



17.09.2026 (17.15H-18.00H) (Júri: Dr. Roman Khomynets; Dra. Inês Parreira)

PX01 - Cuidados Paliativos num Setor de Medicina Interna Análise SWOT (Inês Matias Lopes; Ana Margarida Silva; Catarina Reis Barão; Patrícia Monteiro; Maria João Gomes; Hospital de Santa Maria)

Contexto: Os serviços de Medicina Interna têm, nos dias que correm, uma elevada quantidade de doentes com necessidade de Cuidados Paliativos, tornando essencial identificar os recursos existentes e as áreas de melhoria para uma abordagem integrada e centrada na pessoa. Objetivos: Caracterizar as necessidades paliativas dos doentes internados num setor de Medicina Interna de um hospital terciário sem internamento oncológico e analisar as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças associadas à prestação de cuidados paliativos. Material e Métodos: Estudo descritivo transversal, realizado num setor com 13 camas. Efetuou-se uma caracterização pontual dos doentes internados em 17 de julho de 2026, recorrendo à escala SPICT-PT (Supportive and Palliative Care Indicators Tool adaptada para Portugal) para identificar necessidades paliativas. Avaliou-se ainda: controlo sintomático, utilização de ventilação não invasiva, entubação nasogástrica, acessos e vias de administração terapêutica e contenção física. A organização e a prática assistencial do setor foram posteriormente analisadas através de uma matriz SWOT. Resultados: Foram avaliados 13 doentes, 6 homens e 7 mulheres, com idades entre 56 e 90 anos (média: 76 anos). Dez doentes (76,9%) apresentavam critérios de necessidades paliativas, nove dos quais com doença oncológica avançada. Duas doentes aguardavam vaga para unidade de cuidados paliativos, uma há mais de 30 dias. No momento da avaliação, todos apresentavam controlo sintomático; nenhum se encontrava sob ventilação não invasiva ou com sonda nasogástrica, não se tendo identificado a utilização da via subcutânea. Como principais forças destacaram-se a formação e o interesse da equipa médica, a humanização dos cuidados e o respeito pela autonomia. As fraquezas incluíram limitações do espaço físico, insuficiência de técnicos auxiliares de saúde e lacunas na avaliação e tratamento da agitação. Identificaram-se como oportunidades a formação multidisciplinar, o treino de comunicação, a investigação e a criação de redes de articulação. Entre as ameaças salientaram-se conceções erradas sobre cuidados paliativos, risco de abandono assistencial, falhas de comunicação e burnout. Discussão & Conclusão: A elevada proporção de doentes com necessidades paliativas reforça a necessidade de integrar competências paliativas nos serviços de Medicina Interna. A interpretação dos resultados é limitada pelo caráter pontual da avaliação e pela reduzida dimensão da amostra. A qualificação da equipa médica e a crescente humanização constituem bases favoráveis, mas persistem limitações estruturais, comunicacionais e organizacionais, bem como atrasos na referenciação e transferência. A formação transversal das equipas, a definição precoce do plano e dos limites terapêuticos, o reforço da articulação com Oncologia e Cuidados Paliativos e a melhoria das condições de privacidade poderão aumentar a qualidade e a continuidade dos cuidados.



17.09.2026 (17.15H-18.00H) (Júri: Dr. Roman Khomynets; Dra. Inês Parreira)

PX02 - A Pessoa Idosa com Demência em Contexto de Internamento Hospitalar: Riscos, Complicações e Intervenções de Enfermagem (Vasconcelos, Maria Alice; Pereira, Alexandre. ULS SM)

Introdução: O envelhecimento populacional tem sido acompanhado por uma prevalência crescente de síndromes demenciais, estimando-se um crescimento global de 50 milhões de pessoas afetadas em 2017 para 132 milhões até 2050 (Blandi et al., 2022). Em contexto de internamento hospitalar, nomeadamente em serviços de medicina interna, a pessoa idosa com demência apresenta um perfil de risco singular: a hospitalização, embora necessária, constitui um fator de stress ambiental e fisiológico que pode precipitar delirium, agravamento cognitivo e declínio funcional. **Objetivo:** Sintetizar a evidência científica sobre o impacto do internamento em serviço de medicina interna na pessoa idosa com demência, identificando os principais riscos clínicos associados e as intervenções de enfermagem mais eficazes na sua prevenção. **Metodologia:** Revisão da literatura com base em estudos e revisões sistemáticas recentes (2013–2026), incidindo sobre delirium, internamento prolongado, quedas, úlceras por pressão, dependência funcional, infeção nosocomial e dor em contexto de medicina interna. **Resultados:** A demência constitui um preditor independente de internamento prolongado, com odds ratio de 1,44 face a controlos sem demência, e associa-se a um risco de mortalidade intra-hospitalar duas vezes superior (Di Martino et al., 2025), fenómenos particularmente relevantes em serviços de medicina interna. O delirium é a complicação mais frequente, associando-se ao agravamento da deterioração cognitiva de base e comprometendo a funcionalidade a longo prazo (Pinto & Fernandes, 2020); a fragilidade potencia este risco, gerando um ciclo de diminuição funcional, institucionalização e mortalidade precoce (Cechinel et al., 2022). A hospitalização aumenta em média 12,9 dias na presença de úlceras de pressão e 5,2 dias por quedas (Hasan et al., 2025). A demência é ainda fator de risco independente para infeções associadas aos cuidados de saúde (Scientific Reports, 2023), numa relação bidirecional em que a infeção acelera o declínio cognitivo (Aging, 2025). As intervenções de enfermagem mais eficazes incluem a avaliação sistemática de riscos na admissão, a mobilização precoce e os cuidados centrados na pessoa, identificados como uma das abordagens mais eficazes na revisão de Moody et al. (2024). **Conclusão:** O internamento da pessoa idosa com demência em serviço de medicina interna representa um desafio clínico multidimensional. A enfermagem desempenha um papel central na prevenção de eventos adversos, através de práticas sistemáticas, individualizadas e baseadas em evidência, essenciais para promover a segurança, a dignidade e a qualidade de vida desta população vulnerável.



17.09.2026 (17.15H-18.00H) (Júri: Dr. Roman Khomynets; Dra. Inês Parreira)

PX03 - Eficácia das Intervenções de Enfermagem de Reabilitação na Mobilidade da Pessoa em Fase Aguda de Acidente Vascular Cerebral (Leal, Mariana; Pinto, Ricardo; Eliseu, Inês; Bonifácio, Maria Lídia; Balula, Patrícia – ULSSM –HSM)

Contexto: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de mortalidade e incapacidade em Portugal e no mundo, com impacto significativo na funcionalidade, qualidade de vida e reintegração sociocomunitária. A hemiplegia/hemiparesia compromete a realização independente das Atividades de Vida Diária, tendo o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação um papel fundamental na recuperação funcional e na promoção da máxima independência desta população, sendo pertinente sistematizar a evidência disponível sobre a eficácia dessas intervenções na mobilidade em fase aguda de AVC. Objetivos: Identificar e sintetizar a evidência científica sobre a eficácia das intervenções de Enfermagem de Reabilitação (ER) na mobilidade da pessoa em fase aguda de AVC. Material e Métodos: Revisão sistemática de literatura, com questão de investigação PICO, segundo metodologia do Joanna Briggs Institute. Pesquisa nas bases Medline Ultimate e CINAHL Ultimate, restrita a artigos em português, inglês e espanhol, publicados entre 2021-2026. Critérios de inclusão: população adulta (>18 anos); internamento hospitalar; intervenções de ER na mobilidade em fase aguda de AVC; com texto integral disponível. Resultados: De 81 artigos identificados foram incluídos 6. As intervenções de ER analisadas incluíram mobilização precoce, treino de equilíbrio, transferências e marcha, exercícios terapêuticos progressivos e individualizados, programas estruturados do tipo “bundle” (nomeadamente baseados no modelo ERAS) e estimulação sensoriomotora com recurso a material viscoelástico. Nos estudos comparativos, verificaram-se melhorias estatisticamente significativas na função motora e força muscular face aos cuidados convencionais, com ganhos progressivos no equilíbrio, capacidade de transferência, marcha e independência funcional. As intervenções foram iniciadas entre 24-48h após o evento agudo, de forma progressiva e individualizada. Num dos estudos, a função motora (escala de Fugl-Meyer) aumentou de $33,92 \pm 5,32$ para $79,38 \pm 5,59$ no grupo de intervenção, versus $34,67 \pm 5,29$ para $51,04 \pm 5,15$ no grupo de controlo ($p < 0,05$). Os estudos de caso, mostraram ganhos progressivos na mobilidade e independência, com melhorias no défice neurológico (NIHSS), força muscular (MRC/Lovett scale) e independência (Índice de Barthel). Discussão e Conclusão: A intervenção de ER, iniciada precocemente após garantida a estabilidade hemodinâmica, contribui para uma recuperação favorável da mobilidade na fase aguda de AVC, com ganhos funcionais relevantes. A heterogeneidade das amostras, intervenções e instrumentos de avaliação condiciona a robustez da evidência disponível. Conclui-se que a ER constitui um contributo relevante para a recuperação da mobilidade após AVC, justificando a sua integração sistemática na abordagem multidisciplinar.



