

jornadas
**de ortopedia para
medicina geral e familiar**

11 e 12 de maio 2017
Lagoas Park Hotel,
Porto Salvo

programa científico

Presidente das Jornadas

Dr. Luís Branco Amaral

Comissão de Honra

Dr. Noronha Andrade

Dr. João Varandas

Dr. Delfin Tavares

Comissão Organizadora

Dr. Augusto Martins

Dr. Hugo Santos

Dr. Joao Pedro Jorge

Dr. Paulo Figueira

Dra. Sandra Alves

Intervenientes

Dra. Ana Ferrão

Dr. André Grenho

Dr. Augusto Martins

Dr. Carlos Pedrosa

Dr. Diogo Constantino

Dr. Estrela Martins

Dr. Francisco Requiça

Dr. Frederico Teixeira

Dr. Guilherme Santos

Dr. Hugo Santos

Dra. Joana Arcângelo

Dra. Joana Ovídio

Dr. João Pedro Jorge

Dr. João Pedro Oliveira

Dr. Joaquim Goulão

Dr. Jorge Rodrigues

Dr. Luís Branco Amaral

Dra. Margarida Santos

Dr. Nelson Carvalho

Dr. Nuno Diogo

Dr. Paulo Figueira

Dr. Pedro Dantas

Dr. Pedro Jordão

Prof. Doutor Pedro Soares Branco

Dr. Rodrigo Moreira

Dra. Rosa Mamede

Dr. Ruben Caetano

Dr. Rui Delgado

Dr. Rui Gonçalves

Dra. Sandra Alves

Dra. Sílvia Boaventura

Dra. Teresa Egídio Mendonça

Dra. Teresa Plancha

Dra. Vanessa Mendes

Dr. Vicente Campos

Dr. Victor Coelho



- 08.00h Abertura do Secretariado
- 09.00-12.00h **Workshop de exame objectivo e imagiologia básica por áreas anatómicas**
Formadores: *Dr. João Pedro Jorge, Dr. Hugo Santos, Dr. Paulo Figueira, Dra. Sandra Alves, Dr. Francisco Requicha, Dr. Diogo Constantino e Dr. Nuno Diogo*
- 14.00-14.50h **Sessão de Abertura**
14.00-14.10h **Boas-vindas**
Dr. Luís Branco Amaral
- 14.10-14.20h **Prevalência da patologia e dor osteoarticular em MGF**
Dra. Vanessa Mendes
- 14.20-14.30h **O que a Ortopedia faz pelo doente**
Dr. Nuno Diogo
- 14.30-14.40h **O que a MFR faz pelo doente**
Dr. Jorge Rodrigues
- 14.40-14.50h **Referenciação para o CHLC**
Dr. André Grenho
- 14.50-15.50h **Sessão 1: O que o médico de MGF deve saber sobre...**
Moderadores: *Prof. Doutor Pedro Soares Branco e Dr. Augusto Martins*
- 14.50-15.10h **Alterações radiográficas: Como identificar e o que fazer?**
Dr. Carlos Pedrosa
- 15.10-15.25h **Osteoporose: Antes e depois da fractura**
Dr. Augusto Martins
- 15.25-15.40h **Dor osteoarticular: Para além dos AINE's**
Prof. Doutor Pedro Soares Branco
- 15.40-15.50h **Discussão**
-
- 15.50-16.00h *Coffee-break*
-
- 16.00-16.50h **Sessão 2: Coluna – Desafio diagnóstico**
Moderador: *Dr. Nelson Carvalho*
- 16.00-16.10h **Lombalgia**
Dr. João Pedro Jorge
- 16.10-16.20h **Ciatalgia**
Dr. Diogo Constantino
- 16.20-16.30h **Estenose Lombar**
Dr. João Pedro Jorge
- 16.30-16.40h **Deformidades no Adolescente e no Adulto**
Dr. Nelson Carvalho
- 16.40-16.50h **Discussão**
- 16.50h Fim das Sessões do 1º dia

