

XXI JNPC



Jornadas Nacionais Patient Care
A melhor prática clínica para o médico atual

**Homenagem Nacional
Prof. Doutor José Castro Lopes**



PROGRAMA DIGITAL

16 e 17 • fevereiro • 2017
Centro de Congressos de Lisboa

Presidente
Prof. Doutor José Castro Lopes

Secretários Gerais
Dr. José Canas da Silva e Dr. Rui Cernadas

PROGRAMA CIENTÍFICO





ANTIGOS PRESIDENTES DAS JORNADAS

- 1997** I Jornadas Nacionais Patient Care Prof. Doutor M. Machado Macedo
- 1998** II Jornadas Nacionais Patient Care Prof. Doutor Pedro Eurico Lisboa
- 1999** III Jornadas Nacionais Patient Care Prof. Doutor Salomão Sequerra Amram
- 2000** IV Jornadas Nacionais Patient Care Prof. Doutor F. Manuel Fonseca Ferreira
- 2001** V Jornadas Nacionais Patient Care Prof. Doutor Mário Gentil Quina
- 2002** VI Jornadas Nacionais Patient Care Dr. A. Barros Veloso
- 2003** VII Jornadas Nacionais Patient Care Dr. António Gentil Martins
- 2004** VIII Jornadas Nacionais Patient Care Dr. Paes de Sousa
- 2005** IX Jornadas Nacionais Patient Care Prof. Doutor Nuno Cordeiro Ferreira
- 2006** X Jornadas Nacionais Patient Care Prof. Doutor. J. A. Machado Caetano
- 2007** XI Jornadas Nacionais Patient Care Prof. Doutor Manuel Meirinho
- 2008** XII Jornadas Nacionais Patient Care Prof. Doutor A. Galvão-Teles
- 2009** XIII Jornadas Nacionais Patient Care Doutor Ricardo Seabra-Gomes
- 2010** XIV Jornadas Nacionais Patient Care Prof. Doutor A. Linhares Furtado
- 2011** XV Jornadas Nacionais Patient Care Dr. Mário da Silva Moura
- 2012** XVI Jornadas Nacionais Patient Care Prof. Doutor Daniel Serrão
- 2013** XVII Jornadas Nacionais Patient Care Prof. Doutor Fernando Pádua
- 2014** XVIII Jornadas Nacionais Patient Care Prof. Doutor Walter Osswald
- 2015** XIX Jornadas Nacionais Patient Care Dr. Almeida Ruas
- 2016** XX Jornadas Nacionais Patient Care Prof. Doutor António Pacheco Palha

Participe na elaboração do próximo programa preenchendo o questionário.

**CONTAMOS CONSIGO,
CONTE CONNOSCO!**

**PRÓXIMAS JORNADAS
22-23 FEVEREIRO 2018**

COMISSÃO DE HONRA

Ministro da Saúde > Bastonário da Ordem dos Médicos > Presidente do Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar > Presidente do Colégio da Especialidade de Neurologia > Presidente do Conselho de Administração da ARS de Lisboa e Vale do Tejo > Presidente da Câmara Municipal de Lisboa

COMISSÃO ORGANIZADORA

PROF. DOUTOR JOSÉ CASTRO LOPES Neurologista, Presidente da Direção da Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral - SPAVC > **DR. JOSÉ CANAS DA SILVA** Chefe de Serviço de Reumatologia; Diretor do Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta, Almada; Presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia > **DR. RUI CERNADAS** Médico Especialista em Medicina Geral e Familiar; Competência em Medicina Farmacêutica pela Ordem dos Médicos

COMISSÃO CIENTÍFICA/CONSELHO CIENTÍFICO DA REVISTA PATIENT CARE

DRA. ANA AROSO MONTEIRO Assistente Graduada de Ginecologia/Obstetrícia, Porto > **PROF. DOUTOR ANTÓNIO SOUSA GUERREIRO** Chefe de Serviço de Medicina Interna; Coordenador da Unidade Funcional de Medicina 4, Hosp. de Sta. Marta, Centro Hospitalar de Lisboa Central; Professor Catedrático da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa > **DR. ARLINDO CARVALHO** Chefe de Serviço de Ginecologia, Lisboa > **PROF. DOUTOR ARMANDO BRITO DE SÁ** Médico de Família na USF Conde Saúde, Quinta do Conde, ACeS Arrábida; Professor Auxiliar Convidado da Faculdade de Medicina Universidade de Lisboa > **DRA. BEATRIZ COSTA NEVES** Assistente Graduada Sênior de Gastroenterologia, Coordenadora da Unidade de Gastroenterologia do Hospital de Cascais Dr. José de Almeida > **DRA. BEATRIZ CRAVEIRO LOPES** Chefe de Serviço de Anestesiologia; Coordenadora da Unidade de Dor, Hospital Garcia de Orta, Almada > **DR. CARLOS MACHADO E COSTA** Assistente Graduado de Medicina Interna, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Sta. Maria; Assistente Convidado da Faculdade de Medicina de Lisboa > **PROF. DOUTOR CARLOS RAMALHÃO** Cardiologista, Porto > **DRA. CÁTIA ALBINO** Assistente Hospitalar de Medicina Interna, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Sta. Maria > **PROF. DOUTOR DAVIDE CARVALHO** Chefe de Serviço; Diretor de Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo; Professor Associado com Agregação, Hospital de S. João e Faculdade de Medicina do Porto > **DR. FILIPE FROES** Especialista em Pneumologia com a sub-especialidade em Medicina Intensiva; Assistente Graduado do Hospital de Pulido Valente – Centro Hospitalar Lisboa Norte. Consultor da Direção-Geral da Saúde > **PROF. DOUTOR FRANCISCO ANTUNES** Chefe de Serviço de Infeciologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Sta. Maria; Professor Associado com Agregação da Faculdade de Medicina de Lisboa; Professor Catedrático Convidado do Instituto de Higiene e Medicina Tropical > **DR. FRANCISCO MENEZES BRANDÃO** Dermatologista, Lisboa > **PROF. DOUTOR FRANCISCO SALVADO** Serviço de Estomatologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Sta. Maria > **DR. GONÇALO CORDEIRO FERREIRA** Director do Serviço 1, Hospital D. Estefânia; Assistente Convidado da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa > **PROF. DOUTOR J. C. MENDES DE ALMEIDA** Diretor de Serviço de Cirurgia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Sta. Maria; Professor da Fac. de Medicina de Lisboa > **PROF. DOUTOR J. MANUEL ROMÃOZINHO** Chefe de Serviço de Gastroenterologia dos HUC, Coimbra > **PROF. DOUTOR JACINTO MONTEIRO** Director do Serviço de Ortopedia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Sta. Maria > **PROF. DOUTOR JOÃO BARRETO** Prof. Associado de Psiquiatria da Faculdade de Medicina do Porto; Chefe de Serviço de Psiquiatria > **DR. JOÃO FRANKLIN** Director de Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa, Lisboa > **DR. JOÃO SEQUEIRA CARLOS** Médico de Família. Unidade de Medicina Geral e Familiar, Hospital da Luz, Lisboa > **DR. JORGE LAINS** Director de Serviço; Director Clínico Adjunto; Director do Internato Médico Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Hospital Rovisco Pais, Coimbra > **DR. JOSÉ CANAS DA SILVA** Chefe de Serviço de Reumatologia; Director do Serviço de Reumatologia, Hosp. Garcia de Orta, Almada; Presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia > **DR. JOSÉ DANIEL MENEZES** Chefe de Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Lisboa > **DR. LUÍS ANTUNES** Chefe de Serviço de ORL; Director do Serviço de ORL, Hospital Garcia de Orta, Almada > **DR. MANUEL MENDES SILVA** Chefe de Serviço Hospitalar de Urologia; Serviço de Urologia do Hospital St. Louis, Lisboa > **PROF. DOUTORA MARIA JOSÉ SANTOS** Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta, Almada > **PROF. DOUTOR MIGUEL VIANA BAPTISTA** Assistente Graduado de Neurologia; Serviço de Neurologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz, Lisboa > **DR. PEDRO CANAS DA SILVA** Assistente Hospitalar Graduado de Cardiologia; Responsável pela Unidade Cardíaca de Intervenção, Serviço de Cardiologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Sta. Maria > **DR. PEDRO MARQUES DA SILVA** Vogal do Grupo de Estudos de Cardiologia Geriátrica da Sociedade Portuguesa de Cardiologia; Consultor de Medicina Interna e Especialista de Hipertensão Clínica; Responsável do Núcleo de Investigação Arterial; Coordenador da Consulta de Hipertensão e Dislipidemia, Hosp. de Santa Marta, Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E. > **DRA. ROSA GALLEGO** Chefe de Serviço de Medicina Geral e Familiar do Centro de Saúde de Vila Franca de Xira > **DR. RUI CERNADAS** Médico Especialista em Medicina Geral e Familiar; Competência em Medicina Farmacêutica pela Ordem dos Médicos > **DRA. TERESA VENTURA** Chefe de Serviço de Medicina Geral e Familiar do Centro de Saúde Santo Condestável, Lisboa. Directora de Internato da Coordenação do Internato Médico de Medicina Geral e Familiar da Zona Sul. Assistente Convidada da Fac. de Ciências Médicas de Lisboa

PRESIDENTES, MODERADORES E PALESTRANTES

PROF. DOUTOR A. DINIS DA GAMA de Chefe de Serviço de Cirurgia Vascular; Coordenador do Núcleo de Especialistas de Cirurgia Vascular do Hospital da Luz, Lisboa > **DRA. ADELINA GUEDES** Médica de Família na USF Torrão do ACeS Tâmega III, Vale do Sousa Norte, da ARS Norte; Grau de Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar; Atualmente ocupa o cargo de Diretora do Internato Médico Jacinto de Magalhães, da Coordenação do Internato de Medicina Geral e Familiar da Zona Norte, cuja Coordenadora é a Dra. Maria da Luz Loureiro > **DR. ALBERTO MELLO E SILVA** Chefe de Serviço de Medicina Interna, Hospital Egas Moniz, Lisboa > **DR. ALEXANDRE AMARAL E SILVA** Neurologista no Hospital de Vila Franca de Xira > **DRA. AMÁLIA MARTINS** Coordenadora do Serviço de Ginecologia do Hospital Beatriz Ângelo, Loures > **DR. ANTÓNIO LEUSCHNER** Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Magalhães Lemos, EPE, Porto > **DR. ANTÓNIO PAISANA** Assistente Graduado Sénior, Competência em Gestão de Serviços de Saúde > **PROF. DOUTOR ARMANDO MANSILHA** Professor Associado Convidado com Agregação da Faculdade de Medicina do Porto; Assistente Hospitalar Graduado do Centro Hospitalar de São João; Diretor do Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do Hospital CUF Porto; Vice-Presidente da Sociedade Portuguesa de Angiologia e Cirurgia Vascular; Presidente do *European Venous Forum* > **DR. CARLOS AGUIAR** Assistente Graduado do Serviço de Cardiologia do Hospital Santa Cruz, CHLO, Lisboa > **DRA. CRISTINA FRUTUOSO** Especialista em Ginecologia e Obstetrícia; Assistente Graduada de Ginecologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra > **DRA. CRISTINA MAIA E COSTA** Especialista em Medicina Geral e Familiar, Sávica, EDP, Porto > **DR. DAVID VERISSIMO** Médico Interno de Endocrinologia, Hospital das Forças Armadas, Lisboa > **PROF.ª DOUTORA ELSA AZEVEDO** Assistente Graduada Sénior de Neurologia no CH São João, Porto; Professora de Neurologia na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto > **DRA. FELICIDADE MALHEIRO** Médica de Medicina Geral e Familiar, Unidade de Saúde Familiar Arca d'Água > **DR. FERNANDO PITA** Coordenador da Unidade Funcional de Neurologia do Hospital de Cascais > **DR. FILIPE FROES** Assistente Graduado de Pneumologia e Medicina Intensiva; Coordenador da Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgicos do Hospital Pulido Valente - CHLN; Consultor da Direção-Geral da Saúde > **DR. FRANCISCO ARAÚJO** Internista, Hospital Beatriz Ângelo, Loures > **DR. JOÃO JÁCOME DE CASTRO** Coronel Médico, Consultor de Endocrinologia e Diretor Clínico do Hospital das Forças Armadas, Lisboa > **DR. JOSÉ CANAS DA SILVA** Chefe de Serviço de Reumatologia, Diretor do Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta, Almada; Presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia > **PROF. DOUTOR JOSÉ CASTRO LOPES** Neurologista; Presidente da Direção da Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral - SPAVC > **DR. LUÍS ANDRADE** Assistente de Medicina Interna, Hospital de Gaia > **DR. LUÍS MARTINS** Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar do ACES Loures-Odivelas; Coordenador da USF da Ramada (ACES Loures-Odivelas) > **PROF. DOUTOR LUÍS MARTINS** Diretor da Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade Fernando Pessoa, Porto; Diretor do Serviço de Cardiologia, Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE > **PROF.ª DOUTORA MANUELA CARVALHEIRO** Médica Endocrinologista, Coimbra > **DRA. MARIA DO CÉU SANTO** Ginecologista e Obstetra no Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE e Hospital da Luz, Lisboa; Competência em Sexologia Clínica pela Ordem dos Médicos; Coordenadora do Núcleo de Medicina Sexual da Sociedade Portuguesa de Ginecologia; Pós-Graduação em Medicina Anti-Envelhecimento > **DR. MÁRIO FREITAS** Assistente Graduado de Saúde Pública do quadro da ARS Norte; Coordenador do Serviço de Saúde e Segurança no Trabalho da ARS Norte; Consultor de Saúde Pública e Especialista em Medicina do Trabalho, pela Ordem dos Médicos, tendo ainda as competências de Gestão de Unidades de Saúde, Peritagem Médica da Segurança Social e Avaliação do Dano Corporal; Integra o Conselho Diretivo do Colégio da Especialidade de Medicina do Trabalho da Ordem dos Médicos (2015-2018) > **DR. NUNO LOUSADA** Cardiologista, Lisboa > **DR. PALMA DOS REIS** Urologista, Chefe de Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de Lisboa Norte; Assistente Convidado de Urologia da Faculdade de Medicina de Lisboa > **PROF.ª DOUTORA PATRÍCIA CANHÃO** Neurologista, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Lisboa > **PROF.ª DOUTORA PAULA FREITAS** Assistente Hospitalar Graduada do Serviço de Endocrinologia, Centro Hospitalar São João, Porto; Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Presidente da Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade; Membro do I3S > **DR. PAULO FELICÍSSIMO** Diretor do Serviço de Ortopedia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, Amadora > **DR. PAULO REIS PINA** Assistente de Medicina Interna; Doutorando em Medicina e Mestre pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa > **DR. PEDRO CANAS DA SILVA** Assistente Hospitalar Graduado de Cardiologia; Responsável pela Unidade de Cardiologia de Intervenção, Serviço de Cardiologia, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar de Lisboa Norte > **DR. PEDRO CARRILHO** Médico de Medicina Geral e Familiar, USF Magnólia > **PROF. DOUTOR PEDRO MONTEIRO** Especialista em Cardiologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra > **DR. PEDRO NORTON** Médico de Família; Diretor do Serviço Ocupacional, Centro Hospitalar de S. João, Porto > **PROF. DOUTOR ROBERTO FERRARI** Ferrara, Itália > **DR. RUI CERNADAS** Médico Especialista em Medicina Geral e Familiar e Competência em Medicina Farmacêutica pela Ordem dos Médicos > **DR. SÉRGIO TAVARES DOS SANTOS** Assistente Hospitalar de Urologia, Hospital CUF Cascais > **DRA. SÍLVIA ALÃO** *Medical Advisor MSD* > **PROF. DOUTOR SILVA NUNES** Especialista em Endocrinologia, Hospital Curry Cabral, Lisboa > **DRA. TERESA FRAGA** Chefe de Serviço de Ginecologia e Obstetrícia (grau de consultor); Desde 2010 Coordenadora da Unidade de Patologia Cervical (Colposcopia/Laser) do Hospital da Cuf Descobertas, Lisboa

JÚRI CASOS CLÍNICOS

DR. JOSÉ CANAS DA SILVA Chefe de Serviço de Reumatologia, Diretor do Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta, Almada; Presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia > **DR. LUÍS MARTINS** Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar do ACES Loures-Odivelas; Coordenador da USF da Ramada (ACES Loures-Odivelas) > **DR. RUI CERNADAS** Médico Especialista em Medicina Geral e Familiar e Competência em Medicina Farmacêutica pela Ordem dos Médicos

PROGRAMA CIENTÍFICO



16 FEVEREIRO DE 2017 . 5ª FEIRA

07.30h Abertura do Secretariado

09.30-11.00h SESSÃO 1

O AVC COMO “CENTRO” DA DOENÇA VASCULAR CEREBRAL

Presidente: Prof. Doutor José Castro Lopes

Introdução (10 m)

Prof. Doutor José Castro Lopes

Há uma evolução que é necessário conhecer... (20 m)

Profª Doutora Patrícia Canhão

O AVC deve prevenir-se (20 m)

Dr. Fernando Pita

O AVC tem tratamento (20 m)

Prof. Doutora Elsa Azevedo

Perguntas e respostas (20 m)

11.00-11.30h Intervalo

11.30-12.15h **Simpósio**  **MSD**

AS 5 PERGUNTAS QUE PODERÃO FAZER MUDAR A SUA PRÁTICA CLÍNICA

Presidente: Profª Doutora Manuela Carvalheiro

Moderadora: Dra. Sílvia Alão

Palestrantes: Profª Doutora Paula Freitas e Dr. Francisco Araújo

12.15-13.00h **Sessão de Abertura e Homenagem Nacional ao Prof. Doutor José Castro Lopes**

13.00-14.00h **Simpósio** (Inscrições limitadas)



PALEXIA RETARD NA LOMBALGIA COM COMPONENTE NEUROPÁTICA

Moderador: Dr. José Canas da Silva

Lombalgia - Enquadramento e etiologia

Dr. Paulo Felicíssimo

O que diferencia Palexia retard?

Dr. Paulo Reis Pina

13.00-14.30h Almoço

14.30-15.15h **Simpósio** 

TRATAMENTO DA HTA EM 2017: DA EVIDÊNCIA À PRÁTICA CLÍNICA – O DOENTE NO CENTRO DA DECISÃO

Moderador: Prof. Doutor Luís Martins

Palestrante: Prof. Doutor Roberto Ferrari



16 FEVEREIRO DE 2017 . 5ª FEIRA

15.15-16.15h SESSÃO 2

EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO: O QUE PEDIR? QUANDO PEDIR?

Moderadores: Dr. António Paisana e Dra. Adelina Guedes

Na mama (10 m)

Dra. Cristina Frutuoso

Na tiroideia (10 m)

Dr. João Jácome de Castro e Dr. David Veríssimo

Na próstata (10 m)

Dr. Palma dos Reis

Na demência (10 m)

Dr. António Leuschner

Perguntas e respostas (20 m)

16.15-16.45h Intervalo

16.45-18.30h SESSÃO 3

APRESENTAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS

Comentadores: Dr. Rui Cernadas e Dr. Luís Martins

CC 09 Hiperglicemia e diabetes: Verdadeiro ou falso?

Dra. Clara Esteves Jorge

CC 12 Abscesso de Brodie - Uma causa rara de gonalgia

Dra. Filipa Leite Costa

CC 15 A influência familiar - A propósito de um caso clínico de autismo

Dra. Ana Rita Coutinho

CC 22 Pneumonia organizada criptogénica

Dr. César Matos

CC 45 O impacto da pluripatologia num idoso e na sua família - A propósito de um caso de insuficiência cardíaca

Dra. Diana Campos Lopes

CC 49 Quando a doença teima em não aparecer - Uma velocidade de sedimentação persistente

Dra. Rita M. Oliveira

CC 55 Hepatite medicamentosa

Dr. Carlos D. Lourenço

CC 65 Quando a alma chora no corpo, o médico de família é o melhor remédio

Dra. Catarina Ferreira Magalhães

CC 73 Quando uma queixa isolada leva a um diagnóstico distinto...

Dra. Lisa Goulart

CC 120 Quando a acne e a minociclina se tornam uma valente dor de cabeça

Dra. Rita Nunes

18.30h Fim das Sessões do 1º dia



17 FEVEREIRO DE 2017 . 6ª FEIRA

08.00h Abertura do Secretariado

09.00-10.30h CURSO

Auditório III **ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR DOS PARÂMETROS DO RISCO LIPÍDICO** (ver página 8)

09.30-11.00h SESSÃO 4

ASSOCIAÇÕES DE FÁRMACOS VS MONOTERAPIA... AVANÇO OU INEVITABILIDADE?

Moderadores: Dr. Rui Cernadas e Dr. Pedro Norton

... na DPOC (20 m)

Dr. Filipe Froes

... na HTA (20 m)

Dr. Pedro Canas da Silva

... na insuficiência cardíaca (20 m)

Dr. Nuno Lousada

Perguntas e respostas (30 m)

11.00-11.30h Intervalo

11.30-12.15h **Simpósio**  Bayer

**RIVAROXABANO – O VERDADEIRO SIGNIFICADO DA PROTECÇÃO.
O QUE ESPERAR DA PRÁTICA CLÍNICA**

Moderador: Dr. Rui Cernadas

A perspetiva do Cardiologista

A perspetiva do Neurologista

Palestrantes: Dr. Alexandre Amaral e Silva, Dr. Pedro Canas da Silva e Dr. Rui Cernadas

12.15-13.15h SESSÃO 5

ABORDAGEM TERAPÉUTICA EM TEMAS DE SAÚDE PÚBLICA

Moderadores: Dra. Cristina Maia e Costa e Dr. Mário Freitas

Doença venosa periférica (20 m)

Prof. Doutor Armando Mansilha

Dislipidemia: Para além das LDL (20 m)

Dr. Carlos Aguiar

Perguntas e respostas (20 m)

13.15-14.30h Almoço

14.30-15.15h **Simpósio**  

PRAXIS OPTIMUM: PELOS TRILHOS DA DIABETES

Moderador: Prof. Doutor Silva Nunes

Palestrante: Dr. Pedro Carrilho

15.15-16.45h SESSÃO 6
PROBLEMAS MENOS COMUNS?
Moderadores: Dra. Amália Martins e Dra. Felicidade Malheiro
Tratamento de laser CO₂ na atrofia vaginal (20 m)
Dra. Teresa Fraga
Disfunções Sexuais: (40 m)
No masculino
Dr. Sérgio Tavares dos Santos
No feminino
Dra. Maria do Céu Santo
Perguntas e respostas (30 m)

16.45-17.15h CONFERÊNCIA DE ENCERRAMENTO
**UMA REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO,
A INVESTIGAÇÃO E O PROGRESSO DA CIRURGIA**
Presidente: Dr. José Canas da Silva
Palestrante: Prof. Doutor A. Dinis da Gama

17.15-17.30h ENTREGA DOS PRÉMIOS
Melhor Caso Clínico
Menções Honrosas
Melhor artigo publicado na Revista Patient Care
Passatempo Patient Care

17.30h Encerramento das Jornadas e entrega de certificados

CURSO PRÁTICO



17 FEVEREIRO DE 2017 . 6ª FEIRA



9.00-10.30h CURSO
Auditório III **ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR DOS PARÂMETROS DO RISCO LIPÍDICO**

9.00-9.30h **Tratamento da dislipidemia - Das LDL aos triglicéridos**
Dr. Alberto Mello e Silva

9.30-10.00h **A perspetiva do Cardiologista na gestão terapêutica do doente com dislipidemia**
Prof. Doutor Pedro Monteiro

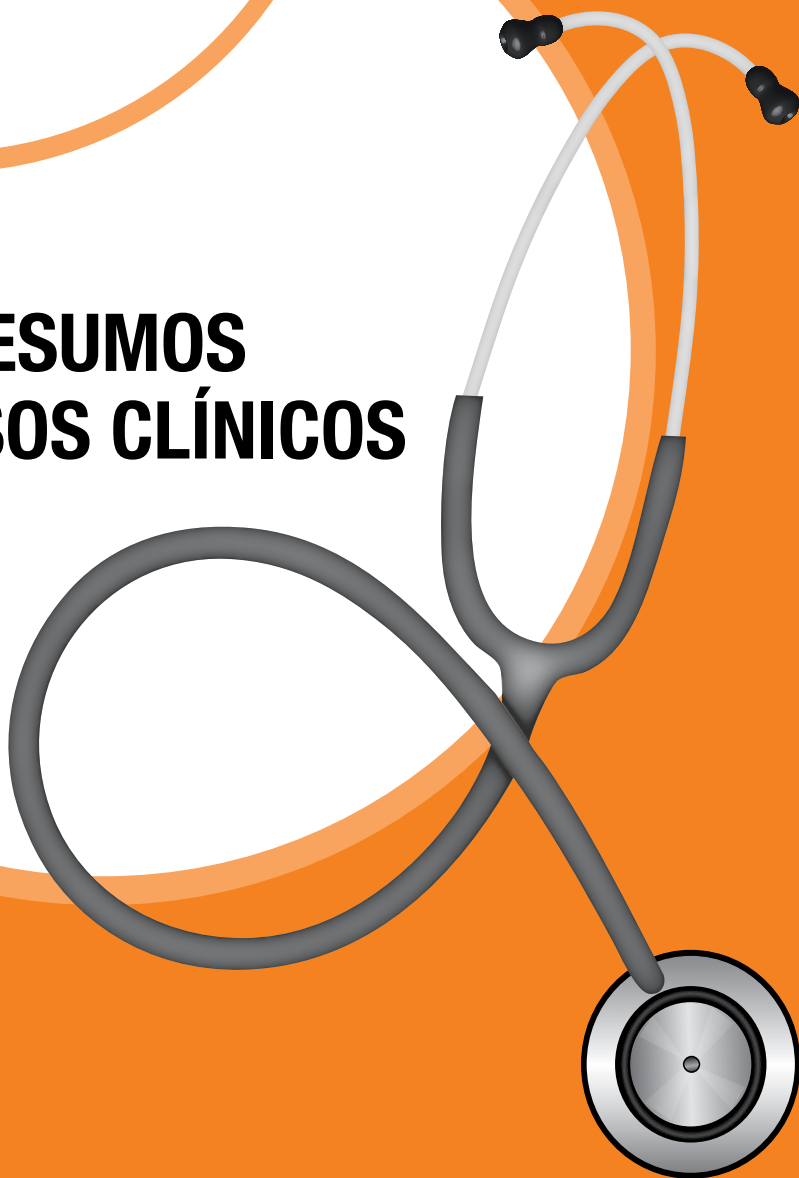
10.00-10.30h **A dislipidemia no doente diabético e pré-diabético**
Dr. Luís Andrade

XXI JNPC



Jornadas Nacionais Patient Care
A melhor prática clínica para o médico atual

RESUMOS DE CASOS CLÍNICOS





CC 01

ENDOMETRIOSE UMBILICAL?

Leonor Lucas; Ana Ramos Pinto
USF Conde Saúde

Enquadramento: A endometriose é uma doença inflamatória crónica, definida pela presença de glândulas e estroma endometriais fora da cavidade uterina. Os locais mais frequentemente afectados são os órgãos pélvicos e o peritонеu. Afecta tipicamente as mulheres em idade reprodutiva, com dor pélvica crónica e/ou infertilidade. A forma cutânea é rara, podendo acometer a região umbilical em 0,5 a 1% dos casos.

Descrição do caso: C.M., 35 anos, sexo feminino, IMC 23.4, fumadora, IO:0000, com antecedentes pessoais de adenoma hepático operado no hospital Curry Cabral e de endometriose diagnosticada em 2012 seguida em consulta privada de ginecologia. Há antecedentes familiares de endometriose numa prima em 1º grau e em duas primas em 2º grau do lado materno. Em outubro de 2015 dirige-se à USF por dor e eritema no umbigo, com mau cheiro. É medicada com ácido fusídico e ibuprofeno, com a indicação de que se não melhorar deverá ser reavaliada. Regressa em dezembro de 2015 com um quadro de hemorragia umbilical súbita e presença de coágulos no umbigo. Nega qualquer traumatismo. Ao exame objetivo a cicatriz umbilical encontrava-se com uma tonalidade arroxeadas, mas indolor ao toque. Manteve a medicação. Colocamos a hipótese diagnóstica de endometriose umbilical e solicitou-se uma ecografia da parede abdominal. Em janeiro de 2016 vem por nova hemorragia umbilical e refere que estas têm ocorrido durante o período menstrual, coincidentes com a extracção do anel vaginal. Com ecografia normal e com a hipótese diagnóstica de endometriose umbilical referenciou-se para a consulta de ginecologia para avaliação e seguimento. Ainda no mês de Janeiro, por hemorragia umbilical cíclica e episódio de lipotimia, recorre ao SUOG do Hospital de Santa Maria, onde realiza em abril de 2016 ressonância magnética com imagens compatíveis com formação nodular umbilical, endometrioma do ovário e placa de endometriose uterina.

Discussão: O médico de família poderá ocasionalmente ser o primeiro contacto com a endometriose e/ou com as suas formas raras, patologia pouco frequente e pouco valorizada na nossa prática clínica. Devemos ter presentes as suas múltiplas apresentações, de forma a referenciar precocemente e fazer o correto seguimento tanto da situação clínica como também do seu impacto no doente e

na sua família. A endometriose justifica monitorização periódica e atenção a sinais de evolução da doença, permitindo a discussão antecipada de possíveis complicações e da forma de as abordar.

CC 02

DISSEÇÃO DA AORTA EM MULHER JOVEM

– QUANDO A SÍNDROME DE MARFAN É DESCONHECIDA

Inês Flor Cunha¹; Leonor Marques²; Serzelina Cunha¹

¹USF 3 Rios – ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul; ²Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa (CHTS)

Enquadramento: A síndrome de Marfan é uma patologia do tecido conjuntivo, de carácter hereditário, com transmissão autossómica dominante. A mutação maioritariamente identificada afeta o gene fibrilina 1, que codifica uma glicoproteína extracelular. A expressão fenotípica é variada, atingindo os sistema cardiovascular, musculoesquelético, ocular, pulmonar e cutâneo. A incidência na população é de 1:3000-5000, sem predomínio de sexo.

Descrição do caso: C.P.A.M, sexo feminino, 33 anos, desempregada. Residente em Felgueiras. Sem seguimento nos Cuidados de Saúde Primários. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial desde 2015. Medicada com atenolol 50 mg/dia.

Desde há nove meses, com queixas de dor retroesternal opressiva e disfagia, com agravamento progressivo no último mês. Recorreu ao Serviço de Urgência do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa no dia 29 de setembro de 2015, apresentado à admissão dor retroesternal intensa, associada a dispneia em repouso e ortopneia.

Ao exame objectivo: consciente e colaborante; pálida e hipersudorética; FC de 91 bpm; TA 137/58 mmHg; apirética; na auscultação cardíaca: S1 e S2 rítmicos, sopro diastólico grau III/VI; na auscultação pulmonar: murmúrio vesicular simétrico, crepitações bibasais; membros inferiores sem edemas; pulsos periféricos diminuídos bilateralmente; destacava-se a sua estatura elevada, face alongada e micrognatia, aracnodactilia e hiperlaxidão articular. Dos estudos complementares solicitados, sublinham-se os seguintes achados: ECG em ritmo sinusal com infradensivelamento do segmento ST em todas as derivações; ecocardiograma transtorácico sumário: “dilatação da raiz da aorta, insuficiência aórtica severa, dilatação ligeira do ventrículo esquerdo, sem alterações da cinética segmentar, função ventricular preservada. Sem derrame pericárdico”; AngioTAC: “Flap desde a crossa da aorta até à bifurcação das artérias ilíacas comuns. Sem imagem de atingimento carótideo”.

Os achados foram compatíveis com o diagnóstico de disseção da aorta toracoabdominal, de Bakey tipo I e Stanford tipo A, em doente com provável síndrome de Marfan.

A doente foi transferida com caráter emergente, para o serviço de Cirurgia Cardíaca do hospital de referência. Os achados intraoperatórios foram compatíveis com disseção aórtica crónica. A doente foi submetida a cirurgia de substituição da válvula aórtica e da raiz da aorta por conduta valvulada”.

A cirurgia decorreu sem intercorrências. Mantém seguimento nos Cuidados de Saúde Primários e consultas de Cardiologia e Cirurgia Cardíaca.

Discussão: A presença de hipertensão arterial sistólica num doente adulto jovem, com menos de 40 anos, deve ser investigada, no sentido de excluir etiologias secundárias. A presença de valores de pressão arterial sistólica elevados, com diastólica anormalmente baixa, é um sinal clínico característico de insuficiência aórtica, sendo esta uma das complicações cardiovasculares reconhecidas da síndrome de Marfan.

No caso em discussão, a presença de um fenótipo típico e de hipertensão arterial sistólica com pressão de pulso aumentada levantaram a suspeita diagnóstica de síndrome de Marfan com atingimento cardiovascular. O seguimento clínico e imagiológico adequado no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários destes doentes é necessário, evitando-se complicações agudas e crónicas com necessidade de correção emergente com altas taxas de morbimortalidade.

CC 03

UM CASO DE SÍNDROME DE LYNCH NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Gustavo Gama; João Antunes; Manuela Archer
USF Brás Oleiro (ACES de Gondomar)

Enquadramento: O síndrome de Lynch é uma doença hereditária autossómica dominante que em cerca de 70% dos indivíduos afectados se pode converter num cancro do cólon e reto (CCR).

Esta patologia apresenta mutações genéticas responsáveis também por um risco acrescido de desenvolverem outros tumores.

O diagnóstico clínico é realizado através do preenchimento dos Critérios de Amsterdão. A vigilância dos sintomas com a realização de rastreio através de colonoscopia pode ajudar a estabelecer o diagnóstico e a prevenir o CCR.

Descrição do caso: V.J.S.S., sexo masculino, 46 anos, casado e pai de dois filhos. Como antecedentes pessoais tem síndrome de Lynch, hipertensão arterial, síndrome de apneia obstrutiva do sono, obesidade e septoplastia. Está medicado com losartan, hidroclorotiazida e pantoprazol.

Em outubro de 2005, foi-lhe diagnosticado adenocarcinoma do cólon esquerdo, sendo submetido a hemicolectomia esquerda, pT3NOMORO. Realizou oito ciclos de

quimioterapia adjuvante com capecitabina, sem evidência de recidiva. Em dezembro de 2010, fez polipectomia de pólipos hiperplásicos com 8 m do recto. Em Outubro de 2012, após teste genético confirmou-se que era portador da mutação genética do gene MLH1.

Em novembro de 2015, realizou polipectomia de pólipos séssil no sigmoide, cujo resultado anatomo-patológico revelou adenocarcinoma bem diferenciado com displasia de alto grau. Após este resultado foi submetido a uma colectomia total.

Em fevereiro de 2016, recorreu ao serviço de Urgência por aumento dos débitos de colostomia com fezes líquidas e necessidade de esvaziar de hora a hora. Permaneceu internado durante 4 dias para vigilância.

O doente para além de estar acompanhado em várias consultas hospitalares é seguido e vigiado na USF com regularidade.

Discussão: Apesar do síndrome de Lynch se tratar de uma patologia de índole oncológica com seguimento em Consultas Hospitalares, o médico de família tem um papel fundamental na gestão de todo o processo de vigilância, rastreio e profilaxia.

Se por um lado, os portadores da doença tem um risco aumentado de vir a ter CCR ou outras neoplasias, por outro, a doença tem um componente genético/hereditário onde é necessário fazer o acompanhamento do restante agregado familiar.

Este caso clínico promove o conhecimento da etiologia desta patologia e alerta para o papel do médico de família em possíveis diagnósticos que necessitem de acompanhamento hospitalar.

CC 04

AS APARÊNCIAS ILUDEM – APLICAÇÃO DOS MÉTODOS DE AVALIAÇÃO FAMILIAR

Ana Catarina Martins; Ana Rua
Unidade de Saúde Familiar Freamunde

Enquadramento: O conhecimento e utilização dos métodos de avaliação familiar faz parte das competências de todo o médico de família. É fundamental que conheça não só o utente, mas também todos os elementos do agregado familiar e a sua funcionalidade, para que possa agir em conformidade com as necessidades de cada um.

Descrição do caso: Utente do sexo feminino com 66 anos de idade, natural e residente em Freamunde, atualmente reformada. Com antecedentes de síndrome depressivo, perturbação do sono e dislipidemia. Foi selecionada para realização de avaliação familiar por se encontrar inserida em família de co-habitação, com graves dificuldades económicas e aparente escasso apoio familiar.

Teve dificuldades económicas desde jovem, tendo sido

vítima de maus-tratos por parte do pai e, posteriormente, por parte do marido, durante 23 anos de casamento. A síndrome depressiva, presente desde cedo, acentuou-se com a perda de 2 filhos logo após o parto. Após separação do marido foi-se afastando aos poucos dos seus dois filhos e atualmente acaba por ter pouco contacto com ambos (filha a viver em França e afastamento do filho por quezília). Para além dos filhos, atualmente relaciona-se (pouco) com o irmão, e com uma vizinha e uma professora a quem subaluga quarto, das quais se considera amiga. O afastamento da família percebido pela utente é bem visível pela aplicação do APGAR familiar, onde obteve 0 pontos, e pelo Círculo familiar de Thrower, onde descreve maior proximidade às amigas e aos netos do que aos filhos e ao irmão. A utente apresenta uma postura de vítima, sobretudo em relação ao irmão e aos filhos, culpando-os pela sua solidão e falta de apoio, principalmente monetário.

Discussão: O caso descreve uma experiência de vida difícil, numa utente muito apelativa e com um traço de personalidade manipulador, avolumando de forma negativa o seu suporte familiar quando também tem parte da responsabilidade pelo distanciamento a quem a quer ajudar. Os métodos de avaliação familiar têm uma conotação fortemente subjetiva e a sua interpretação deve ser realizada de forma crítica, procurando, se necessário, confirmar certos dados através da sua aplicação a diferentes elementos da família, tornando a avaliação mais fidedigna e completa. Entretanto, a sua aplicação continua a ser essencial até porque a perceção do utente da sua família pode, por si só, ser origem de patologia.

CC 05

UM CORPO ESTRANHO INCOMUM...

Carla Ribeiro; Virgílio Pinto
USF La Salette

Enquadramento: A inserção do dispositivo intrauterino (DIU) constitui uma forma segura e efetiva, entre os métodos de contraceção. A perfuração uterina é uma complicação rara e grave, podendo ocorrer em cerca de 0,06 a 0,16% das inserções. Cerca de 15% destas perfurações pode levar a complicações de órgãos adjacentes, principalmente intestinais. Os dispositivos podem ser inseridos com segurança durante o período de lactação, 8 a 12 semanas após o parto. Os sintomas da existência de um corpo estranho podem iniciar-se logo após a inserção do DIU ou até meses depois. O tratamento consiste na realização de cirurgia por via laparoscópica para remoção do DIU. Este caso descreve uma perfuração uterina assintomática durante 8 anos, tendo o DIU se alojado na cavidade abdominal.

Descrição: Mulher de 42 anos, divorciada, pertence a

uma família monoparental. Sem antecedentes familiares e pessoais relevantes. A utente refere ter colocado DIU há 8 anos, 3 meses após o parto por cesariana. Após a inserção do DIU, a utente sentiu um desconforto no hipogastro, tendo realizado ecografia ginecológica, não se localizando o DIU. Manteve-se assintomática até agosto de 2016. Recorre à consulta por dor abdominal ao nível da região periumbilical esquerda com evolução de 1 semana, associada a distensão abdominal, náuseas e obstipação. Ao exame objetivo apresentava distensão abdominal, com dor à palpação profunda na região periumbilical esquerda e timpanismo no flanco esquerdo. O exame citológico cervicovaginal e ecografia ginecológica endovaginal eram normais. O TAC abdominopélvico relata “DIU fora do útero em situação periumbilical esquerda, designadamente nos planos peritoneais mais anteriores”. Foi referenciada à consulta de Cirurgia, tendo sido programada cirurgia por via laparoscópica para remoção do DIU.

Discussão: O DIU na cavidade abdominal, pode permanecer por um longo período sem sintomatologia. A incidência pode ser influenciada pelo tipo de DIU, o período de inserção após o término da gestação, a posição do útero, a técnica de inserção e a experiência do profissional. A perfuração uterina ocorre em geral no momento da inserção. A dor abdominal e hemorragia são indícios de uma possível perfuração. Outras complicações de migração e perfuração são a formação de fibrose, perfuração de víscera oca, infertilidade, obstrução intestinal e apendicite. Em utentes sintomáticas, a indicação é cirurgia por via laparoscópica, que permite realizar a extração do DIU.

CC 06

UMA SIMPLES LOMBALGIA?

– A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

¹Sofia Cardoso; ²Jéssica Perpétuo; ³Cristina Pinto

^{1 e 3}USF Maresia – ULSMatosinhos; ²USF Horizonte - ULSMatosinhos

Enquadramento: O caso clínico que se apresenta retrata uma doente do sexo feminino, saudável, a quem foi realizado o diagnóstico de esclerose lateral amiotrófica (ELA), após ter sido referenciada ao serviço de Urgência (SU) pela sua médica de família (MF).

Descrição do caso: Doente do sexo feminino, de 56 anos, 4º ano de escolaridade, desempregada, casada, pertencente a uma família funcional, nuclear, na fase VII do Ciclo de Duvall e à classe média de Graffar. Como antecedentes pessoais, realça-se paralisia facial periférica de etiologia indeterminada há cerca de 10 anos, dislipidemia e osteoporose. Nega hábitos toxicológicos, alergias medicamentosas, cirurgias ou internamentos. Medicada cronicamente com ácido acetilsalicílico 100 mg, calcitriol 0,25 µg e ácido alendronico + colecalciferol 70 mg +

5600 UI. Sem antecedentes familiares de doença do foro neurológico. Recorre a múltiplas consultas abertas na sua Unidade de Saúde Familiar (USF) por lombalgia com anos de evolução, mas agora com agravamento progressivo, diminuição da força muscular e parestesias nos membros inferiores (MIs), com dificuldade na marcha. Ao exame objetivo, realça-se hiperreflexia e diminuição da força muscular nos MIs (4/5). A radiografia da coluna lombar mostrou diversas alterações degenerativas. Foi prescrita medicação analgésica, tratamento fisioterápico e foi realizada a referenciação para a consulta de ortopedia. Pelo agravamento progressivo das queixas, a doente foi referenciada para o SU de ortopedia do hospital Pedro Hispano (HPH). No SU de ortopedia, foi excluída a hipótese de mielopatia cervical compressiva e pedida observação pela neurologia. O colega de neurologia optou por internar a doente para estudo etiológico. Durante o internamento, realizou uma eletromiografia que confirmou a suspeita de doença neurológica periférica e uma espirometria que mostrou fraqueza do diafragma e dos músculos respiratórios esqueléticos. Os restantes exames não mostraram qualquer alteração. Perante o diagnóstico de ELA, teve alta orientada para diversas consultas hospitalares. Em consultas de reavaliação pelo seu MF, foi realizada a gestão das complicações psicológicas consequentes ao diagnóstico de uma doença neurológica grave.

Discussão: A lombalgia é uma causa frequente de consulta médica em Cuidados de Saúde Primários (CSP). Uma anamnese e um exame físico exaustivo são essenciais na obtenção da etiologia da lombalgia, que pode ser muitas vezes desafiante. Este caso clínico pretende demonstrar o papel relevante do médico de família na orientação/identificação de uma patologia grave e no acompanhamento do doente e familiares, com orientação adequada, para a minimização do impacto psicológico e restabelecimento da estabilidade e dinâmica familiar.

CC 07

DOR NA CINTURA PÉLVICA NA GRAVIDEZ

Ana Luísa Marcelino
USF Ouriceira

Enquadramento: A dor da cintura pélvica relacionada com a gravidez (DCPG) é uma desordem complexa de etiologia multifatorial (fatores biomecânicos, traumáticos, genéticos, hormonais e degenerativos) com um mecanismo ainda não totalmente esclarecido. Julga-se que atinja cerca de 16 a 25% das grávidas. É definida como uma dor relacionada com a gravidez que se localiza entre a crista ilíaca posterior, a prega glútea e as articulações sacroilíacas, que pode irradiar para a parte posterior da coxa e que pode aparecer em conjunto ou separadamente na

sínfise púbica. É reprodutível por testes físicos e tem como fatores de risco (FR) história prévia de dor lombar, DCPG ou traumas da pélvis.

Muitas vezes desvalorizada pelos médicos é uma entidade que pode ter implicações físicas e psicológicas importantes nas grávidas e no pós-parto nos cuidados ao recém-nascido.

Descrição do caso: mulher, 35 anos, nulípara, empregada de balcão, sem antecedentes pessoais relevantes, 26 semanas de gestação. Vem à consulta por dor (7 na EVA) na região lombar e púbica de agravamento progressivo no último mês, já tendo recorrido ao SU e tido alta com paracetamol 1000 mg em SOS.

Ao exame objetivo fomos excluir patologia lombar e verificámos dor à palpação dos ligamentos sacro ilíacos posteriores e sínfise púbica, teste Trendelenburg modificado e SLR negativo.

Foi explicada à utente a anatomia pélvica, FR para a DCPG, mecanismos etiológicos conhecidos, bem como fatores de agravamento/alívio. Aconselhamento do uso de uma cinta pélvica para alívio sintomático por curtos períodos.

Às 34s houve agravamento da dor durante a sua atividade laboral (transportava caixas e períodos prolongados em pé) pelo que lhe foi atribuído o certificado de incapacidade temporário para o trabalho, com uma melhoria significativa da dor até ao parto.

Teve um parto distócito com fórceps e cesariana por incompatibilidade pélvica, feto com 4100 kg. Na consulta de puerpério apresentava dor (9 na EVA) na região púbica e sacro ilíaca com incapacidade de apoio unipodal nas 3 semanas pós-parto. Propusemos iniciar fisioterapia com um plano individualizado de exercícios pélvicos e abdominais e aos 3 meses pós-parto já tinha uma marcha sem dor tendo regressado às suas atividades do dia-a-dia.

Discussão: A DCPG é uma dor que geralmente desaparece depois ou durante os 3 meses após o parto, mas que pode prolongar-se até aos 2 anos. O presente caso pretende realçar a importância de uma abordagem atempada para evitar o agravamento e a cronicidade da situação. Apesar de não existir nenhum fluxograma de intervenção devidamente estabelecido, são vários os estudos que sugerem a importância de um diagnóstico precoce e de uma intervenção no sentido de informar as utentes sobre os mecanismos de alívio e agravamento da dor e que lhes deem estratégias de intervenção. Quando estas medidas não são suficientes é necessário que sejam referenciadas para a MFR de forma a se estabelecer um plano de exercícios individualizado. Assim, é importante que os MF estejam familiarizados com a DCPG, que a valorizem e que a reconheçam como uma entidade que pode ter um impacto importante na qualidade de vida da mulher na gravidez e no pós-parto.

CC 08

CONTRIBUTO DA SULODEXIDA NA DOENÇA VENOSA CRÔNICA

Ana Teresa Fernandes; Ana Machado Costa; Carina Antunes
USF de Ronfe

Enquadramento: A doença venosa crónica abrange um leque de sinais e sintomas com gravidade variável, envolvendo normalmente os membros inferiores: prurido, dor, veias varicosas e úlceras venosas. Esta última manifestação, além de severa, está associada a problemas socioeconómicos devido à sua prevalência, morbidade e custos associados.

Descrição do caso: Utente de 77 anos de idade, autónoma para as atividades de vida diária. Tem como antecedentes: Excesso de peso, osteoartrose da anca e joelho, divertículo de Zenker e hipertensão arterial. Em 2012 recorreu ao médico de família por dor nas pernas, associada a edema, rubor e hiperpigmentação cutânea. Apresentava ainda xerose e rarefação pilosa na mesma área. Os pulsos pediosos e tibiais posteriores estavam presentes embora filiformes. Foi medicada com enoxaparina sódica 1mg/Kg/dia e ibuprofeno durante 6 dias. Dois meses depois, apresentou dor nos membros inferiores, associada a veias varicosas, sem outras alterações cutâneas. Foi medicada com enoxaparina sódica e diosmina. Durante dois anos foi acompanhada, com períodos sintomáticos alternados com períodos sem queixas. Foram dadas recomendações não farmacológicas e a doente foi fazendo ocasionalmente flavonoides. Em 2015 refere agravamento dos sintomas associados a veias varicosas e alterações tróficas sem úlcera, sobretudo na perna direita. Foi medicada com sulodexida 600 mg IM durante 12 dias seguida de sulodexida 250 mg via oral durante 30 dias. Foi reforçada a necessidade de medidas não farmacológicas, nomeadamente a importância da utilização de meias de compressão elástica. Repetiu o tratamento farmacológico dois meses depois com melhoria significativa dos sintomas.