17.09.2026 (17.15H-18.00H) (Júri: Dr. Roman Khomynets; Dra. Inês Parreira)

PX06 - Quando a Trombocitopenia Não Responde: um Caso de PTI Refratária (Gouveia, Joana; Gouveia, Margarida; Petrucci, Ana Osório; Serrano, Nuno Alemão; Costa, Isabel; ULSSM – Hospital Santa Maria)

A púrpura trombocitopénica imune (PTI) é uma doença autoimune adquirida, caracterizada por trombocitopenia isolada resultante da destruição plaquetária e alteração da produção de plaquetas mediada por autoanticorpos. O diagnóstico é essencialmente de exclusão, exigindo uma avaliação criteriosa da história clínica, exame objetivo, estudo laboratorial e imagiológico. A primeira linha terapêutica inclui corticosteroides e/ou imunoglobulina humana intravenosa (IVIG). Nos casos persistentes, crónicos ou refratários, podem ser utilizadas terapêuticas de segunda linha, nomeadamente agonistas do recetor da trombopoietina (TPO-RA), rituximab ou esplenectomia. A PTI refratária a múltiplas linhas terapêuticas constitui um importante desafio clínico, tornando fundamental a exclusão de causas secundárias e de outras patologias hematológicas. Trata-se de um homem de 72 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial essencial, dislipidemia, síndrome de apneia do sono e diverticulose do cólon esquerdo, internado por trombocitopenia grave, com contagem plaquetária de $1 \times 10^9/L$, associada a petéquias dispersas, gengivorragia, bolha hemorrágica no palato e hematúria ligeira. Não foi identificado qualquer fator desencadeante. Perante a suspeita de PTI, iniciou terapêutica com IVIG e dexametasona. Verificou-se, contudo, ausência de resposta, mantendo trombocitopenia profunda, com contagem plaquetar persistentemente inferior a $1 \times 10^9/L$. Após discussão com a Hematologia, foi necessário recorrer sequencialmente a múltiplas linhas terapêuticas, incluindo avatrombopag, romiplostim, rituximab e danazol. Foi realizado estudo etiológico exaustivo, destacando-se a identificação de *Helicobacter pylori* nas fezes, tendo sido cumprida terapêutica de erradicação. O estudo por sequenciação de nova geração (NGS) identificou variantes nos genes KRAS e TET2, esta última com uma variante alélica (VAF) de 26%. Contudo, a biópsia osteomedular revelou medula normocelular, sem evidência de displasia nas restantes linhagens hematopoiéticas, não permitindo estabelecer uma relação causal entre as alterações moleculares identificadas e a trombocitopenia. Verificou-se recuperação plaquetária progressiva, com normalização da contagem de plaquetas após 60 dias de internamento. Apresenta-se um caso de PTI grave e refratária a múltiplas linhas terapêuticas, com recuperação plaquetária tardia e necessidade de internamento prolongado. Este caso evidencia a complexidade da abordagem da PTI refratária, que pode exigir uma estratégia terapêutica sequencial, multimodal e individualizada. Reforça ainda a importância de uma investigação etiológica exaustiva e da interpretação integrada dos achados moleculares com o contexto clínico e morfológico. A identificação de variantes, nomeadamente em TET2, não exclui o diagnóstico de PTI, podendo, contudo, justificar vigilância hematológica evolutiva a longo prazo.



17.09.2026 (17.15H-18.00H) (Júri: Dr. Roman Khomynets; Dra. Inês Parreira)

PX08 - Lesão hepática hemorrágica em fígado não cirrótico: quando a imagem não basta (Ana Margarida C. Silva; Catarina Reis Barão; Margarida Guiomar; Inês Matias Lopes; Henrique Atalaia Barbacena; Raquel Soares; Joana Correia Silva Antonio Martins Batista; Patrícia Howell Monteiro; Federica Parlato, ULSSM)

O carcinoma hepatocelular (CHC) ocorre predominantemente em contexto de cirrose, no qual critérios imagiológicos permitem frequentemente o diagnóstico não invasivo. Em fígado não cirrótico, a sua ocorrência é menos frequente e o diagnóstico exige confirmação histológica.

Homem de 53 anos, com cardiopatia reumática e prótese mecânica mitral, sob anticoagulação com acenocumarol, recorreu ao Serviço de Urgência por dor no flanco direito. Apresentava INR supratrapêutico (4,48) e discreta elevação da proteína C reativa. A TC abdominal identificou formação nodular hepática no segmento V (75×41 mm), com componente hiperdenso e orla de hipercaptação, inicialmente interpretada como abscesso. Perante dois picos febris, iniciou antibioterapia empírica. A investigação subsequente por angio-TC e RM caracterizou uma lesão hipervascular de 8,5 cm, com componente hemorrágico e microaneurismas, sugerindo hemorragia intratumoral, potencialmente favorecida pela anticoagulação. A alfafetoproteína encontrava-se elevada (115 ng/mL), e a elastografia não evidenciou doença hepática crónica avançada (F0–F1). Na ausência de cirrose, os critérios imagiológicos não invasivos para CHC não eram aplicáveis, tendo sido realizada quimioembolização e biópsia. A histologia confirmou CHC, com imunorreatividade para HSP70, glypican-3 e glutamina sintetase e capilarização sinusoidal (CD34). O caso foi discutido multidisciplinarmente, com orientação para terapêutica loco-regional e sistémica.

Este caso evidencia o desafio diagnóstico do CHC em fígado não cirrótico, particularmente perante apresentação hemorrágica e achados imagiológicos atípicos, reforçando a importância da confirmação histológica quando os critérios diagnósticos não invasivos não são aplicáveis.



