

Jornadas de Endocrinologia e Diabetes de Braga 2018

12 e 13 de outubro de 2018
Hotel Meliã Braga



Imagem: Ad Médic

Programa Científico



Consulte aqui o programa
e aceda aos resumos

07:30h

Abertura do Secretariado

08:30-10:00h

Destinado a Médicos

Apoio:



Cursos Práticos (com avaliação)

CURSO I: Insulinoterapia e análogos de GLP-1 na diabetes mellitus tipo 2

Formadoras: Cláudia Matta-Coelho e Selma Souto

Destinado a Médicos e Enfermeiros

CURSO II: Pé diabético

Moderadoras: Maria Joana Santos e Alice Braga

Palestrantes: Inês Barros, Mariana Barbosa, Conceição Mateus e André Marques

10:00-10:30h

Intervalo para café

10:30-12:30h

Sessão de Casos Clínicos (com televoto)

Moderadores: Dinis Brito e Cristiana Sousa

Falência ovárica prematura (30 min)

Sílvia Paredes e Marta Alves

Hiperprolactinemia (30 min)

Cláudia Matta-Coelho e Olinda Marques

HTA de causa endócrina (30 min)

Inês Barros e Maria Joana Santos

Hiperparatiroidismo (30 min)

Mariana Barbosa e Ana Margarida Monteiro

12:30-13:00h

Simpósio: DISLIPIDEMIA: CONTROLAR MAIS, PROTEGER MELHOR O DOENTE COM DIABETES

Palestrante: Luís Andrade



13:00-14:15h

Almoço

14:15-15:00h

Sessão de Abertura

15:00-15:30h

Simpósio: EMPAGLIFLOZINA NO CORAÇÃO DA DIABETES

Palestrante: Elisabete Rodrigues



15:30-16:00h

Intervalo para café

16:00-17:30h

Mesa-Redonda: OBESIDADE

Moderadores: José Teixeira, Leonilde Coelho e Joana Queirós

Obesidade e endocrinopatias – Revisão em imagens! (20 min)

Paula Freitas

Resultados do projecto ToBe (20 min)

Maria Lopes Pereira

Entrevista motivacional no doente obeso (20 min)

Sílvia Duarte

Tratamento farmacológico com liraglutido 3 mg:

Da evidência à prática clínica (20 min)

Selma Souto

Discussão (10 min)

Gustavo Rocha, Marta Alves e Eva Lau

Patrocínio:



17:30-18:30h

Visita aos Posters

Área MGF: Raul Borges, Olinda Marques, Rosa Dantas e Cláudia Bulhões

Área Endocrinologia: Catarina Matos, Ana Maia, Anabela Giestas e Teresa Pereira

13 de outubro • Sábado

08:00h

Abertura do Secretariado

08:30-10:00h

Destinado a Médicos

Apoio:



Cursos Práticos (com avaliação):

CURSO III: Insulinoterapia e análogos de GLP-1 na diabetes mellitus tipo 2

Formadoras: Sílvia Paredes e Marta Alves

Destinado a Médicos

CURSO IV: Patologia da tiroide

Formadoras: Ana Margarida Monteiro e Maria Lopes Pereira

Hipotiroidismo

Tireotoxicose e hipertiroidismo


Patologia nodular da tiroide

08:30-10:00h

Destinado a Enfermeiros

Visita guiada aos Stands de Autovigilância glicémica, sistemas de monitorização contínua de glicemia, dispositivos de administração de insulina e análogos de GLP1

10:00-10:30h Intervalo para café

10:30-11:00h **Simpósio: DAPAGLIFLOZINA NO TRATAMENTO DA DMT2: DA EXPERIÊNCIA CLÍNICA À EVIDÊNCIA ATUAL** AstraZeneca 
Palestrante: Mariana Monteiro

11:00-12:30h **Mesa-Redonda: TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA NA DIABETES MELLITUS TIPO 2**

Moderadores: Selma Souto e Daniel Carvalho Braga

Os “novos” antidiabéticos na doença renal (20 min)

Cláudia Matta-Coelho

Os “novos” antidiabéticos na doença cardiovascular (20 min)

Ana Margarida Monteiro

Terapêutica da dislipidemia na diabetes mellitus tipo 2 (20 min)

Elisabete Rodrigues

Discussão (30 min)

Pedro Rodrigues, Cláudia Amaral e André Carvalho

12:30-13:00h Entrega dos Prêmios e Sessão de Encerramento

ÁREA DE ENDOCRINOLOGIA

P 01

DIABETES MELLITUS ASSOCIADA A CITOPATIA MITOCONDRIAL: UM CASO CLÍNICO

Lúcia C. S. Almeida, António Campos, Hugo Morais, Marta Ferreira, Catarina Machado, Maria João Oliveira, Ana Sousa

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução: Os síndromes associados a deleções do DNA mitocondrial podem ter várias apresentações fenotípicas, entre elas o Síndrome de Kearns-Sayre (KSS). Este Síndrome define-se pela tríade: instalação antes dos 20 anos, retinopatia pigmentosa e oftalmoplegia externa progressiva (PEO). Para além destas características, o KSS-PEO está também associado a surdez neurosensorial, diabetes mellitus (DM), hipoparatiroidismo, pelo que o rastreio de endocrinopatias será obrigatório. A DM que caracteriza este síndrome é causada pela secreção insuficiente de insulina e não está relacionada com defeitos no respetivo recetor, sendo uma condição rara de transmissão materna. O tratamento preconiza o uso de secretagogos até à necessidade de uso de insulina. Dos antidiabéticos orais, a metformina condiciona maior risco de acidose láctica, pelo que não é recomendada. Está também descrito o benefício da suplementação com coenzima Q10, neste síndrome. **Caso Clínico:** Doente de 71 anos, do sexo feminino, com diagnóstico de KSS- PEO há 28 anos (Biópsia com red ragged fibers descritas), é enviada à consulta de Endocrinologia e Nutrição, por DM de novo, diagnosticada no mês anterior, com HbA1c de 9,2%. Doente teria glicémias em jejum superiores a 126 mg/dl, há pelo menos 2 anos, não se encontrando medicada. Doente referia perda de peso progressiva nos últimos meses, não intencional e sem anorexia

(cerca de 4-5kgs). Negava outros sintomas de insulinoresistência: polidipsia, poliúria, polifagia. Negava também complicações agudas da DM. Não tinha ainda complicações crónicas clinicamente evidentes. Medicou-se a doente com insulina glargina (12U) e sulfonilureia em baixa dose (gliclazida 30 mg id). A doente apresentava-se com boa resposta ao esquema terapêutico instituído até ao momento, que mantém, assim como terá iniciado tratamento para hipotiroidismo e dislipidémia identificados no estudo analítico e suplementação com coenzima Q10. Apresentava os seguintes resultados analíticos na última consulta: HbA1c 6,3%; Peptídeo C1,51 ng/mL (1,1-4,4); Microalbuminúria negativa; TSH 3,09 uIU/mL (0,27-4,2); T4 Livre 1,11 ng/dL (0,93-1,70) com Anticorpos anti-tiroglobulina (TG) e anti- peroxidase Tiróide (TPO) negativos. **Conclusão:** A DM mitocondrial apesar de rara, deverá ser pesquisada no contexto do diagnóstico de KSS-PEO e em indivíduos com surdez neurosensorial, uma vez que o seu diagnóstico permite um melhor tratamento e seguimento da doença, assim como das restantes comorbilidades.

P 02

TRIIODOTIRONINA REDUZ ADIPOCINA RELACIONADA A SENSIBILIDADE A INSULINA COM INIBIÇÃO DA INTEGRINA α V β 3

Lucas Solla Mathias, Célia Regina Nogueira, Bruna Moretto Rodrigues, Igor Depira, Regiane Marques Castro Olímpio, Fernanda Fontes Moretto, Miriane de Oliveira
Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB/UNESP

Introdução: Triiodotironina (T3) influencia o metabolismo do tecido adiposo (TA) podendo agir sobre Peroxisome proliferator-activated receptor

gama (PPAR γ), que por sua vez estimula a adiponectina, importante adipocina produzida pelo tecido adiposo (TA). O aumento de adiponectina está relacionado a melhora da sensibilidade a insulina pelos tecidos. O T3 desencadeia suas ações por ativação de vias extranucleares, entre elas a via da integrina α V β 3, que culminam na transcrição genica. Visto o papel do T3 no TA e a importância da adiponectina, justifica-se verificar o efeito do T3 sobre essa proteína e sobre os parâmetros relacionados ao perfil lipídico.

Objetivo: Avaliar ação do T3 via integrina α V β 3 na modulação da expressão gênica de adiponectina e proteica de PPAR γ e alteração de acúmulo lipídico e triacilglicerol, liberação de glicerol e dano de DNA em adipócitos, 3T3-L1.

Métodos: Adipócitos, 3T3-L1, foram tratados com T3 (10nM) por uma hora, na ausência ou presença do inibidor da integrina α V β 3, ácido tetraiodotiroacético (Tetrac) (10⁻⁴ M). Ausência de tratamento foi considerada controle (C). Após o período de tratamento realizou-se análise da expressão gênica de adiponectina por qRT-PCR e Western Blot e expressão proteica de PPAR γ por Western Blot; a quantificação do acúmulo lipídico foi realizada com ensaios AdipoRed e Oil Red, quantificação do acúmulo de triacilglicerol por ensaio colorimétrico; mensuração do produto da lipólise pelo ensaio glicerol; dano de DNA pela quantificação da 8-Hidroxideoxiguanosina (8-OH-dG) por ensaio ELISA. Utilizou-se ANOVA complementada com teste Tukey, para dados normais ($p < 0,05$).

Resultados: A síntese proteica de adiponectina foi elevada pelo T3, contudo o grupo Tetrac+T3 apresentou redução na expressão proteica de adiponectina e PPAR γ comparado ao C e T3, com concomitante diminuição do dano de DNA, do acúmulo lipídico, do triacilglicerol e menor liberação de glicerol.

