

RESUMO Nº1

Neoplasia ou infeção? O dilema diagnóstico em doente transplantada com massa Anexial

Autores: Carla Nicolau; Rita Afonso; Ana Piedade; Miguel Bigotte Vieira; Cristina Jorge; Aníbal Ferreira

A tuberculose mimetiza neoplasias face a ausência de alterações clínicas, analíticas ou imagiológicas características, tornando o seu diagnóstico desafiante. A tuberculose pélvica é rara e representa 20% dos casos de tuberculose extrapulmonar. A sua apresentação inespecífica com febre, quadro constitucional, massas anexiais, ascite e elevação de CA 125, pode conduzir ao diagnóstico errado de neoplasia ovárica metastizada, predispondo os doentes a stress psicológico, intervenções diagnósticas e terapêuticas desnecessárias.

Mulher de 58 anos, com história pregressa de doença renal crónica estágio 5 devido doença poliquística, transplantada renal em 2022. Internada por febre com 2 semanas de evolução, anorexia e dor abdominal. Recorrera na semana anterior ao serviço de urgência, onde realizara tomografia computadorizada abdominopélvica que evidenciou mesenterite e teve alta medicada com amoxicilina/ácido clavulânico. Manteve picos febris diários, pelo que foi internada para investigação. À admissão a destacar analiticamente PCR elevada máxima de 250 mg/dL. Iniciou piperacilina/tazobactam por suspeita de infeção de quisto renal, contudo sem melhoria analítica e com manutenção de quadro febril. Rastreio infeccioso sem isolamentos. Fez tomografia computadorizada abdominopélvica que revelou massas sólidas em localização anexial bilateral e ascite. Face à elevada probabilidade de patologia oncológica, foi pedido CA 125, o qual se encontrava elevado. A doente tinha história familiar de neoplasia ovárica e da mama na família. Realizou biópsia para decisão de terapêutica oncológica. Esta revelou necrose extensa com granulomas, com coloração BAAR e TAAN positiva para Mycobacterium tuberculosis complex e ausência de evidência de carcinoma. Face ao diagnóstico de tuberculose com envolvimento genital e peritoneal, iniciou terapêutica com antibacilares, com posterior melhoria clínica e analítica, tendo tido alta ao 40º dia de internamento.

A tuberculose pélvica com sintomas inespecíficos mimetiza neoplasias do ovário. Massas anexiais sugestivas de neoplasia ovárica impõem diagnóstico diferencial com tuberculose pélvica, metástases (nomeadamente de tumor gástrico, mama, cólon, linfoma), doença inflamatória pélvica e condições benignas como quistos ováricos, endometrioma e teratoma. É crucial a realização de citologia ou avaliação histológica com pesquisa de tuberculose antes de tomar a decisão terapêutica, de modo a prevenir quimioterapia ou cirurgias desnecessárias.

RESUMO Nº 2

Um caso de Espondilodiscite a Pneumococcus

Autores: Mariana Pais, Fernando Godinho Pereira, Ana Messias, Cristina Santos

Introdução: A espondilodiscite é uma infecção grave, mais frequente nos doentes em hemodiálise (0.4%) do que na população em geral (0.4 a 2.4 por 100 000 habitantes). Pode ser assintomática ou apresentar-se com sintomas inespecíficos, refletindo-se num diagnóstico tardio, com sequelas graves a nível funcional e na qualidade de vida, podendo ser fatal se não tratada. Os doentes em hemodiálise, para além de terem um maior risco infeccioso, inerente à doença crónica, têm um acesso vascular que aumenta o risco de bacteriemia. Os agentes mais frequentemente envolvidos são os microrganismos da pele, como o *Staphylococcus aureus* ou *Staphylococcus epidermidis*, mas outras bactérias podem também estar implicadas. Apresenta-se o caso de um doente sob hemodiálise com espondilodiscite.

Caso: Homem de 55 anos com doença renal crónica estágio 5 por doença renal poliquística autossómica dominante em hemodiálise por fístula arterio-venosa. Não vacinado para *Streptococcus pneumoniae*. Foi admitido no serviço de urgência por quadro de três dias de evolução de dor lombar à direita e febre. Analiticamente sem leucocitose, mas proteína C reativa (PCR) 34 mg/dL, velocidade de sedimentação (VS) > 120 mm na 1a hora. Fez tomografia computadorizada (TC) abdomino-pélvica que excluiu infecção de quisto renal. Colheu hemoculturas e iniciou antibioterapia empírica com vancomicina e gentamicina. Ao quinto dia de internamento, o resultado das hemoculturas revelou o crescimento de *Streptococcus pneumoniae* multissensível, pelo que se alterou a antibioterapia para ceftriaxone e, após confirmada a sensibilidade, para penicilina. Por manter picos febris diários e dor lombar refratária, fez ressonância lombo-sagrada (RMN LS) que revelou espondilodiscite em L4-L5 com coleção peridiscal circunferencial. Excluíram-se outras etiologias menos frequentes, nomeadamente infecção por *Treponema pallidum* e por *Brucella* spp, acabando-se por assumir o diagnóstico de espondilodiscite no contexto de doença pneumocócica invasiva. Realizou TC tórax e ecocardiograma transtorácico que não identificaram outros focos de infecção. Após 55 dias de antibioterapia, encontrava-se apirético e com dor controlada. Analiticamente observou-se descida dos parâmetros inflamatórios, com PCR 1.13 mg/dL e VS 120 mm na 1a hora. A RMN LS de reavaliação mostrou ainda sinais de inflamação ativa nos corpos vertebrais, mas melhoria da inflamação das partes moles e da coleção paravertebral, sendo a evolução expetável.