17.09.2026 (17.15H-18.00H) (Júri: Dr. Roman Khomynets; Dra. Inês Parreira)

PX09 - Falência autonómica como forma de apresentação de amiloidose AL em adulto jovem (Carla Costa; Joana Cunha, João Leão Lopes, Marta Pinto, Julián Barrios, Beatriz Gonzaga, Gonçalo Peres – ULSSM; Patrício Aguiar - ULSSM, FMUL)

Introdução: A amiloidose AL é uma doença sistémica rara, resultante da deposição tecidual de fibrilhas constituídas por cadeias leves de imunoglobulinas. A heterogeneidade das manifestações clínicas, particularmente quando predomina o envolvimento autonómico, pode dificultar e atrasar o diagnóstico. O reconhecimento do envolvimento multiorgânico é fundamental para uma investigação etiológica dirigida. **Caso Clínico:** Homem de 44 anos, previamente autónomo, praticante de musculação durante vários anos e com história de utilização prolongada de testosterona em ciclos, suspensa cerca de um ano antes, apresenta-se com quadro, com nove meses de evolução, de anorexia, perda ponderal de cerca de 20 kg e síncope recorrentes desencadeadas pelo ortostatismo, progressivamente mais frequentes. Associava parestesias das mãos e membros inferiores, disfunção erétil, alterações do trânsito intestinal e urinário e, posteriormente, incapacidade de dorsiflexão do pé direito. Em internamento prévio foi documentada hipotensão ortostática sintomática (confirmada por teste de tilt), e ecocardiograma com hipertrofia ventricular marcada e função sistólica preservada. Por agravamento das síncope, foi novamente internado para investigação etiológica. O estudo revelou gamapatia monoclonal de cadeias leves lambda, com aumento marcado das cadeias leves livres lambda e imunofixação sérica e urinária concordantes. A eletromiografia demonstrou polineuropatia sensitivo-motora e a urina de 24 horas proteinúria de 3272mg/dia. Perante a hipertrofia cardíaca e suspeita de doença infiltrativa, realizou cintigrafia com DPD, não sugestiva de amiloidose por transtirretina. O mielograma revelou 30% de plasmócitos, tendo a biópsia osteomedular posteriormente demonstrado 15–20% de plasmócitos com expressão monotípica de cadeias leves lambda. A biópsia endomiocárdica confirmou infiltração por substância amiloide, estabelecendo-se o diagnóstico de amiloidose AL com envolvimento cardíaco, renal e neurológico. Iniciou terapêutica com CyBorD, posteriormente intensificada para Dara-CyBorD, com evolução clínica favorável e redução de novos episódios de síncope. **Discussão:** Este caso evidencia o desafio diagnóstico da amiloidose AL num adulto jovem, em que a hipertrofia cardíaca poderia inicialmente ser interpretada no contexto de treino físico intenso e utilização prolongada de testosterona. A coexistência de hipotensão ortostática grave, neuropatia periférica, perda ponderal e proteinúria constituiu a chave para reconhecer uma doença sistémica. A integração dos diferentes órgãos envolvidos e a identificação de uma discrasia de plasmócitos permitiram estabelecer o diagnóstico e iniciar precocemente terapêutica dirigida.



17.09.2026 (17.15H-18.00H) (Júri: Dr. Miguel Carrilho; Dr. João Lopes)

PX10 - Quando a infeção se disfarça: três casos de actinomicose (SILVA, Catarina Isabel; PEREIRA, Yolanda Sá; VILAS, Ana Paula. ULS Santa Maria)

Introdução: A actinomicose é uma infeção rara, causada por bactérias do género *Schaalia* (antes, *Actinomyces*), incluindo *Schaalia meyeri*, anaeróbias e integrantes da flora orofaríngea. Associa-se a má higiene oral, manipulações dentárias e aspiração para a árvore traqueobrônquica, nomeadamente no contexto de alcoolismo crónico. Pode também ocorrer como infeção oportunista. As formas cervicofacial e pulmonar são as mais frequentes, embora possa ocorrer disseminação hematogénea e afetação de outros órgãos. A capacidade de invasão transfixiva dos tecidos pode originar massas e abscessos. A evolução é habitualmente indolente e as manifestações clínicas muitas vezes inespecíficas. O diagnóstico pode constituir um desafio e depende do isolamento microbiológico. Apresentamos 3 casos clínicos disso ilustrativos. Casos clínicos: 1º caso, de 2011. Mulher de 63 anos, sem antecedentes relevantes, internada por quadro com 3 semanas, de febre, mal-estar, poliartralgias e toracalgia. Apresentava pequeno derrame pleural bilateral e adenopatias mediastínicas. Teve intervenção dentária 2 semanas antes do início dos sintomas. O diagnóstico foi estabelecido por hemoculturas. 2º caso, de 2017. Homem de 66 anos, fumador, previamente saudável, internado por quadro com 2 meses, de disfonia, sudorese noturna, dispneia de esforço e edema periférico. Tinha massa pulmonar no lobo superior esquerdo com focos de necrose, derrame pleural e pericárdico, adenopatias intratorácicas e nódulos hepáticos. Foi diagnosticada neoplasia pulmonar em estágio IV. A cultura de secreções brônquicas obtidas por fibrobroncoscopia permitiu ainda diagnosticar actinomicose. 3º caso, de 2026. Homem de 63 anos, fumador e com alcoolismo crónico, internado por quadro com 3 dias, de febre, tosse, toracalgia e dispneia. Foram diagnosticados pneumonia necrotizante e empiema, tendo a cultura do líquido pleural isolado *S. meyeri*. Discussão: Os 3 casos, diagnosticados num serviço de Medicina ao longo de 15 anos, ilustram a raridade e diversidade de apresentações da actinomicose, tendo o isolamento microbiológico sido fundamental. Evidenciam ainda a possível associação a fatores predisponentes como tabagismo, alcoolismo, manipulação dentária e doença oncológica. Conclusão: Apesar de rara, a actinomicose deve ser considerada perante lesões pulmonares de evolução atípica, sobretudo na presença de fatores predisponentes. Uma história clínica apurada e a realização de exames culturais são fundamentais para o diagnóstico.



17.09.2026 (17.15H-18.00H) (Júri: Dr. Miguel Carrilho; Dr. João Lopes)

PX11 - Quando o défice nutricional mimetiza doença hematológica: um caso clínico (Alves Rodrigues, Gabriela; Marques, João Pedro; Alves Cardoso, Ana; Martins Baptista, Parreira, Inês – ULS Santa Maria, Hospital de Santa Maria)

O défice de ácido fólico ocorre em contextos como défice alimentar, alcoolismo crónico, síndromes de má absorção e uso de determinados fármacos. Habitualmente é uma causa de anemia macrocítica, mas raramente pode causar pancitopenia, constituindo um desafio diagnóstico e exigindo exclusão de outras etiologias potencialmente graves. Homem de 76 anos, parcialmente dependente e com consumo diário de álcool. Admitido por queda com traumatismo cranioencefálico, associada a dispneia súbita e tosse produtiva com 1 dia de evolução. Adicionalmente com ingesta alimentar inadequada nos três meses prévios. À observação, encontrava-se prostrado, hipotenso e com dessaturação periférica. Laboratorialmente com Hb 4g/dL, VGM 118.2fL, leucopénia 1900/ μ L e trombocitopénia 33000/ μ L. Esfregaço de sangue periférico com anisopoiquilocitose e macro-ovalócitos. Estudo complementar com vitamina B12 224ng/mL e folatos 0.9ng/mL. Neste contexto foi internado para estudo e otimização terapêutica. Durante o internamento realizou transfusão de 3 unidades de concentrado eritrocitário e iniciou reposição de folatos, vitamina B12 e tiamina. Realizou-se mielograma, que revelou medula óssea ligeiramente hiperclular, com ligeira hiperplasia da série granulocítica e sinais de displasia interpretados em contexto da folatopenia. Durante o internamento foi identificada disfagia para sólidos e líquidos, tendo realizado endoscopia digestiva alta que documentou divertículo do esófago médio. Após 10 dias de reposição vitamínica verificou-se recuperação dos parâmetros hematológicos. Doente foi encaminhado a consulta de Medicina Interna para prossecução diagnóstica. Este caso ilustra uma apresentação rara e potencialmente confundidora de défice de ácido fólico, manifestada por pancitopenia grave e alterações displásicas medulares, que podem mimetizar patologias hematológicas primárias. O reconhecimento precoce desta etiologia reversível é fundamental, particularmente em doentes idosos com fatores de risco nutricionais e alcoolismo crónico.