Discussão: Retrata-se uma situação de risco elevado de progressão para úlcera venosa, onde a vigilância longitudinal é indispensável. Além disso, é uma patologia prevalente em doentes que recorrem ao médico de família (38-70%), e a intervenção nos estilos de vida e a utilização de meias de compressão elástica são a base do tratamento da doença venosa crónica e devem ser abordados em todas as consultas. Não obstante, este caso parece ser concordante com o que dados preliminares de ensaios clínicos têm demonstrado sobre a sulodexida, enquanto opção eficaz no tratamento de todos os estadios da doença venosa crónica e não só de úlceras. A evidência científica apoia também que poderá ter benefício na prevenção da progressão da doença, ainda que sejam necessários mais estudos.

CC 09

HIPERGLICEMIA E DIABETES: VERDADEIRO OU FALSO?

Clara Esteves Jorge; Ana Luísa Alves; Erika Fernandes;
Ana Catarina Pires; Daniel Carquejo
Unidade Local de Saúde do Nordeste

Enquadramento: A diabetes é um conjunto heterogéneo de síndromes com etiologia multifactorial, sendo hoje em dia a doença endócrina mais frequente. A verdadeira prevalência da diabetes é difícil de estimar, prevendo-se metade dos casos sem diagnóstico. Este trabalho tem por objectivo expor um caso de hiperglicemia marcada sem presença de diabetes.

Descrição do caso: Homem de 81 anos, caucasiano, pertencente a uma família nuclear na fase VIII do ciclo de vida de Duvall, com antecedentes de pericardiotomia em 1996; HTA desde 1997 e AVC no mesmo ano com hemiparesia esquerda sequelar, herniorrafia inguinal direita em 2008; osteoartroses com prótese total da anca em 2012 e cirurgia a catarata em 2014. Medicado com anti-hipertensor e anti-agregante. Foi encaminhado à consulta aberta por lipotimia após exposição solar com recuperação espontânea. À observação encontrava-se consciente, orientado e colaborante, com hipertermia de 38.8°C, glicemia capilar de 485 mg/dl e crepitações na base pulmonar esquerda. Restante exame objectivo sem alterações e meios complementares de diagnósticos (ECG, Rx Tórax e combur) normais. Administrou-se paracetamol, 12 unidades de insulina rápida, soro fisiológico 0.9% e antibioterapia. Reavaliou-se a glicemia após 10 minutos que se mantinha a 490 mg/dl pelo que se aprofundou a anamnese para descodificar a existência de hiperglicemia em doente sem história de diabetes. No inquérito dirigido verificou-se a ingestão prévia de figos pelo que após a lavagem correcta das mãos do doente, a glicemia foi de 57 mg/dl.

Discussão: Muitas vezes o médico efectua um juízo clínico baseado nos meios complementares de diagnóstico conduzindo a diagnósticos incorrectos e consequentes actos médicos potencialmente prejudiciais. Apesar da medicina de urgência abordar o doente por patologias é fulcral observa-lo como um todo e não pela soma dos dados objectiváveis.

Palavras-chave: Diabetes mellitus, hiperglicemia, diagnóstico diferencial, medicina baseada na evidência.

CC 10

QUANDO UMA DOENÇA ESCONDE O VERDADEIRO PROBLEMA

Coralie Alves; Catarina Oliveira; Gorete Costa
USF Lígios- ACeS Cávado III Barcelos/Esposende

Enquadramento: O Síndrome XYY também designado síndrome do super-homem, corresponde a uma aneu-

ploidia dos cromossomas sexuais, com uma incidência de 1/1000 recém-nascidos. Em alguns casos, ocorre uma divisão aleatória durante o desenvolvimento embrionário precoce, resultando num mosaico, cujas configurações determinam o fenótipo da criança. Alguns aspetos clínicos comuns têm sido descritos: estatura alta, macrocefalia, hipertelorismo, cardiopatias congénitas, alterações gêni-to-urinárias, risco de infertilidade, hipotonia, tremor, asma, dificuldades de aprendizagem e perturbações do espectro autista. A apresentação deste caso tem por objetivo alertar os médicos de família da importância de deteção de sinais ou sintomas psicológicos, fatores ambientais desestabilizadores e de disfunção familiar, frequentemente relacionados com esse grupo de patologias.

Descrição de caso: Adolescente do sexo masculino, 11 anos, pertencente a uma família alargada, na classe II segundo a Classificação de Graffar. Referenciação aos 7 anos de idade para consulta de Pediatria por dificuldades de aprendizagem, défice de atenção, hiperatividade e alterações do comportamento. Orientado para a consulta de Genética Médica, tendo o estudo genético revelado um mosaicíssimo 47,XY [47]/46,XY [5] que determina o fenótipo da criança, com diagnóstico de Síndrome XYY.

No seguimento das consultas de vigilância, a mãe refere ter realizado estudo genético que se revelou negativo e relata dificuldades no cumprimento de regras por má adesão do pai. O pai nega perturbação do filho e recusa realização do estudo genético.

É realizada avaliação de todo o agregado familiar, através do genograma, a psicofigura de Mitchell e a avaliação do APGAR familiar. A família apresenta-se altamente disfuncional e verifica-se uns elos emocionais conflituosos entre os pais do adolescente. Constata-se a presença de padrão familiar com a perturbação do comportamento sexual e de consumos excessivos de álcool no pai e avô paterno do adolescente.

Discussão: A multiplicidade de casos observados em consultas de Saúde Infantil, alguns deles com dificuldade diagnóstica pela variedade fenotípica de muitas doenças, tornam estas consultas um desafio clínico. A orientação e o acompanhamento destes utentes do ponto de vista da sua doença e do impacto desta no seu ambiente psicossocial e familiar são fundamentais. Aqui o médico de família está numa posição privilegiada, na sua abordagem holística da família, que lhe permite identificar fatores de risco, triangulações e promover a comunicação entre os pares e as forças familiares positivas.

Palavras chave: *Karyotype, xyy; Child behavior disorders; Family health.*

CC 12

ABCESSO DE BRODIE

– UMA CAUSA RARA DE GONALGIA

Filipa Leite Costa

UCSP Chaves II

Enquadramento: A dor musculoesquelética constitui um desafio para o médico de família, correspondendo a uma das queixas mais frequentes na consulta de Medicina Geral e Familiar (MGF). Insere-se, por vezes, em quadros vagos, incipientes e associado a outras queixas que poderão ser tão preciosas como confundidoras. O relato deste caso pretende alertar para uma patologia rara, de difícil diagnóstico, cuja suspeição parte de uma queixa comum.

Descrição do caso: Homem de 57 anos, casado, trabalhador na construção civil. Inserido numa família nuclear, na fase VI do Ciclo de Vida de Duvall. Antecedentes pessoais de dislipidemia mista, consumo regular de álcool e sem hábitos tabágicos. Medicado habitualmente com pravastatina 40 mg. Recorreu à consulta por gonalgia esquerda, com 2 meses de evolução, de intensidade moderada, intermitente, com agravamento progressivo. Sem história de traumatismo. Sem febre. Ao exame objetivo com dor à palpação sobretudo na região poplíteia e gemelar, sem outros sinais inflamatórios. Sem limitação da mobilização articular e instabilidade. Optou-se por medicar com analgésico. Voltou, após 2 semanas, por agravamento da gonalgia, agora associado a claudicação. Foi pedida radiografia do joelho esquerdo, que mostrou lesão focal lítica na extremidade proximal da metáfise da tibia. Posteriormente, realizou tomografia computadorizada (TC) para esclarecimento e foi referenciado a Ortopedia. O TC revelou abcesso de Brodie na metáfise da tibia, tendo iniciado antibioterapia.

Discussão: O abcesso de Brodie é uma forma rara de osteomielite subaguda. É uma patologia de difícil diagnóstico, pois os sintomas são escassos e frustes, sendo o mais frequente uma dor ligeira a moderada, de início insidioso. Adicionalmente, pode mimetizar várias condições benignas e malignas, que contribui para o atraso do diagnóstico. A radiografia convencional constitui o primeiro exame imagiológico no processo de investigação diagnóstica, contudo o exame de eleição para diagnóstico é a ressonância magnética. O tratamento assenta na prescrição de antibioterapia e habitualmente tem um curso de evolução benigno. Um dos fatores de pior prognóstico é o atraso na instituição da terapêutica.

De facto, o abcesso de Brodie constitui um desafio e espelha a abrangência da prática clínica em MGF. Apesar de ser uma patologia rara, deve ser equacionada no diagnóstico diferencial de doentes com dor articular/extremidades, de início insidioso e meses de evolução.

CC 13

E-COMUNICAR EM MGF

Joana Montenegro Penetra; Luiz Miguel Santiago;
Carolina Duarte Pereira; Ana Rita Magalhães; Ana Letra
USF Topázio

Enquadramento: Segundo a definição da WONCA faz parte das competências do médico de família realizar uma abordagem centrada na pessoa e sua família/comunidade e ainda a capacidade de lidar com problemas de saúde nas suas dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial. Segundo a DGS, a prevalência em Portugal no ano de 2013 das perturbações de ansiedade e depressivas rondou os 16,5% e os 7,9%, respetivamente. Adicionalmente, as várias fases da vida pessoal e profissional de um indivíduo (capítulo Z da ICPC-2) podem estar associadas a elevados níveis de stress com dificuldade adaptativa que leva a perturbações do sono e das atividades diárias, absentismo laboral e incapacidade relacional. A escala social de readaptação de Holmes e Rahe, por exemplo, evoca várias situações capazes de influenciar a probabilidade de vir a desenvolver uma doença psicossomática. Assim, apesar desta problemática frequente nos cuidados de saúde primários, a abordagem da dimensão psicológica do indivíduo nem sempre é fácil, dado que necessita de tempo e disponibilidade emocional que muitas vezes o médico não possui.

Descrição de caso: Mulher, 41 anos, divorciada, vive com o filho proveniente de uma segunda relação, separada, licenciada em ciências sociais, empregada bancária. Tipo de família monoparental, Escala de Graffar classe média alta, APGAR Familiar de Smilkstein família moderadamente disfuncional. Antecedentes pessoais: Hipertensão não complicada, sob IECA + diurético tiazídico; episódio depressivo inaugural há 15 anos, atualmente sob trazodona e vortioxetina. Filho com défice de atenção seguido na consulta de desenvolvimento do hospital Pediátrico de Coimbra. Vem a consulta a 17/8/2016 por sugestão da psicóloga do filho para procurar ajuda para o luto da morte da mãe no ano anterior. Refere perturbação do sono com múltiplos despertares, pesadelos, cansaço e choro fácil com desmotivação e incapacidade de desempenhar as atividades da vida diária. A mãe era o seu suporte e a morte súbita fê-la perder as raízes. Sente que já passou muito tempo e não é capaz de avançar. É proposto que escreva um texto sobre como se sente e onde quer chegar no futuro e que envie por e-mail. Aceita o desafio e escreve o primeiro e-mail no dia seguinte, obtendo resposta do médico de família no próprio dia. Ao longo de uma semana ocorrem diversas trocas de correio eletrónico em que a doente explica os seus sentimentos e suas dificuldades e é estimulada a expressar as emoções, organizar os pensa-

mentos, enfrentar memórias, ser paciente e virar-se para o futuro. A 24/10/2016 refere ter diminuído a medicação e sentir-se melhor e regressa a consulta a 3/11 visivelmente com maior motivação para enfrentar desafios.

Discussão: São inúmeras as pessoas que recorrem ao médico de família em fases da vida difíceis, seja por problemas pessoais ou profissionais. Mesmo que não haja uma depressão instalada, sentem-se impotentes para realizar as tarefas da sua vida diária e desejam muitas vezes medicação ansiolítica ou hipnótica que possa servir como bengala. Infelizmente, o acesso à psicologia no SNS é escasso e estes profissionais de saúde estão tão ou mais sobrecarregados que os médicos. Adicionalmente, os problemas associados ao dia a dia não têm indicação para medicação psicotrópica, sendo no entanto a solução mais fácil numa medicina sem tempo disponível para o utente. Na nossa unidade, sabendo que estas questões não tem resolução de um dia para o outro, acreditamos que a pessoa tem muitas vezes capacidade para enfrentar o seu problema através da autoscopia e desde que devidamente apoiada. Assim, consideramos que o médico de família deve procurar formação básica na área da psicoterapia. Por outro lado, julgamos o correio eletrónico uma excelente forma de ultrapassar o constrangimento do tempo e da timidez, ajudando a pessoa na capacidade de compreender e sintetizar o que a perturba, de forma a poder olhar para o futuro com mais esperança e confiança.

CC 14

DOENÇA E DISFUNÇÃO FAMILIAR

– QUANDO AS DUAS REALIDADES COEXISTEM

Sara Vidal; Cláudia Palmeira
USF Molicheiro - ACeS Baixo Vouga

Enquadramento: A artrite idiopática juvenil (AIJ) é uma doença crónica, autoimune, inflamatória, correspondendo à doença reumatológica mais comum em idade pediátrica. O quadro clínico cursa com um início antes dos 16 anos de idade e as manifestações têm que persistir por um período de, pelo menos, seis semanas para se poder considerar este diagnóstico. Trata-se de uma entidade cuja etiologia é desconhecida e cujo diagnóstico é de exclusão. O objectivo do tratamento é induzir remissão e controlo da doença, de forma a minimizar a dor e a disfunção e melhorar a qualidade de vida dos doentes. O atraso no diagnóstico pode cursar com lesão articular importante e ter um impacto no desenvolvimento ósseo e no crescimento. Estima-se que 1/3 destes indivíduos terão doença activa persistente na idade adulta. O médico de família (MF) tem um papel fulcral no rápido reconhecimento desta entidade e na referenciação precoce para a Reumatologia, de forma a minimizar os danos.

Descrição do caso: Lactente de 23 meses, sexo feminino, pertencente a família monoparental, classe IV de Graffar, Apgar Familiar de 0 pontos, correspondendo a uma família de médio risco na Escala de Risco Familiar de Segovia-Dreyer. Em junho de 2016 inicia alteração da marcha, previamente autónoma, alteração essa agravada após os períodos de repouso e de agravamento progressivo, tendo recorrido ao SU do hospital Pediátrico de Coimbra duas semanas após o início do quadro. Ao exame objectivo apresentava uma marcha de base alargada, arrastada, com noção de recusa para o apoio dos membros inferiores. Analiticamente apresentava uma VS de 93 mm/h. Realizou radiografia da anca e ecografia dos joelhos e da anca, cujos resultados não revelavam alterações. Ficou internada para vigilância e estudo da situação, tendo sido percebido que a lactente adoptava a posição de sentada como preferencial. Realizou ecografia abdominal e pélvica que revelou “gânglios na cadeia ilíaca externa e inguinal esquerdas, de provável natureza reaccional”. Medicada com ibuprofeno fixo, revelou melhoria clínica evidente. Aquando da avaliação por Reumatologia, no contexto do internamento, apresentava ao exame objectivo, tumefacção bilateral dos joelhos, com impossibilidade em realizar extensão dos mesmos e limitação discreta dos movimentos na tibiotársica esquerda. Foi colocada a hipótese de diagnóstico de AIJ, tendo realizado ecografia articular que revelou “espessamento sinovial difuso” nos joelhos e “algum espessamento sinovial no recesso anterior, bilateralmente [nas tibiotársicas], com fina lâmina de derrame articular”. Assim, foi considerada uma AIJ com envolvimento clínico de três articulações e ecográfico de quatro. Iniciou tratamento com metotrexato subcutâneo semanal. Em Agosto realizou infiltração articular de ambos os joelhos. Mantém seguimento em CE de Reumatologia. Atualmente já é capaz de realizar marcha autónoma e encontra-se agora medicada com metotrexato oral. De referir igualmente que esta lactente está inserida num contexto familiar disfuncional, encontrando-se os pais separados por alegada violência doméstica.

Discussão: O médico de família tem um papel preponderante na prestação dos cuidados de saúde. Numa criança com AIJ, a detecção e referenciação precoces são fulcrais, mas o papel do MF não se esgota no diagnóstico da doença: é fundamental o acompanhamento ao longo do tempo, de forma a identificar potenciais complicações do tratamento e limitações que possam interferir na qualidade de vida. Além disso, tendo em conta a abordagem holística da Medicina Geral e Familiar, a conduta do MF pode passar pelo aconselhamento e referenciação para o Serviço Social, sobretudo quando dos mesmos dependem o tratamento e o bem-estar de uma criança.

CC 15

A INFLUÊNCIA FAMILIAR

– A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO DE AUTISMO

Ana Rita Coutinho

UCSP Cantanhede

Introdução: O autismo é uma doença crónica do neurodesenvolvimento, habitualmente grave, caracterizada por alterações nas aquisições neurológicas, nomeadamente nas áreas social, da linguagem/comunicação, no pensamento e comportamento. É relativamente frequente, podendo atingir 1/1000 crianças em idade escolar em Portugal. É mais frequente no sexo masculino e em crianças com disfunção cognitiva.

A etiologia do autismo é desconhecida, tendo sido classicamente associado a fatores emocionais; atualmente conhece-se uma influência genética (10-20% dos casos), sendo o restante presumivelmente decorrente de fatores ambientais.

É essencial que os profissionais de saúde estejam familiarizados com os sinais e sintomas da doença, bem como com os fatores de risco e os testes de rastreio disponíveis, de forma a detetar atempadamente os casos que necessitam de acompanhamento e a assegurar o desenvolvimento destas crianças no sentido de se tornarem adultos funcionais.

Descrição do caso: “Joana” (nome fictício), sexo feminino, 3 anos de idade.

Gestação não planeada. Mãe toxicod dependente, G7/P5, em programa de desabitação de opiáceos, sob metadona. Pai toxicod dependente. Intercorrências: consumo de heroína no 1º trimestre; episódios de violência doméstica; internamento às 25 semanas por ameaça de parto pré-termo (terapêutica incompleta e alta precoce por abandono). Parto às 38 semanas, com peso de nascimento, estatura e perímetro cefálico normais para a idade gestacional; Apgar 9/10/10.

Sem antecedentes pessoais patológicos relevantes. A “Joana” foi vigiada em consultas de Saúde Infantil no Centro de Saúde de referência, com crescimento estato-ponderal e desenvolvimento psico-motor (DPM) dentro do espectável, exceto por um ligeiro atraso na linguagem detetável desde os 12 meses de idade.

Na consulta de vigilância dos 18 meses os pais manifestaram preocupação por a menina apresentar “um andar estranho”. Referência a comportamentos bizarros, como rodar incessantemente sobre si própria ou caminhar de costas. Retrocesso na linguagem. À observação: défices óbvios na socialização e na linguagem, bem como comportamentos anormais; não interage, não mantém contacto visual, não articula qualquer palavra ou vocalização, não cumpre ordens, caminha rapidamente pelos cantos

da sala com movimentos ritmados e estereotipados. Res-tante exame físico sem alterações. Agendada consulta de reavaliação.

Três semanas depois, mantinha as alterações comporta-mentais observados na última consulta. Aplicado o ques-tionário M-CHAT, com falha em 9 itens totais, incluindo 5 dos 6 itens críticos. Referenciada a consulta de desenvol-vimento do hospital de referência.

O relatório da consulta de desenvolvimento revela diag-nóstico de autismo associado a atraso global do DPM. A menina mantém seguimento em consultas, estando medicada com risperidona para controlo das alterações comportamentais e acompanhada em infantiário por pro-fissionais do ensino especial. Apesar do apoio, tem de-monstrado evoluções muito ligeiras a nível do DPM.

Discussão: Trata-se de uma criança com fatores de risco claros para perturbações do desenvolvimento, nomeada-mente os antecedentes familiares, os consumos de risco durante a gestação e o ambiente familiar desfavorável. Ainda que tenha mantido um DPM adequado até cerca dos 12 meses, iniciou precocemente alterações do com-portamento típicas das perturbações do espectro do autis-mo – défice da comunicação e da interação interpessoal, movimentos repetitivos e estereotipados, regressão das aquisições neurológicas.

O médico de família deve manter uma vigilância cuidada das famílias de risco, bem como do desenvolvimento das crianças. É importante que esteja sensibilizado para os sinais de alarme e que mantenha a suspeição clínica pe-rante sintomas precoces, de forma a rastrear e diagnos-ticar atempadamente os casos de autismo e desta forma assegurar uma referenciação adequada aos Cuidados de Saúde Secundários.

CC 16

UM CASO ATÍPICO DE RICKETTSIOSE

Coralie Sandrine Alves; Gorete Costa

USF Lígios ACeS Cávado III Barcelos/Esposende

Enquadramento: A febre escaro-nodular (FEN) é uma doença endémica e de declaração obrigatória, cujos agen-tes etiológicos responsáveis são duas estirpes do comple-xo *Rickettsia conorii* (bactéria Gram negativa): *R. conorii* Malish e *R. Israeli Tick Typhus*. Em Portugal e na Europa, o principal vetor e reservatório é o ixodídeo *Rhipicephalus sanguineus*. A incidência desta zoonose é semelhantes nas zonas urbanas e rurais, sem domínio de género, sendo mais frequente no verão. Apesar de subdiagnos-ticada, a taxa de incidência nacional da FEN de 8.4/105 habitantes, uma das mais altas quando comparada com a de outros países da bacia do Mediterrâneo. O diagnóstico clínico de FEN baseia-se na observação de febre de in-

cio súbito, artralgias e mialgias, com aparecimento de um exantema maculo papuloso geralmente não pruriginoso, afetando as regiões palmar e plantar dos membros entre o 3.º e 5.º dia assim como a visualização de uma escara de inoculação acompanhada de linfadenopatia regional. Apesar da maioria dos casos apresentarem um curso re-lativamente benigno, um estudo português realça que 5 a 6% dos casos são descritos como graves. Entre os fatores de mau prognóstico da doença, estão as manifestações gastrointestinais, a alteração de parâmetros laborato-riais como a presença de hiperbilirubinemia e aumento dos valores da ureia. O alcoolismo é fator de risco signi-ficativo de mortalidade. Esse mesmo estudo alerta para a possibilidade de existência de outras *rickettsioses* que possam estar subdiagnosticadas em Portugal. A apresen-tação deste caso tem por objetivo sensibilizar os médicos de família as zoonoses e realçar a importância do conhe-cimento abrangente do ambiente e dos hábitos pessoais dos utentes para um diagnóstico e tratamento atempado.

Descrição: Adulto de sexo masculino, de 42 anos, casado, raça caucasiana, auxiliar de ação médica de profissão. O utente é inserido num familiar nuclear, na fase IV do ciclo de Duvall, de classe média. Recorre a Consulta Aberta, em 03-11-2016, por aparecimento súbito de lesões rubori-zadas maculo papulares de progressão ascendente, com início nos membros inferiores e superiores, atingimento posterior do tronco, das palmas das mãos bilateralmente e do couro cabeludo, com prurido intermitente associado e mialgias generalizadas, com 10 dias de evolução. Nega cefaleias, artralgias e febre (não mediu a temperatura). Os conviventes do agregado familiar apresentam-se assinto-máticos. O utente vive numa casa própria, de 2 andares, localizada numa área semirural e que tem gatos, cães, porcos e cabritas. Ao exame objetivo apresenta-se apiré-tico, mucosas coradas e hidratadas. Observa-se um exan-tema maculopapular disperso mais proeminente nas faces extensoras dos membros superiores, no flanco esquerdo e região dorsal direita. Sem lesão satélite, nem linfadenopa-tias loco-regionais palpáveis. Foram pedidos análises, in-cluindo hemograma, função hepática, proteína C reativa, e a serologia específica para VDRL e R. do complexo Conorii IgG e IgM. Medicado empiricamente com doxiciclina 100 mg 2 vezes/dia, durante 7 dias, com indicação de iniciar a terapêutica após a colheita. Em 10/11/2016, o utente traz as análises, com resultado positivo para rickettsia IgG com titulação de 1/192. Os restantes elementos do agregado familiar permanecem assintomáticos. Foram explicados os devidos cuidados necessários, os sinais de alarme e a necessidade de vigilância dos possíveis fatores de risco nomeadamente dos animais presentes no ambiente.

Discussão: A difícil diferenciação entre a FEN e outras

doenças exantemáticas agudas e a apresentação diversificada e por vezes atípica, podem dificultar e atrasar o diagnóstico. Uma anamnese exaustiva sobre os antecedentes pessoais, hábitos de risco, o ambiente em todas as vertentes e um exame objetivo focado são elementos fundamentais. É importante o reconhecimento desse grupo de patologia pelo médico de família que apresenta uma posição privilegiada na avaliação do utente no seu meio.

CC 17

DOENÇA DE DOWLING-DEGOS

– QUANDO SÓ SE TRATA DE ESTÉTICA...

Tânia Margarida Costa¹; Rita Marques dos Santos²;

Cláudia Alexandra Silva²; Paulo Morais³

¹USF Alves Martins; ²USF Montemuro;

³Serviço de Dermatologia e Venereologia, CHTV, EPE

Enquadramento: A doença de Dowling-Degos (DDD) é uma genodermatose rara de transmissão autossómica dominante, com penetrância variável, causada por mutações no gene da queratina 5 (KRT5). É mais comum em mulheres e caracteriza-se pela presença de máculas hiperpigmentadas e reticuladas, por vezes pruriginosas, com início habitualmente entre a 3ª e 4ª décadas de vida, localizadas nas axilas, virilhas e outras flexuras. Podem ainda existir lesões tipo comedão fechado na face e no dorso, bem como cicatrizes deprimidas faciais. O diagnóstico de DDD é clínico e histológico. Apesar da evolução benigna da doença, não é de menosprezar o impacto estético das lesões e a possível associação a hidradenite supurativa. Embora não exista tratamento curativo para esta entidade, têm sido usadas várias abordagens terapêuticas com resultados insatisfatórios, incluindo retinóides tópicos e orais, despigmentantes e lasers.

Descrição de caso: Mulher de 35 anos, natural e residente em Castro Daire, inserida numa família nuclear de classe média, fase V do Ciclo de Vida de Duvall; sem antecedentes pessoais e familiares relevantes. Recorreu à consulta de Dermatologia em agosto de 2015 por lentiginose cervical, axilar e inguinal, simétrica e associada a prurido ocasional. As lesões evoluíam desde os 15 anos de idade, com agravamento progressivo, e associavam-se a impacto psicológico e social pelo facto de simularem falta de higiene. Realizou biópsia cutânea cujo resultado foi queratose seborreica. Em setembro de 2016, ao exame objetivo, mantinha as lesões anteriormente descritas e apresentava novas lesões localizadas às regiões submamárias. Foi realizada nova biópsia cujo resultado suportou a hipótese clínica, entretanto colocada, de doença de Dowling-Degos. Foi então requisitado estudo genético para pesquisa de mutações no gene KRT5, o qual será posteriormente extensível aos filhos de 17, 11 e 3 anos, até à data assintomáticos.

Discussão: A DDD é uma doença benigna mas com grandes implicações a nível estético. Tendo em conta que as terapêuticas atuais são pouco eficazes, é essencial que o doente se consciencialize e aceite a cronicidade das alterações cutâneas, ciente da benignidade do quadro.

O exame histológico é essencial no diagnóstico desta doença e para exclusão de acantose nigricans, sinal cutâneo de possível patologia interna (obesidade, hiperinsulinemia, síndrome de Cushing, síndrome de ovário poli-quístico, tumores do trato digestivo, etc.).

CC 20

MIOCARDIOPATIA DILATADA E FIBRILHAÇÃO AURICULAR NUM CORAÇÃO ATLETA

Ângela Neves; Hugo Rocha; Raquel Braga

ULS Matosinhos - USF Lagoa

Utente do sexo masculino, de 46 anos, brasileiro. Antecedentes pessoais de consumo alcoólico excessivo (cerca de 525 g/semana), hábitos tabágicos (cerca de 30 UMAs) e consumo de cocaína até há poucos anos.

Passou o ano de 2015 no Brasil, tendo desenvolvido, em maio desse ano, quadro de dispneia e dor epigástrica com 2 semanas de evolução, após infecção respiratória alta. Foi observado em contexto de SU, tendo sido diagnosticada pericardite, miocardiopatia dilatada com má função global e fibrilhação auricular (FA). Foi medicado com furosemida 40 mg, carvedilol 6,250 mg, espironolactona 25 mg, digoxina 0.125 mg e varfarina. Depois da alta do internamento, não foi agendado acompanhamento posterior.

O doente voltou a Portugal, 5 meses depois do episódio, tendo recorrido à consulta na unidade de saúde familiar para expor o sucedido. Apresentava-se com excelente condição física e com evidências de prática desportiva intensiva. Foi feita reavaliação complementar com ECG que mostra FA com RV controlada, Ecocardiograma com dilatação das quatro cavidades cardíacas, com fracção de ejeção de 37%. Analiticamente destaca-se INR de 1,4.

Na consulta relata que não cumpre com regularidade a medicação prescrita, nomeadamente a varfarina. Mantém hábitos alcoólicos, consumindo cerca de 386 g/semana, bem como consumo tabágico (5 cigarros/dia). Mantém actividade física intensa, com percursos de ciclismo de 50 km, duas vezes por semana, e aulas de Tabata, três vezes por semana. Demonstra pouca percepção da gravidade da situação clínica e mostra-se pouco receptivo à moderação da actividade física, bem como à cessação do consumo alcoólico, mas motivado para cessação tabágica. Perante a relutância em aderir ao plano terapêutico e à falta de acompanhamento até à data, discute-se qual o melhor tratamento a oferecer ao utente, bem como tipo e intensidade de exercício físico que pode realizar.

CC 21

NÃO BASTA ENSINAR...

Ângela Neves; Hugo Rocha
ULS Matosinhos - USF Lagoa

Enquadramento: A diabetes Mellitus é considerada um importante problema de Saúde Pública, com significativas repercussões físicas, psicológicas e socioeconómicas, com prejuízo da qualidade de vida, produtividade e sobrevida, bem como elevados custos em saúde.

Aos médicos de família é sobejamente reconhecido o papel de provedoria da saúde dos seus utentes, baseada nos melhores diagnósticos, terapêutica e referenciação (3), tendo a informação veiculada por estes profissionais aos utentes diabéticos uma grande influência sobre os seus comportamentos e controlo da doença (4-6).

A insulinoterapia constitui uma opção válida no tratamento da Diabetes tipo 2, com benefícios indiscutíveis no bom controlo metabólico. A sua utilização poderá associar-se a diferentes complicações, nomeadamente a recções locais cutâneas. A lipohipertrofia constitui uma das possíveis complicações decorrentes da administração repetida de insulina no mesmo local, caracterizada pela presença de massas subcutâneas formadas de tecido adiposo e fibroso, nos locais de aplicação repetida de insulina. Essas áreas, decorrentes do possível efeito anabolizante da insulina, correspondem a massas fibrosas hipovasculares, que ocasionam uma absorção errática e incompleta de insulina, levando a um pior controlo metabólico. São, muitas vezes, hipoestésicas, induzindo o paciente a utilizar o local repetidas vezes e, assim, perpetuando o processo.

Descrição do caso: Homem de 78 anos, pertencente a uma família nuclear composta pelo próprio e pela esposa de 76 anos, da qual é cuidador por quadro demencial de longa duração, na fase VIII do ciclo de vida de Duvall e classe IV da classificação socioeconómica de Graffar.

Antecedentes de diabetes Mellitus tipo 2 com 20 anos de evolução, insulinotratado há 15 anos, com retinopatia diabética proliferativa, com grave compromisso da acuidade visual, HTA e obesidade. Encaminhado para a consulta de Endocrinologia por difícil controlo glicémico. Medicação habitual: com metformina 3 gr/dia, sitagliptina 100 mg/dia, insulina de ação intermédia (38 UI antes do pequeno almoço e 24 UI antes do jantar) e lisinopril + hidroclorotiazida (20 mg + 12,5 mg) 1cp/dia.

Acompanhado periodicamente em consulta pelo seu médico de família, apresentava persistentemente um descontrolo metabólico com valores de HbA1c de 9-10%, apesar da terapêutica instituída e recomendações dadas, pelo que é novamente referenciado para a consulta de Endocrinologia, na qual era acompanhado pelo mesmo motivo, tendo tido alta há 2 anos com reajuste da insuli-

noterapia instituída.

Em consulta de Enfermagem, prévia à consulta de Endocrinologia, aquando da revisão da técnica de administração de insulina, foram identificadas duas bolsas abdominais subcutâneas bilaterais onde o utente administrava diária e repetidamente a insulina, por estas constituírem locais de baixa sensibilidade dolorosa e referências anatómicas importantes no seu contexto de grave compromisso visual.

Face ao problema identificado, optou-se por protelar o reajuste da terapêutica farmacológica e realizado ensino personalizado acerca dos métodos corretos de administração da insulina, com destaque para a necessidade de rotatividade do local de administração e evicção da administração nas referidas bolsas apresentadas, com posterior reavaliação.

Comentário: A técnica de administração de insulina é extremamente importante para que esta cumpra a sua funcionalidade, devendo, por isso, esta aprendizagem ser realizada junto de um profissional de saúde que adequa e individualize o ensino da técnica de administração às especificidades do doente em particular. Não menos importante que o correto ensino da técnica, será a atuação conjunta do médico e enfermeiro de família no reforço e avaliação periódica das dúvidas e dificuldades relacionadas com a mesma, em prol da garantia de uma técnica de administração correta, antes de se proceder a uma escalada terapêutica evitável.

CC 22

PNEUMONIA ORGANIZADA CRIPTOGÉNICA

César Matos¹; João Barradas²; Cláudia Martins³

¹Médico Interno do Ano Comum do Centro Hospitalar Tondela-Viseu;

²Médico Interno de Formação Específica em Hematologia do Centro Hospitalar Tondela-Viseu; ³Médica Especialista em Medicina do Serviço de Medicina C do Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Introdução: A pneumonia organizada criptogénica (COP) é uma entidade rara, caracterizada histologicamente pela presença de focos de tecido de granulação intra-alveolar. Incluída na classificação de pneumonias idiopáticas intersticiais em 2001, devido à sua natureza idiopática, ao padrão histopatológico de inflamação intersticial e à semelhança com outras formas de pneumonia intersticial idiopática. Etiologicamente, pode ser causada por infeções, doenças auto-imunes ou fármacos ou permanecer como causa desconhecida (criptogénica). O diagnóstico baseia-se na presença de critérios clínicos e padrão radiológico sugestivos, corroborado pela demonstração histológica.

Caso clínico: Mulher de 64 anos, proprietária de um aviário (galinhas), com antecedentes de depressão, artrose, osteoporose, dislipidemia e gastrite crónica. Medicada habitualmente com paroxetina, bromazepam, fluvoxamina, lovastatina, glucosamina e raloxifeno.

Admitida no serviço de Urgência por agravamento progressivo de dispneia, febre e tosse produtiva e expectoração mucopurulenta, com cerca de 1 mês de evolução; posteriormente associado a cefaleias e cansaço fácil. Efetua terapêutica prévia com amoxicilina e ácido clavulânico, durante 8 dias, sem melhoria clínica. Analiticamente, apresentava leucograma normal apesar de proteína C Reativa 15.9 mg/dl e serologias positivas para *Mycoplasma pneumoniae* e *Chlamydia trachomatis*. Radiograficamente, apresentava infiltrados alveolares bilaterais de predomínio nos andares inferiores.

Iniciou antibioterapia com ceftriaxone e doxiciclina, tendo cumprido um total de 7 dias. Ao 9.º dia de internamento, por ausência de melhoria, iniciou meropenem. Realizou tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica ao 6.º dia de internamento, onde se identificaram diversos focos de consolidação dispersos por ambos os campos pulmonares, de forma bilateral e simétrica, atingindo os ápices, as regiões para-hilares e ambas as bases, que apresentavam contornos irregulares e broncogramas aéreos patentes cuja morfologia e distribuição não seria sugestiva de etiologia infecciosa. Suspendeu o meropenem no 5º dia. Face a suspeita/hipótese diagnóstica de COP, realizou biópsia aspirativa transtorácica em zona de infiltrado pulmonar direito, com confirmação histológica, tendo iniciado corticóide sistémico (prednisolona 60 mg/dia), com rápida melhoria clínica.

Discussão: Apesar de idiopática, a COP pode ser secundária a infeções. Clinicamente assemelha-se a uma síndrome gripal, imagiologicamente pode ter um padrão de múltiplas opacidades alveolares, solitárias ou infiltrativas com um padrão imagiológico característico. O diagnóstico requer o exame histopatológico através de biópsia transbrônquica ou video-toracoscopia. O tratamento com corticoides resulta numa melhoria clínica e radiológica rápida. O prognóstico geralmente é favorável.

CC 23

HERPES ZÓSTER DISSEMINADO

Mafalda Ferreira; Maria Joao Esteves
USF Ria Formosa

Enquadramento: O herpes zóster, também conhecido por zona, é uma doença infecciosa causada por reativação do vírus varicela zóster, bastante frequente que atinge principalmente as pessoas idosas e imunodeprimidas. O quadro clínico do herpes zóster é, quase sempre, típico. A maioria dos doentes refere, antecedendo às lesões cutâneas, dores nevralgias, ardor e prurido locais, acompanhados de febre e mal-estar. A lesão elementar é uma vesícula sobre base eritematosa. A erupção é unilateral, seguindo o trajeto do nervo periférico acometido. Caso a doença não seja

devidamente tratada, pode deixar de ser localizada e pode levar a sérias complicações graves.

O médico de Medicina Geral e Familiar, deve estar atento a todos os alertas do indivíduo, de modo a proporcionar um acompanhamento permanente de qualidade.

Descrição do caso: F.U, 72 anos, sexo masculino, recorre ao serviço de urgência por prurido ocular e dor associada com 2 dias de evolução. Recebe tratamento tópico com gentamicina e dexametasona + tobramicina.

Dois dias depois, por manutenção das queixas e aparecimento de folgoose periorbitária, vesículas na hemiface/couro cabeludo ipsilateral, utente recorre ao mesmo serviço de urgência, e é medicado com cefixima e hidroxizina. No dia seguinte, utente recorre novamente ao serviço de urgência por agravamento das queixas e aparecimento de vesículas generalizadas no corpo.

Utente é avaliado por oftalmologia que refere tratar-se de Herpes zoster oftálmico com evolução sistémica.

Utente é encaminhado a Dermatologia que confirma diagnóstico de herpes zóster sistémico.

Como antecedentes pessoais de relevo destaca-se neoplasia maligna da bexiga com excisão de pólipos em junho 2016, em programação de terapêutica com BGC intravenosa.

A exame objetivo observa-se eritema com vesículas na região hemiface/couro cabeludo à direita, acometendo região periorbitária ipsilateral e rash eritemato-vesicular generalizado.

Interna-se utente na unidade de infeciologia do CHA Faro para terapêutica intravenosa de herpes zóster sistémico.

Discussão: Um exame objetivo cuidado e crítico é crucial na atividade do médico de Medicina Geral e Familiar, sendo este o *front office* da saúde da população. O diagnóstico diferencial de herpes zóster oftálmico deve estar presente nas infeções oculares. O uso de corticóides tópicos deve ser restrito, por perigo de infeção local com o vírus varicela zóster. A condição de zóster sistémico é uma complicação grave e pode surgir como uma manifestação paraneoplásica.

CC 24

ESCALPE LIPEDEMATOSO

Elsa Lima¹; Duarte Cruz¹; Ana Marques²; Pedro Almeida²

¹Médico Interno de MGF, USF S. Simão da Junqueira AceS de Póvoa de Varzim / Vila do Conde; ²Médico Especialista em MGF, USF S. Simão da Junqueira AceS de Póvoa de Varzim / Vila do Conde

Introdução: Escalpe lipedematoso é uma doença de etiologia desconhecida, extremamente rara, com apenas aproximadamente 50 casos a nível mundial, e aparentemente sem registos a nível nacional. É caracterizada por hiperplasia do tecido subcutâneo e frequentemente acompanhada por prurido e dor, na ausência de

outros parâmetros inflamatórios. Na eventualidade de se fazer acompanhar por alopecia, é então denominada como alopecia lipedematosa, e a possibilidade de ambas corresponderem a manifestações diferentes de uma mesma patologia, continua em estudo.

Descrição do caso: Mulher de 43 anos, sem antecedentes patológicos relevantes, recorreu ao médico de família por queixas de cranialgia e prurido com início há 6 meses. O exame físico apresentava como única alteração, depressão à palpação, localizada entre a zona do vértex e a zona occipital do crânio, acompanhada por ligeira descamação e sem alopecia associada. Dos exames complementares realizados destaca-se o TAC do crânio, que evidenciou um aumento difuso da espessura da gordura subcutânea epicraniana, sem alterações de relevo da sua densidade, sem imagens de lesão definida nem sinais de processo inflamatório, fazendo diagnóstico. Na ausência de terapêutica dirigida, a utente foi medicada para alívio sintomático e referenciada para consulta de especialidade de Dermatologia.

Comentário: Escalpe lipedematoso é uma doença que ainda não está definida. Apesar de se equacionarem associações a fatores mecânicos, endócrinos e dislipidémicos, a sua patogénese continua desconhecida, existindo apenas consenso em relação à sua caracterização como lipomatose localizada ao escalpe sem sinais inflamatórios associados. É uma possível causa de disestesia do escalpe, que facilmente pode passar despercebida, e por isso mesmo é aconselhável efetuar palpação em doentes com disestesia do escalpe sem causa aparente.

CC 25

EDEMA HEMORRÁGICO AGUDO DA INFÂNCIA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Rita Meireles Pedro

USF Horizonte - ULS Matosinhos

Enquadramento: O edema hemorrágico agudo da infância (EHA) é uma vasculite leucocitoclástica, que ocorre tipicamente nos dois primeiros anos de vida, caracterizada por lesões purpúricas localizadas na face, orelhas e membros, e edema das extremidades. Tem início súbito, curso benigno e resolve espontaneamente em 1-3 semanas, geralmente sem recorrência ou sequelas.

Descrição do caso: Lactente de 8 meses, previamente saudável, recorre ao serviço de Urgência Pediátrica do Porto (SUPP) por exantema eritematoso nos membros inferiores com 2 horas de evolução, associado a edema do dorso das mãos e dos pés e da região tibial bilateralmente, com dor ao toque. Apresentava ainda quadro de rinorreia serosa e obstrução nasal com 2 semanas de evolução. Ao exame objetivo, apresentava bom aspeto geral, corado e

hidratado, hemodinamicamente estável, apirético e sem sinais meníngeos. A orofaringe apresentava-se ruborizada, sem exsudados. Sem outras alterações para além do exantema macular purpúrico nos membros inferiores (com atingimento das plantas) e dos edemas das extremidades. O hemograma não revelou alterações e a PCR apresentava um valor de 36.3 mg/L. Bioquímica e sedimento urinário normais, e urocultura negativa. Estudo da coagulação sem alterações. Decidiu-se internar no hospital da área de residência para vigilância. Durante o internamento manteve-se apirético, com regressão do exantema purpúrico e do edema. Mediante a clínica e os resultados analíticos chegou-se ao diagnóstico de EHA. Teve alta após 3 dias, apresentando bom aspeto geral, muito ativo, com máculas violáceas nos membros inferiores quase impercetíveis, sem edemas ou outras alterações valorizáveis. Foi orientado para consulta externa de Pediatria Geral para reavaliação clínica.

Discussão: O EHA é uma doença rara, mas provavelmente também subdiagnosticada. A sua etiologia é desconhecida, mas em 2/3 dos casos existe um pródrómo caracterizado por infeção vírica ou bacteriana, vacinação ou ingestão medicamentosa. Um dos principais diagnósticos diferenciais é a púrpura de Henoch-Schönlein (PHS). As principais diferenças da EHA relativamente à PHS são: a faixa etária, o tamanho e distribuição das lesões cutâneas, a falta de envolvimento sistémico, a ausência de recorrências e o curso autolimitado sem sequelas. Apesar do quadro clínico ser típico, por se tratar de uma doença pouco conhecida, o diagnóstico inicial é frequentemente difícil. Assim, torna-se importante alertar para esta vasculite, com o objetivo de auxiliar o diagnóstico, tornando-o mais precoce e evitando tratamentos desnecessários.

CC 26

“DR., FUI AO WC E VI-ME ROXO!”

Rita Meireles Pedro

USF Horizonte - ULS Matosinhos

Enquadramento: Petéquias são pequenas manchas violáceas com menos de 5 mm, na pele ou mucosas, causadas por pequenas hemorragias dos capilares sanguíneos, e que não desaparecem à digitopressão. Petéquias de esforço são relativamente comuns e não são motivo de preocupação. Contudo, as petéquias podem ser um sinal de problemas mais graves.

Descrição do caso: Menino de 11 anos, com antecedentes pessoais de obstipação crónica e enxaquecas, sem medicação habitual. Em consulta de Saúde Infantil na USF Horizonte, refere aparecimento súbito (no próprio dia), após tomar banho, de exantema cutâneo no tronco, sem outros sintomas associados. Antes do banho, terá

estado bastante tempo a tentar defecar, com emissão de fezes duras de grande calibre, com dor e retorragia. Ao exame objetivo, apresentava bom aspeto geral, corado e hidratado, hemodinamicamente estável, apirético e sem sinais meníngeos. Exantema petequial na região superior do tronco, pescoço e face. Sem outras alterações. Proce- deu-se ao encaminhamento para o hospital Pedro Hispano (HPH), após contacto prévio com o atendimento pediátrico referenciado (APR) dessa instituição, para observação e realização de estudo analítico (hemograma e estudo da coagulação), o qual se revelou normal. Mediante a clínica e os resultados analíticos chegou-se ao diagnóstico de petéquias de esforço. Teve alta, medicado com macrogol e orientado para o médico de família para reavaliação clínica.

Discussão: Existem inúmeras causas de petéquias, com diferentes níveis de gravidade, desde esforço prolongado, certas medicações, traumatismos ou outras condições médicas, como trombocitopenia, leucemia, vasculites, doenças infecciosas, etc. Assim sendo, sempre que se desenvolvem petéquias, é de extrema importância a avaliação e investigação médica, para excluir causas potencialmente graves.

CC 27

TOSSE – PARE, ESCUTE E OLHE!

Maria José Novais

USF Santa Clara - ACeS Grande Porto IV

Enquadramento: A tosse é um mecanismo protetor das vias aéreas cuja finalidade é expulsar secreções ou outras partículas estranhas da árvore traqueobrônquica, sendo um importante mecanismo de defesa pulmonar. No entanto, a tosse crónica, definida como tosse que persiste por mais de 3 semanas, assume uma das principais causas de consulta médica no mundo, o que ressalta o significado da correta identificação e tratamento dos fatores desencadeadores ou perpetuadores.

Descrição: Homem de 79 anos, antecedentes de fibrilhação auricular, depressão, insónia e glaucoma. Medicado habitualmente com Pradaxa®, sertralina, trazodona, Ganfort® e Azopt®. Sem hábitos tabágicos. Em julho de 2015 recorreu à consulta aberta por acessos de tosse irritativa e dispneia com uma semana de evolução, presenciados pela esposa, referindo necessidade de abrir a janela durante a noite para melhorar da dispneia. O exame objetivo na consulta era normal. Foi pedida radiografia de tórax e ecocardiograma e o doente foi medicado com omeprazol e cetirizina. Por persistência das queixas recorreu ao SU uma semana depois, tendo o quadro clínico sido interpretado como infeção respiratória aguda e medicado de acordo. Voltou à consulta após uma semana, referindo

agravamento da tosse noturna irritativa. Não evidenciava qualquer melhoria com a terapêutica instituída. A radiografia de tórax era normal e o ecocardiograma mostrava apenas dilatação ligeira da aurícula esquerda e aorta ascendente, com FSBV conservada. Foi pedida radiografia do cavum faríngeo, TAC pulmonar e provas de função respiratória (PFR), com indicação de manutenção da terapêutica instituída e reforço hídrico. Voltou ao SU alguns dias depois, tendo sido observado por ORL e realizado nasofaringolaringoscopia, que se revelou sem alterações. Os resultados dos exames não foram esclarecedores da etiologia da tosse (radiografia do cavum faríngeo e PFR normais, sendo apenas de realçar no TAC "...granuloma calcificado residual no LSE de 8 mm... incipientes bronquiectasias dispersas... alterações enfisematosas difusas bilaterais"). Por persistência do quadro foi pedida colaboração urgente de Pneumologia. Uma semana depois o doente foi observado, fez nova radiografia de tórax, análises sanguíneas, broncofibroscopia (BF) com colheita de aspirado brônquico e polissonografia (PSG). Na consulta de reavaliação foram comunicados os resultados: BF sem alterações relevantes, tendo o aspirado brônquico exame bacteriológico negativo, pesquisa de micobactérias e de células neoplásicas negativas. A radiografia de tórax e as análises sanguíneas não revelaram alterações relevantes e a PSG revelou ligeiro SAOS.