Discussão: A espondilodiscite pode manifestar-se com sintomas inespecíficos, como dor lombar e/ou febre. Os doentes hemodialisados têm maior risco infeccioso e maior frequência de bacteriemia que na população em geral, pelo que a espondilodiscite é um diagnóstico que deve ser excluído, principalmente naqueles cujo foco infeccioso não é óbvio, mesmo que o agente envolvido não seja o mais típico. Tratando-se de uma doença com elevada morbimortalidade, o diagnóstico e o tratamento precoces são essenciais.

RESUMO Nº 3

Casuística de Doentes Referenciados à Consulta de Risco de Infecção na Imunomodulação a Partir da Consulta de Nefrologia – Experiência de um Centro

Autores: Mariana Pereira; Susana Peres; Sara Casanova, João Domingos, Joana Vasconcelos, João Alves; Ana Cláudia Miranda; Teresa Baptista; Isabel Antunes, Kamal Mansinho

Consulta de Risco de Infecção na Imunomodulação. Serviço de Doenças Infecciosas e Medicina Tropical, Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

Introdução: A terapêutica imunossupressora constitui a estratégia farmacológica em situações específicas, incluindo transplantação, doenças autoimunes, vasculites e glomerulopatias. O seu uso requer uma avaliação cuidadosa e individualizada para otimizar os resultados clínicos e minimizar os riscos associados, em particular infeções.

Material e Métodos: Estudo observacional, retrospectivo, que incluiu doentes referenciados a partir da consulta de Nefrologia para a Consulta de Risco de Infecção na Imunomodulação (CRINI) de um Centro Hospitalar em Lisboa. Objetivo: caracterização demográfica, patologia renal, terapêutica imunossupressora e intervenções preventivas e terapêuticas.

Resultados e Conclusões: No período de janeiro de 2014 a agosto de 2023, foram avaliados 23 doentes encaminhados pela consulta de Nefrologia à CRINI. A idade média foi 54 anos, a maioria do género masculino (n=15). 12 doentes eram de nacionalidade portuguesa, 9 de países africanos, 1 do Brasil e 1 do Paquistão. Sete doentes eram transplantados renais, oito apresentavam glomerulopatia, dois com nefropatia diabética propostos para transplante renal, e os restantes apresentavam várias patologias, incluindo doença de Fabry, sarcoidose, vasculite associada a ANCA e síndrome hemolítico-urémico.

Em relação ao motivo de referenciação: 12 doentes para otimização de medidas preventivas antes do início da imunossupressão, 6 doentes para prevenção secundária após infeção oportunista e 5 doentes devido a infeção ativa.

Entre os 12 doentes referenciados para medidas preventivas primárias, 6 doentes com proposta para iniciar rituximab, 2 para corticoterapia sistémica em dose elevada, 2 para início de ciclofosfamida e 2 para terapêutica com inibidor de complemento.

A abordagem global da consulta incluiu a avaliação do risco de reativação do VHB: um doente iniciou tratamento de infeção crónica por VHB e 3 doentes iniciaram profilaxia de reativação de VHB; rastreio de tuberculose latente: um doente com IGRA inconclusivo, sem indicação para tratamento; avaliação do risco de pneumocistose: 3 doentes realizaram profilaxia; rastreio de parasitoses: um doente realizou tratamento de infeção assintomática por *Strongyloides stercoralis*; e acompanhamento e gestão de profilaxias: um doente realizou profilaxia de toxoplasmose com pirimetamina e sulfadiazina; 2 realizaram profilaxia de aspergilose pulmonar com voriconazol, 2 doentes transplantados renais realizaram profilaxia secundária de doença por

LIVRO DE RESUMOS
XXIV SIMPÓSIO ANUAL DE DOENÇAS RENAIS
INFEÇÃO E DOENÇA RENAL: UMA RELAÇÃO BIDIRECIONAL
Palmela, 13 de outubro de 2023

CMV com valganciclovir; e uma doente realizou profilaxia com amoxicilina enquanto realizou terapêutica com eculizumab.

No grupo de doentes referenciados por infeção ativa, destaca-se um caso de peritonite por *Mycobacterium fortuitum* em doente sob diálise peritoneal, um doente transplantado renal com infeções graves recorrentes por VHS-2, um caso de tuberculose pulmonar em doente com infeção por VIH proposto para transplante renal, e um doente transplantado renal encaminhado para investigação de síndrome febril indeterminada, que concluiu tuberculose intestinal.

Em todos os doentes foi otimizado o plano de vacinação: 18 receberam vacinação contra a COVID-19, 17 contra o *S. pneumoniae*, 3 receberam contra VHB, 3 contra herpes zoster, 3 contra outras bactérias capsuladas (*H. influenzae*, *N. meningitidis*) e 2 contra a febre amarela.

Conclusão: A prevenção e gestão das complicações infecciosas em doentes imunodeprimidos beneficia de estratégias que otimizem a articulação entre diferentes especialidades, como a criação de consultas específicas que visem o acompanhamento integrado de doentes, uniformização de condutas e uma abordagem personalizada e abrangente na gestão complexa desta população de doentes.

