR – E AGORA?

Autor: Margarida Mouro

Autores: Marcelo Aveiro, Pedro Neto, Tatiana Rodrigues, Rosa Jorge

Apresentador: Margarida Mouro

Hospital: Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Serviço: Medicina Interna - Medicina III

Introdução e Objetivo: A toxoplasmose é uma parasitose geralmente assintomática em imunocompetentes, cuja principal manifestação são as adenopatias cervicais. Pretende-se realçar a importância de uma boa anamnese e exame objetivo, além do pedido adequado de exames complementares.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, 30 anos, sem antecedentes de relevo, medicada com contraceptivo oral, com calendário vacinal atualizado. Referência à presença de 3 gatos na habitação, negava viagens recentes. Encaminhada pelo médico assistente à consulta de Medicina Interna por conglomerado adenopático submandibular direito com 1 mês de evolução e adenomegália inguinal há 1 semana. A doente negava febre, perda de peso ou anorexia. Ao exame objetivo, apresentava adenomegalias palpáveis na região submandibular direita, uma na região cervical direita, infraentimétrica, e outra na região inguinal esquerda (cerca de 2cm), todas móveis e elásticas. A ecografia de partes moles confirma várias adenomegalias na região submandibular e ângulo da mandíbula (as maiores com 33x10mm e 20x10mm). Analiticamente, destaca-se: VS 11, serologias para toxoplasmose positivas - IgM (7,2) e IgG (123,1) aumentadas. Na consulta seguinte apresentava diminuição das adenomegalias e negava queixas. Em exames realizados, não havia alterações de relevo, exceto as adenomegalias nas regiões submandibular e inguinal, de aspeto compatível com origem inflamatória, bem como fígado com dimensões no limite superior da normalidade. Meio ano após início do quadro mantinha-se assintomática e sem gânglios palpáveis.

Conclusão: Adenomegalias com meses de duração sem outros sinais e sintomas são frequentes na toxoplasmose, por sua vez responsável por 20% das adenomegalias inexplicáveis no adulto, sendo as serologias fundamentais para o diagnóstico. Embora inquietantes no adulto jovem, devemos lembrar sempre das causas benignas (implicadas em cerca de 80% dos casos até aos 30 anos), evitando exames invasivos desnecessários.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA DO DERRAME PLEURAL – UM CASO DE “PLEURITE CRÓNICA INESPECÍFICA EM DOENTE COM LINFOMA NÃO-HODGKIN

Autor: Mário Bruno Santos

Autores: Rita Félix Soares; Filipe Basto

Apresentador: Mário Bruno Santos

Hospital: Centro Hospitalar de São João

Serviço: Medicina Interna

Introdução: Condições inflamatórias da pleura, caracterizadas por um infiltrado predominantemente linfocítico, podem ter várias etiologias. No entanto, mesmo após investigação clínica exaustiva, nem sempre é possível apurar uma causa subjacente.

Caso clínico: Mulher de 82 anos com antecedentes de silicose, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial. Internada em Outubro/2016 por derrame pleural à direita para estudo. O líquido pleural revelou 1150 células com 80% de linfócitos, critérios de exsudado e adenosina desaminase de 45 U/L. Micobacteriológico (directo e cultural) e PCR para *Mycobacterium tuberculosis* negativos. Citologia negativa para células malignas. Imunofenotipagem do líquido pleural com presença de população B aparentemente policlonal com ligeiro predomínio de cadeias lambda (confirmado após reavaliação). O TC-tórax revelou adenomegalias mediastínicas, a maioria com calcificações. Excluída patologia auto-imune. Efectuou toracoscopia diagnóstica que observou pleural parietal de aspecto granitado com histologia a mostrar pleurite crónica, inespecífica. Colocou dreno torácico que retirou ao fim de 5 dias. Broncofibroscopia inconclusiva. Foi decidido iniciar metilprednisolona 25 mg/dia, por novo agravamento do derrame, tendo apresentado aparente resposta. Por suspeita de linfangite carcinomatosa pulmonar, realizou endoscopia digestiva alta que revelou formações pseudopolipoides duodenais com histologia sugestiva de envolvimento duodenal por linfoma B de “células pequenas/baixo grau” provavelmente folicular. Manteve corticoterapia com resolução completa do derrame.