08.00h Abertura do Secretariado

09.00-09.40h Sessão 3: Anca – Novos desafios e velhos problemas

Moderadores: *Dr. Pedro Dantas e Dr. Rui Delgado*

09.00-09.10h **Conflito femoroacetabular**

Dr. Pedro Dantas

09.10-09.20h **Coxartrose**

Dr. Paulo Figueira

09.20-09.30h **Necrose asséptica da cabeça do fémur**

Dr. Hugo Santos

09.30-09.40h **Discussão**

09.40-10.30h Sessão 4: Joelho – Do jovem desportista ao idoso

Moderadores: *Dr. Luís Branco Amaral e Dr. João Pedro Oliveira*

09.40-09.50h **Dor anterior do joelho**

Dr. Francisco Requicha

09.50-10.00h **Lesão meniscal/ligamentar**

Dr. Francisco Requicha

10.00-10.10h **Gonartrose**

Dr. Hugo Santos

10.10-10.20h **Referenciação para MFR**

Dra. Sílvia Boaventura

10.20-10.30h **Discussão**

10.30-10.50h *Coffee-break e Poster walk*

10.50-11.40h Sessão 5: Pé e tornozelo – Da deformidade à limitação

Moderadores: *Dr. Rodrigo Moreira e Dra. Margarida Santos*

10.50-11.00h **Hallux Valgus e Hallux Rigidus**

Dr. Paulo Figueira

11.00-11.10h **Dor do antepé**

Dra. Joana Arcângelo

11.10-11.20h **Entorse do tornozelo**

Dr. Ruben Caetano

11.20-11.30h **Dor do retropé**

Dra. Teresa Plancha

11.30-11.40h **Discussão**



11.40-12.30h Sessão 6: Ombro e cotovelo – Demanda excessiva?

Moderadores: *Dr. Joaquim Goulão e Dra. Rosa Mamede*

11.40-11.50h **Patologia da coifa dos rotadores**

Dr. Joaquim Goulão

11.50-12.00h **Omartrose**

Dr. André Grenho

12.00-12.10h **Epicondilite e epitrocleíte**

Dra. Joana Arcângelo

12.10-12.20h **Princípios de reabilitação**

Dr. Guilherme Santos

12.20-12.30h **Discussão**

12.30-13.30h **Almoço**

13.30-14.30h Simpósio: A dor é inevitável, o sofrimento é opcional.

SKUDEXA, uma nova abordagem de dor

Dra. Teresa Egidio Mendonça e Dr. Victor Coelho



A. MENARINI PORTUGAL

14.30-15.20h Sessão 7: Punho e mão – Pequenos problemas, grandes limitações

Moderador: *Dr. Frederico Teixeira*

14.30-14.40h **Dedo em gatilho, tenossinovite de De Quervain e quistos sinoviais**

Dr. Vicente Campos

14.40-14.50h **Síndrome do canal cárpico**

Dr. Rui Gonçalves

14.50-15.00h **Doença de Dupuytren**

Dra. Sandra Alves

15.00-15.10h **Rizartrose**

Dra. Ana Ferrão

15.10-15.20h **Discussão**

15.20-15.40h *Coffee-break e Poster walk*

15.40-16.30h Sessão 8: Ortopedia infantil – O que é patológico?

Moderadores: *Dra. Joana Ovídio e Dr. Pedro Jordão*

15.40-15.50h **Infeções osteo-articulares em Pediatria – Princípios básicos**

Dra. Joana Ovídio

15.50-16.00h **Infeções osteo-articulares em Pediatria – Critérios de referência**

