

de causas de reactividade cruzada, optámos por iniciar tratamento, opção que gostaríamos de ver debatida com os colegas.

### **P17. Mononeuropatia múltipla como forma de apresentação de sarcoidose**

**Gonçalo Matias<sup>1</sup>, João Martins<sup>1</sup>, Francisco Tavares<sup>2</sup>, Cândida Barroso<sup>3</sup>, José Vale<sup>1,4</sup>, Luís Santos<sup>1,4</sup>**

1-Serviço de Neurologia do Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental; 2-Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital D. Estefânea, Centro Hospitalar de Lisboa Central; 3-Serviço de Neurologia do Hospital de Santa Maria; 4-Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa. gsmatias@gmail.com

**Introdução:** O sistema nervoso está afectado em 5% dos casos de sarcoidose. A manifestação mais frequente é a neuropatia craniana, enquanto o envolvimento do SNP é menos comum. O padrão habitual de neuropatia periférica na sarcoidose é a polineuropatia periférica simétrica, constituindo a mononeuropatia múltipla outra apresentação possível.

**Caso clínico:** Homem com 82 anos, hipertenso e portador crónico do VHB, com parésia distal dos membros direitos e disestesia da mão direita desde há 5 meses com evolução progressiva. No exame neurológico, salientava-se: atrofia dos interosseos da mão direita; parésia proximal 4/5 e distal 1/5 do MSD; hipoestesia no território dos nervos cubital, cutâneos ante-braquial medial e lateral, peroneal profundo e superficial, anestesia do território dos nervos mediano, radial e safeno externo à direita.

O EMG revelou uma mononeuropatia múltipla sensitivo-motora, axonal dos membros direitos. As biópsias de nervo e músculo mostraram numerosos granulomas com ausência de células gigantes multinucleadas. A baciloscopia da mucosa nasal e pele foi negativa. A TC torácica mostrou um padrão pulmonar micronodular em vidro despolido. O lavado broncoalveolar apresentou achados compatíveis com alveolite linfocitária ligeira. Analiticamente: ECA diminuída, cálcio sérico e desoxipiridolona aumentadas e fósforo urinário diminuído. Uma extensa investigação laboratorial excluiu causas vasculíticas, tumorais e infecciosas. Foi iniciada prednisolona (60 mg/dia).

Na reavaliação aos 5 meses, o doente apresentava franca melhoria dos défices sensitivo-motores, mantendo-se medicado com prednisolona (25 mg/dia).

**Discussão / Conclusões:** O diagnóstico da sarcoidose é sobretudo clínico e de exclusão, requerendo a presença histológica de granulomas epiteloídes não-caseosos. O envolvimento do SNP ocorre em 15-18% dos casos de neurosarcoidose. Os relatos de mononeuropatia múltipla associados à sarcoidose são raros, tendo a biópsia contribuído de forma decisiva para o diagnóstico neste doente. Ao contrário do habitual, a ECA pode apresentar-se normal ou diminuída. A corticoterapia é a terapêutica de eleição, com boa resposta.

### **P18. Picada de Insecto e Pé Pendente**

**Rui Matos<sup>1</sup>, Cecília Bagulho<sup>2</sup>, João Coimbra<sup>1</sup>**

1-Serviço de Neurologia, 2-Serviço de Imagiologia, Hospital Garcia de Orta, Almada. rmcmatos@gmail.com

**Introdução:** Os casos de neuropatia simultânea dos nervos Ciático Popliteu Interno (CPI) e Ciático Popliteu Externo (CPE) são raros. Na sua maioria são secundários a patologia

traumática ou vascular, sendo o CPE pelo seu trajecto mais periférico o mais frequente e gravemente afectado. Existem também quadros descritos secundários a armadilha por variações da anatomia dos músculos da fossa popliteia.

**Caso Clínico:** Doente de 71 anos observada no hospital por celulite do membro inferior direito secundária a picada de insecto no cavado popliteu ipsilateral. Dias depois inicia quadro progressivo de parestesias e falta de força no pé direito. À quarta semana de doença é internada e apresentava ainda sinais inflamatórios na região popliteia direita e o exame neurológico revelava pé direito pendente, com plegia na flexão dorsal e parésia na flexão plantar. Reflexos aquilianos abolidos e rotulianos presentes e simétricos. Hipostesia álgica distal até ao 1/3 superior da perna direita. Realizou Ressonância Magnética lombo-sagrada que não revelou compromisso radicular e o Electromiograma foi sugestivo de lesão simultânea dos nervos CPE e CPI no cavado popliteu direito. Realizou posteriormente Ressonância á coxa e fossa popliteia direita que foi sugestiva de processo inflamatório popliteu com hipersinal nas ponderações T2 no trajecto dos dois nervos referidos, sugestivo de lesão dos mesmos. Três meses depois mantém programa de medicina física e reabilitação com melhoria gradual dos défices.

**Conclusão:** A doente apresenta uma mononeuropatia múltipla dos nervos CPE e CPI por mecanismo de armadilha no cavado popliteu, secundário a processo inflamatório loco-regional induzido por picada de insecto.

### **P19. Síndrome de Lambert-Eaton em Carcinoma Pavimento-Celular**

**Rui Matos<sup>1</sup>, Raquel Faria<sup>2</sup>, Henrique Santos<sup>2</sup>, João Proença<sup>1</sup>**

1-Serviço de Neurologia, 2-Serviço de Medicina; Hospital Garcia de Orta, Almada. rmcmatos@gmail.com

**Introdução:** O Síndrome miasténico de Lambert-Eaton é uma doença pouco comum da placa neuromuscular caracterizada por uma disfunção pré-sináptica associada há existência de anticorpos anti-canais de cálcio, envolvidos na libertação de acetilcolina para a fenda sináptica. O seu reconhecimento precoce é muito importante na medida em que em mais de 50% dos casos surge como síndrome paraneoplásico associado com maior frequência ao carcinoma pulmonar de pequenas células.

**Caso clínico:** Doente de 54 anos com quadro de seis meses de evolução de perda ponderal superior a 30Kg, falta de força muscular de predomínio braquial proximal, disfonía, disfagia para líquidos e abertura involuntária dos olhos durante o sono. Um mês antes iniciara dor pleurítica torácica inferior direita, tosse e expectoração. Tinha hábitos tabágicos de 65 UMA. A observação geral revelou emagrecimento marcado, semiologia de atelectasia do lobo pulmonar inferior direito. Exame neurológico revelou hipofonia, tetraparésia, atrofia muscular e reflexos ósteo-tendinosos diminuídos. O electromiograma mostrou resposta incremental superior a 50% na estimulação repetitiva a 30Hz, sugestiva de Síndrome de Lambert-Eaton. O Rx tórax revelou atelectasia do lobo inferior direito. A TC toraco-abdominal e a broncofibroscopia revelaram neoplasia expansiva com componente endobrônquico do lobo inferior direito, extensão á carina, artéria pulmonar e aurícula esquerda. A histologia da biópsia transbrônquica revelou carcinoma pavimento-celular – estadio T4N1M0. Iniciou terapêutica com piridostigmina com