Após revisão cuidada do episódio e da medicação habitual colocou-se a hipótese de efeito secundário do colírio antiglaucomatoso. Após suspensão do colírio com betabloqueador (Timolol) o doente referiu marcada melhoria das queixas respiratórias, tendo a tosse irritativa desaparecido. Foi submetido posteriormente a cirurgia oftalmológica para resolução de glaucoma.

Discussão: A tosse está entre os principais motivos de consulta. As causas mais frequentes de tosse crónica são refluxo gastroesofágico, rinorreia posterior, tabagismo, DPOC e asma, contudo, os fármacos assumem também um papel importante na sua etiologia. Os betabloqueadores tópicos são fármacos de uso frequente nos doentes mais idosos e são absorvidos para a circulação sistémica. Apesar da incidência de reações adversas sistémicas a estes fármacos após a administração oftalmológica tópica ser inferior à da administração sistémica, a sua ocorrência não é negligenciável e, consequentemente, esta é uma etiologia que devemos sempre considerar.

A anamnese é fundamental para orientar o diagnóstico, por isso perante um quadro de tosse crónica há que parar, escutar e olhar. Neste caso, "O essencial é mesmo visível aos olhos!"

CC 29

MAIS DO QUE UM PROBLEMA DE PELE

Maria José Novais

USF Santa Clara - ACeS Grande Porto IV

Enquadramento: O ser humano é um ser tropical, com mais capacidade para perder calor do que para o reter. A sua temperatura ambiental neutra é de 28°C e após uma queda de apenas 8°C a sua taxa metabólica deve duplicar ou a temperatura corporal irá cair. É a capacidade de resposta do homem a baixas temperaturas que lhe permite viver em áreas temperadas. Contudo, algumas pessoas respondem anormalmente ao frio, sendo o distúrbio relacionado com o frio mais conhecido o fenómeno de Raynaud. Foi em 1862 que Maurice Raynaud descreveu pela primeira vez um síndrome com isquemia digital episódica que se manifesta classicamente por palidez dos dedos, seguida de cianose e rubor. O fenómeno de Raynaud é extremamente frequente na consulta de MGF, podendo ser primário ou secundário.

Descrição: Mulher de 47 anos, auxiliar em unidade de cuidados continuados, antecedentes de tiroidite de Hashimoto, dislipidemia e refluxo gastro-esofágico. Medicada com lansoprazol e atorvastatina. Em abril de 2015, recorre à consulta com queixas de perda de força, edema e adormecimento das mãos. Ao exame objetivo apresentava alterações sugestivas de fenómeno de Raynaud nas mãos. Efetuou radiografia cervical que apenas evidenciou discretas alterações degenerativas; analiticamente não apresentava alterações valorizáveis e foi medicada com pentoxifilina 400 mg 2 vezes/dias. Por persistência das queixas, recorreu novamente à consulta, realizou EMG que se revelou normal e foi orientada para reumatologia. Em Janeiro de 2016 foi observada por Reumatologia no CHSJ, apresentando acrocianose das mãos, aspeto de *puffy-hands* e telangiectasias malares discretas. Foi diagnosticada Esclerose Sistémica sendo medicada com pentoxifilina 400 mg 3 vezes/dia e pedidos exames auxiliares de diagnóstico para estadiamento. Na reavaliação após 4 meses mantinha as mesmas queixas com agravamento do refluxo GE com pirose retro-esternal e sensação de enfartamento pós prandial. Objetivamente apresentava acrocianose das mãos, *puffy-hands* e progressão da esclerose cutânea, nesta altura com extensão até à metade distal dos antebraços. Analiticamente apresentava ANA 1/1000 homogéneo e anticorpos anti-Scl70+, no TC de tórax discretas alterações de fibrose pulmonar e na manometria esofágica ausência de peristaltismo nos 2/3 distais do corpo esofágico. Efetuou rastreio de TP latente, tendo prova de Mantoux 13 mm e por este motivo iniciado isoniazida 300 mg/dia. Após estes resultados e devido ao carácter de progressão rápido da doença, foi estabelecido o

diagnóstico de Esclerose Sistémica Cutânea Difusa, tendo iniciado metotrexato 10 mg/semana + ácido fólico 5 mg/semana + lepicortinolo 7.5 mg/dia.

Discussão: Desde a mais remota antiguidade se encontram descrições de doentes com alterações cutâneas que poderiam ter sido casos de esclerodermia. Em 1862, Raynaud descreveu o fenómeno vasoespástico que leva o seu nome. Porém, nessa altura não comentou qualquer relação com esclerodermia, embora tenha notado num paciente que a sua pele era “branca e dura, como um pergaminho”. Terá sido nos finais do século XIX que se passou a reconhecer o fenómeno de Raynaud como uma manifestação de esclerodermia.

Atualmente, sabe-se que a esclerodermia ou esclerose sistémica cutânea difusa (ESCD) é uma doença autoimune caracterizada por fibrose da pele do tronco e acral, com envolvimento difuso multiorgânico. Estima-se que a sua prevalência seja de cerca de 1/25.000 adultos, sendo as mulheres geralmente entre os 40 e 50 anos de idade predominantemente afetadas.

O fenómeno de Raynaud é extremamente frequente na consulta de MGF, devendo notar-se que pode existir sem haver qualquer doença sistémica associada, por isso o diagnóstico da ESCD constitui um desafio na prática clínica. O seu prognóstico é grave e o tratamento essencialmente sintomático, exigindo uma visão global e multidisciplinar de forma a melhorar a qualidade de vida do doente.

CC 30

DA (BOA) HISTÓRIA CLÍNICA À RESOLUÇÃO DA ENDOMETRIOSE TORÁCICA

Clara Cabral Vilares

USF UarcoS - ULSAM

Enquadramento: A colheita da anamnese não deve ser vista como um procedimento realizado de forma automatizada. Pelo contrário, é um processo que requer especial atenção clínica. Nesta era de avanços extraordinários nos exames complementares de diagnóstico, a história clínica tem sido desvalorizada, sabendo-se, no entanto, que se trata da avaliação médica mais valiosa e de menor custo. A endometriose, definida como a presença de glândulas e estroma endometrial em localização extra-uterina, que induz uma reacção inflamatória crónica nos tecidos afetados, atinge cerca de 10% das mulheres em idade fértil e é causa de 30 a 50% das mulheres inférteis e/ou com dor pélvica. A endometriose torácica é rara. Cursa após o início da menstruação, manifestando-se por pneumotórax, hemotórax, hemoptises e/ou dor torácica em 90% dos casos. Um terço dos casos refere como queixa principal dispneia.

Descrição do caso: Sexo feminino, 39 anos de idade,

licenciada. Casada e pertencente a uma família do tipo nuclear na fase V do ciclo de Duvall. Antecedentes pessoais ginecológicos: menarca aos 13 anos com ciclos regulares. Antecedentes obstétricos: IIIIIPIA, laqueação tubar em 2003. Sem outros antecedentes de relevo. Sem medicação habitual. Em 2006 inicia quadro súbito de dispneia, com agravamento progressivo que motivou a sua recorrência aos serviços de saúde. Foi feito diagnóstico de pneumotórax cuja resolução do quadro necessitou de drenagem torácica. Passados três meses repetiu-se o quadro clínico com novo diagnóstico de pneumotórax. Aquando a terceira recorrência, no ano seguinte, cuja queixa inicial fora novamente apenas dispneia, a utente ficou internada para estudo etiológico. Realizou pleurodese à esquerda e biópsia pulmonar. Após estudo exaustivo averiguou-se a coincidência temporal das intercorrências pulmonares com o período menstrual. Por suspeita de endometriose pleuro-pulmonar inicia análogos de GnRH, em 2007. Manteve vigilância por ginecologia e pneumologia. Realizou provas funcionais respiratórias e TAC torácico anual que se revelou sem alterações. Suspendeu hormonoterapia em junho de 2010, com regularização de ciclo menstrual em setembro de 2010. Em Fevereiro de 2014 recorre ao serviço de urgência da sua área de residência por toracalgia direita, uma semana após início do cataménio. Exame de imagem revelou pneumotórax apical à direita, com resolução espontânea, sem necessidade de drenagem. A utente foi reenviada para consulta de ginecologia, onde, após tomada de decisão conjunta, foi submetida a histerectomia total, com anexectomia, em julho de 2014. Recentemente teve alta da consulta de ginecologia e pneumologia. Atualmente mantém vigilância conforme grupo etário, nos cuidados de saúde primários.

Discussão: A disciplina de medicina geral e familiar caracteriza-se por gerir a doença que se apresenta de forma indiferenciada, numa fase precoce da sua história natural. A colheita pormenorizada da história clínica, inócua para o paciente e não acrescentando nenhum custo monetário, permite utilizar eficientemente os recursos de saúde, coordenando a prestação de cuidados com outros profissionais, antecipando a interface das diversas especialidades, minimizando-se, assim, o prejuízo que um diagnóstico tardio pode acarretar para o paciente e seu envolvente.

CC 31

PARALISIA DO PLEXO BRAQUIAL NO RECÉM-NASCIDO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Catarina Fonseca; Alexandra Pinho; Mafalda Pires; Tatiana Louro; Patrícia Mora

UCSP Casal de Cambra - ACES Sintra

Introdução: A paralisia do plexo braquial (PPB) trata-se

de uma paralisia flácida neuromotora do membro superior, resultante de lesão do plexo braquial por estiramento, rutura ou avulsão das raízes nervosas de C5 a C8 e T1.

A PPB no recém-nascido é, habitualmente, complicação do trabalho de parto. Na maioria dos casos, há lesão mecânica com a tração lateral da cabeça e ombro, na fase final do parto. A ausência de movimentos ativos no membro afetado é verificada nas primeiras 48 horas. Trata-se de uma patologia rara, com incidência estimada de 0,13-5,1/1000 nascimentos, verificando-se um aumento do número de casos nos últimos anos.

O tratamento é iniciado com imobilização do membro afetado de forma a reduzir o stress mecânico e a resolver o edema ou a hemorragia. Depois desta etapa, é iniciada fisioterapia, que leva à recuperação total em 70-95% dos casos. Os casos de paralisia total ou os que não apresentam melhoria da função bicipital até aos 3-4 meses têm indicação cirúrgica.

Descrição do caso clínico: L.L, sexo masculino, 27 dias, raça caucasiana. Reside com os pais e irmã de 3 anos – Estádio III do Ciclo de Vida Familiar de Duvall. Gravidez planeada, vigiada pela médica de família (MF), sem intercorrências. Destacam-se, como antecedentes familiares, a mãe de 27 anos, com IMC pré-gestação de 23,9 kg/m² e IMC no 3º trimestre de 33,1 kg/m² (aumento de 25 kg). O parto, às 39 semanas, foi distócico com recurso a ventosa. Apresentava como peso 4460 g, comprimento 53 cm e perímetro cefálico 36,5 cm. Nas primeiras 24 horas de vida, verificou-se ausência de movimentos do membro superior esquerdo, tendo sido diagnosticada lesão superior do plexo braquial esquerdo, com fratura da clavícula homolateral. Iniciou, de imediato, acompanhamento na consulta de Medicina Física e de Reabilitação (MFR). À observação na primeira consulta de Saúde Infantil na UCSP, apresentava a posição *waiter's tip* característica da Paralisia de Erb-Duchenne, com rotação da cabeça preferencialmente direita, rotação interna do braço esquerdo, extensão do cotovelo e pronação do antebraço, mas com reflexo da preensão palmar mantido. Durante os primeiros meses de vida, manteve programa de tratamentos de MFR 2 vezes por semana, verificando-se melhoria gradual da força muscular. Na consulta dos 9 meses, apresentava já força muscular grau 4, bem como movimentos ativos e coordenados de ambos os membros superiores.

Comentário: A identificação e orientação precoces da PPB associam-se a menor probabilidade de sequelas a longo prazo. A PPB provoca um atraso no desenvolvimento neuropsicomotor da criança. Por isso, a estimulação precoce e o incentivo a atividades são necessárias para a aquisição das etapas neuropsicomotoras de acordo com a faixa etária.

Embora fosse de esperar uma diminuição do número de casos com a melhoria dos cuidados obstétricos e com o aumento da taxa de cesarianas, tal não se tem verificado. Este fato deve-se, provavelmente, a um aumento do peso médio dos recém-nascidos, que está relacionado com vários fatores de risco, nomeadamente a maior prevalência de excesso de peso e obesidade na população em geral e nas mulheres em idade fértil. Um estilo de vida pouco saudável, sem prática de exercício físico ou alimentação equilibrada, bem como a co-existência de diabetes na gravidez, gestacional ou já pré-existente, associam-se a um aumento do risco de desenvolvimento de recém-nascidos grandes para a idade gestacional - GIG (peso acima do percentil 90).

O médico de família (MF) tem um importante papel a desenvolver no que diz respeito à prevenção, que, no caso desta patologia, passa pelo controlo dos fatores de risco obstétricos. Por outro lado, os pais têm um papel e intervenção fundamentais na reabilitação fisioterapêutica, pelo que devem ser estimulados e apoiados a praticar esse papel, sendo o MF muitas vezes um recurso próximo e acessível para esclarecimentos ou aconselhamento.

CC 32

DOR OSTEOARTICULAR – UMA CAUSA MENOS COMUM

Carlos Lourenço; Rita Ávila
USF São João da Talha

Enquadramento: A prevalência das queixas álgicas osteoarticulares nos Cuidados de Saúde Primários foi de 21,3%, num estudo efectuado em Portugal em 2009.

Predominam as queixas ao nível da coluna lombar e cervical, ombros e joelhos. Contudo, 0,7% destas situações podem representar quadros sistémicos graves, como as neoplasias.

Descrição do caso: Doente do sexo feminino, 64 anos, antecedentes conhecidos de hipertensão arterial, dislipidemia, osteoporose e tabagismo, estando medicada com valsartan 160 mg, sinvastatina 20 mg, AAS 150 mg e ácido alendróico 70 mg.

Recorre à consulta em junho de 2016 por dores osteoarticulares dispersas, em particular a nível do ombro esquerdo e anca direita, tendo sido medicada com AINE e analgésico sem melhoria. Foi posteriormente otimizada a terapêutica analgésica com melhoria discreta das queixas.

Em agosto de 2016 recorre ao SU por agravamento marcado e generalização das dores osteoarticulares, apresentando já nessa altura dependência na marcha e para as AVD.

Foi internada para controlo analgésico e estudo etiológico, que revelou o diagnóstico de neoplasia da bexiga com metastização pulmonar, hepática e óssea.

Discussão: O presente caso ilustra causas menos frequentes de dor osteoarticular, mas que podem surgir na consulta de Medicina Geral e Familiar e para as quais o médico tem de estar alerta, principalmente quando não há o controlo analgésico esperado com a terapêutica instituída.

CC 33

“VER PARA ALÉM DAS QUEIXAS”

– A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Telma Lopes; Susana Paiva; Irene Lopes; Sophie Sousa
ULS Matosinhos - USF Oceanos

Enquadramento: A Medicina Geral e Familiar caracteriza-se por ser o primeiro ponto de contacto médico entre o doente e o sistema de saúde, abordando todo e qualquer problema de saúde, independentemente da pessoa em questão. Assim, o médico de família tem de aprender a lidar com a doença quando esta ainda se apresenta de uma forma indiferenciada, gerindo o risco associado. Embora a prática clínica nos Cuidados de Saúde Primários se baseie na prevalência e incidência das doenças na comunidade, não é raro o aparecimento de casos mais específicos e incomuns com apresentações gerais e indiferenciadas, pelo que essas hipóteses não podem ser esquecidas.

Descrição do caso: Mulher de 32 anos, sem antecedentes patológicos de relevo, com contraceptivo oral como única medicação habitual, solteira, desempregada, a viver com os pais.

Apresenta história de mastalgia bilateral recorrente e incapacitante, com inúmeras idas a consultas de urgência na sua Unidade de Saúde Familiar entre 2010 e 2013, associada a outras queixas inespecíficas, não se identificando alterações de relevo no exame físico e nos diversos meios complementares de diagnóstico realizados. Em 2011 refere queixas compatíveis com depressão, tendo iniciado tratamento farmacológico.

Em agosto de 2013, em consulta aberta, refere que desde a adolescência que se identifica mais com o sexo oposto, tendo a crença de “pertencer ao corpo errado”. Veste-se de forma masculina e considera relações homossexuais mais satisfatórias que as heterossexuais. Diz sentir-se muito desorientada e confusa, precisando de ajuda. Foi, nessa altura, encaminhada para consulta de Psiquiatria, tendo sido diagnosticada com Perturbação da Identidade de Género. Iniciou processo de mudança de género cerca de um ano depois, sendo, em 2015 enviada para a consulta de sexologia clínica no Centro Hospitalar São João. Iniciou hormonoterapia em 2015, tendo alterado o nome e a sua situação a nível legal no mesmo ano. Em maio de 2016 obteve aprovação da Ordem dos Médicos para mudança de género, estando, de momento, a aguardar

mastectomia radical. Atualmente sem mastalgias, sem outras queixas inespecíficas, com resolução do quadro depressivo.

Discussão: A disforia de género (DSM-V), previamente designada como perturbação de identidade de género, define-se pelo desejo de ter o sexo oposto ou a sensação de estar preso num corpo do outro sexo. Na verdade, o sexo diz respeito à masculinidade ou feminilidade biológica, enquanto a identidade de género está associada ao modo como uma pessoa se vê a si própria, o que, normalmente, se estabelece entre os 18 e os 24 meses. Por sua vez, o papel do género é a apresentação pública objetiva como masculino ou feminino. Para a maioria dos indivíduos, a identidade de género está de acordo com o papel do género, no entanto, na Disforia de Género, esta concordância não ocorre. A prevalência desta condição é estimada entre 1 a 8 pessoas em cada 100.000, sendo 1 a 6 vezes mais comum no sexo biológico masculino, dependendo do país. Sendo um problema complexo e com grande impacto na saúde física e mental dos indivíduos, é importante que o médico de família esteja informado sobre o mesmo, desde os critérios de diagnóstico até ao processo de encaminhamento necessário. Tendo em conta a avaliação do indivíduo como um todo, a prática clínica centrada no doente e a continuidade dos cuidados prestados, que permite o desenvolvimento de uma estreita relação médico-doente, o médico de família surge como elemento-chave na identificação e orientação destes casos.

Assim, múltiplas queixas sem causa identificada após investigação, de carácter recorrente e com gravidade desproporcionada, devem suscitar interesse por parte do clínico e levar a uma pesquisa mais abrangente e minuciosa, ponderando quadros menos óbvios.

CC 34

UM PROBLEMA DE LÍNGUA

– A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Coralie Sandrine Alves; Gorete Costa

USF Lígios - ACeS Cávado III Barcelos/Esposende

Enquadramento: A língua é um órgão muscular, responsável por inúmeras funções. As 3 patologias da língua mais frequentes, a nível dos cuidados de saúde primários são: a língua geográfica, a fissura lingual e a língua pilosa negra. A língua geográfica também denominada, glossite migratória benigna, é uma doença inflamatória da língua, que afeta cerca de 1 a 3 % da população. A sua etiologia é desconhecida e alvo de controversa. Esta patologia afeta com maior frequência os adultos, com predomínio do género feminino. É caracterizada por aparecimento de áreas eritematosas ovoides cercadas por uma linha esbranquiçada bem definida, com padrão irregular na su-

perfície dorsal da língua, associada a inflamação local e atrofia das papilas filiformes. Existe geralmente períodos de exacerbação e de remissão que conferem o aspeto migratório típico dessa patologia. A presença concomitante de fissura lingual é frequente. A língua geográfica é geralmente assintomática e de carácter benigno. No entanto, em determinados casos, pode existir a sensação de picada, queimor ou desconforto inespecífico relacionado com a ingestão de alimentos muito quentes, picantes ou ácidos. O seu diagnóstico baseia-se na clínica e em caso de dúvida deve ser realizado o diagnóstico diferencial, que pode incluir: a candidíase, a leucoplasia, o líquen plano e o lúpus eritematoso. Quando assintomática, esta doença não requer tratamento. Deve-se informar o utente que a lesão é autolimitada, benigna, não contagiosa e reforçar a importância da higiene buco-dentária. Se sintomática, o tratamento inclui corticoides tópicos, anti-histamínicos e anti-inflamatórios. O objetivo deste caso clínico é demonstrar a importância do reconhecimento de patologias da cavidade oral, por vezes de difícil diagnóstico.

Descrição do caso: Utente de sexo feminino, 38 anos, casada, operária têxtil. A utente é inserida numa família nuclear na fase III do ciclo de Duvall e pertencente à classe média baixa de acordo a classificação social de Graffar. Recorre a consulta aberta, por alteração da cor do dorso da língua com “placas” avermelhadas com cerca de 6 meses de evolução. Assintomática nos primeiros 4 meses, iniciou sensação de queimor, sem alteração do paladar, com alternância do local da “placa”. Refere aumento da sintomatologia com a ingestão de alguns alimentos e molhos, com limão e vinagre. Nega outros sintomas, antecedentes familiares cutâneos, e consumo de tabaco e outras substâncias aditivas. Como antecedentes pessoais apresenta dislipidemia, obesidade e dispepsia ocasional. No que concerne a medicação atual, tem prescrito sinvastatina 20 mg 1 vez/dia e omeprazol 20 mg 1 vez/dia em jejum. Ao exame objetivo, apresenta no dorso da língua, lesões eritematosas serpiginosas de bordos bem definidos, com ausência de papilas filiformes e atingimento de todo o bordo lateral direito. Apresenta no bordo lateral esquerdo, lesão eritematosa com sinais de atrofia moderada das papilas filiformes e petéquias até o bordo anterior. A nível do sulco mediano, observa-se uma fissura lingual com sinais de inflamação. A utente foi informada do diagnóstico e do seu carácter benigno, e foi agendada uma consulta de vigilância para reavaliação. Por opção da utente, não foi iniciado terapêutica com corticoide tópico. Foi reforçado a importância de uma boa higiene buco-dentária com especial atenção na pasta dos dentes, no uso de elixir com benzidamina e benzocaina e de bicarbonato de sódio para alívio sintomático.

Discussão: Esse grupo de patologias, apesar de relativamente pouco frequentes, são fonte de preocupação dos utentes. O conhecimento das diferentes patologias, dos fatores de agravamento e da apresentação clínica permitem ao médico de família, estabelecer um diagnóstico claro e sossegar o utente. Em caso de dúvidas, deve ser efetuado a referência para os cuidados secundários, para caracterização anátomo-patológica da lesão. A formação dos profissionais de saúde é fulcral para uma avaliação correta dos sintomas.

CC 35

“TENHO ESTAS DORES NAS PERNAS HÁ VÁRIOS ANOS” – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Renata Almeida; Sara Baptista; Tatiana Pereira; Ana Sofia Bento
USF São Julião, UCSP Figueira Urbana

Enquadramento: A doença arterial periférica constitui uma das manifestações do amplo espectro do processo aterosclerótico. Ocorre maioritariamente na sexta e sétima década de vida apresentando incidência aumentada em grupos de risco (diabetes mellitus, hipertensão arterial, hipercolesterolemia e tabagismo). É assintomática até 50% dos casos.

Descrição do caso: Mulher de 83 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, hipercolesterolemia, insuficiência renal crónica e estenose aórtica que recorre a 21 setembro 2015, pela primeira vez, a consulta nesta unidade de saúde. Na consulta apresenta queixas de claudicação gemelar bilateral, mais marcada à direita, a distância inferior a 50 metros e com vários anos de evolução, sem outras queixas associadas. Ao exame físico, os pulsos pedioso, poplíteo e femoral não eram palpáveis à direita pelo que se solicitou estudo analítico e Eco-Doppler Arterial dos membros inferiores. Volta a 7 outubro com os exames solicitados. Analiticamente destaca-se LDL 167,6 mg/dl, sem outras alterações analíticas de novo e Eco-Doppler Arterial membros inferiores com: “presença de espessamento da parede das artérias dos membros inferiores associada a placas calcificadas em topografia multi-segmentar. As curvas são bifásicas nas femurais comuns, monofásicas nas femurais superficiais, poplíteas tibiais posteriores, pediosas e peroneais de forma simétrica, sugerindo componente obstrutivo significativo no segmento femuropoplíteo bilateralmente”. Iniciou atorvastatina 20 mg e clopidogrel 75 mg e referenciou-se à consulta de Cirurgia Vascular. Regressa a 6 junho 2016, com as análises de controlo do perfil lipídico solicitadas anteriormente e com informação clínica do serviço de Cirurgia Vascular, onde realizou angioplastia da femural superficial direita com colocação de *stent* com boa revascularização e melhoria clínica significativa. Mantinha a dupla antiagregação iniciada pós terapêutica de revascularização percutânea e

bom controlo dos fatores de risco aterosclerótico com LDL de 77,4 mg/dl.

Discussão: A doença arterial periférica é uma das manifestações do processo aterosclerótico, de sintomatologia por vezes frustrante e insidiosa sendo deveras importante explorar em cuidados de saúde primários. Tratou-se de um caso clínico em que a utente apresentava queixas de claudicação intermitente há vários anos cuja causa não havia sido à data suficientemente valorizada e investigada. A exploração semiológica dirigida em indivíduos com fatores de risco conhecidos é fundamental para a identificação da doença, tratamento e prevenção das complicações a médio e longo prazo.

CC 36

POMPE – UMA MIOPATIA OCULTA

Maria Miguel Sá; Suzie S. Leandro
USF Famílias

Enquadramento: As queixas osteo-musculo-articulares são dos principais motivos de recurso aos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

A idade de apresentação e a possível relação com as atividades de vida diária, nomeadamente atividade lúdica e laboral, deve ser o ponto de partida da observação do médico de família (MF) de forma a fazer um diagnóstico diferencial mais adequado.

Descrição do caso: Doente, sexo feminino, 29 anos. Solteira, integrada numa família nuclear de classe média segundo a classificação socioeconómica de Graffar. Trabalha como acabadora de calçado.

Fumadora (5UMA), nega outros consumos nocivos.

Sem antecedentes familiares ou pessoais de relevo. Desenvolvimento psico-motor e estado-ponderal adequados durante a infância.

Recorreu pela primeira vez ao seu MF aos 23 anos, referindo queixas de crescente incapacidade funcional após apreensão de objetos ao nível das mãos de forma bilateral. Tinha já sido observada por diversas ocasiões no médico de Medicina do Trabalho que relacionava as queixas com a sua atividade laboral, eminentemente manual.

Refere início das queixas por volta dos 10 anos, mas com agravamento mais marcado desde os 20 anos com impacto importante na sua atividade laboral. Nega outras queixas associadas.

No exame neurológico apenas se destaca contraturas irreversíveis dos flexores dos dedos e ligeira hipertrofia dos masséteres bilateralmente.

Seguida em Neurologia dos 24 aos 29 anos sem diagnóstico definitivo.

Realizou EMG, estudo imunológico, estudo genético alargado, teste da gota seca, RMN muscular e biópsia muscular.

Até à data foram excluídas múltiplas patologias, sendo a esta data, a hipótese mais provável, a de apresentação atípica de doença de Pompe.

Discussão: A abordagem do MF, vendo o doente como um todo e relacionando as suas queixas com a sua evolução ao longo do tempo, permitiu neste caso enquadrar estas queixas como não sendo, muito provavelmente, de etiologia degenerativa ou relacionada com a atividade laboral. A avaliação rigorosa do exame neurológico permitiu identificar alterações compatíveis com miotonias e referenciar, de modo precoce, esta doente aos Cuidados de Saúde Secundários (CSS), nomeadamente à consulta de Neurologia. A dificuldade e demora no diagnóstico, reveste-se de intensa ansiedade para esta jovem, não só pelo desconhecimento do curso da doença como pelo receio que seja uma condição com possível transmissão genética.

Neste caso, o MF, serve de ponte entre a doente e os CSS e como ponto de confiança para discussão dos seus receios e apoio em outras condições (como as alterações do humor) que podem agravar a sua capacidade funcional.

CC 39

SÍNDROMA DE COSTELLO: A RARIDADE OU A VISÃO HOLÍSTICA DO MÉDICO DE FAMÍLIA?

Carina Freitas; Ana Pinto
USF Terras de Souza

Introdução: O síndrome de Costello é uma doença monogênica autossômica dominante, rara (desde então foram descritos aproximadamente 115 casos). Trata-se de uma RASopatia que se manifesta sob a forma de síndrome polimalformativa.

O caso clínico que se apresenta é relevante pela raridade da patologia e pretende salientar o papel do médico de família na prestação de cuidados abrangentes e continuados, não só ao doente, mas também no contexto da sua família.

Descrição do caso: IRA, sexo masculino, 5 anos e 4 meses, nascido a 14/8/2011. Segundo filho de um casal saudável e não consanguíneo. Irmã de 10 anos saudável. Família nuclear, fase IV do ciclo de vida de Duvall. Sem antecedentes familiares de relevo.

Gestação de 40 semanas, vigiada, com objetivação de hidrâmnios e macrossomia fetal na ecografia do 3º trimestre. Rastreio SGB positivo. Parto hospitalar por cesariana. Apgar 7/8, sem necessidade de reanimação. Ao nascimento: peso 4650 g; comprimento 51 cm; perímetro cefálico 37 cm. Rastreio metabólico negativo.

Internado na Unidade de Neonatologia do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa no primeiro dia de vida por gemido, SDR aos 10 minutos e suspeita de aspiração meconal. Manteve-se internado nesta unidade até 12/09/2011 e foi

transferido para o serviço de pediatria do Centro Hospitalar do São João (CHSJ) para estudo de dificuldade alimentar observada durante o internamento. Ao exame objetivo de salientar macrocefalia, facies grosseira, ponte nasal deprimida, nariz pequeno e globoso e orelhas de implantação baixa.

Internado durante 9 dias no CHSJ, foi avaliado por diversas especialidades. Apresentou uma boa evolução clínica tendo tido alta com os diagnósticos de suspeita de SEPSIS sem agente identificado, dificuldade alimentar e RGE.

Continuou seguimento em ambulatório, tendo sido diagnosticado síndrome de Costello apenas aos 15 meses de vida. Desde a alta, IRA tem desenvolvido várias complicações e foi submetido a cinco intervenções cirúrgicas das quais se destaca uma gastrostomia percutânea aos 7 meses, que mantém atualmente, e cirurgia de exérese de rabdiossarcoma do úraco aos 2 anos. IRA fez quimioterapia adjuvante, sendo atualmente seguido também em consulta de Oncologia Médica.

Comentário: A síndrome de Costello é uma condição rara, que acarreta várias complicações, sendo geradora de grande sofrimento ao doente e cuidadores. O acompanhamento sistemático, com inúmeras deslocações a consultas hospitalares, a realização de incontáveis exames complementares de diagnóstico e a necessidade de tratamentos, algumas vezes invasivos, e internamentos, alteram a dinâmica familiar, implicando uma reestruturação da mesma a vários níveis. É neste ponto que o médico de família assume um papel fundamental: acompanhar a família ao longo do tempo e antecipar, prevenir e detetar momentos de crise na tentativa de manter, dentro dos possíveis, uma estrutura familiar funcionante, fundamental nos cuidados à criança. Por outro lado, o médico de família desempenha também um papel importante na coordenação da prestação de cuidados a uma criança com uma doença rara acompanhada em diversas especialidades, trabalhando assim com outros profissionais no contexto dos cuidados primários e gerindo a interface com as especialidades hospitalares, ao mesmo tempo que tem uma abordagem centrada na família e na comunidade em que esta criança se insere, assumindo assim um papel de advocacia do utente sempre que necessário. Destaca-se aqui a importância do médico de família fazer parte integrante das reuniões multidisciplinares ou de grupo, que muitas vezes ocorrem a nível hospitalar, pois o médico de família tem uma proximidade singular com a criança com doença rara e com a sua família, dado que estabelece uma relação ao longo do tempo através de uma relação médico-paciente efetiva e holística.

Palavras-chave: Síndrome de Costello; Médico de família; advocacia do utente; abordagem holística.

CC 41

INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL, SIM OU NÃO? – UM CASO DE ÚLCERA DE LIPSCHUTZ

Diana Rocha; Carolina Marques

USF Magnólia

A úlcera de Lipschütz (UL), ou *ulcus vulvae acutum*, é uma entidade rara não venérea, de etiologia e fisiopatologia desconhecidas, caracterizada por desenvolvimento incipiente de ulceração vulvar dolorosa. O diagnóstico surge após exclusão de causas infecciosas, imunes, neoplásicas ou traumáticas e posterior cicatrização espontânea da lesão, em adolescentes sexualmente inativas. Caracteriza-se por aparecimento súbito de uma ou múltiplas ulcerações vulvares dolorosas, necróticas profundas, em adolescentes ou pré-adolescentes que ainda não iniciaram a atividade sexual, havendo casos descritos antes do aparecimento da menarca. As úlceras resolvem espontaneamente em 4-6 semanas, habitualmente sem sequelas e podem ser precedidas de quadro sintomático influenza/mononucleose-like, podendo ocorrer como processo reativo, associado a primo-infecção a Epstein-Barr e infecções por *Salmonella typhi* e *paratyphi*, *ureaplasma*, entre outros. A maioria dos casos é idiopática. O tratamento é maioritariamente sintomático.

Relatamos o caso de uma adolescente de 16 anos, saudável, sem início da atividade sexual, com antecedentes de amigdalites agudas de repetição. Inicia disúria, dor e ardor a nível vulvar, precedidas por mialgias, astenia, odinofagia e pico febril de 38,5°C nos dias anteriores, o que motiva o recurso ao seu médico de família. Ao exame objetivo apresenta orofaringe hiperemiada; à observação ginecológica, uma úlcera vulvar exofítica, esbranquiçada, profunda, delimitada por halo eritematoso e base ulcerada associada a edema perilesional. Sem corrimento vaginal, adenopatias ou outras lesões mucocutâneas.

Analiticamente apresentava elevação dos parâmetros indiretos de infecção. Exame bacteriológico, micológico e parasitológico do exsudado vaginal negativo, bem como a pesquisa por PCR de *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma*, *Ureaplasma*, *Herpes simplex* 1-2. Serologias para *Treponema pallidum*, *Clamydophila spp*, vírus Epstein-Barr (EBV), citomegalovírus (CMV), Vírus de imunodeficiência humana 1-2, *Herpes simplex* 1-2 negativas. Doseamento de imunoglobulinas sem alterações. Foi então encaminhada de urgência para avaliação por Pediatria/Ginecologia, tendo ficado internada em observação e controlo sintomático. Verificou-se cicatrização espontânea na 3ª semana de doença, com área de fibrose residual.

A úlcera de Lipschütz é uma doença rara, diagnosticada por exclusão de outras causas mais frequentes de ulceração vaginal, como as infecções sexualmente transmissíveis

(IST) e o seu desconhecimento pode levar a tratamentos desnecessários. O médico de família, responsável máximo pela prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos no contexto das suas famílias, comunidades e culturas, deve estar atento a esta e outras entidades menos frequentes sem emitir juízos de valor e respeitando a autonomia e a privacidade dos seus pacientes, posicionando-se como defensor, mesmo em situações em que a veracidade da história clínica pode ser questionada. Ao lidar com adolescentes deve privilegiar o sigilo médico e saber gerir as inseguranças e dúvidas dos pais relativamente à sexualidade das filhas, permanecendo alerta para potencial situação de violação. Tem um papel fundamental na tranquilização da jovem, apoiando a nível psicológico, no combate ao estigma e fornecendo informação sobre a patologia.

CC 42

“DOUTORA, A MINHA FILHA NÃO CONSEGUE ANDAR” – RELATO DE CASO

Diana Campos Lopes; David Afonso; Joana Ramalho

USF Villa Longa; ACES Estuário do Tejo

Enquadramento: A artrite idiopática juvenil (AIJ) é a doença reumatológica crónica mais comum em crianças. O diagnóstico desta patologia é clínico. A colheita de uma história clínica e a realização do exame objectivo (EO) dirigido são fundamentais para enquadrar a hipótese diagnóstica de um quadro inflamatório juvenil. A medicina geral e familiar (MGF) assume nas suas competências nucleares, uma posição privilegiada para o diagnóstico precoce e acompanhamento da criança e da família ao longo da doença.

Descrição do caso: O presente caso tem início num motivo de consulta (“não consegue andar”) que nos suscitou grande curiosidade na preparação da mesma face aos possíveis diagnósticos diferenciais. Criança de 7 anos, género feminino, raça caucasiana, elemento de uma família nuclear, irmã mais nova de uma fratria de 2 irmãos, correspondendo à fase V do ciclo de Vida Familiar. A mãe relatava incapacidade para a marcha há 1,5 meses, sobretudo quando acorda, durante 1 hora, ao ponto da mãe pegar-lhe ao colo até ao WC, e de a sentar na sanita. Referia edema e dor do joelho esq, com despertares nocturnos. Há cerca de 1 semana, referia edema do joelho dto e desde a véspera edema nos tornozelos.

Do EO destacava-se marcha claudicante com joelhos semiflectidos, em pontas à esq, flexo dos joelhos bilateral, tumefactos e com calor, flexão não completa; tibio-társicas com edema, calor e dor à palpação; dor à palpação da inserção distal do tendão de Aquiles à esquerda.

Perante um quadro de oligoartrite das grandes articula-

ções com ritmo inflamatório e face à limitação funcional grave objectivada optou-se pela referência ao serviço de urgência (SU) de Pediatria, culminando no internamento desta criança, o qual acompanhámos diariamente através da plataforma de dados de saúde e telefonando periodicamente à mãe.

Discussão: Este caso demonstra como a AIJ pode manifestar-se pela 1ª vez na nossa consulta sob uma forma tão grave. Espelha a importância do médico de família na sinalização de patologias pediátricas graves e associadas a morbilidade significativa, além da importância da gestão do impacto do diagnóstico na vida desta criança e da sua família. Apesar desta patologia necessitar de acompanhamento nos Cuidados de Saúde Secundários, a verdade é que cabe muitas vezes ao MF o esclarecimento de dúvidas e ajuda na tomada de decisões. Salienta-se ainda a importância da reintegração na escola e nas suas actividades desportivas. O desafio passa por fazer todos os esforços para que esta criança tenha um crescimento harmonioso e por gerir o impacto desta doença na adolescência, vida adulta e familiar.

CC 43

UMA DESCOBERTA MESMO A TEMPO – CASO CLÍNICO DE PTT

Sandra Amaral; Maria Pacheu Patrício
USF S. Julião, ACES Baixo Mondego, ARS Centro

Resumo do caso: Utente com 48 anos, do sexo feminino, casada, advogada e residente na Figueira da Foz. Com hábitos tabágicos e sedentários. Apresenta antecedentes de dislipidémia, bócio, fibroadenoma da mama, síndrome das pernas inquietas e litíase renal.

Recorre ao serviço de Urgência com sintomas neurológicos transitórios (cefaleia hemcraniana esquerda, parestesias da face e membro superior esquerdo, dificuldade na fala e desvio da comissura labial). Exibia ainda palidez, petéquias no braço esquerdo e telangiectasias na face interna dos braços.

Foi sujeita a estudo analítico que revelou anemia, trombocitopenia e leucocitose; e fez TC-CE que não demonstrou alterações hemorrágicas. Teve alta medicada com ferro e vitamina B12 e indicação para prosseguir estudo das citopenias no hospital da área de residência.

Dois dias mais tarde recorre à sua médica de família. Mantinha sintomas neurológicos, cansaço e petéquias. Referia ainda dor abdominal após as refeições. Foi medicada com omeprazol e feita requisição de estudo analítico e imagiológico com carácter urgente. No dia seguinte os resultados mostravam: agravamento da anemia e trombocitopenia, aumento da VS e ferritina, anomalia da glicemia em jejum, aumento da creatinina e urina II anormal. A

utente foi referenciada ao serviço de Urgência do hospital distrital local. Aqui foi complementado o estudo analítico (que mostrou aumento da LDH e da bilirrubina e diminuição da haptoglobina) e realizada radiografia de tórax e TC toraco-abdomino-pélvica. A utente foi depois transferida para o hospital central de referência onde foi internada no Serviço de Hematologia para estudo. Aqui foi feito o diagnóstico de púrpura trombocitopénica trombótica (PTT).

A PTT é uma microangiopatia trombótica que conduz a lesão isquémica dos órgãos, trombocitopenia de consumo e anemia. Os trombos podem localizar-se em diferentes órgãos, como por exemplo, cérebro, rins, miocárdio, pulmão e pâncreas. Clinicamente pode apresentar-se por um variado leque de sintomas como queixas neurológicas, disfunção renal e febre.

Durante o internamento foi sujeita a plasmaferese e, posteriormente, rituximab por re-agravamento do quadro. Associadamente foi medicada com prednisolona, ácido fólico, aspirina, enoxaparina e pantoprazol.

Após alta já recorreu à sua médica de família com queixas relacionadas com efeitos secundários da corticoterapia, nomeadamente candidíase oral que foi tratada. Actualmente mantém acompanhamento no Hospital de Dia de Hematologia e a situação clínica encontra-se estável.

Discussão e conclusão: A PPT é uma doença hematológica rara. As manifestações clínicas podem ser muitas e variadas. A alta taxa de mortalidade exige um diagnóstico atempado e uma instituição da terapêutica precoce para modificação prognóstica. Desta forma, a PTT trata-se do verdadeiro desafio diagnóstico.

O facto do indivíduo doente poder ser observado em diferentes locais de prestação de cuidados de saúde, por vários médicos e por diferentes motivos torna essencial a presença de um médico com um enfoque mais generalista que saiba rever o caso, unir todas as peças do puzzle ao longo do tempo e orientar adequadamente o doente. É aqui que o médico de família desempenha um papel essencial.

Em contraste com o raciocínio e acção rápidos necessários em situações como esta, estão os cuidados longitudinais prestados pelo médico de família e que garantem longevidade e qualidade de vida à população. No caso desta senhora, a par com o acompanhamento do tratamento e evolução da PTT é igualmente importante manter cuidados preventivos, nomeadamente a manutenção de estilos de vida saudáveis, a imunização, o rastreio de doenças oncológicas e doenças crónicas mais prevalentes como é o caso das doenças cardiovasculares.

CC 44

NEM TUDO O QUE PARECE É!

Jacinta Vaz; Carla Almeida; Cátia Almeida; Marta Fernandes; Sofia Azenha

USF Novo Norte

Enquadramento: Na prática clínica do médico de Medicina Geral e Familiar surgem situações clínicas diversas com gravidade distinta. É importante que os profissionais de saúde avaliem adequadamente as queixas dos utentes e as saibam orientar e tratar tendo como princípio fundamental *Primum non nocere*.

Descrição do caso: Uteute do género masculino com 63 anos de idade, agricultor. Apresenta antecedentes de excesso de peso, dislipidemia, anomalia da glicemia em jejum, doença cardíaca isquémica sem angina, osteoartrite do joelho direito, coxartrose bilateral e trombose venosa profunda do membro inferior direito em 2007 e 2016 (a aguardar cirurgia vascular). Está medicado com ácido acetilsalicílico 100 mg 1 vez/dia, sinvastatina 20 mg 1 vez/dia, lercanidipina 10 mg 1 vez/dia e glucosamina 625 mg 2 vezes/dia. Não apresenta história de consumo tabágico ou etílico.

Veio a Consulta aberta em 24/06/2016 com queixas de tosse produtiva associada e toracalgia, noção de dispneia e obstrução nasal com cerca de 2 semanas de evolução. Referia febre (máximo 38.5°) no início do quadro. Havia recorrido ao serviço de Urgência Básica da área de residência no início do quadro, tendo sido medicado com antihistamínico, sem melhoria sintomática.

Ao exame objetivo estava corado e hidratado, sem sinais de dificuldade respiratória, apirético, apresentava ruídos de transmissão superior na auscultação pulmonar e saturação de oxigénio de 97% em ar ambiente.

Dada a duração das queixas foi requerida radiografia de tórax que revelou “opacidade paracárdica esquerda e discreto espessamento do interstício peribronquico-vascular”.

Para esclarecimento etiológico realizou tomografia computadorizada que demonstrou: “menor volume torácico à esquerda, com obliteração do ângulo costofrénico ipsilateral por formação quística homogénea de 10 x 5 cm correspondendo a quisto pericárdico.

O utente foi tranquilizado e informado acerca de benignidade do quadro.

Discussão: Os tumores e os cistos do pericárdio são raros. Os cistos do pericárdio são geralmente assintomáticos, têm um diagnóstico relativamente simples e o seu diagnóstico correto, inicialmente investigado como uma massa torácica, evitará procedimentos agressivos para o doente.

CC 45

O IMPACTO DA PLURIPATOLOGIA NUM IDOSO E NA SUA FAMÍLIA - A PROPÓSITO DE UM CASO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Diana Campos Lopes; David Afonso; Joana Ramalho
USF Villa Longa, ACES Estuário do Tejo

Enquadramento: A insuficiência cardíaca (IC) é definida, clinicamente, como uma síndrome na qual os doentes têm sintomas típicos (dispneia, edema maleolar e fadiga) e sinais (pressão jugular elevada, crepitações pulmonares e área de pulso apical deslocada) resultantes de uma anomalia na função ou estrutura cardíaca. O diagnóstico clínico é suportado por testes auxiliares como radiografia de tórax (RxT), peptídeo natriurético tipo B e ecocardiograma. A IC é um grande e crescente problema de saúde pública, sendo uma patologia que tem aumentando de incidência e de prevalência nas consultas de medicina geral e familiar (MGF), em grande parte devido ao envelhecimento populacional. Sendo o diagnóstico em grande parte clínico, a colheita de uma boa história clínica e um exame físico atento são primordiais para a detecção precoce desta patologia.

A MGF assume nas suas competências nucleares, uma posição privilegiada para o diagnóstico e seguimento do idoso, bem como a gestão do impacto das doenças no seio familiar numa fase tardia da nossa vida.

Descrição do caso: Idoso de 83 anos, género masculino, raça caucasiana, elemento de uma família nuclear, correspondendo à fase VIII e última do ciclo de vida familiar. Uteute recorre à consulta aberta por cansaço e falta de ar sobretudo nocturna com 1 mês de evolução, aquando do diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade. Por ausência de melhoria recorreu aos cuidados de saúde secundários tendo sido medicado de forma inespecífica.

Na minha avaliação não teria história de ortopneia nem dispneia paroxística nocturna, bem como negava outras queixas respiratórias. Contudo, ao exame objectivo apresentava-se hipertenso, com ferveores crepitantes na base esquerda, um sopro sistólico grau III/VI mais audível no foco mitral, bem como edema franco até aos joelhos, com Godet 3+/4+. Foi neste primeiro contacto que suspeitámos de uma IC até então não diagnosticada, que se teria exacerbado em contexto de infecção respiratória, num doente com antecedentes pessoais de hipertensão arterial.

Por este motivo, pedi-lhe avaliação analítica, RxT, ECG e ecocardiograma, bem como inicie terapêutica para IC. Além disso, e face ao quadro arrastado, ofereci total disponibilidade para me contactarem quando os exames estivessem prontos. O resultado destes exames comprovou a nossa suspeita clínica, além de ter revelado uma

insuficiência renal em estágio IV (cuja a última observação referia um estágio 3b).

Discussão: Este caso demonstra o impacto de duas grandes doenças num idoso que se sentia até então um homem saudável, e o impacto da doença na sua família: na esposa e numa das filhas do casal. Esta filha relata nas várias consultas a necessidade de onipresença e a sua dificuldade na gestão de disponibilidades para a multiplicidade de consultas que apartir daí surgiram. O médico de família foi um elemento primordial na sensibilização do idoso face à doença bem como na sua adesão às consultas.

Com este caso pretende-se realçar a importância da troca de informações entre as diferentes especialidades e sua articulação.

Este caso tocou-me em várias vertentes, mas sobretudo porque foi a primeira vez que tive uma família que pediu para ser vista por mim por acreditarem que teria feito o primeiro diagnóstico e pela importância do seguimento do seu familiar.