Conclusão: T3 age nos adipócitos pela via da integrina α V β 3 para efeito pós-transcricional na expressão de adiponectina. O tratamento com T3 elevou os níveis de adiponectina e não alterou

o perfil lipídico dos adipócitos, contudo foi demonstrado que após a inibição da via integrina α V β 3 e posterior tratamento com T3 houve diminuição dos parâmetros lipídicos, caracterizando a necessidade da manutenção dessa via para que o T3 possa alterar a expressão de adiponectina e manter a homeostase dos adipócitos.

P 03

DIAGNÓSTICO DE INSULINOMA EM PACIENTE JOVEM PREVIAMENTE HÍGIDO: UM RELATO DE CASO

Luiza Macedo Travalloni, Marcos Maia Viana, Ana Claudia Borghi de Oliveira, Rafael Barreiros London, Isabella Sued Leão, Leticia Bernardes Cunha, Julia Bruno Vieira

Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – HUCFF – RJ/Brasil

Introdução: O diagnóstico de insulinoma envolve diversas etapas desde a avaliação clínica, pela caracterização da tríade de Whipple, avaliação laboratorial e exames de imagem. Faz parte da gama de diagnósticos diferenciais de hipoglicemias recorrentes em pacientes não diabéticos. É uma condição rara cujo diagnóstico é mais frequente na quarta década de vida. Podem ser tumores únicos ou múltiplos, benignos ou malignos e os sintomas clássicos estão associados ao hiperinsulinismo, com manifestações neuroglicopênicas e adrenérgicas.

Objetivos: Apresentar o caso de um paciente jovem com hipoglicemia sintomática recorrente e analisar as possibilidades diagnósticas e prope-
dêutica investigativa para suspeita de insulinoma.

Materiais e métodos: Estudo descritivo do tipo relato de caso baseado em dados obtidos através de revisão de prontuário (anamnese, exame físico e exames complementares) associados à revisão da literatura através da base de dados *PubMed/MEDLINE*.

Resultados e conclusões: relatamos um caso de um paciente jovem, previamente hígido, que interna no serviço de Clínica Médica do HUCFF para investigação de hipoglicemia sintomática

recorrente. Durante a propedêutica foram solicitados os exames laboratoriais iniciais que evidenciaram glicose de 66 mg/dL e HbA1C 4,5%. Foi realizado o teste de jejum prolongado com surgimento de sintomas adrenérgicos e neuroglicopênicos após 3 horas e glicemia capilar de 37 mg/dL. Demais exames revelaram dosagem elevada de insulina com peptídeo C no limite superior de normalidade. Um ultrassom endoscópico evidenciou lesão hipocogênica em íntima relação com o parênquima pancreático circunjacente, de formato arredondado, medindo 2,8cm de diâmetro e causando abaulamento da veia mesentérica, que estabeleceu o diagnóstico de Insulinoma. O paciente foi submetido a duodenopancreatectomia devido à proximidade da lesão com o ducto de Wirsung, evoluindo com melhora dos episódios de hipoglicemia no pós-operatório.

P 04

PREPARAÇÃO E GESTÃO DO EXERCÍCIO FÍSICO EM ADULTOS COM DIABETES TIPO 1

Vítor Diogo Machado Ferreira de Sousa, Vera Fernandes
Escola de Medicina da Universidade do Minho Hospital de Braga

Introdução: A diabetes mellitus tipo 1 (DM1) é uma forma de diabetes resultante da destruição das células beta pancreáticas, sendo a prática regular de exercício físico um dos pilares da sua gestão.

Objetivos: Avaliar a prática de exercício físico em adultos com DM1, identificar possíveis barreiras à sua prática e apurar as estratégias implementadas aquando do exercício.

Material e métodos: Estudo transversal, observacional e analítico, dos adultos com DM1 observados em consulta de Endocrinologia do Hospital de Braga no período de estudo. Atendendo aos objetivos propostos consultaram-se os processos clínicos e aplicaram-se dois questionários.

Resultados: Dos 38 adultos incluídos, 65,8% eram do sexo feminino e a média de idades foi de $40,5 \pm 13,1$ anos. O sistema de perfusão subcutânea contínua de insulina era utilizado

por 21,1%. Relativamente à prática de exercício físico, a média da frequência semanal foi de $3,4 \pm 1,9$, 86,1% praticavam exercício aeróbico e 43,2% realizavam treinos com duração inferior a 30 minutos. A maior barreira à prática do exercício foi o risco de hipoglicemia. A maioria consome hidratos de carbono antes do exercício (59,5%), não realiza alterações na insulina basal (69,4%) e diminui a insulina de ação rápida administrada (54,5%). Aqueles que alteram a insulina basal fazem-no geralmente no dia do exercício (62,5%).

Conclusão: Este estudo para além de ter avaliado as estratégias usadas na prática do exercício físico, identificou o risco de hipoglicemia como a principal barreira ao exercício físico. Urge desenvolver estratégias que permitam aos doentes com diabetes beneficiar de uma vida mais ativa e saudável.

P 05

PANCREATITE AGUDA RECORRENTE INDUZIDA POR HIPERTRIGLICERIDEMIA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sara Correia¹, Marta Perro Neves², Sofia Pereira³
^{1,3}Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho - Serviço de Medicina 1, ²Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução: A hipertrigliceridemia (HTG) embora menos frequente é uma das causas subjacentes de pancreatite aguda (PA) – a mais comum após a litíase vesicular e o alcoolismo. Níveis de TG > 1000 mg/dL (HTG grave), associam-se a um risco elevado de desenvolver PA.

Normalmente, o individuo tem uma alteração do metabolismo lipídico (causa primária) juntamente com um factor secundário (obesidade, hipotireoidismo, diabetes mellitus com mau controlo glicémico, alcoolismo,...).

Caso clínico: Doente do sexo feminino de 50 anos, autónoma com antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 2 com mau controlo glicémico, hipertensão arterial, dislipidemia mista, obesidade grau I e três episódios prévios de PA induzida por HTG. Sem hábitos alcoólicos actuais ou piores-

sos. Apresenta incumprimento terapêutico. Recorre ao Serviço de Urgência por dor abdominal epigástrica intensa de carácter contínuo, com irradiação para o dorso, com náuseas e vômitos associados; sem outras queixas. Apresentava-se apirética, normotensa, taquicárdica, anictérica, com abdómen globoso, pouco depressível e doloroso à palpação dos quadrantes superiores, com defesa, sem sinais de irritação peritoneal e sem sinais de Cullen ou Grey-Turner.

A hemoglobina 16,9 g/dL, hiponatrémia 122 mmol/L, lipase 1650 U/L, amilase 294 U/L, TG indoseáveis >1010 mg/dL, colesterol total 742 mg/dL, PCR 2,18 mg/dL e a TAC abdominal com hepatomegalia esteatósica, edema e líquido a envolver o corpo e a cauda do pâncreas, sem litíase vesicular ou dilatação das vias biliares, confirmaram o diagnóstico de pancreatite aguda alitiásica. Foi transferida para a unidade de cuidados intermédios, para maior vigilância e continuação de cuidados. Realizou 6 sessões de plasmaferese cuja eficácia foi documentada pela redução de TG séricos de 805 mg/dL para 98 mg/dL e iniciou gemfibrozil.

Teve alta ao 11º de internamento, assintomática, com valores de amilase e lipase normais.

Conclusão: A pancreatite aguda está associada a uma morbidade e mortalidade significativas, o diagnóstico precoce de causas menos comuns como a hipertrigliceridemia é algo fundamental na sua evolução, para optimização das opções terapêuticas. A prevenção de episódios recorrentes compreende o controlo dos factores de risco, incluindo também uma dieta hipolípídica e mudanças de estilo de vida.

P 06

TIROIDITE PÓS PARTO: A PONTA DO ICEBERG

Sara Roca, Rafaela de Passos, Ana Maia
ULSAM

Introdução: Ao contrário da elevada prevalência dos nódulos tiroideus, os carcinomas da tiróide são neoplasias incomuns, representando o car-

cinoma papilar cerca de 80% dos casos. Pode surgir em qualquer idade, geralmente como uma massa ou nódulo sólido quístico irregular num parênquima tiroideu normal. Tem sido demonstrada uma associação positiva entre a tiroidite autoimune e o carcinoma papilar da tiróide.

Objetivo: Alertar para situações de carcinomas da tiróide obscurecidos por outras patologias tiroideias e importância do seu diagnóstico e tratamento atempados.

Material e métodos: Recolha de informação clínica, com recurso ao programa informático SClínico.

Resultados: Mulher de 32 anos, com parto sem intercorrências em agosto de 2017 e sem história pessoal ou familiar de patologia tiroideia. Recorreu à consulta com a sua Médica de Família em novembro de 2017, por queixas álgicas na região cervical superior esquerda e astenia com uma semana de evolução. A investigação inicial revelou alterações sugestivas de processo inflamatório tiroideu de etiologia autoimune com tireotoxicose associada, assim como um nódulo tiroideu do lobo esquerdo e adenopatia cervical ipsilateral suspeitos, pelo que foi encaminhada para consulta hospitalar de Endocrinologia. Iniciou tratamento com ibuprofeno e metibazol®, o qual desencadeou um quadro de provável citocolestase, pelo que a medicação foi alterada para prednisolona e interrompeu a amamentação. A cintigrafia da tiróide revelou alterações sugestivas de tiroidite e uma área de fotopenia no lobo esquerdo. Após resolução da tireotoxicose e normalização da função hepática, realizou em janeiro de 2018 uma citologia por biópsia aspirativa do nódulo e adenopatia cervical suspeitos cujo resultado anatomopatológico evidenciou aspetos sugestivos de carcinoma papilar. Foi encaminhada para Consulta de Cirurgia Geral e em março de 2018 foi submetida a tireoidectomia total com esvaziamento ganglionar profilático do compartimento central esquerdo. A peça histológica confirmou a suspeita de carcinoma papilar

metastizado (pT2N1). Em maio de 2018, foi submetida a esvaziamento do compartimento lateral esquerdo, com identificação de metástases do carcinoma papilar em 3 de 12 gânglios excisados e a tratamento subsequente com Iodo131.