Dra. Joana Ovídio

16.00-16.10h **Traumatologia infantil – Princípios básicos**

Dr. Pedro Jordão

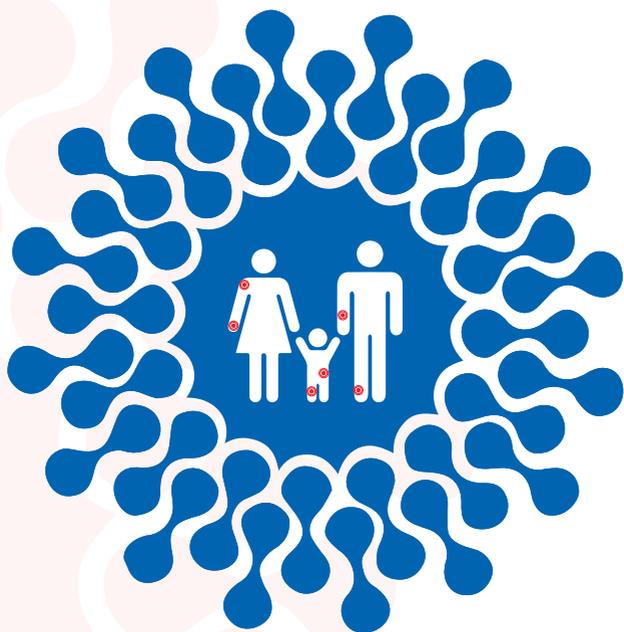
16.10-16.20h **Traumatologia infantil – Critérios de referência**

Dr. Pedro Jordão

16.20-16.30h **Discussão**



- 16.30-17.20h **Sessão 9: Urgências ortopédicas em MGF**
Moderadores: *Dr. Nuno Diogo e Dr. Estrela Martins*
- 16.30-16.40h **Artrite séptica**
Dra. Sandra Alves
- 16.40-16.50h **Fractura: Como lidar?**
Dr. Nuno Diogo
- 16.50-17.00h **Imagens suspeitas**
Dr. Carlos Pedrosa
- 17.00-17.10h **Patologia vertebral aguda**
Dr. João Pedro Jorge
- 17.10-17.20h **Discussão**
- 17.20-17.30h **Sessão de entrega de Prémios**
Júris dos Posters: *Dr. Augusto Martins e Dr. Nuno Diogo*
- 17.30h Encerramento das Jornadas



jornadas
de ortopedia para
medicina geral e familiar

RESUMOS DOS POSTERS

P 01

CARACTERIZAÇÃO DA ABORDAGEM DA ENTORSE DO TORNOZELO EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Rafael Cunha; Sibila Amaral

UCSP Sete Rios; USF do Parque

Introdução: A lesão do tornozelo é uma das causas de patologia osteoarticular mais comum, sendo a entorse da tibiotársica (TT) a condição mais frequentemente diagnosticada (15-25%). Os critérios de Ottawa permitem distinguir eficazmente a entorse da TT da fratura. Compressão, gelo, descanso e elevação são aspetos importantes no tratamento da fase aguda, podendo existir 30% de recorrência.

Objetivo: Caracterizar epidemiologicamente a entorse do tornozelo em duas unidades de saúde de cuidados primários (CSP), bem como a sua abordagem e seguimento neste âmbito.

Métodos: Pesquisa sistemática: *Pubmed, UpToDate, Medscape, BMJ e Cochrane*, com os termos *MeSH Ankle Sprains, Primary care, Diagnosis e Treatment*.

Desenvolveu-se uma base de dados de utentes com problema L77 - Entorse do tornozelo através do programa MIM@UF. Através do programa SClinico foram consultados os processos clínicos dos indivíduos identificados em epígrafe, de modo a recolher a sua caracterização, bem como o método diagnóstico e tratamento utilizado.

Resultados: A incidência da entorse do tornozelo nas listas em estudo e a caracterização da amostra foram semelhantes às encontradas na literatura portuguesa e internacional. O registo clínico é escasso e inconsistente com as diretrizes internacionais.

Conclusão: É premente melhorar o registo nos processos clínicos (colheita da história clínica, observação do doente e da terapêutica aconselhada).

Derivado à elevada prevalência da entorse nos CSP, é essencial permanecer atualizado de modo a efetuar uma correta abordagem, prevenindo a sua cronicidade.

P 02

ESCOLIOSE IDIOPÁTICA JUVENIL: UM CASO DE IRMÃS

Moreira, P.; Monteiro, A.; Évora, T.; Seixo, A.