CC 46

RDW, UM GUIA DIAGNÓSTICO SUBAPROVEITADO

Vera Rocha¹; Pedro Churro²

¹USF Sado, ACES Arrábida; ²UCSP São Miguel, ULS de Castelo Branco, EPE

Introdução: A anemia é um achado laboratorial comum na prática clínica do médico de família (MF), que muitas vezes requer a prescrição de exames de diagnóstico adicionais, com o respetivo aumento dos custos, para a sua caracterização (e.g. estudo do ferro para caracterização da anemia microcítica hipocrômica). Contudo, a anemia ferropénica, a \square -talassemia minor e anemia de doença crónica/ anemia da reação de fase aguda são as anemias microcíticas e hipocrômicas mais frequentes sendo o seu diagnóstico diferencial um processo complexo, oneroso e dispendioso, sendo da maior importância clínica para decisão terapêutica. Assim, com o objetivo de simplificar o diagnóstico diferencial destas anemias, poderá utilizar-se o índice de anisocitose eritrocitária (RDW), que indica o grau de variabilidade do tamanho das hemácias, podendo ser um guia na formulação de hipóteses diagnósticas, devido às diferentes fisiopatologias da anemia microcítica hipocrômica.

Palavras-chave: RDW, Anemia ferropénica, anemia de doença crónica/reação de fase aguda, \square -talassémia minor. Para mostrar como utilizar o RDW no diagnóstico diferencial das anemias microcíticas hipocrômicas, recorrer-se-á a dois casos clínicos diferentes e análise de uma tabela auxiliar.

Caso clínico 1: Criança de 18 meses, masculino, etnia cigana, sem AP relevantes. Recorre à consulta de urgência

por quadro de vômitos com 3 dias de evolução e 1 dia de diarreia – 4 dejeções líquidas, sem sangue ou muco e febre não quantificada. Há 3 dias, pelo mesmo quadro clínico, realizou hidratação oral no SU, com aparente tolerância e melhoria. Nega outra sintomatologia, contexto epidemiológico conhecido e ingestão de alimentos potencialmente “suspeitos”.

Exame objetivo: pálido, prostrado, com sinais de desidratação; abdomen: RHA++, mole, depressível, indolor à palpação superficial e profunda, sem massas ou organomegalias palpáveis. Analiticamente: anemia microcítica hipocrômica (Hg 10,9 g/dL; VGM 65,1 fL; HGM 19,8 pg; RDW 21,4 %), ferropénia de 21 mg/dL, aumento dos parâmetros inflamatórios (PCR 41,2 mg/dL) e cetonúria. Ficou internado com o diagnóstico de gastroenterite para vigilância e hidratação endovenosa e anemia microcítica/hipocrômica. Teve alta estando a ser a sua anemia seguida pela MF, que realizou terapêutica com ferro oral (6 mg/kg/dia).

Caso clínico 2: Criança de 16 meses, género masculino, etnia cigana. Recorre à consulta de urgência por quadro de vômitos incoercíveis tendo realizado 3 dias antes hidratação oral no SU com boa tolerância e teve alta. Vem à consulta de urgência por manutenção do quadro de vômitos incoercíveis, intolerância alimentar sólida e líquida, apresentar dejeção diarreica e febre que não sabe quantificar. Nega outra sintomatologia, contexto epidemiológico conhecido e ingestão de alimentos potencialmente “suspeitos”.

Exame objetivo: Subfebril (Taxilar 37,6°C). Sonolento. Hálito cetónico. Analiticamente: anemia microcítica/hipocrômica (Hg 9,3 g/dL; VGM 65,6 fL; HGM 22,7 pg; RDW 14,2%); sem mais alterações analíticas incluindo estudo do ferro. Ficou internado para vigilância e hidratação com o diagnóstico de vômitos incoercíveis e anemia microcítica/hipocrômica. Teve alta com referenciação para a MF, para estudo seguimento da anemia microcítica/hipocrômica; após realização de eletroforese de hemoglobinas que confirmou o diagnóstico de \square -talassémia minor.

Discussão: Estes dois casos ilustram a importância do RDW no diagnóstico diferencial das anemias microcíticas hipocrômicas e na decisão terapêutica, reduzindo o tempo e custo diagnóstico.

CC 47

DOUTOR, QUASE NÃO ANDO E NÃO CONSIGO CHEGAR COM AS MÃOS AO CHÃO!”

Vera Rocha¹; Pedro Churro²; Pedro Abreu^{3,4}

¹USF Sado; ²UCSP São Miguel, ULS de Castelo Branco, EPE;

³Unidade de Reumatologia - ULS de Castelo Branco, EPE;

⁴Faculdade de Ciências da Saúde – UBI

Introdução: A espondilite anquilosante (EA) é uma es-

pondiloartropatia com carácter inflamatório crónico e potencial debilitante que pode diminuir a qualidade de vida (QV). O diagnóstico deve ser o mais precoce possível e a avaliação da actividade da doença e capacidade funcional poderá fazer-se por aplicação de escalas (BASDAI, ASDAS e BASFI). O tratamento passa por diminuir dor, preservar a função articular e evitar deformações, sendo que a motivação e educação do utente devem ser prioritárias.

Caso clínico: Sexo masculino, 56 anos, antecedentes pessoais de EA mas sem seguimento desde os 35 anos. Referenciado a consulta de Unidade de Reumatologia por dor crónica mas recentemente agudizada a nível da cintura pélvica e acentuada limitação funcional para AVD e actividade profissional.

Exame objectivo: hiperflexão do tronco e região cervical, teste da Flecha > 10cm; distância dedos-solo > 20 cm; expansibilidade torácica reduzida (< 1.5 cm); marcha cambaleante. Escala numérica (dor inicial) = 85mm. Analiticamente: VS e PCR normais, HLA B27 negativo. Imagiologicamente: Rx bacia AP: sacroiliíte grau IV, bilateral e coxartrose de grau IV bilateral (Kellgren-Lawrence), Rx coluna cervico-dorso-lombar: vários sindesmófitos e calcificação do ligamento longitudinal anterior. Apresentava escalas BASDAI 9.4, BASFI 10 e ASDAS em doença ativa. Perante o estado evolutivo da doença, a recuperação da funcionalidade da articulação coxo-femoral é fulcral tendo em vista a diminuição das restrições e aumento da QV.

Discussão: Este caso ilustra a importância do diagnóstico e seguimento médico, bem como a educação/motivação do utente, pois só assim haverá um melhor controlo da doença e consequente melhor QV.

CC 48

O PESO DA COMPULSÃO

– A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Rita Luz; António Cardoso Pinto
USF St. André de Canidelo

Enquadramento: As perturbações do comportamento alimentar são doenças crónicas, graves e de tratamento difícil, com consequências a nível psicológico, social e físico verdadeiramente incapacitantes. De acordo com o DSM-5 a Perturbação de Binge Eating define-se como episódios recorrentes (pelo menos uma vez por semana durante três meses) de compulsão para comer, num curto espaço de tempo, uma quantidade de comida marcadamente superior ao considerado normal, associada a uma sensação de perda de controlo. Esta perturbação afeta ambos os sexos e está comumente associada a múltiplas comorbilidades psiquiátricas, como distúrbios de ansiedade, de controlo de impulsos ou consumo de substâncias ilícitas.

Descrição do caso: Mulher de 23 anos, solteira, estu-

dante do ensino superior (curso de Nutrição), natural e residente em Vila Nova de Gaia, integrada numa família alargada (vive com a mãe, a avó materna e o irmão mais novo de 15 anos; pais separaram-se há 5 anos), sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo.

A 08/08/2016 recorre à consulta aberta da sua Unidade de Saúde Familiar com queixas de metrorragias escassas com três meses de evolução. Nega corrimento vaginal anómalo ou outras queixas genito-urinárias. Refere que teria parado a toma do contraceptivo oral combinado (etinilestradiol 0,02 mg + gestodeno 0,075 mg) em julho de 2015 por término do namoro, altura desde a qual nega ter tido relações sexuais. Foi pedido estudo analítico (incluindo hemograma, α -hCG e TSH), ecografia ginecológica transvaginal e exame citológico cervico-vaginal, que realizou no fim do mês, sem alterações de relevo.

Em consulta de reavaliação a 23/09/2016 a utente nega novos episódios de metrorragias desde a data da última menstruação (25/08/2016). Para além disto foi também abordado junto da jovem o facto desta apresentar um aumento exagerado de peso desde maio de 2016, altura em que pesava 56 kg (IMC = 20,6), encontrando-se nesta consulta com 71,5 kg (IMC = 26,3). A utente conta que tem tido vários episódios semanais de compulsão para comer, com cerca de seis meses de evolução, dizendo mesmo que come até se sentir maldisposta e relacionando esta necessidade com o término do namoro de sete anos. Nega comportamentos compensatórios, como a indução de vômitos ou exercício físico excessivo, após os episódios de binge, referindo que se tem sentido triste, sem prazer ou vontade para as atividades diárias, evitando mesmo o contacto com os amigos e faltando às aulas na faculdade. Por esta razão medica-se com fluoxetina 20 mg (uma toma diária de manhã), marca-se consulta de reavaliação e pede-se consulta de Psiquiatria – Perturbações do Comportamento Alimentar no Centro Hospitalar de São João.

A 31/10/2016 a utente diz que tem tomado corretamente a medicação prescrita e que não voltou a ter crises compulsivas para comer, tendo conseguido manter o peso estável nos 71 kg. Para além disso refere já não ter receio de se encontrar com os amigos, sentindo-se mais capaz de controlar as suas compulsões e com mais vontade de voltar a fazer o que lhe dava prazer anteriormente; conseguiu também retomar as aulas na faculdade, mostrando-se com vontade de ultrapassar esta situação.

A 07/11/2016 é observada em contexto de consulta hospitalar de Psiquiatria, no Hospital de São João, sendo aconselhada a manter a medicação prescrita.

Discussão: A Medicina Geral e Familiar é por inerência uma especialidade centrada na pessoa e orientada para

a sua família e para a sua comunidade, sendo na grande maioria das vezes o primeiro contacto do utente com os cuidados de saúde. Dessa forma, o médico de família deve olhar para o utente como um todo, nunca ignorando os sintomas ou sinais de novo que podem ser a primeira pista para um diagnóstico assertivo. Este caso clínico pretende refletir a necessidade de atenção constante que um médico de família deve possuir, conhecendo suficientemente bem os seus utentes para inquirir e investigar aprofundadamente quando algo lhe pareça fora do habitual.

CC 49

QUANDO A DOENÇA TEIMA EM NÃO APARECER – UMA VELOCIDADE DE SEDIMENTAÇÃO PERSISTENTE

Rita Oliveira¹; Catarina Silva¹; Paulo Pires²

¹Médica interna de formação específica em Medicina Geral e Familiar da Unidade de Saúde Familiar Lagoa, Unidade Local de Saúde de Matosinhos; ²Médico especialista em Medicina Geral e Familiar da Unidade de Saúde Familiar Lagoa, Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução: O pedido de meios complementares de diagnóstico (MCD) sem indicação para o rastreio de determinadas doenças ainda é frequente na nossa prática clínica. A velocidade de sedimentação (VS) é um desses exemplos cujos níveis elevados estão associados a diversas patologias inflamatórias, infecciosas e também neoplásicas, sendo no entanto pouco sensível e específica, pelo que não deve ser doseada por rotina a pessoas assintomáticas.^{1,2}

Descrição do caso: Homem de 48 anos de idade, com antecedentes de tabagismo, excesso de peso e hipertensão arterial, medicado habitualmente com amlodipina + olmesartan 5/20 mg 1 vez/dia, que realiza análises de rotina da medicina do trabalho onde é detetado ligeiro aumento da VS, inicialmente isolado e sem clínica associada. Em análises de reavaliação subsequentes, mantém VS aumentada, assim como aumento ligeiro da proteína C-reativa, da gama-glutamilttransferase e da fosfatase alcalina. Em face destas alterações, é iniciado estudo etiológico exaustivo – analítico, radiológico, ecográfico e endoscópico -, sem alterações relevantes. Das análises seriadas, a destacar o surgimento de anemia normocítica e normocrômica com respectivo estudo sem alterações. Após 4 meses de estudo, inicia quadro de febre baixa recorrente, hipersudorese noturna e astenia, tendo realizado TC abdominal que evidencia hepatomegalia e múltiplas adenopatias retroperitoneais. Neste contexto, realiza PET que sugere doença linfoproliferativa, confirmada com biópsia excisional de adenopatia supraclavicular esquerda que só surge após a realização dos vários MCD.

Ao longo deste processo de 8 meses de duração, terá iniciado quadro de ansiedade com insónia inicial, relacio-

nado com a realização de múltiplos MCD inconclusivos e a incerteza diagnóstica subjacente, que melhorou após o estabelecimento de um diagnóstico, ainda que oncológico. Os sintomas B supramencionados foram interpretados pelo próprio como manifestação da sua perturbação de ansiedade e, por isso, desvalorizados enquanto manifestação de doença orgânica.

O doente iniciou acompanhamento no IPO do Porto por linfoma de Hodgkin clássico estadio III-B, onde completou 6 meses de quimioterapia, com boa tolerância e sucesso terapêutico, e mantém-se atualmente assintomático e em vigilância regular.

Comentário: Apesar do achado precoce de uma VS aumentada e de todos os MCD por ela desencadeados na tentativa de detetar precocemente uma doença potencialmente grave, o diagnóstico definitivo acabou por ser estabelecido só após a doença se manifestar clinicamente com o surgimento de sintomas B, ou seja, provavelmente na mesma fase da história natural caso não tivesse sido doseada a VS.

Este caso vem reforçar que o pedido de MCD inespecíficos como rastreio não só não traz qualquer benefício na deteção da doença numa fase inicial, como pode ser prejudicial ao desencadear uma cascata de MCD com custos e riscos potenciais, além de antecipar um estado de ansiedade relacionado com a incerteza que pode comprometer funcionalmente o doente e, inclusivamente, afetar a relação de confiança estabelecida com o médico de família. Além do mais, a atribuição pelo doente dos sintomas B ao quadro de ansiedade desencadeado pelo aumento da VS, com desvalorização dos mesmos, podia ter inclusivamente atrasado o diagnóstico na fase sintomática.

Aqui, o papel do médico de família passa não só pela desmitificação junto do utente relativamente ao pedido de determinados MCD, mas também pelo acompanhamento psicoterapêutico nas situações de incerteza diagnóstica, de forma a ajudar a lidar com a antecipação de uma potencial má notícia e, se se verificar, a vigiar o surgimento de sintomas psiquiátricos.

Palavras-chave: Velocidade de sedimentação, linfoma.

Referências bibliográficas

1. Brigden M. The erythrocyte sedimentation rate. Still a helpful test when used judiciously. *Postgrad Med.* 1998;103(5):257-62, 272-4
2. Michael Harrison. Erythrocyte sedimentation rate and C-reactive protein. *Aust Prescr.* 2015;38(3):93-94

CC 50

LIPOSSARCOMA TORÁCICO

Rita Oliveira; Ana Lima; Ana Cunha; Sara Rocha; Diana Ferreira
UCSP Chaves IB UCSP S. Neutel

Introdução: As neoplasias mediastínicas de origem mesenquimal são raras, representando < 6% dos casos, sendo que a maioria são lipossarcomas.

Caso clínico: Criança 11 anos, sexo masculino, recorre ao SU por queixas de dor torácica lateral à direita, com 4 dias de evolução. Dor intermitente, não interfere com o sono. Sem história de traumatismo, emagrecimento, anorexia, hipersudorese ou outras queixas. Residente em meio rural e com convivência com animais (cães, porcos, galinhas). Efetuou raio x tórax e, posteriormente, TAC torácico que revelaram na vertente posterior do terço médio e na aparente dependência do espaço pleural coleção hipodensa homogénea sob tensão, podendo corresponder a derrame loculado ou formação quística pleural. Analiticamente, sem alterações. Foi transferida para hospital central para estudo da tumefação. Na suspeita de equinocose, face à lesão pulmonar direita extensa com áreas de aspeto quístico na RMN e serologia positiva para equinococcus granulosis iniciou albendazol e realizou exérese da lesão por toracoscopia, em que o exame extemporâneo revelou neoplasia conjuntiva maligna, pelo que realizou toracotomia para ressecção da tumefação. A anatomopatologia mostrou tratar-se de um lipossarcoma pleomórfico mixoide. Recaída após cirurgia, encontra-se a realizar radioterapia e quimioterapia.

Discussão: Os tumores mesenquimais compreendem cerca de 0.7% de todas as doenças malignas, mas compreendem 6.5% de todas as doenças malignas em crianças com idades abaixo dos 15 anos. Não há predileção de género. Os mais comuns são os lipossarcomas que são classificados em 4 subtipos histológicos: bem diferenciado, mixoide, células arredondadas e pleomórfico. O lipossarcoma mixoide representa cerca de 50% dos tumores mesenquimais do mediastino. Ao contrário de outros lipossarcomas, a variedade mixoide acomete uma população mais jovem, com pico de incidência na sexta década de vida. Localiza-se preferencialmente nos membros inferiores (75%) e raramente no mediastino. A apresentação quística na tomografia computadorizada é ainda mais infrequente. A maioria dos pacientes apresenta-se com uma massa indolor na parede do tórax O diagnóstico é por biopsia. A ressecção cirúrgica alargada é o tratamento de escolha para esses tumores. O tratamento adjuvante (quimioterapia e radioterapia) está indicado nas lesões de alto grau. A sobrevida aos 5 anos para lesões de baixo grau de parede torácica, após ressecção completa, varia de 85 a 90%. Em contrapartida, nas lesões de alto grau, a sobrevida em 5 anos cai para 40 a 50%.

Conclusão: Dada a raridade deste caso clínico e a alta incidência de equinocose na região, é crucial considerar esta entidade clínica como diagnóstico diferencial nas lesões quísticas do mediastino.

CC 51

A EPIGASTRALGIA DO CARCINOMA GÁSTRICO...

Rita Oliveira; Ana Lima; Ana Cunha; Sara Rocha; Diana Ferreira
UCSP Chaves IB; UCSP S Neutel

Enquadramento: O cancro gástrico é o 4º cancro mais frequente a nível mundial e continua a representar uma das piores sobrevivências aos 5 anos para doença oncológica. Em alguns países, caso de Portugal, existem variações regionais que enfatizam as diferenças nos fatores físicos, biológicos, sociais e ambientais envolvidos na patogénese do cancro gástrico, como o que se verifica no interior do país.

Descrição do caso: SC, 67 anos, masculino, raça caucasiana, agricultor, residente em Chaves. Antecedentes de alimentação predominantemente à base de enchidos, dislipidemia, hipertensão arterial, doença pulmonar crónica, obesidade, fumador (20 UMA), abuso de álcool (392 gr/ semana). História de epigastralgia, azia, vômitos há um mês. Foi submetido a endoscopia digestiva alta (EDA) que evidenciou lesão ulcerada gástrica, que foi biopsiada e teve como resultado carcinoma mal diferenciado, pouco coeso, intramucoso. Na ocasião do diagnóstico, foi orientado para cirurgia para estadiamento e tratamento.

Discussão: O desenvolvimento de cancro gástrico é um processo complexo que envolve fatores ambientais, a suscetibilidade do hospedeiro e infeção bacteriana ou vírica. O cancro gástrico tem como sintomas mais comuns a perda de peso e a dor abdominal. O tipo mais comum é o intestinal, bem diferenciado. O tipo difuso acomete igualmente ambos os sexos, com idade média em torno dos 50 anos, não apresenta relação nítida com gastrite crónica e metaplasia intestinal e é formado por células isoladas, com tendência a produzir e acumular muco intracelular. Tende a ter disseminação linfática e por contiguidade. Uma vez estabelecido o diagnóstico de cancro gástrico, exames adicionais são necessários para completar o estadiamento da doença e planear a estratégia terapêutica. A TAC fornece informação acerca do tumor primário, deteta linfadenopatias e avalia a invasão das estruturas adjacentes. As metástases são mais comuns no fígado, pâncreas, esôfago e para linfonodos. Atingimento ósseo e pulmonar ocorrem tardiamente. A cirurgia representa a modalidade terapêutica de eleição. O diagnóstico atempado, face à agressividade e à rápida disseminação da neoplasia, tornam este caso de cancro gástrico bastante interessante dada a atipia e chamada de atenção para situações semelhantes.

CC 52

QUANDO UM PÓLIPO ESCONDE MAIS DO QUE UM PROBLEMA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sara Santos

USF Douro Vita

Os tumores neuroendócrinos são um grupo heterogéneo de tumores que surgem em diversos locais, a maioria no trato gastrointestinal e sistema broncopulmonar. Ainda não se encontra elucidado a sua patogénese, características clinicopatológicas e opções terapêuticas. O objetivo deste trabalho é descrever um caso de tumor neuroendócrino pouco diferenciado de localização não especificada, concomitante com o diagnóstico de adenocarcinoma da vesícula.

Trata-se de uma doente do sexo feminino de 50 anos com antecedentes pessoais de depressão, antecedentes familiares de carcinoma da vesícula biliar (pai), cuja medicação habitual consiste em Stablon e Zolof. É enviada a consulta de Cirurgia no Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro após pedido de ecografia abdominal nos Cuidados de Saúde Primários que revelou pólipos vesiculares, apesar de não apresentar qualquer sintomatologia. Foi submetida a colecistectomia laparoscópica em Março de 2015. O relatório anatomo-patológico revelou adenocarcinoma bem diferenciado da vesícula biliar localizado ao corpo com 1,5 cm de maior dimensão, com invasão até aos tecidos da subserosa; estágio T2NxMx. Foi referenciada ao Hospital São João onde a revisão das lâminas confirmou a presença de adenocarcinoma da vesícula biliar e foi também identificada a presença de carcinoma neuroendócrino pouco diferenciado de localização não especificada. Em julho de 2015: realizou PET que revelou hipermetabolismo em conglomerado adenopático que se estende do hilo hepático até à região da cabeça do pâncreas; TAC abdominal revelou conglomerado adenopático suspeito estendendo-se ao longo de toda a vertente posterior da veia porta hepática; e foi submetida a esvaziamento ganglionar do ligamento hepato-duodenal e ressecção dos segmentos hepáticos IVb e V. O exame histológico revelou envolvimento do canal cístico por lesões de neoplasia biliar intraepitelial e metastização ganglionar de carcinoma neuroendócrino. Repetiu PET em setembro de 2015 que mostrou não haver evidência de lesões tumorais com expressão de receptores da somatostatina. Em reunião de Grupo Oncológico foi decidido a realização de quimioterapia adjuvante com regime de cisplatino e etoposídeo, que a doente iniciou em outubro de 2015 e terminou em março de 2016, num total de seis ciclos, com consequente toxicidade hematológica significativa e atingimento marcado do estado geral. Entre março e outubro de 2016, os exames imagiológicos realizados, nomeadamente TAC

e RMN, não revelaram evidência oncológica, bem como os marcadores tumorais se mantiveram dentro dos limites da normalidade. Em julho de 2016, a doente começa a ser seguida em consulta de dor crónica por parestesias intensas dos membros inferiores e queixas álgicas a nível articular generalizado. Em RMN realizada em outubro de 2016, observa-se adenopatia localizada entre a aorta e a veia cava com 2.2 x 1.8 cm, seguramente suspeita. Em novembro de 2016, PET revela metástases ganglionares supraclaviculares esquerdas e abdominais. Foi decidido, em reunião de Grupo, a realização de biópsia de gânglios supraclaviculares. Atendendo ao facto de se tratar de tumor neuroendócrino grau 3, a doente foi proposta para quimioterapia em regime de folfiri.

A conduta no caso das lesões polipóides da vesícula biliar é ainda controversa. Habitualmente, os pólipos com mais de 1 cm de diâmetro são removidos cirurgicamente pelo risco de malignização. No entanto, alguns estudos demonstraram que apenas o tamanho do pólipo não é um critério seguro de exclusão neoplásica: um estudo revelou que 52,6% dos pólipos com menos de 1 cm são lesões pediculadas neoplásicas; outro estudo revelou que cerca de 30% dos pólipos entre 11 e 15 mm são de colesterol (benignos). Os tumores neuroendócrinos apresentam, geralmente, mau prognóstico. Planear uma estratégia terapêutica individualizada e adaptada a cada doente é essencial.

CC 53

A SÉZARY O QUE É DE SÉZARY...

Joana Sofia Fernandes¹; Luciana Paulo²; Ana Sequeira¹; Vitor Santos¹
¹UCSP Covilhã; ²UCSP Fundão

Enquadramento: A síndrome de Sezary é um linfoma cutâneo primário de células T do adulto, tratando-se de uma forma particular de micose fungóide. É uma doença rara associada a um mau prognóstico, com uma esperança média de vida bastante reduzida.

Clinicamente pode apresentar-se por eritema, prurido intenso e difuso, linfadenopatias generalizadas, alopecia, oncodistrofia e hiperqueratose palmoplantar.

No entanto, o diagnóstico desta síndrome não pode ser afirmado apenas através dos aspetos clínicos, necessitando da demonstração da presença de células de Sezary no sangue periférico.

Caso clínico: Doente sexo masculino, 68 anos, reformado e casado. Com antecedentes médicos de hipertensão arterial, fibrilação arterial e ex-fumador. Sem antecedentes familiares relevantes

Recorreu ao médico assistente em 2012 por apresentar lesão macular eritematosa axilar única que em meses evoluiu para múltiplas placas eritematosas e descamati-

vas no tronco e membros superiores e ainda adenopatias volumosas axilares e inguinais. Após exclusão de toxidermia, reencaminhou-se para Dermatologia, onde se procedeu ao estudo, realizando-se uma biópsia cutânea que revelou tratar-se de neoplasia cutânea - micose fungóide, tendo sido medicado com acitretina e corticoide tópico.

Em 2014 apresentava evolução do quadro cutâneo, com eritrodermia com grandes placas pruriginosas e descamativas, decidindo-se internar o doente em Dermatologia para estudo, onde se realizou, entre outros exames, a imunofenotipagem que demonstrou a presença de síndrome de Sézary. Inicia fototerapia com PUVA a qual não tolerou, tendo então iniciado metotrexato que suspendeu de forma autónoma 6 meses depois por não ter objetivado melhorias significativas.

Em 2016 recorre ao serviço de Urgência por tosse expetoração hemoptoica onde efetuou uma radiografia do tórax que revelou a presença de uma massa torácica. Procedeu-se ao estudo da massa em internamento através de realização de tomografia axial computadorizada (TAC) que demonstrou que a massa hilar direita não apresentava plano de clivagem com a artéria pulmonar e ainda acusou a presença de múltiplas adenopatias mediastínicas e hilares. Realizou ainda broncofibroscopia e biópsias brônquicas cujo resultado se revelou inconclusivo. Como as adenopatias superficiais eram causadas pela síndrome de Sézary já conhecida, foi proposto a realização de biópsia pulmonar cirúrgica que objetivou tratar-se de um adenocarcinoma do pulmão. Tendo em conta a natureza irrecorrível da massa, o doente iniciou quimioterapia com metotrexato e carboplatina.

Discussão: Clinicamente a síndrome de Sézary pode confundir-se com outras doenças em que ocasionalmente ocorre eritrodermia, nomeadamente, psoríase, dermatite seborreica ou toxidermia.

No entanto, neste caso específico, determinadas particularidades clínicas, nomeadamente as lesões eritematosas e descamativas, o prurido e o volume considerável dos gânglios superficiais alertaram-nos para a possibilidade de se tratar de um linfoma cutâneo de células T. O estudo posteriormente efetuado, permitiu demonstrar a presença de linfócitos com núcleo cerebriforme, células de Sézary o que nos permitiu concluir tratar-se da síndrome de Sézary. Esta síndrome é considerada por alguns autores um estágio avançado da doença neoplásica cutânea o que implica a utilização de terapêutica agressiva estando também associada a resultados dececionantes.

Apesar disso, recai sobre o médico assistente sublinhar a importância e cronicidade do tratamento, de forma a garantir a adesão por parte do doente, que muitas vezes desmotivado acaba por abandonar toda a terapêutica,

e ainda assegurar que o doente tem acesso a todas as ferramentas, farmacológicas ou não farmacológicas, para conseguir lidar com as suas patologias. O doente tem o direito a ser estudado e tratado através da utilização de todos os recursos que tem ao seu dispor, independentemente do prognóstico das suas doenças de base.

CC 54

DIABETES INICIAL NO ADULTO – TIPO 1 OU TIPO 2?

Maria João Esteves; Mafalda Ferreira
USF Ria Formosa

Introdução: A diabetes tipo 2 constitui 90% dos casos de diabetes nos EUA, Canadá e Europa, enquanto que 5 a 10% são tipo 1 e os restantes por outras causas. O aparecimento de diabetes na idade adulta é mais comumente diagnosticado como tipo 2, porém o médico de família deve estar ciente que a idade não é determinante para o diagnóstico e deve estar alerta para outros fatores.

Descrição: Descreve-se o caso de um paciente do sexo feminino 44 anos de idade que procura o seu médico de família com queixas de perda ponderal, mal-estar, poliúria, poliúria e palpitações. Ao exame objetivo estava ansiosa, com taquicardia, glicemia HIGH (> 500 mg/dl) e HbA1C 14,9%. Foi referenciada ao serviço de urgência e teve alta no mesmo dia medicada com metformina 850 mg. Posteriormente recorre ao seu médico de família, que inicia insulino terapia, ensinos com a enfermeira e atinge HbA1C de 8,6%. Entretanto referencia-se à consulta de Diabetologia onde foi diagnosticada diabetes latente auto-imune do adulto (LADA).

Comentário: O caso exemplifica como a diabetes que surge em idade adulta é muitas vezes mal diagnosticada. A LADA tem muitas vezes um início insidioso, sem necessidade de insulina nos primeiros meses da doença. Devemos ter em conta as características do seu diagnóstico como a ausência de obesidade, ausência de história familiar de DM tipo 2 e presença de auto-imunidade. Por vezes é chamada Diabetes tipo 1,5 por ter características de ambos os tipos.

CC 55

HEPATITE MEDICAMENTOSA

Carlos Lourenço; Rita Ávila
USF São João da Talha

Enquadramento: A hepatite medicamentosa constitui um efeito adverso farmacológico, tendo uma prevalência reduzida de 7,6 por cada 1.000.000 habitantes/ano. No entanto é responsável por 2 a 3% de internamentos devido a efeitos adversos a medicamentos. Em 25% dos casos está associada a falência hepática aguda com prognóstico reservado.

Descrição do caso: Trata-se de um doente do sexo masculino com 57 anos de idade, observado em consulta de

Intersubstituição em fevereiro de 2015.

Cerca de duas semanas antes deste episódio foi medicado com amoxicilina + ácido clavulânico e budesonido por quadro de infecção respiratória, com melhoria.

Na consulta de intersubstituição apresentava queixas de prurido intenso, com 3 dias de evolução, já medicado com anti-histaminico, sem melhoria.

À observação apresentava icterícia da face, tórax e abdômen. Tinha realizado análises recentemente, com alterações das transaminases e gama-gt.

Nesta consulta foi enviado ao serviço de Urgência com as hipóteses diagnósticas de icterícia obstrutiva vs hepatite colestatia de etiologia a esclarecer.

Durante o internamento, cerca de 1 mês, foi feito diagnóstico de hepatite medicamentosa em provável relação com toma de amoxicilina + ác. clavulânico.

Discussão: Este caso relata uma reacção relativamente grave à amoxicilina + ác. clavulânico, um fármaco amplamente utilizado na prática clínica diária. O médico de família deve estar atento à eventualidade de ocorrência de reacções adversas medicamentosas, em particular nos fármacos mais utilizados e aparentemente inócuos.

CC 56

TOSSE CRÓNICA – UM CASO CLÍNICO, UM DESAFIO

Diana André; Bruno Silva; Ângela Machado; Rosana Silva
USF Afonso Henriques, Guimarães; USF Novos Rumos, Vizela

Enquadramento: A tosse é um dos sintomas mais referidos nas consultas de Medicina Geral e Familiar (MGF), e em algumas regiões é o mais frequente. A tosse crónica é, em aproximadamente 80% dos casos, causada por asma, doença do refluxo gastroesofágico e síndrome da tosse das vias aéreas superiores, mas outras causas tais como iatrogenia, alergias ambientais, bronquite crónica e tabagismo são também frequentes. Na maioria dos casos a história clínica e o exame objetivo permitem determinar a sua causa, no entanto, nalguns casos, o diagnóstico pode ser um desafio.

Descrição do caso: Apresenta-se R.M, 47 anos, empregada da limpeza, com o ensino básico, casada, com 2 filhos, com antecedentes de síndrome depressivo recidivante, bócio multinodular e cirurgia em 2015 por síndrome do túnel cárpico. Em janeiro de 2010 recorreu à consulta de MGF por quadro de tosse seca irritativa, com dias de evolução, tendo sido medicada sintomaticamente. Desde essa consulta até 2015 recorreu diversas vezes ao médico assistente por manter o quadro – tosse seca, sem predomínio noturno ou diurno, com agravamento em locais quentes e fechados, sem outros sintomas acompanhantes e sem alterações ao exame objetivo. Nesse contexto foi medicada com diferentes fármacos (antihistamínicos,

antitússicos, inibidores da bomba de prótons, broncodilatadores, corticoides nasais...) sem melhoria relevante. Durante esse período realizou inúmeros meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), que não mostraram alterações de relevo. Por esse motivo entre 2015 e 2016 foi encaminhada para as consultas de Medicina Interna, Imunoalergologia, Otorrinolaringologia, Gastroenterologia, Neurologia e Pneumologia. Por apresentar concomitantemente agravamento do quadro depressivo, associado a situação de violência doméstica, e pela hipótese de tosse psicogénica, foi também referenciada à consulta de Psiquiatria. Após avaliação nestas consultas, com exames analíticos, testes para aeroalergénios, endoscopia digestiva alta, TC toraco-abdomino-pélvico, provas de função respiratória, broncofibroscopia, entre outros MCDT, teve alta de todas as consultas, sob diagnóstico de tosse factícia, à exceção das consultas de Pneumologia e Psiquiatria. Atualmente abandonou a consulta de Psiquiatria por iniciativa própria, e mantém seguimento em consulta de Pneumologia, apresentando discreta melhoria após otimização da terapêutica broncodilatadora.

É de referir que a utente se encontra de baixa médica desde março de 2015, sendo que a tosse persistente compromete em grande escala a sua qualidade de vida.

Discussão: Mesmo após avaliação diagnóstica exaustiva, com exclusão das principais causas de tosse crónica, e de inúmeras provas terapêuticas, muitos doentes mantêm tosse crónica inexplicável. O caso clínico apresentado é um desses exemplos. A tosse idiopática e a síndrome de hipersensibilidade da tosse crónica, descritas sobretudo em mulheres pós-menopausa, são hipóteses diagnósticas, apesar destas entidades não estarem totalmente esclarecidas. A tosse psicogénica, apesar de rara no adulto, parece ser também provável. Contudo, há que considerar a possibilidade de estudo incompleto ou erro diagnóstico. A importância de definir o diagnóstico nos casos de tosse crónica assenta na necessidade de estabelecer uma terapêutica eficaz, dado o impacto desta patologia na vida dos doentes. Assim sendo, a discussão de hipóteses de diagnóstico e de terapêutica é o principal objetivo da apresentação deste caso clínico.

CC 57

PAPEL DO DOSEAMENTO DO BNP NA INVESTIGAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NA PRÁTICA DE MGF BASEADO NOS GUIDELINES DA ESC 2016 – A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

Sofia Teixeira Pinto; Mafalda Oliveira; Luís Alves;
Ricardo Fontes de Carvalho

USF Stº André de Canidelo; Centro Hospitalar Nova de Gaia e Espinho

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) é um síndrome

clínico caracterizado por sintomas típicos mas muitas vezes pouco específicos como dispneia, edemas maleolares e fadiga, que podem ser acompanhados de sinais como turgescência venosa jugular, crepitações pulmonares bibasais e edemas periféricos. Pode ser causada por uma anomalia cardíaca estrutural e/ou funcional, resultando num débito cardíaco diminuído ou aumento das pressões intracardíacas durante o repouso ou sob stress.

A epidemiologia em Portugal, segundo o estudo EPICA, estima que a prevalência de IC em indivíduos entre os 60-69 anos ronda os 7,63%, sendo de 12,67% para indivíduos entre os 70-79 anos e 16,14% para os que têm mais de 80 anos. Em Portugal, o diagnóstico é frequentemente tardio, ocorrendo somente aquando do primeiro internamento, ao invés de ser efetuado precocemente pelo médico de família (MF).

O MF não tem acesso a alguns exames auxiliares de diagnóstico, nomeadamente o doseamento dos peptídeos natriuréticos (BNP ou Nt-ProBNP) que não são comparticipados pelo sistema nacional de saúde (SNS). Dado o seu elevado valor preditivo negativo, seria possível evitar falsos diagnósticos de IC e o recurso desnecessário a ecocardiograma, um exame bastante mais dispendioso.

Os novos *guidelines* da Sociedade Europeia de Cardiologia definem um novo algoritmo no diagnóstico de IC, dando especial ênfase ao doseamento do BNP ou Nt-ProBNP. Além disso, estas novas recomendações permitem um melhor diagnóstico dos indivíduos com IC com fração de ejeção (FE) preservada e possibilitam o início mais precoce do tratamento.

Pretende-se através da elaboração de dois casos clínicos distintos demonstrar o papel importante do doseamento do BNP, como ferramenta capaz de confirmar ou excluir o diagnóstico de IC e assim melhorar os cuidados aos nossos doentes.

Caso clínico 1: Mulher de 77 anos, com hipertensão arterial (HTA) e fibrilação auricular, medicada com ramipril + hidroclorotizida 5/25 mg e varfarina que apresenta queixas de dispneia para pequenos esforços e edemas bímaleolares vespertinos ligeiros. A doente nega dor torácica e outro tipo de sintomatologia respiratória. Exame objetivo sem alterações de relevo, ECG com alterações da repolarização ventricular inespecíficas e ecocardiograma com FE preservada e dilatação ligeira da aurícula esquerda. Perante a suspeita clínica elevada de IC, foi pedido o doseamento do BNP. O valor deste apresentou-se acima do limite superior do normal definido nos *guidelines* da ESC (440 pg/ml), confirmando-se o diagnóstico IC com FE preservada.

Caso clínico 2: Mulher de 65 anos com HTA, medicada com lisinopril + amlodipina 20/5 mg, que apresenta

queixas de dispneia para médios esforços e de dispneia paroxística noturna. Nega edemas vespertinos e episódios de pieira/tosse com o esforço. Exame objetivo sem alterações de relevo e ECG com ritmo sinusal e extrassístolia ventricular. Ecocardiograma sem alterações relevantes e FE preservada. Foi pedido doseamento de BNP que se revelou negativo (13pg/ml), permitindo a exclusão do diagnóstico de IC.

Discussão: O diagnóstico de IC é por vezes difícil de estabelecer, quando o ecocardiograma apresenta uma FE preservada. O novo algoritmo possibilita, perante um elevado nível de suspeita, que o MF requisite primeiro o doseamento do BNP e só depois opte pela continuação da investigação. Isto permite um diagnóstico mais precoce de IC, uma redução dos custos advindos de exames desnecessários e das referenciações incorretas para os cuidados hospitalares. Em ambos os casos apresentados o BNP foi requisitado após a realização do ecocardiograma, uma vez que foi previamente à publicação das novas recomendações. O que se demonstrou no primeiro caso é que ajudou a confirmar o diagnóstico e no segundo permitiria parar a investigação de IC sem acrescentar custos. Deste modo, este é um exame que pela sua facilidade de realização, baixo custo e mais-valia em termos de diagnóstico, deveria estar acessível a todos os doentes e ser participado pelo SNS.

CC 58

UM CASO DE PNEUMOTÓRAX

Tiago Silva Leite; Nádia Correia; Camila Pinto
USF Famílias - ACES Feira/Arouca

Enquadramento: O pneumotórax é definido pela presença de ar no espaço pleural. O pneumotórax espontâneo primário normalmente não está associado a traumatismo torácico, nem a qualquer doença pulmonar coexistente. Este geralmente ocorre devido a rutura de bolhas pleurais apicais, surgindo quase exclusivamente em fumadores, com quadro clínico de início frequentemente súbito.

Descrição do caso: Utente do sexo feminino, 50 anos, corticeira há 36 anos, 4º ano de escolaridade. Antecedentes: dislipidemia. Medicação habitual: contraceptivo oral. marido fumador. Recorreu a consulta do dia na USF, a 21/10/2014, por quadro de dispneia, tosse, pieira e sensação de corpo estranho faríngeo, com uma semana de evolução. À auscultação apresentava diminuição acentuada do murmúrio vesicular nos 2/3 inferiores do hemitórax direito. Medicou-se com guaifenesina + salbutamol, 10 mg/ml + 0.2 mg/ml, e solicitou-se Rx de tórax – sem alterações. A 03/11 mantinha sinais e sintomas e solicitou-se espirometria. A 20/11 regressou à USF, com o resultado da espirometria – sem alterações de relevo; medicou-se

com bilastina 20 mg, aAzitromicina 500 mg e acetilcisteína 600 mg e solicitou-se doseamento de TSH e ecografia da tireoide. No dia 12/12 voltou à consulta por agravamento das queixas, associadas a menor tolerância aos esforços e a dor de características pleuríticas em ambos os hemitórax (à esquerda de início mais recente). Doseamento de TSH normal e ecografia da tireoide revelou dois nódulos no lobo esquerdo (17 e 5 mm). À auscultação apresentava diminuição do murmúrio em todo o hemitórax direito; solicitou-se eletrocardiograma, ecocardiograma e TC torácico – realizado em clínica convencionada com carácter de urgência – que revelou pneumotórax no hemitórax direito, sendo imediatamente referenciada para o serviço de Urgência da área de residência. A 31/12 recorreu a consulta programada para reavaliação, trazendo informação clínica de internamento por pneumotórax espontâneo à direita, no hospital de referência, entre 13 e 19/12; ainda mantinha toracalgia de características pleuríticas à esquerda e ao exame objetivo apresentava um dreno torácico à direita, sem alterações à auscultação. Manteve seguimento em consulta externa de Pneumologia – foi realizado TC torácico de controlo, em fevereiro de 2015, que revelou bolha de enfisema subpleural no lobo médio do pulmão direito, a qual persistia em TC de janeiro de 2016, com as dimensões de 35 x 14 mm. Terá sido proposto internamento para cirurgia que recusou.

Discussão: Neste caso é possível verificar que, muitas vezes, os doentes não apresentam as características epidemiológicas nem o quadro clínico “típico” de determinada patologia, o que pode atrasar o seu diagnóstico e tratamento. Esta “dificuldade” é sentida frequentemente pelo médico de família, pois é o profissional quem contacta com o doente em primeiro lugar.

CC 59

MEDULOBLASTOMA

– QUANDO É URGENTE DIAGNOSTICAR

Diana André; Bruno Silva; Ângela Machado; Rosana Silva; Ricardo Cardoso

USF Afonso Henriques, Guimarães; USF Novos Rumos, Vizela

Enquadramento: O meduloblastoma é um tumor maligno do cerebelo, de crescimento rápido, com origem em células neurológicas primitivas. É o tumor cerebral mais comum em crianças até aos 4 anos, e 75% destes tumores surge em idade inferior aos 16 anos, tendo uma incidência de 1,5 a 2 casos por cada 100.000 habitantes. Os sintomas iniciam-se geralmente 1 a 5 meses antes do diagnóstico, sendo secundários ao aumento da pressão intracraniana. Os mais frequentes são: vômitos e cefaleias, perda de coordenação motora, desequilíbrio, diplopia, alterações visuais e de comportamento.

Descrição do caso: Apresenta-se W.B., 10 anos, sexo masculino, com gestação de 37 semanas, vigiada e sem complicações, parto por cesariana, com Apgar 9/10 aos 1º e 5º minutos, respetivamente, dados de antropometria – peso 2175 g, comprimento 44 cm e perímetro cefálico 32,5 cm, e sem intercorrências no período neonatal. Até aos 6 anos o W.B. apresentou bom desenvolvimento estatoponderal e psicomotor, foi seguido regularmente em consultas de saúde infantil, cumprindo o plano nacional de vacinação, sendo de referir apenas história de dermatite atópica e obstipação. Os pais da criança não apresentam antecedentes pessoais nem antecedentes familiares de relevo.

No dia 20/02/2013 a criança foi observada numa consulta com o seu médico de família (MF), sendo descrito pelos familiares quadro de marcha cambaleante e alterações visuais, desde há cerca de um mês, e mais recentemente cefaleias noturnas, tonturas e um episódio de vômito. Trazia também uma carta da escola a referir alterações do comportamento com início recente. Ao exame objetivo o W. apresentava desvio ocular, marcha atáxica e teste de romberg duvidoso, sem outras alterações identificáveis. Por esse motivo o MF solicitou realização de TC cerebral urgente, que foi realizado no espaço de 2 horas, tendo o MF sido contactado pela colega de Neurocirurgia que revelou o resultado: “tumor volumoso da fossa posterior, provável meduloblastoma, com hidrocefalia e descida das amígdalas cerebelosas”. Imediatamente foi feito contacto com o serviço de Neurocirurgia do hospital de S. João que aceitou a transferência da criança para observação urgente, tendo esta e a família sido encaminhadas a partir da Unidade de Saúde Familiar. A criança ficou internada no mesmo hospital, tendo sido submetida a exérese do tumor a 25/02/2013, que confirmou tratar-se de um meduloblastoma.

O pós-operatório decorreu sem intercorrências e durante o ano seguinte o W. foi submetido a radioterapia crânio-espinhal e vários ciclos de quimioterapia. Atualmente mantém seguimento em consulta de Neurocirurgia, sob medicação crónica, não havendo sinais de lesão residual ou recidivante. Como sequelas apresenta discretos estrabismo e ataxia, défice auditivo e cognitivo, dificuldades de aprendizagem, imaturidade psicoafectiva e sintomatologia ansiosa, estando em seguimento por Fisiatria/Fisioterapia, Psicologia, Pedopsiquiatria, e sob ensino especial.

Discussão: Após intervenção atempada - remoção cirúrgica do tumor, quando possível, radioterapia e quimioterapia, a sobrevivência dos meduloblastomas aproxima-se de 80% aos 5 anos. No entanto alguns fatores agravam o prognóstico na criança, tais como: menor idade na altura do diagnóstico, maior dimensão e extensão do tumor e

a presença de doença metastática. Por outro lado, a necessidade de terapêuticas mais agressivas pode condicionar maior número e gravidade de efeitos secundários, nomeadamente défice cognitivo, distúrbios psiquiátricos, défice auditivo e doenças endócrinas. Deste modo revela-se de extrema importância o diagnóstico precoce destes tumores.

Este caso clínico ilustra uma situação clínica delicada, em que notoriamente o rápido acesso aos cuidados de saúde primários, a confiança dos familiares no MF e a sua eficiente atuação, permitiram o tratamento atempado e o bom prognóstico para esta criança.

CC 60

ESTADO DE ALERTA – SÍNDROME DE REED

Tânia Margarida Costa¹; Rita Marques dos Santos²;

Cláudia Alexandra Silva²; Paulo Morais³

¹USF Alves Martins; ²USF Montemuro; ³Serviço de Dermatologia e Venereologia, CHTV, EPE

Enquadramento: Os piloleiomiomas são tumores cutâneos benignos com origem no músculo eretor do pêlo, mais comuns em mulheres e entre os 10-30 anos. Podem ser assintomáticos ou dolorosos à pressão e ao frio. Geralmente, atingem superfícies extensoras das extremidades, seguidas pelo tronco, face e pescoço. Podem ocorrer isoladamente ou no contexto de síndrome de Reed (SR).

O SR, ou leiomiomatose cutis et uteri, é uma doença autosómica dominante rara, de penetrância incompleta, devida a mutações no gene FH. Caracteriza-se pela presença de leiomiomas cutâneos e uterinos, podendo associar-se a carcinoma de células renais (CCR) (com metastização em 50% dos casos descritos ao diagnóstico) e, em casos isolados, carcinoma da mama e próstata.

No seguimento do doente com piloleiomiomas, deverá ser realizada anamnese completa e exame físico (incluindo pélvico), ecografias abdominal e pélvica e teste genético. Perante o diagnóstico de SR é mandatória vigilância anual.

Descrição de caso: Mulher, 34 anos, natural e residente em Moimenta da Beira, inserida numa família nuclear de classe média, fase III do ciclo de vida de Duvall. Apresentava história de cirurgia ginecológica recente com confirmação histológica de leiomiomas uterinos, tendo a sua mãe sido submetida a cirurgia por motivo idêntico.

Recorreu à consulta de Dermatologia em julho de 2016 por lesões papulares ocasionalmente dolorosas, localizadas à região dorso-lombar esquerda, com cerca de 2 meses de evolução. Sem outras queixas. Ao exame físico apresentava múltiplas pápulas eritemato-acastanhadas aglomeradas, com dimensões entre 0,2-0,5 cm de diâmetro, na região supracitada. Para esclarecimento diagnóstico realizou-se biópsia lesional, tendo a histologia demonstrado um piloleiomioma. Neste contexto, e perante os antecedentes, efetuou-se o diagnóstico

de SR. Foram solicitadas ecografias abdominal, pélvica e mamária e requisitou-se estudo genético do gene FH.