17.09.2026 (17.15H-18.00H) (Júri: Dr. Miguel Carrilho; Dr. João Lopes)

PX13 - Uma causa rara de precordialgia (Ana Catarina Manaças, Inês Santos, António Malcata, Liliana Ribeiro Santos, ULSSM)

Introdução: O Síndrome hipereosinofílico é uma entidade rara com uma incidência de 0,36 casos por 100 000 habitantes. Engloba uma série de patologias caracterizadas por uma eosinofilia superior a 1500 células/ mm³, pelo menos durante 6 meses e evidência da sua repercussão em vários órgãos. A sua prevalência é maior entre os 20 e os 50 anos. Apresenta-se o caso de uma doente do sexo feminino, de 89 anos que recorreu ao SU por dispneia com 4 dias de evolução com agravamento nas últimas 24 horas e perda de peso não quantificada com semanas de evolução. A investigação revelou eosinofilia de 8770 células/uL, já presente em avaliações anteriores, infiltrados pulmonares compatíveis com infiltração, o que permitiu excluir a existência de neoplasia. A instituição de corticoterapia levou à rápida normalização da contagem dos eosinófilos e regressão dos infiltrados pulmonares. **Caso clínico:** Doente do sexo feminino, 89 anos, leucodermica, internada para esclarecimento e resolução de quadro de dispneia, com cerca de 4 dias de evolução e perda ponderal não quantificada. Ao exame objetivo destacava-se uma auscultação pulmonar dentro da normalidade e uma auscultação cardíaca com tons rítmicos e regulares, mas hipofonéticos sem outras alterações significativas. Laboratorialmente tinha anemia macrocítica (Hb 9,5g/dl, VGM103,5 fl), leucocitose 12 100/uL com hipereosinofilia de 9580/uL, Ureia 97mg/dl, Creatinina 1,36 mg/dl com TFG estimada 35ml/min, aumento da GGT 7U/L, sem outras alterações das provas hepáticas, aumento da LDH 508U/l, sat transferrina 17% sem outras alterações do perfil do ferro, TSH 8uU/ml com fT4 1,46ng/ml e proteinograma com presença de banda em beta com pico 0,6g/dl, PCR 4,07 mg/dl. A TAC toraco abdomino pélvica à admissão revelou moderado derrame pleural bilateral, adenomegalias mediastínicas e hilares bilaterais, micronodularidade e pequenas áreas de consolidação mais expressivas no lobo superior esquerdo enquadráveis com alterações de natureza infiltrativa no contexto de hipereosinofilia. O Eletromiograma não revelou alterações significativas, a ressonância magnética cardíaca revelou espessamento septal sugestivo de infiltração por amiloide. **Discussão:** Apresentamos este caso por a hipereosinofilia corresponder a uma patologia rara, tendo nesta doente uma forma de manifestação fora do habitual.



17.09.2026 (17.15H-18.00H) (Júri: Dr. Miguel Carrilho; Dr. João Lopes)

PX16 - Abcesso mamário como manifestação de doença sistémica (Ana Catarina Manaças, António Malcata, Inês Santos, Liliana Ribeiro Santos, ULSSM)

O diagnóstico diferencial da patologia mamária é vasto e pode envolver uma abordagem multidisciplinar. O caso apresentado ilustra esta complexidade. Trata-se de uma doente seguida por suspeita de abcesso mamário tanto nos cuidados de saúde primários como na consulta de Ginecologia. Este caso torna-se de particular interesse porque, contrariamente ao esperado, a anatomia patológica da peça cirúrgica revela uma patologia sistémica, motivo pelo qual chega à consulta de Medicina Interna. Uma doente de 58 anos recorre em Janeiro de 2025 à consulta de Ginecologia hospitalar. Apresentava queixas compatíveis com abcesso mamário com fistulização cutânea, refratário a terapêutica médica. Tinha inicialmente sido excluída malignidade por biópsia mamária. Foi proposta para excisão cirúrgica precedida de antibioterapia, que decorreu sem intercorrências. A peça cirúrgica da galactooferectomia revelou "tecido de granulação e infiltrado inflamatório crónico rico em células gigantes multinucleadas do tipo do corpo estranho e ectasia ductal". É neste contexto que é encaminhada à consulta de Medicina Interna, por suspeita de doença granulomatosa da mama. Uma história mais cuidada revelou parestesias, êmbolos nos dedos, xerose ocular e alterações ungueais, assim como cansaço inespecífico. Este caso ilustra a complexidade do diagnóstico diferencial da patologia mamária inflamatória e a importância da avaliação clínica na identificação de doença sistémica subjacente. Perante a presença de inflamação granulomatosa e sintomas sistémicos, colocam-se como hipóteses diagnósticas a histiocitose, sarcoidose ou mastite granulomatosa idiopática. Este caso reforça o papel da Medicina Interna na integração dos achados clínicos e anatomopatológicos e na abordagem multidisciplinar de apresentações clínicas atípicas.



17.09.2026 (17.15H-18.00H) (Júri: Dr. Miguel Carrilho; Dr. João Lopes)

PX20 - Hematoma espontânea exuberante na progressão de carcinoma da próstata: uma coagulopatia adquirida (Ana Sofia S Soares, Liliia Savka, Pedro Gaspar, Marisa Teixeira Silva - ULS Santa Maria)

Introdução: O carcinoma da próstata metastizado pode associar-se a coagulopatias adquiridas, podendo estas manifestar-se por fenómenos hemorrágicos graves. O reconhecimento do défice de fator XIII (FXIII) é particularmente desafiante, uma vez que a sua atividade não é avaliada pelos testes convencionais de coagulação.

Caso Clínico: Homem de 83 anos, apresenta-se ao Serviço de Urgência por epistaxis recorrente e hematoma espontâneo exuberante e doloroso da parede torácica direita, com extensão ao flanco abdominal ipsilateral, região lombar e região escapular esquerda. Apresentava antecedente relevante de adenocarcinoma da próstata submetido a prostatectomia radical, sem doença metastática previamente conhecida. Negava exposição a terapêutica antitrombótica assim como episódios idênticos prévios ou hepatopatia conhecida. Laboratorialmente, hemoglobina de 5,7 g/dL, plaquetas $110 \times 10^9/L$, Aptt não prolongado (32.1 seg), INR aumentado (1,37), D dímeros aumentados 26.78 $\mu g/mL$ e hipofibrinogenémia (103 mg/dL), tendo necessitado de transfusão de concentrados eritrocitários e fibrinogénio. A angio-TC revelou hematoma extenso da parede toracoabdominal, com pequenos focos de extravasamento, sem hemorragia ativa de alto débito ou trombose. O estudo adicional revelou défice grave de FXIII (17%) e défice ligeiro de fator VII (49%), com os restantes fatores normais. Perante a objetivação do tempo de protrombina espontaneamente prolongado, verificou-se correção no estudo de mistura, sugerindo a inexistência de inibidor específico. O tromboelastograma evidenciou défice funcional de fibrinogénio e FXIII. A investigação subsequente revelou progressão metastática do carcinoma da próstata. Apesar da reposição, observaram-se descidas recorrentes do FXIII, mantendo seguimento semanal em Imunohemoterapia, com reposição dirigida de FXIII e fibrinogénio, sem recorrência de manifestações hemorrágicas.

Discussão&Conclusão: O carcinoma da próstata metastizado pode induzir ativação da coagulação através da expressão tumoral de fator tecidual, promovendo formação contínua de fibrina e consumo dos componentes da hemostase, podendo coexistir uma ativação aumentada da fibrinólise. Neste contexto, a hipofibrinogenemia e o défice grave e recorrente de FXIII, associados à progressão tumoral e sem evidência de outras causas relevantes, favoreceram uma coagulopatia adquirida por consumo relacionada com a neoplasia. A redução persistente do FXIII após reposição é concordante com a manutenção de um processo de consumo ativo. A monitorização seriada e a reposição dirigida de FXIII e fibrinogénio permitiram prevenir novas manifestações hemorrágicas, apesar da recorrência laboratorial do défice. Este caso evidencia uma manifestação hemorrágica pouco habitual encontrada na progressão do carcinoma da próstata e reforça o valor da avaliação específica do FXIII na investigação da discrasia hemorrágica.