RESUMO Nº 4

Febre Q com Derrame Pericárdico e Tamponamento: Um Caso Raro

Autores: Ana Rita Ramos¹, Filipa Trigo¹, Marisa Roldão¹, Inês Duarte¹, Rita Valério Alves¹, Ivan Luz¹ Paulo Santos¹

¹Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar Médio Tejo

Caso Clínico: Homem de 27 anos, agricultor, natural da Argélia e a residir em Portugal há um ano, sem antecedentes pessoais de relevo e sem doença renal prévia conhecida, recorreu à urgência a 14/01/2023 por cansaço, astenia, anorexia, náuseas e edema de membros inferiores com 1 mês de evolução. Objetivamente apresentava febre e analiticamente leucocitose ($15,0 \times 10^9/L$, neutrófilos 13,2%) com proteína C reativa (PCR) elevada (20,90mg/dL). Do estudo realizado, hemoculturas e urocultura negativas e exame de imagem sem alterações relevantes. Iniciou antibioterapia com piperacilina e tazobactam (4,5 g a cada 12 horas), com normalização da temperatura a 16/01/2023 e diminuição dos parâmetros inflamatórios (analiticamente a 19/01/2023: leucócitos $7,51 \times 10^9/L$, PCR 6,96mg/dL).

Do ponto de vista renal, à admissão apresentava insuficiência renal (ureia 427mg/dL, creatinémia 22,3mg/dL), e ecografia renal e vesical com rins atróficos sem sinais de obstrução do trato urinário. Assumindo-se doença renal crónica terminal, foi internado no Serviço de Nefrologia e iniciou hemodiálise de urgência por cateter venoso central (CVC), tunelizado posteriormente.

Ao 7º dia de internamento iniciou quadro de febre, tosse seca, mialgias e cansaço generalizado com aumento dos parâmetros inflamatórios (PCR 9,19mg/dL). Foram colhidas novas hemoculturas e urocultura, realizados testes serológicos e pesquisa de *plasmodium*. Realizou radiografia de tórax e ecografia abdominal que demonstraram a presença reforço peri-hilar pulmonar com aumento da silhueta cardíaca e hepatomegália, respetivamente. Assumindo-se infeção associada ao CVC iniciou Vancomicina (1g a cada 42 horas) e Ceftazidima (2g a cada 48 horas).

Ao 8º dia apresentou hipotensão de novo (90/68mmHg) e taquicardia (108bpm). À auscultação cardíaca objetivaram-se tons cardíacos hipofonéticos, rítmicos e sem sopros audíveis. Realizou ecocardiograma (imagens 1 e 2) que revelou derrame pericárdico volumoso com abaulamento da aurícula direita, e posteriormente pericardiocentese de urgência com drenagem de 1050ml de líquido pericárdico serohemático.

Ao 15º dia de internamento o doente mantinha febre, altura em que os resultados serológicos foram disponibilizados, demonstrando títulos IgG fase II positivos para *Coxiella burneti* (título 1/512). Estabelecido diagnóstico de Febre Q, iniciou tratamento com Doxiciclina (100mg a cada 12 horas). Após dois dias apresentou-se apirético, com normalização dos parâmetros inflamatórios e melhoria considerável do derrame pericárdico avaliado ecograficamente, tendo tido alta hospitalar posteriormente.

LIVRO DE RESUMOS
XXIV SIMPÓSIO ANUAL DE DOENÇAS RENAIS
INFEÇÃO E DOENÇA RENAL: UMA RELAÇÃO BIDIRECIONAL
Palmela, 13 de outubro de 2023

Discussão e Conclusão: A Febre Q é uma zoonose causada pela *Coxiella burnetti*, transmitida através da inalação de aerossóis infetados, associada ao contacto direto ou indireto com animais infetados e caracteriza-se por diversos polimorfismos clínicos (1). A febre Q associada à pericardite, verificada em cerca 1% dos casos, quando não tratada pode progredir para tamponamento, uma condição potencialmente fatal raramente descrita (2). O diagnóstico é estabelecido pelo doseamento de anticorpos IgG anti-fase II elevado, sendo o tratamento indicado com tetraciclinas (3).

O caso apresentado é importante pela sua raridade, pouco descrito na literatura e cuja gravidade impõe uma abordagem diagnóstica e terapêutica célere. Perante o aumento de migrantes no nosso país, muitas vezes oriundos de países subdesenvolvidos com cuidados de saúde precários, tais zoonoses são cada vez mais frequentes na nossa sociedade, pelo que estes diagnósticos e devem ser equacionados.

Referências:

- 1) Zubero E., Jiménez A., Medina A., González R., Garcia L., Ramos J.; Acute Pericarditis due to *Coxiella burnetii* infection, a case report; Health Prim Car, February 29, 2018
- (2) Levy P., Carrieri P., Raoult D., *Coxiella burnetii* Pericarditis: Report of 15 Cases and Review; Clinical Infectious Diseases, 29:393-7
- (3) Silva C., Rocha R., Martins A., Ribeiro L., Nuak J., et al.; Guidelines for the Treatment and Follow-Up of Patients with Q Fever; Acta Médica Portuguesa 2022 Jun; 35(6):494-503

RESUMO Nº 5

Taxa de Peritonites após a Pandemia a SARS-CoV-2 num Programa de Diálise Peritoneal de um Centro

Autores: Filipa Trigo¹, Rui Duarte¹, Marisa Roldão¹, Rita Valério Alves¹, Hernani Gonçalves¹, Paulo Santos¹

1 – Serviço de Nefrologia, Centro Hospitalar do Médio Tejo, Hospital de Torres Novas

Introdução: As peritonites são uma complicação frequente e temida na Diálise Peritoneal (DP), na medida em que podem levar à falência da técnica e, em última circunstância, à morte do doente. A pandemia a COVID-19 veio alterar o seguimento e treino dos doentes em DP, com efeitos ainda pouco relatados nas taxas de peritonite. Este trabalho vem descrever o que ocorreu no programa de DP após os constrangimentos motivados pelo SARS-CoV-2.