Discussão: O SR é considerado raro, com poucos casos descritos na literatura. Embora os leiomiomas sejam tumores benignos sujeitos a tratamento apenas se sintomáticos, a associação do SR a CCR exige uma vigilância apertada destes doentes.

Assim, o médico de família deve estar alerta para este diagnóstico e ser parte responsável no seguimento destes doentes, por forma a possibilitar um diagnóstico precoce do CCR. É de extrema importância uma boa colaboração interdisciplinar com o intuito de otimizar os cuidados prestados e permitir um *follow-up* mais efetivo.

CC 61

HIPERTENSÃO ARTERIAL NO JOVEM – QUANDO O ESTUDO REVELA MAIS DO QUE GOSTARIAMOS

Vanda Sofia Couto Reis Figueiredo; Ana Catarina Gonçalves; Lúcia Valente

USF Condestável, Polo III

A hipertensão (HTA) é uma causa importante de morbi-mortalidade cardiovascular, potencialmente tratável, constituindo um fator de risco independente para enfarte do miocárdio, AVC e doença renal crónica.

A marcha diagnóstica perante uma situação de HTA de novo implica a identificação de fatores de risco cardiovasculares, deteção de afeção de órgão-alvo, investigação, se aplicável, de causas de hipertensão secundária e estabelecimento de plano terapêutico. A presença de elevação súbita e/ou severa da pressão arterial, particularmente no adulto jovem, o agravamento súbito em doentes com hipertensão previamente conhecida ou resposta terapêutica insatisfatória, deve sugerir ao médico a possibilidade de hipertensão secundária a outro fenómeno nosológico nomeadamente doenças do parênquima renal, estenose da artéria renal, disfunção adrenal, perturbações do sono, gravidez, doenças neoplásicas/infiltrativas renais ou do sistema endócrino, ou mesmo iatrogenia farmacológica.

Relata-se o caso de um homem caucasiano, de 40 anos, com dislipidemia e excesso de peso, sem outros antecedentes pessoais ou familiares de relevo que recorre ao seu médico de família em fevereiro de 2016 por noção de tensão arterial elevada, de instalação recente e súbita, objetivada em diferentes medições no domicílio, confirmada por ocasião da consulta. Negava qualquer sintomatologia e o exame objetivo revelou-se inocente pelo que se optou por iniciar terapêutica anti-hipertensora e hipolipemiante e, atendendo à idade do doente, encetar estudo etiológico para exclusão de HTA secundária, solicitando-se inicialmente avaliação analítica e eletrocardiograma que não revelaram alterações de relevo.

Na consulta seguinte, em outubro de 2016, optou-se por prosseguir o estudo, tendo sido solicitada ecografia renal e ecocardiograma. O ecocardiograma revelou-se inocente, porém a ecografia renal evidenciou uma formação expansiva ao nível do seio renal direito, predominantemente ecogénica e com crescimento para o parênquima renal direito. Nesse contexto, foi solicitada TAC renal para melhor esclarecimento da imagem que confirmou a existência de uma volumosa massa renal, internamente heterogénea, hipervascularizada e com evidência de necrose central, compatível com carcinoma de células renais. Foi imediatamente encaminhado via Alert urgente, à consulta de Urologia do hospital com o menor tempo de espera previsto, pedido esse que, não obstante, se viu gorado por alegada “incapacidade de resposta em tempo útil”. Foi então encaminhado ao serviço de Urologia do hospital da área de residência, onde se encontra atualmente em lista de espera prioritária para nefrectomia laparoscópica.

O presente caso, sustenta a necessidade de sensibilizar os médicos que habitualmente lidam com o diagnóstico de hipertensão, seja ao nível dos Cuidados de Saúde Primários ou Secundários, para a realidade da hipertensão secundária a outros fatores mórbidos, principalmente no adulto jovem; pretende-se também alertar para a incongruência que existe entre os tempos de resposta que são presentes ao médico assistente aquando da referenciação informática para consulta hospitalar e a real capacidade de resposta dos mesmos, bem como denunciar o incumprimento parcial dos pressupostos da Portaria 95/2013, de 4 março, uma vez que prazo máximo para triagem continua a não ser cumprido.

CC 62

A FAMÍLIA DAS PINTAS AZUIS – UM CASO DE GLOMANGIOMAS MÚLTIPLOS FAMILIARES

Patrícia Costa¹; Ana Margarida Cabral²; Raquel Rodrigues³; Pedro Vasconcelos²; Rita Nunes¹; Paulo Morais⁴

¹USF Terras de Azurara, ACeS Dão-Lafões, Mangualde; ²USF Viseu Cidade, ACeS Dão-Lafões, Viseu; ³USF Infante D. Henrique, ACeS Dão-Lafões, Viseu; ⁴Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Ton-dela-Viseu, Viseu

Enquadramento: Os tumores glómicos são lesões raras e benignas, com origem no corpo glómico, uma estrutura localizada nas comunicações arteriovenosas dérmicas e envolvida na termorregulação. A sua localização mais frequente é nas extremidades dos dedos e, clinicamente, caracteriza-se por um pequeno nódulo dérmico, eritematoso ou azulado. Quando sujeito a traumatismo ou estímulo térmico, especialmente frio, pode acompanhar-se de dor paroxística intensa. Por vezes podem observar-se tumores múltiplos, com mais espaços vasculares e com distribuição regional ou disseminados. Denominam-se

glomangiomas ou malformações glomúvenosas e podem apresentar agregação familiar e transmissão autossómica dominante.

Descrição: Criança de 3 anos de idade, sexo masculino, membro de uma família nuclear na fase III de Duvall. Sem antecedentes pessoais relevantes ou medicação habitual. Em novembro de 2014 foi trazido ao médico de família (MF) para consulta de vigilância de Saúde Infantil. Ao exame objetivo constataram-se múltiplas lesões pápulo-nodulares azuladas dispersas pela face, antebraço, dorso e nádegas, algumas das quais de carácter congénito. De referir que a mãe tinha múltiplas lesões similares disperas pelo tegumento. Em ambos os casos havia referência a dor ocasional ao toque e mudanças térmicas. Tendo em conta os achados clínicos foi referenciado à consulta de Dermatologia Pediátrica do hospital de referência. Nesta consulta, em fevereiro de 2015, foi realizada biópsia de uma lesão do braço esquerdo da mãe, cujo exame histológico confirmou o diagnóstico de glomangioma.

Discussão: Este caso ilustra uma doença rara mas com apresentação clínica muito típica. O MF deve estar alerta para a sua existência e evolução, reconhecendo que o traumatismo está muitas vezes relacionado com o seu aparecimento e a dor é o principal sintoma associado, tornando-se por vezes insuportável. De realçar a importância da articulação com os cuidados de saúde secundários, pois o seu tratamento passa muitas vezes pela excisão cirúrgica ou laserterapia.

CC 63

ERITEMA AB IGNE...

UM PEQUENO MAL DAS BOTIJAS DE ÁGUA QUENTE

Patrícia Costa¹; Ana Margarida Cabral²; Raquel Rodrigues³; Pedro Vasconcelos²; Rita Nunes¹; Paulo Morais⁴

¹USF Terras de Azurara, ACeS Dão-Lafões, Mangualde; ²USF Viseu Cidade, ACeS Dão-Lafões, Viseu; ³USF Infante D. Henrique, ACeS Dão-Lafões, Viseu; ⁴Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Viseu

Enquadramento: O eritema ab igne (EAI) ou eritema calórico é, atualmente, raro ou pouco relatado. Trata-se de uma dermatose presente em áreas de exposição prolongada a radiação térmica, nomeadamente botijas de água quente, lareiras, aquecedores e por constantes exposições a calor em sessões de fisioterapia. Clinicamente caracteriza-se pela presença de eritema reticulado, hiperpigmentação, descamação, atrofia epidérmica e telangiectasias. Geralmente é assintomático, mas os doentes podem referir ardor e prurido.

Descrição: Homem de 72 anos de idade, com antecedentes de HTA, dislipidémia, hiperuricémia e artroses generalizadas. Medicado habitualmente com sinvastatina, candesartan e alopurinol. Recorreu ao médico de família (MF)

por gonalgia à direita agravada recentemente por traumatismo. Para alívio da gonalgia aplicou botija de água quente durante cerca de uma hora diária, ao longo de 2 semanas, com término 3 dias antes da consulta. Ao exame objetivo apresentava mancha eritemato-vino-acastanhada reticulada, focalmente descamativa e assintomática no joelho direito. Tendo em conta os achados clínicos foi referenciado ao SU do hospital de referência para avaliação por Dermatologia. Foi-lhe diagnosticado EAI, explicada a natureza da dermatose e a importância da eliminação da fonte de calor. Teve alta com indicação para aplicar emoliente. Após 3 meses foi reavaliado e observou-se redução do eritema, mantendo discreta hiperpigmentação.

Discussão: A presença de uma lesão com aspeto clínico característico em local de exposição excessiva ao calor deve evocar o diagnóstico de EAI. O MF deve estar alerta para esta dermatose, frequentemente subdiagnosticada, principalmente nesta região do país, onde o uso de fontes de calor para aquecimento é muito frequente. A simples e precoce eliminação do fator desencadeante é suficiente para o desaparecimento espontâneo da lesão. De salientar que, apesar de raro e tardio, pode ocorrer transformação maligna (carcinoma espinocelular) do EAI.

CC 64

LINFOMA NA GRAVIDEZ – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Maria Miguel Sá; Suzie S. Leandro
USF Famílias

Enquadramento: Uma gravidez planeada é, na maioria dos casos, uma fase de intensa felicidade em que as expectativas depositadas e o planeamento do futuro estão presentes com especial enfoque.

O surgimento de uma doença grave e inesperada no decorrer desta etapa de vida, reveste-se de contornos especialmente dolorosos.

Descrição do caso: Doente, sexo feminino, 24 anos. Casada, integrada numa família nuclear de classe média segundo a classificação socioeconómica de Graffar. Trabalha como operária em fábrica de calçado. Nega consumos nocivos.

Sem antecedentes familiares ou pessoais de relevo.

Gravidez planeada, desejada e vigiada, a decorrer sem intercorrências. Seguida no CSP e em obstetra particular. Na consulta de Saúde Materna, com 33 semanas referiu “um papo no pescoço” com 15 dias de surgimento. Ao exame objetivo foi objetivada uma massa (adenopatia?) de 2.5 cm de maior diâmetro, móvel e não dolorosa localizada na região cervical direita. Sem outras alterações. Foi solicitado estudo analítico e ecografia da lesão a qual revelou “adenomegalias cervicais fortemente hipocogé-

nicas, as maiores com 18, 18, 10, 7 e 7 mm”, o hemograma sem alterações de novo. Foi enviada para o Hospital da área de residência, tendo realizado biópsia que se revelou inconclusiva. Foi avaliada por Cirurgia Geral e recomendada vigilância médica com a MF, mantendo ainda seguimento em consulta hospitalar.

Parto às 41 semanas sem intercorrências.

Doente manifestava-se muito ansiosa com esta situação e pela demora de marcação de reavaliação nos CSS resolve recorrer a hospital privado onde realiza novo estudo cujas características imagiológicas e biópsia revelaram o diagnóstico de linfoma de Hodgkin clássico.

Foi encaminhada para o IPO onde realizou tratamento de quimioterapia e radioterapia, atualmente em aparente remissão da doença.

Discussão: Neste caso o papel do MF centrou-se em três pilares fundamentais. O diagnóstico e referenciação, a advocacia dos cuidados e o acompanhamento durante a doença.

A relação de confiança estabelecida e a valorização das queixas da doente a par de um exame objetivo cuidadoso permitiram identificar a presença de alterações que necessitavam de referenciação aos CSS.

A gestão, por vezes difícil, dos diferentes cuidados médicos prestados, a perda de seguimento a nível hospitalar e a dificuldade de comunicação existente, foi sendo colmatada pelo cuidado prestado pelo MF que agiu como mediador de cuidados.

A gestão emocional, não só da doente mas também da sua família, face ao surgimento de uma doença grave e inesperada, tem sido o maior desafio neste caso. A gestão de expectativas, os receios em relação ao futuro enquadrados num período de puerpério têm motivado um seguimento de perto com abordagem da doente e da sua família como sede de apoio e cuidado.

CC 65

QUANDO A ALMA CHORA NO CORPO, O MÉDICO DE FAMÍLIA É O MELHOR REMÉDIO

Catarina Ferreira Magalhães; Telma Gameiro;
Maria Teresa Araújo; Ana Rita Mendes; Manuela Agostinho
Unidade de Saúde Familiar Tílias

Enquadramento: Em Medicina Geral e Familiar, mais do que em qualquer outra especialidade, a investigação diagnóstica desenvolve-se em duas vertentes paralelas: a clássica agenda do médico, na procura de um diagnóstico clínico, e a agenda do utente, apresentada como um quadro de representações do seu sofrimento. Esta abordagem retrata o método clínico centrado no paciente, tendo em conta as particularidades de cada pessoa e valorizando o papel terapêutico do médico.

Com a partilha deste caso pretendemos enfatizar: o papel do médico de família na abordagem holística do paciente, a importância da comunicação e relação médico-doente, e o papel do “médico como fármaco”.

Descrição do caso: Relatamos o caso de um homem com 93 anos de idade, com multipatologia e polimedicado. Orientado no tempo e espaço, com um grau de dependência moderado (Índice de Barthel: 80) e dependência ligeira para as atividades da vida diária (Escala de Lawton & Brody: 4). Vive só. Sem descendência direta, mantém apenas contacto com um sobrinho.

Torna-se um grande consumidor de consultas, após a morte da esposa em maio de 2014, iniciando um processo de contactos médicos diretos mensais (no mínimo uma consulta/mês), intercalados por contactos telefónicos, durante cerca de 6 meses consecutivos. Os motivos apresentados eram recorrentes e transversais a todas as consultas, variando entre queixas de diarreia, obstipação, ou pedido de esclarecimentos sobre medicação aguda/crónica. Esta situação, com cerca de dois meses de evolução, motivou a referenciação à consulta de cirurgia geral e várias idas ao serviço de urgência com um internamento de curta duração. Salientamos que, dias após cada contacto hospitalar, o paciente nos telefonava para confirmar a posologia de toda a medicação.

Na segunda consulta do mês de outubro, o utente aborda pela primeira vez, de forma superficial, mas muito emotiva, a morte da cónjuge e os problemas de relacionamento com alguns familiares. Perante esta discreta, mas intensa mudança de discurso, achámos importante explorar estes sentimentos e agendámos uma visita domiciliária. Aí, escutámos ativamente o paciente que nos falou sobre a falta que a esposa lhe fazia, o medo da própria morte, do relacionamento com alguns familiares que se alterou desde as partilhas da herança da mulher. As queixas gastrointestinais e as dúvidas terapêuticas ficaram para segundo plano. Após esta visita, o paciente não nos contactou durante cerca de três meses, retomando a frequência de consultas adequada para a vigilância das suas doenças crónicas. Atualmente, mantém-se estável psíquica e fisicamente, estando institucionalizado.

Discussão: Este relato de caso reúne diversas características e competências do médico especialista em Medicina Geral e Familiar. Começamos a nossa abordagem ao utente centrando a consulta na doença, nas suas queixas físicas, despoletando um grande consumo de serviços médicos da sua parte. Logo que tivemos oportunidade planeamos uma intervenção que versasse a vertente psico-social e não a física, não só porque o paciente não tinha permitido esse tipo abordagem, mas também por pensarmos ser aí que residia o problema.

A visita domiciliária foi o setting ideal, reunindo condições fundamentais para o êxito da entrevista clínica, facilitando a comunicação e fomentando a relação médico-doente. Só a relação privilegiada do clínico com o seu doente e a escuta ativa deste permitiram determinar os problemas emocionais que estavam na origem do problema. A atuação do médico, além de impacto no diagnóstico, funcionou como “fármaco” – a escuta e a atenção prestadas ao doente curaram ao mesmo nível que o medicamento, não sentindo, o doente, necessidade de recorrer ao serviço de saúde durante 3 meses (quando antes o fazia, pelo menos, uma vez por mês).

Em suma, cabe-nos ter sempre presente que, em certas situações, a prescrição de medicamentos resolve apenas temporariamente os problemas de saúde, não atuando nas causas que são inicialmente psicossociais.

CC 66

“DORES DE CRESCIMENTO” ...

O QUE PODEM OCULTAR

Marta Caldeira; Filomena Mina
Centro de Saúde do Santo da Serra, SESARAM EPE

Enquadramento: As dores musculares dos membros inferiores durante a infância são sintomas que, apesar de frequentes, se não forem corretamente valorizadas podem atrasar o diagnóstico de doenças raras. Podem ser causadas por uma ampla variedade de patologias, incluindo as doenças hereditárias do metabolismo e, por isso, podem constituir um desafio clínico.

Descrição do caso: Adolescente, do sexo masculino, de 16 anos de idade, caucasiano, pertencente a uma família nuclear, na fase V do ciclo de Duvall e classe III da escala de Graffar. Pais consanguíneos, primos em 3º grau por parte paterna, sem doenças heredo-familiares conhecidas.

Nos antecedentes pessoais, enurese noturna aos 5 anos, lombalgia, “dores de crescimento” e joelhos varos aos 11 anos, tendo sido seguido em consulta de neurocirurgia e ortopedia infantil. Crescimento estatura-ponderal e desenvolvimento psicomotor adequados à idade.

Sem medicação habitual, sem alergias e com vacinação atualizada. Nega hábitos tabágicos, consumo de álcool ou drogas. Pratica exercício físico na escola e tem atividades extra-escolares.

Em janeiro de 2016 recorre ao serviço de Urgência (SU) do Centro de Saúde por hematúria e mialgias de início nessa tarde após aula de educação física.

Quando questionado referiu, no último ano, dores musculares intermitentes nos membros inferiores após realização de exercício físico e que melhoravam com o repouso ou analgésico e magnésio. Negou outra sintomatologia acompanhante.

À observação apresentava bom estado geral, rosado e hidratado, apirético, normotenso e, exame objetivo sem alterações de relevo exceto hematúria macroscópica. Foi enviado ao SU hospitalar para avaliação complementar, tendo realizado análises que revelaram: TGO 1766 U/L, TGP 343 U/L, CK > 20.000 U/L, mioglobina > 4030 U/L, restantes parâmetros analíticos dentro dos valores normais.

Por suspeita de distrofia muscular foi referenciado para consulta de neuropediatria apresentando remissão espontânea dos sinais e sintomas e, diminuição progressiva dos valores de CK, sem normalização (CK 1794 U/L). O estudo genético, em setembro de 2016, não confirmou o diagnóstico de distrofia muscular.

Posteriormente, em novembro de 2016, realizou estudo por biópsia muscular que revelou glicogenose tipo V.

Discussão: A doença de armazenamento do glicogênio tipo V ou doença de McArdle é um distúrbio genético com hereditariedade autossômica recessiva, que se manifesta por intolerância ao exercício físico com fadiga, dores musculares e por vezes com mioglobinúria que regridem espontaneamente.

Devido à inespecificidade dos sintomas musculares, a doença pode estar subdiagnosticada e muitas vezes é interpretada como má condição física ou como “dores de crescimento”.

Este caso clínico alerta-nos para uma patologia rara, provavelmente subdiagnosticada ou tardiamente diagnosticada mas, principalmente para a importância de investigar os doentes com intolerância ao exercício e/ou dores musculares recorrentes.

CC 67

INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS DE REPETIÇÃO EM DOENTE ASIÁTICA

Pedro LC. Pinheiro; Pedro Sousa; Rui Brandão; Lisa Goulart; Gorete Fonseca
USF Penela

As bronquiectasias apresentam semelhanças com a doença pulmonar obstrutiva crônica, incluindo vias aéreas inflamadas, obstrução ao fluxo aéreo e frequentes consultas/hospitalizações. O diagnóstico é geralmente estabelecido clinicamente com base na tosse crônica com expectoração e radiograficamente pela presença de espessamento da parede brônquica e dilatação luminal na TC. Mulher de 32 anos, chinesa, comerciante, reside em Portugal há 10 anos, inscrevendo-se na USF em abril de 2016. Recorreu nesse mês à consulta por tosse mucopurulenta de predomínio noturno, com semanas de evolução, sem outra sintomatologia associada, referindo lesões pulmonares diagnosticadas na China. Ao exame objetivo

apresentava crepitações na base pulmonar esquerda, sendo medicada com antibioterapia empírica e solicitada radiografia ao tórax, que revelou ligeiro espessamento das paredes brônquicas à direita, de provável natureza inflamatória. Por alterações unilaterais, realiza estudo complementar em 6/2016 por TC que mostra discretas bronquiectasias à direita e acentuadas bronquiectasias à esquerda, algumas com alterações inflamatórias, sendo encaminhada para Pneumologia. Em 9/2016 em consulta hospitalar é descartada história pessoal e familiar relevante, sendo o EO sem alterações. Em subseqüentes consultas os ECD revelaram-se sem alteração para: alfa-1-antitripsina; imunoglobulinas e subclasses; proteinograma; FR e Anti-CCP; IgE e IgG para *Aspergillus*; complemento, ANAs e ANCAs; Imunofenotipagem; HIV; Hemograma, coagulação, BQ; Sumária de urina; 3 culturas expectoração negativas para micobactérias, EFR. Broncofibroscopia: algumas secreções mucosas; brônquio supranumerário na pirâmide basal esquerda (variante do normal). Lavado brônquico alveolar: negativo para micobactérias. Esfregaço com macrófagos e células inflamatórias. Em curso: Teste suor e genotipagem para alfa 1. Aguarda nova consulta medicada com vacina da gripe e lisado bacteriano. Perante o necessário estudo profundo a utente mantém-se ansiosa nas consultas dos cuidados de saúde primários, mantendo as queixas de forma cíclica estendendo o receio de doença a outros elementos familiares. Além das bronquiectasias, não tem de momento outro diagnóstico, aumentando, contudo, a utilização dos recursos de saúde, por ansiedade. Este caso evidencia a importância do papel da MGF na abordagem e atribuição de uma causa patológica e ainda o controverso tema da investigação levar a possíveis sobrediagnósticos. Quando será suficiente?

CC 68

DIABETES MONOGÉNICA: UMA ENTIDADE A CONSIDERAR NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Catarina Silva¹; Carina Pereira²; Filipa Espada³; Marcelo Fonseca³

¹ULSM, USF Lagoa, Médica Interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar; ²ULSM, USF Oceanos, Médica Interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar; ³ULSM, Hospital Pedro Hispano, Médico Especialista de Pediatria

Introdução: A prevalência da diabetes mellitus (DM) em Portugal é de aproximadamente 13%, e representa uma porção importante (8,3%) do total de consultas médicas nos Cuidados de Saúde Primários.¹ Apesar de raras, existem algumas formas DM que, na prática clínica, podem ser confundidas e erradamente classificadas como diabetes tipo 1 ou tipo 2.

Descrição do caso: Mulher de 22 anos que, com 16 anos, foi encaminhada pelo médico assistente para a consulta de Endocrinologia Pediátrica por hiperglicemia em jejum

em duas determinações, em estudo analítico de rotina, sem sintomatologia associada.

Como antecedentes familiares apresenta pai com DM tipo II, diagnosticado aos 35 anos, medicado e controlado com antidiabéticos orais, avós paternos e avó materna com DM tipo II e irmã de 26 anos com diabetes gestacional.

Na consulta de Endocrinologia Pediátrica, foram solicitados PTGO e registo de múltiplas glicemias diárias, que se revelaram compatíveis com o diagnóstico de diabetes mellitus, tendo sido medicada com Levemir em dose fixa e Novorapid em SOS. Foram solicitados anticorpos anti-GAD, anti-células B, anti-insulina e estudo MODY. Os anticorpos foram negativos e, no estudo MODY, foi detetada a variante GCK:c.1153G>A (p.Gly385Arg) em heterozigotia no exão 9, do gene GCK, variante esta não descrita na literatura até então. Foi realizado estudo genético dos progenitores, tendo sido verificada a mesma mutação no pai. Manteve-se sempre assintomática e com ótimo controlo glicémico, encontrando-se, desde há 2 anos, apenas sob Gliclazida.

Comentário: A diabetes tipo MODY (*Maturity-Onset Diabetes of the Young*) é um subtipo de diabetes mellitus, caracterizado por manifestação precoce (geralmente, antes dos 25 anos de idade), com transmissão autossómica dominante e que atinge 1-5% do total de diabéticos.² Corresponde a um defeito primário na secreção da insulina, associado a disfunção na célula β pancreática, causado, na maioria dos casos, por mutações nos genes HNF1A, GCK e HNF4A, originando subtipos diferentes de MODY, que variam na idade de aparecimento da doença, na sua severidade e no prognóstico.^{3,4} A mutação no gene HNF1A é a mais comum na população europeia (87,5%).⁴

A identificação de uma mutação inativadora em heterozigotia no gene GCK faz o diagnóstico definitivo de MODY2 ou GCK-MODY, que se caracteriza por hiperglicemia ligeira em jejum, presente desde o nascimento, porém, frequentemente, apenas detetada posteriormente em estudo analítico de rotina.³

O médico de família, como primeiro ponto de contacto dos doentes com os serviços de saúde e prestador de cuidados abrangentes, desde o nascimento até à morte, deve ter consciência da existência desta patologia e das suas características clínicas, por forma a minimizar erros de diagnóstico, com impacto na terapêutica e no prognóstico. Assim, em doentes diagnosticados com DM tipo 2, com início da doença em idades precoces e pesada carga familiar ou em doentes classificados como diabéticos tipo 1, mas muito bem controlados com baixas doses diárias de insulina, o diagnóstico de DM subtipo MODY deve ser equacionado.

Neste sentido, os testes genéticos. Sabendo-se que a dia-

betes tipo MODY tem evoluções diferentes, consoante o subtipo em causa, a caracterização genética da diabetes tipo MODY revela-se uma ferramenta importante, não só por permitir um diagnóstico, mas também na definição do prognóstico, do esquema terapêutico, da necessidade de acompanhamento mais ou menos exigente e no diagnóstico precoce e acompanhamento dos familiares.

Palavras-chave: Diabetes monogénica, MODY, GCK

Referências Bibliográficas

1. Observatório da Diabetes. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes – Edição de 2015.
2. Correia F et al. Diabetes monogénica – a importância do diagnóstico molecular. *Rev Port Endocrinol Diabetes Metab.* 2011;2:64-68
3. Osbak, K. et al. Update on mutations in glucokinase (GCK), which cause maturity-onset diabetes of the young, permanent neonatal diabetes, and hyperinsulinemic hypoglycemia. *Human Mutation.* 2009;30(11):1512-1526.
4. Colclough, K. et al. Clinical utility gene card for: Maturity-onset diabetes of the young. *European Journal of Human Genetics.* 2014;22:e1-e6.

CC 71

PTOSE PALPEBRAL BILATERAL

– UM DIAGNÓSTICO PARA ALÉM DO ESPERADO

Maria João Gonçalves e Sofia Teixeira Pinto
USF Stº André de Canidelo, Vila Nova de Gaia

Enquadramento: A esclerose múltipla (EM) é considerada a doença neurológica incapacitante mais comum entre os adultos jovens. A sua apresentação clínica é muito variável, tanto a nível de sintomas, como de ritmo e progressão da doença.

Ao médico de família (MF) cabe o papel de realizar uma história clínica e exame físico completos, com vista a um diagnóstico rápido e preciso.

A EM é uma doença crónica que leva a uma diminuição progressiva da qualidade de vida. Embora ainda não exista tratamento curativo disponível, é possível minimizar a frequência da sintomatologia e a gravidade da doença.

A abordagem multidisciplinar dos sintomas do doente com EM é fundamental, com vista à preservação da função motora e à diminuição do nível de incapacidade. Além disso, a gestão desta doença a nível dos cuidados de saúde primários (CSP), deve ter em conta a relação da sua progressão com o estilo de vida e os fatores psicossociais subjacentes ao doente.

Caso clínico: Homem de 34 anos com antecedentes de diabetes Mellitus do tipo I, hipertensão arterial e dislipidemia. Recorreu a uma consulta aberta da Unidade de Saúde Familiar por quadro de diminuição da força muscular de ambas as pálpebras, associada a cefaleias e a diminuição da acuidade visual. Ao exame neurológico sumário não apresentava alterações de relevo. No final da avaliação, o doente foi referenciado ao serviço de Urgência (SU) de Neurologia para exclusão de patologia do foro neurológico. À observação no SU, o quadro foi interpretado como crise aguda de miastenia Gravis e o doente teve alta, medicado

com piridostigmina três vezes ao dia. Foi agendada reavaliação dentro de uma semana na consulta externa (CE) de Neurologia.

Após observação na CE de Neurologia, o doente foi encaminhado para a CE de Neuroimunologia, com suspeita de quadro estabelecido de miastenia Gravis. Cerca de cinco meses depois, através do seguimento nesta consulta, foi assumido o diagnóstico de EM.

Conclusão: Entre as patologias neurológicas crônicas e debilitantes, a EM é aquela que mais afeta os adultos jovens. O seu carácter progressivo implica a necessidade de encontrar abordagens eficazes para retardar a sua evolução.

Uma vez que o diagnóstico da EM é clínico, o MF deve manter um índice de suspeição clínica elevado, assim como ter presente os critérios de diagnósticos utilizados. A nível dos CSP, o objetivo centra-se no diagnóstico precoce e no tratamento multidisciplinar dos sintomas primários e associados, de forma a obter uma melhoria da qualidade de vida dos doentes mais jovens.

CC 72

OLHAR PARA ALÉM DO RASTREIO

Rui Miguel Brandão; Lisa Goulart; Pedro Pinheiro;
Pedro Sousa; Paula Sousa; Gorete Fonseca
USF Penela

A neoplasia do cólon e reto atinge cerca de 32.1 pessoas em cada 100 mil (taxa padronizada, dados 2010, do relatório “Portugal: Doenças oncológicas em números 2015” -DGS), tendência que se tem vindo a manter constante nos últimos anos. A taxa de mortalidade padronizada das neoplasias cólon foi de 14.5/100 mil habitantes (num total de 2 687 casos) e as relativas às neoplasias da junção recto-sigmoide e recto de 6/100 mil habitantes (total de 1073) no ano de 2014.

A adesão dos utentes aos rastreios, assim como uma atitude ativa nas situações de *case finding*, tornam-se importantes no diagnóstico precoce desta patologia.

Doente sexo feminino, 77 anos, Apgar familiar 10, ciclo Duvall VII.

Apresenta-se em consulta aberta em dezembro de 2015 com dores epigástricas, náuseas e ânsia de vomitar, além de rectorragias de sangue vivo, com 4 episódios nas últimas 48 horas. Exibe igualmente diarreia de fezes líquidas. Exame objectivo realizado, com toque rectal normal. Pedida colonoscopia, cujo resultado foi normal.

Passados 9 meses (agosto 2016) apresenta-se em consulta aberta por diarreia com 1 semana de evolução e cólicas abdominais. Deslocou-se a uma farmácia, sendo medicada com loperamida, escopolamina e pró-bióticos, tendo melhoria sintomatológica. Dois dias antes da consulta iniciou rectorragias (com tenesmo). Perante estes

achados de novo, mesmo com colonoscopia prévia normal, repetiu-se o exame. Nesta nova colonoscopia, que se apresentava normal até ao ângulo esplénico, ficou limitada na progressão por dor, com necessidade de repetir sob sedação anestésica.

Feito o pedido de repetição do exame com anestesia, este mostrava no colon transversal lesão vegetante circunferencial estenosante e friável. Foi realizada biópsia e encaminhou-se a utente para IPO.

Cerca de 1 mês depois, e por indicação pela utente que não se realizaria TC para estadiamento em tempo útil, faz-se o pedido na USF. Duas semanas depois, situação semelhante para com a realização de ecocardiograma, sendo mais uma vez o pedido feito pela USF.

Colostomia realizada em dezembro de 2016, aguardando-se ainda resultado de biópsia.

A realização de exames complementares de diagnóstico que possam funcionar de rastreio não impossibilitam a sua repetição num curto espaço de tempo, desde que se faça uso do bom senso clínico. A apresentação de sintomatologia de novo (mesmo com uma colonoscopia recente) faz com que a conduta expectante pudesse ter efeitos nefastos neste caso clínico.

A continuidade do cuidado, assim como o conhecimento dos utentes e das suas queixas permite ao médico de família uma atuação mais diferenciada e sensível no cuidado prestado aos utentes.

Por outro lado, a flexibilidade necessária para “quebrar” procedimentos (realização de TC fora do contexto hospitalar, não sendo sua obrigação técnica) mostra a perícia e agilidade com a qual os médicos de família têm de lidar no dia-a-dia, culminando num melhor cuidado prestado ao utente (esta sim, obrigação deontológica).

CC 73

QUANDO UMA QUEIXA ISOLADA LEVA A UM DIAGNÓSTICO DISTINTO...

Lisa Goulart; Rui Brandão; Pedro Sousa; Pedro Pinheiro;
Paula Sousa; Gorete Fonseca
USF Penela

Enquadramento: O feocromocitoma é um tumor que segrega catecolaminas, tipicamente da medula da suprarrenal, e que provoca hipertensão persistente ou paroxística em doentes jovens à meia idade. As suas manifestações clínicas incluem cefaleias, palpitações e sudorese profusa e por vezes também estão associados outros sinais como perda crónica de peso, hipotensão ortostática e tolerância diminuída à glucose. O seu diagnóstico é laboratorial, sugerido pelo aumento da concentração de metanefrinas no plasma e dos seus metabolitos urinários na urina das 24 horas.

Descrição do caso: Homem de 52 anos, motorista de pesados de mercadorias, casado, numa família nuclear (fase III do ciclo de Duvall), de classe socioeconômica média-baixa, cujos antecedentes pessoais destacam-se: abuso do tabaco (60 U maço/ano), síndrome de apneia obstrutiva do sono (06/2013), excesso de peso (02/2013) e hipertensão sem complicações (02/2013). Está medicado com perindopril + amlodipina, 10 mg + 5 mg 1 vez/dia, e faz CPAP facial durante o período noturno.

A 18/11/2014, em Consulta de Vigilância de HTA, apresentava valores elevados de tensão arterial e incumprimento da terapêutica. Referia ainda noctúria e hesitação no início do jato urinário e por estes motivos são pedidos sumário de urina e Ecografias reno-vesical e prostática, que este não realiza.

Por manter as mesmas queixas e apresentar hematúria microscópica no sumário de urina, a 25/5/2015 pedem-se novas ecografias que este só vem a realizar em 10/10/2015, que evidenciam "...microlitíase bilateral não condicionando uropatia obstrutiva. Identifica-se um quisto no polo inferior do rim esquerdo com 5,5 cm e um entre o fígado e o rim direito medindo 12 cm, condicionando desvio superior e anterior do fígado e desvio anterior do rim, podendo corresponder a um quisto eventualmente com localização a nível da suprarrenal, a avaliar por TC." A TC abdominal pedida a 4/11/2015, revela "volumosa formação quística entre o lobo direito do fígado e o polo superior do rim direito, com parede espessada e fino septo incompleto. A localização da lesão sugere a hipótese de eventual origem na suprarrenal direita."

A 14/12/2015 é referenciado a consulta de Cirurgia Geral, onde são realizados: o estudo funcional da lesão, que mostra uma elevação marcada das metanefrinas fraccionadas no plasma; a cintigrafia com MIBG, que confirma a hipercaptação na formação da suprarrenal direita compatível com feocromocitoma; e a RMN que revela "(...) volumosa lesão arredondada no espaço hepato-renal medindo 14cm. Não se identifica a SR direita pelo que se admite que possa ter origem neste órgão. Após administração de contraste não se observa realce." Realiza tratamento com fenoxibenzamina, 10 mg 1 vez/dia, para melhor controlo tensional, nas duas semanas prévias à intervenção cirúrgica. É submetido a adrenalectomia retroperitoneoscópica direita a 15/06/2016. Durante o internamento mantêm tensões arteriais normais, pelo que suspende a medicação habitual.

A 21/6/2016 e a 05/07/2016 é reavaliado em consulta de vigilância de HTA e apresenta valores tensionais elevados, iniciando perindopril 5 mg 1 vez/dia e registo diário dos valores tensionais.

Discussão: Este caso clínico realça duas das competên-

cias obrigatórias exigidas na especialidade de Medicina Geral e Familiar: lidar com a doença que se apresenta de forma indiferenciada, numa fase precoce da sua história natural e identificar a necessidade (ou não) de intervenção urgente; e a problemática de gerir simultaneamente os problemas agudos e crónicos dos doentes, em todas as suas dimensões (física, psicológica, social, cultural, entre outras).

CC 74

COMO DAR MÁS NOTÍCIAS?

Joana M. Ferreira; Inês Videira; Márcia Sá; Paula Ferreira
USF Saúde em Família, ACeS Grande Porto III - Maia/Valongo

Enquadramento: Quem e como se transmite uma má notícia pode afetar a compreensão pelo utente, a satisfação com os cuidados de saúde, a esperança e, conseqüentemente, a adaptação à doença.

Descrição do caso: Mulher de 26 anos, mãe de 3 crianças, vítima de violência doméstica e institucionalização social. Sem antecedentes médico cirúrgicos relevantes, sem medicação habitual.

Recorre à MF a 10/03/2016 por dor no tórax anterior e no dorso, demonstrando preocupação com emagrecimento (10 kg em 2 meses). Relata que há 2 meses, fez novamente queixa do ex companheiro, esteve numa instituição de apoio à vítima, estando atualmente em casa dos seus pais. Ao exame objetivo (EO) apresentava contratura do músculo esternocleidomastoideu direito e escoliose (teste de Adams). Foi prescrito diazepam 5 mg ao deitar. Foi solicitado estudo analítico incluindo marcadores infecciosos e radiograma (RX) da coluna extra longo.

No dia 22/03/2016, recorre à consulta aberta da USF por indicação urgente do médico que relatou o RX. Refere dor cervical, sem dispneia. Ao EO são detetadas adenopatias cervicais direitas com 2-3 cm de diâmetro. O relatório do RX descreve escoliose lombar e alterações cardiomediastínicas, observando-se no RX uma massa mediastínica. Foi pedida uma TC torácica e foi medicada com diclofenac 50 mg 12/12 horas. Analiticamente apresentava: anemia microcítica normocrômica (Hb 11,5 g/dL), GGT 143 U/L, velocidade sedimentação de 40 mm/h e a TC (realizada no dia seguinte) revelou "massa no mediastino anterior, bem delimitada, sólida, com cerca de 85 x 65 x 68 mm, com áreas necróticas centrais, várias adenomegalias mediastínicas (para traqueal direita e cervicais supraclaviculares bilateralmente) e dois nódulos no lobo pulmonar superior esquerdo". A doente volta à USF e a médica de consulta aberta da USF esclareceu com a utente e, posteriormente com o seu pai (após consentimento), a informação do exame. Após a reação inicial, foi discutido o plano de seguimento: referenciação à consulta de Hematologia do IPO

e agendada consulta com a sua MF.

Discussão: A utente recorreu à MF com queixas inespecíficas, integradas numa situação vivencial complexa, potencialmente confundidora. Foi iniciado o estudo etiológico e os resultados obrigaram a uma avaliação médica urgente. Com a boa acessibilidade garantida pela USF, a doente foi observada no mesmo dia, ainda que por outra médica, que tentou aplicar o protocolo Spikes para transmitir a má notícia, adaptando o discurso a uma utente que não conhecia.

CC 75

NEOPLASIA MIELOPROLIFERATIVA

– TAL MÃE, TAL FILHA

Telma Gameiro; Ana Rita Mendes; Catarina Magalhães; Maria Teresa Araújo; Carlos Ripado; Luís Oliveira Soares
Unidade de Saúde Familiar Tílias

Enquadramento: As neoplasias mieloproliferativas (NMP) são um grupo heterogéneo de doenças caracterizadas por proliferação de uma ou mais linhagens de células hematológicas no sangue periférico. Estão frequentemente associadas à mutação somática JAK2 (adquirida). A policitemia vera (PV) é uma doença rara, com uma incidência estimada de 1.9/100.000 e uma prevalência de 30/100.000 (Relatórios Orphanet, 2016), que afeta preferencialmente indivíduos entre os 40-70 anos. Manifesta-se por eritrocitose e elevação dos níveis de hemoglobina. A trombocitose pode ter etiologia primária (mieloproliferativa) ou secundária. Geralmente é um achado em exames de rotina. O diagnóstico diferencial pode ser difícil. As NMP podem ser sintomáticas e cursar com complicações trombóticas ou hemorrágicas.

O sincronismo no adoecer de mãe e filha, com manifestações similares de uma patologia tendencialmente esporádica, motivou a partilha deste caso.

Descrição do caso: MFPN, 69 anos, sexo feminino, reformada, vive com o filho. Tem como antecedentes hipertensão arterial, esófago de Barret, perturbação de ansiedade e depressiva, obesidade, fuma 6 cigarros/dia e foi operada a fístula perianal (2014). Medicada com nebivolol + hidroclorotiazida 5 mg + 12,5 mg, pantoprazol 40 mg, fluoxetina 20 mg e Euvifor®. Assintomática, apresenta em análises de rotina a 24/9/2013, eritrócitos $5.6 \times 10^{12}/L$, hematócrito 46.8%, hemoglobina 15.8 g/dL e plaquetas $451 \times 10^9/L$. Em 19/7/2016 é reavaliada analiticamente apresentando eritrócitos $7.18 \times 10^{12}/L$, hematócrito 45.4%, hemoglobina 14.1 g/dL, leucócitos $14.6 \times 10^9/L$ e plaquetas $653 \times 10^9/L$. É referenciada a consulta de hematologia a 25/7/2016, onde foi diagnosticada NMP crónica, JAK2 positivo (BCR-ABL negativo), com biópsia osteomedular compatível com PV/Trombocitose essencial, com fibrose reticulínica Grau 2+. Neste contexto inicia

aspirina em baixa dose e tem-se mantido clinicamente estável.

AAFN, 87 anos, sexo feminino, mãe de MFPN, vive sozinha, com apoio de empregada. Tem como antecedentes hipertensão arterial, incontinência urinária, perturbação de ansiedade e depressiva, fibrilhação auricular com resposta ventricular controlada, histerectomia por hiperplasia do endométrio (2002), e demência. Medicada com fluoxetina 20 mg, metamizol magnésico 575 mg em SOS, memantina 20 mg, quetiapina 50 mg, perindopril + indapamina + amlodipina 4 mg + 1.25 mg + 10 mg, apixabano 5 mg, mirabegrom 50 mg, colecalciferol 25.000 U.I., bisacodilo 5 mg e lactulose 666.7 mg/mL em SOS. Também em 2013, surgem, em análises de rotina, alteração na contagem de plaquetas ($709 \times 10^9/L$) e anemia (hemoglobina de 11.2 g/dL). Ao repetir as análises, houve melhoria destes parâmetros. Na reavaliação analítica em 11/5/2016, apresentava eritrócitos $5 \times 10^{12}/L$, hematócrito 45.1%, hemoglobina 14.9 g/dL, leucócitos $9.6 \times 10^9/L$, plaquetas $868 \times 10^9/L$. Pela persistência e progressão de trombocitose e eritrocitose é referenciada a consulta de hematologia a 23/11/2016. Devido à idade e comorbilidades da doente, é realizada investigação sumária, diagnosticando-se PV JAK2 positivo. Iniciou hidroxiureia e foi enviada para Imunohemoterapia.

Discussão: As alterações analíticas que conduziram ao diagnóstico de NMP (PV) nestas duas mulheres surgiram no mesmo ano. Este facto pode indiciar uma causa ambiental que tenha despoletado o quadro clínico. Porém nenhum agente foi identificado. A relação de parentesco entre ambas levanta também a hipótese do fator hereditariedade. No entanto, as mutações somáticas JAK2 são geralmente adquiridas pelo que a maioria dos casos de NMP são esporádicos. Ainda assim é reconhecida a predisposição familiar em alguns doentes.

Apesar de serem patologias incomuns, o médico de família encontra-se numa posição singular para identificar/sinalizar estes casos, frequentemente assintomáticos, e também no seu seguimento, prevenindo e estando atento a potenciais complicações.

CC 76

DIABETES E LESÕES DERMATOLÓGICAS:

A PROPÓSITO DE 2 CASOS DE NECROBIOSE LIPÓIDICA

Rita Marques dos Santos¹; Cláudia Alexandra Silva¹; Tânia Costa²; Margarida Mano¹; Paulo Morais³

¹USF Montemuro, Castro Daire; ²USF Alves Martins, Viseu; ³Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Tondela Viseu

Enquadramento: A necrobiose lipóidica (NL) é uma dermatose rara, crónica e desfigurante que pode afetar 0,3% dos diabéticos. É mais comum em diabéticos tipo 2, mulheres e caucasianos, surgindo habitualmente entre as

2ª e 5ª décadas de vida. Também pode ocorrer em não diabéticos, nomeadamente em contexto de sarcoidose e doença inflamatória intestinal. Caracteriza-se por máculo-placas eritemato-acastanhadas/amareladas, assintomáticas, brilhantes, atróficas e telangiectásicas, acometendo classicamente as regiões pré-tibiais e dorso dos pés com padrão simétrico. O diagnóstico baseia-se no aspeto clínico-histológico. A sua patogenia é desconhecida e o tratamento geralmente ineficaz.

Descrição do caso 1: Mulher de 29 anos, com diabetes mellitus (DM) tipo 1 desde há 4 anos, insulino-tratada com razoável controlo glicémico que apresentando “mancha solitária assintomática, com 5 cm de maior diâmetro, rosada, atrófica, bordos pigmentados, na face anterior do 1/3 médio da perna esquerda”;

Descrição do caso 2: Mulher de 42 anos, com DM tipo 2 desde há 15 anos, insulino-tratada com razoável controlo glicémico, apresentando duas “placas eritemato-acastanhadas de pele atrófica, com aumento progressivo de dimensões e prurido ocasional, localizadas na perna e dorso do pé esquerdo”.

Perante a suspeita de NL foi realizada biópsia lesional em ambas as doentes, tendo o exame histológico afirmado a hipótese clínica. Em ambos os casos optou-se por abstenção terapêutica

Discussão: Dada a prevalência de DM nas consultas de MGF, os autores pretendem alertar para esta dermatose que, embora rara, pode ser marcadora da presença de DM. Note-se, no entanto, que a presença e a evolução da NL não se correlacionam com o controlo glicémico. O tratamento com corticoides tópicos pode originar melhoria transitória, mas sugere-se cautela no seu uso pelo risco de agravamento da atrofia cutânea.

CC77

VER PARA ALÉM DA DEPRESSÃO – UM CASO DE MIASTENIA GRAVIS

Maria João Canelhas; Ana Falcão e Cunha; Lígia Carvalho; Nídia Ramos

Unidade de Saúde Familiar Calâmbrega

Enquadramento: A miastenia gravis (MG) é uma doença autoimune mediada por anticorpos antireceptores acetilcolina, interferindo na condução da junção neuromuscular. Até aos 40 anos, a incidência é três vezes maior nas mulheres, e após os 50 anos predomina no sexo masculino. Constitui um desafio diagnóstico pelo carácter flutuante da sua sintomatologia e variedade de manifestações. Apresenta-se frequentemente como fraqueza muscular, não dolorosa, flutuante, que agrava com a repetição dos movimentos e fadiga progressiva. A ptose palpebral assimétrica, com diplopia é a manifestação inicial mais

comum, podendo apresentar ainda disartria, disfagia, dispneia e fraqueza facial e dos membros. O tratamento é farmacológico, com corticoterapia e imunossuppressores. Por outro lado, a depressão é uma perturbação do humor que atinge a esfera dos interesses e da vontade, cujos sintomas mais frequentes são a tristeza, perda do interesse, diminuição da energia e cansaço fácil, insónia e baixa auto-estima. A abordagem terapêutica não se resume a tratamento farmacológico, mas também a psicoterapia, numa abordagem multidisciplinar, visando não só a melhoria do estado geral, como o restabelecimento social.

Com este caso, pretende-se evidenciar a dificuldade no diagnóstico de doença orgânica quando os antecedentes pessoais da utente orientam para quadro psicossomático.

Descrição do caso: Mulher de 49 anos, licenciada, professora de educação musical. Pertence a família nuclear, no estadió V do ciclo de vida familiar de Duvall, classe social média na escala de Graffar. Tem antecedentes pessoais de sinusite crónica, síndrome da coluna cervical e perturbação depressiva.