17.09.2026 (17.15H-18.00H) (Júri: Dr. Miguel Carrilho; Dr. João Lopes)

PX24 - Análise comparativa do doente oncológico internado numa enfermaria de Medicina: O que podemos aprender? (José Verdasca, Ana Sanches, Catarina Isabel Silva, Andreia Costa, Tiago Ferreira, Ana Tornada - ULSSM)

Contexto: As enfermarias de Medicina Interna (MI) constituem o pilar da abordagem na patologia aguda ou doença crónica descompensada, internando doentes com idade avançada, multimorbilidade, polifarmácia e elevada dependência, colocando desafios na resolução clínica e demora social. A doença oncológica tende a agravar a complexidade e vulnerabilidade dos doentes, constituindo um importante peso na prestação de cuidados de saúde. Objetivos: Comparação dos internamentos dos doentes com e sem neoplasia, relativamente a variáveis demográficas, duração do internamento, necessidade de utilização de dispositivos médicos e índices de funcionalidade. Material e Métodos: Estudo caso-controlo, observacional, retrospectivo, dos doentes internados na MI entre jan-mar/2026. Dados recolhidos nos processos informáticos, de forma anonimizada, com recurso ao Excel. Análise estatística no jamovi (Version 2.6) utilizando o teste Mann-Whitney para amostras independentes, dada a sua distribuição assimétrica, com significância estatística fixada em $p < 0.05$. Resultados: Dos 177 doentes, 55% eram do sexo feminino, idade média de 73.6 (± 18.6) anos, maioritariamente provenientes do domicílio (72%) ou lar (18%). 41(23,2%) doentes tinham neoplasia (88% sólidas) e 26 (68,4%) com metastização. O motivo de internamento relacionou-se com o diagnóstico de neoplasia em 25 doentes. Diagnosticou-se infeção em 21 doentes e 6 (26,1%) tinham neutropenia febril. O score médio na escala de Barthel modificada não diferiu significativamente entre os grupos oncológico e não oncológico, quer na admissão (45.4 ± 33.4 vs 43.0 ± 38.7) ($p = 0.731$) quer na alta (48.4 ± 37.4 vs 49.0 ± 39.9) ($p = 0.849$). Verificou-se uma tendência para o grupo oncológico ter mais úlceras de pressão ($p = 0.140$), e maior necessidade de utilização de alguns dispositivos médicos, como estomas ($p = 0.071$), algáliação ($p = 0.540$), sonda nasogástrica ($p = 0.313$) e oxigenoterapia ($p = 0.172$) durante o internamento. A demora efetiva (até alta social) foi significativamente maior nos doentes com neoplasia: 10 (intervalo inter-quartil (IIQ) 6.0-16.0) vs 7 (IIQ 4.7-10.0) dias nos doentes sem neoplasia ($p = 0.015$). O desfecho e destino na alta clínica também diferiu significativamente entre os grupos ($p = 0.047$), dado que faleceram 4 (9.7%) doentes oncológicos [vs 10 (7.3%)]. Apenas 29(70.7%) doentes com neoplasia regressaram ao domicílio [vs 116 (85.3%)]. Discussão: Os resultados revelam que o diagnóstico oncológico confere complexidade e necessidade de adequação dos cuidados médicos e de enfermagem à fragilidade, elevado grau de dependência e utilização de dispositivos médicos. Estes fatores resultam num maior risco de descompensação aguda, necessidade de controlo sintomático intensivo, decisões de fim de vida mais frequentes e antecipadas, e uma exigência de trabalho multidisciplinar estruturado superior a outros doentes de MI. Conclusão: No doente oncológico, a funcionalidade e o suporte social são indispensáveis para o seguimento. É essencial valorizar a polivalência da MI, e assegurar o melhor cuidado para o doente.



18.09.2026 (08.15H-09.00H) (Júri: Dr. Tiago Ferreira; Dr. Tiago Santos)

PX04 - Hepatite Imunomediada Grau 3 Associada a Pembrolizumab em Doente com Adenocarcinoma do Pulmão Metastático — Caso Clínico (Coucelo, Joana; Calado, Nídia Unidade Local de Saúde do Alto Alentejo)

Os inibidores de checkpoint imunológico (ICI) — anticorpos monoclonais dirigidos a CTLA-4, PD-1 ou PD-L1 — revolucionaram o tratamento de múltiplas neoplasias sólidas, incluindo o carcinoma do pulmão de não pequenas células, ao restaurarem a vigilância imunitária antitumoral. Este mecanismo compromete simultaneamente os pontos de controlo responsáveis pela tolerância imunológica periférica, dando origem a um espectro de eventos adversos imunomediados (irAE) que podem afetar virtualmente qualquer órgão. A hepatite imunomediada é uma das manifestações potencialmente graves deste espectro, com incidência estimada entre 2 e 10% em doentes sob monoterapia anti-PD-1/PD-L1 1,2 — incidência que aumenta substancialmente com esquemas de combinação anti-CTLA-4 + anti-PD-1. O quadro surge tipicamente nas primeiras 6–12 semanas de tratamento, embora possa manifestar-se em qualquer momento do curso terapêutico, incluindo durante a fase de manutenção, como no caso apresentado 3. Do ponto de vista fisiopatológico, a lesão resulta predominantemente da perda de tolerância imunológica periférica, com expansão de linfócitos T citotóxicos CD8+ e infiltração hepática por células T helper, num processo que partilha características histológicas com a hepatite autoimune clássica, ainda que por mecanismos distintos 6. Apresenta-se o caso de um doente com adenocarcinoma do pulmão metastático sob pembrolizumab em manutenção que desenvolveu hepatite grau 3, discutindo-se a abordagem diagnóstica — nomeadamente a exclusão sistemática de diferenciais e a caracterização objetiva do padrão de lesão hepática — e a fundamentação da decisão terapêutica à luz das guidelines internacionais e da evidência mais recente.



18.09.2026 (08.15H-09.00H) (Júri: Dr. Tiago Ferreira; Dr. Tiago Santos)

PX05 - Síndrome de Platipneia-Ortodeoxia por Foramen Oval Patente numa Doente com Acidente Isquémico Transitório: um Diagnóstico a Não Esquecer (Coucelo, Joana; Calado, Nídia Serviço de Medicina Interna · Unidade Local de Saúde do Alto Alentejo)

O síndrome de platipneia-ortodeoxia (SPO), descrito pela primeira vez por Burchell em meados do século XX, é uma entidade rara, definida pela associação de dispneia (platipneia) e dessaturação arterial (ortodeoxia) desencadeadas pelo ortostatismo e aliviadas pelo decúbito 1,2. Foram já reportados mais de 200 casos na literatura, ainda que a verdadeira prevalência permaneça desconhecida, refletindo provavelmente um subdiagnóstico significativo. Em mais de 80% dos casos resulta de um shunt direito-esquerdo intracardíaco, mais frequentemente através de um foramen oval patente (FOP) 1,2. Trata-se de um diagnóstico subvalorizado, cuja identificação exige um elevado índice de suspeição clínica, dado que os sintomas são frequentemente atribuídos a patologia respiratória ou cardíaca mais comum 2,3. Apresenta-se o caso de uma doente internada por acidente isquémico transitório (AIT), em que a investigação etiológica revelou um FOP associado a um quadro compatível com SPO.