Conclusões: A gravidez e o período pós-parto exercem um papel importante nas doenças autoimunes da tireóide. A tiroidite pós-parto é uma condição autoimune que ocorre no primeiro ano pós-parto, manifestando-se por tireotoxicose e/ou hipotiroidismo. Neste caso clínico a investigação de uma dor cervical unilateral sentinela, mostrou-se como a ponta do *iceberg* para a descoberta do carcinoma. Torna-se assim fundamental a valorização e investigação de todos os sinais e sintomas suspeitos, mesmo que a primeira impressão diagnóstica aponte para uma situação clínica benigna, como a tiroidite pós-parto.

P 07

HIPERALDOSTERONISMO PRIMÁRIO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Catarina de Matos Morais¹, Susana Garrido²

¹Interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar, USF Marco, ²Assistente Hospitalar de Endocrinologia, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Enquadramento: Estima-se que entre 5-10% dos casos de HTA exista uma etiologia secundária. A incidência de hiperaldosteronismo 1º nos doentes com HTA é cerca de 6%, afectando 10-20% dos doentes com HTA resistente. Nesta patologia há produção excessiva de aldosterona, aumentando a reabsorção de sódio e a perda de potássio. A hipocaliémia não induzida por fármacos deve fazer suspeitar de hiperaldosteronismo 1º, embora só esteja presente em 30% dos doentes. **Descrição do caso:** Mulher, 49 anos. Antecedentes: HTA, síndrome depressivo, hipotiroidismo. **Medicação:** levotiroxina 50 µg, indapamida 1,5 mg, sertralina 100 mg, quetiapina 50 mg, topiramato 25 mg, lorazepam 2,5 mg e diazepam 5 mg. Sem hábitos tabágicos, etílicos ou outros. Iniciou terapêutica com indapamida 1,5 mg

id após diagnóstico de HTA pela sua MF. Uma semana depois, recorreu ao SU por quadro de náuseas, anorexia, perda ponderal, astenia marcada e fraqueza muscular. Sem outros sintomas associados. Sem história prévia de hipocaliémia. O EF não mostrou hirsutismo, sinais de virilização ou fácies característico. TA 109/58 mmHg. Restante EF sem alterações. ECG com infra-ST de V3-V6 e ondas T planas e alargadas em todas as derivações precordiais. Analiticamente apresentava ligeira anemia, função renal normal, hipocaliémia grave (1,8 mmol/L), aumento da CPK e da mioglobina, troponina T negativa. Iniciou suplementação com potássio por via EV e foi internada para estudo. Foi suspensa indapamida, quetiapina e topiramato, com melhoria da sintomatologia e retorno dos níveis de potássio à normalidade. A razão aldosterona/renina encontrava-se aumentada. TC abdominal revelou nódulo na supra-renal direita com 22 mm, sugestivo de adenoma. Teve alta medicada com espironolactona 50 mg. Foi submetida a adrenalectomia direita (exame histológico - adenoma cortical da supra-renal). Posteriormente realizou MAPA que mostrou TAM normal.

Discussão: Mais de 90% dos casos de hiperaldosteronismo 1º são devidos a adenoma produtor de aldosterona ou hiperaldosteronismo idiopático. A doença pode ser assintomática. Os sinais mais frequentes da doença, quando existem, são HTA e/ou hipocaliémia. Esta última pode ser precipitada por dieta rica em sódio ou administração de fármacos (diuréticos espoliadores de potássio). O principal teste de diagnóstico é a razão aldosterona/renina. A TC permite identificar os adenomas de grandes dimensões apenas.

O hiperaldosteronismo 1º pode levar a morbimorbilidade significativa como resultado de complicações vasculares, cardíacas (HVE e IC) e disfunção renal. O tratamento precoce permite evitar estas complicações. Assim, é importante o MF conhecer esta patologia para poder diagnosticar e referenciar atempadamente. O diagnósti-

co deve ser equacionado nos casos de HTA que surge entre 40-64 anos, especialmente se HTA resistente, HTA grave ou HTA maligna/acelerada.

P 08

FALÊNCIA OVÁRICA PREMATURA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sílvia Paredes, Marta Alves

Serviço de Endocrinologia, Hospital de Braga

Introdução: A falência ovárica prematura (FOP) é definida como falência gonadal antes dos 40 anos de idade. Corresponde a um estado de depleção completa dos folículos primordiais, caracterizado por amenorreia e hipogonadismo hipergonadotrópico. Os sinais e sintomas são secundários ao hipoestrogenismo e é uma importante causa de infertilidade. A FOP na adolescência é extremamente rara e pouco reportada na literatura.

Caso clínico: Adolescente de 16 anos, enviada à consulta de Endocrinologia por suspeita de hipotiroidismo subclínico, diagnosticado no contexto de estudo de amenorreia secundária. Do estudo analítico que acompanhava a doente: β -HCG negativa, TSH 5,83 mUI/L (0,35-4,94), T4 – livre normal, anti-corpos anti-tiroideus reactivos, FSH 50 mUI/mL, Estradiol 49,5 pmol/L, prolactina e testosterona total normais. A doente reportava amenorreia com 6 meses de evolução acompanhada de fogachos, episódios de hipersudorese e insónia. Não possuía antecedentes pessoais de relevo. Sem medicação habitual. A puberdade tinha sido normal em termos temporais e de desenvolvimento, com menarca aos 12 anos e ciclos regulares de 30 dias. Apresentava-se normoponderal, tanner V e sem sinais de virilização externa. Tiroide palpável, sem nódulos. Sem galactorreia, hirsutismo ou acne. O exame ginecológico não apresentava alterações. Do estudo analítico completo: cariótipo 46XX, anticorpo anti-suprarrenal e anti-ovário negativos, pesquisa da mutação do X-frágil negativa, hormona anti-mulleriana indoseável. O estudo completo

confirmou o diagnóstico de FOP, de etiologia desconhecida. Foi também confirmado o diagnóstico de hipotiroidismo auto-imune e iniciada terapêutica com levotiroxina. A doente iniciou ainda terapêutica hormonal de substituição e foi enviada à consulta de ginecologia para aconselhamento reprodutivo.

Conclusão: Apesar de rara, a prevalência da FOP tem vindo a aumentar, sobretudo à custa da iatrogenia, induzida por radioterapia e quimioterapia. Na maioria dos casos, a etiologia permanece por esclarecer. Este caso clínico pretende chamar a atenção para este diagnóstico raro, mas que teve ser tido em conta no estudo de amenorreia. Um maior conhecimento sobre FOP pode aumentar a capacidade de diagnóstico da doença, reduzindo assim a sua morbidade e permitindo o planeamento atempado da vida familiar destas mulheres.

P 09

SÍNDROME DE KLINEFELTER: ENTIDADE SUBDIAGNOSTICADA? – A PROPÓSITO DE TRÊS CASOS CLÍNICOS

Mariana Barbosa, Claudia Matta-Coelho,

Selma B. Souto

Serviço de Endocrinologia, Hospital de Braga

Introdução: O Síndrome de Klinefelter (SK) é a causa genética mais comum de hipogonadismo primário (~1:1000 recém-nascidos do sexo masculino). Apesar de ser uma entidade pouco frequente, é importante a sensibilização dos profissionais de saúde para as suas formas de apresentação e manifestações clínicas. Apresentamos três casos de SK diagnosticados em contextos clínicos distintos.

Caso 1: 40 anos, enviado à consulta de Endocrinologia após diagnóstico de SK no contexto de estudo de infertilidade primária do casal. Apresentava ginecomastia à esquerda desde os 20 anos, testículos atroficos e ausência de pilosidade facial e púbica. Parâmetros antropométricos: peso 88kg, estatura 176cm, segmento inferior

P 10

CONTROLO INTENSIVO DA PRESSÃO ARTERIAL NA DIABETES MELLITUS TIPO 2: QUAL A EVIDÊNCIA?

Vânia Raquel Paula Gomes, Sara Gonçalo Domingues
*USF Santo António – ACeS Cávado III Barcelos/
 Esposende, USF Pró-Saúde – ACeS Cávado II Gerês/
 Cabreira*

Introdução: A diabetes mellitus (DM) tipo 2 e a hipertensão arterial (HTA) são fatores de risco cardiovascular *major* frequentemente associados. A combinação destas patologias aumenta em 57% o risco de eventos cardiovasculares. Neste contexto, sabe-se que a diminuição da pressão arterial sistólica reduz a morbimortalidade cardiovascular nestes doentes. Contudo, o alvo terapêutico é ainda incerto e objeto de grande debate.

Objetivo: Verificar se o efeito do tratamento anti-hipertensor intensivo (pressão arterial sistólica < 130 mmHg) apresenta benefícios na morbimortalidade cardiovascular, em doentes com DM tipo 2 e com HTA, em comparação com o tratamento anti-hipertensor standard (pressão arterial sistólica < 140 mmHg).

Material e métodos: Pesquisa de meta-análises (MA), revisões sistemáticas, ensaios clínicos controlados randomizados (ECR) e *guidelines* em sites de medicina baseada na evidência, nas línguas inglesa e portuguesa, publicados entre 2006 e 2016, com os termos *MeSH antihypertensive agents, diabetes mellitus e blood pressure*. Foi aplicada a escala *Strength of Recommendation Taxonomy (SORT) da American Family Physician* para avaliação dos níveis de evidência (NE) e da força de recomendação (FR).