USF Lavradio

Introdução: A escoliose é considerada uma alteração estrutural da coluna vertebral no plano coronal definindo-se como uma curvatura lateral patológica. Por convenção, uma curvatura com ângulo $\geq 10^\circ$ define escoliose. A direção da curvatura, quer seja direita ou esquerda, é definida pela convexidade da curvatura. A escoliose idiopática divide-se em três subcategorias baseadas na idade de apresentação no paciente: infantil (dos 0 aos 3 anos), juvenil (dos 4 aos 9 anos) e da adolescência (mais de 10 anos de idade). O nosso caso clínico ilustra duas irmãs com escoliose idiopática juvenil que nunca foram tratadas até à idade adulta, por falta de vigilância em cuidados de saúde primários em Angola.

Relato de caso: Y.S.R.R., sexo feminino, 43 anos, com antecedentes de Rinite Alérgica e Asma e E.F.R.R., sexo feminino, 41 anos, sem antecedentes de relevo, irmãs, naturais de Angola, apresentavam acentuadas escolioses dorso-lombares que nunca haviam sido observadas em consulta de Ortopedia. Foram referenciadas ao Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE, onde Y.S.R.R. foi diagnosticada com Escoliose dorso-lombar com curvatura sinistro-convexa de, aproximadamente, 90 graus e E.F.R.R. com escoliose dorso-lombar dextro-convexa de, aproximadamente, 60 graus. Foram submetidas a correção cirúrgica com instrumentação pedicular e com controlo de potenciais evocados, tendo as intervenções sido realizadas com sucesso. O caso

clínico destas duas irmãs exemplifica uma escoliose congénita, com curvaturas acen-tuadas, em irmãs de idades diferentes que nunca tinham sido observadas em cuidados de saúde primários.

Conclusão: Com o relato deste caso clínico pretende-se sublinhar a importância da vigi-lância de saúde em cuidados de saúde pri-mários, nomeadamente, da progressão do crescimento ósseo, prevenindo patologias que podem ser tratadas precocemente, como é o caso da escoliose.

P 03

NEUROPATIA DE CHARCOT... A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Lorina Pestana¹; Catarina Matos Silva²

¹USF LoureSaudável; ²USF Cruzeiro

Introdução: A neuroartropatia de Charcot (NAC) é uma deformidade osteoarticular do pé neu-rópático causada predominantemente pela diabetes.

O atraso no diagnóstico e tratamento pode conduzir à ulceração e amputação do pé, daí a importância de um diagnóstico e tratamento precoce.

A etiopatogenia é desconhecida e o diagnósti-co da NAC é clínico.

Caso clínico: Doente sexo masculino, 68 anos, caucasiano. Antecedentes pessoais de Diabe-tes Mellitus medicada mas não controlada.

Apresentou-se na consulta com quadro de dorsalgia do pé esquerdo com vários meses de evolução. Negava traumatismos e quedas. À observação apresentava queixas álgicas após a marcha associadas a hiperemia, ede-ma, aumento da temperatura local, pele muito seca e alterações da sensibilidade da perna homolateral.

Foi solicitada avaliação analítica e radiogra-fia (Rx) do pé e doppler venoso e arterial dos membros inferiores para exclusão de patolo-gia osteoarticular e vascular.

As análises revelaram HbA1c 9,8, Ureia 51 mg/dL, sem outras alterações.

O Rx evidenciou fratura e subluxação do pé, -sem alterações no doppler venoso e arterial. Foi referenciado para consulta de Ortopedia, tendo sido observado e colocado diagnóstico de Pé de Charcot em fase aguda, com luxa-ção de Lisfranc e fractura da base do segundo metatarso.

Foi realizada imobilização com gesso, com remissão dos sinais inflamatórios, a qual foi posteriormente removida por provável entrada em fase de deformidade residual. Foi conse-lhado calçado ortopédico, com duplo rocker. Encontra-se actualmente em fase de conso-lidação de artropatia de Charcot, mantendo deformidade grave. Aguarda decisão de tra-tamento cirúrgico para correcção da deforma-dade.

Conclusão: A síndrome da NAC é uma com-plexificação importante resultante da diabetes e da neuropatia.

É identificada numa pequena percentagem de diabéticos.

As taxas de complicação rondam os 70, in-cluindo amputação.

P 04

CAUSAS SECUNDÁRIAS DE DOR LOMBAR: QUANDO PENSAR?

Sara Silva Gomes

USF Faria Guimarães

Introdução: A dor lombar é uma queixa que surge quase diariamente nas consultas de Medicina Geral e Familiar, que pode ter gran-de impacto nas atividades básicas diárias, com tradução na vida familiar, laboral e so-cial. É fundamental que os profissionais de saúde, nomeadamente os Médicos de Famí-lia, saibam reconhecer pela história clínica e pelo exame objetivo os sinais e sintomas que tornam a investigação imagiológica essencial.

Objetivo: Explorar as possíveis causas secun-

dárias da dor lombar, apresentando os sinais e sintomas clínicos que devem motivar uma avaliação mais exaustiva desta queixa.

Metodologia: Revisão bibliográfica narrativa da literatura médica publicada até fevereiro de 2017, usando bases de dados científicas, com as palavras-chave *low back pain*, *etiology* e *diagnostic imaging*.

Resultados: Há dezenas de causas identificadas passíveis de condicionar dor lombar mas os casos secundários a patologia grave são raros. Numa lógica de medicina defensiva, e também para ir de encontro àquilo que são as expectativas o doente, o médico tende a prescrever exames de imagem mais do que o necessário. Esta abordagem, embora permita a exclusão de patologia grave, gera custos desnecessários, expõe os doentes a uma dose não negligenciável de radiações e motiva, muitas vezes, a realização de cirurgias que não resultam em melhoria dos sintomas.

Conclusão: Pela enorme frequência com que os doentes recorrem aos cuidados de saúde por lombalgia, é essencial que os clínicos se encontrem preparados para distinguir os casos que requerem uma avaliação exaustiva dos casos idiopáticos benignos, muito mais frequentes.

P 05

SINAL DE POPEYE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sofia Macedo Silva; Ana Isabel Miranda
Unidade de Saúde Familiar Esposende Norte - ACES Cávado III

Introdução: A rotura do tendão proximal do bicipíte corresponde a 90-97 das roturas do bicipíte. Prevalente em homens, 40-60 anos e clinicamente com dor intensa ou assimetria muscular do braço isolada - Sinal de Popeye. Etiologicamente pode associar-se a desgaste muscular, microtraumatismos, patologia reumatológica, iatrogenia ou trauma. O dia-

gnóstico é sobretudo clínico com terapêutica conservadora.

Descrição do caso: Homem, 62 anos, ex-agricultor, antecedentes doença de Parkinson, dislipidemia, hipertensão arterial, diabetes Mellitus tipo 2 e gastrite. Há um ano, dores osteoarticulares generalizadas com predomínio nos ombros e mãos, rigidez matinal e limitação funcional. Há 3 meses, assimetria muscular do braço direito, indolor, sem traumatismo.

Objetivamente, sinal de Popeye à direita, limitação da mobilidade, dor e rigidez dos ombros; nas mãos, rubor, edema e rigidez das articulações interfalângicas proximais e distais. Ecografia do ombro direito com tendinose do supraespinhoso e subescapular e heterogeneidade do tendão da porção longa do bicipíte, rutura e retração caudal parciais; radiografia das mãos, espessamento dos tecidos moles e erosão marginal das articulações interfalângicas proximais. Analiticamente, fator reumatoide e parâmetros inflamatórios positivos.

Efetuada controlo da dor e referenciação para a especialidade.

Discussão: De realçar a importância do papel dos cuidados de saúde primários na abordagem da patologia osteoarticular. A abordagem holística permitiu identificar vários fatores possivelmente implicados na deformidade como, alterações sugestivas de artrite reumatoide, traumatismo recorrente do trabalho agrícola e uso de estatina. Por fim, afigura-se a relevância do controlo da dor na patologia osteoarticular.