18.09.2026 (08.15H-09.00H) (Júri: Dr. Tiago Ferreira; Dr. Tiago Santos)

PX07 - Quando a leucínose se torna numa emergência metabólica (Torres, Camila; Abrantes, João Francisco; Rodríguez, Julián; Peixoto, Lígia; Oliveira, Anabela – ULSSM - Hospital Santa Maria)

Introdução: A leucínose é um erro inato raro do metabolismo dos aminoácidos de cadeia ramificada. As descompensações agudas podem evoluir rapidamente para encefalopatia, hiperamoniemia e compromisso multiorgânico, constituindo uma emergência metabólica em que a redução célere da leucina é determinante para o prognóstico. Caso clínico: Homem de 21 anos, com leucínose clássica e défice neurocognitivo, admitido por vômitos recorrentes, síncope e deterioração progressiva do estado de consciência após episódio de jejum prolongado, com suspeita de incumprimento dietético. Verificou-se hiperleucinémia grave (pico de 2075 $\mu\text{mol/L}$) e hiperamoniemia (129 $\mu\text{mol/L}$), motivando internamento nos cuidados intensivos. Foi submetido a hemodiafiltração venovenosa contínua (HDVVC) durante 48 horas, perfusão de glicose a 10%, nutrição entérica com fórmula específica isenta de leucina, suplementação de valina, isoleucina e tiamina, além de suporte ventilatório e vasopressor transitório. Após HDVVC, observou-se redução rápida da leucina para 331 $\mu\text{mol/L}$ às 36 horas, com melhoria progressiva do estado neurológico. Durante o internamento foram efetuados doseamentos diários de aminoácidos, permitindo ajustes individualizados da terapêutica nutricional, culminando na recuperação do estado neurológico basal. Discussão: a descompensação metabólica na leucínose do adulto permanece um desafio clínico pela sua baixa prevalência e pela rápida progressão para encefalopatia potencialmente reversível. Neste caso, a combinação de HDVVC, suporte energético intensivo e monitorização seriada dos aminoácidos permitiu uma abordagem terapêutica dinâmica, com otimização diária da suplementação de aminoácidos essenciais e controlo eficaz da toxicidade pela leucina. Conclusão: Este caso evidencia que o reconhecimento precoce da crise metabólica e a intervenção multidisciplinar são determinantes para um desfecho favorável. A HDVVC, integrada num protocolo de suporte metabólico e nutricional especializado, possibilitou recuperação neurológica até ao estado basal, reforçando a importância da referenciação atempada de doentes com doenças metabólicas hereditárias para centros com experiência nesta área.



18.09.2026 (08.15H-09.00H) (Júri: Dr. Tiago Ferreira; Dr. Tiago Santos)

PX12 - Envolvimento cardiovascular no lúpus: a propósito de um caso clínico (Abrantes, João Francisco; Torres, Camila; Peixoto, Lúcia - Unidade Local de Saúde de Santa Maria, Hospital de Santa Maria, ULSSM)

Introdução: O envolvimento cardiovascular no lúpus eritematoso sistémico (LES) inclui manifestações inflamatórias, trombóticas e ateroscleróticas. A miopericarditelúpica é rara e potencialmente grave, podendo apresentar-se com dor torácica e elevação de biomarcadores de lesão miocárdica, mesmo perante ecocardiograma sem alterações relevantes. A ressonância magnética (RM) cardíaca assume particular importância diagnóstica.

Caso clínico: Mulher de 29 anos, com diagnóstico prévio de LES, sob hidroxicloroquina, prednisolona e belimumab. No início de junho, inicia quadro de congestão nasal e toracalgia anterior esquerda, tipo pressão, com irradiação para o ombro direito, intensidade 4/10, que agrava com a inspiração profunda, sem trigger. Negava febre, dispneia, alteração do estado de consciência, edema periférico, artralgias, úlceras orais, lesões cutâneas, fenómeno de Raynaud ou perda ponderal. Por persistência da dor torácica, já com 1 mês de evolução, foi encaminhada ao Serviço de Urgência. Analiticamente destacava-se elevação de marcadores inflamatórios (PCR 3,61 mg/dL; VS 50mm/h) e cinética positiva de troponina T (104→118 ng/L), sem elevação significativa do NT-proBNP. O eletrocardiograma sem sinais sugestivos de isquemia miocárdica. O ecocardiograma transtorácico revelou função biventricular preservada, sem alterações da cinética segmentar ou derrame pericárdico. A angio-TC coronárias excluiu doença coronária. Admitida a internamento e, por suspeita de envolvimento miocárdico no contexto de LES, realizou RM cardíaca com achados compatíveis com miopericardite (critérios Lake-Louise). A Investigação etiológica não identificou agente infeccioso ou outra causa secundária, destacando-se positividade de anti-dsDNA com títulos superior ao habitual. Instituiu-se prednisolona (1 mg/kg/dia) e colquicina (0,5 mg de 12/12h), com evolução clínica favorável e normalização de biomarcadores, apresentando à alta troponina T <3 ng/L, NT-proBNP 32 pg/mL e PCR 0,10 mg/dL. Posteriormente, realizou ciclo de indução com rituximab e redução progressiva de corticoterapia, mantendo-se assintomática.

Conclusão: A miopericardite deve ser considerada perante dor torácica e elevação da troponina em doentes com LES, mesmo na ausência de alterações ecocardiográficas. A RM cardíaca é fundamental para detectar envolvimento miocárdico e pericárdico subtil e confirmar precocemente esta rara manifestação cardiovascular do LES.



18.09.2026 (08.15H-09.00H) (Júri: Dr. Tiago Ferreira; Dr. Tiago Santos)

PX14 - É Neoplasia? (Ana Catarina Manaças, Inês Santos, António Malcata, Liliana Ribeiro Santos, ULSSM)

Introdução: As lesões nodulares pulmonares constituem um desafio diagnóstico. Nos últimos anos assistiu-se a um enorme aumento da sua prevalência devido à maior sensibilidade dos métodos de diagnóstico imagiológico. **Caso clínico:** Homem 35 anos, fumador 10 UMA, recorreu ao SU do HSM por quadro de dor pleurítica anterior direita de aparecimento súbito cerca 1 mês após ter regressado de uma viagem de 2 meses de duração à Índia, onde teria contactado com águas doces e teria ingerido marisco pouco processado. Cerca de 15 dias depois iniciou quadro de diarreia (7 defeções/dia com muco). O quadro acompanhou-se de perda de peso. Laboratorialmente sem alterações nomeadamente com IGRA negativo. A TC de tórax revelou inúmeras lesões nodulares solidas dispersas, de predomínio nas bases pulmonares, cujo aspeto imagiológico e distribuição favoreciam a hipótese de metastização pulmonar. Na vertente anterior da base esquerda coexistia estrutura de parede espessada e irregular com 7 mm compatível com lesão cavitada a merecer controlo evolutivo. A investigação posterior com TC corpo e estudos endoscópicos permitiram excluir neoplasia primária. A avaliação analítica posterior revelou serologias Ac anti VHAt positivas, CMv e VEB revelando contacto anterior. VDRL positivo. O exame parasitológico das fezes revelou quistos de Entamoeba histolítica e o exame do líquido de lavagem broncoalveolar colhido em broncoscopia permitiu isolar Blastomyces, Paracoccidioides, Talaromyces e Histoplasma. De forma a confirmar etiologia, efetuou ainda biópsia pulmonar (em curso estudo anatomo-patológico e microbiológico).

Discussão: Apresentamos este caso demonstrativo da importância do diagnóstico diferencial de lesões nodulares pulmonares e por ser demonstrativo da importância da pesquisa de viagens passadas – este quadro corresponde a uma infeção por vários agentes fúngicos de raríssima incidência na região onde vivemos.