Resultados e conclusões: Obtiveram-se 662 artigos e, destes, 12 cumpriram os critérios de inclusão: três MA, um ECR e oito *guidelines*. As MA revelaram que o controlo intensivo da pressão arterial (PA) em doentes diabéticos diminui o risco de acidente vascular cerebral, de microalbuminúria e de nefropatia (NE 2). Contudo,

(SI) 104cm e envergadura 184cm. Analiticamente com hipogonadismo hipergonadotrófico e cariótipo não clássico 47,XXY/48,XXXY. Efectuou espermiograma que revelou azoospermia. De momento, encontra-se sob terapêutica de substituição com 250mg de enantato de testosterona de 4 em 4 semanas.

Caso 2: 18 anos, enviado à consulta de Endocrinologia por atraso pubertário. Ao exame objectivo apresentava pilosidade facial escassa, ginecomastia bilateral e atrofia testicular. Parâmetros antropométricos: peso 84kg, estatura 193cm, SI 111cm e envergadura 192cm. Analiticamente apresentava hipogonadismo hipergonadotrófico, tendo sido solicitado cariótipo que revelou um cariótipo clássico de SK (47,XXY). Foi pedido espermiograma que revelou azoospermia e espermátocitos II com maturação assimétrica, tendo sido posteriormente referenciado para medicina da reprodução para eventual criopreservação de gâmetas.

Caso 3: 62 anos, referenciado à consulta de Endocrinologia por obesidade. Apresentava múltiplas comorbilidades cardiovasculares (diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, síndrome de apneia obstrutiva do sono) e infertilidade primária. Ao exame objectivo destacava-se obesidade ginóide, pilosidade facial escassa, atrofia testicular e ginecomastia bilateral. Parâmetros antropométricos: peso 119kg, estatura 170cm, SI 95cm e envergadura 181cm. Perante a suspeita clínica, foi solicitado estudo analítico que confirmou hipogonadismo hipergonadotrófico, tendo sido realizado cariótipo (clássico 47,XXY).

Conclusões: O SK apresenta manifestações clínicas típicas mas que podem passar despercebidas, o que reforça a importância da história clínica e da identificação de sinais/sintomas de suspeição ao exame físico, de forma a poder ser realizado um diagnóstico atempado e tratamento adequado.

o controlo intensivo da PA nestes doentes associa-se a maior risco de efeitos adversos e parece aumentar a mortalidade cardiovascular (NE 2). O ECR demonstrou apenas redução do risco de microalbuminúria (NE 2). Por fim, a maioria das *guidelines* não recomenda um controlo intensivo da PA em doentes diabéticos e considera que o controlo da PA deve ser mais exigente apenas em diabéticos jovens, com lesão de órgão-alvo ou com mais do que um fator de risco para doença cardiovascular aterosclerótica. Concluindo, perante a evidência disponível, o controlo intensivo da PA em doentes com DM tipo 2 não deve ser recomendado, exceto em diabéticos jovens e em determinados grupos de risco (FR B). Porém, este estudo reforça a importância do controlo da PA nestes doentes, alertando para o papel fundamental do médico assistente na avaliação individualizada dos riscos e benefícios do tratamento intensivo da PA.

P 11

OS INIBIDORES DA DIPEPTIDIL PEPTIDASE-4 E A FUNÇÃO RENAL

Maria Bernardete Machado, Marília Lima,
Sofia Rosas de Araújo, Carlos Albuquerque,
Maria João Sousa
USF Infante D. Henrique

Introdução: O cálculo da taxa de filtração glomerular (TFG) e o ajuste das doses farmacológicas à função renal é fundamental no seguimento da diabetes. A classe dos inibidores da dipeptidil peptidase-4 (iDPP4) é uma das mais utilizadas no seu tratamento, estando disponíveis os seguintes: Alogliptina 25 mg/dia, 12,5 mg/dia se TFG 30-60 mL/min/1,73 m² e 6,25 mg/dia se TFG <30 mL/min/ 1,73 m²; Linagliptina 5 mg/dia, sem necessidade de ajuste posológico à função renal; Saxagliptina 5 mg/dia, 2,5 mg/dia se TFG <45 mL/min/1,73 m² e suspensão se TFG <15 mL/min/1,73 m²; Sitagliptina 100 mg/dia, 50 mg/dia se TFG entre 30-50 mL/min/1,73 m² e 25 mg/dia se TFG <30 mL/min/ 1,73

m²; Vildagliptina 50 a 100 mg/dia, 50 mg/dia se TFG <50 mL/min/ 1,73m². Relativamente à Metformina não é necessário ajustar a dose para TFG >45 mL/min/ 1,73m², devendo ser suspensa quando TFG <30 mL/min/ 1,73m².

Objetivos: Pretende-se avaliar o ajuste da prescrição de iDPP4 à TFG. Secundariamente, avaliar a adequação da metformina à TFG nas associações metformina e iDPP.

Métodos: Estudo observacional, descritivo e transversal. População: utentes inscritos na USF. Critérios de inclusão: utentes codificados com T90 (diabetes tipo 2) sob iDPP4. Critérios de exclusão: doentes sem consultas de seguimento na USF em 2018. Dados colhidos: sexo, raça, idade, último valor de creatinina, iDPP4 e metformina (se instituída), com respetivas doses. Para calcular a TFG utilizou-se a equação *Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration* (CKP-EPI). Dados recolhidos através do *MedicineOne*[®] e tratados em *Excel*[®].

Resultados: Os iDPP4 estão prescritos a 261 diabéticos (33,6%). A vildagliptina é o mais prescrito, 41,4% (n = 108), associando-se à metformina em 82,4% (n = 89). A sua dose não está ajustada à TFG em 11,1% (n = 12). A sitagliptina é o segundo mais utilizado, 37,2% (n = 97), e a associação à metformina faz-se em 83,5% (n = 81). Não se encontra ajustado à TFG em 11,3% (n = 11). A linagliptina faz parte da tabela terapêutica de 20,3% (n = 53) destes utentes, combinando-se com metformina em 11,3% (n = 6). A saxagliptina encontra-se em 1,1% (n = 3), não se verificando ajuste na sua dose à TGF em 33,3% (n = 1). A metformina não se adequa à TFG em 2,8% (n = 5) dos utentes.

Conclusão: Verifica-se que os iDPP4 são uma classe bastante utilizada e que globalmente se encontram ajustados à TFG. Reforça-se a necessidade de reavaliar os utentes que não têm as doses destes fármacos ajustadas, e a importância da vigilância periódica da função renal na gestão das patologias crónicas.

P 12

DIABETES MELLITUS INAUGURAL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Marta Neves, Teresa Tomaz, José Rui Caetano,
Francisco Fachado
USF do Minho, ACES Cávado I, Braga

Introdução: A diabetes mellitus é uma doença crónica, de prevalência crescente, com importante morbimortalidade associada. Após o diagnóstico, é importante o acompanhamento regular nas consultas de Medicina Geral e Familiar, envolvendo o doente e a família no processo de tomada de decisão, e na adesão ao tratamento e recomendações clínicas que possam implicar mudanças nos comportamentos. Cabe também ao médico de família o reconhecimento adequado das situações que exijam referência a consulta de Endocrinologia.

Objetivos: Relata-se um caso clínico de diabetes mellitus inaugural com valor de hemoglobina glicada A1c de 18,3%, que se veio a revelar de difícil controlo metabólico.

Material e métodos: Homem, 54 anos, com antecedentes pessoais de hiperglicemia intermédia, excesso de peso e alcoolismo crónico e antecedentes familiares de diabetes mellitus tipo 2. Em análises realizadas em janeiro de 2018 constatou-se glicemia em jejum de 209 mg/dL. O doente negava quaisquer sintomas. Após repetição analítica, verificou-se o valor de 309 mg/dL. Foi comunicado o diagnóstico de diabetes mellitus, ao qual o doente reagiu com indiferença. Optou-se por requerer hemoglobina glicada A1c e agendar consulta em equipa com brevidade, à qual o doente faltou. Um mês depois, o doente recorre a consulta com queixas de polifagia, polidipsia, perda de peso, sonolência e cansaço, mostrando a análise solicitada, cujo valor era de 18,3%. Utilizando ferramentas comunicacionais baseadas na ausência de juízos de valor e na demonstração de empatia, abordou-se com o doente a necessidade do seguimento adequado da patologia, tendo este aceite.

Foi elaborado um plano de cuidados em conjunto com o doente e a família, assente na vigilância glicémica em ambulatório, alteração de hábitos e tratamento com insulina. Apesar da adesão ao plano terapêutico, constatou-se dificuldade no controlo metabólico, pelo que se procedeu a referência para consulta hospitalar de Endocrinologia. Na última consulta hospitalar, em agosto, o doente revelava mais aceitação quanto ao plano terapêutico, objetivando-se uma redução significativa da hemoglobina glicada A1c.

Resultados e conclusões: Pretende-se ilustrar a abordagem diagnóstica e terapêutica da diabetes mellitus nos cuidados de saúde primários, com enfoque nas vertentes médica, emocional e social/familiar. Torna-se fundamental uma comunicação adequada e adaptada ao doente e uma boa articulação entre os cuidados de saúde primários e secundários.

P 13

VITAMINA B12 NO TRATAMENTO DA NEUROPATIA DIABÉTICA – REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Ana Marta Neves¹, Catarina Guimarães²,
Ana Margarida Monteiro³, Selma Souto³,
José Rui Caetano¹, Tahydi Valle²

¹USF do Minho, ACES Cávado I, Braga, ²USF +Carandá, ACES Cávado I, Braga, ³Serviço de Endocrinologia, Hospital de Braga

Introdução: A neuropatia diabética constitui a complicação crónica mais prevalente da diabetes, sendo responsável por significativa morbimortalidade. Cursa com dor, disestesia, parestesia e perda sensorial, acarretando risco aumentado de ulceração e subsequente amputação. Atualmente não existe terapêutica modificadora aprovada para esta condição. Não obstante, anticonvulsivantes e antidepressivos são usados como terapêutica de 1.ª linha, em monoterapia ou associação. O défice de vitamina B12 tem sido associado a neuropatia periférica, sendo que nos diabéticos, pode estar relacionado com a metformina. A vitamina B12 apresenta potencial analgésico, promove a regeneração axonal e contribui para a melhoria

da velocidade de condução nervosa. Contudo, a sua administração não se encontra recomendada nas *guidelines* internacionais, por insuficiência de evidência científica.