P 06

SÍNDROME DE POLAND – REVISÃO DE TEMA

Nuno N. Miguel, Cláudio Espírito Santo e Emília Nina
USF Cela Saúde, USF Buarcos e USF Cela Saúde

Resumo: A síndrome de Poland consiste no subdesenvolvimento ou ausência do músculo grande peitoral unilateralmente e hipopla-

sia da mama, estando associado em alguns casos a agenesia das cartilagens costais homolaterais e deformidades grosseiras do membro superior ipsilateral. Desconhece-se a verdadeira incidência e etiologia desta patologia, no entanto habitualmente ocorre de forma esporádica, exibindo preponderância pelo lado direito. Trata-se de uma patologia congénita rara. Os objetivos deste trabalho visam proporcionar uma revisão atualizada sobre o tema, atuando como forma de aprendizagem e atualização de conhecimentos, abordando a etiopatogenia, epidemiologia, apresentação clínica, diagnóstico, classificação e tratamento. Tem por base uma revisão clássica baseada na pesquisa e recolha bibliográfica de artigos de revisão na base de dados *Medline/Pubmed*. Consultaram-se outros artigos considerados pertinentes, tendo sido selecionados apenas artigos publicados em inglês ou português. Foram utilizados os termos *MeSH: Poland syndrome*.

Concluiu-se que a Síndrome de Poland se trata de uma patologia congénita e rara, havendo ainda várias dúvidas por esclarecer, nomeadamente no que concerne à etiologia. Pode tratar-se de uma doença com implicações físicas e psicológicas no desenvolvimento. O tratamento deverá ser individualizado, dependendo do grau de deformidade, do sexo e idade do doente e das preferências e expectativas deste. O médico de família tem um papel crucial na vigilância da saúde infanto-juvenil, o que permite o diagnóstico, orientação e referência oportunas assegurando uma abordagem terapêutica multidisciplinar, minimizando o impacto desta patologia.

P 07

QUEIXAS COMUNS – DIAGNÓSTICOS RAROS! A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Luís Pardal e Dineia Toscano
USF Colares

Enquadramento: A displasia da glenóide leva a uma instabilidade da articulação, em que o tecido é facilmente danificado por esforços, como a musculação.

Discussão do caso: Homem, 43 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, ao efectuar movimento de flexão anterior dos membros superiores com peso, sente dor e impotência funcional no ombro direito. Automedicou-se com paracetamol 1000 mg e ibuprofeno 400 mg durante 3 dias, sem melhoria do quadro clínico. Por manutenção dos sintomas, recorreu ao médico de família que realizou o exame objectivo: sem alterações á observação e palpação, sem alterações á mobilização passiva do ombro e com as seguintes amplitudes articulares á mobilização activa: flexão 120°, abdução 100°, rotação externa 70°, rotação interna 90°. Apresenta, ainda, diminuição global da força dos músculos da coifa dos rotadores. Pede-se como meio complementar de diagnóstico radiografia do ombro e medica-se sintomaticamente com etoricoxib 90 mg 1 comprimido por dia até reavaliação.

Após 1 semana, procedeu-se a nova consulta, onde se identificou diminuição moderada das queixas álgicas mas manutenção da diminuição das amplitudes articulares e força muscular. A radiografia revela displasia da glenóide, com luxação glenoumeral, com superfícies articulares sem alterações.

Dado o quadro clínico, optou-se por pedir TAC do ombro e referenciar para consulta de especialidade, que doente optou por realizar em hospital privado.

Discussão: O médico de Família e frequentemente confrontado com queixas osteoarticulares na consulta, devendo saber identificar

as que merecem MCDTs para eventual referência à especialidade, daí a pertinência deste caso.

P 08

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA DA OMALGIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Vasco Mota

USF Novo Sentido - ACeS Porto Oriental

Introdução: O ombro é uma estrutura complexa que permite uma grande amplitude movimentos. A omalgia é a terceira causa por dor aguda musculoesquelética nos Cuidados de Saúde Primários, com uma prevalência estimada de cerca 10. Esta pode-se apresentar por limitação do movimento por dor, rigidez ou fraqueza, o que pode causar interferências nas atividades de vida diárias e no trabalho. Levantar cargas pesadas e movimentos repetitivos são fatores de risco para o aparecimento e recorrência deste problema.