18.09.2026 (08.15H-09.00H) (Júri: Dr. Tiago Ferreira; Dr. Tiago Santos)

PX15 - Quando a anemia hemolítica autoimune precede o diagnóstico de Linfoma de Hodgkin clássico (Ana Catarina Manaças, António Malcata, Inês Santos, Liliana Ribeiro Santos, ULSSM)

A anemia hemolítica auto-imune (AHAI) é um diagnóstico simples, embora o estudo etiológico possa ser complexo. Pode surgir associada a infeções, doenças autoimunes ou neoplasias hematológicas. Descreve-se o caso de um doente com AHAI inicialmente atribuído a *Mycoplasma pneumoniae*, mas que posteriormente revelou um Linfoma de Hodgkin clássico. Trata-se de uma apresentação rara de síndrome paraneoplásico, precedendo o aparecimento dos sintomas B clássicos. Em Agosto de 2024, um homem de 34 anos recorre ao Serviço de Urgência por cansaço, prostração e confusão. Analiticamente destacava-se anemia macrocítica com reticulocitose, consumo de haptoglobina e hiperbilirrubinémia indireta (Hb 2.5 g/dL, VGM 137.7 fL, Reticulócitos >30% e Haptoglobina <10 mg/dL, Bilirrubina total 5.9 mg/dL). Ficou internado para estudo etiológico e tratamento. Destacava-se serologia positiva para *M. pneumoniae*, biópsia da medula óssea com hiperplasia eritróide reativa e biópsia ganglionar inocente. Foi assumida a infeção por *M. pneumoniae* como etiologia, o doente teve alta e manteve seguimento em consulta. Cinco meses depois regressa à urgência por massa cervical de crescimento progressivo, hipersudorese noturna, febre e perda de peso. Ficou internado e a biópsia de adenopatia revelou um Linfoma de Hodgkin clássico. Este caso ilustra uma apresentação de AHAI como síndrome paraneoplásico de Linfoma de Hodgkin clássico, precedendo os sintomas B típicos. A serologia positiva para *M. pneumoniae* e a biópsia ganglionar inicial foram fatores confundidores que atrasaram o diagnóstico. O caso reforça a importância de manter vigilância clínica e reavaliação etiológica.



18.09.2026 (08.15H-09.00H) (Júri: Dra. Mariana Nobre; Dra. Teresa Gouveia)

PX17 - Carcinomatose peritoneal (Inês Carvalho Santos, Ana Catarina Manaças, António Malcata, Liliana Ribeiro Santos - ULSSM)

Introdução: A carcinomatose peritoneal está historicamente associada a mau prognóstico. A sensibilidade limitada dos exames de imagem torna o diagnóstico desafiante. Atualmente existem opções terapêuticas que pode prolongar a sobrevivência e devem ser consideradas em grupos seleccionados, Caso clínico: Apresentamos 2 casos clínicos. O primeiro, um homem de 53 anos que recorreu ao serviço de urgência por um quadro de vômitos alimentares e dor abdominal generalizada. Realizou tomografia computadorizada abdominopélvica que revelou suboclusão por provável processo carcinomatoso. Neste contexto, foi requisitada endoscopia digestiva alta com biópsia que revelou carcinoma gástrica de células pouco coesas. Iniciou quimioterapia com FOLFOX com boa resposta clínica e imagiológica. O segundo caso, uma mulher de 64 anos, que recorreu ao médico assistente de Medicina Geral e Familiar por um quadro de dor abdominal nos quadrantes inferiores associada a distensão abdominal. Realizou tomografia computadorizada abdominopélvica que evidenciou achados compatíveis com carcinomatose peritoneal. Foi requisitada tomografia por emissão de positrões que revelou 2 focos hipercaptantes na cavidade pélvica, em topografia anexial direita e mediana. Destaca-se intercorrência com oclusão intestinal que motivou transversostomia de derivação, com realização de biópsia de implantes peritoneais, que revelou carcinoma seroso de alto grau com origem no trato ginecológico. Iniciou quimioterapia com boa resposta clínica, laboratorial e imagiológica. Foi posteriormente decidida cirurgia de citorredução. Atualmente encontra-se em vigilância, sem doença avaliável. Discussão: Estes 2 casos clínicos ilustram que, apesar do mau prognóstico inerente, a carcinomatose peritoneal pode apresentar boa resposta clínica e imagiológica com terapêutica sistémica adequada em casos seleccionados.



18.09.2026 (08.15H-09.00H) (Júri: Dra. Mariana Nobre, Dra. Teresa Gouveia)

PX18 - Psoríase exacerbada após pneumonia e corticoterapia sistémica: a propósito de um caso (Calejo Pires, Francisco; Azinheira, Sofia; Carrapato, José Pedro – ULS Santa Maria; Ferreira, António - ULS São José)

Homem de 92 anos, com psoríase conhecida e pneumonias de repetição, desenvolveu lesões eritemato-escamosas do tronco não pruriginosas, uma semana após pneumonia bacteriana tratada com antibioterapia e corticoterapia sistémica. Ao fim de 15 dias recorreu ao SU. Ao exame: placas eritematosas bem delimitadas com descamação aderente no dorso e região lombossagrada, sem febre, pústulas, eritrodermia ou atingimento articular. Assumida exacerbação de psoríase em placas, precipitada pela infeção e pela corticoterapia sistémica. Tratado com corticoterapia oral e tópica em espuma.



18.09.2026 (08.15H-09.00H) (Júri: Dra. Mariana Nobre, Dra. Teresa Gouveia)

PX19 - Da perturbação do comportamento alimentar à suboclusão: uma complicação gastrointestinal potencialmente fatal (Nádia Marcos; M^a Inês Parreira; Federica Parlato; Miguel Carrilho; João Madeira Lopes – ULS Santa Maria)

A anorexia nervosa (AN), particularmente o subtipo purgativo, pode associar-se a dismotilidade gastrointestinal grave e alterações hidroeletrólíticas. A reposição volémica nestes doentes pode ainda precipitar anemia dilucional significativa. Os autores apresentam o caso de uma mulher de 34 anos, internada em Psiquiatria por AN do subtipo purgativo. Ao 14.º dia de internamento, foi transferida para a Unidade de Cuidados Intermédios por anemia rapidamente progressiva, com hemoglobina (Hb) de 3,9 g/dL (VGM 92 fL, RDW 13,5%, reticulócitos 5,8%), face a 13 g/dL na semana anterior. Não havia evidência de hemorragia, hemólise (LDH 191 U/L, Bilirrubina Total 0.12 mg/dL) ou défices nutricionais relevantes (ferro 80,9 µg/dL, ferritina 93,7 ng/mL, vitamina B12 1072 pg/mL, folato 6 ng/mL), tendo a angio-TC excluído hemorragia ativa. O quadro surgiu após administração de cerca de 5 L de fluidoterapia nas 48 horas precedentes por desidratação, colocando-se a hipótese de anemia dilucional. Apresentava ainda hipocaliémia (3,0 mmol/L). Simultaneamente, apresentava desconforto abdominal e ausência de trânsito intestinal há cinco dias. A imagiologia revelou marcada distensão gástrica, com extensão do estômago do hipocôndrio esquerdo ao flanco direito, associada a distensão cólica moderada e fecalomas no sigmoide e ampola retal. Foi submetida a descompressão por sonda nasogástrica em aspiração ativa, laxantes, procinéticos e remoção de fecalomas. Recebeu três unidades de concentrado eritrocitário, com subida da Hb para >9,5 g/dL, e correção das alterações metabólicas. Após seis dias de vigilância e tratamento, verificou-se resolução do quadro suboclusivo e estabilização da Hb, permitindo a readmissão em Psiquiatria. A dismotilidade gastrointestinal na AN resulta provavelmente da interação entre desnutrição e alterações hidroeletrólíticas. A hipocaliémia pode agravar a disfunção da musculatura lisa, enquanto a distensão gástrica extrema pode comprometer a perfusão da parede, com risco de isquémia, necrose e perfuração. Este caso evidencia a potencial gravidade da associação entre AN purgativa, dismotilidade gastrointestinal e anemia dilucional após reposição volémica. O reconhecimento precoce destas complicações é fundamental para prevenir desfechos potencialmente fatais.



18.09.2026 (08.15H-09.00H) (Júri: Dra. Mariana Nobre, Dra. Teresa Gouveia)

PX21 - Quando a recidiva se apresenta como emergência: síndrome da veia cava superior no linfoma do manto (Soares, Ana Sofia S; Savka, Liliia; Gaspar, Pedro; Silva, Marisa Teixeira - ULS Santa Maria)

Introdução: O linfoma de células do manto (LCM) é uma neoplasia de células B madura agressiva e incurável onde o acometimento mediastínico não é característico. A síndrome da veia cava superior (SVCS) é uma emergência oncológica que pode resultar de compressão mediastínica ou obstrução venosa, ocorrendo apenas em 2-4% dos linfomas não Hodgkin. Esta apresentação pouco habitual coloca desafios diagnósticos e terapêuticos.