Discussão: No estudo das pleurites linfocíticas, pode ser difícil distinguir entre processos reactivos e neoplásicos. Na suspeita de doença linfoproliferativa, a caracterização imunofenotípica da população linfóide permite, habitualmente, concluir da existência ou não de monoclonalidade.

HIPONATRÉMIA COMO SÍNDROME PARANEOPLÁSICO

Autor: Gameiro dos Santos, R.

Autores: Gracio de Almeida, I., Miguel Nobre, C., Ponte, T., Carneiro, F., Campante, F.

Apresentador: Rita Gameiro dos Santos

Hospital: Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Serviço: Medicina Interna

Introdução: A neoplasia pulmonar é uma das mais frequentes em Portugal e uma das principais causas de mortalidade por cancro em homens. O carcinoma de células pequenas do pulmão (CCPP) é um subtipo menos comum e extremamente agressivo. O diagnóstico de CCPP é feito em 75% dos casos de síndrome de secreção inapropriada de hormona anti-diurética (SIADH) de causa paraneoplásica.

Caso Clínico: Apresentamos o caso de um homem, 73 anos, grande fumador, antecedentes patológicos de hipertensão arterial e um tromboembolismo pulmonar. Trazido ao serviço de urgência por episódios de lipotímias recorrentes no mês anterior. Associado apresentava cefaleias intensas e um quadro de desorientação progressiva. Entre a medicação habitual encontrava-se um diurético tiazida. Analiticamente destacava-se uma hiponatrémia de 111 mg/dL. O estudo da hiponatrémia sugeriu inicialmente uma causa iatrogénica secundária a diuréticos. No entanto, uma hipotransparência presente nas telerradiografias torácicas realizadas anteriormente motivou a realização de uma TC-torácica que caracteriza uma primeira massa provavelmente neoplásica com origem no brônquio do lobo médio direito com cerca de 5,7 centímetros (cm) e uma segunda massa com 3,7 cm no segmento apical do pulmão ipsilateral. Associados estavam volumosos conglomerados adenopáticos mediastínicos e hilares direitos. Apesar da broncofibroscopia ser inconclusiva na confirmação de neoplasia e da pesquisa de células neoplásicas no escovado brônquico ser negativa, o doseamento marcado de marcadores tumorais específicos de neoplasia pulmonar redirecionaram o diagnóstico principal para a hipótese mais provável de hiponatrémia como síndrome paraneoplásica. O doente faleceu sem um diagnóstico histológico confirmado.

Discussão: Este caso chama a atenção para o facto de, mesmo em doenças de evolução rápida, ser possível um diagnóstico presuntivo através de dados epidemiológicos, imagiológicos e síndromes paraneoplásicas.

DE HIPERURICEMIA A SÍNDROME DRESS

Autor: Violeta Suruceanu

Autores: Carla Sousa, Rita Parente, Sara Viana, Sócrates Naranjo, Tamar Garcia, Malam Djassi, Augusto Mendonça, Armando Nodarse, José Segurado, Pablo Nieto, Pádua Fernando, Isabel Soles

Apresentador: Violeta Suruceanu

Hospital: Dr. José Maria Grande, Portalegre

Serviço: Medicina Interna

A Síndrome DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) constitui uma reação adversa a medicamentos potencialmente fatal que se caracteriza clinicamente por uma erupção cutânea generalizada, acompanhada por alterações sistémicas e envolvimento multiorgânico, com um período latente de 2 a 6 semanas.