Objetivos: É objetivo desta revisão estudar a influência da vitamina B12 e seus derivados no tratamento da neuropatia diabética, à luz dos conhecimentos atuais.

Material e métodos: Foi realizada uma pesquisa sistemática da literatura nas bases de dados *Canadian Medical Association Practice Guidelines*, *Cochrane Library*, *PubMed*, *DARE*, *National Guideline Clearing House* e *NICE*, nos últimos 10 anos, em português e inglês, usando-se os termos *MeSH diabetic neuropathy*, *drug therapy* e *vitamin B12*. Foi aplicada a escala SORT (*Strength of Recommendation Taxonomy*), da *American Academy of Family Physicians*, para atribuição dos níveis de evidência e forças de recomendação.

Resultados e conclusões: Foram obtidos 68 artigos, dos quais 10 cumpriram os critérios de inclusão. A maioria concluiu que a vitamina B12 e derivados são efetivos no tratamento da neuropatia diabética, melhorando a sintomatologia e a velocidade de condução nervosa. Um dos estudos revelou que a metilcobalamina é mais eficaz do que a nortriptilina no tratamento sintomático da neuropatia diabética. A sua associação com outras vitaminas parece ser também mais benéfica do que a sua administração isolada. No entanto, por serem ensaios em modelos animais ou não randomizados, foram avaliados com um nível de evidência baixo. Da mesma forma, a única meta-análise incluída não demonstrou evidência conclusiva de que a vitamina B12, em monoterapia ou associação, melhore clínica e/ou eletrofisiologicamente a neuropatia diabética. Assim, o uso da vitamina B12 e seus derivados no tratamento da neuropatia diabética tem uma força de recomendação C.

P 14

UM CASO DIFÍCIL DE ENGOLIR

Leonor Luz Duarte, Carina M. Pereira,
Catarina Calheno Rebelo
USF Oceanos, ULS Matosinhos

Introdução: A tireoidite auto-imune é a causa mais comum de hipotireoidismo adquirido em crianças e adolescentes. Predomina no sexo feminino e raça caucasiana, com uma prevalência de 1 a 2%, atingindo 50% na presença de história familiar. Manifesta-se habitualmente com um aumento da glândula tiroideia, com ou sem sintomas de disfunção hormonal.

Objetivos: Relato de um caso de hipotireoidismo na infância com sintomatologia inicial frustrante e inespecífica.

Métodos: Informações obtidas através de entrevista clínica à doente, consulta dos registos clínicos e revisão da literatura.

Descrição do caso: Criança de 10 anos, caucasiana. Antecedentes pessoais de défice cognitivo, rinite alérgica e défice visual ligeiro. Sem medicação habitual.

Em maio de 2018, em consulta não programada na Unidade de Saúde Familiar, é observada por odinofagia, tosse, rinorreia anterior e dor cervical, com cerca de 24h de evolução.

Ao exame objetivo apresentava orofaringe ruborizada, rinorreia anterior e obstrução nasal. À palpação cervical foi detectado um aumento do volume tiroideu.

Foi encaminhada para o Serviço de Atendimento Permanente de Pediatria do Hospital Pedro Hispano para prosseguir estudo da função tiroideia e ecografia da glândula tiroide. Em consulta posterior de Pediatria verificou-se TSH 12.772 $\mu\text{UI/mL}$, T4 livre de 0.94 ng/dL, anticorpos anti-tiroglobulina e anti-TPO elevados e a ecografia revelou padrão estrutural sugestivo de tireoidite. Foi tomada uma atitude expectante e repetido o estudo analítico, que revelou TSH de 4.573 $\mu\text{UI/mL}$ e T4 livre de 0.94 ng/dL. A função tiroideia será reavaliada 3 meses depois.

Discussão/Conclusão: Na presença de valores elevados de TSH ou de anticorpos tiroideus positivos, a probabilidade de se desenvolver hipotireoidismo é de 2.1 a 2.6%/ano e 4.3% na presença dos dois critérios. Um distúrbio auto-imune está associado a um risco aumentado de outras patologias auto-ímmunes, tais como diabetes, alopecia, vitiligo e doença celíaca. Na população pediátrica, o diagnóstico e tratamento precoces da patologia tiroideia são fundamentais pelo impacto que podem ter no crescimento e desenvolvimento. É essencial o conhecimento dos fatores de risco, sinais e sintomas e a correta interpretação de estudos laboratoriais para o diagnóstico atempado de distúrbios tiroideus.

P 15

UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Benvinda Barbosa, Carina Ferreira, Pedro Fonte
USF do Minho

Introdução: A síndrome de Cushing caracteriza-se por um conjunto de manifestações resultantes da exposição crónica a glucocorticoides. O seu diagnóstico torna-se desafiante para o Médico de Família na medida em que muitos dos seus sinais e sintomas são inespecíficos, não havendo nenhum patognomónico, nomeadamente obesidade, hipertensão arterial, intolerância à glicose e irregularidades menstruais. Assim, o diagnóstico diferencial engloba múltiplas patologias, exigindo ao Médico de Família, enquanto primeira linha da prestação de cuidados de saúde, elevada suspeição clínica e a capacidade de gerir o doente, não só na sua patologia mas também na dorlência.

Descrição do caso: Mulher, 42 anos, seguida no seu atual Médico de Família desde 2014. Nessa altura, apresentava hipertensão arterial, diagnosticada vários anos antes, sem outros antecedentes pessoais de relevo. Os valores tensionais eram persistentemente elevados, apesar de estar medicada com três anti-hipertensores. Referia ainda, ocasionalmente, palpitações e hi-

persudorese. Ao exame físico, apresentava hirsutismo marcado na face e tronco, bem como acne. Sem outros sinais de endocrinopatia. Foram solicitadas análises de sangue e urina que corroboraram a suspeita de síndrome de Cushing, justificando-se assim o encaminhamento para a consulta externa de Endocrinologia. Atualmente, mantém acompanhamento nessa consulta hospitalar, persistindo ainda a incerteza relativamente à etiologia da síndrome. O Médico de Família, através do agendamento de várias consultas, tem adotado sempre uma abordagem centrada no doente, dando espaço à partilha de expectativas, sentimentos e receios. **Discussão:** Descreve-se um caso que representa um desafio diagnóstico por requerer suspeita clínica apurada, conhecimento da regulação hormonal do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, bem como dos meios complementares ao alcance do Médico de Família, quer inicialmente para o esclarecimento diagnóstico quer para a sua investigação etiológica. Esta última é habitualmente esclarecida a nível hospitalar.

P 16

SALIVA – UMA CHAVE PARA O FIM DA PICADA CAPILAR

Joana Afonso, Bruno Melo, Aparício Braga
Unidade de Saúde Familiar Braga Norte

A diabetes mellitus (DM) é uma doença crónica, de etiologia múltipla, que necessita de cuidados médicos contínuos, com repercussões a nível mundial; Estando a glucose salivar relacionada com a glucose no sangue, esta pode ser usada para detetar DM em estadios precoces.

Desta forma, surge a investigação de um método de aplicação simples e confortável, que ultrapasse a ansiedade associada ao momento de picada, reproduzível por qualquer utente com vantagem na medição glicémica. Tal permitirá a auto monitorização dos níveis de açúcar, bem como do grau de controlo da doença, dado que poderá reproduzir o teste com maior frequência no dia-a-dia

tornando-o mais alerta acerca de como a dieta, exercício, *stress* e restantes atividades têm influência nos seus níveis de glicose, capacitando-o a optar por um estilo de vida mais saudável.

O objetivo do estudo passou por estabelecer a correlação entre a glicemia capilar e o teste de glicose salivar em doentes diabéticos não insulino-dependentes, usando um dispositivo de simples manuseamento requerendo apenas uma amostra de saliva. Foi feita a medição da glicemia capilar pelo método tradicional de picada e concomitante aplicação da amostra de saliva no kit de avaliação *Kiss n Tell*® cujo resultado gerou um padrão de cores com correspondência ao valor de glicemia capilar (normoglicémico, hiperglicémico e respetiva gradação), além da aplicação de um questionário anonimizado para avaliação de dados sociodemográficos, do consumo de hidratos de carbono e terapêutica em vigor, passíveis de influenciar os resultados. Todo o estudo foi igualmente reproduzido num grupo controlo, sem registo de diagnóstico de patologias crónicas, num total de 100 participantes, aleatoriamente selecionados numa USF.

Foi possível estabelecer a correlação positiva entre níveis de glicose obtidos pela glicemia capilar, comparados com a medição da glicose salivar, no grupo que contempla pessoas com diabetes e grupo controlo. Não se verificaram diferenças significativas referentes ao género, idade, esquema terapêutico ou consumo de hidratos de carbono na hora prévia à realização dos ensaios.

Estamos perante um método inovador, intuitivo, higiénico e simples de monitorização dos níveis de glicose que permite ao utente, de uma forma rápida e não dolorosa, vigiar os seus níveis de açúcar no organismo. Cabe ao médico o papel mais preponderante no acompanhamento dos seus utentes, procurando inovar na busca da promoção da saúde aliado ao seu maior bem-estar.