Em junho de 2015 iniciou quadro de astenia, hipersonolência, isolamento e episódios de ansiedade, associados a problemas laborais. Este quadro manteve-se até setembro, com marcada labilidade emocional, altura em que foi medicada pela médica de família (MF) com fluoxetina e clonazepam. Cerca de um mês depois, devido ao aumento dos episódios de ansiedade e agravamento da insónia, optou-se por iniciar trazodona.

Em fevereiro de 2016 voltou ao Centro de Saúde com queixas de cansaço generalizado, refratário ao tratamento. Pediu-se estudo analítico e foi realizado ajuste terapêutico, ponderando-se envio para consulta de psiquiatria hospitalar, que a doente recusou. No mês seguinte regressou à MF por agravamento das queixas, já com interferência nas atividades diárias. Referiu ter sido observada por psiquiatra em contexto privado, que diagnosticou depressão reactiva e recomendou repouso. Em Março, recorreu a neurologista privado, por parestesias do lábio superior, dificuldade em abrir os olhos e dispneia. Realizou TC-CE, que não revelou alterações. Foi atribuído a quadro psicossomático, sendo aconselhada a manter a medicação habitual. Na semana seguinte, recorreu novamente aos cuidados de saúde primários (CSP) por diminuição da força muscular, dispneia, disfonia e dificuldade na deglutição de sólidos e líquidos. Perante as alterações detetadas ao exame neurológico, foi encaminhada para o serviço de urgência e internada no serviço de Neurologia com o diagnóstico de MG.

Neste momento, encontra-se em consulta de doenças neuromusculares, sob tratamento farmacológico, mantendo o acompanhamento regular na sua MF, para seguimen-

to da sua patologia depressiva e neurológica.

Discussão: Trata-se de uma utente que recorreu múltiplas vezes aos CSP e secundários, com cansaço generalizado e fraqueza muscular, interpretados como sendo do foro psiquiátrico. Os sintomas difíceis de objectivar, antecedentes psiquiátricos e exames complementares normais, atrasaram ou confundiram o diagnóstico. Só com a evolução da doença e surgimento de novos sintomas foi possível ao MF identificar alterações neurológicas que permitiram a correcta referenciação hospitalar. O MF assume um papel de destaque na continuidade dos cuidados, contextualizando os sintomas a nível físico, psíquico e social.

CC 78

IMPORTÂNCIA DA ALTERAÇÃO NOS ESTILOS DE VIDA

Ana Falcão e Cunha; Lígia Carvalho; Maria João Canelhas;

Nídia Ramos

USF Calâmbrega

Introdução: Em Portugal, as doenças cardiovasculares (DCV) continuam a ser a principal causa de morte, responsáveis por 32% do total dos óbitos, afetando cada vez mais as camadas jovens. Há inúmeros fatores de risco cardiovasculares (FRCV) associados a estas doenças, alguns passíveis de serem alterados. Assim, são considerados fatores de risco não modificáveis a idade, o sexo e a hereditariedade. Por outro lado, são fatores de risco modificáveis o excesso de peso/obesidade, tabagismo, dislipidemia, sedentarismo, hiperglicemia, valores de pressão arterial (PA) elevados, entre outros. Deste modo, torna-se fundamental definir prioridades na prevenção cardiovascular, gestão do risco com base em mudanças de estilo de vida e, em último recurso, prescrição de fármacos. O caso seguinte mostra a importância do médico de família (MF) na gestão de um caso aparentemente urgente, que com o decorrer da investigação clínica se revelou benigno. No entanto, foi fundamental um seguimento restrito e mudança radical de estilos de vida.

Descrição do caso: Homem de 29 anos, 6º ano de escolaridade, construtor civil. Pertence a família nuclear, no estágio VI do ciclo de vida familiar de Duvall, classe social média-baixa na escala de Graffar.

Trata-se de um utente que recorre esporadicamente aos Cuidados de Saúde Primários (CSP), com antecedentes pessoais de obesidade (IMC 31,3 kg/m²), tabagismo (2.5 UMA – 10 cigarros por dia) e PA elevada. Nega medicação habitual. Antecedentes familiares irrelevantes.

Recorreu ao serviço de Urgência (SU), em julho de 2015, por dor pré-cordial, tipo pressão, com irradiação ao membro superior esquerdo, com alguns minutos de evolução, que surgiu após exercício físico prolongado. Com o exame objetivo sem alterações, assim como os meios comple-

mentares de diagnóstico, incluindo ECG e marcadores cardíacos, teve alta, orientado para o MF, a quem não chegou a recorrer.

Em setembro voltou ao SU com quadro semelhante, repetindo ECG e estudo analítico, que se revelaram normais, tendo alta com o diagnóstico de nevrite e indicação para agendar consulta no centro de saúde. Foi observado pela sua MF, 2 semanas depois, onde se encontrava assintomático, com PA elevada (160/90 mmHg), e por recorrência da dor e suas características foi pedida prova de esforço. Esta foi assintomática, com “alterações duvidosas para isquémia do miocárdio”, pelo que se optou iniciar um antiagregante plaquetário e referenciar à Cardiologia.

Em contexto hospitalar realizou estudo analítico, que estava normal, Angio-TC para exclusão de doença coronária, sem alterações significativas, MAPA (monitorização ambulatória da pressão arterial), que se revelou normal, assim como o ecocardiograma transtorácico. Manteve vigilância por 12 meses, no final dos quais foi retirado o antiagregante plaquetário, tendo alta para o MF.

O acompanhamento próximo tornou-se imperativo a nível dos CSP, após a identificação dos FRCV, aconselhando alterações do estilo de vida. Em dezembro de 2015, o utente diminuiu o consumo tabágico para 3 cigarros por dia, e iniciou alteração dos hábitos alimentares para redução do IMC. Atualmente, trata-se de um ex-fumador, mantendo excesso de peso, apesar da perda ponderal de 5 kg no período de um ano, e com perfil tensional normal. As consultas de seguimento nos CSP mantêm-se, sempre com o reforço acerca da importância da alimentação saudável e do combate ao sedentarismo.

Discussão: O utente jovem tem tendência a recorrer esporadicamente ao seu MF, normalmente em casos de doença aguda. Isto dificulta o exercício da medicina preventiva, nomeadamente a nível da prevenção primária. Neste caso, perante a possibilidade de um quadro urgente, foi realizada a referenciação para os Cuidados de Saúde Secundários. Coube aos CSP a gestão da doença a longo prazo, com identificação de FRCV e promoção de estilos de vida saudáveis. Foi incutido ao utente a importância do seguimento no MF, com o intuito de minimizar o risco cardiovascular deste jovem adulto.

CC 79

REACÇÕES ADVERSAS NA VACINAÇÃO

Lília Pinto Simões

ARS Algarve, ACES Central, USF Farol

Enquadramento: As vacinas utilizadas actualmente têm um elevado grau de eficácia, segurança e qualidade, sendo exigida uma certificação lote a lote. No entanto, qualquer vacina pode causar uma reacção adversa. Através da

descrição destes casos clínicos, pretende-se alertar para a possibilidade de ocorrência destas reacções, que podem ser mais ou menos exuberantes.

Descrição do caso: MS, 18 meses (data de nascimento 16/06/2010), e SC, 18 meses (data de nascimento 24/04/2015), sexo masculino, ambos sem antecedentes pessoais relevantes (incluindo reacções medicamentosas ou a vacinas). Dirigem-se ao seu enfermeiro e médica de família para consulta de vigilância. Nesta altura recebem a vacina DTPa (Difteria, tétano e pertussis acelular) e as recomendações habituais. Na consulta médica apresentam-se com normal desenvolvimento psico-motor e sem alterações ao exame objectivo. No dia seguinte voltam, apresentando ao exame objetivo uma reacção inflamatória exuberante a nível do deltóide esquerdo (local da vacina), estendendo-se até a região infra-clavicular num dos casos, sem mais alterações aparentes. Foram medicados com ibuprofeno e aconselhou-se crioterapia. Mantiveram reacção extensa durante vários dias, mas com melhoria e resolução do quadro em 5 dias.

Discussão: Qualquer vacina é uma mais-valia para a saúde em termos de prevenção e/ou terapêutica, quando utilizadas correctamente, sendo habitualmente seguras. Porém, reacções adversas podem ocorrer. As reacções mais frequentes são reacções locais (como dor, edema e rubor) que podem ocorrer em até 50% das administrações, estas são também as menos graves e habitualmente auto-limitadas. Em raras ocasiões podem ser particularmente graves e exuberantes. Deste modo, qualquer doente que receba ou pretenda receber uma vacina deve ser informado tanto das vantagens como das possíveis complicações desta, e receber indicações de como actuar nesta situação.

CC 80

PRECISAMOS OS DOIS DE COMPRIMIDOS PARA OS NERVOS

Nídia Ramos, Ana Falcão e Cunha, Lúgia Carvalho,
Maria João Canelhas
USF Calâmbrega

Enquadramento: O envelhecimento constitui um período de crise no desenvolvimento do ser humano relacionado, direta ou indiretamente, com as dificuldades que surgem nesta fase da vida, como as doenças crónicas, a reforma, a vividez e a perda de autonomia. É muitas vezes neste contexto que alguns idosos, por não conseguirem lidar com as perdas, a incapacidade e as pressões a que são sujeitos, podem tornar-se mais vulneráveis à depressão. O suicídio está frequentemente relacionado com as perturbações depressivas, sendo que estas constituem as patologias psiquiátricas tratáveis mais comuns entre os

idosos. Algumas mortes por suicídio são, por isso, potencialmente evitáveis. O médico de família (MF), pela sua posição privilegiada no contacto com o utente, pode identificar precocemente estes casos, prestando-lhes os cuidados de saúde necessários e orientando-os para os cuidados de saúde secundários, se assim se justificar.

Descrição do caso: Homem, 79 anos, reformado, casado, residente em Vale de Cambra. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial, osteoartrose do joelho, gota. Sem antecedentes pessoais ou familiares de doença psiquiátrica. Consumo de álcool: 1 copo de vinho às refeições. Sem hábitos tabágicos. Medicação habitual: Lercanidipina 10 mg, candersartan + hidroclorotiazida 32 + 25 mg, alopurinol 300 mg e nimesulida 100 mg (SOS). Pertence a família alargada (vive com esposa, filha e genro), classe média da escala de Graffar. Doente recorre com a esposa à consulta de saúde de adultos (SA) a 21/10/15 por sentimentos de tristeza e ansiedade, devido a discussões familiares recentes. Apresenta humor depressivo e labilidade emocional. Proposto tratamento com anti-depressivo, que o doente recusa por desvalorizar acontecimentos. Nas consultas seguintes, o conflito familiar mantém-se e o doente mantém a sintomatologia, recusando tratamento. Um familiar próximo procura o MF, mostrando preocupação em relação a alterações do comportamento da esposa do doente, considerando-a a fonte dos conflitos familiares. A 15/02/16, a esposa do doente refere que o marido anda com uma corda dentro do casaco. Quando questionado em relação a ideação suicida, o doente refere que não tem um plano, mas sente-se inútil. Referencia-se à consulta de Psiquiatria, onde é observado a 03/03/16. Nesta consulta, constata-se a existência de um conflito conjugal por acusações de infidelidade que a esposa dirige ao doente. É considerado tratar-se de uma reacção de ajustamento, sendo medicado com paroxetina 20 mg (1 vez/dia) e loflazepato de etilo 2 mg (1/2 vezes/dia). Após 2 meses, numa segunda consulta de Psiquiatria, o doente refere remissão dos sintomas, tendo alta, com indicação de manter a medicação. A 07/12/16 recorre à Consulta de SA, onde a esposa refere “Precisamos os dois de comprimidos para os nervos” (sic), enquanto o doente nega a existência de conflitos familiares, voltando a recusar ajuda. Opta-se por contactar novamente Psiquiatria, que aceita reobservar o doente.

Discussão: O caso reflete sobre a importância do MF prestar cuidados continuados aos seus utentes, conhecendo cada um no seu todo, bem como os seus antecedentes e o ambiente onde está integrado. Esta abordagem holística permite ao MF a valorização de determinadas situações que podem passar despercebidas aos olhos de outro profissional. Após avaliação do doente pelos cuida-

dos secundários e posterior alta, cabe ao MF o acompanhamento do doente, estando atento a sinais de alerta, uma vez que nos cuidados primários o doente nunca “tem alta”. Esta prática, fez com que, neste caso, o MF se apercebesse do agravamento da situação clínica, sendo o doente reobservado pela Psiquiatria. Mas será sempre assim? No caso de ser necessária nova referenciação aos cuidados secundários, o doente será observado por quem já conhece o seu problema? Neste sentido, poderia haver benefício na facilitação dos canais de comunicação entre os cuidados de saúde primários e secundários, para que a gestão da saúde do utente pudesse ser mais eficaz.

CC 81

TOSSE IRRITATIVA OU ALGO MAIS? – A PROPÓSITO DE UMA DOENÇA PULMONAR HEREDITÁRIA

Ana Falcão e Cunha; Lígia Carvalho; Maria João Canelhas; Nídia Ramos

USF Calâmbrega

Enquadramento: A fibrose pulmonar idiopática (FPI) é uma doença de causa desconhecida, restrita aos pulmões e, na sua grande maioria, de curso progressivo. Trata-se de uma doença que predomina no sexo masculino e sua frequência aumenta com a idade, afetando raramente indivíduos antes dos 40 anos. Os fatores de risco ambientais mais significativos relacionados com o desenvolvimento da FPI são tabagismo e exposição à poeira de metais. Identifica-se transmissão genética em cerca de 5% dos casos. A evolução clínica da doença é heterogénea e os doentes apresentam distúrbio restritivo ao diagnóstico, sendo a sobrevida de 2,5 a 3,5 anos. Os sintomas associados à FPI, tosse seca e dispneia progressiva, são inespecíficos e, muitas vezes, negligenciados.

A pertinência deste caso prende-se com a importância do conhecimento do MF acerca do seu utente e a abordagem que lhe é feita, integrando-o numa família que, tendo uma patologia pulmonar com morbimortalidade elevada poderia justificar um estudo mais aprofundado.

Descrição do caso: Homem, 35 anos, casado, metalúrgico, residente em Vale de Cambra. Antecedentes pessoais irrelevantes. Consumo de 168 gramas de álcool por semana, sem hábitos tabágicos. Sem medicação habitual. Pertence a família nuclear, estadio II ciclo familiar de Duvall, classe média da escala de Graffar. Utente recorre a consulta de saúde de adultos (SA) no dia 16/12/16, acompanhado pela esposa, com queixas de tosse de caráter irritativo, com cerca de 3 semanas de evolução. Nega outras queixas, ou fatores precipitantes. Ao exame objetivo, sem alterações de relevo. Foi proposto tratamento com prednisolona 20 mg 2 vezes/dia.

A MF tinha conhecimento prévio de patologia pulmonar

que havia acometido recentemente familiares do utente. O pai tinha falecido em 2015 e um tio paterno no mês anterior a esta consulta, ambos de patologia pulmonar. Atualmente uma tia paterna também está a ser seguida por patologia pulmonar, cuja sintomatologia é semelhante à dos irmãos. Assim, quando questionado pela MF, o utente concordou em realizar os exames complementares de diagnóstico propostos (TC pulmonar e espirometria), no sentido de esclarecer a etiologia da tosse.

Discussão: Com este caso pretende-se salientar a abordagem realizada pelo MF, ao valorizar acontecimentos num contexto biopsicossocial. Com auxílio do genograma e conhecimento privilegiado que tem do seu utente mas também da família, o MF apercebeu-se que o sintoma “tosse” poderia ser mais do que parte de uma doença sazonal, vírica. Haveria relação com uma doença pulmonar que acometia vários membros da família, sendo que dois deles tinham já falecido? A investigação desde logo iniciada poderá responder a esta dúvida.

O MF, conhecendo a hereditariedade da doença nesta família, o caráter inespecífico e indolente de progressão dos sintomas e os fatores de risco ambientais poderá intervir na prevenção dos mesmos e manter uma vigilância mais estreita. Fica, no entanto, a dúvida: deverá o MF rastrear oportunisticamente os restantes membros da família, no caso de lhe ser solicitado?

CC 82

PNEUMONIA A LEGIONELLA: QUAL O PAPEL DA MEDICINA GERAL E FAMILIAR A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Joana Bento; Olinda Santos

USF Renascer

Enquadramento: A abordagem de contextos febris em cuidados de saúde primários é realizado por etapas e com base na probabilidade clínica de acordo com um enquadramento lógico dos sintomas e sinais. Quando ao quadro clínico inicial se somam outros sintomas, as hipóteses diagnósticas vão-se alterando em direção ao diagnóstico definitivo. Neste contexto é descrito um caso clínico de pneumonia adquirida na comunidade a legionella, complicada com pneumotórax espontâneo secundário recidivante. É também focado o papel fundamental do médico de família, dada a sua posição privilegiada, na abordagem de quadros infecciosos atípicos e no seguimento destes doentes.

Descrição do caso: Sexo masculino, 54 anos, fumador, caucasiano, FRCV, DPOC.

Recorre, a 16/05/2016, à consulta aberta por astenia e febre com menos de 12h00 de evolução, obstrução nasal e tosse com expectoração escassa. Ao exame objetivo sem

alterações relevantes. Quadro interpretada num provável contexto Viral, medicado com Ibuprofeno 400 mg de 8 em 8 horas e vigilância de febre e sinais de alarme.

Regressa à consulta aberta a 19/5/2016 por manutenção de febre, tendo-se associado náuseas, vômitos e diarreia. O exame objectivo não apresentava qualquer alteração relevante. Quadro interpretado como gastroenterite aguda.

A 20/5/2016 reavaliado por manutenção do quadro mas com dispneia de início recente. Ao exame objetivo o doente apresentava-se febril, polipneico, taquicárdico, com saturação de O₂ aa 88%; AP: MV abolido à dta. Foi pedido Raio-X de tórax que revelou pneumotorax dto e aparente condensação direita. Foi enviado ao SU do CHP. Foi diagnosticada IR hipoxémica e PAC a Legionella tendo o doente cumprido ATB em regime de internamento (20 dias). Teve alta com resolução completa do quadro infeccioso, w reexpansão completa do pulmão e orientado para CE de Pneumologia e com carta para o médico assistente que toma conhecimento.

A 28/9/2016 recorre a nova consulta aberta por dispneia, tosse, expectoração escassa e dor torácica com 4 dias de evolução. Ao exame objectivo o doente apresentava-se apirético, polipneico, SatO₂ aa 98%; AP: MV abolido à dta. Foi novamente encaminhado para o SU do CHP, apresentado recidiva de pneumotorax espontâneo secundário. Foi novamente internado por pneumotorax espontâneo recidivante em doente com enfisema pulmonar. Foi colocado dreno torácico com recidivas do pneumotorax durante o internamento. Foi decidida realização de pleurodese com talco através do dreno. Resolução completa do quadro, alta para o médico assistente e CE de Pneumologia.

A 15/11 recorre novamente a consulta aberta com dispneia e tosse com 3 dias de evolução. Ao exame objetivo polipneico, SatO₂aa 92%, taquicardico, AP - MV com diminuição marcada hemitorax direito, com uma assimetria menos acentuada no terço inferior mas muito distinta nos 2/3 superiores em comparação com hemitorax esquerdo. Sem respiração abdominal. Sem tiragem intercostal. Reencaminhado para SU CHP, tendo sido internado e submetido a cirurgia de redução do volume pulmonar.

Discussão: A pneumonia a Legionella manifesta-se com semiologia pulmonar frustrante, com aparecimento de sintomatologia respiratória ao 4^o-5^o dia. Apresenta alta taxa de morbimortalidade chegando a valores entre os 10-25%. Quando se inicia com febre como única sintomatologia é fundamental garantir o correto acompanhamento do doente. Assim o médico de família surge como peça chave, permitindo a acessibilidade e continuidade de cuidados necessária à correta abordagem destes quadros clínicos, tornando possível revisões sucessivas da sintomatologia e sinais até à suspeição etiológica mais pro-

vável e correto encaminhamento. O pneumotórax é uma patologia frequente, de etiologia variada e com um prognóstico que depende não só da sua forma de abordagem como, também, do reconhecimento de patologias que lhe possam estar associadas. Cabe ao médico de família a sua identificação atempada, encaminhamento urgente e identificação de recidivas no seguimento pós-alta.

CC 83

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDA

– QUANDO OS CULPADOS SE MISTURAM

Carina Pereira; Sara Cunha

Unidade de Saúde Familiar Oceanos

- Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Enquadramento: A demência é uma patologia que surge frequentemente no idoso, o qual acumula muitas vezes outras comorbilidades.

O diagnóstico de alterações agudas do comportamento no doente com demência torna-se complexo dadas as suas múltiplas etiologias e formas de apresentação, surgindo frequentemente no contexto de descompensação de doença orgânica.

Conhecer os fatores precipitantes e predisponentes destas alterações é fundamental para que se realize um diagnóstico precoce, que permita uma atuação rápida e eficaz e a minimização das suas complicações.

Descrição do caso: Utente do sexo masculino, de 72 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 controlada com dieta (HbA1c 6,5%), síndrome demencial em estudo e hiperplasia benigna da próstata.

Em março de 2016, por polaquiúria é introduzido bromidrato de darifenacina em consulta de urologia, suspensa dois meses depois por agravamento da clínica e aparecimento de xerostomia. Na semana seguinte, por agravamento do quadro cognitivo e comportamental, recorre a neurologista particular que prescreve complexo vitamínico. Por persistência das alterações do comportamento, nomeadamente, maior agressividade, aumento importante da ingestão de fruta e de líquidos, inclusive detergente da louça é trazido pela esposa à consulta aberta da sua Unidade de Saúde. Apresentava quadro de polaquiúria, polidipsia, polifagia e perda ponderal de 12 kg, com dois meses de evolução. Ao exame objetivo constatou-se um quadro de desorientação. Foi realizada pesquisa glicémica (valor Hi) e tira-teste urinária (cetonúria e proteinúria) e referenciado ao serviço de Urgência onde foi diagnosticado síndrome Hiperosmolar Hiperglicémico, com hiperнатremia e insuficiência renal aguda (HbA1c 12,3%). Teve alta medicado com metformina 1000 mg 1 vez/dia e sitagliptina 50 mg 2 vezes/dia. Um mês depois, em consulta de reavaliação nos Cuidados de Saúde Primários, encon-

trava-se já assintomático e com retorno ao seu comportamento habitual.

Discussão/Conclusão: Défice cognitivo pré-existente, idade avançada e sexo masculino são alguns dos fatores que mais frequentemente predisõem a síndrome Confusional Aguda.

Assim, no caso citado, tanto a introdução de fármacos de novo como a descompensação da diabetes mellitus poderão ter contribuído para as alterações de comportamento verificadas.

O médico de família deve ter em consideração as particularidades da idade e a pluripatologia e polipragmasia a que estão sujeitos os idosos e que surgem frequentemente como fontes de confundimento perante uma alteração do estado clínico.

CC 84

TODOS POR UM RASTREIO – MAMOGRAFIA E CARCINOMA DA MAMA

Tatiana Gonçalves Pereira¹; Renata Almeida²

¹UCSP Figueira Urbana; ²USF São Julião

Enquadramento: O rastreio cancro da mama preconiza a realização de mamografia, de 2 em 2 anos, no grupo etário dos 50-69 anos. Anualmente, realizam-se milhares de mamografias de rastreio em Portugal. Tendo em conta que se trata de um exame auxiliar de diagnóstico com malefício, não só a nível físico como psicológico, é imperioso questionarmo-nos acerca da percentagem de falsos negativos, do impacto psicológico que este rastreio tem na mulher, bem como na semi-vida da própria patologia, que conduz à possibilidade de um achado acidental, por auto-exame da mama, com rastreio negativo.

Descrição do caso: Mulher, 56 anos, antecedentes pessoais de HTA, dislipidemia e distúrbio de ansiedade, sem hábitos de risco, medicação habitual sinvastatina 20 mg 1 vez/dia, olmesartan 20 mg 1 vez/dia, sertralina 50 mg 1 vez/dia, alprazolam 0,5 mg 1 vez/dia, antecedentes familiares de neoplasia do pai (carcinoma pulmonar aos 62 anos) e mãe (carcinoma gástrico aos 75 anos). Fazia parte de uma família nuclear altamente funcional (APGAR Familiar de Smilkstein 9 pontos) que sem encontrava na fase VII do ciclo Duvall. A sua história ginecológica, apresentava menarca aos 12 anos, ciclos regulares, menopausa aos 64 anos, sem terapia de substituição hormonal. Além disso, tinha tido 2 gestações, sem intercorrências, com 2 partos eutócitos participava no rastreio de cancro da mama, sendo a última mamografia de rastreio de dezembro 2015, com resultado BI-RADS 2 – “achados radiológicos benignos”. Recorre a consulta aberta a 2.3.2016 por dor na mama direita associada a tumefacção endurecida, que teria notado há um dia, durante o banho. Segundo ela, media

menos de 1 cm (“tamanho de uma ervilha” (sic)). Negava mastalgia, corrimento mamilar, alterações mamilares ou axilares. Sem outras queixas. Ao exame objetivo encontrava-se apirética, normotensa. À palpação da mama direita notou-se Tumefacção arredondada com cerca de 1,5 cm diâmetro, QSE Direito, de contornos pouco definidos, aparentemente não aderente aos planos profundos, de consistência endurecida, ligeiramente dolorosa à palpação. Sem sinais inflamatórios aparentes. Mamilo sem retrações ou outras alterações. Sem adenopatias axilares palpáveis bilateralmente. Mama esquerda sem alterações. Pede-se mamografia bilateral duas incidências e ecografia mamária bilateral com urgência. Na consulta seguinte traz os exames solicitados. Refere medo de ter cancro, bem como insónias iniciais. O relatório da mamografia (04.03.2016) mencionava: BI-RADS 3 “Massa espiculada localizada no quadrante superior externo da mama direita, com 26 mm de diâmetro, de densidade assimétrica com presença de microcalcificações...”. Relatório ecografia (04.03.2016): “massa hipocóica e heterogêna [...], de aproximadamente 22 x 14 mm, apresentando margens pouco definidas, invasão axilar ganglionar e atenuação posterior”. Presumiu-se tratar-se de neoplasia maligna mama feminina direita. Inicou-se medicação ansiolítica (Alprazolam 1 mg a noite + 0,5 mg durante dia em SOS). Referencia-se para consulta da mama/Cirurgia Geral HDFF-Relatório da anatomia patológica confirmativo do diagnóstico: (13.04.2016) carcinoma mama direita T2N1M0, carcinoma mamário invasivo HER2 negativo, padrão *lobular-like*.

Discussão: O rastreio de cancro da mama feminina implica a realização de inúmeras mamografias, o que se traduz num esforço físico e mental, não só pelos técnicos como pela população estudada. Na verdade, a diminuição do nível de suspeição pelo utente e pelo clínico aquando da recepção de um relatório tido como benigno é algo que nos deveria preocupar. Não só pelos falsos negativos, como evolução fulminante de certos tipos de carcinoma, entre duas mamografias. Assim sendo, é importante uma educação para a saúde relativamente ao auto-exame da mama mensal. Destaco, também, o papel do médico de família no apoio psíquico sempre que as alterações mais alarmantes surjam.

CC 85

NEM TUDO O QUE PARECE É: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Andreia Alves De Castro; Catarina Avillez

USF Amora Saudável - ACeS Almada-Seixal

A nevralgia do trigêmeo, apesar de rara, é considerada por vários autores a mais conhecida e debilitante forma de nevralgia facial e um dos mais dolorosos síndromes ob-

servados na medicina, com um importante impacto a nível social e económico e, conseqüentemente, na qualidade de vida do utente e dos familiares mais próximos.

Existem vários factores desencadeantes, sendo a compressão de estruturas adjacentes de um ou mais ramos nervosos a principal etiologia, o que, na sua presença, nos deve fazer suspeitar e investigar outros processos simultâneos, nomeadamente o desenvolvimento de lesões intra-cranianas expansivas.

Paciente do sexo feminino, 40 anos, caucasiana, com antecedentes pessoais de histerectomia há 13 anos por mola hidatiforme invasiva e safenectomia à direita por insuficiência venosa, diagnosticada há cerca de 3 anos com nevralgia do segundo ramo do trigêmeo, sem factor desencadeador evidente, com crises intensas e frequentes, não apresentando no entanto qualquer alteração no exame neurológico sumário. Apesar da terapêutica médica analgésica instituída (amitriptilina 10 mg 1 vez/dia + oxcabazepina 300 mg 2 vezes/dia), era apenas obtida uma resposta parcial, que tendencialmente evoluía para um agravamento quer da intensidade quer da frequência, pelo que foi referenciada para o hospital de referência.

Na consulta de especialidade, foram realizados exames de imagem com o objectivo de excluir causas secundárias, tendo sido identificado em diversos cortes imagiológicos de ressonância magnética crânio-encefálica uma massa extra-axilar no canal auditivo interno esquerdo compatível com Schwannoma vestibular, sendo proposta e orientada para excisão cirúrgica do tumor. Apesar de a intervenção ter corrido como esperada e não existirem vestígios imagiológicos no pós-operatório, foi observado como intercorrência iatrogénica uma paralisia facial ipsi-lateral, estando na actualidade a ser seguida em consulta de Medicina Física e Reabilitação.

Apesar do diagnóstico desta patologia ser essencialmente clínico, devemos investigar a causa, principalmente em quadros de doença atípicos, de modo a excluir processos orgânicos tratáveis, como o caso de lesões intra-craniais ocupantes de espaço e, assim, assegurar tratamento o mais precoce possível, evitando complicações iatrogénicas frequentes, que podem ter impacto na qualidade de vida dos utentes.

CC 86

DA HEMATÚRIA À METÁSTASE HEPÁTICA

Pedro Oliveira Sousa; Pedro LC Pinheiro; Rui M Brandão;
Lisa Goulart; Gorete Fonseca
USF Penela

Enquadramento: Os colangiocarcinomas têm origem nas células epiteliais dos ductos biliares. Embora sejam raros, são altamente letais devido à apresentação tardia,

estando os principais sintomas relacionados com doença metastática.

Nos colangiocarcinomas perihilares, o fígado é um local comum de metastização sendo a disseminação para locais extra abdominais incomum.

O seu diagnóstico deverá ser considerado aquando sinais de obstrução biliar, sem outra causa aparente, assim como massa intrahepática isolada associada a um nível sérico normal de alfa-fetoproteína.

Descrição: Utente do sexo feminino, 66 anos, raça caucasiana, casada, pertencente a uma família nuclear, ativa e autónoma. Utente com perturbação de ansiedade e transtorno com sintomas somáticos, grande consumidora de cuidados de saúde, com antecedentes de gastrectomia (Bilroth II por estenose pilórica há mais de 40 anos) e colecistectomia em 2014 por litíase, mantendo seguimento em consultas de cirurgia por alterações ecográficas ductais por esclarecer.

Em maio de 2016 recorre à consulta aberta da USF por hematúria e mal estar inespecífico, sendo solicitado estudo reno-vesical que evidenciou lesões suspeitas de metástases hepáticas. Perante estes resultados foi encaminhada para o serviço de urgência do hospital de referência onde realizou EDA, ecografia endovaginal (ambos sem alterações) e TC toraco-abdomino-pélvica que mostrou fígado com múltiplas formações nodulares em relação com metástases, dilatação das vias biliares intrahepáticas e via biliar principal.

Duas semanas depois, foi internada eletivamente para realização de biópsia de nódulo hepático e colocação de prótese biliar para resolução da obstrução. A biópsia hepática mostrou adenocarcinoma e o perfil imunohistoquímico sugeriu neoplasia primária de origem pulmonar (embora TC torácica sem lesões pulmonares e PET-FDG sem captação a nível pulmonar). Colocou-se a hipótese de colangiocarcinoma como origem primária.

Realizou 8 sessões de quimioterapia, tendo como intercorrências dois internamentos por pielonefrite aguda, com má evolução clínica, acabando por falecer.

Discussão: O diagnóstico precoce dos colangiocarcinomas mantém elevada importância como factor de prognóstico. Este caso evidencia a situação de uma utente apelativa, dada a sua ansiedade, contudo a manifestação efectiva de sinais e sintomas ocorreu em fase metastática como descrita pela literatura.

Ao nível dos cuidados de saúde primários, a detecção e encaminhamento integram os procedimentos de actualização. Evidencia também a importância de não desvalorizar os sinais e sintomas dos utentes, mesmo sendo grandes consumidores dos cuidados de saúde com inúmeros contactos com o seu médico de família.

CC 87

SARCOIDOSE EXTRAPULMONAR

Tânia Tavares; Hugo Neves; Sofia Neves; Miguel Pisco
USF Ribeirinha

A sarcoidose é uma doença granulomatosa crónica multissistémica de etiologia desconhecida, podendo ter manifestações clínicas variadas. O acometimento da medula óssea ocorre em 40% dos pacientes resultando em alterações hematológicas como anemia, leucopenia, linfopenia e elevação da VS.

Várias doenças autoimunes podem ocorrer em associação com sarcoidose, nomeadamente citopenias autoimunes. Tem maior incidência nos países desenvolvidos, sendo que na Europa aprevalência varia entre 10-64/100000, com ligeira preponderância no sexo feminino.

O diagnóstico deve ser consolidado após excluídas outras doenças de origem infecciosa, autoimune e neoplásicas e baseia-se em achados clínicos, radiológicos e laboratoriais e na confirmação histológica de granulomas não caseosos, em pelo menos um órgão. Os corticoides são considerados tratamento de primeira linha.

Caso clínico: Um homem de 79 anos com antecedentes de febre tifóide aos 20 anos, hepatite A aos 47 anos, hérnia do hiato, síndrome Wolff-Parkinson-White, excisão de nódulo mamário benigno em 2010, cirurgia a hérnia lombar em 2012.

Em dezembro de 2014, queixa de astenia generalizada tendo-se, posteriormente, verificado anemia normocrômica, normocítica com ferropenia, leucopenia e trombocitopenia. A eletroforese de proteínas revelou hipergamaglobulinémia de 23.8% com caracterização monoclonal normal, serologias infecciosas negativas, eletroforese de hemoglobinas normal, Rx tórax, EDA e colonoscopia sem alterações relevantes.

Foi encaminhado para consulta de Medicina Interna para estudo. Excluiu-se doença linfoproliferativa (medulograma, biópsia óssea e imunofenotipagem do sangue medular sem alterações relevantes) e doença infecciosa (serologias infecciosas negativas. Autoimunidade negativa.

Em dezembro de 2015, teve trombose venosa profunda do membro superior direito, tendo sido colocada a hipótese de evento paraneoplásico ou síndrome anti-fosfolípido. Em fevereiro de 2016, episódio de eritema nodoso migratório nos membros inferiores e artralgia na tibiotársica esquerda, autolimitado.

Realizou TC toracoabdominopélvica, ecografia prostática e tireoideia e marcadores tumorais sem alterações relevantes, a salientar apenas, discreta esplenomegalia.

Por agravamento do hemograma (Hb 7.1 g/dL) e dos parâmetros inflamatórios (PCR 51.7 mg/dL e VS 58 mm) iniciou prednisolona 40 mg com melhoria nos parâmetros

inflamatórios e nas alterações hematológicas. Admitiu-se quadro de sarcoidose extrapulmonar.

Verificou-se agravamento com o desmame inicial de prednisolona para 30 mg. Tolerou desmame gradual até 15 mg, com subida da VS, PCR e fibrinogénio ao reduzir para 10 mg, em dezembro de 2016.

Após 10 meses de corticoterapia, teve fratura e colapso vertebral de L1 e surgimento de glaucoma e catarata. Iniciou azatioprina 50 mg/dia.

Assim, apesar do órgão mais frequentemente acometido pela sarcoidose ser o pulmão, não podemos esquecer este diagnóstico, perante sinais e sintomas não pulmonares. O envolvimento isolado de um único órgão é raro na sarcoidose, pelo que é de extrema importância a avaliação global e seriada do doente, procurando manifestações adicionais de doença. Além disso, tendo em conta que a sarcoidose é um diagnóstico de exclusão, é crucial estar alerta para o aparecimento de novos sinais ou sintomas que possam apontar para um diagnóstico alternativo.

Idealmente, para confirmação do diagnóstico é necessária biópsia corroborando a existência de granulomas não caseosos, em pelo menos um órgão. Contudo, tem que se avaliar a morbidade associada à mesma.

Para além disso, a decisão para o início do tratamento deve ser bem ponderada, considerando o prognóstico variável da doença e os eventuais efeitos adversos da terapia.

Todo este processo contínuo de deteção, diagnóstico e acompanhamento do doente com sarcoidose deve basear-se numa colaboração estreita entre o médico de família e os demais colegas das especialidades hospitalares.

CC 88

SINAIS “ALARMANTES”, OU APENAS UMA CAUSA “COMUM”? – RELATO DO ESTUDO DE 2 DOENTES COM LIPOTÍMIA

Hugo Taveira da Cunha
USF Arquis Nova - ULS Alto Minho

Enquadramento: É vital perceber o significado para os doentes de “desmaio” ou “tontura”. No estudo da síncope e lipotímia é essencial a caracterização clínica detalhada dos episódios com o doente e até com testemunhas. A caracterização do período prodromico, da própria lipotímia ou síncope, e do período de recuperação ou pós-“ictal” é útil rumo ao diagnóstico provável. Também os antecedentes pessoais não devem ser esquecidos. O exame físico deve incluir o exame neurológico e cardiovascular. Os meios auxiliares de diagnóstico são úteis para confirmação ou exclusão das hipóteses.

A principal causa de síncope/lipotímia é a vasovagal (ou neurocardiogénica). As restantes agrupam-se em “car-

diogénicas” e “não-cardiogénicas”, algumas com risco de morbidade e mortalidade. Nas cardiogénicas destacam-se a síncope de esforço (por doenças cardíacas estruturais) e o síndrome de Stoke-Adams (por arritmias transitórias/intermitentes). Nas não-cardiogénicas (além da vasovagal) as crises epiléticas, a hipotensão ortostática (associada a factores de risco/causais), as situacionais (após micção, tosse...), por hipoglicemias e outras causas (secundárias a patologia psiquiátrica).

Descrição de caso: Apresentam-se os casos de 2 utentes, avaliadas pelo médico de família (MF) na mesma altura, com um problema comum: lipotímia. Com características diferentes, algumas de “alarme” em ambos os casos, mas ambas com desfecho diagnóstico “benigno”.

A “Doente A”, sexo feminino, 38 anos de idade, com 2 filhos. Florista de profissão. O marido estava ausente por situação de emigração. Antecedentes pessoais de rinite alérgica e asma, sem outros de relevo. Recorreu ao MF por episódios de lipotímia há vários meses e ultimamente mais frequentes. Associadamente pródromo de visão “nublada”. A sensação de perda eminente dos sentidos duraria cerca de 2 minutos, revertendo rapidamente com abertura novamente dos campos visuais. Por vezes com parestesia dos membros superiores e sensação de diminuição de força muscular. Sem outra sintomatologia. No exame físico sem alterações. Referenciada a Neurologia. O neurologista suspeitou de perturbação somatoforme (eventualmente com interferência da situação familiar), tendo que excluir etiologia epilética. O EEG, RM cerebral e ecodoppler cervical não tinham alterações, confirmando-se o primeiro diagnóstico. A doente apresentou melhoria com tratamento com propranolol 40 mg/dia e lioflazepato de etilo em SOS.

A “Doente B”, sexo feminino, 33 anos de idade, casada. Cabeleireira de profissão. Sem antecedentes pessoais de relevo. Vinha desenvolvendo gradualmente, ao longo de 2 anos, episódios de lipotímia associada a náusea, após o exercício físico que fazia habitualmente no ginásio. A recuperação total duraria até 1 hora. Por vezes também no trabalho, após segurar por longos períodos o secador, tinha episódios idênticos. Algumas vezes constatada hipotensão nas crises. Sem alterações no exame neurológico ou cardiovascular, incluindo na tensão arterial medida de pé após levantar. O estudo com ECG, prova de esforço e ecocardiograma não revelou alterações, apesar de ligeira náusea na recuperação da prova de esforço. Excluíram-se assim causas “alarmantes” cardiogénicas, sendo referenciada para Medicina Interna para esclarecimento diagnóstico. Lá o Teste “Tilt” positivo confirmou síncope/lipotímia vasovagal.

Discussão: Em ambas as doentes existiam caracterís-

ticas clínicas que faziam duvidar entre diagnósticos de lipotímia “benigna” (no primeiro caso “psicogénica”; no segundo caso vasovagal) e diagnósticos “alarmantes” (no primeiro caso “neurológica”, como crises epiléticas; no segundo caso “cardiogénicas”, como arritmia ou patologia estrutural). Os meios complementares permitiram a exclusão das hipóteses potencialmente graves, ou “alarmantes”, e a confirmação dos diagnósticos prováveis. No caso da síncope vasovagal, o Teste “Tilt” pode ser útil em situações de dúvida como neste caso, apesar da disponibilidade limitada a alguns centros hospitalares.

CC 89

OS EXAMES TAMBÉM FALHAM

Nuno Ferreira Gomes; Artur Correia
UCSP de Montemor-o-Velho

Introdução: O médico de família é normalmente o primeiro ponto de contacto médico com o sistema de saúde, sendo uma das suas principais funções a prestação de cuidados ao longo da vida da pessoa. A prática da medicina resulta do equilíbrio entre a «gestão da incerteza» diagnóstica e a limitação dos riscos terapêuticos. O exame auxiliar de diagnóstico ideal teria 100% de especificidade e de sensibilidade, mas na realidade existem sempre falsos positivos e falsos negativos.

Descrição do caso: Homem de 55 anos, com seguimento regular pelo seu médico de família, pertencente a uma família do tipo nuclear, com boa funcionalidade. Apresenta como antecedentes hipertensão arterial controlada e tabagismo activo. Em setembro de 2016 recorre a consulta com queixas aumento do volume testicular direito, associada a dor/desconforto ligeiro, sem outras queixas, quadro este com cerca de 2 semanas de evolução. Não havia história de trauma testicular ou de quadro infeccioso prévio. Ao exame objectivo apresentava aumento do volume testicular á direita, ligeiramente doloroso à palpação, de consistência endurecida, ligeiro hidrocelo e sem adenopatias inguinais palpáveis. Foi medicado empiricamente com ciprofloxacina e pedida uma ecografia que revelou: “ (...) aumento do volume testículo direito que apresenta ecoestrutura heterogénea, com uma formação nodular hipoeocogénica medindo 30mm (...)”. Foi entretanto pedida consulta de Urologia urgente, bem como uma tomografia computadorizada pélvica que revelou uma massa no testículo direito com características suspeitas de neoplasia testicular, sem adenopatias nas cadeias ganglionares inguinais. Na consulta de urologia e após estudo complementar foi então proposto para orquidectomia radical direita que realizou a 07/11/2017. O resultado anatomo-patológico revelou processo inflamatório intraparenquimatoso em fase de resolução sem alterações que sugerissem tumor

de células germinativas ou neoplasia linfoproliferativas.

Discussão: No caso apresentado a anamnese e o exame objectivo não permitiram, por si só, um diagnóstico seguro, sendo que os exames complementares de diagnóstico apontaram para uma causa neoplásica, que não se veio a comprovar, e com as repercussões de uma intervenção invasiva. Com este caso pretende-se destacar o facto dos exames imagiológicos, apesar de muito importantes, não fazem diagnósticos definitivos e que também a eles se aplicam falsos positivos e negativos.

CC 90

A DOENTE SABE QUE ESTÁ GRÁVIDA... OS MÉDICOS É QUE NÃO!

Carolina Reis; Filipa Capelas

USF Querer Mais, ACES Arco Ribeirinho

A pseudociese trata-se de uma perturbação rara com sintomas somáticos, cuja etiologia ainda se encontra por esclarecer. O DSM-5 define-a como uma crença falsa de estar grávida, à qual se associam sinais objetivos e sintomas de gravidez que podem incluir aumento abdominal, alterações ao nível do fluxo menstrual, até mesmo amenorreia, sensação de movimentos fetais, náuseas, galactorreia e “dores de parto”. Pode ser uma situação recorrente.

Há um predomínio de casos na faixa dos 20 aos 39 anos. Este distúrbio pode acometer todas as etnias e classes sociais.

Acredita-se que os mecanismos responsáveis por estes sintomas possam ser físicos, psicológicos e neuroendócrinos. Trata-se de uma perturbação cujo estabelecimento de uma boa relação terapêutica com o doente é essencial. A psicoterapia tem sido descrita como a medida terapêutica mais eficaz.

Para algumas doentes, a simples revelação do diagnóstico pode não ser satisfatória, sendo essencial fornecer algumas informações acerca dos meios complementares de diagnóstico. Há estudos que sugerem a necessidade de esperar por um momento de crise antes de um maior envolvimento terapêutico. Este momento de crise pode ser a data do parto.

O presente caso clínico refere-se a uma mulher de 37 anos de idade, casada, que recorre à consulta na USF com queixas de amenorreia (3 meses de duração) e com receio de estar grávida por ter muitos enjoos. Referia usar como método contraceptivo o anel vaginal, que entretanto tinha deixado de utilizar. Tinha IO 1001. Foi pedido beta- HCG, que teve resultado negativo, e ecografia endovaginal, que mostrou apenas nódulo uterino infracentimétrico intramural anterior.

Subsequentemente, estando a utente descontente com o acompanhamento da sua suposta gravidez, apresentou

queixa pela forma como estava a ser seguida e pelo facto da ecografia solicitada ter sido endovaginal e não obstétrica.

Cerca de quatro meses depois, recorre ao serviço de urgência do Hospital da área de residência, referindo novamente não saber se estava grávida. Afirmava sentir movimentos na barriga e um aumento do volume abdominal. Foi pedida novamente beta- HCG, cujo resultado foi novamente negativo. A ecografia também não mostrava a presença de gravidez.

A utente foi então encaminhada para consulta de ginecologia, para investigação de amenorreia secundária, e para consulta de psiquiatria. Tem também uma consulta de seguimento na USF. Num contacto subsequente com a USF, mostrou que a revelação do diagnóstico não foi suficiente para resolver a situação, mantendo ainda a crença de que esteve grávida.

Este caso respeita a um problema multidisciplinar e ilustra bem a necessidade de uma articulação eficaz entre várias especialidades com vista à resolução do mesmo. É essencial o estabelecimento de uma aliança terapêutica entre as diferentes especialidades envolvidas de forma a ser possível, num momento de crise, uma intervenção combinada com envolvimento de todos os técnicos de saúde para a resolução do distúrbio.

CC 91

QUANDO UMA CONSULTA DE VIGILÂNCIA DE HTA SE TORNA NUM DIAGNÓSTICO DE UMA SÍNDROME RARA

Filipa Capelas; Carolina Reis

USF Querer Mais, ACES Arco Ribeirinho

A síndrome Loeys-Dietz caracteriza-se por achados vasculares e manifestações esqueléticas. Trata-se de um distúrbio com herança autossómica dominante. Cerca de 25% dos pacientes têm antecedentes familiares da doença.

Aneurismas arteriais agressivos (idade média de morte aos 26.1) e uma grande incidência de complicações relacionadas com a gravidez integram a história natural desta síndrome. As manifestações cardiovasculares, como a disseção aórtica, ocorrem com diâmetros menores que noutros distúrbios do tecido conjuntivo, nomeadamente a síndrome de Marfan.

O diagnóstico baseia-se em características clínicas do doente, história familiar e testes genéticos dos genes TGFB1, TGFB2, SMAD3, e TGFB2. Pensa-se que os pacientes com a mutação SMAD3 têm maior risco de osteoartrite.

O presente caso clínico refere-se a um homem de 57 anos de idade, com antecedentes patológicos de HTA e perfuração intestinal, bem como ablação testicular na sequência de um acidente de viação em 1996.

O utente inicia queixas de dor na região lombar há cerca de 6 anos, mas principalmente ao nível da articulação coxo-femural direita. Negava parestesias, perda de força nos membros, irradiação de dor, febre ou quaisquer outros sintomas. No exame objetivo, apresentava apenas dor à palpação junto da coxo-femural direita, não se objetivando qualquer outra alteração.

Nas consultas de vigilância da HTA, foi pedido ecocardiograma, que mostrou uma válvula aórtica tricúspide, revelando aneurisma aórtico ao nível da raiz (expressão máxima 53 mm ao nível dos seios de Valsalva e 51 mm ao nível da aorta ascendente), sem evidência de coarctação da aorta; septo interauricular aneurismático, com dilatação das cavidades direitas.

Na sequência deste resultado, foi pedida uma TC tórax e referenciado o utente para consulta de Cardiologia. A TC mostrava importante dilatação do anel aórtico, atingindo um diâmetro máximo de 60 mm.

Na consulta de Cardiologia, colocou-se como hipótese diagnóstica mais provável a síndrome de Marfan. A morfologia do tórax e membros inferiores favoreciam esta hipótese. O utente foi assim encaminhado para a consulta de genética, a fim de realizar testes.

No decorrer da investigação, o doente ficou internado por dissecação da aorta e insuficiência aórtica. O período pós-operatório teve como complicações deiscência de ferida operatória e instabilidade do esterno, corrigidas cirurgicamente.

Entretanto, o resultado do estudo genético verificou mutação no gene SMAD3 “Loeys-Dietz syndrome tipo 3”. Este representa elevado risco de desenvolvimento de aneurismas arteriais e tortuosidade arterial, associado a osteoartrite prematura. A presença de osteoartrite na família ou anomalias arteriais consolidou a hipótese da síndrome aneurisma-osteoartrite.

Já com o diagnóstico realizado, o utente mantém a vigilância regular na USF e pela Cardiologia, como a sua doença o exige.

Este caso reforça a importância de uma boa articulação entre o médico de família e as especialidades hospitalares, sendo fundamental para se chegar ao correto diagnóstico e posterior seguimento. Também mostra o quão fundamental é integrar os diferentes sintomas que vão surgindo, em vez de os olhar isoladamente. Conseguir um diagnóstico como este o mais precocemente possível é de marcada relevância pelo seguimento regular que impõe e pela possibilidade de evitar algumas manifestações mediante a evicção de certos fatores, tais como desportos competitivos, exercício isométrico ou agentes que estimulem o sistema cardiovascular. Não pode também ser esquecida a potencial avaliação de familiares em risco.

CC 92

UM CASO DE MIXEDEMA

Madalena Monteiro Ivone Costa

USF São João da Talha

Enquadramento: O hipotiroidismo é uma doença endócrina comum (4/1.000/ano), causada pela deficiência de hormonas tiroideias em circulação. No início, por ter uma evolução insidiosa, os sinais e sintomas podem ser inespecíficos, pelo que o médico deve estar alerta. É cada vez menos frequente a sua apresentação severa – o mixedema, que se refere a uma acumulação de mucopolisacáridos hidrófilos na derme. A sua forma grave pode manifestar-se em múltiplos órgãos, tendo como tal um carácter sistémico.

Descrição do caso: Doente do sexo masculino, 74 anos, reformado, autónomo nas AVD's, com antecedentes pessoais de dislipidemia, medicado com pitavastatina 2 mg e AAS 100 mg. No dia 28 de Junho, ao despertar apresenta quadro de amnésia para os acontecimentos da última semana. Foi levado pela esposa ao SU e observado pela neurologia, o ESN não tinha alterações e os ECDs eram normais. Teve alta a pedido da família, com o diagnóstico de amnésia global transitória, com indicação para repouso no domicílio e consulta de neurologia agendada para o dia seguinte. No decorrer do mês seguinte, inicia queixas de astenia para pequenos esforços, insónia e roncopatia que motivaram consultas privadas de Cardiologia, Pneumologia e Otorrino. Foram solicitados vários ECDS, nomeadamente Doppler carotídeo com placas de ateroma calcificadas, na bifurcação carotídea bilateral condicionando estenose inferior a 50%; provas de função respiratória que se revelaram normais; TAC seios perinasais com desvio septo nasal, rinite crónica hipertrófica inferior e redução do calibre da orofaringe; e polissonografia que evidenciou síndrome apneia do sono grave, com indicação para início de CPAP. No entanto, as queixas mantiveram-se e a esposa notou edema da face e membros de agravamento progressivo, aumento de 4 kg em 2 meses, lentificação dos movimentos e fala arrastada pelo que agendou consulta no seu centro de saúde. Após a sua médica de família proceder a uma observação cuidadosa do doente, que apresentava fácies mixedematoso e edema das extremidades com Godet ++, pede avaliação da função tiroideia com carácter urgente, com valor de TSH >75 e T4 livre <0,3. É então enviado ao serviço de urgência, ficando internado no serviço de medicina interna por Hipotiroidismo grave e rabdomiólise nesse contexto, mantendo restantes parâmetros analíticos normais. No internamento iniciou levotiroxina 25 mcg/dia, cumpriu ainda 5 dias de prednisolona 5 mg/dia. A ecografia da tiroide revelou alterações sugestivas de tiroidite e imagens nodulares hiperecogêni-

cas de pequenas dimensões; os anticorpos antitiroideus eram negativos, TRABS em curso. Teve alta com melhoria clínica franca, medicado com levotiroxina 50 mcg, e referenciado a consulta de Endocrinologia para seguimento e optimização terapêutica.

Discussão: Como vemos neste caso as alterações cutâneas e mucosas foram evidentes para o médico que presta cuidados continuados longitudinalmente, em contraposição com os das diversas especialidades a que recorreu pontualmente. Sendo um dos privilégios do médico de família o seguimento desde a pré-concepção até à morte, cabe-lhe o papel de gerir a doença que se apresenta de forma indiferenciada e a que necessita de intervenção urgente, atuando na prevenção, detecção precoce e referenciação atempada e posteriormente integrando a informação das diversas especialidades, no sentido de defender os direitos do doente.

CC 93

QUANTO MAIS ME BATES, MAIS PRECISAS DE MIM – UM CASO DE VIOLÊNCIA CONJUGAL

Madalena Monteiro; Ivone Costa

USF São João da Talha

Enquadramento: A violência conjugal, definida como a violência que ocorre numa relação íntima em que um dos parceiros promove o domínio e controlo sobre o outro, é um crime público e um problema social complexo e preocupante, com consequências importantes na saúde das vítimas e repercussão em todos os membros do núcleo familiar.

Descrição de caso: Mulher de 66 anos, natural da Guarda, residente em São João da Talha, nível sócio-económico médio baixo e escolaridade básica, casada há 42 anos, no estadio VII do ciclo de vida familiar de Duvall, com antecedentes pessoais de Insuficiência Venosa Profunda, Neurinoma de Morton no pé esquerdo e Síndrome Depressivo medicada com Fluoxetina 20 mg e Trazodona 150 mg.

Vem à consulta de inter-substituição em outubro de 2015 por agravamento das queixas de tristeza e desânimo persistente, revelando-se preocupada com o alcoolismo crónico do marido e referindo que era por vezes vítima de maus tratos psicológicos por sua parte. Após escuta ativa foi proposta consulta programada com a sua médica de família para abordar de forma mais aprofundada a situação familiar atual, à qual não compareceu.

Regressa à consulta em outubro de 2016 por apresentar dificuldades cognitivas, nomeadamente em se concentrar, memorizar ou tomar decisões. Refere ser seguida em Psiquiatra privado e traz relatório do mesmo comunicando um agravamento acentuado do seu estado de ânimo

e denunciando um problema relacional com o marido que a agride física e verbalmente. Quando questionada a doente confessa que quando o marido bebe a intimida e agride, nega violência sexual ou económica. No entanto não parece estar consciente da natureza criminal das agressões, não pondera separação ou divórcio, denotando uma ambiguidade de sentimentos que a impedem de agir, demonstra inclusivamente empatia e cumplicidade com o agressor, uma vez que pretende ajudá-lo a enfrentar o problema de dependência alcoólica “Não o poderia deixar nesta hora em que ele tanto precisa de mim”. Ao exame objectivo não apresentava equimoses, hematomas, escoriações, feridas ou fracturas evidentes.

Foi adoptado um plano de apoio psicológico à doente, mostrando disponibilidade para a ajudar e ativar contactos de referência locais quando considerasse estar em risco. Foi também marcada consulta programada para o marido, com o objectivo de entender a sua motivação para a evicção alcoólica e a sua disponibilidade para mudar o comportamento, nomeadamente referenciando a uma consulta da especialidade.

Discussão: Como médicos de família sentimo-nos divididos entre o dever de ouvir as queixas da vítima e apoiar a sua decisão e entre dar a conhecer os seus direitos e ativar os apoios locais da comunidade de forma a garantir a sua segurança. A formação médica nesta área é fundamental para uma maior eficácia e competência nestas situações, um primeiro passo na sua detecção precoce é inquirir sistematicamente a todos os pacientes a vivência de violência conjugal.

CC 94

OSTEOPOROSE NO ADULTO DO SEXO MASCULINO – IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO E EXCLUSÃO DE CAUSAS SECUNDÁRIAS

Pedro Ribeiro de Oliveira

ACES Cova da Beira

Enquadramento: A osteoporose é um problema de saúde extremamente importante e frequentemente negligenciada no homem. Apesar de as fraturas de fragilidade no homem ocorrerem em média 10 anos depois quando comparados com as mulheres, a morbimortalidade é muito maior no género masculino, atingindo, no caso da fratura da anca, 37.5% de mortalidade no 1º ano. Esta é um problema que se prevê que venha aumentar com o aumento da esperança média de vida.

Descrição do caso: Utente de 51 anos, sexo masculino, raça caucasiana, integra uma família unitária, funcional, fase VII do ciclo de Duval. Tem antecedente de hábitos tabágicos e alcoólicos marcados e de um acidente de viação. Recorreu à consulta de MGF (dia 9/11/2016) de-

pois de já ter sido observado no serviço de urgência por lombalgia bilateral com 5 dias de evolução. Teve episódio semelhante há cerca de 6 meses. Devido à idade e presença de 2 factores de risco minor para osteoporose foi-lhe pedida osteodensitometria assim como tomografia computadorizada da coluna lombar pela persistência da sintomatologia apesar do tratamento. Retornou a 5/12/2016 com o resultado dos exames pedidos: osteodensitometria com osteopenia lombar e do colo do fémur e TC lombar com lise istmica bilateral de L5 a que se associa anterolistese desta vértebra (grau I) com buracos de conjugação estreitados e conflito de espaço ligeiramente maior a esquerda. Foi avaliada não só a potencial indicação para iniciar suplementos de cálcio e de vitamina D, como de iniciar tratamento dirigido para osteoporose utilizando o FRAX para Portugal (ferramenta para avaliar o risco de fratura). Atendendo aos resultados e idade do paciente prescreveu-se controlo analítico inicial para avaliar causas secundárias de osteoporose os quais ainda aguardamos.

Conclusão: O presente caso clínico tem como intuito demonstrar o impacto do estilo de vida no estado de saúde/doença do indivíduo, revelar a importância e necessidade de avaliar a presença de factores de risco para osteoporose, de eventualmente excluir causas secundárias de osteoporose em situações específicas e advertir para as mesmas, destacar a utilidade do FRAX já disponível para Portugal, e desta forma a potencialmente prevenir ou mesmo tratar, atempadamente, a osteoporose/osteopenia uma vez que esta é uma “doença silenciosa” onde o primeiro sintoma surge, muitas vezes, como consequência da doença já está estabelecida. Este caso tem também a finalidade de alertar para o sub-diagnóstico e sub-tratamento desta patologia tantas vezes descuidada no homem.

CC 95

MANIA SECUNDÁRIA

– A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Marques da Silva; Stephanie de Castro

USF Santo António; USF + Carandá

Enquadramento: Um episódio de mania caracteriza-se por um período de humor persistentemente elevado, expansivo ou irritável, associado a sinais/sintomas como aumento da autoestima, sensação de grandiosidade, diminuição da necessidade de sono e agitação psicomotora. A mania está mais frequentemente associada à perturbação bipolar, no entanto, em alguns casos pode ser induzida por uma condição médica (AVC, esclerose múltipla, hipertiroidismo, hipotireoidismo), substância ou medicação (corticoide, antidepressivos). Nestes casos, o tratamento da mania consiste no tratamento da patologia subjacente

ou na descontinuação/redução da medicação implicada.

Descrição do caso: Mulher de 30 anos. Pertence a uma família nuclear, em fase V ciclo de vida de Duvall. Antecedentes de Cordoma Clivus (submetida a cirurgia e radioterapia) e panhipopituitarismo, provavelmente secundário a radioterapia. Sem antecedentes pessoais ou familiares de patologia psiquiátrica. Medicada com Levotiroxina 0,075 mg 1 vez/dia e hidrocortisona 25 mg 1 vez/dia, recentemente instituídos durante um internamento motivado pelo panhipopituitarismo.

Recorreu ao SU por alteração do comportamento com 2 a 3 dias de evolução, onde foi pedida colaboração de psiquiatria. Na altura, apresentava elevação do humor, insónia, menor necessidade de sono e agitação psicomotora. À entrevista apresentava-se vigil, pouco colaborante e com discurso sem nexos. Manifestava ideias de grandeza e humor disfórico, sem alterações da percepção. Foi feito o diagnóstico de provável mania secundária ao corticoide e sugerida a redução da dose do mesmo. A utente foi reavaliada após 3 dias, com resolução do quadro de mania. Apresentava-se mais colaborante e com um discurso coerente. Manifestava alguma labilidade emocional, vergonha e humor subdepressivo, reativo ao episódio de mania. Dada a resolução do quadro com a redução da dose de corticoide, a doente ficou sem medicação psiquiátrica.

Discussão: Assim, por se tratarem de condições médicas e fármacos com os quais o médico de família lida habitualmente, e pelo facto do episódio de mania poder ter graves implicações na vida do utente, é importante estar alerta para reconhecer os seus sinais e realizar o seu correto encaminhamento.

CC 96

QUANDO O EXERCÍCIO FÍSICO CAUSA DOENÇA

Carla Costa; Diana Miranda; Francisca Caetano; Cláudia Teixeira
USF S. Nicolau, ACeS Alto Ave

Enquadramento: As causas de icterícia são inúmeras e variadas. A sua prevalência relativa varia consoante a idade, os consumos e exposição individuais (álcool, medicamentos e/ou substâncias ilícitas, infeções), antecedentes pessoais e familiares e hábitos como o exercício físico.

A rabdomiólise é uma entidade clínica comum, invariavelmente de etiologia multifatorial. Quando relacionada com o exercício vigoroso, estima-se que a sua incidência seja subestimada não apenas por ausência de consideração clínica no diagnóstico diferencial mas também pela ausência de valorização das queixas associadas por parte do doente. Não obstante, é uma entidade cuja evolução varia de uma resolução espontânea a risco de mortalidade por insuficiência real aguda ou disritmias cardíacas.

A par da icterícia, o achado laboratorial de bilirrubinemia

indireta, na ausência de alterações congruentes de outros exames hepáticos é também ele, extenso. No caso clínico apresentado, considera-se a possibilidade de ser secundária à rabdomiólise, não sendo ainda de descartar a possibilidade de uma síndrome hereditária subjacente.

Relato de caso: R.J.P.D., género masculino, 17 anos, estudante. Praticante de artes marciais, em preparação para exame de cinturão negro. Antecedentes médico-cirúrgicos pessoais e familiares irrelevantes. Nega ingestão de fármacos ou substâncias anabolizantes. Nega episódios prévios semelhantes.

Recorre a uma consulta aberta em novembro de 2016 com quadro clínico compatível com infeção das vias aéreas superiores de etiologia vírica. No exame objetivo é detetada coloração subictérica das escleróticas e após inquirição, refere coloração acastanhada da urina e cansaço muscular fora do padrão habitual que relaciona com intensificação do treino muscular. Em consulta de reavaliação, verifica-se hiperbilirrubinemia direta (bilirrubina total de 3.03 mg/dl; bilirrubina direta de 0.58 mg/dl), sem outras alterações valorizáveis, sendo requisitado controlo analítico de verificação e alargamento do estudo, em que se verifica valores de creatinínase (CpK) de 1071 U/L, com hiperbilirrubinemia indireta (bilirrubina total de 4.83 mg/dl; bilirrubina direta de 0.44 mg/dl). O jovem referia manter treino físico intenso com conseqüente cansaço muscular e manutenção da alteração qualitativa da urina após os treinos. Novo controlo analítico é prescrito, alargando-se o estudo. Verifica-se então, aumento dos valores da CpK para 2109 U/L, creatinina de 1.14 mg/dl e ligeiro aumento da aminotransferase aspartato, de 66 U/L, com ecografia abdominal sem alterações de relevo. O jovem mantinha exame objetivo e queixas associadas sobreponíveis. É pedido ao doente que cesse toda a atividade física para além das atividades de vida diárias e prescrito novo controlo analítico. Cerca de um mês após as alterações inicialmente verificadas, os valores de CpK inserem-se na normalidade, mantendo bilirrubinemia indireta (bilirrubina total de 3.31 mg/dl; bilirrubina direta de 0.45 mg/dl). Clinicamente, verificou-se normalização do quadro.

Discussão: O exercício físico apresenta inúmeras vantagens, sendo prescrito diariamente na prática clínica de um médico de família. No entanto, é importante saber reconhecer os seus eventuais efeitos nefastos, quando praticado de forma intensiva, na vigência de uma infeção e ou num indivíduo com uma condição genética que condiciona a acomodação de stress fisiológico vigoroso. Todos estes diagnósticos podem e devem ser considerados na abordagem a um achado clínico que abre um leque imenso de possibilidades diagnósticas, de gravidade variável e que requerem atenção imediata ou mais comedida por parte do clínico.

CC 97

MELANOMA MALIGNO ACRAL EM ADOLESCENTE CAUCASIANO

Patrícia Costa¹; Ana Margarida Cabral²; Raquel Rodrigues³; Anne-Marie Ferreira¹; Rita Nunes¹; Paulo Morais⁴

¹USF Terras de Azurara, ACeS Dão-Lafões, Mangualde; ²USF Viseu Cidade, ACeS Dão-Lafões, Viseu; ³USF Infante D. Henrique, ACeS Dão-Lafões, Viseu; ⁴Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Ton-dela-Viseu, Viseu

Enquadramento: O melanoma maligno (MM) é a causa mais comum de morte por cancro da pele e afeta sobretudo adultos (60-70 anos). Contudo, a sua incidência crescente em crianças e jovens, tornam-no no segundo cancro mais comum entre os 15 e 29 anos. Dos quatro subtipos histológicos major existentes, o MM de extensão superficial é o mais frequente na raça branca (70%). A forma mais rara é a acral lentiginosa (2-3%), afetando mais frequentemente as palmas, plantas e região subungueal. A sua patogenia permanece incerta, duvidando-se da hipótese de estar relacionado com o trauma prévio, exposição química ou Ultra-Violeta. É o melanoma com pior prognóstico quando comparado com outros subtipos, estimando-se uma sobrevida de 11% em 3 anos, provavelmente relacionada com o atraso no diagnóstico.

Descrição de caso: Doente de 19 anos de idade, sexo masculino, sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes. Sem medicação habitual e que integra um agregado familiar monoparental. Recorreu ao médico de família (MF) em outubro de 2015 por presença de lesão sangrante no pé esquerdo, após traumatismo desportivo. Ao exame objetivo apresentava uma lesão nodular com superfície hemorrágica e sinais inflamatórios no bordo lateral do pé esquerdo. Foi referenciado ao serviço de Urgência (SU) do hospital de residência para observação por Dermatologia, tendo sido colocada a hipótese de poroma écrino e orientado para a consulta externa daquela especialidade. Em Novembro de 2015 foi reavaliado em consulta de Dermatologia, constatando-se uma lesão nodular com bordo de cor negra, centro friável e cerca de 1 cm de diâmetro, no bordo lateral do pé esquerdo. Foi efetuada excisão radical da lesão, tendo o exame histológico mostrado tratar-se de um melanoma maligno acral (Breslow 6 mm, Nível 5 de Clark e 2 figuras de mitose por mm²). Realizou TC toraco-abdomino-pélvica para estadiamento da doença, que revelou apenas gânglios inguinais bilaterais de aspeto normal, os maiores com 12 mm, sem outras alterações relevantes. Foi referenciado para o IPO de Coimbra.

Conclusões: O sistema 'ABCDE' para o diagnóstico precoce do melanoma e os critérios tardios como a inflamação, exsudação ou hemorragia e prurido ou dor devem ser tidos em conta na avaliação de lesões cutâneas. O MF tem um papel fundamental na articulação com os cuidados de

saúde secundários e no seguimento e apoio à família com um elemento jovem do agregado doente, cujo prognóstico é desconhecido, mas muito provavelmente reservado.

CC 98

LINFOADENOMEGALIA REGIONAL, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Carla Costa; Diana Miranda; Francisca Caetano;

Cláudia Teixeira

USF S. Nicolau, ACeS Alto Ave

Enquadramento: A doença da arranhadela do gato é uma doença infecciosa relativamente comum, estando descrita como a segunda causa de linfadenomegalia regional. É causada por bactérias do género *Bartonella*, habitualmente *Bartonella henselae* encontrando-se na literatura científica, descrição de outros agentes do mesmo género. É maioritariamente diagnosticada em crianças e adolescentes, não sendo incomum no adulto jovem. Trata-se de uma infeção ocorrida após contacto com gatos ou cães, habitualmente os primeiros e de tenra idade, não sendo contudo consensual que o vetor de transmissão ao humano seja a pulga. As manifestações clínicas variam desde uma doença benigna com curso auto-limitado e resolução espontânea a infeções sistémicas com compromisso neurológico.

Os critérios de diagnóstico sofreram alteração ao longo dos anos, apoiando-se atualmente em critérios histopatológicos e serológicos em concordância com o contexto clínico.

Relato de caso: M. H. P. C., género feminino, 34 anos. Natural e residente em Guimarães. Funcionária em clínica veterinária. Antecedentes médico-cirúrgicos pessoais e familiares irrelevantes.

Recorre a consulta aberta por tumefação na face interna do braço esquerdo com alguns dias de evolução, dolorosa e que perturba a mobilidade. Após inquirição, refere ter sido arranhada por um gato cerca de um mês antes, no local de trabalho. Ao exame objetivo apresentava lesão infracentrímetrica na face flexora do punho esquerdo, em fase de crosta; à inspeção verificou-se ausência de sinais inflamatórios na face interna do braço ipsilateral, palpano-se tumefação de contornos mal definidos, aparentemente não aderente aos planos profundos, na região justa-epicôndilo medial. Efetuou ecografia de partes moles que revelou “formações quísticas de localização profunda, a maior com 3*2.5*2 cm, conteúdo heterogéneo e de localização profunda” e controlo analítico básico que não revelou alterações ao nível do hemograma e leucograma ou elevação dos parâmetros inflamatórios. Após discussão do caso clínico com a utente, esta prefere recorrer a hospital privado para agilização da investigação. A biópsia

do material previamente referido é efetuada 2 dias após a consulta, revelando linfadenopatia reativa com características sugestivas de “doença da arranhadela do gato”. Após conhecimento dos resultados, é prescrita serologia para *Bartonella henselae* que não revela evidência inequívoca de infeção por este agente. Atendendo ao enquadramento clínico e avaliação histopatológica compatível com diagnóstico de doença da arranhadela do gato, inicia terapêutica antibiótica, com posterior resolução das queixas.

Discussão: A doença da arranhadela do gato é uma entidade clínica relativamente incomum, apesar da sua incidência relativa aumentar na vigência de linfadenomegalia regional subaguda e/ou crónica.

Não obstante, o enfoque principal do caso clínico apresentado prende-se com a consciencialização da importância de um rigoroso aprofundamento do contexto clínico e atenção pormenorizada no exame objetivo, sendo este caso clínico um exemplo cabal.

CC 99

CORRIMENTO (OU) PASSAGEIRO

Lara Domingues Diogo; Jorge Campelo

UCSP Celas - ARS Centro

História das queixas atuais: Mulher de 40 anos acompanhada em consultas de cuidados de saúde primários desde 2014 que vem sucessivamente por queixas de Alterações do corrimento ginecológico (X14). Iniciou queixas de dor abdominal, urgência miccional em setembro de 2015 e foi medicada com fosfomicina 3000 mg e lactulose. Passado 4 dias mantém queixas de dor abdominal na região hipogástrica, fossas ilíacas e região umbilical com febre nocturna e alterações do corrimento. Ao exame objectivo não apresentava alterações a não ser uma leucorreia esbranquiçada fina e líquida não aderente. Foi medicada empiricamente para uma Vaginose bacteriana (Vaginite/vulvite NE - X84) com clindamicina tópica a 2% durante 7 dias e foi feito o pedido de análises e de ecografia ginecológica.

Em outubro de 2015 veio para consulta de planeamento familiar e realização do rastreio de colpocitologia e refere dor peri-umbilical e urgência miccional mantida. Tem tido alterações do corrimento constantes e aplica por auto-iniciativa clotrimazol em creme mensalmente. Ao exame objectivo não apresenta alterações do exame ginecológico ou abdominal. Feito pedido de ecografia abdominal.

Veu a consulta de agudos no dia 16 de agosto de 2016 com alterações do corrimento amarelado e sensação de abdómen distendido e dor na região supra-púbica. Nega febre ou alterações da micção. Na observação ginecológica apresentava corrimento amarelado muito aderente às paredes vaginais mas sem dor na mobilização do colo

pós-esforço. Fica em observação na USF mas sem repetição da sintomatologia inicial. Perante o quadro clínico e dado a utente já se encontrar assintomática é pedida prova de esforço urgente.

A prova de esforço é realizada a 15/12/2016 e durante a mesma, no 1º minuto de recuperação início de ritmo compatível com fibrilhação auricular, sintomática (palpitações, sensação de dispneia e desconforto torácico). Retomou ritmo sinusal e ausência de sintomas aos 26 minutos pós bisoprolol. Foi realizado ecocardiograma de imediato que se revelou normal.

A utente foi orientada de forma urgente à CE de cardiologia-arritmologia agendada para 10/01/2017. Medicada com bisoprolol e recomendado repouso pelo que a utente se encontra com incapacidade temporária para o trabalho até à consulta. Aguarda-se *feedback* da consulta sobre a orientação posterior da utente (à data da apresentação do poster é já esperado ter este *feedback*).

Discussão: Em alguns pacientes com corações estruturalmente normais a FA é desencadeada por condições de tônus parassimpático elevado, como por exemplo durante o sono ou após o exercício físico, o que é designado por FA vagalmente mediada. Num estudo entre indivíduos com menos de 65 anos, a atividade física regular está associada com uma prevalência 3 vezes superior de FA, quando o tempo total de prática desportiva excede as 1500 horas. Embora da atividade desportiva possa resultar uma dilatação das câmaras cardíacas e um aumento da massa do ventrículo esquerdo e do diâmetro da AE, não é seguro que tais adaptações, decorrentes dessa atividade, conduzam ao desenvolvimento de FA, mostrando-se necessária posterior investigação.

CC 101

ALTERAÇÕES MNÉSICAS NO IDOSO, SECUNDÁRIAS A NEO DO CÓLON

Liliana Gerales; Liliana Alves; Raquel Ferreira
UCSP Tábua

Enquadramento: As alterações mnésicas no idoso são motivos de consulta frequentes nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Há que salientar a importância da abordagem multifatorial, dada a multiplicidade de etiologias possíveis.

Descrição do caso: sexo feminino, 74 anos, caucasiana, viúva, família alargada, classe social média baixa, pouco aderente a vigilância nos CSP. Antecedentes pessoais: Hipertensão arterial, hipercolesterolemia, fratura colo úmero. Medicação habitual: Lisinopril + hidroclorotiazida 20 + 12.5 mg, bisoprol 5 mg, atorvastatina 20 mg.

Em 29-9-2016 recorre a consulta do dia, acompanhada pela sobrinha, que refere que a tia “tem andado mais

parada” desde há duas semanas, com perda de apetite e perda ponderal (6% do peso em 3 meses), anedonia e alterações mnésicas para memória recente com interferência nas atividades da vida diária. Automedicada com lorazepam 2.5 mg. Negou alterações gastrointestinais. **À observação:** Orientada, pouco expressiva, lentificação psicomotora, palidez mucocutânea. Plano: esquema de desabituação de lorazepam, início de mirtazapina 15 mg. Estudo analítico e TC-craneocéfálica (TC-CE) para abordagem de declínio cognitivo. Em 4-10-2016, resultados dos exames: Hemograma revela anemia (Hemoglobina 9,2 g/dl) microcítica hipocrômica e TC-CE “lesão arredondada, capsulada, na região frontal, suspeita de lesão secundária ou de origem glial”. Referenciada ao SU-CHUC: Repete TC-CE sugestiva de lesão secundária, Rx tórax em largada de balões. Internada no serviço de Medicina Interna, para estudo. TC toraco-abdomino-pélvica: Incontáveis nódulos pulmonares bilaterais, segmento de parede espessada no cólon ascendente. Colonoscopia: Lesão vegetante sugestiva de neoplasia do cólon ascendente infranqueável. Estudo anatomopatológico: Adenocarcinoma invasor de baixo grau. Doente foi orientada para Cirurgia Geral (Hemicolectomia direita com anastomose ileo-cólica em 30-11-2016).

Discussão: A demência, depressão e uso crónico de benzodiazepinas são condições que, frequentemente, estão na origem de alterações mnésicas e astenia no idoso. No entanto, a sua instalação subaguda e sintomas constitucionais associados levantam suspeitas etiológicas para além das causas mais frequentes.

CC 102

ABORDAGEM DA AMENORREIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

David Alexandre Neves; Inês Pereira
UCSP de Sete Rios, ACeS Lisboa Norte, ARSLVT, I.P.

Introdução: O âmbito das consultas de planeamento familiar, a nível dos cuidados de saúde primários vai além da contraceção. As mulheres recorrem a esta consulta também por alterações da sua vida sexual e reprodutora, nomeadamente dificuldade em iniciar uma gravidez com sucesso.

Apresentamos um caso de uma mulher de idade fértil que se apresenta com queixas de infertilidade e amenorreia. Utilizando este caso clínico como mote, faremos uma revisão da abordagem clínica da mulher em idade fértil com queixas de amenorreia, abordando as causas mais comuns, não esquecendo os fatores relacionados com o estilo de vida.

Caso clínico: Trata-se de uma mulher de 34 anos que re-

corre à consulta de planeamento familiar depois de estar a tentar engravidar há mais de um ano. Durante esse ano menstruou apenas três vezes. Quando questionada, referiu ainda perda de peso importante, insónia inicial e tremores. Após avaliação complementar, documentou-se um hipertiroidismo com anticorpos anti-tiroideus positivos. Iniciou terapêutica com tiamazol, com normalização da função tiroideia e melhoria clínica. Cerca de dois meses e meio depois, engravidou com sucesso.

Discussão: A abordagem da amenorreia nos cuidados de saúde primários é complexa. O clínico deve ter em atenção um variado número de patologias subjacentes potenciais que podem envolver vários sistemas orgânicos, e, em alguns casos, cursar com co-morbilidades importantes que interferem com a qualidade de vida destas mulheres.

Deve-se iniciar a abordagem destes casos com uma colheita detalhada da história clínica ginecológica e obstétrica da mulher, assim como de outras patologias médicas concomitantes. A história familiar e o exame físico também poderão dar pistas na orientação da escolha da avaliação complementar inicial.

A primeira linha de investigação complementar deve incluir a avaliação das hormonas TSH, b-HCG, FSH, LH, prolactina e um estudo analítico com um hemograma completo e estudo bioquímico para exclusão de patologia sistémica. Se houver hirsutismo marcado à observação, a avaliação complementar deverá incluir um estudo da testosterona, 17-OH-progesterona, androstenediona e DHEA. A utilização de estudos de imagem pode contribuir no estudo da amenorreia em casos selecionados. A ecografia ginecológica pode contribuir para a identificação de alterações estruturais. A TC e a ressonância magnética poderão ser úteis no estudo de eventuais tumores a nível da glândula pituitária.

As opções terapêuticas dependem da etiologia da amenorreia e dos desejos da mulher. Idealmente, o tratamento deverá ser direcionado à correção da patologia subjacente, como foi feito no caso clínico descrito.

CC 103

HIPERTENSÃO ARTERIAL NO JOVEM – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Cláudia Teixeira; Diana Miranda; Carla Costa; Rui Guedes
USF S. Nicolau - Aces Alto Ave Guimarães

Enquadramento: As doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morbi-mortalidade em Portugal sendo responsáveis por um terço de todas as mortes e elevado número de incapacidades. A hipertensão arterial (HTA) é o problema de Saúde Pública mais importante em Portugal, sendo responsável por elevado número de complicações cardiovasculares. A HTA resulta normalmente da interação

de múltiplos fatores genéticos e ambientais. De entre os fatores que mais contribuem para o desenvolvimento da HTA nos jovens estão o sedentarismo e a obesidade, cuja prevalência também têm vindo a aumentar progressivamente. No estudo PAP (Prevalência, conhecimento e controlo da HTA em Portugal), a prevalência no grupo etário inferior aos 35 anos foi de 26,3% nos homens e 12,4% nas mulheres. Sendo mais habitualmente detetada na idade adulta, por ser uma doença assintomática durante muitos anos, a história da HTA pode ser traçada muitas vezes desde faixas etárias mais jovens. No entanto, a menor perceção e tratamento da doença nos mais jovens poderão dever-se ao facto da HTA ser durante muitos anos uma doença silenciosa, dos adultos jovens terem menor seguimento médico rotineiro e não ser feito rastreio sistemático dos fatores de risco cardiovascular. De salientar ainda que as fórmulas/tabelas de cálculo do risco cardiovascular global mais habitualmente utilizados, se iniciam aos 40 anos de idade, supondo que os jovens tenderão a ter risco cardiovascular global baixo. Habitualmente, os casos de hipertensão no jovem (< 35 anos) carecem de investigação para hipertensão secundária, uma vez que neste grupo populacional as formas secundárias são mais prevalentes.

Caso clínico: Doente com 21 anos, estudante de turismo, não fumadora, IMC normal, com antecedentes médico-cirúrgicos pessoais irrelevantes. Apresentou em consulta de rotina, tensão arterial (TA) de 148/107 mmHg (média de 3 medições, após repouso). Foi pedido a doente que fizesse controlo domicílio de TA e remarcada nova consulta. Nesta, trazia controlo do domicílio com valores de TA persistentemente elevados. Nesta consulta foi então dado indicação para a doente parar anticoncepcional oral e foi pedido MAPA, que revelou HTA de grau moderado nas 24h, com carga tensional de 100% para a TA sistólica e diastólica. Iniciou-se então pesquisa de HTA secundária, sendo solicitado ECG, ecocardiograma, microalbuminúria, urina II, função renal, ecografia renal, função tiroideia, catecolaminas, cortisol e ionograma. Do estudo, o ECG, ecocardiograma, catecolaminas, função renal e tiroideia estavam normais, aguardando-se restantes resultados do estudo. Após efetuar a totalidade dos exames solicitados em consulta, a doente inicia bisoprolol 2.5 mg e progestativo oral.

Conclusão: A hipertensão arterial no jovem reveste-se de enorme importância. Por um lado, é uma faixa etária que não recorre regularmente aos cuidados de saúde primários e, por outro lado, os profissionais de saúde estão mais atentos a esta patologia em faixas etárias mais elevadas onde ela é mais prevalente. Assim, as recomendações para a prevenção e tratamento da HTA devem assim ser mais prospetivas e efetivas desde a idade mais jovem.

Torna-se, assim, premente alertar para esta entidade nas faixas etárias mais jovens de forma a que os médicos de família possam fazer o diagnóstico desta patologia de forma mais precoce.

CC 104

POR DE TRÁS DE UMA MARCHA ATÁXICA

– A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Cláudia Teixeira; Diana Miranda; Carla Costa; Rui Guedes
USF S. Nicolau - Aces Alto Ave - Guimarães

Enquadramento: Nos últimos anos, as manifestações clínicas da infeção crónica pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) têm sofrido modificações, tanto como resultado do melhor conhecimento científico no tratamento das doenças oportunistas, quanto como resultado da utilização dos antirretrovirais. Ambas as condições resultaram em maior expectativa de vida destes doentes. A polineuropatia tem assumido destaque e é hoje a manifestação neurológica mais comum associada ao HIV. A polineuropatia sensitivo-motora simétrica distal é a mais comum, havendo comprometimento primário dos axónios. Em geral, a maior prevalência de sinais e sintomas da polineuropatia ocorre nas fases mais avançadas da doença. No que concerne ao seu aspeto clínico, esta pode produzir diminuição da sensibilidade à vibração e à dor num padrão de distribuição de luva-meia. Inicialmente afetam os nervos de maior comprimento, com sintomas com início pela porção mais distal dos membros inferiores e, quando o doente reporta queixas ao nível dos joelhos, há habitualmente um acometimento simultâneo das mãos. Em relação aos membros inferiores, a perda proprioceptiva pode gerar ataxia e aumento do polígono de sustentação, bem como positivar o teste de Romberg.

Caso clínico: JRTL, 43 anos, ex-toxicodependente de opiáceos há 15 anos, hábitos alcoólicos pesados com abstinência desde há 6 meses, co-infeção HIV/VHC conhecida desde 2006, sem seguimento atual em consulta de doenças infecciosas. Última consulta na USF em 2012. Em agosto de 2016, recorre ao seu médico de família com queixas de perda de força muscular e parestesias nos membros inferiores bilateralmente e tremores generalizados desde há cerca de 5 meses. Ao exame objetivo, apresentava marcha atáxica de base alargada, reflexos osteotendinosos simétricos e normais, défice significativo de força muscular proximal bilateral e simétrico nos membros inferiores, com restante exame objetivo irrelevante. Foi medicado com cianocobalamina + piridoxina + tiamina 1 injeção/semana. Nesta consulta foi pedido controlo analítico para estudo do quadro clínico, que revelou trombocitopenia de 42000 mm³ com anisocitose e proteínograma com aumento da relação albumina-globulina: 2.11

(normal 0.75-1.44). Dado a não melhoria do doente, foi enviado com urgência às consultas de Medicina Interna e Neurologia. Na consulta das doenças infecciosas foi decidido o internamento do doente para estudo do quadro clínico e início de terapêutica antirretroviral. No internamento, realizou electromiografia que revelou uma polineuropatia sensitivo-motora distal.

Conclusão: Uma vez que os avanços no tratamento da infeção pelo HIV têm resultado em maior longevidade, a abordagem das sequelas neurológicas torna-se cada vez mais uma parte importante do cuidado geral do doente. Sendo a polineuropatia a complicação neurológica mais comum desta infeção, o seu reconhecimento precoce pode resultar em estratégias de tratamento individualizadas mais eficazes. Uma vez que se trata de uma doença menos prevalente nos Cuidados de Saúde Primários, este caso clínico vem realçar a importância do médico de família estar atento às principais manifestações e complicações clínicas desta patologia.

CC 105

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Inês Videira¹; Joana M. Ferreira¹; Susana Figueiredo²

¹Internas de formação específica de Medicina Geral e Familiar na USF Saúde em Família, ACES Grande Porto III - Maia/Valongo; ²Assistente em Medicina Geral e Familiar na USF Saúde em Família, ACES Grande Porto III - Maia/Valongo

Enquadramento: Numa mulher de 60 anos com fatores de risco cardiovasculares nem sempre se equaciona uma hipertensão arterial (HTA) secundária, porque esta ocorre numa percentagem estimada de 5%. Contudo, quando surgem novos sintomas e/ou sinais, deve ponderar-se uma investigação etiológica adicional.

Descrição do caso: Mulher 64 anos, pertencente a uma família nuclear, classe III de Graffar e em fase VIII de Duvall, antecedentes de depressão, dislipidemia, insuficiência venosa, excesso de peso (IMC 28,1 kg/m²) e menopausa em 2007 (54 anos), hipertensão arterial (HTA) diagnóstico em 2012, diabetes mellitus (DM) diagnóstico em 2013. Medicada com dosulepina 75 mg, amissulprida 50 mg, sinvastatina 20 mg, lisinopril 20 mg + hidroclorotiazida 12,5 mg 1 vez/dia e lercanidipina 10 mg 1 vez/dia, metformina 1000 mg 2 vezes/dia, metformina 1000 mg + vildagliptina 50 mg 1 vez/dia, gliclazida 60 mg 2 vezes/dia.

Em 10/2013, a utente refere episódios de hipersudorese, tendo sido medicada com tibolona 1 vez/dia. Em 07/2014, por aumento da frequência dos episódios, ausência de resposta à tibolona e emagrecimento (4 kg em 1 ano, IMC 26,6 kg/m²) foi realizado estudo analítico e imagiológico, que não revelou alterações. Em 05/2015, refere que a hipersudorese agravou na face e tronco, sem relação com temperatura ambiente e com prejuízo na qualidade de

vida. Apresentava uma perda de peso contínua (8 kg em 2 anos, IMC 24,9 kg/m²), sem restrições alimentares. Mantinha difícil controlo da HTA e DM, apesar do progressivo ajuste terapêutico. Foi pedido um estudo mais alargado: radiografia torácica e ecografia renal sem alterações (loca supra renal não descrita), ecografia tiroideia revelou nódulo sólido no terço inferior do lobo esquerdo com 13,7 x 12 mm (não visualizado em 2014); hemoglobina glicada 7,8%; aldosterona sérica 396 pg/ml e ácido vanilmandélico 19,4 mg/24 horas (em 1538 mL de volume de urina 24 horas); sem outras alterações analíticas incluindo função tiroideia, hormona adrenocorticotrópica e hormona paratiroide.

Foi referenciada à consulta de Cirurgia Geral, para biópsia aspirativa do nódulo tiroideu, que revelou nódulo coloide, e de Medicina Interna pela suspeita de Feocromocitoma, diagnóstico que foi confirmado por aumento do ácido vanilmandélico, catecolaminas fracionadas e metanefrinas totais e TC supra-renal: nódulo sólido com 27 x 22 x 38 mm à direita.

Discussão: Perante uma utente com queixas de sudorese profusa episódica, em período pós menopausa e diagnóstico recente de HTA e DM, nem sempre se equaciona uma etiologia única. Além disso, a utente não apresentava paroxismos hipertensivos ou a tríade clássica. O feocromocitoma, ainda que seja um tumor raro, é conhecido por ser “um grande simulador” e, com o tratamento cirúrgico, a utente ficou normotensa, sem necessidade de medicação anti hipertensora.

CC 106

ORGULHO NO TAMANHO?

João Magalhães

USF Espaço Saúde, ACeS Porto Ocidental

Enquadramento: A massa escrotal indolor é normalmente detectada pelos doentes e referido como queixa aos médicos de família (MF).

As causas mais comuns da massa escrotal indolor incluem o hidrocelo, hérnia inguino-escrotal não encarcerada e o varicocele. Outras causas menos frequentes incluem o espermatocelo, hematocelo, linfedema, sobrecarga de líquidos, e o cancro testicular.

No entanto, o diagnóstico pode ser adiado ou impossibilitado por questões de vergonha; medo; ou outros sentimentos e crenças do doente.

Descrição: Sexo M, 60 anos, caucasiano, divorciado, 4 anos de escolaridade, desempregado, a viver sozinho em situação de insuficiência económica.

AP: Diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e obesidade (IMC = 40). Hábitos tabágicos: 20 cigarros por dia, 47 UMAs.

MH: Amlodipina + valsartan, [Copalia], 5 mg + 160 mg 1 vez/dia, metformina, 500 mg 2 vezes/dia, sinvastatina, 20 mg 1 vez/dia.

Durante uma consulta aberta em 2014, observou-se uma saliência volumosa no centro das calças do doente.

Quando questionado, o doente referiu que já tinha o seu escroto aumentado de tamanho há muito tempo (cerca de 6 anos), mas que nunca se tinha queixado da situação pelo facto de nunca ter tido dores, nem o ter incomodado. Referiu um aumento progressivo da dimensão escrotal ao longo dos anos.

Ao exame físico observou-se edema escrotal e peniano marcado, sem sinais inflamatórios ou exsudados. Sem dor à palpação do escroto.

Prescrita ecografia escrotal urgente, que revelou:

“Bolsas escrotais bastante volumosas, preenchidas por abundante quantidade de conteúdo ecogéneo, heterogéneo, de características sólidas, eventualmente tecido adiposo(…)”

O doente foi referenciado para consulta de Urologia, tendo sido prescrita ressonância magnética, que revelou:

“Aumento difuso do volume de todo o saco escrotal com hiposinal em T1 e hipersinal em T2, entremeado por gordura, compatível com linfedema (...)”

Em 2016 o colega Urologista referenciou o doente para a C. Plástica. Na consulta, foi explicada a possibilidade de redução do volume existente, tendo sido proposta como melhor opção a lipo-aspiração com excisão da pele para preservação dos vasos linfáticos.

No entanto, o doente acabou por recusar a cirurgia, tendo recebido alta da consulta de C. Plástica.

Discussão: Apesar da situação claramente anormal que o seu escroto apresentava, o doente não se queixou do seu problema a nenhum médico durante seis anos, e o diagnóstico foi apenas realizado pelo facto de o problema ter sido detectado de um modo incidental numa consulta aberta.

Para além do motivo que o doente apresentou como justificação para deixar passar tantos anos (não apresentar dor ou incómodo) outros motivos poderão incluir: sentimento de vergonha por se tratar de uma parte íntima do corpo; e sentimento de medo pela possibilidade de poder ser confrontado com o facto de ter uma doença grave.

No entanto, tendo em conta que ao longo do tempo o doente foi demonstrando alguma resistência em ser referenciado, e também o facto de o doente ter recusado cirurgia, existe uma terceira hipótese que não pode ser excluída: sentimento de orgulho por acreditar que o tamanho grande do seu escroto/pénis representa um sinal único de virilidade. O sentimento de orgulho poderá ter sido reforçado devido à admiração ou elogio por parte de parceiro(s) sexual(s).

Por vezes, os doentes têm problemas de saúde de um âmbito íntimo que não partilham com o seu MF. No entanto, esses problemas poderão ser muito importantes para a saúde e a qualidade de vida dos doentes.

Nesse sentido, torna-se fundamental que todos os MF tenham o hábito de questionar, no final de cada consulta, se existe mais alguma questão relativamente à qual tenham dúvidas ou mais alguma questão que queiram partilhar. Iguamente importante será a qualidade da relação médico-doente e a empatia estabelecida com os doentes, de modo a que não se sintam inibidos em partilhar questões mais íntimas ou sensíveis, que poderão ser determinantes para a sua saúde e qualidade de vida.

CC 107

AMENORREIA SECUNDÁRIA – QUANDO A HIPÓFISE DÁ SINAL

Diana Vaz de Miranda; Carla Costa; Cláudia Teixeira;
Mário Antunes da Cunha
USF S. Nicolau

Introdução: A amenorreia é uma situação clínica transitória ou permanente, primária ou secundária que pode resultar de disfunção a nível do hipotálamo, da hipófise, dos ovários, do útero ou da vagina. Quando se prolonga por um período superior a 6 meses, requer investigação diagnóstica. Em 17% dos casos, a origem é hipofisária, sendo que em 10% destes, a causa é um adenoma. A investigação deve ser dirigida para a patologia suspeita pela história e/ou exame físico e se houver evidência de hipogonadismo hipogonadotrófico, é imperativo excluir patologia hipotálamo-hipofisária.

Descrição do caso: Doente do género feminino, 14 anos, em seguimento na nossa USF desde os 5 anos. Sem antecedentes pessoais patológicos de relevo. Apresenta desenvolvimento psico-motor normal, peso e IMC normais, mas estatura acima do percentil 97 desde os 11 anos. Menarca aos 12 anos. Sem coitarca. Vem à consulta em agosto de 2016, com queixas de irregularidades menstruais (interlúnios de 4-5 meses, cataménios de 7 dias em quantidade moderada) e amenorreia secundária desde há 12 meses. Ao exame objetivo, apenas de destacar altura de 1,74 m (P > 97), sem outras alterações. No estudo complementar realizado, apresenta idade óssea de 14 anos e 4 meses (concordante) e estudo analítico com hipogonadismo hipogonadotrófico (LH 0,51 uM/ml, FSH 0,83 uM/mL, estradiol 14 ng/dL – colheita no 2º dia do ciclo menstrual, a 24 de agosto). Sem alterações nos restantes doseamentos hormonais, nomeadamente prolactina, cortisol, ACTH, TSH ou testosterona. Foi decidido pedir TC da sela turca, que revelou adenoma na vertente inferior da adenohipófise. A doente foi encaminhada para a con-

sulta de doenças endócrinas pediátricas do Hospital Sr.^a da Oliveira, que ficou agendada para fevereiro de 2017.

Conclusão: Em Cuidados de Saúde Primários, pode-se tornar fácil enveredar pela desvalorização das queixas dos pacientes, sobretudo quando são frequentes e maioritariamente benignas, como é o caso das irregularidades menstruais na adolescência. Através deste caso clínico, as autoras tentam evidenciar a importância da correta abordagem da amenorreia secundária, que raramente, pode ter origem em patologia hipofisária.

CC 108

UMA ANEMIA INVULGAR!