Métodos: Foram avaliadas de forma retrospectiva o número de peritonites nos doentes que integraram o programa de DP do Centro Hospitalar do Médio Tejo (CHMT) entre 2009 e 2022, num total de 139 doentes avaliados. De seguida, realizou-se uma análise estatística dos dados recolhidos.

Resultados: Desde o início do programa que se manteve um declínio na taxa de peritonite (taxa calculada através do número de peritonites pelo número prevalente de doentes), existindo uma correlação estatisticamente significativa pelo Coeficiente de Spearman (Rho -0,636, p=0,011), com o valor mínimo a ser atingido em 2020. A partir daí, houve um aumento de 81,38% na taxa de peritonites no ano de 2021, seguido de um aumento de 119,91% em 2022. Já nos primeiros 8 meses do ano de 2023 verificou-se uma redução na taxa de peritonites em cerca de 84,54% face ao ano anterior, retomando a tendência da correlação prévia.

Conclusão: Os fatores de risco para o desenvolvimento de peritonite são bem conhecidos e facilmente identificáveis. Uma identificação precoce do aumento do número de episódios permite rever eventuais falhas no programa de ensinos e reensinos. As restrições impostas pela pandemia ditaram, numa fase inicial, um menor número de visitas e contactos com o centro hospitalar, o que se pode ter traduzido num menor número de reensinos. Isto, aliado a uma queda na qualidade do ensino devido ao uso de máscaras obrigatório desde a entrada na instituição, pode explicar o aumento tão significativo das taxas de peritonite no período da pandémico e pós-pandémico precoce.

A análise imediata destes dados levou a uma mudança na abordagem aos treinos no nosso programa de DP, o que levou a uma melhoria significativa no número de peritonites nos primeiros 8 meses do ano de 2023.

RESUMO Nº 6

Aspergilose Invasiva: um Diagnóstico (Im)provável na Nefrologia?

Autores: Filipa Trigo¹, Ana Rita Ramos¹, Rui Duarte¹, Marisa Roldão¹, Cátia Figueiredo¹, Inês Duarte¹, Ivan Luz¹, Rachele Escoli¹, Paulo Santos¹

1 – Serviço de Nefrologia, Centro Hospitalar do Médio Tejo, Hospital de Torres Novas

Introdução: A Aspergilose Invasiva (AI) é mais comum em doentes imunocomprometidos, nomeadamente nos neutropénicos, sob corticoterapia ou agentes biológicos, bem como transplantados de órgãos sólidos. Não obstante, relatos cada vez mais frequentes de AI têm sido relatados em outro tipo de desregulação imunológica.

Casos Clínicos: Caso 1: Homem de 67 anos de idade, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por sintomatologia respiratória. Apresentava como antecedentes pessoais (AP) uma doença renal crónica (DRC) submetida a transplantação renal (TR) 10 anos antes, tendo transitado para hemodiálise 1 ano antes por disfunção crónica do enxerto. Encontrava-se ainda sob corticoterapia com prednisolona 20mg/dia e MMF 1000mg/dia. Analiticamente apresentava aumento dos parâmetros inflamatórios e, na radiografia de tórax, uma condensação, iniciando por isso a descontinuação da imunossupressão e tratamento com antibioterapia (ATB) de largo espectro. Ao 10º dia de ATB mantinha sintomatologia, pelo que iniciou cobertura anti-fúngica e realizou TC que mostrou “opacidades algodinosas e algumas consolidações subsegmentares dispersas”. Assim, realizou lavado broncoalveolar (LBA) que permitiu o diagnóstico de AI, tendo iniciado terapêutica dirigida com voriconazol, com melhoria do quadro clínico e alta hospitalar.

Caso 2: Homem de 46 anos de idade que recorreu ao SU por artralguas e mialgias, associado a tosse com expectoração. Tratava-se de homem com caquexia severa, com AP de abuso de álcool e drogas, de tuberculose pulmonar, e, em vinda recente ao SU, havia realizado estudo complementar que permitiu o diagnóstico de lúpus eritematoso sistémico (LES) para o qual não iniciou tratamento. Durante a permanência no SU, apresentou necessidade de ventilação mecânica invasiva e lesão renal aguda, altura em que foi isolada uma *Candida albicans* no LBA, tendo iniciado fluconazol. Após transferência para a Nefrologia, o doente apresentou normalização da creatinénia, e o estudo complementar não mostrou evidência de atingimento renal pelo LES. O doente iniciou nessa altura tratamento com hidroxiquina e ATB de largo espectro sem melhoria da sintomatologia, pelo que realizou TC pulmonar que mostrou “cavitação no lobo superior direito com espessamento da parede”, com posterior LBA que fez o diagnóstico de AI. Apesar de se ter instituído tratamento dirigido, o doente acabou por falecer.

Conclusão: A insuficiência renal (IR), particularmente na forma de DRC, representa um estado de disfunção do sistema imune. Adicionalmente, os doentes renais têm a particularidade de serem frequentemente imunossuprimidos, no contexto etiológico da IR, do tratamento da doença ou da TR. Deste modo, qualquer que seja o estadió em que o IR se encontra, infeções atípicas e frequentemente oportunistas como a AI não devem ser desconsideradas, e é necessário estar alerta quando há achados específicos em exames de imagem.

RESUMO Nº 7

Doença de Weil: Um caso com falência multiorgânica

Autores: Paula Guimarães, Sara Dias, Marcel Guerreiro, José Ganicho, Luís Santos, Renata Martinho, David Navarro, Ana Rita Gomes, Claudia Mihon, Heidi Gruner

A leptospirose é uma zoonose transmitida por contato com solo ou água contaminados com a urina de animais¹. As manifestações clínicas geralmente são inespecíficas. A doença de Weil é a forma mais grave, fulminante e potencialmente fatal. O diagnóstico depende da suspeita clínica e de testes laboratoriais, incluindo testes serológicos e moleculares em amostras biológicas².

Relato de Caso: Homem de 70 anos, melanodérmico, trabalhador rural, recorreu ao Serviço de Urgência por perda ponderal de 13kg com 6 meses de evolução, astenia e coxalgia bilateral. Sem febre. História médica de DM2 NIT (HbA1c 7,8%). Apresentava anemia (Hb 11,4g/L), plaquetas normais (167.000x10⁹/L), hiponatremia (128mEq/L) e função renal (sCr 0,95mg/dL) e hepática preservadas.

Apresentou febre ao 3º dia. Nas 24 horas seguintes, iniciou náuseas, diarreia e mialgias intensas. Objetivamente a salientar escleróticas ictericas e fígado palpável 2cm abaixo da margem costal. Desenvolveu trombocitopenia grave (17.000x10⁹/L), queda de hemoglobina(9,9g/L), hiperbilirrubinemia direta(6,01mg/dL) e ligeira citólise. Associadamente surge lesão renal aguda KDIGO3 (sCr 5,94 mg/dL) e anúria, apesar de fluidoterapia agressiva, necessitando de suporte dialítico. Ecografia renal e vias biliares normais e investigação imunológica inicial inocente (anticorpos ANCA e anti-GBM; haptoglobina; serologias HIV e sífilis; eletroforese de proteínas).

Dada a história ocupacional, febre, icterícia e lesão renal aguda, foi considerada a hipótese de leptospirose e iniciou ceftriaxone. Foram pedidos testes serológicos e moleculares. O estado clínico agravou-se rapidamente, com início súbito de dispneia, com necessidade de alto débito oxigenoterapia e hipotensão. A radiografia torácica mostrou infiltrado bilateral difuso, sugestivo de ARDS. O doente foi transferido para a UCI para suporte multiorgânico, nomeadamente ventilação invasiva. Após estabilização realizou broncofibroscopia que mostrou hemorragia alveolar difusa e foi colhida amostra do lavado. Os testes confirmaram o diagnóstico de Doença de Weil. O doente recuperou lentamente, necessitando de 12 dias de ventilação invasiva, 18 dias de suporte dialítico e 19 dias de cuidados intensivos, com função renal totalmente restabelecida à alta.

Discussão: Tendo em conta o quadro inicial, com perda ponderal e hiponatremia, a investigação focava-se na exclusão de neoplasias. No entanto, o desenvolvimento de disfunção hematológica, hepática e renal rejeitou a impressão inicial. Apesar das incertezas, assumiu-se a leptospirose como hipótese mais provável e foi iniciada antibioterapia empírica precocemente. Ainda assim, o curso da doença foi agressivo, com falência multiorgânica e necessidade de cuidados intensivos. A Doença de Weil ocorre em 5-10% dos casos, com mortalidade de 5-15% e pode exceder os 50% na presença de hemorragia pulmonar¹.

LIVRO DE RESUMOS
XXIV SIMPÓSIO ANUAL DE DOENÇAS RENAIS
INFEÇÃO E DOENÇA RENAL: UMA RELAÇÃO BIDIRECIONAL
Palmela, 13 de outubro de 2023

Este caso reforça a importância de considerar zoonoses em doentes com exposição ocupacional e iniciar terapêutica dirigida em tempo útil, mesmo antes da confirmação diagnóstica. A principal limitação para a confirmação diagnóstica foi a dificuldade de acesso aos testes, que exigiam o envio de amostras a um laboratório externo.

BIBLIOGRAFIA:

1. Centers for Disease Control and Prevention. Leptospirosis: Fact sheet for clinicians. <https://www.cdc.gov/leptospirosis/pdf/fs-leptospirosis-clinicians-eng-508.pdf>
2. Iwasaki H, Chagan-Yasutan H, Leano PS, et al. Combined antibody and DNA detection for early diagnosis of leptospirosis after a disaster. *Diagn Microbiol Infect Dis* 2016; 84:28

RESUMO Nº 8

Aplasia Eritroide Pura no Transplante Renal – um caso clínico de infecção a parvovírus B19

Autores: Diogo Domingos¹, Andreia Carnevale¹, Luís Sousa¹, Eunice Cacheira¹, Rita Veríssimo¹, Noélia Lopez¹, Sara Querido¹, Carla Rocha¹, Jorge Dickson¹, André Weigert¹

¹Unidade de Transplantação Renal, Serviço de Nefrologia do Hospital de Santa Cruz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Introdução: A imunossupressão necessária ao sucesso da transplantação renal torna os doentes renais crónicos sob esta terapêutica substitutiva da função renal particularmente suscetíveis a patologias infecciosas, cuja apresentação pode ser diversa, indolente, e constituir um desafio diagnóstico.