P 17

IMPLICAÇÕES DO HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO NA GRAVIDEZ E SUA ABORDAGEM

Sara Daniela Peixoto¹, Carolina dos Reis², Ana Campos de Sousa¹

¹IFE de Medicina Geral e Familiar, UCSP São Neutel Chaves, 1; ²IFE de Medicina Geral e Familiar, UCSP B Chaves 1

Introdução: O hipotiroidismo subclínico corresponde a uma forma ligeira de hipotiroidismo definido por uma concentração de hormona estimulante da tiróide (TSH) elevada com valores de tiroxina livre (LT4) normais. É comum em mulheres em idade fértil (4-8%) e, portanto, afeta mulheres grávidas ou que planeiam engravidar. **Objetivos:** Rever a abordagem e implicações do hipotiroidismo subclínico (HSC) na gravidez.

Material e métodos: Revisão clássica sobre o tema através do levantamento bibliográfico na base de dados *PubMED* de artigos publicados nos últimos 5 anos, utilizando as palavras *MESH subclinical hypothyroidism* e *pregnancy*. Posteriormente foram selecionados os artigos mais relevantes com base na leitura do título/abstract e de seguida na leitura integral dos artigos.

Resultados e conclusões: Com base na literatura, podemos dizer que não é claro o impacto do hipotiroidismo subclínico na conceção e gravidez. Não há evidência suficiente que apoie ou rejeite a avaliação universal da disfunção tiroideia na gravidez precoce ou preconceção, com a exceção na conceção por reprodução assistida ou em antecedentes de anticorpos tireoperoxidase (anti-TPO) positivos. Recomenda-se que toda a mulher que pretenda engravidar ou com gravidez precoce seja avaliada clinicamente e, na presença de fatores de risco, realize avaliação da TSH sérica. Atualmente, o tratamento com levotiroxina está recomendado em grávidas com anti-TPO positivo e TSH >4,0 mU/L, bem como em programas de reprodução assistida. Mulheres sob terapêutica com levotiroxina preconcepcional necessitam frequentemente de uma dose superior durante a gravidez. Quan-

do diagnóstico de HSC é feito durante a gravidez, não há recomendação oficial para a dose inicial de levotiroxina, porém parece razoável iniciar com 50 ug e titular segundo necessário. Segundo as *guidelines* o tratamento do hipotireoidismo materno tem como objetivo concentrações de TSH <2,5 mU/L e deve haver uma avaliação da função tiroideia a cada 4 semanas durante a primeira metade da gravidez e depois uma avaliação próxima das 30 semanas. O tratamento com levotiroxina para redução do risco de aborto e parto prematuro deve ser aplicado em grávidas com concentrações de TSH >4,0 mU/L. A estabilidade da função tiroideia é fundamental pelas implicações possíveis no desenvolvimento fetal. O médico de família tem um papel fundamental no seguimento e orientação destas doentes. Ainda assim, serão necessários mais estudos para fortalecer os conhecimentos atuais.

P 18

AFINAL HAVIA OUTRA! RELATO DE UM CASO DE SÍNDROME POLIGRANDULAR AUTO-IMUNE TIPO 2

Ângela Mendes, Rosa Maria Araújo
Unidade de Saúde Familiar São Lourenço

Introdução: O síndrome poliglandular auto-imune (SPGA) tipo 2, também designado como síndrome de Schmidt, define-se pela coexistência de insuficiência primária da glândula supra-renal (doença de Addison) com disfunção tiroideia auto-imune e/ou diabetes mellitus tipo 1. A SPGA tipo 2 é uma doença rara, cuja manifestação clínica é inespecífica e de aparecimento insidioso. Sendo a doença de Addison o componente obrigatório, a possibilidade de ocorrência de crises supra-renais torna o SGPA tipo 2 potencialmente fatal.

Resultados: Apresentamos um caso de uma jovem de 28 anos, sexo feminino, caucasiana, com história de hipertireoidismo aos 16 anos, sem outros antecedentes de relevo. Em junho de 2014, em análises de rotina detecta-se hipotireoidismo, e por suspeita de causa auto-imune é referenciada a consulta de endocrinologia. Do estudo comple-

mentar, confirmou-se o diagnóstico de hipotireoidismo auto-imune, mantendo seguimento hospitalar pelo difícil controlo. Em setembro de 2016, a doente refere início súbito de fadiga intensa, tonturas, palpitações, hipersudorese, anorexia, náuseas e aumento do trânsito gastrointestinal, sem dor abdominal associada. Descrevia ainda emagrecimento e hiperpigmentação gengival com cerca de 3 meses de evolução, com recurso a vários médicos dentistas, mantendo-se sem diagnóstico. Ao exame físico, salientava-se uma tonalidade de pele morena, com hiperpigmentação gengival e na região das pregas. Os sinais e sintomas de novo levantaram a hipótese de envolvimento concomitante da glândula supra-renal, posteriormente confirmada em estudo laboratorial, culminando no diagnóstico de SPGA tipo 2. A instituição de terapêutica de substituição hormonal adequada levou ao controlo de ambas as patologias.

Conclusões: A insuficiência supra-renal primária apenas se evidencia clinicamente após meses a anos de evolução da doença, quando cerca de 90% do tecido glandular se encontra destruído. Neste caso, a terapêutica com levotiroxina, pode ter contribuído para o atraso diagnóstico e até ter despoletado o aparecimento de sintomas associados à doença de Addison. Com este caso clínico, pretendemos elevar a suspeição clínica para a presença de doenças auto-ímmunes concomitantes. O médico de família ocupa uma posição privilegiada pelo seu contacto próximo, frequente e longitudinal. Reconhecer manifestações de auto-imunidade é essencial para um diagnóstico atempado, influenciando desta forma o prognóstico.

P 19

HIPOTIREOIDISMO SUBCLÍNICO NA GRÁVIDA – O QUE NOS DIZ A EVIDÊNCIA?

Ana Raquel Machado, Nelson Machado, Filipa Abreu, Paulo Azevedo, Cláudia Teixeira, Maria Inês Antunes
USF Physis, USF S. Nicolau, USF Ponte

Introdução: O hipotireoidismo é a disfunção tiroideia mais comum durante a gravidez, tendo a

forma subclínica uma prevalência estimada de 2-2,5%. O hipotireoidismo subclínico (HSC) caracteriza-se por uma elevação da TSH e com valores dentro dos parâmetros de normalidade para a L4. Enquanto no hipotireoidismo clínico (HC), a evidência de complicações obstétricas e pediátricas se encontra bem estabelecida, no HSC essa evidência e a necessidade de tratamento com levotiroxina não é tão evidente.

Objetivo: Analisar a evidência disponível sobre os outcomes obstétricos e pediátricos nas grávidas com HSC e a necessidade de tratamento com levotiroxina.

Métodos: Foram pesquisadas meta-análises, revisões sistemáticas, revisão clássica, estudos observacionais e *guidelines* na base de dados da *Medline* e em sítios de *guideline*, publicados nos últimos 5 anos (inglês e português), com os termos *MeSH Pregnancy* e *Subclinical Hypothyroidism*.

Resultados: Foram encontrados 59 artigos e selecionados para leitura integral e respetiva análise: 3 *guidelines*, 6 revisões sistemáticas/ meta-análises, 1 revisão clássica, 6 estudos observacionais. Os estudos demonstram a importância de estudos na população “alvo” de forma a adotar valores de *cut off* obtidos nesses estudos, caso contrário, o valor de *cut off* deverá ser de ~4.0 mU/L, independentemente do trimestre. Os artigos mostram maiores implicações do HSC nos outcomes obstétricos que pediátricos. A positividade dos anticorpos anti-TPO tem implicações nas complicações e na recomendação do tratamento. De uma forma geral, os resultados obtidos nos diversos estudos são contraditórios em relação às indicações para tratamento.

Conclusões: Existe evidência que suporta a associação do HSC durante a gravidez e os múltiplos efeitos adversos maternos e neonatais (menos evidência no desenvolvimento cognitivo deficiente das crianças). Contudo, a evidência sobre o benefício do tratamento com levotiroxina é fraca e contraditória. Por isso, são necessários mais estudos para que a abordagem desta situação clínica se torne mais clara.

P 20

HIPERPROLACTINÉMIA – UMA ALTERAÇÃO, MÚLTIPLAS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Ana Paula Oliveira, Ana Catarina Nogueira, Telma Nunes
USF Serzedelo - ACeS Alto Ave

Introdução: A hiperprolactinémia é a alteração endócrina mais comum do eixo hipotálamo-hipofisário. A galactorreia é um sinal clínico característico. Pode estar igualmente associada a oligo/amenorreia na mulher e impotência, disfunção erétil, diminuição da libido e infertilidade no homem. Manifestações neuro-oftalmológicas são também comuns, nomeadamente cefaleias e alterações nos campos visuais.

Objetivo: Revisão das diferentes manifestações clínicas associadas a hiperprolactinémia através da apresentação de 4 casos clínicos.

Material e métodos: Pesquisa em sítios de Medicina Baseada na Evidência e *Pubmed* de artigos publicados entre 2013 e 2018, nas línguas português, inglês e espanhol, utilizando o termo *MESH* Hyperprolactinemia.

Resultados: Caso 1: Mulher 24 anos, menarca aos 13 anos. Antecedentes pessoais irrelevantes, sem medicação habitual. Aos 16 anos por interlúneos irregulares, solicitado estudo hormonal que revelou hiperprolactinémia 154 ng/mL. TAC CE sem alterações. Fez bromocriptina com normalização de prolactina (PRL) e assintomática. Em 2018 por dismenorreia, pedida ecografia ginecológica (Síndrome de ovários poliquísticos) e novo aumento de PRL.

Caso 2: Mulher 29 anos com escorrência mamilar bilateral compatível com galactorreia. Medicada com fluoxetina 20 mg/dia por Síndrome Depressiva. Estudo hormonal evidenciou hiperprolactinémia 70 ng/mL. Suspendeu fluoxetina com resolução do quadro.