Ana Teresa Fernandes; Ana Machado Costa; Carina Antunes
USF de Ronfe

Enquadramento: A anemia é definida por um nível de hemoglobina sérica < 13 g/dL no homem e < 12 g/dL na mulher. Existem várias causas para esta alteração, sendo a carência de ferro uma das mais frequentes. A abordagem inicial requer uma história clínica detalhada, que deve incluir fármacos, consumo de álcool, exposição a tóxicos, hábitos alimentares, antecedentes familiares, pesquisa de hemorragia, de organomegalias e de sinais e sintomas sistémicos.

Descrição do caso: Mulher de 54 anos de idade, caucasiana, divorciada. Vive com o filho de 16 anos. Recorreu a primeira consulta com o médico de família com resultado de estudo analítico de rotina realizado anteriormente onde se verifica anemia microcítica (Hb = 11 g/dL, VGM = 60 fL). Referiu perda hemática recente mas escassa recentemente e “dificuldade em engordar” (sic). Apresentava-se com aspeto emagrecido, objetivamente verificou-se mucosas ligeiramente pálidas, IMC 19,5 kg/m², pressão arterial de 130/59 mmHg, frequência cardíaca de 94 bpm, auscultação cardiopulmonar sem alterações, pulso radial amplo e simétrico e abdómen sem massas ou organomegalias palpáveis. Na sequência, foi aconselhada a aumentar a ingestão de ferro na alimentação e posteriormente realizou cinética de ferro que não revelou alterações bem como endoscopia digestiva alta e colonoscopia que não revelaram alterações de relevo. Manteve anemia microcítica sem melhoria apesar de medidas alimentares e suplementação com ferro. Foi pedida a eletroforese da hemoglobina que revelou: HbA 94.8% (ref. 96.00-99.00) e HbA2 5.2% (ref. < 3.50), sugestivo de provável talassemia minor.

Conclusão: A talassemia é uma doença hereditária autossômica recessiva. Trata-se de uma alteração quantitativa da hemoglobina. Os doentes são maioritariamente crianças, jovens e jovens adultos, que se distribuem por todo o território nacional, apesar de a grande maioria se

concentrar na Região de Lisboa e Vale do Tejo. O facto de a utente ter um diagnóstico provável de talassemia minor significa que não é doente, mas sim portadora do gene da talassemia. Assim é importante informar e aconselhar corretamente a utente e a família. Os Cuidados de Saúde Primários, pela globalidade e continuidade de cuidados que prestam ao indivíduo, têm um papel fundamental no diagnóstico precoce e orientação atempada.

CC 109

DOS VÓMITOS AO SÍNDROME DE DUBIN-JOHNSON

Pedro Miguel de Almeida Lopes Daniela Pedro Correia
Centro Hospitalar do Oeste USF Tornada - ACES Oeste Norte

O síndrome de Dubin-Johnson foi descrito pela primeira vez em 1954, sendo uma doença autossómica recessiva rara. Trata-se de uma hiperbilirrubinemia hereditária, caracterizada pelo aumento da bilirrubina conjugada. A maioria dos doentes é assintomática, sendo que normalmente a doença é detectada em adolescentes e jovens adultos.

Descrição do caso: Doente do sexo feminino, 31 anos, leucodérmica, autónoma. Antecedentes pessoais de HTA, medicada com perindopril e indapamida.

Recorre ao SU por um quadro de 5 episódios de vômitos. Nega febre, diarreia, disúria e outros sintomas. Ao exame objectivo encontrava-se ligeiramente icterica e com abdómen difusamente doloroso. Analiticamente com elevação bilirrubina total devido a aumento da bilirrubina conjugada. Medicada com metoclopramida, sem efeito e posteriormente com ondansetron, que se revelou eficaz. Foi internada para continuação de estudo e tratamento.

Melhoria da sintomatologia, com progressão na dieta sem intercorrências. Manteve no entanto discreta icterícia e elevação da bilirrubina conjugada. Realizou ecografia abdominal, sem alterações de relevo. Teve alta ao 4º dia de internamento, com o diagnóstico de gastroenterite aguda e colocou-se ainda a hipótese de síndrome de Dubin-Johnson. Foi referenciada a consulta de Gastroenterologia, que confirmou o diagnóstico.

Discussão: O síndrome de Dubin-Johnson é benigno e não requer tratamento. Contudo, o diagnóstico, confirmado por testes urinários, é importante para excluir a existência de outras patologias hepatobiliares. A hiperbilirrubinemia é potenciada por infecções, gravidez, anticoncepcionais orais e consumo de álcool. Neste caso, a gastroenterite aguda agravou a hiperbilirrubinemia, permitindo o diagnóstico do síndrome de Dubin-Johnson.

CC 110

UM CASO CLÍNICO DE DOENÇA DE CREUTZFELDT-JAKOB

Pedro Miguel de Almeida Lopes; Daniela Pedro Correia
Centro Hospitalar do Oeste USF Tornada - ACES Oeste Norte

Enquadramento: A doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ) é uma doença neurodegenerativa, rara, fatal e de rápida progressão. Existem três variantes, a esporádica, a familiar e a adquirida. A variante esporádica é a mais comum, manifestando-se entre os 55 e os 70 anos de idade e afetando de igual modo ambos os sexos. A apresentação clínica caracteriza-se por declínio cognitivo progressivo, disfunção cerebelar, alterações visuais, mioclonias generalizadas e mutismo acinético.

Descrição do caso: Doente do sexo feminino, 66 anos, autónoma. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial e dislipidemia, medicada habitualmente com enalatril + lercanidipina 20 + 10 e pravastatina 40.

A 06/2016, recorreu ao SU por quadro de confusão mental, lentificação da linguagem e insónias, com cerca de 2 dias de evolução. Sem alterações relevantes no exame objetivo e no exame neurológico sumário. Realizou avaliação analítica e TC-CE, ambos sem alterações. Pediu-se consulta de Neurologia.

Cerca de 1 mês depois, recorreu ao SU por um quadro de cefaleias com agravamento nas últimas horas. O filho referiu ainda declínio cognitivo gradual. Mais uma vez o exame objetivo, exame neurológico sumário, a avaliação analítica e o TC-CE foram inconclusivos.

Em consulta de Neurologia, 3 semanas depois, realizou RM-CE que revelou discretos focos de hipersinal e EEG que destacava lentificação difusa com complexos periódicos.

Foi internada, verificando-se franco agravamento do estado. A doente apenas cumpria apenas 1 ordem simples (fechar os olhos), apresentava afasia global e marcha hesitante. Verificou-se a presença da proteína 14-3-3 no líquido cefalorraquidiano, pelo que se assumiu um diagnóstico provável de doença de Creutzfeldt-Jakob (variante esporádica).

Discussão: A raridade desta doença, cuja incidência estimada é de 1-2 casos, por 1 milhão de pessoas por ano, é um dos fatores que condiciona o seu subdiagnóstico. O diagnóstico depende dos achados clínicos e da realização de meios complementares de diagnóstico. O EEG e a RM-CE geralmente encontram-se alterados. A presença da proteína 14-3-3 no líquido cefalorraquidiano é fortemente sugestiva de doença de Creutzfeldt-Jakob. Este caso clínico é bastante próximo do descrito na literatura, quer a nível de apresentação clínica, quer a nível de alterações nos meios complementares de diagnóstico.

CC 111

CADASIL: UMA FAMÍLIA DIFERENTE?

Floriano Duarte Cruz; Elsa Lima; Pedro Almeida
Unidade de Saúde Familiar São Simão da Junqueira

Introdução: CADASIL é o acrônimo de cerebral autosomal *Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy*.

É uma angiopatia hereditária, autossômica dominante cuja mutação foi descrita, em 1990, no gene NOTCH3 do cromossoma 19.

A lesão vascular caracteriza-se por angiopatia não aterosclerótica envolvendo pequenas artérias e capilares, primariamente a nível cerebral, podendo haver infiltração de material granular na arterial media das células musculares lisas.

É uma causa importante de acidente vascular cerebral no jovem, mas pode apresentar-se com episódios isquêmicos transitórios, déficit cognitivo, enxaqueca, alterações psiquiátricas, demência em idade jovem ou convulsões.

Os sintomas aparecem em diferentes idades e podem durar entre 3 e 43 anos (média 23 anos) com idade média de morte de 65 e 71 anos, respetivamente, para homens e mulheres.

A manifestação mais frequente que é o enfarte isquémico (85%) ocorre entre 19 e 67anos. Há alterações imagiológicas sugestivas na ressonância magnética (RMN), nomeadamente alterações em T2 na substância branca subcortical, lobo anterior e cápsula externa.

A combinação de sinais e sintomas sugestivos, alterações típicas na ressonância e uma história familiar positiva para AVC e demência deve fazer suspeitar de CADASIL.

Não há terapêutica que modifique a história natural da doença, mas o controlo dos sintomas tem um impacto no aumento da qualidade de vida. Inclui-se o tratamento de comorbilidades como hipertensão, hiperglicémia e dislipidémia. A antiagregação plaquetária é sugerida como prevenção secundária.

Esta condição é rara e está incluída no programa Linha Rara® apoiada pela DGS e pelo site de ajuda a doenças raras Orphanet®.

Relato do caso clínico: Relata-se o caso de doente, sexo masculino, previamente saudável, que aos 49 anos (2011) recorre ao serviço de urgência, por instalação aguda de monoparésia isquémica do nervo oculomotor esquerdo. Realizou tomografia computadorizada cerebral que mostrava “leucoencefalopatia isquémica, enfartes lacunares múltiplos, bilaterais nos núcleos da base e na substância branca das coroas radiadas”. Após este episódio realizou Angio RM cerebral que mostrava “múltiplas áreas de hipersinal em T2 e T2 flair dispersas pelos hemisférios cerebrais na substância branca periventricular e subcortical, cápsulas

externas, núcleos da base e tálamo e moderada atrofia global acentuada para a idade do doente”.

Referenciado para consulta de Neurologia. Na avaliação neuropsicológica mostrava déficit cognitivo ligeiro. Dos exames realizados a destacar: teste genético positivo para CADASIL, com mutação NOTCH 3; ecocardiograma, ECG, doppler dos vasos do pescoço, estudo de LCR, estudo analítico alargado com auto-imunidade e estudo de trombofilias normais.

Ao ser avaliada a história familiar destacava-se: o peso da demência em idade jovem (50-60 anos) do pai, irmão e irmã; pai com patologia psiquiátrica e sobrinha de 30 anos com enxaqueca.

A irmã foi referenciada para estudo de CADASIL e o filho único de 19 anos para investigação.

Cerca de 1 ano depois instalação súbita de oftalmoparésia direita em contexto de provável AVC isquémico vertebro-basilar e em fevereiro 2014 cefaleia, disartria, diplopia, alterações na marcha e descoordenação motora compatível com evento vascular vertebro-basilar.

Medicado com citicolina, clopidogrel, sertralina, estatina e lisinopril.

Em 2016 quadro de paralisia facial de Bell, sem alterações na TC de novo. Realizou nova avaliação neuropsicológica com declínio ao nível da atenção.

O doente mantém-se autónomo mas está reformado por invalidez da sua profissão na construção civil.

Discussão: Numa área tão vasta como a medicina geral e familiar somos confrontados com situações raras e, como esta, de contexto familiar. No âmbito do diagnóstico, a história familiar, o alerta, o estudo posterior para correto diagnóstico, encaminhamento e orientação. A evolução desta patologia é conhecida e o atingimento motor e cognitivo progressivo a causa de morbimortalidade.

CC 112

DIABETES GESTACIONAL OU ANTES UM CASO DE DM 1 DIAGNOSTICADO TARDIAMENTE

Ana Machado Costa; Ana Teresa Fernandes; Carina Antunes
USF de Ronfe

Enquadramento: A diabetes gestacional define-se como qualquer grau de intolerância aos hidratos de carbono diagnosticado ou detetado pela primeira vez no decurso da gravidez. Assim, esta definição aplica-se também aos casos em que a intolerância aos hidratos de carbono precedeu a gravidez de forma não reconhecida e engloba as situações em que a intolerância persiste após o parto.

Na primeira visita pré-natal, a todas as grávidas, deve ser solicitada a pesquisa de glicemia plasmática em jejum e um valor superior ou igual a 92 mg/dL, mas inferior a 126 mg/dL, faz o diagnóstico de diabetes gestacional.

Descrição: Mulher, 38 anos, sem antecedentes patológicos de relevo. IIG, IP, com gravidez evolutiva de 10 semanas. Traz resultado de rotinas bioquímicas do 1º trimestre, no qual apresenta glicemia em jejum de 121 mg/dL. É efetuado o diagnóstico de diabetes gestacional e a referenciação para consulta hospitalar. Inicialmente sob metformina 500 mg e medidas higienodietéticas, no entanto, por mau controlo glicémico, inicia insulinoaterapia às 20 semanas de gestação. Parto às 39 semanas, RN sexo feminino com 3300 gr.

Às 7 semanas pós-parto, no seguimento da reclassificação da diabetes, apresenta glicemia em jejum de 270 mg/dl e necessidade de insulinoaterapia.

Discussão: De acordo com as normas de orientação clínica para diagnóstico e seguimento das grávidas com diabetes gestacional, no período pós parto, idealmente entre as 6 a 8 semanas após o parto, deve ser realizada uma prova de tolerância oral à glicose com sobrecarga de 75 gr de glicose com duas determinações: às 0 e às 2 horas. Nesta prova, um valor de 270 mg/dL de glicose em jejum corresponde ao diagnóstico de diabetes mellitus prévia à gravidez, significando que, muito provavelmente, o diagnóstico de diabetes gestacional nesta grávida englobou uma intolerância aos hidratos de carbono que se terá instalado antes da gravidez, embora não identificada. A necessidade precoce de insulinoaterapia para controlo glicémico sugere poder tratar-se de uma DM 1, diagnosticada em idade adulta.

CC 113

A IMPORTÂNCIA DO GENOGRAMA FAMILIAR: UM CASO DE SÍNDROME DE BRUGADA

António Pedro Cunha; Marta Ferreira
USF Ponte

Enquadramento: 24 anos, antecedentes de apendicectomia e glioma frontal grau III (operado em 2011, até hoje sem recidiva).

Antecedentes familiares: primo em 2º grau com morte súbita durante o sono aos 40 anos, tia materna com morte súbita aos 3 meses, avó materna (83 anos) com episódios de síncope, primo materno em 3º grau com CMD, família paterna com doença cardíaca não especificada, sem morte súbita, irmão com morte súbita em nov/2015 enquanto conduzia.

Descrição de caso: O irmão da paciente, de 30 anos de idade, faleceu de morte súbita, tendo sido o resultado da autópsia compatível com morte por arritmia cardíaca, no contexto de alterações genéticas detectadas e classificadas como provavelmente patogénicas e associadas a Síndrome de Brugada (mutação de SCN5A).

Neste contexto, foi pedido estudo genético da paciente

e realização de exames complementares, entre os quais electrocardiograma no qual se detectou padrão de Brugada (tipo ??). A paciente foi submetida a colocação de CDI para prevenção primária.

Neste momento aguarda resultado de estudo genético.

Discussão: Este caso releva a importancia das ferramentas de avaliação familiar, nomeadamente o genograma familiar. A realização do estudo genético, despoletada pela morte do irmão e antecedentes familiares depois recolhidos permitiu uma intervenção precoce potencialmente life-saving, neste caso a colocação de CDI para prevenção primária.

Ressalta-se também a importância de uma estreita colaboração multidisciplinar entre MGF, Cardiologia e Genética, sem a qual não seria possível oferecer um tratamento integrado atempado, com potenciais consequências fatais para os familiares afectados.

CC 114

PRURIDO QUE NÃO MELHORA, DEVE SER INVESTIGADO SEM DEMORA

Lara Domingues Diogo; Luis Santiago
UCSP Celas - ARS Centro Serviço de Dermatologia -CHUC

Comentário: O prurido é a queixa dermatológica mais frequente que leva os doentes ao médico de família. É definido como sensação desagradável e pode dever-se a doença dermatológica específica ou sistémica. Quanto à sua etiologia existe prurido primário ou primitivo localizado ou generalizado e secundário generalizado ou localizado.

Na prática clínica surgem lesões dermatológicas pruriginosas cuja a origem pode ser duvidosa. A maioria dos casos tratam-se de prurido xerótico, que surge no inverno. Mais esporadicamente pode dever-se a doenças auto-imunes. Nas causas mais raras integram-se as neoplasias com manifestações cutâneas.

A maioria dos casos responde à aplicação de emoliente, com a evicção de substâncias vasodilatadoras ou banhos frequentes com água quente. Pode ser necessário fazer um corticoide tópico de baixa potência ou anti-histamínico sistémico. No entanto é fulcral conhecer quais as doenças que são diagnóstico diferencial de lesões pruriginosas que não regredem e que justificam uma investigação mais cuidada.

Contexto: Mulher de 70 anos, reformada (trabalhava como costureira), casada e natural de Aveiro que apresenta lesões cutâneas pruriginosas com cerca de 6 meses de evolução. As primeiras lesões surgiram na escápula e ombro direito que foi alastrando até à coxa direita. O prurido era mais intenso à noite na cama. Refere sensação de arrepios e sudorese mas nega febre. Tem aplicado corticoides de diferentes potências em creme e pomadas sem melhorias.

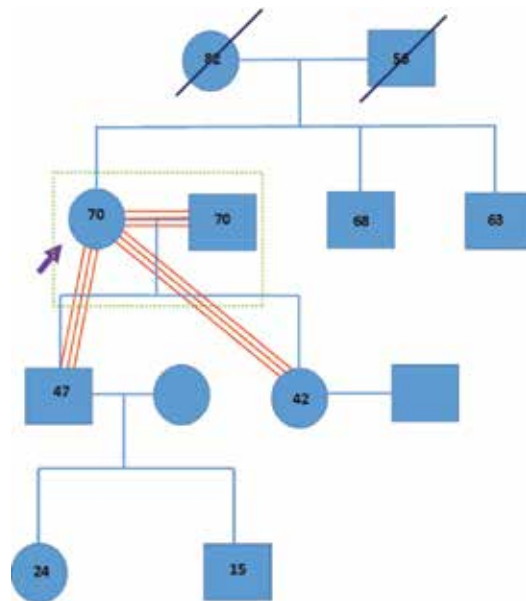
Como antecedentes recentes tem 4 ocorrências com observação em serviço de urgência de um hospital central, uma em 1/10/2009 por Dor ocular direita, outra a 25/10/2012 por úlcera da córnea direita; em 4/11/2015 e a 11/11/2015 por edema, dor e pálpebra vermelha.

Como antecedentes pessoais refere diabetes mellitus tipo 2 insulino-tratada, hipertensão arterial, dislipidemia do tipo hipercolesterolémia, coronariopatia com angioplastia e patologia osteoarticular dos membros inferiores. Tem sido relativamente saudável, negando internamentos ou cirurgias recentes e faz consultas regulares na sua médica de família. Refere ainda que esteve grávida duas vezes (G2P2) e que teve 2 partos eutócicos, sem complicações de um filho e uma filha.

A sua medicação habitual é insulina lantus, insulina rapid, telmisartan 80 mg 1 vez/dia, insulina, amitriptilina 10 mg 1 vez/dia, carvedilol 25 mg ½ ao pequeno-almoço e ½ ao jantar, atorvastatina 40 mg, ácido acetilsalicílico 100 mg 1 vez/dia, metformina/sitagliptina 1000/50 mg 1 + 1/2 + 1, gabapentina 1 vez/dia, lorazepam 2,5 mg 1 vez/dia, pantoprazol 20 mg 1 vez/dia. Refere alergia medicamentosa ao ibuprofeno (Brufen®).

Ao exame objectivo apresentava lesões eritematosas com relevo, papulosas, ásperas à palpação e com sinais inflamatórios de rubor, calor e edema associado. No restante exame objectivo apresenta-se apirética, com pele e mucosas descoradas, tensão arterial 134/50 mmHg, com frequência cardíaca de 70 bpm, saturações em ar ambiente de 97%, com auscultação pulmonar com murmúrio mantido e auscultação cardíaca normal. O exame abdominal era normal com ruídos hidroaéreos mantidos e sem massas ou organomegalias. Foram encontradas algumas adenopatias nas cadeias linfáticas cervicais infra-parotídeas e axilares bilaterais. Após observação em consulta ficou internada no serviço de Dermatologia para investigação diagnóstica.

Investigação durante o internamento: Durante o internamento foram feitas análises com hemograma, leucograma, tempos de coagulação, bioquímica, serologia, IGRA, citometria de fluxo, proteinograma, função tiroideia, marcadores tumorais, enzima conversora de angiotensina e hemoglobina glicada. Foram ainda radiografia torácica, electrocardiograma e ecografias da região parotídea, ecografia tiroideia e paratiroideia, ecografia cervical e ecografia axilar.



- Apgar familiar de Smilkstein: 9/10
- Tipo de família: Nuclear
- Ciclo de vida de Duvall: VIII
- Escala de readaptação social de Holmes-Rahe: Sem risco

CC 115

NEOPLASIA PANCREÁTICA

– UM DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR

Joana Parente; Joana Araújo
USF São Lourenço - ACES Cávado I, Braga

Enquadramento: A neoplasia pancreática corresponde à sétima causa mais comum de morte por cancro, sendo mais prevalente nos países desenvolvidos. O tabagismo, a obesidade e a diabetes são factores de risco conhecidos. É mais comum a partir dos 60 anos, com discreto predomínio no sexo masculino. Tem um carácter muito insidioso, o que dificulta o diagnóstico. Este é efetuado com recurso a ecografia ou tomografia axial computadorizada (TC). O tratamento depende do estadio e inclui cirurgia, quimioterapia e radioterapia. As duas últimas opções têm um papel limitado. O prognóstico é reservado, uma vez que a taxa de sobrevivência ao fim de um ano é cerca de 25% e ao fim de 5 anos é de 5%. A neoplasia do corpo é a que apresenta pior prognóstico com ressecabilidade rara.

Descrição do caso: J.V.G., sexo masculino, 68 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia e adenocarcinoma do colon ascendente com hemicolectomia direita em Maio de 2009. Habitualmente, está medicado com glicazida 60 mg, olmesartan + hidroclorotiazida 20 + 25 mg, omeprazol 20 mg e bromazepan 3 mg. Recorreu à Unidade de Saúde Familiar (USF) em abril de 2016 por dor abdominal e alteração do trânsito intestinal, que o utente associou à toma

de metformina. Suspendeu metformina e iniciou glicazida. Em julho de 2016, foi à consulta de cirurgia geral, onde referiu novamente dor abdominal e foi pedida colonoscopia. Duas semanas depois, dirigiu-se à USF para a consulta de diabetes onde voltou a mencionar dor abdominal. Foi pedida ecografia abdominal. Em agosto de 2016, recorreu a consulta aberta e apresentou o resultado da ecografia que revelou apenas “esteatose hepática difusa, sem outras alterações”. Ainda mantinha dor abdominal, sem irradiação ou outros sinais no exame físico, como icterícia, perda de peso, anorexia ou náuseas. Foi medicado com tramadol + paracetamol e pelos seus antecedentes, foi pedida TC abdomino-pélvica. Dois dias depois, o resultado da TC revelou “neoplasia pancreática com suspeita de invasão vascular”. Foi encaminhado para a urgência de cirurgia geral, tendo sido orientado em conformidade pela especialidade.

Discussão: A neoplasia pancreática apresenta um curso insidioso, o que dificulta o seu diagnóstico, porém deve ser tida em consideração quando se trata de uma dor abdominal. Neste caso em particular, o diagnóstico foi dificultado pela ausência de outros sintomas característicos além da dor abdominal e pela normalidade da ecografia abdominal. Com este caso, pretende-se demonstrar que os antecedentes pessoais têm um papel importante, tanto maior quando a clínica não é clara. Paralelamente, pretende-se também referir que a persistência de sintomas, mesmo frustes, justifica uma escalada no pedido de exames complementares de diagnóstico.

CC 116

HPV: ATENÇÃO REDOBRADA PARA LOCAIS DIFERENTES

Floriano Duarte Cruz¹; Ilda Ferreira²

¹Unidade de Saúde Familiar São Simão da Junqueira;

²Unidade de Saúde Familiar Cruz de Malta

Introdução: Uma revisão sistemática publicada em 2016 mostra resultados que estabelecem a relação entre infecção por HPV (vírus do papiloma humano) e cancro esofágico. Espera-se que em 2020 as neoplasias esofágicas associadas à infecção por HPV se sobreponham às relacionadas com o cancro do colo do útero.

A infecção da orofaringe por HPV é mais frequentemente associada a idades jovens e à prática de sexo oral. Mais conhecidas são já as neoplasias cervicais e da orofaringe associadas à infecção por HPV. Apesar de alguns médicos, nomeadamente os médicos dentistas, estarem há já alguns anos alerta para esta patologia, a realidade é que um estudo recente (2016) mostra uma falha na perceção diagnóstica e no aconselhamento dos utentes.

O prognóstico e a terapêutica da neoplasia do esófago

HPV positivo ou negativo variam.

A Academia Americana de Medicina Familiar pondera já a introdução de avaliações de rastreio para esta infeção, nomeadamente através da deteção de DNA HPV na saliva. A infeção concomitante entre HPV no colo do útero e no esófago não parece estar relacionada.

Algo que pode atrasar o diagnóstico de infeção esofágica por HPV é a sintomatologia muito semelhante à relacionada com a gastrite.

Relato do caso clínico: Relata-se o caso de uma mulher atualmente com 77 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial primária controlada com medicação, hiperlipidémia, excesso de peso, catarata, diabetes mellitus tipo II não complicada e patologia osteoarticular degenerativa, sem cirurgias ou internamentos anteriores. Inicia queixas de disfagia, azia e pirose, sem enfartamento, sem náusea ou vômito, e epigastralgia sem relação com as refeições há cerca de 5 anos (2011), tendo iniciado terapêutica com inibidor da bomba de prótons. Realizou em 2011 endoscopia digestiva alta (EDA) que era normal. Por agravamento da sintomatologia fez nova EDA (2014) que mostrou gastropatia eritematosa com biópsia inespecífica e negativa para *H. pylori*. Foi referenciada a consulta de gastroenterologia e medicada com pantoprazol, sucralfato, Gaviscon® (alginate de sódio, bicarbonato de sódio, carbonato de cálcio) e Esoxx one® (ácido hialurónico, sulfato de condroitina).

Mantendo sintomas realizou nova EDA em 2015 que mostrava “mucosa esofágica desnudada com placas pálidas de fácil destacamento e algumas áreas ulceradas na porção distal e mucosa gástrica com aspeto mosqueado e eritema”. Na biópsia demonstrava-se a presença no epitélio pavimentoso estratificado de lesões de acantose, sem sinais de displasia ou malignidade compatível com esofagite ulcerada inespecífica, negativa para agentes infecciosos.

As queixas mantêm-se e são reforçadas com emagrecimento durante o ano de 2016 pelo que foi pedida nova EDA em novembro que mostrava no esófago médio (24-30 cm) úlceras superficiais, recobertas de exsudado com dimensões entre 5-10 mm e gastropatia eritematosa, com sinais de esofagite aguda por HPV, confirmada histologicamente.

Este quadro clínico associado ao achado recente motivou referência de novo a consulta de gastroenterologia.

Durante o período de investigação clínica realizou: ecografia abdominal e pesquisa de marcadores de tumor gástrico sem alterações.

A doente é analfabeta, residente em meio rural, doméstica, casada, com 6 filhos, sem vida sexual ativa. O marido está acamado há cerca de 1 ano por secura de acidente vasculo-

lar isquémico. Tem citologia cervicovaginal negativa recente. **Discussão:** Sendo uma infecção que apresenta um crescimento exponencial na sua associação a patologia oncológica esofágica é premente estar alerta e investigar. A associação em termos etários e de vida sexual, classicamente associada a esta patologia, não está aqui demonstrada. Tanto em termos individuais da saúde da doente como pelos resultados da investigação subsequente, este caso mereceu aos autores uma atenção redobrada e uma visão obrigatoriamente diferente no futuro.

CC 117

QUANDO NEM TUDO É PSORÍASE...

Rita Lopes Ferreira; Daniela Cruz Silva; Hugo Medeiros; Martinha Henrique

USF Santiago – Leiria; Centro de Saúde da Marinha Grande; Centro Hospitalar de Leiria

Enquadramento: O melanoma acral lentiginoso (MAL) é uma variante do melanoma maligno, de rápida progressão, localizado nas plantas, palmas e regiões subungueais. Corresponde a 5-10% dos melanomas. O MAL subungueal surge, maioritariamente, no polegar ou indicador e o sinal mais comum é a coloração castanha ou negra da lâmina ungueal. Esta variante pode ser confundida com onicodistrofia associada a onicomiose, psoríase, alterações traumáticas, hematomas e lesões melanocíticas benignas. É um dos subtipos de melanoma mais agressivo e de pior prognóstico, sendo a detecção precoce e o tratamento atempado decisivos para um desfecho favorável.

Descrição de caso: Doente do sexo masculino, 33 anos, caucasiano, casado, operário fabril, inserido numa família nuclear, fase II do ciclo de Duvall, com Apgar 8 e classe II de Graffar. Antecedentes pessoais de sinusite crónica, psoríase inversa e artrite psoriática. Sem medicação habitual. Sem hábitos alcoólicos ou toxicofílicos. Antecedentes familiares irrelevantes.

Utente com diagnóstico de psoríase inversa recorreu ao médico de família (MF), em julho de 2015, para mostrar exames laboratoriais solicitados por este no contexto de poliartralgias migratórias de carácter inflamatório, com 7 meses de evolução. Ao exame físico apresentava sinovite no 2º dedo do pé esquerdo e lesão negra longitudinal ungueal, no polegar da mão direita. Perante a lesão ungueal de novo a hipótese colocada pelo MF foi psoríase ungueal. Analiticamente apresentava velocidade de sedimentação 10, PCR 1.26, ANA negativos, ANCA positivos e fator reumatóide negativo. Foi referenciado para consulta de doenças auto-imunes (DAI) e dermatologia do hospital de referência. Doente faltou à consulta de dermatologia. Em dezembro de 2015, recorreu a consulta de agudos no MF devido a alteração da unha do polegar direito, que se tinha

partido e, desde há 3 meses que apresentava agravamento com desenvolvimento de tumor ulcerado que ocupava toda a última falange. Foi enviado para o serviço de Urgência onde foi observado pela dermatologia que colocou como hipótese de diagnóstico mais provável melanoma acral. Ao exame físico não foram detectadas adenopatias e foi realizada biópsia da lesão que revelou tratar-se de melanoma maligno. Foi pedida TAC toraco-abdominal para estadiamento que não revelou lesões secundárias. Foi enviado para o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), para dermatologia, para desarticulação da falange distal do polegar direito e biópsia de gânglio sentinela. Esteve internado no CHUC de 4 a 6 de fevereiro de 2016 para realização dos procedimentos. A histologia da peça operatória confirmou o diagnóstico de melanoma maligno acral com 7,4 mm de espessura. O resultado do gânglio sentinela axilar foi negativo para doença metastática, assim como a TAC toraco-abdomino-pélvica e crânio-encefálica realizadas a 17/02/2016. Neste momento o doente tem uma prótese na última falange do polegar direito, realiza as suas tarefas diárias normalmente e mantém seguimento na consulta de Dermatologia dos CHUC para vigilância e de DAI.

Discussão: A tomada de decisões em Medicina Geral e Familiar é feita em função da prevalência e incidência das doenças na comunidade. Por isso, as doenças raras e a apresentação indiferenciada em fases precoces são dois grandes obstáculos à prática diária do MF. Perante estas adversidades, devemos manter sempre um espírito crítico e não estabelecer um diagnóstico precocemente. Perante o diagnóstico de melanoma maligno com uma espessura de 7,4 mm, este caso teve um desfecho muito positivo, mas, infelizmente, nem sempre assim é, motivo pelo qual o médico de família, perante lesões suspeitas ungueais deve estar sempre alerta e, na dúvida, referenciar. Este caso revela ainda a importância da facilidade de acesso ao MF, da articulação entre este e os Cuidados de Saúde Secundários e a educação dos utentes para a adesão às consultas hospitalares quando pedidas pelo seu MF.

CC 118

VÓMITOS NO PÓS-PARTO:

UM CASO CLÍNICO DE MENINGIOMA

Diana Vaz de Miranda; Carla Costa; Cláudia Teixeira; Mário Antunes da Cunha

USF S. Nicolau

Introdução: As cefaleias são um sintoma comum em todas as faixas etárias e também durante a gravidez e no período pós-parto. Na maioria dos casos, a sua etiologia é benigna. No entanto, quando a cefaleia surge pela primeira vez e de forma intensa no período pós-parto, este

pode ser considerado um sinal de alarme e deve ser alvo de investigação etiológica. O período pós-parto é, por si só, uma altura de grande desgaste emocional e quando é feito um diagnóstico de uma doença cerebral, não só a qualidade de vida da doente é afetada, como toda a dinâmica familiar.

Descrição do caso: ACMB, doente do género feminino, de 34 anos, previamente autónoma nas AVDs. Natural e residente em Guimarães. Professora do ensino secundário. Antecedentes pessoais de hipercolesterolemia familiar, medicada com rosuvastatina 20 mg 1 vez/dia até à altura em que engravidou. Gravidez vigiada na USF, resultando em parto eutócico, sem intercorrências, em janeiro de 2016. Em março, cerca de 2 meses após o parto, a doente recorreu ao serviço de Urgência do hospital de referência por quadro com cerca de 3 semanas de evolução de cefaleias intensas frontais e occipitais associadas a foto e fonofobia, com ligeiro alívio com a toma de anti-inflamatórios não esteróides. Associação a vômitos alimentares, tonturas e astenia marcada nas duas últimas semanas. Ao exame objectivo, de realçar exame neurológico sem alterações, mas com cefaleias intensas e vômitos alimentares. Foi pedido estudo analítico e tomografia computadorizada crânio-encefálica que revelou “lesão expansiva na região temporal direita, com cerca de de 33 x 27 mm, apresentando assinalável edema perilesional, condicionando marcado efeito de massa locorregional, nomeadamente sobre o ventrículo lateral ipsilateral com desvio de estruturas medianas de cerca de 9 mm para o lado contralateral. Provável hipótese de diagnóstico de meningioma”. A utente foi transferida para o serviço de Neurocirurgia do Hospital de Braga. Foi realizada RMN cerebral e confirmado o diagnóstico de meningioma grau I, tendo sido realizada intervenção cirúrgica de remoção da lesão a 30 de março. Teve alta a 3 de abril, clinicamente bem e sem défices neurológicos. Durante o internamento foi realizada inibição da lactação com cabergolina. Nas consultas de saúde infantil e juvenil do filho na USF, a utente apresentava-se inicialmente com humor deprimido, anedonia e com queixas de défice de memória. Muito preocupada com o facto de não conseguir lidar com a doença e sentir que não estaria a cumprir a sua função como mãe. Foi medicada com sertralina 50 mg 1 vez/dia, com melhoria dos sintomas. Atualmente, em consulta na USF em outubro de 2016, assintomática e com indicação para consulta de neurocirurgia em março de 2017.

Conclusão: Os médicos de família devem ser alertados para a problemática das cefaleias pós-parto, uma vez que podem potencialmente ser sintoma de uma patologia subjacente grave. Quando confrontadas com um diagnóstico de uma doença cerebral nesta fase da sua vida, as doen-

tes necessitam de apoio familiar e também de um acompanhamento de proximidade do seu médico de família.

CC 119

LOMBALGIA AGUDA – UM CASO INVULGAR

Marta Vidigal; Ana Filipa Barbosa

UCSP Mealhada

Enquadramento: A lombalgia é um motivo frequente de consulta nos Cuidados de Saúde Primários, assim como nos Cuidados de Saúde Secundários. A trombose bilateral das artérias renais é uma causa rara de lombalgia, provocando lesão renal aguda, responsável por enfarte renal e subsequente perda permanente da função renal. As principais causas de trombose arterial renal incluem doença tromboembólica, lesão da artéria renal e estados trombóticos. É um diagnóstico frequentemente não detetado ou tardiamente diagnosticado por os doentes apresentarem sintomas de dor lombar ou abdominal que simulam patologias mais comuns, tais como, nefrolitíase ou lombalgia mecânica.

Descrição do caso: Homem de 77 anos, raça caucasiana, reformado, pertencente a família nuclear, fase VIII do ciclo de Vida Familiar de Duvall. Antecedentes pessoais: Hipertensão arterial, fibrilhação auricular sob anticoagulação com rivaroxabano, gota e trombose do membro superior esquerdo em 2013. Recorre ao serviço de urgência em março de 2016 por lombalgia à direita, à observação clínica com Murphy renal positivo à direita. Por suspeita de cólica renal fez ecografia renal que revela dimensões reduzidas de ambos os rins e possuía um valor de creatinina de 1.7 mg/dL, teve alta para o médico de família com suspeita de insuficiência renal crónica. Recorre a consulta de agudos após 4 dias por lombalgia à esquerda, apresentando Murphy renal bilateral negativo e dor a palpação da região paravertebral esquerda, medicado com tiocolicosido + paracetamol por suspeita de lombalgia mecânica. Volta ao serviço de urgência um dia depois por lombalgia constante à esquerda, onde foi objetivada anúria. Realizou ecografia renovesical não apresentando dilatação pielocalicial em ambos os rins, estando a bexiga em vacuidade. Analiticamente apresentava creatinina 6,19 mg/dL, tendo sido constatada lesão renal aguda. Foi contactada a Nefrologia que face ao quadro de anúria solicitou angio-TAC renal para despiste de causa vascular/obstrutiva, tendo sido identificada presença de trombose bilateral das artérias renais. Foi realizada fibrinólise local a nível da artéria renal esquerda e estudo de trombofilia.

Discussão: A lombalgia é um sintoma bastante prevalente, podendo correr-se o risco de esta ser desvalorizada ou de não levar à suspeição de uma lombalgia de causa sistémica (inflamatória, visceral, neoplásica ou infecciosa) e

de elevada gravidade. É por isso essencial quando nos depararmos com uma lombalgia a sua correta caracterização nomeadamente o ritmo de dor e de vários outros aspetos associados que possam constituir sinais de alarme.

CC 120

QUANDO A ACNE E A MINOCICLINA SE TORNAM UMA VALENTE DOR DE CABEÇA

Patrícia Costa¹; Pedro Vasconcelos²; Joana Gonçalves²; Luís Infante³; Rafael Sousa⁴; Rita Nunes¹; Ana Massano⁵

¹USF Terras de Azurara, ACeS Dão-Lafões, Mangualde; ²USF Viseu Cidade, ACeS Dão-Lafões, Viseu; ³USF Montemuro, ACeS Dão-Lafões, Viseu; ⁴USF Infante D. Henrique, ACeS Dão-Lafões, Viseu; ⁵Serviço de Neurologia, Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Viseu

Enquadramento: As tetraciclina são antibióticos comumente utilizados no tratamento da acne em Dermatologia. O perfil de efeitos adversos desta classe de fármacos abrange as alterações gastrointestinais, a erupção cutânea, podendo ainda incluir quadros mais raros, mas de maior gravidade, como a colite, a pericardite e a hipertensão intracraniana (HIC). A incidência anual da HIC em adultos é de 1/100.000 pessoas, sendo predominante no sexo feminino e em obesos após a puberdade. Segundo os critérios de Dandy modificados, a HIC caracteriza-se clinicamente por uma constelação de sinais e sintomas de aumento da pressão intracraniana (PIC), exame neurológico normal (exceto paresia do VI par), pressão de abertura do líquido cefalorraquidiano (LCR) > 25 cm de água (H₂O) em decúbito lateral, análise citoquímica do LCR normal, estudo imagiológico cerebral normal e exclusão de causas sistémicas de HIC. Dos sinais e sintomas, destacam-se a cefaleia, visão turva, perda de visão, papiledema e diplopia secundária à paralisia do sexto par craniano. Habitualmente cursa sem alterações ao exame neurológico. O seu tratamento implica a remoção do fator precipitante e tem como objetivo preservar a função do nervo ótico e melhorar os sintomas, com acompanhamento por Oftalmologia e Neurologia. Nestas situações, os diuréticos, como a acetazolamida, representam a opção terapêutica mais eficaz dada a capacidade de diminuir a produção de líquido.

Descrição: Mulher de 18 anos de idade, membro de uma família nuclear na fase V de Duvall com antecedentes pessoais de acne. Sem antecedentes familiares relevantes e sem medicação habitual. Em dezembro de 2016 recorreu a consulta de Dermatologia, onde foi referenciada pelo seu médico de família (MF) por acne grave refratário ao tratamento, tendo iniciado esquema de antibioterapia com minociclina. Coincidentemente iniciou queixas de cefaleias grave (com necessidade de repouso), inicialmente retro-ocular e posteriormente holocraniana, associada a fotofobia e fonofobia, náuseas e vômitos, tendo recorrido ao serviço de Urgência (SU). Realizou estudo analítico e TAC-CE

(sem alterações). Durante a primeira semana de toma de antibiótico iniciou ainda diplopia, recorrendo a consulta de Otorrinolaringologia (ORL) e Oftalmologia, com realização de RMN-CE (sem alterações). Suspendeu, por iniciativa própria, a toma de antibiótico com melhoria das queixas após 1 semana. Por manutenção da diplopia há 3 semanas, recorreu ao seu MF que ao exame objetivo constatou VI par esquerdo com nistagmus dissociado e na posição neutra aparente endotropia bilateral e diplopia no olhar horizontal para a esquerda, pior na visão ao longe. Restante exame neurológico sem alterações. Dado os achados clínicos, referenciou-se a doente para o SU do hospital de referência. À entrada foi observada por Oftalmologia que confirmou endotropia e edema da papila, tendo sido solicitada a colaboração da Neurologia. A forte suspeita de HIC levou à realização de punção lombar com confirmação da pressão do líquido cefalorraquidiano de 32,5 cm de H₂O. Decidiu-se internamento da doente para vigilância, estudo complementar e tratamento médico da HIC. O estudo analítico sérico e do LCR realizados foram normais e a TC-CE com contraste excluiu trombose venosa cerebral. Cumpriu tratamento com acetazolamida 250 mg 3 vezes/dia com melhoria clínica, tendo tido alta assumindo-se o diagnóstico de HIC secundária à toma da minociclina.

Discussão: Apesar de se tratar de um quadro raro, o MF deve ter presente a hipertensão intracraniana associada ao uso de tetraciclina como diagnóstico diferencial, e saber valorizar os achados numa anamnese cuidada e num exame objetivo preciso, de forma a orientar a situação para resolução do quadro, sem esquecer o impacto da doença no doente e possíveis consequências.

CC 121

UM CASO PROPOSTO PARA MELHORAR A ARTICULAÇÃO ENTRE OS CUIDADOS PRIMÁRIOS E SECUNDÁRIOS

Annamária Mohácsi; Ana Rita Correia; Ana Sardo;

Joana Guerra; Melinda Séra

USF Farol; USF Ria Formosa; USF Mirante; USF Lauroé

(AcES Central, ARS Algarve)

Introdução: Os objetivos principais da articulação entre os Cuidados de Saúde Primários (CSP) e os Cuidados de Saúde Secundários (CSS) são os ganhos em saúde para os cidadãos, e uma melhoria de gestão e utilização dos serviços do Sistema Nacional de Saúde (SNS). Existem critérios de referenciação para os CSS, que servem como regras de orientação para o médico de família (MF) e ferramenta de triagem para os médicos da consulta de especialidade. Estes critérios, embora necessários, não devem ser aplicados rigidamente, uma vez que podem gravemente prejudicar os doentes.

Descrição do caso: O.D., 56 anos, natural de Ucrânia, residente em Faro desde 2009, em estágio VI do Ciclo de Vida de Duvall, sem antecedentes de relevo e sem medicação ha-

bitual. Em 02/2016 recorreu ao se MF com queixas inespecíficas de ardor vulvar com 2 semanas de evolução. Negou febre, disúria, hematúria, dor lombar, corrimento ou outros sintomas. Uma semana antes foi observada em consulta de recurso e medicada para infecção urinária com sulfametoxazol + trimetoprim com melhoria transitória.

Foi pedido urocultura e exsudado vaginal e confirmou-se a data da última citologia cervico-vaginal (há 5 anos, na Ucrânia, segundo a doente sem alterações), pelo que agendou-se consulta para mostrar os resultados das análises e realizar citologia cervico-vaginal. Na consulta em 03/2016 a doente manteve as queixas de ardor e prurido vulvo-vaginal, mas os exames não relevaram alterações e procedeu-se a realização da citologia. O exame ginecológico revelou vulva e vagina sem alterações, mas um colo uterino muito friável, com vascularização exuberante e ao palpação indolor e endurecido. Foi referência com urgência para a consulta de patologia do colo do hospital da região com informação clínica pormenorizada incluindo a história doença atual e o exame objetivo. O pedido foi recusado 5 dias depois com a resposta seguinte: “Reenviar com resultado da citologia em curso para triar de acordo com a prioridade.” A doente dias depois recorreu ao Serviço de urgência de Ginecologia, onde foi observada e foi feita o diagnóstico provisório de neoplasia

do colo uterino, e foi orientada com urgência à consulta de patologia do colo e Ginecologia e posteriormente à Oncologia, onde confirmaram o diagnóstico da carcinoma do colo uterino estágio FIGO IIIA.

Discussão: Este caso não devia ter chegado ao ponto da utente decorrer a urgência assustada e desesperada, sendo que foi referenciada com urgência à consulta da especialidade e o pedido teve resposta em tempo útil. Devia ter sido valorizado o exame objetivo feito no centro de saúde (CS) e marcada uma consulta urgente de Patologia do Colo, onde tem mais facilidade de ter o resultado da citologia, entre outros meios diagnósticos. É de referir que o envio do resultado da citologia é um critério de aceitação das doentes na consulta, mas por falta de recursos humanos no hospital, em 2016 os resultados das citologias feitos no CS chegaram 8-10 meses depois da sua realização. A doente em vez de ir diretamente a consulta de patologia do colo, teve de esperar várias horas no serviço de Urgência, ser observada primeira no balcão Médico-Cirúrgico e depois na Ginecologia, utilizando recusos pessoais e do SNS evitáveis. É sem dúvida preciso de uma articulação e melhor entre os CSP e CSS; respeitando as regras, mas ter os interesses dos nossos doentes em primeiro lugar.

Nota: Os números dos CC em falta referem-se a trabalhos retirados pelos autores.



CONGRESSOS . 2017

abr



Urologia para Medicina Geral e Familiar
– **Jornadas Temáticas Patient Care**

6 e 7 de abril, Hotel Marriott, Lisboa

mai



Jornadas de Ortopedia para Medicina Geral e Familiar

11 e 12 de maio, Lagoas Park Hotel, Porto Salvo



11º Congresso Nacional do Idoso – 2º Simpósio Luso-Espanhol,
Geriatrica 2017

19 e 20 de maio, Hotel Porto Palácio, Porto

set



XX Jornadas Regionais Patient Care
II Jornadas Insulares de Cuidados Paliativos

29 e 30 de setembro, Vila Galé Santa Cruz, Madeira

CONGRESSOS . 2018

fev



XXII Jornadas Nacionais Patient Care

22 e 23 de fevereiro, Centro de Congressos de Lisboa



NOTAS

A series of horizontal dotted lines for taking notes.

Patient Care

Uma relação de confiança



PATROCÍNIO CIENTÍFICO



MAJOR SPONSORS



SPONSORS

 A. MENARINI PORTUGAL	 ALFA WASSERMANN	 ANGELINI	 astellas	 AstraZeneca
 Instituto Becel POR UMA VIDA SAUDÁVEL	 Bial	 Boehringer Ingelheim	 Bristol-Myers Squibb Pfizer	
 BOIRON	 FERRAZLYNCE ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS, S.A.	 GEDEON RICHTER <i>Since 1901</i>	 LABORATÓRIOS VITÓRIA	 Mercedes-Benz Carclasse, S.A.
 lasercare	 LIDEL	 MEDINFAR Compromisso com a Saúde	 MERCK	 mundipharma
 Mylan Seeing is believing	 NOVARTIS	 Nestlé HealthScience Where Nutrition Incentives Therapy	 tecnimed	 Unilabs Labs are everywhere

SECRETARIADO

admedic⁺ Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3. 1000-027 Lisboa
T: +351 21 842 97 10 | F: +351 21 842 97 19
E: ana.montes@admedic.pt | paula.cordeiro@admedic.pt
W: www.admedic.pt

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO DE EVENTOS

AGÊNCIA DE VIAGENS OFICIAL DAS JORNADAS

admedic⁺ Tours Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3. 1000-027 Lisboa
T: +351 21 841 89 50 | F: +351 21 841 89 59
E: paula.cordeiro@admedictours.pt | W: www.admedictours.pt
RNAVT 2526