Caso Clínico: Apresentamos o caso clínico de uma mulher de 40 anos, auxiliar de ação educativa numa escola primária, com doença renal crónica por nefropatia IgM, submetida a transplante renal de dador vivo há 9 anos, e a cumprir imunossupressão de manutenção com tacrolimus, everolimus e prednisolona.

A doente recorreu à consulta de Nefrologia por queixas de cansaço para pequenos esforços com cerca de um mês de evolução. Negava anorexia, dispneia ou ortopneia, Sem perdas hemáticas perceptíveis. Ao exame objetivo, à exceção de palidez mucocutânea, não se objetivavam alterações. Na avaliação laboratorial constatou-se anemia microcítica e normocrómica – hemoglobina (Hb) 5,6 g/dL, hematócrito 15,7%, volume globular médio 78 fL, hemoglobina globular média 28 pg. Realça-se que na consulta anterior, realizada cerca de 10 semanas antes, apresentava Hb de 12,6 g/dL. Não apresentava alterações das restantes séries hematopoéticas. Durante a marcha diagnóstica, apurou-se redução acentuada da contagem de reticulócitos (0,04%), ausência de sinais de hemólise e de alterações à observação do esfregaço de sangue periférico. O proteinograma, o estudo do metabolismo do ferro, do ácido fólico e da vitamina B12 também não estavam alterados. Os estudos endoscópicos e a observação pela Ginecologia não evidenciaram perdas hemáticas.

Perante anemia hipoproliferativa em doente imunossuprimida, foi realizada pesquisa de Parvovírus B19 (PB19) no sangue periférico, cujo resultado de carga viral foi de 1 000 000 UI/mL, e título dos anticorpos IgM e IgG de 13,00 e >46, respetivamente. Foi assim estabelecido o diagnóstico de aplasia eritroide pura, secundária a infecção por PB19. Foi necessária a realização de suporte transfusional múltiplo (5 unidades de concentrado eritrocitário). Cumpru terapêutica com imunoglobulina humana intravenosa inespecífica (IVIG), na dose cumulativa de 2 gramas por kg, e epoetina beta (10 000 UI/semana).

No 7º dia pós IVIG, a doente apresentava-se clinicamente estável, com Hb de 7,7 g/dL, e ao 12º dia pós IVIG, apresentava Hb de 10,3 g/dL.

Conclusão: Em doentes imunocompetentes a crise aplásica transitória é causada pela primoinfeção a PB19, tem um início súbito e é geralmente autolimitada.

LIVRO DE RESUMOS
XXIV SIMPÓSIO ANUAL DE DOENÇAS RENAIS
INFEÇÃO E DOENÇA RENAL: UMA RELAÇÃO BIDIRECIONAL
Palmela, 13 de outubro de 2023

Nos doentes imunocomprometidos a doença, que pode ocorrer por primoinfeção ou por reativação de infecção latente, tem um caráter indolente e podem passar vários meses até resolução da virémia e recuperação da eritropoiese. Apesar da ausência de terapêutica dirigida, o IVIG tem indicação na infecção sintomática, e o foscarnet está reservado para os casos refratários.

A anemia é um diagnóstico de internamento frequente nos doentes transplantados, e este caso sublinha a importância de considerar a infecção por PB19 como causa possível de anemia persistente, uma vez que o tratamento disponível com IVIG pode conduzir a aceleração da recuperação da eritropoiese e a correção da anemia.

RESUMO Nº 9

Colite a EBV no pós-transplante imediato

Autores: Andreia Carnevale ¹, Diogo Domingos ¹, Luís Leite Sousa ¹, Eunice Cacheira ¹, Rita Veríssimo ¹, Noélia Lopez ¹, Sara Querido ¹, Carla Rocha ¹, Jorge Dickson ¹, Teresa Adragão ¹, André Weigert ¹

¹ Unidade de Transplantação Renal, Serviço de Nefrologia, Hospital de Santa Cruz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E.

Os doentes transplantados renais requerem regimes imunossupressores que, apesar de indispensáveis para evitar rejeição do enxerto, associam-se a um risco infeccioso significativo.

Apresenta-se o caso clínico de um doente do sexo masculino, 53 anos, melanodérmico, com doença renal crónica de etiologia desconhecida, transplantado pela primeira vez em 2007 com perda de enxerto após 7 anos por rejeição crónica. Em 2023 foi submetido a segundo transplante renal, com três incompatibilidades HLA (em A, B e DR) e DSA em DQ (MFI 2600U), tendo realizado esquema de indução com Timoglobulina, Tacrolimus, Micofenolato de Mofetil (MMF) e Prednisolona. Apresentou função tardia do enxerto, com necrose tubular aguda moderada descrita em biópsia (realizada em D13 após o transplante, com creatinina de 7mg/dL).

Em D27 pós-transplante detetou-se queda da hemoglobina (Hb) para 6.3g/dL, agravada ao longo de uma semana e em contexto de hematoquézias. Ao exame objetivo apresentava-se pálido e com ligeiro desconforto à palpação nos quadrantes direitos abdominais, sem outras alterações. Analiticamente apresentava ainda leucócitos 5500/uL, neutrófilos 93% e PCR 1.50mg/dL, com Tacrolimus infraterapêutico de 5.2ng/mL. Da restante terapêutica destaca-se MMF (1000mg 2x/dia), Prednisolona (20mg/dia) e profilaxia com Nistatina, Sulfametoxazol-Trimetoprim e Valganciclovir.

Para estudo realizou colonoscopia com identificação de extensa ulceração sem mucosa viável desde a válvula ileocecal até ao ângulo hepático do cólon ascendente. Realizou AngioTC que descreveu edema submucoso nas regiões de cólon previamente descritas, destacando-se os vasos mesentéricos permeáveis.

Neste contexto, e considerando-se a hipótese de uma etiologia infecciosa viral, iniciou empiricamente Ganciclovir e foi reduzida a dose de MMF. A carga viral de CMV foi negativa, com EBV sérico, colhido após início da terapêutica, com doseamento abaixo do limite de quantificação (<67UI/mL), e EBER positivo nas biópsias de intestino, permitindo o diagnóstico de infeção. Da serologia realizada aquando do transplante apresentava anti-EBNA IgG negativo, anti-VCA IgG positivo e anti-VCA IgM com resultado duvidoso. Manteve a terapêutica com Ganciclovir (num total de 28 dias) e foi suspenso MMF e iniciado Everolimus após o diagnóstico, com melhoria clínica e analítica. Foi proposta continuação da terapêutica antiviral com Valganciclovir durante um mês, dada a gravidade clínica inicial. Apresentou ainda recuperação parcial da função renal após dois meses em diálise, com creatinina à data da alta de 2.56mg/dL.

Apesar de ser conhecido o risco infeccioso associado à imunossupressão este caso ilustra o quão precoce se podem manifestar as infeções oportunistas, requerendo uma vigilância apertada e

LIVRO DE RESUMOS
XXIV SIMPÓSIO ANUAL DE DOENÇAS RENAIS
INFEÇÃO E DOENÇA RENAL: UMA RELAÇÃO BIDIRECIONAL
Palmela, 13 de outubro de 2023

suspeita clínica para permitir tratamento atempado. Salienta-se ainda a necessidade de redução da imunossupressão para permitir o combate à infeção, decisão esta que tem de ser ponderada face ao risco aumentado de rejeição do enxerto. Por outro lado, não existe tratamento dirigido para infeção EBV, não sendo claro o impacto e benefício do tratamento com terapêutica antiviral.

RESUMO Nº 10

Revisitando a endocardite infecciosa: um estudo retrospectivo num serviço de Nefrologia

Autores: Bruno Pepe, Maria Inês Roxo, Carla Rocha, Rita Birne, Maria Augusta Gaspar

Serviço de Nefrologia do Hospital de Santa Cruz – Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

Introdução: A endocardite infecciosa (EI) corresponde a uma infeção do endocárdio, com envolvimento de válvulas e/ou dispositivos intracardíacos.

Os doentes nefrológicos, em particular aqueles sob técnica substitutiva da função renal (TSFR) crónica, têm um maior risco de EI e maior morbimortalidade associada – mesmo com antibioterapia dirigida, a mortalidade atinge os 50%.

Há uma forte associação entre a infeção do acesso vascular com bacteriémia, em particular os acessos venosos centrais (CVC), e o risco de desenvolver EI. Algumas séries descrevem um risco 2 vezes superior de EI em doentes com CVC, sobretudo os não tunelizados, comparativamente a uma fístula arteriovenosa (FAV).

Metodologia: Estudo retrospectivo, unicêntrico, incluindo os doentes internados com o diagnóstico de EI no Serviço de Nefrologia do Hospital de Santa Cruz, de janeiro de 2020 a dezembro de 2022. Foram consultados os processos clínicos para a recolha de dados demográficos e clínicos, e a análise de dados foi feita com recurso ao Microsoft Excel.

Resultados: Identificaram-se 14 doentes com EI no período definido, com uma média de idades de $67,07 \pm 14,88$ anos, sendo 57% (n=8) do sexo masculino, e sendo a diabetes mellitus a comorbilidade mais frequente em 28,57% dos doentes (n=4).

A TSFR predominante era hemodiálise (78,57%, n=11), havendo 1 doente transplantado renal, e 2 com doença renal crónica (DRC) sem TSFR. Quanto aos acessos vasculares, 28,57% dos doentes tinha CVC (n=4, 3 tunelizados e 1 não tunelizado), 28,57% FAV (n=4) e 21,47% prótese arteriovenosa (n=3).

Um doente tinha um dispositivo intracardíaco (*pacemaker*) e 4 tinham próteses valvulares aórticas (3 biológicas e 1 mecânica).

Todos os doentes realizaram ecocardiograma transtorácico/transesofágico para o diagnóstico, com a maioria a necessitar de ambos (57,14%, n=8). A válvula mais afetada foi a aórtica (58,26%, n=9), com um claro predomínio na afetação do coração esquerdo (81,25%, n=13).

Todos apresentavam bacteriémia, com isolamento de 14 microorganismos distintos (tabela 1), a maioria Gram+ (92,85%, n=13). O género mais frequente foi o *Staphylococcus* (64,29%, n=9), seguido do *Enterococcus* (14,28%, n=3).

Foram usados 12 diferentes antibióticos (ATB), num total de 39 prescrições, habitualmente com terapêutica empírica e posterior ajuste conforme o antibiograma. Os ATB mais utilizados foram a vancomicina (25,64%, n=10) e a gentamicina (23,08%, n=9). A duração de ATB recomendada a todos os doentes foi de 6 semanas.

No período estudado, a taxa de mortalidade foi 42,87% (n=6).

LIVRO DE RESUMOS
XXIV SIMPÓSIO ANUAL DE DOENÇAS RENAIS
INFEÇÃO E DOENÇA RENAL: UMA RELAÇÃO BIDIRECIONAL
Palmela, 13 de outubro de 2023

<i>Enterobacter cloacae</i>	1
<i>Enterococcus faecium</i>	1
<i>Enterococcus faecalis</i>	2
<i>Gemella sanguinis</i>	1
<i>Staphylococcus aureus metilina-sensível</i>	3
<i>Staphylococcus aureus metilina-resistente</i>	2
<i>Staphylococcus haemolyticus</i>	1
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	2
<i>Staphylococcus gallolyticus</i>	1
<i>Streptococcus sanguinis</i>	1

Tabela 1. Microorganismos isolados em hemocultura.

Conclusão: A EI está associada a um pior prognóstico em doentes com DRC, sobretudo em estágio terminal. A sua identificação precoce nesta população particularmente vulnerável é assim fulcral para promover uma adequada e atempada abordagem terapêutica, a fim de minimizar o risco de complicações e melhorar os *outcomes*.

Bibliografia:

- 1 - <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12449446/>
- 2 - <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12053054/>
- 3 - [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31105-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31105-9/fulltext)
- 4 - <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1129729820970783>
- 5 - <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/JAHA.121.022002>

RESUMO Nº 11

Depois da infecção, a lesão renal - um caso glomerulonefrite aguda pós-infecciosa

Autores: Patrícia Ferreira¹, Beatriz Mendes², Sofia Coelho², Elsa Soares², Ana Natário²

¹Centro Hospitalar Barreiro Montijo, ²Centro Hospitalar de Setúbal

Introdução: A glomerulonefrite pós-infecciosa (GNPI) é uma condição que surge habitualmente após uma infecção por estreptococos β -hemolíticos do grupo A, infecção essa que, clinicamente, se pode manifestar por afecção do tracto respiratório (mais frequentemente faringite) ou da pele.

Existem três mecanismos imunológicos provavelmente envolvidos na lesão glomerular na GNPI: deposição de complexos imunes circulantes, formação de complexos imunes in situ associados a antigénios bacterianos ou antigénios intrínsecos (resultantes de mimetismo molecular) e a activação local do complemento.

Caso Clínico: Os autores descrevem o caso de um homem de 23 anos, natural da Índia, sem antecedentes relevantes. Recorreu ao serviço de Urgência (SU) por hipertensão arterial e edema dos membros inferiores e da face com 2 dias de evolução. Negava febre, rash ou lesões cutâneas, tosse, expetoração, odinofagia, infecções recentes, toma de anti-inflamatórios não-esteroides ou outros fármacos. Referia, no entanto, calafrios nos 3 dias anteriores à vinda ao SU. À admissão apresentava-se hipertenso (PA 166/100 mmHg), com edema periorbitário e dos membros inferiores godet ++++ simétrico.

Analiticamente constatou-se lesão renal aguda (Creatinina 1,5 mg/dL), hematoproteinúria com proteínas 3+, hemoglobina 3+, rácio proteínas:creatinina na urina (RPC) 1.1; Proteinúria (ProtU) 2.18mg/24h e hipocomplementémia C3 (23.3mg/dL). A ecografia renal excluiu patologia obstrutiva ou sinais de linase renal.

Admitindo-se uma síndrome nefrítica foi internado para estudo etiológico da mesma. Do estudo realizado destaca-se um título de Anti-estreptolisina O (TASO) aumentado (1100 U/mL) e pesquisa do antigénio do Streptococcus pneumoniae na urina positiva.

Foi realizada biopsia renal que foi compatível com glomerulonefrite proliferativa endocapilar em contexto infeccioso que assim corroborou o diagnóstico de glomerulonefrite pós-estreptocócica. À data de alta o doente apresentava resolução total do edema periférico, o perfil tensional estava controlado com enalapril 5mg/dia e nifedipina 30mg bid. Analiticamente com normalização da função renal e ProtU de 1.67g/24h. No follow-up, um mês após o internamento, o doente mantinha função renal normal e redução da proteinúria (0.369g/24h), do TASO (910 U/mL) e complemento C3 (71 mg/dL).

Conclusão: Este caso reveste-se de pertinência pois não somente demonstra aquela que é uma causa frequente de síndrome nefrítica (com uma incidência anual que varia entre os 9,5 e 28,5 por 100 000 indivíduos) como o faz ao mesmo tempo que evidencia o desafio diagnóstico da determinação do agente etiológico em doente assintomático. Denote-se ainda a importância da

LIVRO DE RESUMOS
XXIV SIMPÓSIO ANUAL DE DOENÇAS RENAIS
INFEÇÃO E DOENÇA RENAL: UMA RELAÇÃO BIDIRECIONAL
Palmela, 13 de outubro de 2023

vigilância destes doentes, uma vez que, e em oposição às crianças, o seu prognóstico nem sempre é benigno. Com efeito, alguns doentes adultos desenvolvem hipertensão, proteinúria recorrente e insuficiência renal a longo prazo.