Caso 3: Mulher 31 anos, por pretender engravidar suspendeu ACO. Por apresentar amenorreia há 7M sem anticoncepcionais orais (ACO) e após descartada gravidez é referenciada a consulta de Ginecologia. Estudo hormonal revelou PRL >200 ng/mL.

Fez RM CE (microadenoma hipofisário) iniciando bromocriptina, com posterior normalização de PRL. Caso 4: Homem 35 anos. Toxicodependente (heroína). Por tumefação mamária dolorosa solicitada ecografia mamária (nódulo mamário direito e sinais de ginecomastia bilateral). Analiticamente com PRL aumentada, 33 ng/mL. Orientado para consulta de Cirurgia Geral, onde foi submetido a biópsia excisional de nódulo, que revelou ginecomastia de tipo fibroso.

Conclusão: A hiperprolactinémia pode ter múltiplas manifestações clínicas sendo importante conhecer o seu espectro de apresentação para prosseguir na investigação. Uma história clínica detalhada associada a exame físico completo e ao auxílio de MCDTs permite realizar o diagnóstico diferencial da maioria das etiologias de hiperprolactinémia.

P 21

O LADRÃO DE GLICOSE

Telma Nunes, Ana Nogueira, Ana Paula Oliveira
USF Serzedelo

Enquadramento: As hipoglicemias manifestam-se de diversas formas e podem ser causadas por inúmeras condições. Na maior parte das vezes, os sintomas são gerais e inespecíficos.

O insulinoma, embora raro, é o tumor endócrino pancreático mais frequente, e deve ser considerado como diagnóstico diferencial perante hipoglicemias inexplicadas.

Descrição do caso: Doente do sexo feminino, 50 anos, caucasiana, natural de Guimarães, casada, operária têxtil. Pertence a uma família nuclear, na fase VI do Ciclo de Duvall, classe II de Graffar, com Apgar familiar de 9.

Recorre ao médico de família (MF) em abril de 2017 por intolerância ao frio, astenia, cefaleias e palpitações ocasionais, com cerca de 2 meses de evolução. Nega outra sintomatologia associada. Sem alterações ao exame físico, sendo o exame neurológico normal.

Solicitado estudo analítico, do qual se destacava

apenas glicemia em jejum de 39 mg/dL. Pedido novo estudo e confirmada hipoglicemia de 41mg/dL. Foram excluídas causas de hipoglicemias, como administração de fármacos com caráter hipoglicemiante ou jejum prolongado.

Por quadro clínico e analítico compatível com hipoglicemia, a doente foi referenciada para a consulta de medicina interna para investigação. Realizou estudo etiológico, sendo de destacar TAC abdomino-pélvico que revelou “a presença de formação nodular com 1,9 cm de diâmetro na cauda do pâncreas” e hiperinsulinemia.

Foi submetida a pancreatectomia distal por tumor neuro-endócrino (TNE) produtor de insulina, complicado de vólvulo com necrose do transverso, com posterior reconstrução intestinal. Esta condição levou à necessidade de reintervenção cirúrgica da doente, resultando num quadro de desnutrição grave e atrofia musculares multifatoriais (sepsis, alectuamento, intolerância alimentar).

Atualmente, a doente refere queixas de obstipação, enfartamento pós-prandial, dificuldade em recuperar peso e cansaço, muitas vezes incapacitantes.

Mantém vigilância em consulta de endocrinologia, cirurgia geral e medicina interna.

Conclusão: Embora se trate de uma condição pouco frequente e orientada em meio hospitalar, é importante que esta seja do conhecimento do MF, para que não seja esquecida na equação dos diagnósticos diferenciais de hipoglicemia. A relação médico-doente privilegiada num contexto de cuidados de saúde primários, pela maior proximidade com o indivíduo e com a sua condição clínica, facilita a valorização de sintomas inespecíficos e o enquadramento dos mesmos.

P 22

A OBESIDADE COMO GERADORA DE DOENÇA – ABORDAGEM FAMILIAR

Raquel Cerqueira Gomes
USF D'as Terras de Lanhoso

Enquadramento: Obesidade é um importante problema de saúde pública e uma doença

crónica, com génese multifactorial, que requer esforços continuados para ser controlada, constituindo uma ameaça para a saúde e um importante fator de risco para o desenvolvimento e agravamento de outras doenças. Os benefícios na saúde das pessoas obesas, conseguidos através da perda intencional de peso, principalmente se mantida a longo prazo, podem manifestar-se na saúde em geral, na melhoria da qualidade de vida, na redução da mortalidade e na melhoria das doenças crónicas associadas, com destaque para a diabetes tipo 2.

Descrição do Caso: R.N, 40 anos, sexo masculino, caucasiano, inserido numa família nuclear, com antecedentes pessoais de diabetes tipo II medicado com metformina 750 mg (1+0+1), obesidade grau I (IMC 32), SAOS moderada sob tratamento CPAP, HTA Grau I medicado com perindopril 5 mg (1+0+0), dislipidemia mista medicado com atorvastatina 20 mg (0+0+1) e risco CV alto. Numa consulta de vigilância da diabetes, após uma entrevista motivacional com a sua médica de família, inicia um programa de perda de peso e redução de sedentarismo. Em 27/04/18 um peso inicial de 89 kg e estudo analítico: CT de 300, LDL 192, HDL 70 e TG 190 e HgA1c de 7,2%, em 15/06/18 um peso de 82 kg, com atividade física aeróbica de 30 minutos diários, em 10/07/18 apresentava 76 kg um CT de 190, HDL 80, TG 140 e LDL 82 , decidiu-se suspender metformina e referenciou-se para a consulta externa de pneumologia. A 8/08/18 apresentava um peso de 72 kg, uma hemoglobina glicada de 5,4%, com polinossografia realizado mas aguardar resultado.

Discussão: A obesidade está ligada a uma grande mortalidade e morbidade, sendo que as complicações associadas podem ser responsáveis por 5 a 10% dos custos de saúde. Entre os principais fatores de risco individuais, a combater, destacam-se, além do sedentarismo, a alimentação inadequada, que obrigam a uma especial atenção à sua efetiva prevenção, deteção e correção,

não apenas no que diz respeito às ações que evitam a perda da saúde mas, também, todos os cuidados que promovem a sua recuperação. O médico de família deve essencialmente atuar na prevenção, contudo também tem um papel de destaca na deteção e correção deste problema de saúde. Através da alteração do peso do utente foi possível atuar nas diferentes comorbilidades associadas, tornando ainda mais evidente a obesidade como geradora de doença.

P 23

PROJETO DE INTERVENÇÃO: CONVERSAS SOBRE A DIABETES

Catarina de Matos Morais¹, Ricardo Barbosa¹, Filipe Cabral¹, Joana Fonseca², Fátima Marinho², Fátima Cruz³

¹Internos de formação específica MGF, USF Marco,

²Enfermeiras de Família, USF Marco, ³Nutricionista, URAP do ACES Tâmega I

Introdução: A diabetes mellitus (DM) é uma doença crónica que afeta um grande número de indivíduos, constituindo um problema não só individual e familiar, mas também de saúde pública. O excesso de morbimortalidade pode ser evitado através da instituição atempada de medidas de alteração dos estilos de vida, terapêutica farmacológica, rastreio e tratamento precoces das complicações que dela resultam.

Objetivos: Melhoria dos conhecimentos sobre a DM; Melhoria controlo metabólico e diminuição dos FRCV associados dos DM incluídos no projeto.

Metodologia: Foram convidados 17 utentes com DM inscritos na USF Marco. Foi entregue um questionário de avaliação inicial para avaliar o nível de conhecimentos sobre a DM (*Diabetes Knowledge Questionnaire* (DKQ-24), validado para a população portuguesa). Foram avaliados parâmetros clínicos previamente ao início do projeto (TA, peso, IMC, HbA1c, perfil lipídico (colesterol total, colesterol LDL, colesterol HDL e triglicéridos)). Os utentes assistiram a 7 sessões de educação para a saúde. Foi instituído a

cada utente um plano de atividade física e foram realizadas caminhadas semanais. No final do projeto (outubro de 2018 – 3 meses) será aplicada novamente o questionário DKQ-24, de forma a verificar se efetivamente houve melhoria dos conhecimentos sobre a DM neste grupo de utentes. No final do projeto serão ainda analisados os parâmetros clínicos supracitados, para verificar se houve melhoria no controlo metabólico da doença e diminuição dos restantes FRCV.

Resultados e conclusões: Dos 17 utentes convidados, apenas 13 continuaram a frequentar as sessões após a primeira sessão. A média de idades foi de 64,1 anos (máximo 80, mínimo 47). 7 dos 13 diabéticos eram do sexo masculino. A maioria dos diabéticos tem o 4º ano de escolaridade (n=8), havendo 3 com menos de 4 anos de escolaridade e 1 com o bacharelato.

Apenas 1 dos 13 diabéticos tem DM1. Em média os utentes têm diabetes há 10,5 anos (máximo 22, mínimo 3). Relativamente à terapêutica, 4 fazem ADO, 2 fazem insulina, 3 fazem ADO + insulina e 3 estão controlados apenas com medidas de estilo de vida.

A aplicação inicial do DKQ-24, constituído por 24 questões, teve uma média de 13,9 respostas certas (máximo 21, mínimo 6).

Relativamente aos parâmetros antropométricos iniciais, constatou-se que 5 utentes tinham excesso de peso, 5 utentes eram obesos, tendo 3 utentes peso normal. 4 dos 13 utentes tinham as TA controladas (<140/90 mmHg). Relativamente ao controlo da DM verificou-se que 7 tinham a HbA1c dentro do valor alvo e que todos os utentes diabéticos tinham RCV muito elevado. Relativamente ao controlo da dislipidemia, apenas 1 diabético tinha LDL dentro do valor alvo tendo em conta o RCV.