Caso clínico: Homem de 59 anos, com grave acometimento dermatológico e alterações laboratoriais significativas, após início, 3 semanas antes, de Alopurionol 300 mg por hiperuricemia.

Recorreu ao SU, por exantema maculo-papular, com 3 dias de evolução, sem melhoria em ambulatório com Corticoterapia sistémica e anti-histamínicos (Deflazacorte 6mg e Tavegyl).

Apresentava-se febril, com exantema máculo-papular difuso, simétrico e pruriginoso, sem bolhas ou outras alterações.

Analiticamente: Neutrofilia (>15.000/mm³), Eosinofilia de 22% e Proteína C Reactiva 28,2 mg/L, Ureia 136,3 mg/dl, Creatinina 2,8 mg/dl, LDH- 487 U/L; ALT, GGT, sem alterações.

Rx tórax, Abdómen e Ecografia Renal, sem alterações.

Foi admitido na UCI, por agravamento do edema e estado geral, admitindo-se Síndrome DRESS/ Epidermólise Tóxica em evolução.

Iniciou fluidoterapia, Prednisolona 100 mg/dia, durante 5 dias, passando posteriormente a 1mg/Kg, mantendo Ceftriaxona associada a Claritromicina.

Por Pneumonite secundária a Síndrome Dress, necessitou de VNI.

Descartou-se a hipótese de processo leucemóide: Esfregaço de Sangue Periférico: linfoplasmócitos (6-9%) e manchas de Grumpecht; Mielograma e Biópsia óssea, mielograma com Imunofenotipagem: Negativos. Por suspeita de Síndrome de Sezary foi feita biópsia cutânea das lesões, negativa

Objetivou-se progressiva melhoria clínica e laboratorial.

Conclusão: o reconhecimento da Síndrome DRESS é extremamente importante para que a intervenção clínica possa ocorrer o mais precocemente possível.

COXALGIA - ARTROSE OU ALGO MAIS? - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Autor: Margarida Gaudêncio

Autores: Sara Faria, Marta Brás, Fábio Almeida, Isabel Bessa, Amélia Pereira

Apresentador: Margarida Gaudêncio

Hospital: Hospital Distrital da Figueira da Foz

Serviço: Medicina

Introdução: O linfoma difuso de grandes células é um tipo de linfoma não Hodgkin relativamente comum, sendo responsável por 30-58% dos casos. Surge geralmente como doença primária dos gânglios linfáticos, podendo apresentar envolvimento extranodal em mais de 50% dos doentes à data de diagnóstico, sendo que aproximadamente 15% apresenta atingimento medular. Os autores propõem-se apresentar um caso clínico em que a manifestação inicial foi a coxalgia e perda progressiva da capacidade de marcha.

Caso Clínico: Doente, género masculino, 62 anos, recorreu ao serviço de urgência por coxalgia intensa, sobretudo durante o período noturno com 6 meses de evolução, associada a anorexia, perda ponderal e degradação da capacidade de marcha nas 2 semanas anteriores. Antecedentes de cirurgia vascular em Maio de 2016 por trombose venosa extensa e patologia prostrática. Medicado com hidromorfona, tizanidina, metamizol em SOS. Realizou tomografia computadorizada que evidenciou sinais de artrose sacroilíaca bilateral, com lesão osteolítica centrada na asa ilíaca esquerda com volumosa massa de tecidos moles associada, assim como, adenopatias lomboaórticas, ilíacas e inguinais esquerdas com critérios de malignidade. Foi feito estudo anatomopatológico da lesão descrita com diagnóstico de linfoma não Hodgkin B, difuso de grandes células, CD20 positivo, Bcl2 e Bcl 6 positivo.

Discussão e Conclusão: A coxalgia é um importante sintoma, limitando a funcionalidade do doente, sendo a coxartrose, um dos diagnósticos diferenciais mais comuns. Contudo, em situações excepcionais pode haver patologia neoplásica tal como tumores ósseos ou linfomas.