Caso Clínico: Homem de 82 anos, autónomo, com LCM estadio IIIB, diagnosticado em 2024 (CD20+/CD5+/ciclina D1+, Ki-67 95%), tratado com 6 ciclos de R-CHP, com resposta metabólica completa, encontrando-se sob manutenção com rituximab. Em julho de 2026 desenvolveu edema facial e do membro superior esquerdo, circulação venosa colateral torácica, ingurgitamento jugular, disfagia e dispneia em decúbito. A PET/TC e a angio-TC evidenciaram uma volumosa massa mediastínica hipermetabólica, com 13cm, envolvendo os grandes vasos, incluindo a carótida esquerda, e condicionando redução marcada do calibre da veia cava superior, associada a trombose venosa extensa e oclusão distal da veia jugular interna esquerda, e lesão paracardíaca direita suspeita de envolvimento maligno. Perante a elevada probabilidade de recaída do LCM e a emergência compressiva, iniciou profilaxia de lise tumoral com rasburicase, metilprednisolona em alta dose e anticoagulação, seguindo-se radioterapia descompressiva urgente (30 Gy/10 frações) e início de ibrutinib. A biópsia de reavaliação, recomendada na recaída de LCM, não foi realizada perante a necessidade de intervenção imediata. Verificou-se resolução clínica completa da SVCS e redução dimensional da massa de 12,3 × 6,6 cm para 8,7 × 5,8 cm em duas semanas.

Discussão&Conclusão: A apresentação de uma recaída de LCM como SVCS constitui uma situação rara e potencialmente ameaçadora, em que o reconhecimento semiológico precoce é essencial ao diagnóstico e tratamento. Este caso ilustra o desafio de conciliar a recomendação de confirmação histológica da recaída com a necessidade de intervenção imediata perante uma emergência compressiva. A presença concomitante de trombose venosa e compressão tumoral obrigou à abordagem simultânea das duas componentes fisiopatológicas da SVCS. A articulação célere entre Medicina Interna, Hematologia e Radioterapia permitiu uma estratégia multimodal e resolução clínica da síndrome.



18.09.2026 (08.15H-09.00H) (Júri: Dra. Mariana Nobre, Dra. Teresa Gouveia)

PX22 - Quando a visão é o primeiro sinal: arterite de células gigantes oculta (Ana Sofia S Soares, Ana Melício, Sara Vasconcelos Teixeira, Hélder Diogo Gonçalves ULS Santa Maria)

Introdução: A arterite de células gigantes (ACG) oculta caracteriza-se pelo envolvimento ocular na ausência de sintomas sistémicos clássicos, podendo a perda visual constituir a manifestação inaugural da doença. Cerca de 21,2% dos doentes com ACG e perda visual não apresentam sintomatologia sistémica, o que pode dificultar o reconhecimento precoce. Embora a oclusão da artéria central da retina (OACR) seja uma manifestação ocular menos frequente da ACG, a sua identificação neste contexto é particularmente relevante, dada a necessidade de tratamento urgente para limitar a isquemia e reduzir o risco de envolvimento do olho contralateral.

Caso Clínico: Mulher de 75 anos, autónoma, referenciada por diminuição súbita da acuidade visual do olho esquerdo. Sem sintomas sistémicos sugestivos de ACG, nomeadamente cefaleias, claudicação mandibular, parestesias do couro cabeludo, polimialgia reumática, perda de peso ou anorexia. À observação oftalmológica apresentava perda visual profunda, defeito pupilar aferente relativo (DPAR), edema do disco óptico, estreitamento arteriolar e mácula pálida com cherry-red spot, compatível com OACR. Analiticamente apresentava trombocitose ($425 \times 10^9/L$), velocidade de sedimentação (VS) 98 mm/h e proteína C reativa (PCR) 7,65 mg/dL. Perante a elevada suspeita de ACG com envolvimento ocular, iniciou imediatamente metilprednisolona 1 g/dia durante 3 dias, seguida de prednisolona oral, visando limitar a progressão da isquemia e reduzir o risco de perda visual contralateral, além de ácido acetilsalicílico. A ecografia doppler das artérias temporais, faciais e occipitais evidenciou halo inflamatório, mais marcado à esquerda, compatível com vasculite ativa, corroborando o diagnóstico. Apresentou melhoria parcial da acuidade visual e normalização dos parâmetros inflamatórios, mesmo sob desmame de corticoterapia, com resolução do halo inflamatório na reavaliação ecográfica.

Discussão&Conclusão: Este caso ilustra uma apresentação de ACG (11 pontos na classificação AC/R/EULAR 2022) oculta, em que a OACR constituiu a manifestação inaugural na ausência de cefaleia, claudicação mandibular, sintomas constitucionais ou polimialgia reumática. A associação entre perda visual súbita, elevação dos marcadores inflamatórios e alterações ecográficas compatíveis com arterite deve motivar elevada suspeição clínica e tratamento urgente, com vista à melhoria prognóstica. Este caso reforça a importância de reconhecer a ACG mesmo perante uma apresentação exclusivamente ocular.



18.09.2026 (08.15H-09.00H) (Júri: Dra. Mariana Nobre, Dra. Teresa Gouveia)

PX23 - Anemia hemolítica como manifestação de imunossupressão (Verdasca, José; Godinho, João – Unidade Local de Saúde de Santa Maria Santos, João – Unidade Local de Saúde de Santa Maria)

As doenças que levam à imunossupressão podem apresentar múltiplas manifestações, desde infeções recorrentes, doenças auto-imunes, linfoproliferativa e/ou malignidade. No adulto, é relevante reconhecer os sinais de alarme para um estado de imunossupressão, identificar e tratar a causa prevenindo complicações. Apresentamos o caso de um doente de 38 anos, previamente saudável, à exceção de um internamento na infância por trombocitopenia imune, de causa não estabelecida. Admitido no Serviço de Urgência por um quadro de astenia progressiva, episódios de lipotímia recorrentes, icterícia e colúria, sem acolia. Sem outros sintomas gastrointestinais ou sintomas de tipo B. Analiticamente apresentava anemia hemolítica (hemoglobina mínima de 5,1 g/dL), aumento dos parâmetros de hemólise, e consumo de haptoglobina. Apesar do teste de Coombs negativo, apresentou agravamento dos parâmetros de hemólise pós-transfusão, assumindo-se anemia hemolítica auto-imune e iniciado corticoterapia. O estudo etiológico excluiu causas infecciosas, causas auto-imunes e outras etiologias de hemólise. A eletroforese das proteínas demonstrava hipogamaglobulinemia marcada (IgG 315 mg/dL, IgA 41 mg/dL e IgM 8 mg/dL), sugestiva de imunossupressão. O estudo medular não revelou alterações sugestivas de doença hematológica primária, tendo sido realizada imunofenotipagem do sangue periférico, que revelou número normal de células B, mas redução marcada das células B de memória e limitações na capacidade de fazer switch de classe de imunoglobulina para IgG e IgA, achados compatíveis com Imunodeficiência comum variável (IDCV). Ao longo do internamento verificou-se melhoria clínica e analítica após instituição de terapêutica com imunoglobulina endovenosa e corticoterapia, com resolução progressiva da anemia, e melhoria dos parâmetros de hemólise, mantendo-se atualmente em desmame da dose de corticoterapia e sob reposição regular de imunoglobulina, com tolerância. A IDCV é uma patologia heterogênea, habitualmente reconhecida pela presença de infeções recorrentes, que pode manifestar-se através de complicações imunes ou hematológicas, como o caso apresentado. A ausência de um fenótipo clássico pode levar a atrasos no diagnóstico, salientando-se a importância de considerar este diagnóstico na presença de citopenias auto-imunes de etiologia inexplicada.