Os resultados finais ainda não estão disponíveis à data da elaboração deste reusmo (mas estarão disponíveis na data das Jornadas). Dada a elevada adesão dos utentes às sessões e às caminhadas semanais, é expectável que haja alguma

melhoria após 3 meses. No entanto este período de tempo pode ser demasiado curto para se observar alterações significativas dos parâmetros antropométricos, TA e parâmetros analíticos.

P 24

QUANDO MENOS MEDICAMENTOS REPRESENTAM MAIS SAÚDE: UM, CASO DE SUCESSO NO TRATAMENTO DA DIABETES

Bernardo Pereira, Marina Gonçalves, Isabel Peixoto, Sara Laureano Alves
USF Ruães

Introdução: A diabetes é uma doença crónica com uma elevada carga de doença associada. Para além das medidas higiene-dietéticas, a terapêutica farmacológica é, na maioria dos casos, indispensável ao seu adequado controlo. A insulina e os análogos do GLP1 são as terapêuticas injetáveis atualmente disponíveis para o seu tratamento. Os análogos do GLP1 são uma classe farmacológica cada vez mais utilizada por demonstrar eficácia no controlo metabólico, perda de peso e proteção cardiovascular. No entanto, sendo fármacos injetáveis, a sua aceitação por parte dos doentes diabéticos nem sempre é fácil, tornando-se a sua introdução desafiadora para o MF.

Descrição: Homem, 61 anos, comerciante, antecedentes de DM2, HTA, obesidade e dislipidemia. Acompanhado em consultas de MGF (desde 2014) e de Endocrinologia. Referenciado posteriormente para consulta de obesidade por obesidade mórbida (IMC42) e incumprimento das recomendações dietéticas. Apresentava mau controlo metabólico com necessidade de escalada terapêutica, recusando a introdução de Insulina proposta há mais de 2 anos. Em agosto de 2017 encontrava-se polimedicação para a DM com metformina/sitagliptina 1000/50 mg (1+0+1); Metformina 1 g (0+1+0); Nateglinida 120 mg (1+1+1); Dapaglifozina 10 mg (0+1+0) e Gliclazida 60mg (1+meio). Após manifestar interesse em diminuir a quantidade de comprimidos aceitou a introdução de exenatide - semanal.

Assim, foi possível reduzir a toma diária de 6,5 comprimidos, mantendo-se apenas a metformina/dapglifozina 1000/5mg (1+0+1). Após 12 meses da alteração terapêutica, salienta-se perda ponderal de 9,5kg (correspondente à redução do IMC de 3 kg/m²), melhor controlo metabólico (HbA1c 6,2%), isto conseguido com praticamente os mesmos gastos mensais com a medicação (apenas mais 1,88€/mês) e com um doente mais motivado para as mudanças de hábitos e estilo de vida.

Conclusão: Com este caso pretende-se reforçar o papel do MF na desmitificação dos eventuais receios do doente quanto às terapêuticas injetáveis, bem como salientar a eficácia dos agonistas do GLP1, fármacos com agradável esquema posológico e que demonstram ser benéficos no controlo dos doentes diabéticos, permitindo redução da carga da doença e dos antidiabéticos orais.

P 25

CICLO DE MELHORIA DA QUALIDADE DA VACINAÇÃO ANTIPNEUMOCÓCICA EM DIABÉTICOS TRATADOS FARMACOLOGICAMENTE

Bernardo Pereira, Sara Laureano Alves
USF Ruães - ACeS Cávado I - Braga

Introdução: A doença pneumocócica, causada pela bactéria *S. Pneumoniae*, constitui uma importante causa de morbi-mortalidade. Esta infeção pode provocar um largo espectro de patologias invasivas ou não invasivas, constituindo globalmente a principal causa de morte prevenível através da vacinação. O papel primordial da vacinação como medida preventiva é consensualmente reconhecido especialmente nos grupos de risco, sendo que a DM aumenta o risco de desenvolvimento desta doença. As vacinas recomendadas são a Pneumo23 (VPP23) e a Prevenar13 (VPC13). Apesar do comprovado benefício na redução do risco de hospitalizações e mortalidade, a vacinação nos diabéticos continua a ser reduzida.

Objetivo: Avaliar e aumentar a taxa de vacinação antipneumocócica nos utentes com DM, sob tratamento farmacológico, vigiados na USF Ruães.

Metodologia: A recolha das variáveis em estudo realizou-se através do SClinico e PEM, sendo posteriormente os dados analisados no SPSS. A população incluída no estudo foram todos os diabéticos com >18 anos seguidos na USF Ruães que tenham medicação prescrita no último ano. Inicialmente a intervenção centrou-se nos profissionais de saúde da USF, com sessões de sensibilização para a temática. Após esta fase, coube aos médicos propor a todos os Diabéticos o esquema de vacinação recomendado, com registo deste aconselhamento no Plano (SOAP).

Resultados: A amostra incluída na intervenção foi de 575 diabéticos. Inicialmente na primeira avaliação, os dados de vacinação nos diabéticos na USF Ruães eram: 4,2% com VPC13; 7,8% com VPP23, sendo que apenas 7 utentes (1,2%) tinham as 2 vacinas. Após a intervenção, os investigadores encontraram registo do aconselhamento para a vacinação antipneumocócica em 57,4% dos DM, e os resultados da vacinação foram significativamente melhorados para 36% na VPC13; 14,4% na VPP23 e 8,9% com o esquema completo.

Conclusão: Com a realização deste trabalho de melhoria da qualidade os investigadores pretenderam alertar toda a equipa que os diabéticos representam um grupo de risco para doença pneumocócica, sendo por isso essencial o aconselhamento da vacinação antipneumocócica. No final da intervenção foi conseguida melhoria significativa da taxa de vacinação antipneumocócica, com aumentos de 863% na vacinação com VPC13, de 185% na VPP23 e de 741% da taxa de vacinação completa. Os resultados poderiam ter sido ainda melhores se a VPP23 não tivesse sido retirada do mercado nos últimos meses do projeto e se a VPC 13 tivesse menor custo.

Intervenientes no programa

Alice Braga (*Serviço de Endocrinologia, Hospital de Braga*)
Ana Maia (*Serviço de Endocrinologia, Viana do Castelo*)
Ana Margarida Monteiro (*Serviço de Endocrinologia, Hospital de Braga*)
Anabela Giestas (*Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga*)
André Carvalho (*Serviço de Endocrinologia, Centro Hospitalar do Porto*)
André Marques (*Serviço de Endocrinologia, Hospital de Braga*)
Catarina Matos (*Serviço de Endocrinologia, Hospital Garcia de Orta*)
Cláudia Amaral (*Serviço de Endocrinologia, Centro Hospitalar do Porto*)
Cláudia Bulhões (*Medicina Geral e Familiar, USF Vida+*)
Cláudia Matta-Coelho (*Serviço de Endocrinologia, Hospital de Braga*)
Conceição Mateus (*Serviço de Endocrinologia, Hospital de Braga*)
Cristiana Sousa (*USF Gualtar*)
Daniel Carvalho Braga (*Braga*)
Dinis Brito (*USF Sete Fontes*)
Elisabete Rodrigues (*Serviço de Endocrinologia, Centro Hospitalar São João*)
Eva Lau (*Serviço de Endocrinologia, Centro Hospitalar do Porto*)
Gustavo Rocha (*Serviço de Endocrinologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho*)
Inês Barros (*Serviço de Endocrinologia, Hospital de Braga*)
Joana Queirós (*Serviço de Endocrinologia, Centro Hospitalar São João*)
José Teixeira (*Viana do Castelo*)
Leonilde Coelho (*Hospital Militar do Porto*)
Luís Andrade (*Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia*)
Maria Joana Santos (*Serviço de Endocrinologia, Hospital de Braga*)
Maria Lopes Pereira (*Serviço de Endocrinologia, Hospital de Braga*)
Mariana Barbosa (*Serviço de Endocrinologia, Hospital de Braga*)
Mariana Monteiro (*Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto*)
Marta Alves (*Serviço de Endocrinologia, Hospital de Braga*)
Olinda Marques (*Serviço de Endocrinologia, Hospital de Braga*)
Paula Freitas (*Serviço de Endocrinologia, Centro Hospitalar São João*)
Pedro Rodrigues (*Serviço de Endocrinologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho*)
Raul Borges (*ACES Cávado II Gerês, Cabreira*)
Rosa Dantas (*Serviço de Endocrinologia, Centro Hospitalar de Aveiro*)
Selma Souto (*Serviço de Endocrinologia, Hospital de Braga*)
Sílvia Duarte (*Serviço de Psiquiatria, Hospital de Braga*)
Sílvia Paredes (*Serviço de Endocrinologia, Hospital de Braga*)
Teresa Pereira (*Serviço de Endocrinologia, Centro Hospitalar do Porto*)

Organização

Associação A. Endocrinologia de Braga

Comissão Organizadora

Ana Margarida Monteiro
Cláudia Matta-Coelho
Inês Barros
Maria Joana Santos
Maria Lopes Pereira
Mariana Barbosa
Marta Alves
Olinda Marques
Sara Lopes
Selma Souto
Sílvia Paredes
Vera Fernandes

Comissão Científica

Ana Margarida Monteiro
Maria Joana Santos
Maria Lopes Pereira
Marta Alves
Olinda Marques
Selma Souto
Vera Fernandes

Júri de Medicina Geral e Familiar

Presidente: Virgílio Gomes
Margarida Lima
Margarida Vinhas

Júri de Endocrinologia

Presidente: Maria João Oliveira
Helena Ramos
Isabel Torres

Major Sponsors



Sponsors



Secretariado



Calçada de Arroios, 16C Sala 3 1000-027 Lisboa
T: +351 21 842 97 10 | F: +351 21 842 97 19
E: paula.cordeiro@admedic.pt
W: www.admedic.pt

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS