



REVISTA DE SAÚDE AMATO LUSITANO

Associação para a saúde
de Castelo Branco, EPE



CHCB CMBI

CONGRESSO
MÉDICO
BEIRA
INTERIOR

MED'IN: covilhã

INOVAÇÃO EM MEDICINA

28 - 29 . setembro . 2018

INSCRIÇÕES ON-LINE

www.chcbeira.pt



LOCAL | AUDITÓRIO DA FACULDADE CIÊNCIAS DA SAÚDE, UBI

CURSOS PRÉ E PÓS-CONGRESSO

- 11 SUTURAS E PEQUENA CIRURGIA
- 11 ELECTROCARDIOGRAFIA: DA TEORIA À PRÁTICA CLÍNICA
- 11 VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA
- 11 RADIOLOGIA BÁSICA - RADIOGRAFIA DO TÓRAX E ECOGRAFIA EM URGÊNCIA
- 11 EQUILÍBRIO ÁCIDO - BASE
- 11 PUBLICAÇÃO MÉDICA: DA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA À ESCRITA CIENTÍFICA
- 11 SAVIC - SUPORTE AVANÇADO DE VIDA EM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
- 11 ACLS - ADVANCED CARDIAC LIFE SUPPORT
- 11 FCCS - FUNDAMENTAL CRITICAL CARE SUPPORT

PAINÉIS TEMÁTICOS / CONFERÊNCIAS

POSTERS, COMUNICAÇÕES E IMAGENS

PATROCÍNIOS | CIENTÍFICOS



APOIOS



PATROCÍNIOS





Unidade Local de Saúde
de Castelo Branco, EPE



REVISTA DE SAÚDE
AMATO
LUSITANO



AMATO LUSITANO

R E V I S T A D E S A Ú D E

PROPRIEDADE

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco
Anotada no Instituto da Comunicação Social
Depósito Legal - 105483/96
eISSN - 2182-2603
Latindex - Revista de Saúde Amato Lusitano 5057

CONTACTOS

Av. Pedro Álvares Cabral 6000-085 Castelo Branco
revsaude.amatolusitano@gmail.com
272 000 245

CONSELHO CIENTÍFICO

Prof. Doutor Alves de Moura (Medicina Interna)
Prof. Doutor Alberto Barros (Genética)
Prof. Doutor Artur Paiva (Cuidados Intensivos)
Prof. Doutor Daniel Serrão (Ética)
Prof. Doutor Filipe Caseiro Alves (Imagiologia)
Prof. Doutor Guilherme Tralhão (Cirurgia)
Prof. Doutor Massano Cardoso (Epid./Med. Preventiva)
Prof. Doutor Nascimento Costa (Medicina Interna)
Prof. Doutora Paula Sapeta (Enf. Médico Cirúrgica/Cuidados Paliativos)
Prof. Doutor Rui Marinho (Hepatologia)
Prof. Doutor Sérgio Deodato (Direito da Saúde)
Dra. Almerinda Silva (Pediatria)
Dra. Ângela Trindade (Enfermagem Saúde Materno-Infantil)
Dr. António João (Gestão de Serviços de Saúde)
Dr. António Lourenço Marques (Cuidados Paliativos)
Dra. Arnandina Loureiro (Cirurgia Geral)
Dr. Augusto Lourenço (Cirurgia Geral)
Dra. Beatriz Craveiro Lopes (Dor)
Dr. Carlos Gomes (Saúde Mental)
Dr. Carlos Maia (Enfermagem Reabilitação)
Dra. Emília Bengala (Enfermagem Saúde Infantil)
Dr. Ernesto Rocha (Nefrologia)
Dra. Helena Garcia (Anatomia Patológica)
Dr. João Fonseca (Urologia)
Dr. João Frederico (Cuidados Intensivos)
Dr. João Moraes (Cardiologia)
Dr. Vieira Pires (Medicina Geral e Familiar)
Dr. Pedro Henriques (Medicina Interna)
Dr. Reis Pereira (Medicina Interna)
Dra. Rute Crisóstomo (Fisioterapia)
Dr. Sanches Pires (Medicina Geral e Familiar)
Dra. Sandra Queimado (Farmácia)
Dr. Sérgio Barroso (Oncologia)

DIRECTOR

Dr. António Banhudo

SUB DIRECTOR

Dr. Pedro Silva Vaz

CONSELHO EDITORIAL

Dr. António Gouveia
Prof. Doutora Assunção Vaz Patto
Prof. Doutor Carlos Almeida
Dra. Isabel Duque
Dra. Maria Eugénia André
Prof. Doutor Manuel Nunes

CONSELHO REDACTORIAL

Dra. Ana Caldeira
Enf. André Mendes
Dr. Carlos Lozoya
Dra. Gina Melo
Dr. Joaquim Serrasqueiro
Dr. Jorge Monteiro
Dra. Rita Crisóstomo
Dra. Rita Resende
Dra. Rosa Silva
Dr. Rui Alves Filipe
Dr. Rui Sousa

INDICE

COMUNICAÇÕES ORAIS
PÁG 6 À PÁG. 24

POSTERS
PÁG 25 À PÁG. 63



 Centro
Hospitalar
Cova da Beira, E.P.E.
Covilhã / Fundão

 ACES
COVA DA BEIRA

 ULS
COVILHÃ

 ULS
Unidade Local de Saúde
de Castelo Branco, EPE

cmbi@chcbeira.min-saude.pt

CHCB CMBI



CONGRESSO
MÉDICO
BEIRA
INTERIOR

MED'IN:

INOVAÇÃO EM MEDICINA

covilhã

28 - 29 . setembro . 2018

INSCRIÇÕES ON-LINE

www.chcbeira.pt



LOCAL | AUDITÓRIO DA FACULDADE CIÊNCIAS DA SAÚDE, UBI



AMATO LUSITANO
REVISTA DE SAÚDE

QUANDO O DIAGNÓSTICO É UMA DOR DE CABEÇA...

ANA DIONISIO, PEDRO CARLOS, ARTUR GAMA, CARLA GONÇALVES, LEOPOLDINA VICENTE - CHUCB

INTRODUÇÃO

A arterite temporal é uma vasculite crónica de vasos de médio e grande calibre que ocorre habitualmente em indivíduos com mais de 50 anos de idade, envolvendo principalmente ramos extra-cranianos das artérias com origem no arco aórtico. A etiologia é desconhecida embora se incluam como hipóteses a predisposição genética e agentes infecciosos.

CASO CLÍNICO

Apresenta-se o caso de uma mulher de 83 anos que recorre ao Serviço de Urgência por cefaleia holocraniana intensa, hiperalgia na cavidade oral, assim como claudicação da mandíbula seguida de perda de acuidade visual à esquerda. Teria tido no mês anterior quadro de cefaleia com aparecimento de vesículas no dermatomo do nervo trigémino tendo sido medicada com aciclovir

por suspeita de herpes zóster, apresentando evolução favorável. Ao exame objectivo apresentava febre e dor à palpação das regiões temporais e das articulações temporo-mandibulares. A velocidade de sedimentação era elevada ($>50\text{mm}/1^{\text{a}}\text{hora}$) tendo realizado biopsia da artéria temporal na investigação diagnóstica que confirmou tratar-se de uma arterite temporal.

DISCUSSÃO

A suspeita do diagnóstico deve ser colocada perante uma cefaleia de início recente em doente com mais de 50 anos. Dados do exame objectivo como a palpação das artérias temporais poderão orientar a suspeição diagnóstica apesar de muitas vezes a clínica ser interpretada como quadro infeccioso. O tratamento atempado com corticóides melhora o prognóstico e reduz os sintomas.

MENTE DOENTE EM CORPO DOENTE

PEDRO CHURRO, VERA ABRUNHOSA VIEIRA ROCHA, UCSP SÃO MIGUEL E SÃO TIAGO - ULS DE CASTELO BRANCO

INTRODUÇÃO

A doença de Wilson (DW) é caracterizado como um distúrbio genético hereditário, que pode aparecer em qualquer idade e na qual há uma acumulação de cobre em vários órgãos (e.g. fígado e cérebro) por defeituosa eliminação através do sistema biliar. Os sinais mais frequentes são na visão o anel Kayser-Fleischer (aKF), a nível hepático os episódios agudos de hemólise associada a insuficiência hepática aguda (icterícia) e a cirrose, a nível neurológico os tremores, a ataxia e distonia e a nível psiquiátrico sinais de características psicóticas que se assemelham a paranóia, esquizofrenia ou depressão. As manifestações hepáticas precedem as manifestações neuropsiquiátricas, contudo se não houver um seguimento médico as segundas podem ser indicio de DW.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, 53 anos, reformada por doença crónica. Integra uma família nuclear, fase VII do Ciclo de Duvall, classe média-baixa de Graffar. Antecedentes pessoais de DW (diagnosticada aos 30 anos) sem qualquer seguimento, esquizofrenia e incumprimento terapêutico, HTA não controlada, pancreatite aguda e

litíase vesicular com posterior colecistectomia (2016). Em Abril/2017 teve episódio de ingestão medicamentosa voluntária com antidepressivos tricíclicos. Ao exame objectivo verifica-se prostração, disartria, afasia e presença de aKF. Analiticamente: Urina II >1000 triciclicos. Imagiologicamente (TC crâneo): hipodensidade difusa, bilateral e simétrica da substância branca periventricular e do centro semioval de ambos os hemisférios cerebrais de etiologia imprecisa do ponto de vista TDM. Observada por Neurologia que não excluiu presença de Doença de Wilson em progressão. Após estabilidade do quadro e por manter discurso incoerente pede-se apoio/internamento no serviço de Psiquiatria para controlo comportamental. No decorrer do internamento analiticamente: Ceruloplasmina $<3\text{mg/dL}$ e medicada com D-penicilamina, aripiprazol e clonazepam. Teve alta com encaminhamento para consulta de Neurologia e seguimento no Médico Assistente.

DISCUSSÃO

Este caso clínico ressalva a importância de se ter em consideração que alterações a nível hepático e/ou distúrbios neuropsiquiátricos podem ser indiciadores de

DW, independentemente da idade em que surjam. Tendo em mente este diagnóstico, existem um conjunto de meios de diagnóstico que o confirmam, sendo igualmente

fundamental o rastreio familiar. Uma vez estabelecido, o tratamento/seguimento deve ser contínuo durante toda a vida e aí o MF assume um papel preponderante.

CUADRO OCLUSIVO SECUNDARIO A SÍNDROME DE ASA AFERENTE: DIAGNÓSTICO ERRÓNEO DE PANCREATITIS AGUDA

SARA ALONSO BATANERO, JUAN EMMANUEL SÁNCHEZ LARA, TERESA RUBIO SANCHEZ, MARTÍN DE JESUS RODRÍGUEZ PERDOMO, RAQUEL RODRÍGUEZ GARCIA, PEDRO ANTONIO MONTALBÁN VALVERDE, JOSÉ EDECIO QUIÑONES AMPEDRO, JUAN IGNACIO GONZÁLEZ MUÑOZ, LUIS MUÑOZ BELLVÍS - SERVICIO DE CIRUGÍA Y DEL APARATO DIGESTIVO COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Asa Aferente es una complicación infrecuente caracterizada por la obstrucción mecánica del asa aferente o desfuncionalizada ("asa ciega") que se confecciona al realizar una reconstrucción del tránsito digestivo tipo Billroth II o en Y de Roux.

CASO CLÍNICO

Mujer de 58 años con antecedentes de mastectomía por cáncer de mama (hace 15 años) y gastrectomía total con anastomosis esófago-yeyunal con reconstrucción en Y de Roux más yeyunostomía de alimentación por un adenocarcinoma gástrico hace un año. Acude a Urgencias por cuadro de dolor abdominal difuso de menos de 12h de evolución, que asocia náuseas y vómitos biliosos. Afebril con tránsito intestinal conservado. No refiere otras alteraciones. Tras realización de pruebas complementarias: datos de colestasis, amilasa 1340 U/L, lipasa 2980 U/L y ecografía no concluyente; es diagnosticada de pancreatitis aguda e ingresa en Digestivo para fluidoterapia intensiva y tratamiento analgésico.

La evolución clínico-analítica es desfavorable. Se realiza TAC abdominal que informa de asa de duodeno muy dilatada (5,4 cm) con contenido líquido, objetivándose cambio de calibre a nivel del ángulo de Treitz y cabeza pancreática ligeramente aumentada de tamaño con pequeña cantidad de líquido alrededor de la misma. Es evaluada por cirugía general quienes proponen intervención quirúrgica urgente.

Se realiza laparotomía exploradora: Evidenciándose gran dilatación del asa aferente sin signos de compromiso vascular secundario a estenosis de primer asa yeyunal adyacente a localización de yeyunostomía previa y proximal a anastomosis yeyuno-yeyunal no estenosada. Resto de intestino delgado y asa alimentaria de calibre normal. Sin signos de carcinomatosis ni de recidiva tumoral.

Se realiza resección segmentaria intestinal de estenosis yeyunal y anastomosis latero-lateral mecánica duodenoyeyunal sobre la cuarta porción y proximal a pie de asa.

La paciente evolucionó favorablemente y fue alta al quinto día postoperatorio.

DISCUSIÓN

El síndrome de asa aferente es una complicación infrecuente con una tendencia a la baja en su incidencia debido a la disminución de cirugías gástricas por patologías benignas.

Cuando se obstruye el asa aferente funciona como un circuito cerrado de asa ciega, de manera que se produce dilatación retrógrada del asa por acúmulo de secreciones en su interior e hipertensión generando una reacción inflamatoria sobre el páncreas. Dicha asa puede llegar incluso a perforarse dando un cuadro grave de sepsis. Su diagnóstico clínico es difícil, se necesita una alta sospecha clínica ya que los síntomas son inespecíficos y su mortalidad elevada. Basándose el diagnóstico definitivo en la obtención de pruebas de imagen.

ESTUDO COMPARATIVO DAS COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS À GESTÃO TARDIA VERSUS GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

RUTE TAVARES, UCSP VILA VELHA DE RÓDÃO; MARIA JOÃO NASCIMENTO/USF D. FRANCISCO DE ALMEIDA – ABRANTES; CLÁUDIA RODRIGUES/UCSP VILA VELHA DE RÓDÃO; CARLOS ALBUQUERQUE/IPV – ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU. CI&DETS. UICISA; HUMBERTO TOMÉ/SERVIÇO DE GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA DO HOSPITAL AMATO LUSITANO – ULS CASTELO BRANCO

INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência está associada a complicações, como o baixo peso ao nascer, parto pré-termo, anemia materna, depressão pós-parto, eclampsia e morte. Sabe-se, também, que existem maiores riscos associados à gravidez tardia: abortamento espontâneo, parto pré-termo, recém-nascidos macrossômicos, partos distócicos, cromossomopatias, assim como Diabetes Gestacional, Hipertensão e Pré-Eclampsia.

OBJECTIVOS

Conhecer o perfil de adesão à vigilância da gravidez e identificar a frequência de complicações associadas à gestação, tendo por matriz comparativa a idade gestacional das mulheres.

MÉTODOS

Estudo exploratório, com recurso a dados clínicos provenientes do livro de partos (2016 e 2017) num Hospital da Região Centro, tendo como grupos comparativos: grávidas com idade entre 18-34 anos (grupo 1), grávidas com idade igual ou superior a 35 anos (grupo 2) e grávidas com idade inferior a 18 anos (grupo 3). Os dados colhidos, referentes apenas a partos associados a nascidos vivos (559 de mulheres do grupo 1, 247 de mulheres do grupo 2 e 9 mulheres do grupo 3), foram objeto de análise estatística no SPSS®.

RESULTADOS

Os dados obtidos permitiram constatar que: (i) a adesão às consultas de vigilância da gravidez foi de 76,7% por parte das grávidas do grupo 1, de 76,1% nas grávidas do

grupo 2 e de 100% nas grávidas adolescente, diferença esta estatisticamente significativa a favor das adolescentes (res.>1,96); (ii) a maior percentagem de primíparas registou-se no grupo das grávidas adolescentes (100%), contra os 58,5% registados nas grávidas do grupo 1 e apenas 29,1% de primíparas do grupo 2 (diferença esta estatisticamente significativa, res.>1,96). No que respeita às principais complicações associadas à gestação, os resultados evidenciaram que: são as grávidas do grupo 2 a apresentar maior percentagem de partos por cesariana (31,6% vs 23,8% no grupo 1 e 0,0% no grupo das adolescentes, res.>1,96); é nas grávidas do grupo 2 que ocorre o maior número de partos antes das 37 semanas (5,3% vs 4,8% no grupo 1 e 0,0% no grupo das adolescentes, res.<1,96); são os recém-nascidos das mulheres do grupo 2 que em maior percentagem apresentam um APGAR no primeiro minuto inferior a 9 (18,2% vs 15,4% no grupo 1 e 11,2% no grupo das adolescentes, res.<1,96); e é no grupo das mulheres mais velhas que há maior percentagem de recém-nascidos macrossômicos (4% vs 2,9% no grupo 1 e 0,0% no grupo das adolescentes, res.>1,96).

DISCUSSÃO

Os resultados apontam para uma maior incidência de complicações associadas à gestação tardia, com diferenças estatisticamente significativas. No entanto é de salientar que o facto do tamanho da amostra de adolescentes ser reduzido, não nos permite extrapolar estes mesmo resultados para a população. No entanto, permitem inferir que os médicos de família devem estar despertos para implementar, junto destas gestantes, um

HOMEM COM CANCRO DA MAMA METASTIZADO E MENINGITE POR LISTERIA E EBV

ÁLVARO OLIVEIRA, CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE; REGINA CALDAS/HOSPITAL DE BRAGA; RICARDO GOMES/HOSPITAL DE BRAGA; MARINA ALVES/HOSPITAL DE BRAGA; CÉU RODRIGUES/HOSPITAL DE BRAGA; CARLOS CAPELA/HOSPITAL DE BRAGA

INTRODUÇÃO

A neoplasia da mama no homem é uma entidade rara, englobando 1% de todas as neoplasias malignas da

mama e 0,2% de todas as neoplasias, levando a diagnóstico mais tardio comparado com a mulher. Os estados de imunossupressão associados a neoplasias

ativas, aumentam o risco de infeções por agentes menos comuns.

CASO CLÍNICO

Homem de 63 anos, caucasiano, com história de Hipertensão arterial, Insuficiência cardíaca isquémica e anemia. Admitido no Serviço de Urgência por dor abdominal, náuseas, vômitos e uma história de emagrecimento não quantificado. Objetivamente destacava-se massa palpável na mama esquerda, com 5x3cm, dura, e retração mamilar. Hepatomegalia palpável. Analiticamente: anemia, leucocitose, proteína C reativa elevada, e padrão de citocolestase. CEA elevado. Biopsia mamaria revelou carcinoma ductal invasor, NST de grau 3, com metastização pulmonar e hepática documentadas em TAC e óssea em cintigrafia. Por início de febre, com aparente foco respiratório, iniciou-se empiricamente levofloxacina. Hemoculturas com isolamento de *Listeria monocytogenes*. Citoesfregaço do LCR compatível com meningite. Microbiológico negativo;

positividade para o DNA do EBV, no LCR e no sangue periférico. Assumido diagnóstico de meningite por *Listeria* e EBV. Apesar das medidas terapêuticas instituídas o doente acabou por falecer.

DISCUSSÃO

No homem a patofisiologia do carcinoma da mama não é ainda bem compreendida, tendo os fatores genéticos e hormonais um papel importante. Habitualmente surge na sexta década de vida, sendo o seu estadiamento, classificação, terapêutica e prognóstico semelhante ao do sexo feminino. O seu diagnóstico é frequentemente tardio, por ausência de sintomas e sinais precoces e pela limitada ponderação conferida a esta entidade pelos doentes e profissionais de saúde. Na infeção por *Listeria* é recomendada a exclusão de meningite, sendo certo que mesmo o cultural sendo negativo, não podemos excluir infeção. A meningite por EBV é mais comum em pacientes imunocomprometidos, não devendo esta causa etiológica ser esquecida.

SOUVENIERS DE ÁFRICA: UM CASO DE FEBRE DA CARRAÇA AFRICANA

RITA MENDES, INTERNA DE FORMAÇÃO ESPECÍFICA DE DERMATOLOGIA DO HOSPITAL DE SANTA MARIA; CATARINA QUEIRÓS / INTERNA DE DERMATOLOGIA HOSPITAL DE SANTA MARIA, LUÍS SOARES DE ALMEIDA / MÉDICO ESPECIALISTA EM DERMATOLOGIA DO HOSPITAL DE SANTA MARIA

A febre da carraça africana é causada pela bactéria intracelular *Rickettsia africae*, uma bactéria transmitida através da mordedura da carraça do género *Amblyomma*. Estas carraças são extremamente agressivas procurando activamente os seres humanos que são atacados por múltiplos exemplares. Para além disso, a taxa de infeção das carraças por *R. africae* é elevada (até 100%). Clinicamente a doença caracteriza-se por febre, cefaleias, mialgias cervicais, múltiplas escaras de inoculação (por vezes mais de 30) e linfadenite regional. O aumento do turismo internacional a áreas mais remotas, como o Sul de África predispõe os turistas à mordedura da carraça tratando-se de uma causa cada vez mais frequente de febre em turistas Europeus. Apresentamos o caso de um doente do género masculino, caucasiano, de 58 anos de idade, sem antecedentes pessoais de relevo que, em Maio de 2018, procurou o SU do nosso Hospital por síndrome febril, cansaço e múltiplas lesões cutâneas. O paciente tinha regressado de uma viagem de turismo à África Sul onde visitou várias

zonas remotas com realização de safaris e actividades de caça desportiva. Referia febre, sudorese, náuseas, cefaleia generalizada e mialgias (sobretudo cervicais) desde há 3 dias. Os sintomas tinham começado uma semana após o safari, ainda na África no Sul. À observação dermatológica eram visíveis múltiplas pápulas com crosta negra central rodeadas por um halo eritematoso com edema, localizadas essencialmente nos membros inferiores mas também algumas dispersas no abdómen e membros superiores. Eram ainda palpáveis adenopatias inguinais bilaterais, dolorosas e de consistência fibroelástica. Analiticamente com elevação da PCR. A biópsia cutânea de uma das escaras dos membros inferiores revelou vasculite predominantemente linfocitária com trombos intravasculares, extravasão de eritrócitos e neutrófilos perivasculares e intersticiais, compatível com rickettsiose. O doente foi medicado com doxicilina 100mg duas vezes por dia durante 10 dias com resolução total do quadro. Este paciente tinha características clínicas clássicas de febre da carraça

africana destacando-se essencialmente as múltiplas escaras de inoculação. Apesar da não confirmação etiológica, a clínica e o contexto epidemiológico são suficientes para se estabelecer um diagnóstico provável. Este caso ilustra ainda a importância de alertar os turistas que viajam para localizações endémicas de *R. africae* quanto ao risco de contrair febre da carraça africana, principalmente entre

Novembro e Maio (meses de maior actividade das carraças). Caça desportiva, safaris e outras práticas com contacto com vegetação e animais ungulados são factores de risco independentes. Os viajantes devem ainda ser encorajados a adoptar medidas preventivas nomeadamente utilização de roupas protectoras, preferencialmente impregnadas com acaricidas e repelente de insectos.

TROMBOCITOPENIA IMUNE PRIMÁRIA DO ADULTO: PRÁTICA CLÍNICA DE UM CENTRO HOSPITALAR

ANA PAIVA, ESTUDANTE FCS-UBI; DRA. PATRÍCIA SOUSA, SERVIÇO DE HEMATOLOGIA, CHCB - DRA. PATRÍCIA AMANTEGUI IBARZABAL, CHUCB, SERVIÇO DE PATOLOGIA CLÍNICA

INTRODUÇÃO

A Trombocitopenia Imune Primária (PTI) é uma doença auto-imune caracterizada pela destruição periférica de plaquetas, resultando numa contagem inferior a 100 G/L. A citopenia é isolada, causando discrasias hemorrágicas mucocutâneas, embora muitos doentes se apresentem assintomáticos. O diagnóstico é de exclusão e não obriga ao tratamento. Existem diversas guidelines internacionais que definem critérios diagnósticos e terapêuticos da PTI, contribuindo para a qualidade dos cuidados em saúde prestados aos doentes, resultando numa maior eficácia, eficiência, segurança e equidade.

OBJECTIVOS

Com este trabalho, pretende-se caracterizar clínica e laboratorialmente doentes adultos com PTI diagnosticados, de janeiro de 2005 a dezembro de 2016, e medir a adequação técnico-científica na abordagem diagnóstica e terapêutica desses últimos.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo retrospectivo observacional com consulta de processos clínicos de doentes com PTI e recolha dos seus dados clínicos e laboratoriais. Avaliou-se a concordância entre a prática clínica da nossa instituição e as guidelines da American Society of Hematology e da Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia. Definiu-se como necessários os seguintes critérios diagnósticos: história clínica e exame físico, hemograma completo, esfregaço de sangue periférico, estudo da coagulação, bioquímica, anticorpos antinucleares (ANAs), serologias para vírus da Hepatite B (VHB), Hepatite C (VHC) e da Imunodeficiência Humana

(VIH) e ecografia abdominal (eco). O tratamento deve se iniciar na presença de hemorragias ativas ou trombocitopenia inferior a 20-30 G/L. Em primeira linha, recomenda-se a corticoterapia em alta dose, associada ou não a Imunoglobulina humana (IgIV).

RESULTADOS

A amostra inclui 52 doentes com um rácio M:F 1:1,9 e idade mediana ao diagnóstico de 52 anos (18-93). A maioria dos doentes (88%) teve uma evolução crónica da PTI. As recomendações para o diagnóstico foram cumpridas em 56% da amostra. Os exames mais frequentemente em falta foram a eco (27%), o VHC (23%) e os ANAs (19%). Foram pesquisados os anticorpos antiplaquetários em 27 doentes (52%) que positivaram em 7 (26%). O mielograma foi realizado em 31% dos casos (n=16). 9 doentes com infeção a *H. pylori* erradicada não corrigiram a trombocitopenia. 67% dos doentes foram tratados, dos quais 2 doentes não cumpriram critérios formais. Todos os doentes mantidos em vigilância não tinham critério para tratamento. As opções terapêuticas foram a corticoterapia isolada (n= 32), a corticoterapia combinada com IgIV (n =11), IgIV isolada (n=1) e anti-RhD (n=1). 96% dos doentes tratados com corticoides responderam.

DISCUSSÃO

Este estudo permitiu evidenciar as dificuldades da abordagem diagnóstica da PTI no exercício médico, sendo esta doença um desafio clínico pelo seu diagnóstico de exclusão. A elaboração consensual de um protocolo diagnóstico tipo check-list poderá ser de fácil aplicação perante a suspeita de PTI.

DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA BICLONAL VERSUS TRANSFORMAÇÃO: RELATO DE UM CASO CLÍNICO

MAFALDA FELGUEIRAS, PATOLOGIA CLÍNICA, CHUCB, PATRÍCIA AMANTEGUI (CHUCB - SERVIÇO DE PATOLOGIA CLÍNICA), ANDREIA MONTEIRO (CHUCB - SERVIÇO DE PATOLOGIA CLÍNICA), PATRÍCIA SOUSA (CHUCB - SERVIÇO DE HEMATOLOGIA)

A Macroglobulinemia de Waldenström (MW) caracteriza-se por uma infiltração neoplásica medular de células B pequenas, células linfoplasmocíticas e plasmócitos, definidora de Linfoma Linfoplasmocítico, associada à produção de imunoglobulina M (IgM) monoclonal, representando 2% de todas as neoplasias hematológicas. Em 5 - 10% dos casos, os doentes com MW desenvolvem Linfoma Não Hodgkin Difuso de Grandes Células B (LNH DGCB) como transformação histológica. O presente trabalho descreve o caso de um doente com apresentação clínica atípica com diagnóstico simultâneo de MW e LDGCB. L.V.C.B., sexo masculino, 54 anos, com antecedentes pessoais de tabagismo (30 UMA), doença pulmonar obstrutiva crónica e síndrome depressiva, refere quadro clínico, com dois meses de evolução, caracterizado por astenia e dispneia de esforço, associado a febre vespertina e perda ponderal de 5kg em 2 meses. À admissão, detecta-se um derrame pleural direito volumoso, associado a uma anemia ligeira microcítica, e valores séricos de ADA, LDH e PCR elevados, tendo sido colocada a hipótese diagnóstica de tuberculose pleural. O estudo imunofenotípico (IFT) do líquido pleural documenta uma infiltração a plasmócitos monoclonais kappa de 51%. O estudo bioquímico confirma a presença de paraproteína IgM kappa de >50 g/L. O esfregaço de sangue periférico (SVP) identifica rouleaux eritrocitário, 4% de plasmócitos e linfocitose polimorfa. O estudo IFT de SVP confirma 4%

de plasmócitos monoclonais kappa (idênticos ao identificado no líquido pleural) e 12% de células B monoclonais kappa, tendo-se colocado a hipótese de uma MW. Realiza-se uma biópsia de medula óssea que confirma o diagnóstico, sendo a mutação MYD88 L265P negativa. Por derrame pleural refractário, o doente realiza uma toracoscopia direita, com visualização de lesões nodulares multifocais pleurais parietais e viscerais, seguida de pleurodese direita. A citologia do líquido pleural é diagnóstica de um LNH B de pequenas células e a biópsia da pleura parietal de um LNH DGCB. O doente é referenciado ao Serviço de Hematologia, iniciando quimioterapia de intuito curativo, dirigida ao linfoma agressivo, com esquema RCHOP. A evolução clínica dos doentes com MW é indolente (sobrevivência mediana de 60 meses). Contudo, existe risco de transformação histológica para subtipos de linfomas mais agressivos, que pode ocorrer em qualquer altura do decurso da doença, sendo a taxa de transformação da MW em LDGCB é de cerca de 2.4% aos 10 anos. Nestas situações, o curso da doença torna-se mais agressivo e com pior prognóstico do que num LDGCB de novo (sobrevivência mediana de 2 a 5 meses). No presente caso clínico, dada a simultaneidade dos dois diagnósticos, torna-se pertinente a confirmação da relação clonal entre os dois linfomas, uma vez que a verificar-se ser verdade, terá como consequência a redução significativa da sobrevida do doente.

CARTA MICROBIOLÓGICA DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO COVA DA BEIRA 2017

PEDRO M. CABRAL, SERVIÇO DE PATOLOGIA CLÍNICA - CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO COVA DA BEIRA, MAFALDA FELGUEIRAS (SERVIÇO DE PATOLOGIA CLÍNICA, CHUCB), M. CONCEIÇÃO FARIA (SERVIÇO DE PATOLOGIA CLÍNICA, CHUCB)

A resistência dos microrganismos aos agentes antibacterianos (ATB) é um dos problemas mais prevalentes nos sistemas de saúde, sendo responsável por 390.000 mortes/ano na Europa. O aumento do número de bactérias nosocomiais multirresistentes tem aumentado nas últimas duas décadas, sendo consensual que este fenómeno está intimamente relacionado com

a utilização indiscriminada e excessiva de ATB. Frequentemente, a ação do ATB escolhido não se coaduna com o perfil de resistência do agente etiológico, o que resulta numa pressão seletiva elevada, que favorece a proliferação de estirpes resistentes. Neste contexto, torna-se pertinente a análise integrada da prevalência dos agentes patogénicos isolados e dos seus perfis de

resistência aos ATB. O objetivo do presente trabalho foi retratar esta realidade no CHUCB, de forma a colaborar com os clínicos no tomar de decisões terapêuticas o mais informadas possível. Na recolha de dados verificou-se que, em 2017, a maioria das infeções urinárias foram causadas por bacilos Gram negativos (principalmente *Escherichia coli* e *Klebsiella pneumoniae*) e que, na maioria das hemoculturas positivas, foram isoladas estirpes de *Staphylococcus coagulase negativas*. No que às amostras do trato respiratório diz respeito, os *S. aureus* e as *Pseudomonas aeruginosa* foram os agentes mais

frequentes. Já nas coproculturas, de entre os microrganismos isolados, destacaram-se o *Campylobacter jejuni* e as *Salmonella spp.* Posteriormente, foi feito também um levantamento das resistências ao painel de ATB testados para cada microrganismo, de acordo com as orientações do EUCAST (European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing). Foram assim sistematizados os dados referentes a todos os agentes com mais de 30 isolamentos, sendo também assinaladas todas as resistências intrínsecas a ATB dos mesmos.

HIPONATRÉMIA GRAVE SINTOMÁTICA E RABDOMIÓLISE COM EFEITOS ADVERSOS DE PREPARAÇÃO PARA COLONOSCOPIA

GONÇALO MIRANDA, CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO COVA DA BEIRA, ANA PATRÍCIA GOMES, JOANA CARDOSO, MARIA INÊS GONÇALVES, PEDRO LITO, SANDRINA MACHADO, ROSA BALLESTEROS, CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO COVA DA BEIRA

INTRODUÇÃO

A colonoscopia é o exame de excelência no diagnóstico e tratamento neoplasias do cólon e recto. Uma preparação com limpeza adequada do intestino é indispensável para a realização da técnica em boas condições mas pode estar associada a efeitos adversos.

CASO CLÍNICO

Homem de 58 anos, com antecedentes de depressão, hipertensão arterial, dislipidemia e anemia normocrítica normocrômica e medicado com mirtazapina, valsartan e atorvastatina. Admitido no Serviço de Urgência por alteração do estado de consciência após realização de colonoscopia para estudo da anemia. Realizou preparação com Citra-fleet® (picossulfato de sódio, óxido de magnésio e ácido cítrico) no dia anterior. Após a colonoscopia iniciou quadro de desorientação temporo-espacial e prostração. À admissão apresentava-se hemodinamicamente estável, com abertura espontânea dos olhos mas sem resposta a estímulos verbais ou algícos. Apresentava mioclonias nos membros e reflexos tendinosos vivos, sem défices neurológicos focais. O controlo analítico mostrou hiponatrémia grave (118 mEq/L) e aumento da creatina quinase (581 UI/L) e mioglobina (103 UI/L), para além da anemia já conhecida, sem outras alterações. Realizou tomografia cranioencefálica e eletroencefalograma que não mostraram alterações. Concluiu-se que a hiponatrémia foi a causa do estado confusional agudo que levou o doente a procurar o Serviço de Urgência e culminou no diagnóstico de encefalopatia

metabólica aguda. Foi instituída fluidoterapia e o doente apresentou resolução completa dos sintomas neurológicos com correção paulatina da hiponatrémia e da rabdomiólise.

DISCUSSÃO

Efeitos adversos após a preparação para colonoscopia são comuns, sendo os mais frequentes dor abdominal, náuseas, vômitos, sede, cefaleia e fadiga. No caso reportado apresentam-se efeitos adversos mais raros como é o caso da rabdomiólise e hiponatrémia grave sintomática. A hiponatrémia deve-se ao aumento da secreção de hormona antidiurética, ao aumento do aporte de água e ao aumento da excreção de água livre. O uso de mirtazapina poderá ter influenciado o estabelecimento de hiponatrémia, embora a sua ocorrência seja mais associada a inibidores da recaptação de serotonina. Para o desenvolvimento de rabdomiólise contribuíram quer a hiponatrémia quer a preparação de limpeza intestinal. Os autores alertam para a necessidade de adaptar a escolha de solução de preparação e o esquema de administração da mesma em doentes em maior risco de desenvolverem alterações hidro-eletrolíticas como são os doentes com insuficiência cardíaca congestiva, doença renal, doença hepática, idosos ou doentes medicados com fármacos que possam influenciar o balanço hidro-eletrolítico. Nestes doentes deve-se preferir a solução de polietilenoglicol em esquema de dose dividida (ou esquema no mesmo dia caso o procedimento seja realizado durante a tarde).

FASCEÍTE NECROSANTE EM DOENTE ONCOLÓGICO: DIAGNÓSTICO DESAFIANTE

GUILHERME VIOLANTE DA CUNHA, SERVIÇO MEDICINA 3, HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM, ANA RITA MOURA/SERVIÇO DE CARDIOLOGIA HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM, MARINA BOTICÁRIO/SERVIÇO MEDICINA 3 HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM, MARIA FILOMENA ROQUE/SERVIÇO MEDICINA 3 HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM

INTRODUÇÃO

A fascíte necrosante (FN) constitui um conjunto de infecções da pele e tecidos moles, grave, potencialmente fatal, que se caracterizam na fase inicial pela infecção da hipoderme sem envolvimento da derme e epiderme. O diagnóstico e desbridamento cirúrgico precoces diminuem de forma significativa a mortalidade. As comorbilidades mais frequentes em doentes com FN incluem diabetes mellitus (DM), tabagismo, doença arterial periférica, insuficiência cardíaca e imunodeficiência. Nos doentes imunocomprometidos a FN manifesta-se de forma atípica, atrasando o seu diagnóstico e tratamento, com consequente aumento da mortalidade.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, 59 anos, recorreu ao SU por queixas de dor súbita no terço inferior da perna esquerda, com início há 6 horas. Antecedentes de cancro da próstata com metastização óssea, abordado com quimioterapia e radioterapia (coluna dorsal e ambas as pernas) paliativas, hipertensão arterial, e DM tipo 2. Objectivamente, encontrava-se febril, hipotenso, com edema ligeiro no terço inferior

da perna esquerda, doloroso à palpação na região gemelar. Sem outros sinais inflamatórios, sem sinais de feridas/trauma. Analiticamente salienta-se leucopenia com neutropenia, anemia, trombocitopenia e PCR 29,9. Submetido a EcoDoppler do membro inferior esquerdo que excluiu sinais de trombose venosa. Doente foi internado por neutropenia iatrogénica e celulite tendo iniciado antibioterapia dupla empírica. Por agravamento clínico, realizou TC apendicular com identificação de gás nos tecidos moles, na metade inferior da perna esquerda, compatível com produção de gás por microorganismos anaeróbios. Por achados sugestivos de FN, foi proposto para desbridamento cirúrgico que foi recusado por trombocitopenia grave, tendo acabado por falecer.

DISCUSSÃO

Reporta-se um caso de FN em doente submetido a radioterapia apendicular por cancro da próstata metastático. A imunossupressão altera as manifestações clínicas e as alterações analíticas comuns na FN, e pode interferir de forma directa nas opções terapêuticas. O diagnóstico e instituição de tratamento precoces obrigam a um elevado nível de suspeita.

ASTROCITOMA E TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

JOÃO BRÁS, ANTÓNIA MATEUS, JOSÉ CARVALHINHO, RAFAELA VENTURA, JOANA CARVALHO, FILIPA LEITÃO, RITA GONÇALVES MONTEIRO - ULS DE CASTELO BRANCO

INTRODUÇÃO

Os astrocitomas são tumores do sistema nervoso central que se originam de um tipo de células gliais, os astrócitos. Podem apresentar-se de inúmeras formas, com sintomas tanto neurológicos e cognitivos como psiquiátricos, nomeadamente por meio de comportamentos obsessivos.

CASO CLÍNICO

Doente de 43 anos, sexo feminino, com curso superior em educação básica, residente na Bélgica. Sem

antecedentes pessoais ou familiares de relevo, nomeadamente psiquiátricos. Iniciou quadro composto por rituais de limpeza de gravidade crescente e anorexia. A paciente foi internada no serviço de psiquiatria, onde realizou análises de rotina que se revelaram sem alterações. Iniciou também terapêutica com antidepressivo, mantendo, ainda assim, os rituais de limpeza. Alterou-se o esquema de antidepressivo, porém sem resposta. Foi realizado TC-CE que demonstrou lesão ocupante de espaço no lobo frontal. A doente foi então transferida de imediato para o serviço de neurocirurgia

do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra onde se confirmou tratar-se de um astrocitoma, que posteriormente foi retirado.

DISCUSSÃO

Os autores pretendem alertar para a necessidade de atenção a sintomas psiquiátricos no contexto de doença orgânica. Estes sintomas apresentam um maior desafio

clínico por serem menos associados a patologia, mais difíceis de reconhecer e menos abordados na literatura científica. Com este caso os autores pretendem ainda demonstrar a influência na patofisiologia do transtorno obsessivo-compulsivo de várias estruturas localizadas no lobo frontal, nomeadamente o córtex pré-frontal dorsolateral e córtex orbito frontal e suas conexões a outras regiões cerebrais.

GRIFE A - CASUÍSTICA DE UMA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

FÁBIA CRUZ, RITA CORREIA, MARIANA MARTINS, DIRETORA, SANDRA MARTIN, MARIA EUGÉNIA ANDRÉ - ULS DE CASTELO BRANCO

INTRODUÇÃO

A gripe A é uma doença respiratória aguda e contagiosa provocada pelo vírus influenza A ou B. O vírus influenza A apresenta 2 subtipos: H1N1 e H3N2. A gripe é a doença mais frequente do adulto e pode ser prevenida pela vacinação.

OBJETIVOS

O objetivo do estudo é identificar e caracterizar os casos de gripe A, registados de 01.09.2017 a 31.05.2018, na Unidade Local de Saúde de Castelo Branco – Hospital Amato Lusitano.

MÉTODOS

Estudo observacional retrospectivo de todos os doentes com suspeita de gripe A. Avaliaram-se: variáveis demográficas, forma de apresentação, comorbilidades, características virológicas e evolução da doença. Os dados foram recolhidos através dos formulários Gripe OT-4.1 (Orientações Técnicas aos Profissionais de Saúde da Direção Geral de Saúde), respetivos resultados laboratoriais e SClínico®. A análise estatística foi efetuada em documento Excel®.

RESULTADOS

Foram investigados 132 doentes com suspeita de gripe A (idade média 60.7 anos, 50.8% do género feminino) dos quais foram confirmados 56 casos de gripe A com idade média 61.8 anos, 30 doentes (53.6%) do género masculino e 26 (46.4%) do género feminino. Dos 56 doentes infetados: 33 casos (58.9%) correspondem à estirpe H3N2; 18 casos (32.1%) correspondem ao vírus Influenza B e 5 casos (8.9%) correspondem à infeção concomitante com as estirpes H3N2 e H1N1. A evolução

sintomática foi em média de 3.3 dias; sendo a febre (58.9%), a tosse (57.1%) e as mialgias (33.9%) as apresentações mais frequentes. 11 doentes (19.6%) possuíam a vacina sazonal atualizada. Dos 56 casos confirmados de gripe A, 30 doentes foram internados: 12 doentes (40.0%) no Serviço de Medicina Interna e 8 doentes (26.7%) na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP); com uma duração total média de 12.8 dias. Dos 8 doentes internados na UCIP: 5 doentes (62.5%) estavam infetados com a estirpe H3N2 e 3 doentes (37.5%) com o vírus da gripe B. A análise dos antecedentes pessoais revelou que os doentes tinham uma média de 2.5 comorbilidades, sendo a hipertensão arterial, a diabetes mellitus tipo 2 e a dislipidémia as mais prevalentes. Como motivo de internamento, 14 doentes (46.7%) tinham o diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade. Durante o período de hospitalização, 6 doentes (20.0%) necessitaram de ventilação mecânica invasiva e há registo de 4 óbitos (13.3%).

DISCUSSÃO

No Hospital Amato Lusitano a estirpe H3N2 foi a mais prevalente nos doentes infetados, sendo a responsável pela maioria dos casos de internamento na UCIP. Comparativamente, através dos dados obtidos pelo Sistema Nacional de Vigilância da Gripe do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, para o qual o hospital colabora, na época gripal de 2017-2018, o vírus da gripe B foi o mais prevalente a nível nacional; nas unidades de cuidados intensivos o vírus Influenza A foi o mais prevalente. As 3 estirpes virais H3N2, H1N1 e B, têm cobertura pela vacina trivalente da gripe A recomendada para o hemisfério norte.

FRATURAS COMPLICADAS DO CALCÂNEO, QUAIS AS OPÇÕES DE TRATAMENTO? - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

FILIPE CASTELO, ALBINO SOUSA, CLÁUDIA SANTOS, DIOGO PASCOAL, ALFREDO CARVALHO, EDUARDO SALGADO, NÁDIA OLIVEIRA, ANDRÉ VINHA
- SERVIÇO DE ORTOPEDIA - CHUCB

INTRODUÇÃO

As fraturas do calcâneo representam aproximadamente 2% de todas as fraturas e cerca de 60% de todas as fraturas do tarso, afetando principalmente jovens do sexo masculino. Estão associadas a mecanismos de alta energia e a grande maioria ocorre por queda de altura com compressão axial. O tipo de fratura varia consoante o vetor exercido pela força lesiva. A alta energia associada às fraturas de calcâneo provoca frequentemente fraturas adicionais que devem ser despidadas.

CASO CLÍNICO

Os autores apresentam um caso que envolve um homem de 35 anos que sofreu uma fratura cominutiva do calcâneo com depressão articular após queda em altura sobre o pé direito.

O doente era incapaz de realizar marcha ou fazer carga sobre o pé direito. Apresentava edema e rubor do calcanhar, contudo estava preservada a integridade cutânea. Foram realizadas radiografias do pé, tornozelo e perna direita; mão, antebraço e cotovelo direito. Na radiografia do tornozelo os ângulos de Gissane e de Bohler mantinham-se dentro do normal, no entanto era visível uma interrupção da cortical óssea na região da articulação astrágalo-calcânea. Por esta razão foi solicitada tomografia computadorizada. Esta evidenciava uma fratura altamente cominutiva do calcâneo, multi-articular, com afundamento e desvio de vários fragmentos. Fratura de grau IV segundo a classificação de Sanders. Devido ao edema exuberante do tornozelo direito optou-se por imobilizar o tornozelo e aguardar

pelas condições de pele ideais para a cirurgia. Oito dias depois foi submetido a redução aberta e osteossíntese com placa anatómica multi-furos e parafusos bloqueados. O procedimento foi realizado através da abordagem lateral extensa para exposição do calcâneo. O doente iniciou fisioterapia precoce e teve alta ao 18º dia de pós-operatório com indicação para realizar descarga completa do membro durante 3 meses. Aos 24 dias de pós-operatório o doente foi avaliado em consulta com boa cicatrização da ferida.

DISCUSSÃO

O tratamento cirúrgico de fraturas de calcâneo deve ser colocado em primeiro plano quando estamos perante fraturas com desvio significativo ou cominuição. Existem várias abordagens e técnicas cirúrgicas para a osteossíntese do calcâneo. A opção de redução aberta e osteossíntese com placa multifuros prende-se no grau de cominuição desta fratura (com mais de 4 fragmentos). Idealmente a cirurgia deve ser realizada após a resolução da degradação mio-cutânea associada a estas fraturas. Os objetivos do tratamento cirúrgico são: restaurar a congruência articular, o ângulo de Gissane, as dimensões anatómicas e corrigir a varização.

CONCLUSÃO

O tratamento cirúrgico desta fratura e a utilização de uma placa multifuros permitiu a correção anatómica do calcâneo e uma recuperação acelerada do doente perante uma fratura com mau prognóstico. O doente deverá ser reavaliado aos 3 meses de pós-operatório e iniciar marcha com apoio parcial do pé lesado.

DOENÇAS TROMBOEMBOLICAS DE CAUSA MENOS COMUM

IVANNA OSTAPIUK, JOANA CAIRES, PAULO ZOÉ COSTA, ORLANDO MENDES, JOÃO CORREIA

A mutação G20210A do gene da protrombina é uma mutação dos casos de trombofilia hereditária. Essa mutação encontra-se entre 1% e 3% na população

caucasiana e varia entre 0.7-4.0% nos homens, condicionando um aumento de cerca de 2.8 vezes do risco tromboembolismo e de 6 vezes em doentes com

embolias de repetição.

Apresenta-se um caso clínico de tromboembolismo pulmonar (TEP) de um homem, 75 anos de idade, autónomo, com história pessoal de hipertensão arterial, dislipidemia, TEP e trombose venosa profunda (TVP) em julho 2001, TEP em 2004, trombose da veia perineal quatro meses antes do presente episódio, devidamente anticoagulado com enoxaparina 100mg uma vez por dia que suspendeu por iniciativa própria (levou 10 injeções). Medicado cronicamente com sinvastatina 10mg e perindopril 10mg. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de dispneia súbita e toracalgia, sem irradiação. Ao exame objetivo apresentava-se taquicárdico e taquipneico com uma saturação periférica de O₂ em ar ambiente de 81%. Na auscultação pulmonar – discreta sibilância bilateralmente. Analiticamente D-dímeros 2385 sem outras alterações.

Após a realização dos exames complementares foi confirmando o diagnóstico de TEP: sinais de TEP difuso e bilateral envolvendo os ramos principais segmentares e subsegmentares bilateralmente no angio tomografia computadorizada. Iniciou terapêutica anticoagulante com enoxaparina. Devido a história de TEPs e TVPs foi pedido estudo das trombofilias. Detectou-se heterozigotia para a variante da protrombina G20210A. Estudo do síndrome antifosfolípide negativo. Teve alta com varfarina 5 mg diário, mantendo INR entre 2.5 e 3.5 e orientado na consulta de Medicina Interna para conclusão de estudo das trombofilias. A ocorrência de um TEP ou TVP aumenta a probabilidade de um segundo evento. Neste caso o doente é portador de gene da protrombina G20210A em heterozigotia, que é raro encontrar nos homens e é um fator de risco para tromboembolias.

AMBIGUIDADE SEXUAL - NEM SEMPRE O QUE PARECE É

ADRIANA FORMIGA, MIGUEL MARTINS, ANA LUÍSA TEIXEIRA, SANDRA MESQUITA, RICARDO COSTA - PEDIATRIA DO CHUCB

INTRODUÇÃO

As anomalias do desenvolvimento sexual são raras. A hipertrofia congénita da suprarrenal (HCSR), devida ao défice de 21-hidroxilase é a causa mais comum de ambiguidade sexual em meninas, por aumento da produção de androgénios. Raramente a virilização é grave levando à atribuição incorreta do género masculino.

CASO CLÍNICO

Recém-nascido de termo, com determinação de sexo feminino em ecografia pré-natal. Ao nascimento apresentava ambiguidade sexual com dois grandes lábios rugosos e pigmentados simulando escroto, estrutura tubular semelhante a pénis, recoberto na face dorsal por pele; na face ventral com mucosa, assemelhando-se a grande hipospádia ou pequenos lábios e pequeno orifício posterior permeável; sem

testículos palpáveis. A ecografia pélvica relatava órgãos genitais internos femininos, o cariótipo foi 46-XX e o doseamento de 17-á-hidroxiprogesterona revelou um valor elevado, compatíveis com o diagnóstico HCSR forma clássica virilizante. Iniciou-se terapia com hidrocortisona, fludrocortisona e cloreto de sódio, tendo havido regressão evidente da virilização dos genitais aos 2 meses de vida.

CONCLUSÃO

Sempre que nasce uma criança com genitália ambígua, deve ser iniciada uma investigação urgente da sua etiologia. A avaliação inicial passa pela história familiar, exame objetivo, cariótipo, ecografia genital e avaliação da função gonadal e adrenal. No caso da HCSR o diagnóstico e tratamento precoces são essenciais para prevenir a crise adrenal, potencialmente ameaçadora de vida.

EXANTEMA APÓS INFECÇÃO POR ESTREPTOCOCOS DO GRUPO A - PSORÍASE GUTATA

ADRIANA FORMIGA, ISABEL AZEVEDO, RICARDO COSTA, CRISTIANA CARVALHO - CHUCB

INTRODUÇÃO

Os exantemas são dos principais motivos de recorrência ao Serviço de Urgência (SU) e o seu diagnóstico etiológico é muitas vezes um desafio. Em idade pediátrica estão frequentemente associados a infeções, podendo ser despoletados diretamente pelos microrganismos ou serem consequência da resposta imune aos mesmos.

CASO CLÍNICO

Rapaz de 12 anos, com antecedentes pessoais de eczema atópico. Medicado com amoxicilina por amigdalite estreptocócica e ao 7º dia de tratamento inicia exantema pruriginoso disperso de aparecimento súbito, sem outros sintomas. Foi observado no Centro de Saúde e medicado com anti-histamínico oral e tópico. Após uma semana, continuavam a aparecer novas lesões pelo que recorre ao SU pediátrico. Ao exame objetivo apresentava no tronco e membros múltiplas pápulas eritematosas infracentimétricas, algumas em forma de gota, e placas eritematosas descamativas na região dos ombros e joelhos.

Teve alta com medidas sintomáticas. Na consulta de reavaliação, às 4 semanas de evolução do exantema, mantinha aparecimento de novas lesões. Tinha maior número de pápulas eritematosas com uma fina escama descamativa e zonas de despigmentação na face e tronco. Sem outras queixas ou sintomas de novo. Tendo em conta o exame objetivo e evolução clínica, foi colocada como hipótese diagnóstica psoríase gutata e iniciou tratamento com corticoterapia tópica. Foi referenciado a Dermatologia.

DISCUSSÃO

A psoríase gutata é uma variante de psoríase. É mais comum em crianças e jovens e classicamente precedida por uma infeção por estreptococos do grupo A. O exantema continua a desenvolver-se durante o primeiro mês de doença e estabiliza no segundo mês. O diagnóstico diferencial assenta no exame clínico e pode ser confirmado por biópsia. A psoríase gutata remite espontaneamente, mas pode ser intermitente ou evoluir para psoríase crónica em placas pelo se deve manter vigilância da evolução clínica.

FEBRE Q CRÓNICA - ENDOCARDITE MITRAL POR COXIELLA BURNETII

MICAELA BATISTA, BÁRBARA ABREU, CRISTIANA MENDES, MARTA AMARAL, ÉLIO RODRIGUES, FREDERICO VALIDO, INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE COIMBRA FRANCISCO GENTIL

INTRODUÇÃO

A Febre Q é uma zoonose causada pela *Coxiella burnetii*, uma bactéria Gram-negativa intracelular obrigatória. Esta infeção está associada à exposição pecuária, transmitindo-se mais comumente através da inalação de aerossóis contaminados. A forma mais comum da apresentação aguda é assintomática, podendo também manifestar-se através de síndrome gripal, pneumonia ou hepatite. A infeção crónica desenvolve-se em 1-5% das pessoas infectadas, principalmente em imunodeprimidos, e a manifestação clínica mais frequente é a endocardite.

CASO CLÍNICO

Homem, 64 anos, guarda florestal, seguido em consultas de Hemato-oncologia por Síndrome Mielodisplásico, foi internado por agravamento progressivo do estado geral e perda ponderal significativa de causa indeterminada.

Como antecedente recente destaca-se internamento por pneumonia. Desde há 6 meses apresentava astenia marcada, bem como urticária aquagénica, e o estudo imagiológico revelou hepato-esplenomegália, adenopatias mediastínicas e abdominais. Passou a ser seguido pela Medicina Interna após exclusão de doença linfoproliferativa. Durante o internamento apresentou períodos de desorientação, febre, arrepios, cefaleias, algias dorso-lombares, sarcopenia com défice de força mais marcada dos membros inferiores e com alectuamento total. Do vasto estudo na investigação etiológica, salienta-se: pancitopenia, com anemia normocítica normocrómica (necessidade transfusional ocasional); esfregaço sanguíneo com monócitos vacuolizados; hiponatremia; elevação da velocidade de sedimentação, ferritina, PCR, transaminases, lactato desidrogenase e SACE; hemoculturas e auto-anticorpos

negativos; serologias para distintos agentes etiológicos negativas, excepto para *Coxiella burnetii* (título >1/1200). Por suspeita de Febre Q Crónica iniciou terapêutica com Doxiciclina e Hidroxicloroquina e foram pedidos anticorpos IgM (negativo), IgG fase I (1:200) e IgG fase II (1:400). Decidiu-se pela repetição da serologia aos 3 meses, após discussão do caso com o Instituto Ricardo Jorge (INSA) e Infecçologia. Realizou ecocardiograma transtorácico, dado o aparecimento do sopro sistólico mitral grau III/VI, de novo, com irradiação axilar, tendo revelado nódulo sésil no folheto anterior da válvula mitral, insuficiência mitral e tricúspide ligeira. Com o diagnóstico de endocardite por *C. burnetii*, e após 5 semanas de terapêutica, apresentava melhoria evidente,

embora lenta e gradual, do estado geral e foi transferido para o hospital da área de residência.

DISCUSSÃO

A Febre Q é uma causa incomum e subestimada de doença febril, devendo ser considerada nos casos de febre de origem desconhecida, principalmente se houver contacto com animais infectados. A investigação epidemiológica de contacto com reservatórios animais ou ambientais é crucial. Quando o sistema imune é incapaz de eliminar a *C. burnetii* após infecção aguda, desenvolve-se Febre Q Crónica. É essencial um alto grau de suspeita diagnóstica dado à morbi-mortalidade significativa da endocardite por *C. burnetii*.

QUEDA DO PUNHO - ÚNICO SINAL DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

CATARINA CHAVES, CENTRO HOSPITALAR DA COVA DA BEIRA, PEDRO CARLOS; CATARINA DIONÍSIO; SÓNIA COELHO; CARLA GONÇALVES; ARTUR GAMA; LEOPOLDINA VICENTE - CHUCB

A queda do punho, é uma situação comum e caracteriza-se pela incapacidade de extensão desta articulação, pela paralisia dos músculos extensores enervados pelo nervo radial. O diagnóstico diferencial inclui lesões neurológicas periféricas e centrais.

Este caso relata uma paresia isolada da mão como consequência de acidente vascular cerebral (AVC), que é uma situação raramente observada. Doente do sexo feminino, etnia caucasiana, 75 anos de idade. Independente para as atividades da vida diária. Antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 não insulinotratada e medicada com metformina 500mg 2id, hipertensão arterial controlada com lisinopril + hidroclorotiazida 20mg/12.5mg id e obesidade.

Recorreu ao serviço de urgência do Hospital da Covilhã, por mão esquerda pendente com cerca de 12 horas de evolução, que notou ao acordar, após ter passado a noite em decúbito lateral esquerdo. Ao exame neurológico sumário, apresentava como única alteração mão esquerda pendente na prova dos braços estendidos, com força grau 4+, e preensão normalizada com a pronação e retificação do punho pelo examinador. Realizou tomografia arterial computadorizada (TAC) crânio-encefálica com identificação de "imagem de aparente hipodensidade da convexidade frontal

direita, pré-motora, corticosubcortical, traduzindo provável enfarte no território da artéria cerebral média." Por suspeita de AVC isquémico da artéria cerebral média ficou internada no serviço de Medicina Interna. Realizou TAC crânio-encefálica de controlo às 48h, que confirmou "pequena área de hipodensidade corticosubcortical na vertente superior do giro pré-central direito, interessando a área motora responsável pelo controlo do membro superior esquerdo; sem sinais de transformação hemorrágica."

Durante o internamento iniciou fisioterapia motora de reabilitação com melhoria progressiva da força do membro superior esquerdo. Do estudo etiológico destacava-se bom controlo dos fatores de risco cardiovasculares, sem alterações de relevo no ecocardiograma, nem do ecodoppler dos vasos do pescoço. Teve alta com início de medicação anti-agregante e estatina, e manutenção de fisioterapia em ambulatório.

Este caso destaca que perante um doente com paresia isolada da mão e presença de fatores de risco cardiovasculares, deve ser feito o diagnóstico diferencial de uma lesão central, com recurso a exame de imagem, pois esta distinção tem repercussão na abordagem e tratamento do doente.

HIPONATRÉMIA-UMA POSSÍVEL REAÇÃO ADVERSA À SERTRALINA

CATARINA CHAVES, PEDRO CARLOS; CATARINA DIONÍSIO; SÓNIA COELHO; CARLA GONÇALVES; ARTUR GAMA; LEOPOLDINA VICENTE - CHUCB

A sertralina é um antidepressivo da classe dos inibidores seletivos da recaptção da serotonina, amplamente usado no tratamento da depressão. A hiponatremia é um efeito adverso descrito da sertralina, secundário ao desenvolvimento da síndrome de secreção inapropriada da hormona anti-diurética (SIADH) e que pode ocorrer principalmente em indivíduos idosos. Esta complicação pode ser grave, podendo cursar com delírio, convulsões ou até morte. Reporta-se um caso clínico de hiponatremia como efeito secundário da sertralina.

Doente do sexo feminino, etnia caucasiana, 76 anos de idade. Independente para as atividades da vida diária, com múltiplas patologias crónicas, nomeadamente hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 não insulino tratada e hipotireoidismo em contexto de bócio multinodular, acompanhada em consulta de Medicina Interna. Desde o falecimento do marido, apresentava tristeza marcada com choro diário e em Fevereiro de

2018 iniciou terapêutica com sertralina 50mg. Em Março de 2018, em contexto de consulta de seguimento de Medicina Interna, realizou estudo analítico que revelou hiponatremia, com sódio sérico de 128mmol/L. Embora estivesse assintomática, ficou internada no serviço de Medicina Interna para correção e investigação etiológica. O estudo concluiu tratar-se de hiponatremia eurolémica com aumento da excreção urinária de sódio e cortisol sérico normal, provavelmente em contexto de SIADH secundário a terapêutica com sertralina. Suspendeu este fármaco e associado a fluidoterapia, apresentou correção da hiponatremia em 8 dias, sem posterior recorrência da mesma. Foi feita sinalização de reação adversa ao Infarmed.

Apesar da hiponatremia ser uma complicação dos fármacos antidepressivos, existem poucos estudos que avaliem fármacos alternativos, que sejam eficazes e seguros.

TRANSFERÊNCIAS DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA - CASUÍSTICA DE UM ANO

JOÃO VIRTUOSO, ÍRIS SILVA, SÓNIA SANTOS, PEDRO GUERRA, ANTÓNIO MENDES - SERVIÇO DE PEDIATRIA - ULS GUARDA

INTRODUÇÃO

A Urgência Pediátrica (UP) de um Hospital Distrital debate-se, por vezes, com dificuldades relacionadas com a inexistência de apoio de algumas subespecialidades, realizando transferências inter-hospitalares sobretudo quando os meios humanos ou técnicos não permitem a manutenção das crianças/adolescentes neste setor. Objectivos: avaliar o número de admissões na UP e o número de transferências inter-hospitalares no ano de 2017

MÉTODOS

Estudo retrospectivo com base nas transferências inter-hospitalares de 2017 da UP e dos processos de internamento dos doentes. Avaliaram-se as admissões na UP e transferências com base no género, idade,

origem da transferência, especialidade que transfere, hospitais de destino, patologias transferidas e confirmação diagnóstica

RESULTADOS

Foram observados 13511 doentes na UP em 2017. No mês de Janeiro foi registada a maior afluência. Foram realizadas 131 transferências, sobretudo no mês de Outubro. A mediana das idades dos doentes transferidos foi de 10 anos, a maioria do sexo masculino (84,6%). Cerca de 86% dos casos foram transferidos da UP (18% a partir do SO). A especialidade de Pediatria transferiu a maioria dos doentes (81%), os restantes foram transferidos pela Cirurgia Geral, Ortopedia e Otorrinolaringologia. Aproximadamente 86% foram transferidos para hospitais centrais (HPC). As patologias mais frequentes

nas transferências foram do foro Ortopédico. Salienta-se que sete doentes foram transferidos via STEP-INEM.

DISCUSSÃO

Verificou-se que os meses de maior afluência foram os do inverno, provavelmente pelo maior número de infeções respiratórias nesta época. No mês de Outubro, registou-se o maior número de transferências,

a maioria foi do foro ortopédico. A maior parte das transferências deveu-se à ausência de especialistas de determinadas áreas e por grandes períodos de indisponibilidade de realização de ecografia. Apenas numa pequena percentagem houve informação de retorno, situação que deveria merecer mais cuidado no futuro por parte dos hospitais que recebem as crianças em causa.

SÍNDROME DO ROUBO DA SUBCLÁVIA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

MARÍLIA LIMA, MARIA BERNARDETE MACHADO, RITA NÉRCIO, JORGE CAMPOS, USF INFANTE D. HENRIQUE

INTRODUÇÃO

A síndrome do roubo da subclávia (SRS) resulta da inversão do fluxo sanguíneo da artéria vertebral ipsilateral devido a uma estenose hemodinamicamente significativa ou oclusão da artéria subclávia pré-vertebral. A principal causa é a aterosclerose e estima-se que atinja até 18% dos indivíduos com doença arterial periférica documentada; contudo, apenas uma minoria tem sintomas de hipoperfusão cerebral ou do membro superior (MS) ipsilateral.

CASO CLÍNICO

Mulher, 58 anos, caucasiana, fumadora, obesidade grau II, diabética, hipertensa, com dislipidémia, adequadamente medicada e controlada. Recorreu à consulta por episódios intermitentes de lipotímia, acompanhados de perda parcial de visão, com duração de segundos e recuperação espontânea, com 2 meses de evolução. Negava perda de conhecimento ou de controlo esfinteriano, precordialgia, palpitações e alterações dos valores de tensão arterial. Ao exame objetivo não apresentava alterações na auscultação cardíaca nem no exame neurológico. A doente tinha estudo analítico completo e estudo cardíaco (electrocardiograma, ecocardiograma e holter) recentes sem alterações de relevo. Pediu-se ecodoppler dos vasos do pescoço que revelou “marcado espessamento médio-intimal das artérias carótidas a refletir infiltração ateromatosa difusa, placas parcialmente calcificadas nas carótidas internas, condicionando estenoses <50%; desaceleração meso-sistólica na vertebral direita compatível com roubo

da subclávia de grau moderado” e tomografia computadorizada (TC) crânio-encefálica que não apresentou alterações justificativas do quadro. Os sintomas persistiram, associando-se parestesias do MS direito. Solicitou-se angio-TC dos troncos supra-aórticos que mostrou “várias placas de ateroma, a com maior repercussão situa-se a nível do segmento proximal da artéria subclávia direita, de teor misto que exerce sobre esta uma estenose de cerca de 75%; severa hipoplasia da vertebral esquerda e presença de uma placa de ateroma a montante da subclávia direita propiciam uma síndrome de roubo sintomática”. A doente foi referenciada para cirurgia vascular e reforçou-se a importância do controlo apertado dos fatores de risco (FR) cardiovascular (CV). Seis meses mais tarde, após controlo rigoroso de FR CV (cessação tabágica, perda de peso e intensificação do controlo tensional e do tratamento antilipidémico), a utente foi submetida a tratamento endovascular com colocação de stent expansível por balão, com posterior resolução completa dos sintomas.

DISCUSSÃO

Apesar de compatível com a SRS, os sintomas apresentados eram vagos e inespecíficos e objetivamente não existiam sinais suspeitos. Contudo, a presença de vários FR CV e os sintomas sugestivos de hipoperfusão do MS, levaram à valorização global do quadro e investigação completa, que possibilitou um diagnóstico pouco frequente. De salientar também a importância do médico de família na prevenção primária ativa de patologia cardiovascular.

HIPONATRÊMIA MULTIFACTORIAL, À PROCURA DO RESPONSÁVEL

PEDRO CARLOS, CATARINA CHAVES, ANA DIONÍSIO, SÔNIA COELHO, CARLA GONÇALVES, ARTUR GAMA, LEOPOLDINA VICENTE - CHUCB

INTRODUÇÃO

Hiponatremia é um distúrbio hidroelectrolítico muito frequente na prática clínica, associada a uma percentagem significativa de internamentos hospitalares. Etiologia multifactorial com causas tão diversas como quadros infecciosos, insuficiência cardíaca, síndrome de secreção inadequada de hormona antidiurética (SIADH), ou iatrogenia com várias classes farmacológicas como diuréticos tiazídicos.

CASO CLÍNICO

Mulher de 78 anos, recorre ao Serviço de Urgência (SU) por agravamento gradual de quadro confusional caracterizado por desorientação temporoespacial e um mês de evolução. Nas 48h antes de admissão, acentuada prostração e diminuição de estado de consciência. Sem evidência de febre, cefaleia, sintomas respiratórios, gastrointestinais, genitourinários ou história recente de traumatismo. Exame objectivo no SU, vígil, colaborante, comunicativa apesar de discurso confuso inadequado e lentificação psicomotora. Hidratada, sem outros défices neurológicos ou alterações descritas.

Antecedentes de depressão neurótica, iniciou fluoxetina há 4 meses, posteriormente controlo analítico com hiponatremia ligeira (130). Recentemente, por hipertensão arterial não controlada, ajuste terapêutico com associação tripla de perindopril/indapamida/amlodipina à medicação habitual: carvedilol, candesartan/hidroclorotiazida, ácido acetilsalicílico. Analiticamente hiponatremia hiposmolar severa de 114 mmol/L, discreto agravamento bioquímica renal, sem outras alterações. Tomografia axial cranioencefálica

demonstrava hipodensidade ténue substância branca de predomínio frontal, sem lesões agudas. Internamento para estudo e correção de hiponatremia severa, iniciando fluidoterapia NaCl (cloreto de sódio) 0.9% 2L/24h e retirada medicação suspeita: indapamida, hidroclorotiazida e fluoxetina. Boa evolução do quadro, diminuição gradual da prostração, desorientação temporo-espacial com normalização de hiponatremia ao 3º dia de internamento. Resolução total do quadro ao 5º dia de internamento.

Estudo complementar: osmolalidade urinária de 364 mosmol, excreção urinária de sódio de 89, sem alteração de função tiroidea, cortisol ou ACTH. Sem evidência de outro distúrbio hidroelectrolítico, mas discreta hipouricémia e ureia no limite inferior normal. Estudo e estado normovolémico, sugerem hipótese diagnóstica de SIADH, secundária à introdução de fluoxetina, como principal causa do quadro.

DISCUSSÃO

Existem diferentes algoritmos e protocolos de estudo e classificação de hiponatremia, para identificação de etiologia e abordagem terapêutica, contudo complicada em situações multifactoriais. Mesmo com suspeita principal de fluoxetina, por início frustrado do quadro após a sua introdução, hipótese de um equilíbrio precário derivado terapêutica crónica com hidroclorotiazida, potenciado por introdução recente de outro diurético não poderia ser facilmente descartável. Assim neste quadro, seria mais indicado ajuste terapêutico com substituição destes fármacos por alternativas mais seguras.

EVOLUÇÃO DA ABORDAGEM CIRÚRGICA NA APENDICITE AGUDA - CASUÍSTICA DE 5 ANOS

TOBIAS TELES, CONSTANÇA AZEVEDO, RUI CUNHA, MIGUEL SEMIÃO, GUILLERMO PASTOR, AUGUSTA RUÃO - CHUCB

INTRODUÇÃO

A apendicectomia é o tratamento de eleição na apendicite aguda. Tanto a abordagem laparotómica como a laparoscópica são opções seguras e eficazes. Nos últimos anos, com o desenvolvimento da cirurgia minimamente invasiva, a via laparoscópica tendo sido cada vez mais utilizada.

OBJETIVOS

Análise retrospectiva da abordagem cirúrgica dos doentes submetidos a intervenção urgente por apendicite aguda entre 2013 e 2018 no Serviço de Cirurgia Geral do CHCB. Métodos: Colheita de dados do processo clínico relativamente a todos os doentes submetidos a cirurgia por apendicite aguda entre Junho de 2013 e Junho de 2018. Foram registadas as características demográficas, tipo de abordagem (laparotómica vs laparoscópica), complicações e diagnóstico definitivo.

RESULTADOS

359 Doentes foram submetidos a intervenção cirúrgica urgente por apendicite aguda. A idade média foi de 30 anos e 47% dos doentes eram do género feminino. Quanto à abordagem cirúrgica, 76% dos doentes foram submetidos a laparotomia, enquanto que os restantes a

laparoscopia. A taxa de conversão da laparoscopia foi de 9%. Houve um aumento progressivo do uso da laparoscopia ao longo do tempo, com cerca de metade dos doentes operados por esta via de abordagem no último ano. Em relação à taxa de complicações (5 vs 10%) foi mais baixa nos doentes submetidos a laparoscopia, sendo o abcesso intra-abdominal a complicação mais frequente neste grupo. Discussão: No tratamento da apendicite aguda, a laparoscopia é cada vez mais a via de abordagem utilizada, apresentando como vantagens a menor dor pós-operatória, menor incidência de infeção do local cirúrgico, menor tempo de internamento e um retorno mais precoce à atividade laboral. Contudo, em alguns estudos está descrita uma maior incidência de abcesso intra-abdominal no pós-operatório. Deve ser a primeira escolha de abordagem sempre que houver experiência e equipamento necessários.

CONCLUSÃO

Tal como é descrito na literatura, também no serviço de Cirurgia do CHCB a abordagem laparoscópica está a impor-se como padrão no tratamento da apendicite aguda e apresenta globalmente melhores resultados que a via laparotómica.

SÍNDROME DE JOD-BASEDOW: TIREOTOXITOSE POR IATROGENIA

CÁTIA FERRINHO, FRANCISCO SOUSA SANTOS, CLARA CUNHA, RICARDO CAPITÃO, RUTE FERREIRA, MANUELA OLIVEIRA, SEQUEIRA DUARTE, CARLOS VASCONCELOS, HOSPITAL EGAS MONIZ - CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL

INTRODUÇÃO

O Hipertireoidismo induzido por iodo (HII), ou Síndrome de Jod-Basedow (SJB), consiste na produção aumentada de hormonas tiroideias causado pela exposição a concentrações elevadas de iodo. O excesso de iodo, geralmente, é bem tolerado, mas indivíduos com patologia da tiróide são mais susceptíveis. Com o avanço da Medicina, as principais causas de HII são os fármacos (o principal: amiodarona) e os contrastes iodados utilizados na realização de exames radiológicos.

CASO CLÍNICO

Descrevem-se 2 casos clínicos com HII. O 1º caso por fármaco e o 2º caso por contraste iodado. 1º caso: Mulher de 77 anos, autónoma, natural de Lisboa, sem doença tiroideia conhecida, foi referenciada à consulta de Endocrinologia em maio de 2017 por perda de peso (cerca de 5 kg), alteração nas provas de função tiroideia (TSH<0,014 µUI/mL (VR 0,27-4,20); T3L 4,63 pmol/L (VR 3,10-6,80); T4L 28,5 pmol/L (VR 12,0-22,0)) com anticorpos antitiroideos (anti-TPO, anti-Tg e Trabs)

negativos e presença de vários nódulos na ecografia tiroideia. Da história pessoal destacava-se a toma de amiodarona por fibrilhação auricular paroxística desde novembro de 2013. Realizou cintigrafia da tiróide com ^{99m}Tc -pertechnetato que mostrou normal captação do radiofármaco, foi assumido o diagnóstico de tireotoxicose induzida por amiodarona tipo 1 (AIT-1) pelo fenómeno de SJB, iniciado tiamazol e contactado o colega de cardiologia que suspendeu amiodarona e iniciou bisoprolol.

2º caso: Mulher de 86 anos, reformada, institucionalizada em Lar, parcialmente dependente para as actividades da vida diária (ECOG 4), com antecedentes de bócio multinodular não tóxico desde 2011, é observada em fevereiro de 2018 no internamento de Medicina Interna em consultadoria de Endocrinologia por palpitações, taquicardia, perda de peso não quantificada e alterações da função tiroideia (TSH $<0,008 \mu\text{UI/mL}$ (VR 0,27-4,20); T3L 4,92 pmol/L (VR 3,10-6,80); T4L 50,4 pmol/L (VR 12,0-22,0)) com anticorpos antitiroideus negativos. Realizou ecografia com doppler que mostrou ligeiro

aumento da vascularização da glândula tiróide, de forma relativamente simétrica. Da anamnese destacava-se realização de TC de corpo com contraste iodado em dezembro de 2017. Foi assumido HII após realização de contraste pelo fenómeno de SJB, sendo iniciado tiamazol e propranolol.

DISCUSSÃO

O SJB ou HII é uma condição pouco frequente, ocorrendo sobretudo em doentes com patologia tiroideia; é auto-limitado (1 a 18 meses) se a exposição à fonte de iodo for descontinuada; e em casos mais graves (como os apresentados) pode ser necessário a utilização de antitiroideus de síntese além dos betabloqueantes. Este fenómeno é importante sobretudo pelos riscos cardiovasculares, sendo necessário vigilância da função tiroideia num doente sob amiodarona (15-20% desenvolvem algum tipo de disfunção tiroideia) e no doente idoso ou doente com patologia da tiróide conhecida após realização de contraste iodado.

UM FEOCROMOCITOMA INCOMUM

TIAGO JOÃO NEVES CARVALHO, PEDRO ANTUNES, MARCIOMIRA SILVA - UCSP DO FUNDÃO

ENQUADRAMENTO

Os feocromocitomas são tumores raros das células cromafins da glândula supra-renal, caracterizados pela produção excessiva de catecolaminas. A maioria dos tumores ocorre de forma esporádica, porém num número reduzido de doentes manifesta-se como parte de um distúrbio familiar. A clínica é frequentemente caracterizada pela presença de hipertensão, associada a palpitações, cefaleia e sudorese, podendo em alguns casos cursar com valores tensionais normais. O diagnóstico é realizado através da confirmação da elevação das metanefrinas e catecolaminas urinárias e plasmáticas, bem como de outros marcadores neuroendócrinos, tais como a cromogranina-A.

CASO CLÍNICO

Utente do género feminino de 58 anos, pertencente a uma família unitária, classe média na escala de Graffar, recorre ao Médico de Família (MF) por episódios paroxísticos de palpitações associadas a tremor das extremidades e sudorese profusa, com resolução espontânea em minutos. Ao exame objetivo apresentava-

se normotensa e assintomática, não sendo objetiváveis quaisquer alterações. Foi pedido ao utente a medição ambulatória da pressão arterial (com valores tensionais dentro dos parâmetros normais) e a realização de Eletrocardiograma de 24 horas (sem alterações significativas; FC máxima de 125/min). A pertinência das queixas motivou referência a consulta de cardiologia, não sendo objetivada patologia cardíaca que justificasse o quadro apresentado. Por manutenção do mesmo, recorre a consulta de nefrologia tendo sido realizada avaliação de metanefrinas plasmáticas e cromogranina a (sem alterações), bem como de catecolaminas séricas (aumentadas). Em TC abdominal verificou-se nódulo da suprarrenal direita com 16 mm, tendo sido realizada cintigrafia com MIBG que confirmou o diagnóstico de feocromocitoma. Iniciou terapêutica com metoprolol 50mg com melhoria sintomática do quadro, encontrando-se a aguardar a realização de adrenalectomia.

DISCUSSÃO

Este caso pretende demonstrar uma apresentação clínica

invulgar de uma patologia já por si bastante rara e cujo diagnóstico, pela inexistência de elevação quer da pressão arterial quer dos marcadores bioquímicos tipicamente associados à mesma, se tornou um desafio.

Apesar da sua raridade, o potencial de malignização e a frequente associação a elevada morbi-mortalidade fazem desta uma patologia que deverá estar sempre presente nas hipóteses de diagnóstico de qualquer clínico.

 Centro
Hospitalar
Cova da Beira, E.P.E.
Covilhã / Fundão

 ACES

 ULS

 ULS
Unidade Local de Saúde
de Castelo Branco, EPE

cmbi@chcbeira.min-saude.pt

CHCB  CMBI



CONGRESSO
MÉDICO
BEIRA
INTERIOR

MED'IN: covilhã

INOVAÇÃO EM MEDICINA

28 - 29 . setembro . 2018

INSCRIÇÕES ON-LINE

www.chcbeira.pt



LOCAL | AUDITÓRIO DA FACULDADE CIÊNCIAS DA SAÚDE, UBI



AMATO LUSITANO
REVISTA DE SAÚDE

CIATALGIA POR HERPES ZOSTER

RUI JORGE OLIVEIRA, UCSP PINHEL; ILIDIA CARMEZIM, CHTVISEU

INTRODUÇÃO

A infeção pelo vírus Varicela zoster é mais frequente na infância, manifestando-se como Varicela. Após resolução do quadro, o vírus permanece nas raízes espinhais. A reativação ocorre sobretudo entre a 6ª e 8ª década de vida, sob a forma de Herpes zoster, atingindo predominantemente dermatómos torácicos e menos frequentemente os lombares.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, 78 anos, caucasiano, reformado, com antecedentes pessoais de Hipertensão Arterial e Acidente Vascular Cerebral (AVC) com sequela motora no membro inferior esquerdo. Sem episódios prévios relevantes de raquialgia ou imunodeficiência documentada. Recorreu à consulta por dor, tipo picada e ardor, com agravamento noturno, descrita como tendo o foco na região sagrada esquerda com irradiação para o membro inferior homolateral, acompanhada de parestesias no mesmo território. Aplicando a Escala Numérica da Dor, atribua 5 para a dor habitual, atingindo 8 nas agudizações. Ao exame físico, não apresentava alterações à inspeção da região lombar e dos membros inferiores, assim como a palpação destas regiões era indolor. O exame neurológico relevou diminuição da força (grau 4 em 5) à extensão e flexão da perna esquerda, que segundo o doente estaria presente desde o AVC. Os reflexos

estavam mantidos e o Teste de Lasègue era negativo bilateralmente. O diagnóstico estabelecido foi de lombalgia com ciatalgia, sendo medicado com Naproxeno e Ciclobenzaprina. Após 4 dias, regressa por manutenção das queixas álgicas e lesões cutâneas ao longo do membro inferior esquerdo com 3 dias de evolução. O exame físico era sobreponível, à exceção de lesões vesiculares que se estendiam do terço inferior da face posterior da coxa esquerda, pela face externa da perna, dorso do pé e Hallux. Estabelecido diagnóstico de Herpes zoster no trajeto de L4-L5. Apesar das primeiras vesículas terem surgido há mais de 72 horas, ainda apresentava exantema vesículas em desenvolvimento, sugerindo replicação viral ativa. Assim prescreveu-se terapêutica antiviral (Valaciclovir 1000mg, 3 vezes por dia), associado a Paracetamol e Gabapentina. Após 3 dias já não apresentava novas lesões e a dor tinha desaparecido.

DISCUSSÃO

O benefício de iniciar terapêutica anti-viral mais de 72 horas após o início das lesões é incerto, porém é recomendado quando continuam a surgir novas lesões. Neste caso, o quadro de neurite mimetizava uma lombociatalgia, lembrando que o Herpes zoster deve ser considerado como diagnóstico diferencial.

PARA ALÉM DA PNEUMONIA

RITA CORREIA, PEDRO LEITE VIEIRA, CAROLINA CARVALHO, FÁBIA CRUZ, PAULA PAIVA, SANDRA MARTIN, MARIA EUGÉNIA ANDRÉ; SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA - ULSCB

INTRODUÇÃO

A leucemia mielomonocítica crónica (LMMC) é uma neoplasia monoclonal que se caracteriza por uma monocitose persistente no sangue periférico (SP) e na medula óssea (MO). Esta conjuga proliferação de monócitos, displasia das células mieloides e hematopoiese ineficaz.

CASO CLÍNICO

Homem, 87 anos, autónomo. Quadro com 10 dias de evolução de febre com tosse e expectoração. Referia anorexia, astenia e perda de peso que não sabia quantificar. No estudo em SU, apresentou Leucocitose ($20.98 \times 10^3 / \text{iL}$) com monocitose acentuada ($7.97 \times 10^3 / \text{iL}$, 38% dos leucócitos). Sem blastos no sangue periférico. Do estudo efectuado: persistência de monocitose após tratamento da infecção. Excluídas outras doenças mieloproliferativas

por teste genético BCR/ABL, JAK2, PDGFRA e FGFR1. Imunofenotipagem do SP e MO com monocitose, displasia de neutrófilos e contagem baixa de blastos. Sem esplenomegalia na ecografia. Electroforese de proteínas: sem hipergamaglobulinemia. Assumiu-se diagnóstico de LMMC. Doente encaminhado para consulta de Hematologia.

DISCUSSÃO

A sobrevida de doentes idosos com LMMC é estimada em 1 ano após diagnóstico. É importante a estratificação do risco de transformação leucemóide: alto risco se leucocitose $\geq 13 \times 10^3 / \text{iL}$ ou percentagem de blastos no SP e MO (5-19% e 10-19% respetivamente ou Corpus Auer). A única terapêutica curativa continua a ser o transplante alogénico de células estaminais. No caso explanado tratava-se de um doente idoso, com alto risco de progressão leucemóide, sem critérios para transplante.

BICITOPENIA IMUNE SECUNDÁRIO. PRODUTO NATURAL

RITA CORREIA, DANIELA FRANCO, CAROLINA CARVALHO, FABIA CRUZ, SANDRA MARTIN, MARIA EUGÉNIA ANDRÉ - MEDICINA INTERNA - ULSCB

INTRODUÇÃO

A leucopenia e a trombocitopenia secundárias a fármacos estão amplamente documentadas, no entanto, a sua associação a “produtos naturais” é controversa, pela escassez de relatos de caso. O seu diagnóstico baseia-se na concordância temporal, exclusão de outras causas e resolução após suspensão.

CASO CLÍNICO

Mulher 82 anos, autónoma. Quadro de um mês de astenia após toma de ampolas “naturais” de ervanária. Sem perda de peso. Analiticamente apresentava Leucopenia e Trombocitopenia (Leuc 2, $25 \times 10^3/\text{iL}$; N $0.97 \times 10^3/\text{iL}$; Plaquetas $200 \times 10^3/\text{iL}$). Estudo efectuado: Excluída pseudotrombocitopenia. Ligeira deficiência de folato e vitamina B12. Electroforese de proteínas normal. Ecografia sem esplenomegalia. Serologias virais

negativas. Excluída sífilis. Função tiroideia normal com anticorpos anti-tiroideus positivos. H. pylori negativo. Excluída auto imunidade. Após suspensão de ampolas naturais e suplementação de ácido fólico e vitamina B12, doente com normalização completa do hemograma.

Assumiu-se bicitopenia imune secundária a consumo de ampolas naturais não caracterizadas.

DISCUSSÃO

A fisiopatologia, história natural e resposta à terapêutica varia nas diferentes causas de citopenias secundárias, assim a importância do diagnóstico. A maioria dos casos de citopenias secundárias resolvem com a suspensão do insulto, como no caso relatado, no entanto, quando doença severa pode requerer investigação e terapêutica mais agressiva.

RASTREIO ANALÍTICO DA FUNÇÃO TIROIDEIA EM REGIÃO DE BÓCIO ENDÊMICO

ANA MATOS, CARLA RESENDE, DIANA GONÇALVES, ELIANA PIRES, SAMUEL SALVADOR - UCSP TORTOSENDO

INTRODUÇÃO

O iodo é um constituinte fundamental para a síntese das hormonas da tiroide e a sua carência, quando marcada, leva ao aparecimento do bócio endémico. Apesar da profilaxia iodada e da profilaxia silenciosa devida à globalização na distribuição dos alimentos, às melhores vias de comunicação e ao desenvolvimento socioeconómico das populações, a Organização Mundial da Saúde estima que cerca de 13% da população mundial esteja afetada por doenças causadas pela falta de iodo, estando outros 30% em risco. O rastreio de disfunção tiroideia (DT) não está preconizado na população geral adulta, contudo existem escassas informações sobre a realização de rastreios analíticos em regiões propensas ao desenvolvimento de DT por baixo aporte de iodo.

OBJETIVO

Análise da função tiroideia de utentes assintomáticos

por controlo analítico durante 14 meses através do doseamento de TSH e, deste modo, determinar a validade da realização de rastreio analítico da função tiroideia numa região endémica de bócio.

MÉTODOS

Tipo de estudo: observacional, transversal, com recolha de dados retrospectiva. População: utentes de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) em região endémica de bócio, entre os 35 e os 75 anos de idade, sem registo de DT, entre fevereiro de 2017 e abril de 2018. Critérios de exclusão: utentes com DT conhecida ou em investigação durante a realização do estudo, utentes cuja medicação possa alterar a função tiroideia, utentes com idades inferiores a 35 anos ou superiores a 75 anos de idade, grávidas. Variáveis: género, idade, valor de hormona estimulante da tiroide (TSH), valor de T4 livre perante TSH fora dos valores de referência.

Colheita de dados: consulta do registo clínico eletrónico no programa SClinico®. Tratamento de dados: Microsoft Office Excel 2016.

RESULTADOS

Foram recolhidos os valores da função tiroideia de 172 utentes, 69.8% do género feminino (n=120) e 30.2% do género masculino (n=52), com uma média de idades de 57.3 anos. Destes utentes, 8 (4.7%) apresentaram TSH aumentada, sendo que 6 (3.5%) apresentavam critério de hipotiroidismo subclínico e apenas 2 (1.2%), ambas mulheres, corresponderam ao critério de hipotiroidismo primário. Verificou-se TSH diminuída em 4 utentes (2.3%), 3 (1.7%) com critério de hipertiroidismo subclínico e apenas 1 utente (0.6%),

género masculino, com critérios de hipertiroidismo primário.

CONCLUSÃO

De acordo com as normas internacionais, não existe evidência que suporte a realização de rastreio de DT na população adulta não grávida. Os resultados evidenciados neste estudo, mesmo realizados numa área de bócio endémico, vão de acordo com essas normas. Contudo recomendamos que a DT seja considerada frequentemente como possível etiologia das várias queixas pouco específicas que os médicos lidam diariamente e, deste modo, identificar e avaliar os utentes com maior probabilidade de terem DT que possam beneficiar do seu tratamento.

COM O CORAÇÃO AOS SALTOS - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

ANA MATOS, UCSP TORTOSENDO; ANA BRANCO, CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA

INTRODUÇÃO

A Tireotoxicose afeta cerca de 1 em cada 2000 pessoas por ano na Europa e define-se como uma condição clínica provocada pelo excesso de hormonas tiroideias em circulação, associando-se a múltiplos sinais e sintomas, frequentemente inespecíficos. A determinação da causa da tireotoxicose é fundamental dado poder condicionar o seu tratamento.

CASO CLÍNICO

Mulher de 52 anos, inserida numa família nuclear, fase VI do Ciclo de Duvall, classe média-baixa de Graffar, antecedentes pessoais de HTA, medicada com recentemente com azilsartan 20 mg. Recorreu ao seu Médico de Família (MF) referindo quadro de palpitações com uma semana de evolução, tendo o MF requisitado análises sanguíneas e ECG, que realizou no dia seguinte. Após detecção de fibrilação auricular (FA) com resposta ventricular rápida no ECG foi encaminhada ao Serviço de Urgência (SU), onde foi submetida a cardioversão química com amiodarona, retornando a ritmo sinusal. Teve alta medicada com ácido acetilsalicílico (AAS) 100 mg. Dois dias depois retorna ao SU novamente por palpitações, apresentando as análises realizadas em ambulatório onde

se destacavam valores de TSH suprimidos e elevados de T3 e T4 livres; teve alta medicada com propranolol 40 mg. Regressa ao SU 6 dias depois por manter quadro de palpitações e cansaço geral, apresentando taquicardia sinusal no ECG. Assumida FA paroxística e HTA em contexto de tireotoxicose, tendo sido medicada com tiamazol 5 mg 3id. Em consulta de Medicina Interna após 3 semanas apresenta controlo analítico onde se destacam valores elevados de anticorpos anti-peroxidase e anti-tiroglobulina, com valores de anti-receptores de TSH (TRAbs) normais e ecografia tiroidea sem alterações, assumindo-se o diagnóstico de Tiroidite de Hashimoto.

DISCUSSÃO

A FA é um distúrbio frequentemente associado a tireotoxicose, particularmente em utentes mais velhos, associando-se a um risco aumentado de Acidente Vascular Cerebral, insuficiência cardíaca e outras complicações cardíacas. Na presença de sintomas ou antecedentes pessoais de relevo é importante considerar a hipótese diagnóstica de tireotoxicose através da recolha de uma história clínica minuciosa e avaliação da função tiroideia, para diagnóstico e tratamento adequado desta patologia.

COMO TER SUCESSO CIRÚRGICO NO DOENTE FRÁGIL: PROGRAMA DE RASTREIO E APOIO AO DOENTE FRÁGIL NUM SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL

CÁTIA FELÍCIO, JOANA PEREIRA, SARA FERNANDES, TERESA PEREIRA, MARIA JOÃO LEITÃO, JOÃO COUTINHO, DEPARTAMENTO DE CIRURGIA GERAL - CHLN, HOSPITAL DE SANTA MARIA

INTRODUÇÃO

O aumento da longevidade da população tem implicado um acréscimo no afluxo de doentes geriátricos a carecer de cuidados cirúrgicos. O desafio na sua abordagem, prende-se com a multiplicidade de comorbilidades que os afetam, colocando-os em risco acrescido para outcomes desfavoráveis no período peri-operatório.

A identificação destes doentes frágeis e sua otimização pré-operatória pode melhorar os outcomes no pós-operatório (taxa de complicações e sobrevida aos 30 dias, duração de internamento e capacidade funcional à data de alta) e reduzir o consumo de recursos. Apesar de ainda não estarem estabelecidas recomendações para identificação e manejo dos doentes frágeis, verifica-se que intervenções em múltiplos sistemas proporcionam maiores benefícios que intervenções em apenas um sistema.

OBJETIVOS

Pretendendo melhorar os cuidados prestados a estes doentes implementámos no Serviço de Cirurgia Geral o Programa de Rastreio e Apoio ao Doente Frágil cujo modelo apresentamos.

MÉTODOS

Após revisão da literatura relativa à pertinência e impacto da otimização do doente frágil nos outcomes cirúrgicos, bem como das medidas médicas e não médicas com eventual benefício nesta otimização, implementou-se no Serviço de Cirurgia Geral, em colaboração com o Consultor de Medicina Interna, o Programa de Rastreio e Apoio ao Doente Frágil. Para sensibilizou-se a Equipa Médica e de Enfermagem para a adesão ao projeto

através de uma Sessão Clínica.

O programa implica a identificação na consulta de Cirurgia Geral, pré-operatória, do doente idoso com múltiplas comorbilidades e incapacidade/dependência, com registo em plataforma específica. Referenciação destes doentes a consulta de enfermagem onde são avaliados os critérios de fragilidade com recurso ao Johns Hopkins Frailty Assessment Calculator®. Nos doentes com critérios de pré-fragilidade e fragilidade é preenchida uma check-list e é feita a referenciação a consulta com o Consultor de Medicina Interna para avaliação clínica, avaliação das necessidades e estabelecimento do plano de seguimento. Este programa de conta com uma equipa multidisciplinar pro-activa que engloba a Equipa de Cirurgia, Consultor de Medicina Interna, Enfermagem, Serviço de Anestesiologia, Serviço de Medicina Física e Reabilitação, Unidade de Reabilitação Respiratória, Serviço de Psiquiatria, Serviço de Dietética e Nutrição e o Serviço Social.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Desde a implementação do projeto assistimos ao aumento do número de doentes referenciados, com identificação numa proporção importante de doentes frágeis, cujo registo e estabelecimento de plano de atuação personalizado permite a otimização e prevenção da descompensação de comorbilidades associadas no período peri-operatório. O Programa de Rastreio e Apoio ao Doente Frágil é exequível e permite otimizar os cuidados prestados através de uma gestão multidisciplinar das necessidades médicas e de suporte com impacto positivo nos outcomes pós-cirúrgicos.

A SOLUÇÃO DE MÚLTIPLAS TRANSFUSÕES

MARIA INÊS GONÇALVES, JOANA CARDOSO, VASCO NEVES, GONÇALO MIRANDA, ROSA BALLESTEROS - CHUCB

A angiodisplasia refere-se a malformações arteriovenosas submucosas que habitualmente se encontram no tracto gastrointestinal (GI). Embora possam estar presentes no nascimento ou como parte de síndromes hereditárias, outras surgem por razões pouco compreendidas, manifestando-se como hemorragia GI ou sendo apenas um achado incidental. Se associado a hemorragia, esta será recorrente e crónica.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino de 96 anos de idade com antecedentes pessoais de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica sob oxigenoterapia de longa duração, Diabetes Mellitus tipo 2 insulino-tratada, Hipertensão Arterial, Doença Renal Crónica e hiperplasia foveolar. Tem também uma anemia crónica multifactorial com necessidade de múltiplas transfusões de concentrado de eritrócitos (CE) desde há pelo menos três anos, e com agravamento clínico desde então, mas que nunca terá sido estudada com métodos mais invasivos pela sua idade e pelo possível pouco tempo de vida restante. É trazida ao Serviço de Urgência por

episódio de melenas e hematemese. Ao exame objectivo apresenta-se sonolenta, pálida, mucosas descoradas mas hidratadas, além de taquicárdica e hipotensa. Analiticamente apresentava hemoglobina de 2,7g/dL. É de novo realizada transfusão de CE e a doente apresenta melhora clínica e analítica.

Apesar dos seus 96 anos, decide-se realizar endoscopia digestiva alta (EDA) durante o internamento, que diagnostica uma GAVE exuberante (Gastric Antral Vascular Ectasia). É aplicada ligadura elástica. Desde então a doente teve melhora substancial do seu estado geral, com diminuição da recorrência aos serviços de urgência por astenia e dispneia e, sobretudo, pela não necessidade de realização frequente de transfusões de CE.

DISCUSSÃO

Com este caso pretendo demonstrar a importância em investir no estudo de algumas patologias, mesmo em doentes muito idosos ou com graves co-morbilidades, pois por vezes poderemos estar perto de uma situação potencialmente tratável.

DETERMINAÇÕES QUANTITATIVAS DO GRAU DE ALCOOLEMIA NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA DE UMA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DURANTE 5 ANOS

ANA ISABEL FERREIRA, ÓSCAR MATOS, SANDRA PAULO, RICARDO RODRIGUES, MARIANA MARTINS, SERVIÇO DE PATOLOGIA CLÍNICA DA ULS CASTELO BRANCO

INTRODUÇÃO

O consumo de álcool excessivo representa um problema de saúde pública que tem motivado diversas campanhas de prevenção ao longo dos anos. O abuso crónico de álcool associa-se a várias co-morbilidades (hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, doença hepática crónica, entre outras). No entanto, o número anual de admissões no serviço de urgência (SU) por suspeita de intoxicação alcoólica continua a ser elevado. A determinação quantitativa do nível de alcoolemia permite uma estratificação em grupos de acordo com os sinais, sintomas e riscos associados à intoxicação alcoólica, permitindo orientar a decisão clínica. Assim, o Serviço

de Patologia Clínica deverá disponibilizar testes adequados a esta necessidade, com curto tempo de resposta.

OBJECTIVOS

Caraterização e avaliação dos resultados laboratoriais de doentes com suspeita de consumo alcoólico.

MÉTODOS

Análise retrospectiva dos resultados laboratoriais do doseamento de Álcool (soro), no período de 1 janeiro de 2013 a 31 dezembro de 2017. As amostras foram processadas no analisador automatizado MicroSlide

VITROS® 5.1, método colorimétrico - reação de oxidação do etanol em acetaldeído, deteção a 340 nm da forma reduzida da coenzima nicotinamida adenina dinucleótido (NAD⁺). O intervalo de medição é de 10-300mg/dL, sendo possível diluição. Valores de referência: Negativo: <10mg/dL; Tóxico: 50-100mg/dL; Depressão do sistema nervoso central: > 100mg/dL; Mortes reportadas: >400mg/dL.

RESULTADOS

Durante os 5 anos foram efetuadas 3760 determinações: 1247 (2013), 788 (2014), 541 (2015), 622 (2016), 562 (2017); numa população de 2771 (73,7%) homens e 989 (26,3%) mulheres; com idade dos 3 aos 101 anos: 177 (4,7%) com idade <18 anos, 2419 (64,3%) entre os 19-64 anos e 1164 (31,0%) com idade ≥65 anos. Determinaram-se: 2205 (58,6%) resultados negativos (<10 mg/dL); e 1555 resultados ≥10mg/dL com a seguinte distribuição etária: 106 (6,8%) <18 anos, 1150 (74,0%) entre 19-64 anos e 299 (19,2%) com idade ≥65 anos. Foi feita a

estratificação por grupos de risco de acordo com os resultados: 297 (7,9%) intoxicações ligeiras (<100mg/dL); 457 (12,2%) intoxicações moderadas a severas (100-200mg/dL); 308 (8,2%) intoxicações graves (200-250mg/dL); 433 (11,5%) provável coma alcoólico (>250mg/dL) e 60 (1,6%) potencialmente fatal (> 400mg/dL). O valor máximo determinado foi 594mg/dL.

CONCLUSÃO

Os pedidos de determinação de alcoolemia diminuíram ao longo dos 5 anos. A faixa etária dos 19 aos 64 anos é, como seria de esperar, a que apresenta maior número de determinações de alcoolemia com valor ≥10mg/dL. O doseamento de Álcool permite confirmar o diagnóstico, estratificar o risco/prognóstico e adequar e monitorizar a terapêutica à situação clínica. De referir como limitação da prova analítica que o período de deteção do álcool vai depender da dose consumida, tempo após o consumo e estado geral do indivíduo entre outras variáveis.

ANÁLISE DA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPRIADOS

BEATRIZ MÓNICO, SANDRA MORGADO, MARTA MENDES, IDALINA FREIRE, MANUEL MORGADO, MARIA OLÍMPIA FONSECA - CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO COVA DA BEIRA, EPE/FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

INTRODUÇÃO

O envelhecimento está associado a uma variedade de alterações fisiológicas, metabólicas e funcionais, que se traduzem em alterações na farmacocinética e farmacodinâmica dos medicamentos.

Consequentemente, um medicamento que seja bem tolerado em adultos, pode ser potencialmente inadequado num indivíduo idoso (≥65 anos). Um medicamento é considerado potencialmente inadequado (MPI) quando a relação benefício/risco deixa de ser favorável, podendo ser substituído por uma alternativa mais segura e eficaz.

OBJECTIVOS

Com este estudo pretendeu-se analisar o padrão de prescrição de MPIs nos serviços de Medicina I e Medicina II, do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

(CHUCB), com vista a identificar MPIs e a minimizar o risco de efeitos adversos e outros problemas relacionados com o medicamento.

MÉTODOS

Foram analisados retrospectivamente os medicamentos prescritos em doentes com idade ≥65 anos, nos serviços de Medicina I e Medicina II durante o primeiro semestre de 2018 (1 de Janeiro de 2018 a 30 de Junho de 2018). Recorrendo aos Critérios de Beers de 2015, foram identificados os MPIs prescritos em ambos os serviços durante este período.

RESULTADOS

No primeiro semestre de 2018, no serviço de Medicina I, foram internados 347 doentes, com uma média de idades de 82 anos. Destes, 72,6% (n=252) tinham uma prescrição

de, pelo menos, um MPI. No serviço de Medicina II, por sua vez, foram internados 580 doentes, com uma média de idades de 83 anos. Destes, 71,4% (n=414) tinham uma prescrição de, pelo menos, um MPI. Os MPIs constituíram cerca de 8% do total de medicamentos prescritos em ambos os serviços. O grupo farmacoterapêutico potencialmente inapropriado (GFPI) mais prescrito em ambos os serviços foram as benzodiazepinas, compreendendo aproximadamente 30% do total de MPIs em cada serviço. Os antipsicóticos de 1ª geração são o segundo GFPI mais prescrito, com uma expressão ligeiramente superior no serviço de Medicina I (18,6%) em comparação com o de Medicina II (17,0%). Os modificadores da motilidade intestinal, nomeadamente a metoclopramida, também demonstraram uma expressão significativa, principalmente no segundo trimestre, no qual constituíram 14% dos MPIs prescritos em ambos os serviços.

DISCUSSÃO

Considerando os resultados obtidos, é evidente que a reconciliação terapêutica e a utilização de ferramentas que detetem os MPIs em doentes idosos assume particular importância numa população cada vez mais envelhecida. A necessidade de equipas multidisciplinares no tratamento de doentes idosos com multimorbilidades torna-se cada vez mais relevante. Este estudo motivou a organização de uma campanha de sensibilização direcionada aos médicos prescritores dos serviços de internamento do CHUCB. Foram elaborados folhetos e cartazes contendo uma lista de MPIs, incluindo recomendações e possíveis alternativas, de modo a reduzir a polimedicação e aumentar a segurança na utilização do medicamento e a qualidade de vida do doente.

A FÍSTULA LABIRÍNTICA COMO COMPLICAÇÃO DE OTITE MÉDIA CRÓNICA COLESTEATOMATOSA - RELATO DE CASO

ANA APARÍCIO, JOAQUIM NUNES, MAXIMIANO NUNES - ULS DA GUARDA

INTRODUÇÃO

A fístula labiríntica é uma possível complicação da otite média crónica colestomatosa (OMCC) cuja incidência ronda os 7% em todos os casos. Os doentes tendem a descrever sintomas maioritariamente vestibulares, o que dificulta a sua diferenciação de patologias otológicas mais comuns. O teste da fístula pode ser uma valiosa ferramenta de avaliação mas a tomografia computadorizada de alta resolução (TAC) é o exame mais indicado para o diagnóstico.

CASO CLÍNICO

Homem de 72 anos, caucasiano, com história pessoal de OMCC e sem antecedentes familiares de relevo. Recorre à Consulta Aberta do seu Centro de Saúde em setembro de 2016 por queixas intermitentes mas frequentes de desequilíbrio há três dias. O exame objetivo evidencia apenas otorreia à direita, pelo que inicia antibioterapia oral e tópica e antivertiginoso. Após duas semanas de tratamento, por manutenção das queixas e diminuição da acuidade auditiva à direita, dirige-se ao Serviço de Urgência. É pedida observação pela

Otorrinolaringologia (ORL), que descreve perfuração pósterio-superior da membrana timpânica direita com pólipos e otorreia na otoscopia. A TAC de Ouvidos confirma o diagnóstico de fístula labiríntica, pelo que se opta pelo internamento para tratamento médico. Quinze dias depois, após alta, apresenta-se na consulta de reavaliação de ORL sem quaisquer queixas ou novas alterações ao exame objetivo, sendo então referenciado para Coimbra para tratamento cirúrgico. Atualmente cumpre observações periódicas e limpeza de otorreia quando aplicável, permanecendo assintomático.

DISCUSSÃO

Queixas de vertigem, otorreia e diminuição da acuidade auditiva são relativamente frequentes nos Cuidados de Saúde Primários mas devem levantar a suspeita de envolvimento labiríntico quando surgem num doente com antecedentes de OMCC. A fístula labiríntica, ainda que infrequente, tem mantido uma incidência constante como complicação destes casos e a cirurgia é o tratamento de eleição para evitar a progressão da doença com perda auditiva total consequente.

SÍNDROME DE SJÖGREN NA PERSPECTIVA DO MÉDICO DE FAMÍLIA

ANA APARÍCIO, RITA MARQUES, RITA MAIA, MARIANA MINA, CÁTIA REINAS/USF "A RIBEIRINHA", ULS DA GUARDA

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Sjögren (SS) é uma doença autoimune mais frequente em mulheres a partir dos 45 anos. A inflamação crónica consequente à destruição de tecidos e órgãos saudáveis, nomeadamente glândulas salivares e lacrimais, pelo sistema imunitário origina as queixas secas comuns a todos os doentes. O diagnóstico baseia-se nos dados clínicos conjugados com a presença de autoanticorpos como anticorpos anti-nucleares (ANA) e contra antigénios nucleares extraíveis (ENA), sendo os anti-SSA e anti-SSB os mais específicos para esta patologia. Embora ainda sem cura, vários tratamentos estão atualmente disponíveis para o controlo sintomático e prevenção de complicações da SS.

CASO CLÍNICO

Apresentamos dois casos referentes a duas mulheres sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo que recorreram à consulta com a sua Médica de Família em abril de 2018 com apenas dias de intervalo entre elas. A primeira, de 35 anos, refere queixas de olho seco e sensação de areia, previamente observada em consulta de Oftalmologia e com xeroftalmia confirmada no teste de

Schirmer; a segunda, de 54 anos, vem para estudo na sequência de episódio de parotidite complicada por abscesso, entretanto resolvido, e hipoplasia tiroideia revelada na ecografia cervical. Na colheita da história, quando questionadas, ambas confirmam sintomas característicos: múltiplas artralguas esporádicas, secura vaginal e dispareunia, xerostomia, xeroftalmia, artralguas das mãos e cansaço generalizado, respetivamente. A investigação analítica foi para ambas positiva tanto para ANA como para ENA, com positividade dos anti-SSA e anti-SSB, pelo que foram referenciadas para a consulta de Doenças Autoimunes do Hospital de referência para orientação.

DISCUSSÃO

A SS não é uma entidade fácil de diagnosticar uma vez que as suas manifestações são frequentes na população geral e podem evoluir lentamente, não alertando médico nem doente, até porque é uma doença relativamente desconhecida do público. O nível de suspeição do Médico de Família perante a história clínica deve ser elevado de forma a garantir o diagnóstico e a correta orientação para uma equipa multidisciplinar o mais precoce e adequadamente possível.

VACINAÇÃO NA PREVENÇÃO DE EXACERBAÇÕES DA DPOC - REALIDADE DE UMA USF

ANA APARÍCIO, CÁTIA REINAS, MARIANA MINA, RITA MAIA, MARIA CLARA/USF "A RIBEIRINHA", ULS DA GUARDA

INTRODUÇÃO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), uma das principais causas mundiais de morbimortalidade com uma prevalência estimada em 14% para a população portuguesa, tem nas exacerbações um forte contributo para o agravamento da doença, declínio da função respiratória e aumento do consumo de recursos em saúde. A sua prevenção e tratamento precoce permitem uma melhor qualidade de vida ao doente e uma maior racionalização dos elevados custos envolvidos. Sendo a infeção a etiologia mais comum, as estratégias de prevenção das exacerbações incluem a vacinação como a medida mais custo-efetiva e segura. Estão recomendadas aos doentes com DPOC as vacinas contra

a gripe (nível de evidência A, grau de recomendação I) e a doença pneumocócica (nível de evidência B, grau de recomendação I).

OBJECTIVOS

Relacionar o estado vacinal e a ocorrência de exacerbações nos utentes com DPOC numa Unidade de Saúde Familiar (USF) ao longo de um ano.

MÉTODOS

Estudo retrospectivo que incluiu a população de utentes de uma USF com diagnóstico de DPOC (código R95 da Classificação Internacional de Cuidados Primários) obtida através do MIM@UF®. Consultando os processos

individuais através da Plataforma de Dados da Saúde, verificou-se para cada utente a vacinação antigripal e antipneumocócica no ano de 2017 e a ocorrência de episódios de exacerbação na USF e nos Serviços de Urgência do país, com referência aos internamentos consequentes e seus desfechos, no mesmo período de tempo.

RESULTADOS

Eliminados os erros de codificação e de diagnóstico, a USF lista 132 utentes com DPOC, os quais são maioritariamente homens (64,4%) e têm uma média de idades de 68 anos. Cerca de metade da população (53%) tem pelo menos uma das vacinas em estudo, sendo que 48,5% está vacinada contra a gripe e 25% contra a doença pneumocócica. 22 doentes (16,7%) apresentaram episódios de exacerbação no ano de 2017, com 5 a necessitarem internamento hospitalar e

registo de 1 óbito na sequência de septicemia com foco primário respiratório. Pelo menos a vacina antigripal foi cumprida em 14 destes doentes, incluindo 4 dos internados e o falecido. Uma larga percentagem das exacerbações (68,2%) ocorreu em idades superiores a 65 anos.

DISCUSSÃO

É sabido que a vacina contra a gripe requer reformulação constante devido às mutações do vírus e que a eficácia da vacina antipneumocócica depende da resposta imunitária do doente, a qual diminui com a idade. Na nossa USF, a população dos doentes que exacerbaram define-se como maioritariamente idosa e vacinada, apesar de outros fatores de risco não terem sido considerados nesta análise. Mais estudos serão necessários para uma correta avaliação da eficácia da vacinação nos nossos doentes com DPOC.

SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO: A REALIDADE DE UMA UNIDADE DE SAÚDE

ELIANA PIRES, CARLA RESENDE, DIANA GONÇALVES, ANA SOFIA MATOS, SAMUEL SALVADOR, EUGÉNIA SILVA, UCSP TORTOSENDO

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) caracteriza-se por episódios recorrentes de apneias e hipopneias, secundários ao colapso da via aérea superior durante o sono. Inclui manifestações de hipersonolência diurna em relação direta com o risco de acidentes laborais e de viação e prejuízo da qualidade de vida. Acresce a associação com fatores de risco cardiovasculares (FRCV) como a Obesidade, a Hipertensão Arterial (HTA), distúrbios do metabolismo da glicose e o tabagismo, que multiplicam o potencial de eventos cardiovasculares major. Com uma prevalência estimada entre 3 e 28% segundo diferentes grupos, sabe-se que a SAOS afeta preferencialmente homens obesos de meia idade, com hábitos tabágicos e/ou alcoólicos.

OBJECTIVOS

Estimar a prevalência de SAOS numa população com diagnóstico estabelecido de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e caracterizar essa amostra.

MÉTODOS

Estudo analítico, transversal, retrospectivo. Amostra de conveniência: pacientes com diagnóstico de SAOS

inscritos numa Unidade de Saúde até 30 junho de 2018 (seguimento na UCSP ou no Hospital de referência). Variáveis: prevalência de SAOS, género, idade, FRCV, antecedentes pessoais de patologia pulmonar, terapêutica com ventilação não invasiva (VNI). Fonte de dados: obtenção da lista de utentes através da plataforma Mim@uf®, informação clínica extraída de cada consulta usando o SClínico® com acesso à PDS®. Análise estatística: Microsoft Excel 2016 ®.

RESULTADOS

Obtiveram-se 58 diagnósticos de SAOS, o que corresponde a uma prevalência de 0.80% na amostra em estudo. A média de idades fixou-se nos 63,9 anos, com um predomínio de utentes do género masculino (63,8%). Os FRVC mais prevalentes enumerados por ordem decrescente foram: a obesidade (93,1%), a HTA (79,3%), a dislipidémia (50%), o tabagismo atual ou prévio (36,2%) e a diabetes (17,2%). Relativamente à doença pulmonar, 17,2% apresentavam Asma ou Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Verificou-se boa adesão à terapêutica com VNI em 53 utentes (91,4%), 49 destes sob Auto-CPAP, sendo que em 7 pacientes foi necessário recorrer à oxigenoterapia.

DISCUSSÃO

O tamanho reduzido da amostra aponta para que a SAOS se encontre atualmente subdiagnosticada, não sendo possível estimar com precisão a proporção real de casos na população. As comorbilidades mais frequentes na

amostra coincidem com as da literatura e são potencialmente modificáveis. Cabe ao Médico de Família intuir o diagnóstico precoce para uma referência atempada, com impacto especialmente relevante em utentes com fatores de risco já identificados.

AVALIAÇÃO DO CONTROLO DA DISLIPIDÉMIA EM UTENTES COM DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2

CARLA RESENDE, ELIANA PIRES; DIANA GONÇALVES; ANA SOFIA ROCHA MATOS; SAMUEL FRAGA SALVADOR; EUGÉNIA SANTOS SILVA / UCSP TORTOSENDO - ACES COVA DA BEIRA

INTRODUÇÃO

A dislipidémia constitui um dos fatores de risco major de doença cardiovascular em diabéticos. As recomendações mais recentes da Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC) recomendam um valor alvo de colesterol de lipoproteínas de baixa intensidade (LDL) inferior a 70 mg/dL nos doentes de risco cardiovascular (RCV) muito elevado e inferior a 100 mg/dL nos doentes de risco cardiovascular elevado.

OBJECTIVOS

Avaliar a percentagem de diabéticos que cumpre o valor alvo de colesterol LDL tendo em conta o seu RCV. Analisar a terapêutica hipolipemiante e a sua adequação face ao RCV dos doentes.

METODOLOGIA

Estudo observacional, transversal, descritivo e retrospectivo. Recolha de dados a partir dos ficheiros médicos de uma Unidade de Saúde. Amostra de conveniência: Utentes com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 com seguimento regular no Médico de Família. Variáveis: Género, idade, risco cardiovascular estimado através do SCORE (Systematic Coronary Risk Estimation), terapêutica hipolipemiante e valor do colesterol LDL. Análise estatística: SPSS V24.0.

RESULTADOS

Foram incluídos na amostra 198 diabéticos, com idades

compreendidas entre os 42 e os 87 anos (idade média de 69.3 anos), sendo que 51% (n=101) são do género feminino. Aplicando o SCORE, 95.9% (n=190) dos diabéticos apresentam um RCV muito elevado e verifica-se um RCV elevado em 4.1% (n=8). Dos 198 diabéticos, apenas 19,2% (n=38) cumprem o valor LDL alvo recomendado. Dos 80,8% (n=160) diabéticos com dislipidémia não controlada, 2.5% (n=4) encontram-se medicados com estatinas de baixa potência, 63.8% (n=102) com estatinas de média potência e apenas 0.6% (n=1) com estatinas de alta potência. Constata-se que os restantes 33,1% (n=53) não realizam terapêutica com estatina (intolerância: 3.8% (n=2); incumprimento terapêutico: 5.7% (n=3); monoterapia com fibrato: 13.2% (n=7); sem registo de prescrição recente: 77.3% (n=41)).

DISCUSSÃO

A grande maioria dos diabéticos desta amostra possui valores de LDL superiores ao recomendado, atendendo ao risco cardiovascular global, devendo ser otimizada a terapêutica hipolipemiante a partir de uma prescrição criteriosa, mas proativa. Da análise dos dados, podemos concluir que é necessária uma intervenção mais precoce e intensiva quando as restantes medidas higiénico-dietéticas e farmacológicas se mostram insuficientes. O Médico de Família tem um papel fulcral no controlo dos fatores de risco cardiovasculares e na prevenção de eventos agudos, com especial impacto nos grupos de risco.

UM CASO DE “POIQUILO-DERMATOMIOSITE”

RITA MENDES, ISABEL CORREIA, JOÃO-PEDRO FREITAS, LUÍS SOARES DE ALMEIDA, PAULO FILIPE, HOSPITAL DE SANTA MARIA

A dermatomiosite é uma doença crónica auto-imune e multifactorial que se manifesta essencialmente pela presença de lesões cutâneas características e inflamação do sistema muscular esquelético, com fraqueza muscular proximal. Trata-se de uma patologia rara com distribuição bimodal e maior prevalência em mulheres. O aparecimento de lesões cutâneas precede o envolvimento muscular em até 60% dos casos. Apesar das lesões cutâneas características, o diagnóstico de dermatomiosite normalmente só é realizado após o aparecimento dos sintomas musculares. Todos os pacientes com devem ser investigados quanto à presença de neoplasias, dada a sua elevada prevalência nesta população. Apresentamos o caso de uma doente do género feminino, caucasiana, de 62 anos de idade, internada no Serviço de Dermatologia para esclarecimento de uma dermatose eritemato-maculær e pruriginosa com 7 meses de evolução caracterizada por poiquilodermia e eritema envolvendo principalmente a área do decote, face supero-externa dos antebraços e zona superior do dorso. De tratamentos anteriores destaca-se levocetirizina, corticoterapia tópica, deflazacorte e hidroxycloquina, sem benefício. Analiticamente apenas com elevação isolada da LDH. Contudo, ao quarto dia de internamento, elevação ligeira das transaminases, mioglobina, CK e aldolase. Duas biópsias cutâneas anteriores eram compatíveis com fotodermatose e erupção liquenóide associada a fármacos. A biópsia cutânea realizada no nosso

internamento revelou focos de dermite de interface vacuolar e necrose isolada de queratinócitos, com discreto infiltrado linfocitário perivascular e intersticial na derme superficial. À capilaroscopia, dilatação dos capilares periungueais e hipertrofia das cutículas. A electromiografia evidenciou sinais de necrose muscular ativa e a biópsia muscular MHC positivo com presença de algumas células inflamatórias. O estudo de auto-anticorpos específicos de miosites foi positivo para anti-Ro52, -Mi-2a, -SRP, -NXP2. Face ao diagnóstico de dermatomiosite clássica anti-Ro-52, -NXP2 positiva a doente foi submetida a TC corpo, endoscopia digestiva alta, colonoscopia, mamografia e ecografia mamárias, ecografia cervical, estudo da mecânica ventilatória e osteodensitometria. Em regime de internamento iniciou terapêutica com prednisolona (40mg/dia) e metotrexato (7.5mg/semana). Após 4 semanas de seguimento observou-se normalização da enzimologia muscular com regressão total do eritema mantendo-se a poiquilodermia. Este é um caso com apresentação atípica pela ausência dos sinais cutâneos major de dermatomiosite (pápulas de Gottron, sinal de Gottron e eritema heliotropo) e em que a poiquilodermia constituiu a principal manifestação da doença, o que contribuiu para o atraso no diagnóstico. Ainda assim, foi possível diagnosticar e iniciar tratamento antes da existência de atrofia muscular irreversível. Destaca-se ainda a importância dos auto-anticorpos específicos na caracterização da patologia, prognóstico e tratamento.

CARCINOMA SINONASAL INDIFERENCIADO PLURIMETASTÁTICO: UMA ENTIDADE RARA

RITA MENDES, DIOGO TOMÉ, HENRIQUE RODRIGUES, CATARINA QUEIRÓS, L. SOARES-ALMEIDA - HOSPITAL DE SANTA MARIA, CHLN

O carcinoma sinonasal indiferenciado é extremamente raro com menos de 200 casos reportados. Trata-se de uma neoplasia agressiva, com baixo grau de diferenciação e caracterizada por rápida progressão e mau prognóstico, mesmo após terapêuticas multimodais agressivas. Acredita-se que tenha origem nas células do epitélio da membrana de Schneider. A sua etiologia é desconhecida

e, ao contrário do carcinoma nasofaríngeo, não está associado a infecção pelo EBV. Apresentamos o caso de um doente do género masculino, caucasiano, de 82 anos de idade, ex-fumador (carga tabágica 114 UMA), internado por síndrome consumptivo, nódulos subcutâneos e múltiplas adenopatias. À observação encontrava-se emagrecido, tinha nódulos subcutâneos

no tórax e dorso, um deles ulcerado. Tinha ainda adenopatias cervicais, axilares e supraclaviculares palpáveis, não dolorosas, de consistência dura. Face ao quadro colocou-se a hipótese diagnóstica de neoplasia oculta com metastização cutânea. Analiticamente, anemia normocítica e normocrômica e elevação da LDH (973 U/L). Na biópsia cutânea de um dos nódulos observou-se infiltração de toda a espessura da derme, por células epitelióides azuis, pleomórficas agrupadas em cordões e em fila indiana, dissecando as fibras de colagénio, sem conexão com a epiderme. Observaram-se ainda células dentro de vasos linfáticos. A TC tóraco-abdómino-pélvica evidenciou múltiplas lesões secundárias com envolvimento ganglionar, hepático, esplênico, suprarrenal e retroperitoneal e a TC cervical lesões sólidas secundárias no cerebelo e também aumento de volume e heterogeneidade difusa da nasofaringe, com envolvimento. O estudo imunohistoquímico realizado na biópsia cutânea demonstrou imunoreactividade para a citoqueratina 7, citoqueratinas AE1/AE3 e EMA. As células tumorais foram negativas para S-100, vimentina, TIF-1, GATA-3 e

marcadores neuroendócrinos. Este quadro é compatível com o diagnóstico de carcinoma indiferenciado sinonasal. Durante o internamento o doente evoluiu com rápida deterioração e morte ao 31º dia de internamento. Dado o quadro de doença plurimetastática foram aplicadas apenas medidas de conforto e não foram realizados exames complementares de diagnóstico invasivos nem terapêuticas agressivas. Tendo em conta a natureza indiferenciada desta neoplasia, o estudo imunohistoquímico revela-se muito útil no diagnóstico diferencial. Regra geral, os carcinomas sinonasais indiferenciados apresentam imunoreactividade para as panqueratinas e citoqueratinas 7, 8 e 19 com negatividade para S-100 e sem expressão de vimentina. O carcinoma sinonasal indiferenciado é raro e agressivo o que contribui para que os dados quanto ao tratamento mais eficaz sejam muito limitados e baseados essencialmente em relatos isolados. Existe apenas um caso descrito na literatura com metastização cutânea sendo este o único caso até agora reportado em que o diagnóstico foi realizado a partir da biópsia da cutânea.

PAPILOMA BRÔNQUICO: UMA ENTIDADE RARA

SARA MARTINS, ROBERTO SILVA, JULIANA BARATA, MAFALDA BAPTISTA, INÊS VICENTE, EUNICE MAGALHÃES, MARIA JESUS VALENTE, MARIA SALETE VALENTE; SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA, CHUCB

INTRODUÇÃO

Os tumores papilares brônquicos são entidades raras entre as neoplasias pulmonares. O papiloma brônquico do tipo escamoso surge, predominantemente, em homens de meia-idade, fumadores, podendo apresentar-se em doentes assintomáticos. O risco de transformação maligna é baixo, podendo variar entre 8-40%.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, 70 anos de idade, residente em França, ex-fumador, com uma carga tabágica de 30 UMA, que trabalhou em fábrica de cerâmica e no corte de mármore. Clinicamente referia tosse produtiva de expectoração mucosa de difícil eliminação com cerca de dois meses de evolução, sem outra sintomatologia associada. Negava história de aspiração de alimento ou corpo estranho. Ao exame objetivo, a destacar presença de sibilos à auscultação do hemitórax esquerdo. Realizou radiografia do tórax seguida de tomografia axial

computorizada que demonstrou formação oval de 2 cm na terminação do brônquio principal esquerdo a condicionar obstrução parcial na origem dos brônquios superior e inferior. A broncofibroscopia revelou presença de formação arredondada, de superfície regular, coloração amarelada, não vascularizada, aderente à parede com formações mamilonadas visíveis. Colocada a hipótese de corpo estranho, o doente foi submetido a broncoscopia rígida para ressecção endoscópica da lesão. A biópsia da lesão permitiu estabelecer o diagnóstico histológico de papiloma brônquico malpighiano/escamoso.

DISCUSSÃO

Os papilomas brônquicos solitários são raros, pelo que a descrição de novos casos pode contribuir para uma melhor compreensão desta entidade. O diagnóstico nem sempre é sugerido pelo aspeto macroscópico da lesão sendo a avaliação histológica essencial para o determinar e esclarecer o seu potencial de malignidade.

SÍNDROME DE EAGLE: SINTOMAS COMUNS NUM CASO INCOMUM

JOANA FERNANDES DUARTE, SÍLVIA PICCO, MARIA EUFÉLIA CALMEIRO, EUGÉNIA ANDRÉ - ULS CASTELO BRANCO

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Eagle é um diagnóstico raro, que se caracteriza pelo alongamento da apófise estilóide do osso temporal ou pela calcificação do ligamento estilo-hioideo, que pode causar compressão das estruturas neurovasculares adjacentes. É por isso que se associa a um largo espectro de sintomas, a maioria deles inespecíficos. Os mais comuns incluem odinofagia, dor facial, sensação de corpo estranho, disfagia, otalgia reflexa ipsilateral, cefaleia, zumbido e trismo. Por ser uma entidade rara e cujos sintomas se confundem com os de outras patologias muito mais frequentes, o diagnóstico de Síndrome de Eagle é desafiante e exige um estudo adequado em termos de exames complementares de diagnóstico.

CASO CLÍNICO

Este trabalho pretende relatar o caso de uma doente do género feminino, de 37 anos, com antecedentes de bócio multinodular eutiroideo e hipertensão arterial, sem antecedentes de trauma cervical ou amigdalectomia. Apresentava queixas de dor cervical em pontada, localizada acima da cartilagem tiroideia, disfagia e sensação de corpo estranho, com pelo menos um ano de evolução. Ao exame objetivo, palpavam-se duas tumefações endurecidas com cerca de 1 cm cada na região cervical anteriormente referida como dolorosa pela

doente, acima dos bordos laterais da cartilagem tiroideia, bilateralmente. A palpação foi dolorosa, mas a região referida não apresentava rubor, calor nem eritema. A tiróide encontrava-se aumentada de tamanho e tinha carácter nodular, não dolorosa à palpação. Por persistência dos sintomas, e pela ansiedade face à ausência de diagnóstico, foi pedida uma tomografia computadorizada, que revelou calcificação difusa dos ligamentos estilo-hioideos.

DISCUSSÃO

A Síndrome de Eagle tem uma grande variedade de apresentações clínicas, bem como sintomas inespecíficos, frequentemente confundidos com os de outras patologias. Apesar de ser sintomática, é muitas vezes negligenciada e os sintomas na maior parte das vezes desvalorizados. É também por isso que tudo leva a crer que a sua incidência real, na população geral, possa estar subestimada. Consequentemente, é fulcral estar alerta para o diagnóstico, com o apoio de meios auxiliares e exame físico adequados. É incontornável a exploração cuidadosa do processo estilóide em doentes que apresentem os referidos sintomas. O tratamento pode ser feito através de uma abordagem farmacológica para alívio dos sintomas, ou, nos casos em que esta falha, partir para o tratamento cirúrgico - a estiloidectomia.

PRESENÇA DE CRIOAGLUTININAS: A REALIDADE DA POPULAÇÃO DA COVA DA BEIRA A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

TIAGO MATEUS COSTA, PATRÍCIA AMANTEGUI; MARIA FARIA, CHUCB-LPC;

A hemaglutinação a frio implica a existência de autoanticorpos contra a membrana eritrocitária reactivos a frio - crioaglutininas (CA), com uma temperatura óptima inferior à temperatura fisiológica humana. Analiticamente, suspeita-se da presença de CA em contexto de discrepância entre o número de eritrócitos e o valor de

hemoglobina, com provável Volume Globular Médio (VGM) aumentado.

OBJECTIVOS

Apresenta-se um caso de um doente de 77 anos, fumador 55UMA, com antecedentes pessoais de DPOC e etilismo

crónico, realizou um hemograma de rotina com os seguintes resultados: eritrócitos $1,25 \times 10^6/\mu\text{L}$ ($4.31 - 6.40 \times 10^6/\mu\text{L}$), hemoglobina 13.6 g/dL ($13.6 - 18.0 \text{ g/dL}$) e VGM 152.3 fL ($80.0 - 97.0 \text{ fL}$). Foi excluído padrão hemolítico no estudo bioquímico (LHD, K+, AST) e excluiu-se défice de folato, cianocobalamina e reticulocitose. Realizou-se ESP que revelou hemaglutinação evidente. Posteriormente, incubou-se a amostra a 37°C e executou-se novo ESP com sangue aquecido que indicou a resolução da hemaglutinação, com regularização dos seguintes parâmetros: número de eritrócitos ($3,72 \times 10^6/\mu\text{L}$) e VGM (107.8 fL). Desta forma, considerou-se pertinente avaliar a incidência da presença de CA na população da Cova da Beira, para um período de tempo compreendido entre 2013 a 2018 e verificar o contexto clínico em que surgem com objectivo de avaliar se a distribuição etiológica se enquadra com a distribuição descrita na literatura: - Portadores Saudáveis/Assintomáticos; - Crioaglutininas por Doença Linfoproliferativa (Macroglobulinémia de Waldenström (MW) e Linfoma da Zona Marginal (LMZ)); - Crioaglutininas por Doença Sistémica (Patologias Neoplásicas; Patologia Infecciosa/Inflamatória (Mycoplasma pneumoniae, EBV, CMV); Patologia Autoimune.

MÉTODOS

Foram consultados no sistema informático do laboratório (SIL) hemogramas compreendidos no período definido

com suspeita de CA. Foi seleccionado um número total de 48 casos cujas amostras de sangue periférico foram incubadas e processadas 37°C .

RESULTADOS

Verificou-se a existência de 13 casos prováveis para a presença de CA, nos quais se observou correcção dos parâmetros hematimétricos, nomeadamente, número de eritrócitos e VGM após incubação da amostra a 37°C . Constatou-se: 5 Portadores Saudáveis/Assintomáticos; 2 doentes com Crioaglutininas por Doença Linfoproliferativa (1 doente com MW + 1 doente com Anemia Hemolítica Autoimune); 6 doentes com Crioaglutininas por Doença Sistémica (1 doente com PAC + 1 doente com EBV + 2 doentes com Infecção das Vias Respiratórias Superiores + 1 doente com Sépsis/SIRS + 1 doente com Neoplasia Maligna).

DISCUSSÃO

Actualmente, os estudos de screening apontam para uma porção relevante da população com CA. A larga maioria das CA detectados ocasionalmente são policlonais e em baixa concentração em circulação. A incubação e processamento a 37°C de amostras de sangue periférico com alterações hematimétricas suspeitas para a presença de CA provou ser um bom método de screening.

O ESTUDO DOS LÍQUIDOS BIOLÓGICOS NO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO COVA DA BEIRA: LÍQUIDOS SEROSOS NO TRIÉNIO 2015-2017

PEDRO M. CABRAL, PATRÍCIA AMANTEGUI - SERVIÇO DE PATOLOGIA CLÍNICA DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO COVA DA BEIRA

Identificar a etiologia da acumulação de fluidos em cavidades corporais, seja pelo acumular de um líquido seroso ou sinovial, seja pelo acumular de líquido cefalorraquidiano, revela-se pertinente em diferentes contextos clínicos. Uma análise laboratorial apropriada destes líquidos biológicos (LB) é essencial para a correta orientação dos quadros clínicos, podendo na maioria dos contextos apontar uma causa etiológica ou até mesmo estabelecer um diagnóstico. Com o objetivo de iniciar uma apreciação do estudo dos LB no CHUCB e do perfil analítico disponível no Serviço de Patologia Clínica (SPC) foi realizado um levantamento do número de pedidos de análise laboratorial a líquidos serosos no

triénio 2015-2017, com contabilização dos parâmetros avaliados por amostra. No período em causa, foram analisadas 360 amostras de líquido ascítico, a maioria delas enviadas pelo Serviço de Gastroenterologia e Serviço de Urgência, sendo mais frequente o doseamento da glicose e da LDH, assim como a contagem e avaliação do predomínio celular. Relativamente às amostras de líquido pleural, perfizeram um total de 202 pedidos, com um maior número proveniente dos serviços de Medicina Interna e Pneumologia. Nestas, foi mais frequente o doseamento de proteínas, de glicose, de LDH e a avaliação das contagens celulares. De 2015 a 2017 foram apenas requisitadas análises de 5 líquidos

pericárdicos. Para além de identificados quais os serviços que mais frequentemente requisitaram a análise de cada produto, foi também posta em evidência uma aparente falta de padronização dos parâmetros avaliados em cada amostra, dado que nenhum dos produtos teve parâmetros requisitados de forma sistematizada. Por outro lado, outros doseamentos que poderiam ter sido úteis na abordagem diagnóstica, como o da albumina, do pH e das proteínas totais, foram suprimidos na análise de diversas amostras dos diferentes produtos. Surge então como oportuno promover a articulação com os serviços clínicos em causa, para realização de uma revisão conjunta do estudo analítico a executar nos líquidos serosos recolhidos em diferentes contextos. Será útil debater a elaboração de perfis analíticos diferentes em função do

produto em causa, do aspeto do líquido colhido (límpido, quiloso, hemático, etc.), bem como a inclusão, no painel de testes disponíveis, de outros parâmetros destacados na literatura científica, como os marcadores tumorais, o interferão- α ou o NT-proBNP. À luz dos resultados obtidos e das questões levantadas, foram estabelecidos objetivos a curto, médio e longo prazo, com a finalidade de, em colaboração com as especialidades clínicas, estabelecer protocolos de avaliação dos LB. Tem-se como propósito global do presente trabalho arrancar um projeto a longo prazo, que visa estruturar e concretizar o papel que um Serviço de Patologia Clínica pode ter na correta assessoria das decisões clínicas, bem como na otimização da utilização dos recursos disponíveis num centro hospitalar como o CHUCB.

LEUCOENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSÍVEL EM DOENTE PREVIAMENTE SUMETIDA A TERAPÊUTICA CITOTÓXICA

JORGE MIGUEL FERREIRA, JOANA MARTINS, ALBA ACABADO, PAULO CANTIGA DUARTE, JOSÉ DUCLA SOARES/SERVIÇO DE MEDICINA 1 – SECTOR B, HOSPITAL DE SANTA MARIA, CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE

INTRODUÇÃO

A síndrome de leucoencefalopatia posterior reversível, frequentemente apelidada de PRES (posterior reversible encephalopathy syndrome), associa-se a uma autodesregulação da perfusão cerebral e compõe-se de um conjunto de sinais clínicos, entre os quais se destacam a ocorrência de cefaleias, alteração do estado mental e da percepção visual, bem como de convulsões. Do ponto de vista imagiológico, associa-se ao surgimento de edema vasogénico predominantemente localizado à região posterior dos hemisférios cerebrais. Manifesta-se mais frequentemente no contexto de crise hipertensiva, pré-eclampsia ou terapêutica com alguns agentes imunossuppressores ou citotóxicos. O seu reconhecimento reveste-se de particular importância atendendo ao potencial de reversibilidade do quadro em duas semanas quando atempadamente reconhecida e tratada, versus produção de sequelas neurológicas permanentes e com risco de vida.

CASO CLÍNICO

Doente de 70 anos de idade, género feminino, caucasiana, autónoma nas actividades da vida diária.

Com antecedentes de carcinoma urotelial invasivo, com invasão peritoneal e sob terapêutica renal de substituição. Terá realizado ciclo de quimioterapia paliativa com mitomicina 5 meses antes do internamento. Recorre ao serviço de urgência por episódio inaugural de crises convulsivas, seguidos de depressão do estado de consciência (Glasgow coma score 10) e confusão. Realizou tomografia crânio-encefálica onde se observaram hipodensidades de predomínio sub-cortical, com atingimento cortical em topografia occipital bilateralmente e hipodensidades tálamo-capsular direita, mesencefálica e protuberancial homolaterais. Colocaram-se as hipóteses de PRES hipertensivo versus carcinomatose meníngea, tendo iniciado terapêutica empírica para meningite, sem realização de punção lombar por edema da fossa posterior, terapêutica antiepiléptica com valproato de sódio e levetiracetam, antiedematosa com dexametasona e controlo rigoroso da tensão arterial com nimodipina. Realizou ressonância magnética crânio-encefálica de urgência que confirmou aspectos compatíveis com PRES. Até 10º dia de internamento verificou-se melhoria

progressiva do estado de consciência com controlo do perfil tensional e cessação da actividade comicial.

CONCLUSÃO

Este caso ilustra a necessidade de reconhecimento desta síndrome, cada vez mais reportada na literatura, mas de

incidência ainda desconhecida, em particular no doente sujeito a terapêutica citotóxica, cujo reconhecimento e tratamento agressivo são determinantes para o prognóstico e para a qual nem sempre se dispõem dos meios complementares de diagnóstico mais adequados, sendo a ressonância magnética o método gold standard.

A VIA DE STOPPA MODIFICADA COMO ALTERNATIVA INDISPENSÁVEL NA CIRURGIA DE FRATURAS ACETABULARES - CASO CLÍNICO

FILIPE CASTELO, CLÁUDIA SANTOS, ALBINO SOUSA, DIOGO PASCOAL, ALFREDO CARVALHO, EDUARDO SALGADO, NÁDIA OLIVEIRA, ANDRÉ VINHA, SERVIÇO DE ORTOPEDIA DO CHUCB

INTRODUÇÃO

As fraturas do acetábulo causam grande morbilidade por dor e incapacidade da marcha, associadas a risco hemorrágico significativo. O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico, dependendo da complexidade da fratura. Os autores apresentam um caso clínico que envolve uma mulher idosa submetida a cirurgia por fratura do acetábulo através da via de Stoppa modificada.

CASO CLÍNICO

Mulher de 73 anos que apresentava coxalgia e incapacidade da marcha após queda da própria altura. Ao exame objetivo exibia dor à mobilização da coxa direita, Rolling test positivo, sem aparente instabilidade da bacia, sem deformidade dos membros inferiores, sem alterações neurovasculares e hemodinamicamente estável. Na radiografia da bacia constata-se interrupção da linha articular do acetábulo à direita. Por essa razão foi solicitada tomografia computadorizada pélvica para melhor caracterização da fratura. Esta revelou fratura do acetábulo com envolvimento das suas colunas posterior e anterior e lâmina quadrilátera. Classificação Judet-Letournel: Fratura associada da coluna anterior + coluna posterior. Classificação AO: 62C2d Foi realizada redução aberta e osteossíntese com placa suprapectínea e parafusos Matta 2 pela via de Stoppa modificada. O procedimento decorreu sem

intercorrências. No internamento a doente evoluiu favoravelmente e teve alta ao 5º dia pós-operatório, com transferência para hospital da área de residência, em França. Ao 3º mês pós-operatório foi aplicado o score de anca de Harris.

DISCUSSÃO

A via de Stoppa permite aceder ao compartimento da lâmina quadrilátera com um grau de invasão inferior à abordagem ilioinguinal clássica. Esta via também terá menor risco de complicações hemorrágicas e nervosas por não expor os vasos ilíacos externos nem o nervo femoral. Apresenta ainda vantagem biomecânica na abordagem de fraturas que envolvem predominantemente a lâmina quadrilátera. A placa de osteossíntese suprapectínea de lâmina quadrilátera foi utilizada para a fixação interna. Esta permite a abordagem de fraturas associadas das colunas anterior e posterior e lâmina quadrilátera, oferecendo estabilização dos diferentes traços de fratura com placa única. Conclusão: Através da utilização da via de Stoppa e de uma placa única foi possível estabilizar a fratura acetabular sem complicações e com resultado anatomo-funcional satisfatório. Este caso vai de encontro à literatura recente que suporta a utilização da via de Stoppa em detrimento da via ilioinguinal clássica para fraturas que envolvam predominantemente a lâmina quadrilátera.

DETERMINAÇÕES QUALITATIVAS DE DROGAS RECREATIVAS NA URGÊNCIA DE UM HOSPITAL DO INTERIOR DE PORTUGAL DURANTE 5 ANOS

ÓSCAR MATOS, ANA FERREIRA, SERVIÇO DE PATOLOGIA CLÍNICA DA ULS DE CASTELO BRANCO

INTRODUÇÃO

O uso crónico de drogas recreativas, como a cocaína, as anfetaminas, os barbitúricos, os opióides e os canabinóides, acarreta riscos severos para saúde em consequência dos seus efeitos psicotrópicos e de outros problemas, nomeadamente cardiovasculares e infecciosos, dependendo do tipo de droga e da sua via de administração. As dependências destas substâncias têm também consequências sociais e legais severas. Importa, portanto, a utilização de testes rápidos que pesquisem a presença de drogas no organismo como meio complementar no diagnóstico diferencial de alterações do estado de consciência, perturbações do comportamento ou para fins legais.

OBJETIVOS

Caracterização dos resultados da pesquisa laboratorial de drogas recreativas num hospital de um distrito do interior de Portugal.

MÉTODOS

Análise retrospectiva dos resultados laboratoriais da pesquisa qualitativa de cocaína, barbitúricos, anfetaminas, opiáceos e canabinóides, no período entre 1 de janeiro

de 2013 e 31 de dezembro de 2017, por meio de testes rápidos imunocromatográficos na urina, cujos limiares de deteção eram, segundo o fabricante para a marca utilizada, 300ng/ml para a cocaína, 200ng/ml para os barbitúricos, 1000ng/ml para as anfetaminas, 2000ng/ml para a morfina e 50ng/ml para os canabinóides. MÉTODOS. Efetuaram-se 845 pesquisas e destas foram incluídas 835 em utentes com idades entre 1 e 96 anos, com média de 39. Destas, 168 (20,1%) eram positivas em pelo menos uma das drogas pesquisadas. A média das idades do grupo com resultados positivos é inferior à do grupo com resultados negativos (34,89 e 40,06, respetivamente, com valor-p de 0,0003). Os canabinóides são os mais frequentes (80,4%), seguindo-se os opióides (10,7%), a cocaína (7,7%), os barbitúricos (7,1%) e, por fim, as anfetaminas (0,6%).

CONCLUSÃO

Observa-se uma elevada incidência do consumo de drogas com maior expressão na faixa etária do adulto jovem. Contudo, estes resultados podem estar subvalorizados, uma vez que estes testes não pesquisam um vasto conjunto de substâncias psicotrópicas como os derivados do LSD.

HERNIA OBTURATRIZ COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESITAL

TERESA RUBIO SÁNCHEZ, SARA ALONSO BATANERO. JUAN EMMANUEL SÁNCHEZ LARA. MARIANA CARABALLO ANGELI. LAURA CECILIA FAJARDO BLANCO. OMAR ABDE-LAH FERNÁNDEZ. ISIDRO JESÚS JIMÉNEZ VAQUERO. SIXTO CARRERO GARCÍA. MARIA LOURDES HERNÁNDEZ COSIDO. FELIPE CARLOS PARREÑO MANCHADO. LUIS MUÑOZ BELLVÍS./ HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

INTRODUCCIÓN

la hernia obturatriz (HO) consiste en la protrusión de contenido abdominal a través del foramen obturador. Es mas común en mujeres ancianas y delgadas. Constituye una causa infrecuente de obstrucción intestinal, siendo la incidencia del 0.05-1.4% del total de hernias. La tasa de mortalidad puede llegar hasta el 70% por las comorbilidades de los pacientes, la dificultad en el

diagnostico y la demora en el tratamiento. Raramente puede presentarse como neuralgia obturatriz, masa palpable o equimosis en el muslo. El TAC se considera la prueba de elección para el diagnostico. El tratamiento es quirúrgico, siendo el abordaje transabdominal (laparotomía o TAPP) el indicado en casos de obstrucción intestinal completa o sospecha de peritonitis. En casos seleccionados puede realizarse reparación mediante

abordaje extraperitoneal (TEP) previa reducción manual ecoguiada del contenido herniario. La tasa de recurrencia es menor tras la hernioplastia frente a la herniorrafia. Objetivo: revisión de las características de este tipo de hernias a propósito de dos casos.

MATERIAL Y MÉTODOS

datos clínicos, diagnósticos y terapéuticos de dos casos. Resultados:

CASO A

Mujer, 81 años con antecedentes de HTA, DM y apendicectomía que acude por dolor abdominal difuso de 20 días de evolución y ausencia de deposición y ventoseo durante las últimas 72h. Exploración física: abdomen distendido, timpánico, doloroso de forma generalizada, mayor en FID, sin irritación peritoneal difusa. TAC: en región inguinal derecha, herniación de asas de intestino delgado a través de defecto entre músculos obturadores y pectíneo, objetivando cambio de calibre a este nivel, compatible con cuadro obstructivo secundario a HO derecha. Tratamiento: acceso al orificio herniario mediante laparotomía media y herniorrafia interna. Postoperatorio sin incidencias.

CASO B

Mujer, 97 años, con antecedentes de HTA, DM e hiperuricemia, derivada por náuseas, vómitos y ausencia de deposición de 72h de evolución. Exploración física: abdomen distendido, no doloroso a la palpación. TAC: dilatación de asas de intestino delgado con cambio de calibre a nivel de saco herniario a través de conducto obturatriz derecho compatible con oclusión secundaria a HO derecha. Tratamiento: mediante laparotomía media, se realiza resección y anastomosis del asa encarcelada por necrosis y posterior herniorrafia. Postoperatorio: rectorragia sin repercusión hemodinámica y seroma de la herida, tratados de forma conservadora.

CONCLUSIONES

la HO es una causa infrecuente de cuadro obstructivo a tener en cuenta en pacientes ancianas. Presenta alta mortalidad debido a la demora en el diagnóstico. El tratamiento de elección es quirúrgico, reduciendo el contenido herniario y reparando el defecto con o sin malla, ya sea por vía extraperitoneal o transabdominal, abierta o laparoscópica, presentando esta última una menor incidencia de complicaciones postoperatorias y permitiendo detectar y reparar un posible defecto contralateral.

RASTREIO DE CANCRO DE MAMA NUM CENTRO DE SAÚDE ESPANHOL

ANA EIRAS, C.S. SAN JOSÉ - SALAMANCA, RAFAEL PÉREZ, C. S. SAN JOSÉ, TARSILA NERY, ANDREIA EIRAS ULS RAINHA D. AMÉLIA, DIEGO CÁCERES

INTRODUÇÃO

O cancro de mama é a segunda causa de morte no sexo feminino, depois das doenças cardiovasculares, e a primeira em mulheres entre os 20 e os 80 anos de idade. Entre os tumores ginecológicos, o cancro de mama é o mais frequente na Europa e a primeira causa de morte por cancro nas mulheres espanholas. Nos últimos 5 anos tem-se observado uma diminuição da mortalidade, isto é devido: ao rastreio precoce e aos avanços terapêuticos. O rastreio precoce de cancro da mama realiza-se através de uma mamografia bianual desde os 50 até aos 69 anos.

OBJECTIVO(S)

Determinar, num ficheiro de um Centro de Saúde Espanhol, a cobertura de rastreio de cancro de mama em mulheres entre os 50-69 anos no ano de 2017.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo observacional, retrospectivo, de todas as utentes do sexo feminino, entre os 50-69 anos, inscritas num Centro de Saúde espanhol, que realizaram rastreio de cancro de mama entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2017. Critérios de exclusão: utentes com antecedentes pessoais de cancro de mama, utentes com critérios de alto risco de cancro de mama, pacientes com critérios de referenciação a Oncologia. Dados recolhidos e tratados pelos autores em abril de 2018, com recurso aos programas Medora®, Jimena 4® e Microsoft Excel®.

RESULTADOS

estão inscritos no ficheiro um total de n= 816 utentes que cumprem os critérios de inclusão. Das 816, 88.7%

(724) realizaram o rastreio de cancro da mama. Destas 724, 89% (646) obtiveram como resultado ao realizar mamografia um BIRADS 1. 4.14% (30) apresentaram um BIRADS 2. 6.35% (46) das utentes obtiveram um BIRADS 3, sendo realizada ecografia posteriormente encontrando critérios de benignidade. Duas utentes (0.27%) cumpriam a categoria de BIRADS 4 sendo diagnosticadas de cancro de mama.

DISCUSSÃO

Ao realizar este estudo concluímos que os médicos

de família da unidade de saúde estudada, asseguram que as suas utentes realizam o rastreio precoce de cancro da mama uma vez que aproximadamente 90% das utentes cumpre o programa de rastreio precoce. Desta maneira, estes profissionais da saúde contribuem para a diminuição da mortalidade das suas pacientes. É importante realçar o papel de medicina geral e familiar para captar as mulheres que estão fora do rastreio precoce e redirigi-las ao programa.

EVENTOS DE MASSA - O PLANO DE AÇÃO DA ULS DA GUARDA

PATRÍCIA CUNHA CORREIA, BENILDE VAZ MENDES, ANGELA TENREIRO, SARA PINHEIRO, CARLOS GONÇALVES, ANA ISABEL VISEU, ULS DA GUARDA

INTRODUÇÃO

Segundo a OMS, um evento de massa caracteriza-se por a concentração de “mais de que um determinado número de pessoas, num local específico, para uma finalidade específica, por um período definido de tempo”. Portugal, pelas suas características sociais, políticas e climáticas tem sido, ao longo dos anos, um local de eleição para este tipo de eventos, seja na forma de festivais, colóquios ou eventos desportivos. O consequente aumento da densidade populacional, pode acarretar vários riscos como a transmissão de doenças infecciosas e o aumento de acidentes/ traumas, o que pode colocar sobre pressão os sistemas de saúde locais. O papel da Saúde Pública neste tipo de eventos será o de minimizar estes riscos, garantindo a segurança de todos os intervenientes. Para isso, e no âmbito da organização de um evento de massa de média dimensão no distrito da Guarda, foi organizado pela USP da ULS da Guarda, um plano de Vigilância em Saúde.

OBJETIVO GERAL

Minimizar os riscos decorrentes dos eventos de massa.

OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Garantir a segurança de todos os intervenientes,
- Garantir o encaminhamento e atendimento adequado de acordo com as ocorrências
- Permitir a recolha de informação sobre o tipo de patologias associadas a estes eventos.

MÉTODOS

1. Formação de equipa multidisciplinar, constituída por elementos da Unidade de Saúde Pública e parceiros, com objetivo de identificar os possíveis riscos associados a este evento, e respetivas metodologias para a sua redução/ eliminação. 2. Verificação do cumprimento da legislação em vigor para este tipo de eventos (localização; restauração; resíduos; zonas de campismo/caravanismo) 3. Articulação com as Entidades Organizadoras/ Locais, o acesso a informação sobre os participantes em caso de investigação epidemiológica de doença, e à necessidade de ser apresentado um plano de evacuação e emergência. 4. Definição de um plano da saúde no local (1ºs socorros; transporte imediato) 5. Garantir o funcionamento dos serviços de saúde locais, através do contacto com os respetivos diretores, e regionais.

RESULTADOS

Foi elaborado um Plano de Vigilância em Saúde, onde se identificavam potenciais riscos para a saúde dos participantes. Foi elaborado e divulgado aos Serviços de Saúde envolvidos, um questionário que deveria acompanhar estes utentes, desde o momento de entrada até à alta, a ser preenchido pelo profissional de saúde.

CONCLUSÃO

Nos 3 dias de duração do evento, não se verificaram intercorrências a nível dos cuidados de saúde primários

ou a nível hospitalar. Os eventos de massa podem ter um impacto muito significativo na área onde decorrem, alterando a dinâmica da população residente, podendo sobrecarregar os serviços de saúde locais. Com este

Plano de Vigilância, a USP da Guarda pretende reforçar a sua intervenção neste tipo de evento, permitindo uma melhor vigilância e prevenção dos riscos associados.

TUBERCULOSE: MAGNITUDE E CARATERIZAÇÃO DE CASOS NA ULS DA GUARDA

PATRÍCIA CUNHA CORREIA, BENILDE VAZ MENDES, DULCE QUADRADO, ANA ISABEL VISEU - ULS DA GUARDA

INTRODUÇÃO

A Tuberculose (Tb) é atualmente a 9ª causa de morte a nível mundial estando fortemente associada à iliteracia e más condições quer de habitação quer psicossociais. Em Portugal, a actual taxa de incidência de 15.6 casos/ 100 000 habitantes, identifica a Tb como um problema da Saúde Pública digno de atenção e vigilância.

OBJETIVO

Caraterizar a magnitude da Tuberculose e população afetada pela doença na área de abrangência da ULS da Guarda, no período 2012-2017.

MAETRIAS E MÉTODOS

Foram recolhidos dados do Centro de Diagnóstico Pneumológico da Guarda, relativos aos anos 2012 a 2017, através dos impressos do sistema de Vigilância SVIG TB. Dos 75 casos analisados, 3 foram excluídos (por diagnósticos não sustentado). Foi ainda consultado o Instituto Nacional de Estatística (INE), e o Departamento de Saúde Pública da região Centro para o cálculo de incidência da Tb a nível da ULS da Guarda e da região Centro.

RESULTADOS

Após análise dos dados, verificou-se uma taxa de incidência de Tb na ULS da Guarda superior à da região Centro no ano 2017 (12.0/ 100 000 hab. vs 8.8/ 100 000 hab.), mantendo-se, no entanto, abaixo do nível nacional. A taxa de incidência, quando distribuída por géneros, é superior no sexo masculino, não se admitindo nenhum padrão na distribuição por grupos etários. Sublinha-se ainda a inexistência de casos em menores de 15 anos. 31% dos indivíduos apresentavam um ou mais fatores de risco para a doença, sendo que em 75% dos casos a infeção tem localização primária pulmonar.

CONCLUSÃO

A ULS da Guarda apresenta uma taxa de incidência de Tb abaixo do valor de incidência nacional, cumprindo a meta de Saúde a 2020 da DGS: reduzir a incidência de Tb < 15 casos/ 100 000 hab. Os valores apresentados realçam a importância de se conhecer a doença, de forma a que se possam adotar medidas ativas de prevenção e vigilância, cumprindo as metas preconizadas pela DGS.

CONTROLO DA DIABETES EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS - ANALISAR O PRESENTE PARA MUDAR O FUTURO

DIANA GONÇALVES, ELIANA PIRES, CARLA RESENDE, ANA SOFIA ROCHA MATOS, JOÃO DE DEUS LOPES - UCSP TORTOSENDO

INTRODUÇÃO

Segundo a última publicação do Observatório Nacional da Diabetes, em 2015, a prevalência

estimada da Diabetes na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (7,7milhões) foi de 13,3%, isto é, mais de 1 milhão de

portugueses neste grupo etário tem Diabetes.

OBJETIVOS

Caracterização de uma amostra de diabéticos de uma Unidade de Cuidados de Saúde Primários

MÉTODOS

Estudo analítico, transversal, retrospectivo. Amostra de conveniência: utentes frequentadores da consulta de Diabetes no ano de 2017. Variáveis: idade, género, valor de hemoglobina glicada (HbA1c) e terapêutica prescrita. Análise estatística: Microsoft Excel 2010® e RStudio® (aplicados teste estatístico de Mann-Whitney e Correlação de Pearson). Fonte de dados: Processos clínicos informáticos (SCLínico e MIM@UF).

RESULTADOS

Foram incluídos na amostra 161 utentes, com 52% do sexo masculino (n=84) e 48% do sexo feminino (n=77). A média de idades foi sobreponível (69 anos em ambos os sexos). Quanto à terapêutica, 7,5% (n=12) estavam apenas sob controlo dietético. Os restantes 92,5% (n=149), tratados farmacologicamente, distribuíam-se da seguinte forma: Biguanidas – 45,9%; inibidores da dipeptidil peptidase 4 (IDPP4) – 25,2%; Sulfonilureias – 10,1%; insulina – 10,9%; Inibidores do SGLT2 (ISGLT2) – 5,3%; Tiazolidinedionas – 1,5%; análogos do glucagon-like peptide-1 (aGLP1) – 1,1%.

Quanto ao valor de HbA1c, foi obtida uma média de 6,7% no sexo feminino e de 7,2% no sexo masculino,

mas a diferença não foi estatisticamente significativa ($p>0,05$). Foram comparados dois grupos na amostra de forma a inferir acerca do controlo da sua diabetes com base na HbA1c: os utentes medicados com insulina isolada e os medicados com Antidiabéticos orais (ADOs) e/ou aGLP1: verificou-se melhor controlo nos tratados com ADOs e/ou aGLP1, com $p=0,003$ ($p<0,05$). Foi colocada a hipótese de existir uma correlação entre idade e terapêutica nestes dois grupos: nos tratados com insulina a correlação foi nula. No grupo tratado com ADO e/ou aGLP1, estabeleceu-se uma correlação negativa fraca (coeficiente correlação: -0,2), ou seja, quanto maior a idade, menor é o valor de HbA1c.

DISCUSSÃO

Foi possível verificar uma dominância das Biguanidas no tratamento da Diabetes. Dos mais recentes fármacos aprovados, os ISGLT2 e os aGLP1, este último foi o menos utilizado. Quanto à insulina, foram encontrados poucos utentes, sendo uma explicação possível o seu seguimento em meio hospitalar. Os que estavam sob insulina isolada demonstraram HbA1c mais altas do que os que estavam sob ADOs e/ou aGLP1, podendo aqui refletir um pior controlo da diabetes e uma maior necessidade de informação por parte dos utentes e dos profissionais da unidade. Apesar de fraca, estabeleceu-se uma correlação entre o aumento da idade e valores de HbA1c mais baixos, que se pode traduzir pelo seguimento a longo prazo em consulta de diabetes, com constante otimização terapêutica e reforço das medidas higiénico-dietéticas.

TERAPÊUTICA COM ANTIVÍRICOS DE AÇÃO DIRETA EM DOENTES COM INFEÇÃO PELO VHC

FLÁVIO PEREIRA, RICHARD AZEVEDO, MARISA LINHARES, JOÃO PINTO, ANA CALDEIRA, JOSÉ TRISTAN, EDUARDO PEREIRA, RUI SOUSA, ANTÓNIO BANHUDO - ULS CASTELO BRANCO

INTRODUÇÃO

A infeção crónica pelo vírus da hepatite C (VHC) é uma das causas mais comuns de doença hepática crónica e de carcinoma hepatocelular. Atualmente é um dos problemas de saúde com maior projeção mediática em todo o mundo, sobretudo graças ao surgimento de novas terapêuticas que permitem elevadas taxas de cura do vírus - os antivíricos de ação direta (AAD).

Para além de eficazes, os AAD são administrados por via oral, com uma posologia simples e apresentando óptimos resultados em termos de tolerabilidade e segurança.

OBJETIVOS

Avaliar a eficácia e segurança do tratamento com os AAD em doentes com infeção crónica pelo VHC.

MÉTODOS

Estudo retrospectivo que incluiu doentes com infecção crónica pelo VHC submetidos a tratamento com AAD. Colheita de dados clínicos, analíticos e de elastografia transitória.

RESULTADOS

Incluídos 41 doentes (68% homens, com idade média $52 \pm 11,5$ anos).

O genótipo 1 foi o predominante (73%). 40% dos doentes apresentava fibrose avançada, avaliada por elastografia transitória, e 27,5% apresentava estadió de cirrose (um dos quais com doença descompensada).

48,8% eram doentes naïve de terapêutica.

Os esquemas terapêuticos mais frequentemente administrados foram o Ledipasvir+Sofosbuvir (65,9%) e o Paritaprevir/Ritonavir+Ombitasvir+Dasabuvir (12,2%). 29,3% também realizaram tratamento com rivabirina.

A carga vírica foi indetetável às 4 semanas em 98% dos doentes. Houve um caso de resposta virológica às 4 semanas que voltou a apresentar carga vírica detetável no final do tratamento às 12 semanas. Todos os doentes com resposta vírica às 12 semanas de tratamento apresentaram carga viral indetetável 12 semanas após o final do tratamento (resposta viral sustentada).

A maioria dos doentes (92,7%) não referiu qualquer efeito lateral. Verificou-se um internamento por dor abdominal intensa, que resolveu com tratamento conservador. Registou-se também um caso de insónias e outro de cefaleias, ambos auto-limitados. Nenhum doente teve que suspender terapêutica por efeitos laterais.

DISCUSSÃO

Os novos esquemas assentes em combinação de AAD foram eficazes, seguros e bem tolerados na globalidade da nossa amostra.

SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO NOS CUIDADOS SAÚDE PRIMÁRIOS

DIANA SOUSA, ANA SEQUEIRA; JOANA FERNANDES; RICARDO CAMPOS; VÂNIA PINTO; MARLI LOUREIRO - UCSP COVILHÃ, ACES COVA DA BEIRA

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) caracteriza-se por existir episódios recorrentes de apneias e hipopneias durante o sono, devido ao colapso das vias aéreas superiores. Inicialmente o seguimento desta doença era feito nos Cuidados de Saúde Secundários (CSS), mas em 2015 foi estruturada e implementada uma consulta de seguimento destes doentes com SAOS estabilizados nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Segundo as normas da Direcção Geral de Saúde (DGS) estes utentes devem ter pelo menos uma consulta anual de seguimento e cumprirem critérios de estabilidade: (1) adesão de pelo menos 4h/dia, (2) eficácia (índice de apneia e hiponeia $< 5/h$), (3) ausência de sonolência diurna (escala de Epworth < 10), isto (4) sem efeitos adversos de difícil correção.

OBJETIVOS

Avaliar a estabilidade clínica dos doentes com SAOS seguidos nos CSP numa UCSP.

MÉTODOS

Estudo observacional, retrospectivo e descritivo. Período de estudo: de junho de 2015 a março de 2018; População: utentes com SAOS que tiveram alta hospitalar e foram encaminhados para a consulta de SAOS na UCSP; Fonte de Dados: Mim@uf e Sclínico®; Tratamento de dados: Microsoft Excel.

RESULTADOS

Foram efetuadas 468 consultas presenciais respeitando o timing preconizado pela DGS, completando um total de 285 doentes vigiados, com uma média de 2,4 consultas por utente. A maioria dos doentes são homens (70%), sendo que apenas 30% são mulheres. Dos 285 utentes seguidos nos CSP, 98,25% mantiveram-se estabilizados e apenas 1,75% (5 utentes) foram reencaminhados para os CSS. Destes não estabilizados, 3 foram por falta de eficácia, 1 por má adesão e outro por internamento devido a patologia respiratória agudizada.

DISCUSSÃO

Em quase 3 anos foram vigiados, nos CSP, 285 doentes com SAOS Moderada a Grave, de forma holística e regular, respeitando as normas da DGS. A quase totalidade dos utentes permaneceu com estabilidade clínica durante estes 3 anos. Apenas 1,75%, ou seja, 5

utentes em quase 3 anos, necessitaram de ser reencaminhados para o Hospital. Isto demonstra a importância que o médico de família tem na gestão da doença crónica estabilizada, permitindo libertar vagas aos CSS para receberem mais doentes e de forma mais precoce.

A COMPLEXIDADE EM ALERGOLOGIA PEDIÁTRICA: O DOENTE POLISSENSIBILIZADO

JOÃO VIRTUOSO, ÍRIS SILVA, RITA OLIVEIRA, PEDRO GUERRA, ANTÓNIO MENDES - ULS GUARDA - HOSPITAL SOUSA MARTINS

INTRODUÇÃO

Uma história clínica detalhada, conjuntamente com a realização de teste cutâneos por picada e o doseamento de Imunoglobulinas E (IgE) alergénio-específicas, constituem a base diagnóstica de primeira linha em Alergologia. No entanto, durante as últimas décadas, os desenvolvimentos tecnológicos permitiram uma melhoria significativa das ferramentas de diagnóstico laboratorial, sobretudo com o acesso ao estudo da caracterização dos componentes moleculares alergénicos, cuja utilização tendencialmente se tem vindo a generalizar. O diagnóstico molecular de alergia pode ser realizado pela determinação do nível de anticorpos IgE a alergénios individuais, tecnologia denominada de singleplex, ou através de uma plataforma desenvolvida para medição simultânea num único ensaio de IgE específicas para um painel de alergénios purificados, naturais ou recombinantes, de variadas fontes alergénicas, tecnologia designada de multiplex.

CASO CLÍNICO

Criança do sexo masculino, de 9 anos de idade, raça caucasiana, seguido em consulta de Alergologia Pediátrica com os diagnósticos de Alergia alimentar, Asma persistente ligeira, Rinite persistente moderada e Dermatite atópica.

Criança com episódios de anafilaxia caracterizado por exantema urticariforme, angioedema e vômitos com a primeira ingestão de papa láctea ainda em lactente e, posteriormente, com a ingestão de kiwi. De referir ainda um episódio de angioedema na primeira e única ingestão de abacate.

Da investigação alergológica de rotina, destaca-se: elevação da IgE total, com positividade de IgE específica para vários aeroalergénios e testes cutâneos em picada também com vários resultados positivos. Dada complexidade do caso, optou-se pelo pedido de estudo alergológico molecular ImmunoCAP[®]Isac, cujo resultado comprovou as múltiplas alergias. uma vez que foi identificada positividade a 42 alergénios distintos, com uma percentagem significativa de resultados moderado-elevado ou mesmo muito elevado.

DISCUSSÃO

O número crescente de doentes que vêm adquirindo padrões de sensibilização múltipla, constitui um problema recorrente com que se depara o imunoalergologista. Atualmente, o desafio consiste em identificar os potenciais precipitantes e, neste contexto, o estudo alergológico molecular adquire especial importância, pois permite uma caracterização exaustiva dos alergénios e grau de sensibilização permitindo, acima de tudo, otimizar o tratamento e medidas de evicção no sentido de melhorar a qualidade de vida do doente alérgico. Apesar do estudo imunoalergológico exaustivo, que permitiu identificar e objectivar a sensibilização múltipla a alergénios alimentares, aeroalergénios e instituir medidas de evicção direccionadas, a multiplicidade de fontes alergénicas não permite assegurar a completa estabilidade clínica do doente. A ingestão ou contacto acidental recorrente com os diferentes alergénios a que está sensibilizado pode assumir gravidade preocupante.

QUANDO DIAGNÓSTICO NÃO É PNEUMONIA

IVANNA OSTAPIUK, MADALENA REIS, PAULO ZOÉ COSTA, ORLANDO MENDES, LUÍS FERREIRA

A tuberculose continua a ser um importante problema de saúde pública a nível mundial. Em 2016 a taxa de incidência de tuberculose em Portugal situava-se nos 18 por 100 mil habitantes. A clínica geralmente é insidiosa e inespecífica dificultando o diagnóstico.

Estudante do sexo feminino de 21 anos de idade, sem antecedentes pessoais de relevo. Recorreu ao serviço de urgência por um quadro com 4 dias de evolução, caracterizado por acessos de tosse seca, febre alta (temperatura máxima 39.5°C), cefaleias frontais e mialgias generalizadas. Ao exame objetivo apresentava-se febril e com crepitações audíveis à auscultação pulmonar do terço inferior do hemitórax direito. A radiografia do tórax apresentava hipotransparência heterogênea do terço inferior do pulmão direito. Analiticamente revelada leucopenia e elevação de proteína C reativa. Ficou internada no serviço de Pneumologia com diagnóstico de Pneumonia adquirida na comunidade a direita tendo iniciada antibioterapia empírica. Não se detetou isolamento bacteriológico nas hemoculturas periféricas e a antigenúria para Legionella e Pneumococos foi

negativa. Por agravamento clínico e imagiológico no 4º dia de internamento a doente realizou a Tomografia Computorizada de Tórax que revelou processo broncopneumónico infeccioso extenso, bilateral, com cavitação no segmento superior do lobo inferior direito e Broncofibroscopia cujo aspirado brônquico permitiu o diagnóstico de tuberculose pulmonar. Após questionário dirigido refere queixas de anorexia e perda ponderal de 9 Kg com um mês de evolução, não valorizadas no contexto de sobrecarga académica. Iniciou terapêutica antibacilar quadrupla, como efeitos adversos a referir apenas hiperuricemia iatrogénica e toxicidade hepática ligeira. Atualmente mantém seguimento na consulta externa de Pneumologia, encontra-se no 5º mês de tratamento, apresentando melhoria clínica e imagiológica. Tuberculose e pneumonia são duas formas distintas de infeção do pulmão que compartilham alguns sinais e sintomas em comum, motivo pelo qual podem ser confundidos. A tuberculose pulmonar deve ser um dos principais diagnósticos diferenciais a considerar um quadro de pneumonia de difícil resolução.

UMA QUESTÃO DE FREQUÊNCIA

GONÇALO MIRANDA, JOANA CARDOSO, MARIA INÊS GONÇALVES, ROSA BALLESTEROS / CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO COVA DA BEIRA

INTRODUÇÃO

O bloqueio completo de ramo esquerdo (BCRE) é um padrão identificado no eletrocardiograma (ECG) que resulta da interrupção da normal condução elétrica no sistema de His-Purkinje e está habitualmente relacionado com doenças cardíacas estruturais que causam fibrose do miocárdio como cardiopatia hipertensiva, doença arterial coronária ou cardiomiopatias. O BCRE pode também ser funcional, resultando de uma condução aberrante causada por frequências cardíacas mais elevadas que dá origem a um BCRE dependente de frequência.

CASO CLÍNICO

Mulher de 76 anos, hipertensa, diabética e dislipidémica. Admitida no serviço de urgência por dor precordial intensa com início no dia anterior. Apresentava-se hemodinamicamente estável, sem alterações na

auscultação cardíaca ou pulmonar. Realizou ECG que mostrou BCRE não presente em exames anteriores, sem alterações do segmento ST sugestivas de isquemia. Iniciou ácido acetilsalicílico, clopidogrel e dinitrato de isossorbida. Os marcadores de necrose miocárdica (MNM) mantiveram-se dentro da normalidade. Foi realizado ecocardiograma transtorácico que não revelou alterações de relevo.

A doente mantinha a dor precordial e no monitor cardíaco eram evidentes alterações dinâmicas com BCRE intermitente associado a aumento da frequência cardíaca relacionado com a dor que agravava à palpação das articulações costoverbrais.

Após a instituição de terapêutica analgésica, a dor torácica reverteu, assim como os períodos de BCRE no ECG. Foi assumido o diagnóstico de costoverbraite e BCRE dependente da frequência e a doente teve alta para consulta de medicina interna medicada com anti-

inflamatórios. Já em ambulatório realizou Holter que confirmou o diagnóstico.

DISCUSSÃO

O caso reportado criou um dilema diagnóstico e dificultou a tomada de decisões visto que o surgimento de BCRE de novo num doente com dor torácica é compatível com o diagnóstico de enfarte agudo do miocárdio (EAM). Foi então decidido iniciar a terapêutica com antiagregantes plaquetares e terapêutica sintomática para o alívio da dor. No entanto após realização de controlo analítico com MNM e ecocardiograma, excluiu-se a hipótese de EAM e

verificou-se que o aparecimento de BCRE na monitorização era coincidente com o aumento da frequência cardíaca associado a dor, permitindo estabelecer o diagnóstico.

O diagnóstico diferencial de dor torácica é muito vasto, sendo a história clínica, o exame físico e exames complementares essenciais para a orientação correta. Embora as causas de origem musculoesquelética sejam mais prevalentes do que as de origem coronária, os autores alertam para a necessidade de, na suspeita de EAM, se realizar o tratamento dirigido até à exclusão daquele diagnóstico.

PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO DE UMA METODOLOGIA DE TRIAGEM PARA A CONSULTA DE AGUDOS NUMA UCSP

VÂNIA PINTO, DIANA SOUSA, ROSA CARLOS, JOANA FERNANDES, RICARDO CAMPOS, CELINA PIRES - UCSP BELMONTE, ACES COVA DA BEIRA

JUSTIFICAÇÃO E OBJETIVO

Em Cuidados de Saúde Primários respondemos aos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) sem um sistema de triagem. O tempo de resposta interfere no tratamento/prognóstico, sendo crucial definir rápido e assertivamente prioridades. Assim, desenvolvemos um ciclo de melhoria de qualidade, visando implementar uma metodologia de triagem (MT) para a consulta de agudos (CA).

METODOLOGIA

População: Utentes da UCSP que solicitam uma CA. Tipo de estudo: observacional, retrospectivo, institucional, de avaliação interna, com amostra seletiva atendendo a mudanças estruturais. Período de avaliação: 1ª fase - Janeiro a Abril de 2017; 2ª fase- Maio, Junho, Outubro e Novembro de 2017 (Julho, Agosto e Setembro foram excluídos para eliminar viés relacionado com período de férias). A MT foi apresentada em reunião multidisciplinar e entrou em vigor em Maio de 2017. Foi adoptada por 3 de 4 Médicos de Família (MF) e consiste num impresso de preenchimento pelo utente, com identificação e motivo da consulta, posteriormente avaliada pelo MF que agenda para CA ou outra consoante os TMRG. Fontes de dados: Sistema informático SIARS. Tratamento de dados: Microsoft Excel.

RESULTADOS

Na 1ª fase de avaliação, 490 CA foram distribuídas pelos MF A- 210, B-146, e C- 134 consultas. Na 2ª fase efetuaram-se 524 CA distribuídas pelos MF A-215, B-198 e C-111.

DISCUSSÃO E MEDIDAS CORRETORAS

Não houve redução do nº total de CA quando comparadas as duas fases. Mas, o MF (C) conseguiu uma redução de 17,2% da 1ª para a 2ª fase. O principal responsável pela ausência de melhoria quantificável foi a inexistência, na 1ª fase de avaliação, de codificação sistemática da tipologia de consulta, pelo assistente técnico, não sendo contabilizada como CA. Esta lacuna é colmatada simultaneamente à implementação da MT da qual terá resultado um aumento ilusório do nº de CA. A necessidade de observação de mais utentes por MF nas ausências de colegas, pode ter deturpado os resultados. Salienta-se neste trabalho uma maior articulação interdisciplinar, com adoção de uma linguagem comum de oferta aos utentes; aumento da satisfação profissional, maior segurança e menor stress consequência da otimização dos recursos (tempo,

humanos, materiais); maior prontidão de resposta, segurança e qualidade da prestação de cuidados e melhoria na acessibilidade às CA. Teria sido pertinente

comparar o TMRG conseguido para consultas não urgentes, verificando se houve redução dos mesmos de uma fase para a outra.

OUVIR, VER E PALPAR - A IMPORTÂNCIA DO EXAME OBJETIVO

DIANA GONÇALVES*, FILIPA CARREGA**, ANA LUÍSA NUNES***, JOÃO DE DEUS LOPES* - *UCSP TORTOSENDO, **CHUCB, ***CHUC

INTRODUÇÃO

Os tumores da cabeça e do pescoço (TCP) agregam um grupo heterogêneo de neoplasias com origem nas mucosas de revestimento ou nas estruturas de suporte das vias aerodigestivas superiores, das quais fazem parte os tumores da cavidade oral. Os TCP são o sexto tipo de cancro mais comum e um dos que apresenta pior taxa de sobrevivência. São diagnosticados anualmente à escala mundial cerca de 550 mil novos casos. O consumo de álcool e de tabaco, isoladamente ou em associação, são fatores etiológicos comuns para o aparecimento desses tumores quando localizados na cavidade oral, na orofaringe, na hipofaringe e na laringe.

CASO CLÍNICO

Homem, 63 anos, recorre ao Serviço de Urgência (SU) por dor na região mandibular bilateral após extração de 4 dentes pelo próprio, sem medidas de desinfeção, há cerca de 1 mês. Já tinha recorrido pelo mesmo motivo nessa altura após a extração, tendo sido medicado com Amoxicilina + Ácido Clavulânico (875mg +125mg), Ibuprofeno (600mg), iodopovidona para gargarejar e paracetamol (1000 mg).

Como antecedentes pessoais, de salientar doença hepática crónica de etiologia alcoólica (consumo de 72g/dia), sépsis com ponto de partida numa pneumonia adquirida na comunidade e hábitos tabágicos ativos (26 unidades maço ano). Ao exame objetivo apresentava-se emagrecido, com tumefação facial e submandibular, sobretudo direitas; exame da cavidade oral limitada por dor; palpação de adenopatias submaxilares,

submandibulares e cervicais dolorosas, de consistência pétrea, com dimensões de 2 a 3 cm e aderentes aos planos profundos. Analiticamente com Proteína C reativa (PCR) 18,3mg/dL e volume globular médio (VGM) 108 fL. Foi internado para estudo e pedida colaboração de Estomatologia. Foi observada lesão ulcerada do rebordo alveolar inferior esquerdo e feita biópsia que estabeleceu o diagnóstico de carcinoma epidermóide invasor. A tomografia axial computadorizada maxilo-facial e do pescoço revelou lesão neoformativa com 3,9x4,8cm, com infiltração tumoral dos tecidos adjacentes, fratura patológica da mandíbula à direita e múltiplas formações ganglionares. O doente foi transferido para o Hospital de referência e internado no serviço de Cirurgia Maxilo-Facial. Foi encontrada ainda uma lesão pulmonar e efetuada biópsia da qual aguarda resultado. Mantém cuidados da especialidade e também da Consulta da Dor.

DISCUSSÃO

Este caso realça a importância da realização de uma anamnese e exame físico completos, sendo crucial enquadrar todas as queixas e realmente observar o doente como um todo. Em associação à queixa principal, existiam vários fatores na história clínica que poderiam levantar a hipótese de neoplasia em relação à de infeção: doente visivelmente magro, que necessitava de apoio social, os hábitos alcoólicos e tabágicos marcados, a ausência de febre e a palpação do pescoço, com identificação de adenopatias de consistência pétrea e aderentes aos planos profundos.

ALTERAÇÃO DO COMPORTAMENTO NA CRIANÇA - O QUE PENSAR?

JOÃO VIRTUOSO*, IRIS SILVA*, SÓNIA SANTOS*, PEDRO GUERRA*, LUÍSA DIOGO**, ANTÓNIO MENDES* - *ULS GUARDA, ** CHUC

INTRODUÇÃO

As alterações do comportamento podem ter várias causas, nomeadamente intoxicações, exógenas ou endógenas. Embora as intoxicações exógenas sejam as mais frequentes na criança, a acumulação de toxinas endógenas como a amónia em algumas doenças hereditárias do metabolismo pode igualmente dar origem a encefalopatia. O seu diagnóstico correto e atempado exige um elevado índice de suspeita e é fundamental em termos de prognóstico vital e funcional.

CASO CLÍNICO

Menina de 13 meses, sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes, trazida ao serviço de urgência por choro persistente nas 48 horas precedentes e vômitos no primeiro dia de doença.

Ao exame objetivo destacava-se choro inconsolável e movimentos de rotação lateral da cabeça contínuos e olhar vago, situação que teria aparecido no próprio dia. Negava febre, intercorrências infecciosas prévias ou toma de fármacos/chás.

Da avaliação laboratorial a destacar: elevação das AST/ALT (610/680 UI/L) e da amónia (301 mcg/dl), alterações dos tempos de coagulação (TP 39,2"; APTT 44,8", INR 3,31). Assumindo uma encefalopatia de grau I com

insuficiência hepática de possível causa metabólica - doença do ciclo de ureia, foi transferida para hospital de referência, após administração de vitamina K endovenosa e soro com glicose em curso.

O diagnóstico de doença do ciclo da ureia - défice de ornitina transcarbamilase (OTC) foi, entretanto, confirmado.

DISCUSSÃO

As doenças do ciclo da ureia têm morbi/mortalidade elevada. Na apresentação neonatal com encefalopatia e deterioração neurológica progressiva, o diagnóstico é relativamente fácil de evocar. No entanto, a apresentação clínica das formas "tardias", menos graves, e que cursam habitualmente com hiperamoniémia intermitente, faz diagnóstico diferencial com doenças neurológicas, digestivas e psiquiátricas.

O défice de OTC é a deficiência do ciclo da ureia mais comum, com uma incidência de 1:50.000.

Com a apresentação deste caso, salientamos a importância da determinação da amoniémia nas situações clínicas com alterações neurológicas inexplicadas. Um elevado grau de suspeição para este grupo de doenças é extremamente importante, uma vez que a hiperamoniémia é uma emergência e o seu tratamento não pode ser adiado.

CARACTERIZAÇÃO DA PATOLOGIA ALERGOLÓGICA PEDIÁTRICA NO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO COVA DA BEIRA

SABEL AZEVEDO, RUTE ROCHA, MARTA RIBEIRO, ARMINDA JORGE, CARLOS RODRIGUES, SERVIÇO DE PEDIATRIA, CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO COVA DA BEIRA

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

A patologia alergológica pediátrica pela sua prevalência crescente, assume enorme relevância na qualidade de vida da criança e com grande impacto na família e na sociedade pelos custos inerentes. O objetivo deste trabalho foi a caracterização da população estudada e

comparação dos resultados com os previamente existentes na literatura.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo retrospectivo com revisão dos processos clínicos das crianças que tiveram consulta de

Pediatria- Alergologia no ano de 2017 e foi feita uma análise em termos sociodemográficos, clínicos e laboratoriais.

RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 528 doentes, com uma média de idades de 11,58 anos, 63% do sexo masculino e 37% do sexo feminino. A média de idades da primeira consulta foi de 6,18 anos e com um tempo médio de seguimento de 4,99 anos. As patologias mais frequentes foram asma (64,20%), rinoconjuntivite (58,14%), sendo que havia uma sobreposição destas patologias em 167 doentes. A alergia alimentar foi encontrada em 7,19% dos doentes, eczema atópico em 14,77%, urticária em 6,63% e anafilaxia em 0,95%. Ao longo do seu

seguimento em consulta 76,14% realizaram estudo alergológico com análise de IgE total e específicas, 63,26% realizaram testes cutâneos de hipersensibilidade imediata e 85,04% realizaram pelo menos uma espirometria.

CONCLUSÕES

A patologia alergológica com alta prevalência na população pediátrica, é uma doença crónica com necessidade de seguimento em consultas hospitalares. Uma abordagem estruturada e completa de doentes com patologia do foro alérgico é fundamental de modo a controlar a doença, diminuir a escalada alergológica e adequar as abordagens diagnósticas e terapêuticas a cada criança

ALERGIA ALIMENTAR EM IDADE PEDIÁTRICA NO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO COVA DA BEIRA

MARTA RIBEIRO, ISABEL AZEVEDO, RUTE ROCHA, ARMINDA JORGE, CARLOS RODRIGUES, SERVIÇO DE PEDIATRIA, CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO COVA DA BEIRA

INTRODUÇÃO

A alergia alimentar é uma patologia relativamente comum, com um pico de prevalência no primeiro ano de vida e que parece ter vindo a aumentar gradualmente nas últimas 2-3 décadas.

OBJETIVO

Estudar o perfil de sensibilização das crianças com alergia alimentar na consulta de pediatria-alergologia do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira (CHUCB). Métodos: Análise retrospectiva dos doentes que frequentaram a consulta de Pediatria-Alergologia no ano de 2017 no CHUCB. Foram analisados os dados sociodemográficos, antecedentes familiares de patologia alérgica, e métodos complementares de diagnóstico utilizados para estudar a doença alérgica.

RESULTADOS

Dos 526 doentes seguidos em consulta de Pediatria-Alergologia 37 apresentavam diagnóstico de alergia alimentar, sendo que a maioria (59%) eram do sexo masculino e com uma média de idades de $8,47 \pm 4,22$ anos. Verificou-se que cerca de 54% dos doentes apresentava história familiar de patologia alérgica,

sendo que na maioria dos casos (30%) a mãe foi o parente mais implicado. Apenas 2 (5,4%) doentes tinham excesso de peso com IMC $P > 95$ e 2 (5,04%) baixo peso, com IMC no $P < 3$. Em 68% dos casos os doentes apresentavam outras patologias alergológicas, sendo a rinite alérgica (41%) mais frequentemente implicada, seguida pela asma (35%), eczema (27%), conjuntivite (14%) e urticária (5%). Nos doentes estudados nenhum deles apresentou história de anafilaxia. O valor de IgE médio foi de $493,12 \pm 428,65$ kU/L. A alergia alimentar ao leite e seus derivados foi a mais prevalente (30%), seguida pela alergia ao ovo (27%), frutos frescos (22%), frutos secos (14%), marisco (11%), trigo e centeio (8%), peixe (5%) e legumes e leguminosas (3%).

CONCLUSÕES

A alergia alimentar é uma doença relativamente comum e que está associada a outras doenças alérgicas, nomeadamente asma e rinite alérgica. Enquanto algumas das alergias alimentares tendem a desaparecer, outras persistem até à idade adulta. Assim, é uma doença com impacto da vida pessoal e familiar das crianças e que deve ser acompanhada por profissionais especializados.

NECRÓLISE EPIDÉRMICA TÓXICA, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

RUI ISIDORO, PEDRO VIEIRA, CAROLINA CARVALHO, PAULA PAIVA, ALEXANDRE LOURO, MARIA EUGÉNIA ANDRÉ - ULSCB

INTRODUÇÃO

A Necrólise Epidérmica Tóxica (NET) consiste numa patologia dermatológica rara, com uma elevada morbilidade e mortalidade. É caracterizada por necrose epitelial muco-cutânea, febre e inflamação sistémica, sendo habitualmente associada a fármacos, infeções virais ou neoplasias. Difere do Síndrome de Steven Johnson (SSJ) pelo acometimento cutâneo superior a 30%.

CASO CLÍNICO

Homem, 78 anos. Contexto epidemiológico e medicação crónica irrelevante. Medicado com ciprofloxacina há uma semana por infeção do tracto urinário. Admitido no serviço de urgência por quadro clínico com dois dias de evolução e agravamento progressivo de: prostração, febre, odinofagia, tosse não produtiva e exantema generalizado. Ao exame objectivo salienta-se: pirexia, eritema maculo-papular pruriginoso, com atingimento dos membros, tronco, palmo-plantar e couro cabeludo. Sem lesões sugestivas de picadas ou feridas cutâneas. Orofaringe hiperemiada, sem exsudado, com algumas

ulcerações da mucosa oral. Dos exames complementares realizados, destaca-se discreto aumento de parâmetros inflamatórios, testes rápidos para infeções respiratórias virais negativos. Elevada suspeição de síndrome com atingimento cutâneo secundário a ciprofloxacina. Internamento para estudo e cuidados, com terapêutica de suporte. Posteriormente apresentou agudização do estado clínico, com resposta inflamatória sistémica e agravamento de lesões. Pela gravidade clínica, não se podendo excluir sobreinfeção bacteriana iniciou antibioterapia empírica. Em última instância dado situação crítica, iniciou corticoterapia sistémica, com resposta clínica favorável lenta. Foi realizada biópsia cutânea compatível com NET/SSJ. Restante estudo etiológico realizado no internamento sem alterações.

CONCLUSÃO

Os autores pretendem alertar para a dificuldade diagnóstica que os exantemas febris representam. Dada a raridade da NET/SSJ não existem muitos estudos dirigidos, carecendo de consensualidade na terapêutica.

INFEÇÕES DO TRATO URINÁRIO EM IDADE PEDIÁTRICA-CASUÍSTICA DE 3 ANOS

ÍRIS SANTOS SILVA, JOÃO VIRTUOSO, GLÓRIA SILVA, ANTÓNIO MENDES - HOSPITAL SOUSA MARTINS - ULS GUARDA

INTRODUÇÃO

A infeção do trato urinário (ITU) é a infeção bacteriana mais comum em crianças com idade inferior a 24 meses, sendo, atualmente, a causa mais frequente de infeções bacterianas ocultas e graves. Pode ser o primeiro sintoma de uma anomalia congénita dos rins e trato urinário sendo o refluxo vesico-ureteral (RVU) o mais prevalente.

OBJETIVO

Avaliar a atuação no diagnóstico, tratamento e seguimento das crianças com ITU internadas no Serviço de Pediatria do Hospital Sousa Martins Guarda (HSMG).

MÉTODOS

Estudo retrospectivo baseado na análise dos doentes internados no Serviço de Pediatria do HSMG, entre 01/01/2014 e 31/12/2016, que apresentavam como codificação ICD: disúria, cistite e pielonefrite.

RESULTADOS

Foram internadas 43 crianças com diagnóstico de ITU, das quais 4 foram excluídas por urocultura negativa e 36 (89.7%) apresentaram pielonefrite aguda. Das crianças internadas 28 (70%) eram do sexo feminino. A idade média foi de 3,3 anos (11 dias-17 anos) e a duração média de internamento foi de 5.72 dias (2-11 dias). Foi o primeiro

episódio de ITU em 34 (85%) crianças. Os sintomas de ITU inespecíficos foram observados em crianças com menos de 24 meses, sendo a febre o mais frequente (86.7%), seguida de vômitos, recusa alimentar e irritabilidade. Para fazer o diagnóstico definitivo de ITU todas realizaram urocultura. Os agentes isolados foram: *Escherichia Coli* (84.6%), *Klebsiella Pneumoniae*, *Proteus Mirabilis*, *Staphylococcus Saprophyticus* e *Streptococcus Agalactiae*. A Cefuroxima foi o antibiótico mais utilizado, em 30 crianças. Não houve resistências à terapêutica instituída. A duração média de tratamento para pielonefrite foi de 9.84 dias e para a cistite de 5 dias. A ecografia foi realizada por 39 (97.5%) crianças no internamento e 11 (28.2%) demonstraram alterações, sendo a mais frequente a dilatação piélica, em 7 (17.9%) casos. Dos doentes internados, 32 (80%) foram submetidos, posteriormente, a cintigrafia com DMSA e 25 (62.5%) não apresentaram alterações. Relativamente à cistografia foi realizada por 6 (15%) crianças e 3 apresentaram alterações.

CONCLUSÃO

As crianças com menos de 2 anos com ITU, apresentam manifestações clínicas inespecíficas, sendo a febre a mais comum. Apenas a urocultura por colheita asséptica dá o diagnóstico definitivo. O agente etiológico mais frequente foi a *E.coli* sendo importante o conhecimento do perfil de sensibilidade local para a escolha da antibioterapia empírica. Quanto à duração da terapêutica, os protocolos atuais preconizam duração inferior à realizada. Continua a existir controvérsia relativamente à investigação realizada após o primeiro episódio de ITU. A suposição de haver uma relação direta entre ITU recorrente, RVU, cicatriz renal e doença renal crónica está a ser questionada. Assim, os protocolos atuais defendem a realização de ecografia em todas as crianças com menos de 2 anos ou fatores de risco, sendo mais criteriosos quanto à realização da cistografia e da cintigrafia com DMSA.

DOENÇA INVASIVA POR SGA: UM CASO PARA PENSAR...

ÍRIS SANTOS SILVA, JOÃO VIRTUOSO, PEDRO FERNANDES, PEDRO GUERRA, ANTÓNIO MENDES - HOSPITAL SOUSA MARTINS, ULS GUARDA

INTRODUÇÃO

O *Streptococcus* do grupo A (SGA) é uma bactéria gram-positiva aeróbia que pode ser a causa de várias doenças infecciosas nas crianças, sendo estas, maioritariamente, benignas, contudo pode ser responsável por sequelas tardias ou por doença invasiva por SGA. Desde o início do século XXI que vários artigos descrevem o aumento da incidência de doença invasiva por SGA, provavelmente devido à alteração gradual dos fatores de virulência. A doença invasiva raramente ocorre após amigdalite bacteriana.

CASO CLÍNICO

Menina de 3 anos de idade, sem antecedentes pessoais de relevo. Trazida ao Serviço de Urgência (SU) por quadro febril (máximo 40°C) com 7 dias de evolução, associado a odinofagia, estando medicada com Amoxicilina/Ácido Clavulânico desde há 3 dias. Ao exame objetivo apresentava orofaringe com hiperemia amigdalina e exsudado em placa, sem outras alterações a salientar. No estudo analítico apresentava leucocitose (19000 u/

L) com neutrofilia (89%), PCR 0,09 mg/dL, serologias para vírus Epstein-Barr e Citomegalovírus (IgG e IgM) negativas e pesquisa de Adenovírus por imunocromatografia nas secreções respiratórias positiva. A pesquisa de SGA na orofaringe foi negativa. Em internamento iniciou diarreia aquosa (4 dejeções), recusa alimentar, exantema macular disperso apenas nos picos febris, com agravamento de estado geral. Repetiu estudo analítico com agravamento de PCR (16,8 mg/dL) e manutenção da fórmula leucocitária e normalidade de tempos de coagulação, tendo iniciado Ceftriaxone endovenoso. Do estudo ecográfico a salientar apenas ligeiro derrame pericárdico. Em D3 de internamento surgiu recusa da marcha e dor da mão esquerda associados a edema do pé esquerdo e mão esquerda com rápida progressão de sinais inflamatórios para o antebraço. A terapêutica foi otimizada para Ceftriaxone e Vancomicina após isolamento de *Streptococcus Pyogenes* na hemocultura. Após discussão do caso com equipa de Doenças Infecciosas do hospital central de referência, decidiu-se a transferência para avaliação por outras subespecialidades.

Realizou ecografia dos tecidos moles da mão e pé, com evidência de sinais inflamatórios presentes até à aponevrose. O cintigrama ósseo foi sugestivo de osteomielite.

CONCLUSÃO

Serve o presente caso clínico para relembrar a

importância do SGA e dar atenção à possibilidade, cada vez maior, de doença grave por este agente. Mais conhecimento sobre este tema é necessário, devido ao aumento da incidência, da gravidade dos casos de doença invasiva por *S. Pyogenes* e da resistência deste agente aos antibióticos.

DA SÍNDROME CONSTITUCIONAL AO LINFOMA ANGIOIMUNOBLÁSTICO DE CÉLULAS T

RICARDO GOMES, ANA PATRÍCIA GOMES, ISABEL CABALLERO, JOSÉ PROENÇA, LEOPOLDINA VICENTE – CHUCB

INTRODUÇÃO

O linfoma angioimunoblástico de células T (AITL) é um subtipo raro de linfoma periférico (até 2% de todos os linfomas), mas as suas múltiplas apresentações contribuem para que represente cerca de 20% dos diagnósticos anuais de linfoma de células T periféricas. É uma patologia que afecta sobretudo indivíduos entre os 60 e os 70 anos, sem predomínio de género, que apresenta muitas vezes um quadro constitucional associado contribuindo para a complexidade e atraso diagnóstico.

CASO CLÍNICO

Doente de 79 anos, autónomo, iniciou quadro de astenia, cansaço para pequenos esforços, sudorese profusa nocturna e perda ponderal não quantificada com cerca de 3 semanas de evolução. Referia sensação de aumento de gânglios no pescoço e na região inguinal. Antecedentes de gastrite atrófica e anemia perniciosa com anticorpo anti-factor intrínseco positivo, anemia megaloblástica por défice de vitamina B12. Sem medicação habitual. Ao exame objectivo destacavam-se um padrão eritematoso cutâneo fino no tronco e membros e várias adenopatias cervicais duras, não aderentes aos planos profundos nas cadeias ganglionares anteriores, posteriores bilaterais, supraclavicular à direita, axilares bilaterais e inguinais bilaterais em conglomerados e esplenomegália. Analiticamente: Hipereosinofilia, Hb 9.2 g/dL VCM 102 Htc 25.4% LDH 963 BiliT 2.03 BiliInd 1.41 Coombs directo positivo. Ácido fólico 4.8 Vit B 12 116.5 VS 84 mm/H. Hipergamaglobulinémia 5328 mg/dL com predomínio de cadeias Kappa. Imunofixação

sérica: elevação policlonal. Esfregaço de sangue periférico: 4% células linfoplasmocitóides. Imunofenotipagem 77% granulócitos, 13% linfócitos, 6% monócitos. Fenotipagem linfoide T: 4.5% de linfócitos T com inversão da relação CD4/CD8. Fenotipagem linfoide B: 1% de linfócitos monoclonais para cadeia leve kappa, marcação panB. CMV, VHS I e II, VHB, VHC e VIH, AclgM anti tronopnema pallidum, Coxiella e Borrelia e hemoculturas negativas. Medulograma: E12% células linfoplasmocitóides. Biópsia ganglionar: CD3+ e CD4+ Algumas CD8+ CD10+ LinfB CD20+ CD30- e CD15-. Pesquisa de vírus Epstein Barr positiva. Biópsia ganglionar: Diagnóstico Linfoma T periférico com características de Linfoma T angioimunoblástico. O caso clínico culminou com o falecimento do doente.

DISCUSSÃO

Apresenta-se sob a forma de linfoma e é uma doença em que os rápidos avanços na imunofenotipagem e no diagnóstico molecular vão permitir aceder a um tratamento mais precoce nos doentes com evolução mais indolente e/ou mais agressiva. Concomitantemente, o desenvolvimento de novos agentes químicos poderá reduzir a quantidade de casos refractários à terapêutica inicial. Com este relato pretende-se alertar para esta patologia nos quadros constitucionais, na medida em que apenas vamos encontrar as patologias que encontramos. Dado que o paradigma da terapêutica versa sobre a possibilidade de o doente ser transplantável, quanto mais rápido o diagnóstico, melhor o prognóstico.

VASCULITE ANCA+, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

TEÓFILO YAN, INÊS COELHO, JOANA COUTINHO, FILIPE CASTRO, RAQUEL CHORÃO, CATARINA SANTOS, RUI FILIPE, ERNESTO ROCHA - ULS CASTELO BRANCO

INTRODUÇÃO

A abordagem terapêutica das vasculites ANCA+ tem sido palco de intenso debate dentro da comunidade científica nos últimos anos. Em 2016 foram revistas, na Europa, as guidelines para o tratamento das vasculites ANCA+. Os glucocorticoides e imunossuppressores continuam a ser o pilar da terapêutica de indução da remissão da doença. A plasmaferese tem sido indicada no agravamento da função renal com Creatinina (Cr) superior a 5,7 mg/dL e hemorragia alveolar difusa severa. Esta modalidade terapêutica tem mostrado resultados promissores em quadros mais severos da doença, com diminuição tanto da mortalidade a curto prazo como da necessidade de técnica dialítica, em diversos ensaios clínicos. Mantém-se duvidosa a sua aplicabilidade e eficácia fora desse contexto.

CASO CLÍNICO

Doente LLSC, 75 anos, reformado, ex-trabalhador com cabos de alta tensão, com antecedentes pessoais conhecidos de hipertensão arterial, dislipidemia, ex-fumador e hábitos alcoólicos moderados em cessação há vários anos. Diagnosticado vasculite ANCA MPO+ (título 74,9 CU) com envolvimento renal (lesão renal aguda com Cr máxima de 4,1 mg/dL associada a proteinúria de 1,8 g/g, hematúria e leucocitúria) e pulmonar (hemorragia alveolar difusa). Iniciou prednisolona (PDN) 1mg/Kg/dia (80mg/dia reduzida para 60mg/dia após 2 semanas) associada a ciclofosfamida (CPX) 100mg/dia e profilaxia para infeções com sulfametoxazol-trimetopim 480mg/dia. Apresentou dois

internamentos, o primeiro durante a 3ª semana de tratamento por insuficiência renal rapidamente progressiva e agravamento da hemorragia alveolar e o segundo durante a 10ª semana de tratamento por leucopénia febril e pneumonia lobar direita. No primeiro internamento realizou sete sessões de plasmaferese, as duas primeiras com plasma fresco congelado e as restantes com albumina revelando uma melhoria tanto clínica como da função renal (sem hemoptises e uma Cr 3,3 mg/dL à data de alta). Após 9 semanas de tratamento foi reduzida a dose de CPX (100 e 50mg em dias alternados) e PDN para 45mg, por linfopénia. No segundo internamento suspendeu CPX, realizou filgastrim e cumpriu dez dias de Ceftriaxone, Levofloxacina e Fluconazol com resolução do quadro infeccioso e da leucopenia. À data de alta manteve-se apenas PDN com dose ajustada para 60mg. Após completados onze semanas, desde o início da terapêutica de indução da remissão da doença, o doente apresenta-se assintomático, analiticamente com uma função renal normalizada (Cr 1,4 mg/dL) e um título de MPO negativo.

CONCLUSÃO

Serve o presente caso clínico para apresentar, detalhadamente, uma abordagem terapêutica para vasculite ANCA+, com resultados clínicos e analíticos satisfatórios. Pretende também salientar o enquadramento da plasmaferese no seu tratamento, salientando a sua potencial utilidade e eficácia em fases de agudização da doença com elevado risco de mortalidade e morbilidade para o doente.

ACHADO INCIDENTAL, UM DIAGNÓSTICO SÍNDROME MIELOPROLIFERATIVO (LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA)

PEDRO CARLOS, CATARINA CHAVES, ANA DIONÍSIO, SÔNIA COELHO, CARLA GONÇALVES, ARTUR GAMA, LEOPOLDINA VICENTE - CHUCB

INTRODUÇÃO

Existe significativa sobreposição nos achados iniciais, clínicos e analíticos, das diferentes entidades

caracterizadas por proliferação de células de diferentes linhagens medulares, por vezes mista. Englobada por várias patologias como benigna policitemia vera até às

várias vertentes de leucemia, perante estes casos é muitas vezes necessário um estudo específico com biópsia óssea, medulograma ou testes genéticos.

CASO CLÍNICO

Mulher de 66 anos, encaminhada pelo Médico Assistente para Serviço de Urgência (SU) por alterações analíticas de linha branca mantidas em 2 controlos analíticos separados por 3 semanas. Neste segundo controlo, manteria leucocitose importante de 93.700 e neutrofilia de 83.400 com numerosas formas jovens e imaturas da série mielóide, elevação lactato desidrogenase (LDH). Negava queixas além de discreta dispneia para esforços moderados, sem anorexia, astenia, perda ponderal, alterações cutâneas ou sudorese nocturna. Outros antecedentes relevantes, tireoidectomia parcial, hipertensão arterial e história familiar suspeita de lúpus eritematoso sistémico e de leucemia mielomonocítica crónica.

Exame objectivo no SU, bom estado geral, vígil, orientada, colaborante, apirética sem dispneia nem alterações relevantes em auscultação cardíaca pulmonar, ou em restante exame. Analiticamente, a confirmar-se leucocitose com neutrofilia significativa, elevação LDH (1406) e ingurgitamento hilar bilateral em radiografia tórax, tendo sido internada para estudo complementar desta hiperleucocitose granulocítica.

Manutenção assintomática durante todo o internamento, assim como alterações hematológicas referidas. Restante

estudo sem outras alterações em hemograma, morfológico sangue periférico evidencia neutrofilia com desvio à esquerda com mieleemia, elevação mantida LDH sempre superior a 1000, contudo estantes parâmetros inflamatórios normais. Adicionalmente eletroforese proteínas, imunofixação e imunoglobulinas séricas sem alterações, apenas discreto aumento razão Kappa/Lambda e proteinúria glomerular em electroforese urinária. Discutido caso com Hematologia, por suspeita de leucemia mielóide crónica (LMC) realizar pesquisa BCR/ABL para diagnóstico e guiar necessidade de biópsia óssea ou medulograma posterior. Por bom estado geral, estado assintomático e possibilidade de aguardar resultado no domicílio com apoio celebre de consulta de Hematologia, programada alta com início de hidroxycarbamida e alopurinol. Seguimento com resultado BCR-ABL a confirmar diagnóstico de LMC com 0.3% blastos, iniciou imatinib.

DISCUSSÃO

Face a suspeita de quadros mieloproliferativos, é necessário estudo aprofundado para esclarecimento de patologia presente, com diagnósticos fundamentados em características analíticas, genéticas e anatomo-patológicas. Tal deve-se a sobreposição destas diferentes entidades, apresentando-se frequentemente com sintomatologia inespecífica e atípica, e até em estadios mais precoces, sem qualquer tipo de sintomatologia relevante

QUANDO A FEBRE NÃO RESPONDE POR SI... - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO DE EMPIEMA

JOANA CARVALHO, FILIPA LEITÃO, JOÃO BRÁS, RAFAELA VENTURA, MANUEL CARVALHO, MARIA EUGÉNIA ANDRÉ - ULS CASTELO BRANCO

INTRODUÇÃO

O empiema é definido como a presença líquido purulento na cavidade pleural subjacente. A maioria dos empiemas pleurais têm etiologia infecciosa, frequentemente associados a derrames parapneumónicos.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, 60 anos, não-fumadora, a residir em meio rural, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de dor torácica tipo pleurítica e febre com 15 dias de evolução, refratária à antibioterapia empírica.

À admissão encontrava-se febril, mas hemodinamicamente estável. Auscultação pulmonar com diminuição do murmúrio vesicular nos 2/3 inferiores do hemitorax direito. Dos exames complementares de diagnóstico destaca-se Radiografia do Tórax com apagamento do seio costofrénico direito e hipodensidade da base direita. Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios, testes rápidos para infeções respiratórias virais negativas. Foi internada para estudo por Pneumonia Adquirida na Comunidade e provável derrame pleural parapneumónico. Para completar o estudo realizou Tomografia computadorizada

(TC) Torácica que demonstrou moderado derrame pleural à direita, com tendência à loculação e densificação do parênquima adjacente. Terá sido realizada toracocentese diagnóstica e evacuadora de líquido purulento ($\text{pH} < 7.00$) e colocada drenagem sub-aquática. Dos resultados do líquido pleural é de salientar a presença de um exsudado e empiema com destruição celular. Apesar de se associar antibioterapia com cobertura para anaeróbios, a doente manteve picos febris e ficou hemodinamicamente instável. Foi reavaliada

radiologicamente que mostrou derrame organizado e foi então referenciada para Cirurgia Cardio-Torácica e aguarda descorticação urgente.

CONCLUSÃO

Os autores pretendem salientar a importância do reconhecimento precoce do empiema pleural sendo este fundamental para determinar a melhor abordagem terapêutica e referência, reduzindo assim a morbilidade e mortalidade associadas a esta patologia.

QUANDO AS DOENÇAS NÃO RESPEITAM A ÉPOCA SAZONAL

JOANA CARVALHO, FILIPA LEITÃO, JOÃO BRÁS, RAFAELA VENTURA, MANUEL CARVALHO, MARIA EUGÉNIA ANDRÉ - ULS CASTELO BRANCO

INTRODUÇÃO

A Leptospirose é uma doença infecciosa subdiagnosticada e subnotificada, com envolvimento multilorgânico. Apresenta um amplo espectro de manifestações clínicas, variando desde infecção limitada, até doença fulminante e fatal.

CASO CLÍNICO

Os autores apresentam um caso clínico de uma doente de 67 anos, trabalhadora rural, que recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de astenia e adinamia, com dor abdominal, diarreia e febre. À admissão foi constatada existência de icterícia, com hiperbilirrubinemia mista nas análises efectuadas e internada pela Cirurgia para avaliação complementar.

Após exclusão de doença hepatobiliar, foi pedida colaboração de Medicina para avaliação adicional. Revendo o caso clínico, verifica-se que cumpre critérios para síndrome de resposta inflamatória sistémica (taquicardia, taquipneia e leucocitose). Do estudo

analítico salienta-se elevação de biomarcadores de infecção, trombocitopenia de novo ($22 \times 10^9/\text{L}$) e lesão renal aguda (com hiponatremia e hipocaliemia). Foram colhidos produtos biológicos, dado o contexto epidemiológico favorável, levantada suspeita clínica de zoonose, tendo sido colhidos produtos biológicos, para culturas e serologias (nomeadamente Rickettsioses e Leptospira) e manteve-se antibioterapia empírica iniciada pela Cirurgia com ceftriaxone.

Os resultados serológicos confirmam infecção por Leptospira, permitindo fazer o diagnóstico de Doença de Weil.

CONCLUSÃO

Apesar de este caso clínico ter ocorrido no inverno, a elevada suspeição clínica permitiu iniciar tratamento e fazer o diagnóstico assertivo. Os autores pretendem com este caso alertar que, devido às alterações climáticas, o aparecimento de determinadas doenças tenderá a surgir fora de época.

LIPOMA SUBCUTÂNEO TÓRACO-AXILAR

JOÃO ROQUE GOMES, MANUEL MEGA, ANTÓNIO GOUVEIA - ULS CASTELO BRANCO

INTRODUÇÃO

Os lipomas subcutâneos são as neoplasias benignas de tecidos moles mais comuns. Apresentam-se como nódulos indolores macios, de morfologia redonda, oval ou multilobulada e podem ter dimensões variáveis. A sua transformação em lipossarcoma é rara, sendo sugerida por rápido crescimento, dor ou alterações imagiológicas. O diagnóstico geralmente é clínico, podendo ser complementado com ecografia ou biópsia, em casos seleccionados.

CASO CLÍNICO

Mulher de 71 anos com queixas funcionais causadas por lipoma subcutâneo da axila esquerda com extensão à região torácica anterior supra-mamária, com 20 anos de evolução.

TC - na região axilar esquerda volumosa área lipomatosa com aglomerado nodular lipomatoso de bordos calcificados com cerca de 48 mm de diâmetro.

RM - descartada natureza maligna e relação com estruturas intratorácicas ou mamárias.

Ao exame objectivo apresentava lesão macia e móvel, de dimensões consideráveis, com nódulo calcificado palpável na sua base, sem aparente envolvimento da mama. Devido à sua dimensão (21x16 cm), procedeu-se a excisão do lipoma sob anestesia geral, sem intercorrências. Teve alta no 2º dia pós-operatório. O diagnóstico anátomo-patológico confirmou tratar-se de um lipoma com extensa área de citoesteatonecrose.

DISCUSSÃO

Apesar da baixa probabilidade de malignização, os lipomas subcutâneos podem acarretar importantes alterações funcionais ou cosméticas. A excisão cirúrgica evita não só a progressão da lesão e suas possíveis complicações, como também implica melhoria significativa na qualidade de vida do doente.

CHOQUE SÉPTICO POR PERFURAÇÃO ESPONTÂNEA DE DIVERTÍCULO JEJUNAL

JOÃO ROQUE GOMES, MANUEL MEGA, ANTÓNIO GOUVEIA, ULS CASTELO BRANCO

INTRODUÇÃO

A diverticulose do intestino delgado é uma entidade incomum e geralmente assintomática. É classificada em três grupos: duodenal (mais frequentes), jejunoileal e divertículo de Meckel. Os divertículos jejunoileais representam 18 a 25% de todos os casos, são geralmente múltiplos e principalmente localizados no jejuno, tornando-se sintomáticos em até 10% dos casos. O tratamento dos divertículos sintomáticos é a ressecção cirúrgica.

CASO CLÍNICO

Mulher de 90 anos recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal aguda difusa com 12 horas de evolução e episódios de vômitos e diarreia há 5 dias. Ao exame objectivo encontrava-se pálida e desidratada, apirética, hipotensa (89/57mmHg), com abdómen distendido e timpanizado, doloroso à palpação, sem sinais de irritação

peritoneal. Toque rectal com fezes sólidas na ampola, estenose rectal e sem sangue objectivável. Analiticamente com leucocitose (13.85), PCR 39.6 e agravamento de DRC com creatinina 3.40 e Ureia 199. TC abdomino-pélvica com sinais de pneumoperitонеu, ligeira densificação difusa da gordura nos quadrantes esquerdos, fina lâmina de líquido intraperitoneal e sem colecções. Após estabilização hemodinâmica e implementação de antibioterapia empírica foi decidida intervenção cirúrgica. Nesta constatou-se perfuração de divertículo jejunal a 10 cm do ângulo de Treitz, com presença de fibrina e colecção abcedada do mesentério. Foi submetida a ressecção jejunal segmentar e jejunojejunostomia antimesentérica antiperistáltica com agrafador linear, sem intercorrências. Por manter quadro de choque séptico com disfunção multiorgânica foi transferida para a UCIP, onde foi mantida sob suporte com ventilação mecânica invasiva e vasopressores. Em

PO 11 registou-se evisceração que foi corrigida por laparorráfia. Teve alta após 24 dias de internamento, sem novas complicações.

DISCUSSÃO

A diverticulose jejunal complicada por perfuração é rara

e constitui indicação para ressecção cirúrgica do segmento intestinal afectado. É um diagnóstico desafiante, sendo maioritariamente feito no intraoperatório. Os cuidados pós-cirúrgicos são essenciais e indispensáveis para um outcome de sucesso.

UMA ETIOLOGIA INESPERADA DE CEFALEIA OCCIPITAL PERSISTENTE NUM UTENTE OBESO

MARCO REIS, J.RAMOS; J.FIGUEIREDO - UCSP S. MIGUEL - ULS CASTELO BRANCO

INTRODUÇÃO

O meningioma é um tumor benigno originado das meninges que se assume como um dos tumores mais comuns, representando cerca de 15-20% dos tumores intracranianos. É mais comum no sexo feminino e atinge o pico de incidência entre os 40 e 60 anos. A sintomatologia depende muito da sua localização, podendo manifestar-se sob a forma de cefaleia ou sintomas focais, consoante a região afetada.

CASO CLÍNICO

Homem de 63 anos, sexo masculino, raça caucasiana, integra uma família nuclear, funcional, fase VII do ciclo de Duvall e classe baixa de Graffar. Antecedentes pessoais de tabagismo, obesidade, hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, hiperuricemia e doença osteoarticular da anca e coluna. Recorreu ao SU por cefaleia occipital pulsátil, de intensidade moderada, com duração de cerca de um mês, associada a vertigens com as alterações posturais e que agravava com o espirro e tosse. Realizou TAC CE que não apresentou alterações e fez AINE injectável. Por persistência dos sintomas e por aparecimento de parestesias bilateralmente ao nível dos membros superiores, distalmente aos cotovelos, recorreu passado 8 dias a consulta aberta de MGF e, após avaliação, foi medicado com cinarizina e anti-inflamatório e solicitada TAC cervical que revelou a existência de uma formação nodular de 1.7cm diâmetro ao nível do buraco occipital que condiciona efeito de massa sobre a transição bulbomedular e segmento cervical superior da medula,

correspondendo a um provável meningioma. Foi então solicitada colaboração ao serviço de neurologia do Hospital Amato Lusitano que solicitou RM cervical, a qual veio a comprovar a suspeita diagnóstica e prontamente estabeleceu contato com Serviço de Neurocirurgia do CHUC tendo sido submetido, passado 3 dias, a cirurgia de exérese de meningioma com alta ao final de 8 dias sem qualquer intercorrência. O Utente realizou, após data de alta, novo contato com o seu Médico de Família (MF) no sentido de agilizar a reabilitação pós-operatória (PO) bem como vigiar a evolução do seu estado geral e neurológico.

CONCLUSÃO

O tratamento do Meningioma requer sempre uma abordagem multidisciplinar, dependendo do seu tamanho, localização, taxa de crescimento e idade do paciente. Na maioria das vezes o tratamento de eleição, quando indicado tratamento específico, é a ressecção cirúrgica.

Serve o presente caso para alertar o MF que os sintomas inespecíficos apresentados pelo utente bem como o seu biótipo ludibriaram a suspeita clínica inicial. A colheita criteriosa da história clínica e realização de semiologia médica dirigida, ajudou a identificar a patologia em causa que, com aparecimento de determinados sintomas, permitiu a realização sequencial de EAD dirigidos que levaram à confirmação diagnóstica e instituição de terapêutica adequada. Este caso revela ainda o papel fundamental do MF na integração da vida social do utente no PO permitindo uma recuperação e reabilitação eficaz e segura.

CHOQUE HEMORRÁGICO POR RUPTURA DE VARIZES ESOFÁGICAS

JOÃO ROQUE GOMES, MANUEL MEGA, ANTÓNIO GOUVEIA, ULS CASTELO BRANCO

INTRODUÇÃO

Nos doentes cirróticos, as varizes esofágicas registam-se numa taxa de 5% a 15% ao ano, sendo que um terço destes desenvolverá hemorragia.

As opções de tratamento para a hemorragia aguda incluem fármacos (vasopressina, somatostatina e seus análogos), intervenção endoscópica, confecção de anastomose portossistêmica intra-hepática transjugular e o tratamento cirúrgico.

CASO CLÍNICO

Homem de 60 anos admitido pelo Serviço de Urgência por lipotímia. Antecedentes de tuberculose pulmonar, etilismo e tabagismo. Apresentava-se ligeiramente hipotenso, pálido e asténico, com abdómen globoso mas depressível, indolor à palpação, com hepatomegalia de bordo duro. Na Sala de Emergência teve nova perda de consciência, com sudorese e drenagem de 700 mL de sangue vivo após colocação de SNG. Por presunção de ruptura de varizes esofágicas, fez-se abordagem do doente com octreótido, transfusão de concentrado de eritrócitos, plasma fresco congelado, cristaloides e

fenilefrina, com resposta temporária.

TC - compatível com cirrose hepática e discreta ascite, baço de dimensões no limite superior da normalidade, espessamento parietal difuso do cólon, mais marcado no cólon direito.

Foi submetido a EDA de urgência, sedado e ventilado, objectivando-se varizes esofágicas de grande calibre nos 2/3 distais, prolongando-se pelo cardia, com estigmas mas sem hemorragia activa naquele momento. Procedeu-se a laqueação variceal com 6 elásticos por via endoscópica. Internado na UCIP pós-intervenção, onde foi suportado e equilibrado com ventilação mecânica invasiva, transfusões de eritrócitos e plaquetas, fibrinogénio, PFC e perfusão de octreótido. Ao 12º dia de internamento teve alta, sem fenómenos hemorrágicos de novo.

DISCUSSÃO

O diagnóstico de ruptura de varizes esofágicas pressupõe alto índice de suspeição. O tratamento inicial destes doentes inclui a ressuscitação hemodinâmica, garantindo a protecção da via aérea e abordando as coagulopatias presentes.



CONGRESSO
MÉDICO
BEIRA
INTERIOR

MED'IN: covilhã

INOVAÇÃO EM MEDICINA

28 - 29 . setembro . 2018

INSCRIÇÕES ON-LINE

www.chcbeira.pt



LOCAL | AUDITÓRIO DA FACULDADE CIÊNCIAS DA SAÚDE, UBI



AMATO LUSITANO
REVISTA DE SAÚDE



5º

CONGRESSO
MÉDICO
BEIRA
INTERIOR

MED'IN: covilhã

INOVAÇÃO EM MEDICINA

28 - 29 . setembro . 2018

INSCRIÇÕES ON-LINE

www.chcbeira.pt



LOCAL | AUDITÓRIO DA FACULDADE CIÊNCIAS DA SAÚDE, UBI

CURSOS PRÉ E PÓS-CONGRESSO

- II SUTURAS E PEQUENA CIRURGIA
- II ELECTROCARDIOGRAFIA: DA TEORIA À PRÁTICA CLÍNICA
- II VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA
- II RADIOLOGIA BÁSICA - RADIOGRAFIA DO TÓRAX E ECOGRAFIA EM URGÊNCIA
- II EQUILÍBRIO ÁCIDO - BASE
- II PUBLICAÇÃO MÉDICA: DA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA À ESCRITA CIENTÍFICA
- II SAVIC - SUPORTE AVANÇADO DE VIDA EM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
- II ACLS - ADVANCED CARDIAC LIFE SUPPORT
- II FCCS - FUNDAMENTAL CRITICAL CARE SUPPORT

PAINÉIS TEMÁTICOS / CONFERÊNCIAS

POSTERS, COMUNICAÇÕES E INTERAÇÕES

SCIENTIFIC SPEED DATES



REVISTA DE SAÚDE
**AMATO
LUSITANO**

PATROCÍNIOS CIENTÍFICOS



APOIOS



PATROCÍNIOS



INFORMAÇÕES

INTERNATO MÉDICO DO CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA
TEL. 275 330 000 - (EXT.) 11305 | E-MAIL: cmbi@chcbeira.min-saude.pt



World Tribune - 10/11 - Edição de Maio de 2018