Objetivos: Rever e propor uma abordagem simplificada para o diagnóstico das patologias do ombro, incorporando técnicas diagnósticas a nível dos CSP e alertando para os sinais de alerta que poderão identificar problemas graves.

Material e métodos: Pesquisa bibliográfica de artigos, nas línguas inglesa e portuguesa, nas bases de dados da *Medline*, *Cochrane Library*, *National Guideline Clearinghouse*, utilizando os termos MeSH: *shoulder pain, primary care, frozen shoulder, Rotator cuff disorders*.

Resultados: Os sinais de alerta a descartar associados a problemas mais graves podem ser sinais e sintomas de infeção, história de trauma ou dor súbita, ou antecedentes de neoplasias, dor refratária ao tratamento, em repouso ou em múltiplos locais. As síndromes mais comuns de omalgia são a instabilidade, a patologias da coifa dos rotadores, capsulite adesiva, doença acromioclavicular ou cervicálgia referida ao pescoço.

Discussão/Conclusões: A dor do ombro é um problema musculoesquelético comum e importante. A sua orientação é multidisciplinar e pode incluir medidas não farmacológicas, analgesia, fisioterapia ou em casos mais graves o recurso a cirurgia.

P 09

MANIFESTAÇÕES MUSCULOESQUELÉTICAS DA DIABETES MELLITUS

Vasco Mota

USF Novo Sentido - ACeS Porto Oriental

Introdução: As lesões microvasculares da diabetes Mellitus (DM), como a retinopatia, nefropatia e neuropatia diabética são bem reconhecidas e estudadas pelos médicos de Medicina Geral e Familiar. No entanto, as manifestações musculoesqueléticas são diversas e muitas vezes negligenciadas. O seu aparecimento pode estar associado ao tempo da duração da doença bem como o controlo glicémico. Assim, é importante que sejam diagnosticadas e tratadas atempadamente com o intuito de minorar sintomas e melhorar a qualidade de vida destes doentes.

Objetivos: Revisão sobre as manifestações musculoesqueléticas da DM

Material e métodos: Pesquisa bibliográfica de artigos, nas línguas inglesa e portuguesa, nas bases de dados da *Medline*, *Cochrane Library*, *National Guideline Clearinghouse*, utilizando os termos MeSH: *Musculoskeletal Diseases* e *Diabetes Mellitus*.

Resultados: Existem várias classificações possíveis para as patologias musculoesqueléticas relacionadas com a DM. a mais consensual é a de Arkkila et al., em que as divide em intrínsecas, aumento da incidência da DM e associação possível com DM. No primeiro grupo estão a mobilidade articular reduzida, síndrome mão rígida e os enfartes musculares; no segundo grupo incluem-se a doença de dupuytren e capsulite adesiva, e no último

a osteoartrite e o síndrome do túnel cárpico. **Discussão/Conclusões:** A DM está envolvida em várias manifestações musculoesqueléticas, mas sobretudo envolve as articulações dos membros superiores. O diagnóstico e tratamento são importantes na melhoria da qualidade de vida destes doentes. Podem traduzir o mau controlo metabólico desta doença, ou permitir o diagnóstico de DM em doentes que ainda não são reconhecidos como tal, evitando as suas complicações cardiovasculares mais bem conhecidas.

P 10 **OSTEOPOROSE TRANSITÓRIA DA GRAVIDEZ** **– CASO CLÍNICO**

Joana Pereira; Daniela Oliveira; David Rodrigues; Hugo Salgueiro; Joana Fernandes; João Abrantes; Nídia Nunes; Nuno Páscoa; Susana Lourenço
USF Planície; USF Eborae

Enquadramento: A osteoporose transitória da gravidez (OTG) constitui uma doença rara, por perda de densidade óssea sobretudo no último trimestre a gravidez e mais frequentemente no colo do fémur. Clinicamente cursa com dor na anca, que aumenta com a carga e implica claudicação, embora a mobilidade esteja conservada e ao exame objectivo não seja dolorosa, esta discrepância deve alertar o médico para este diagnóstico. A complicação mais grave é a fractura do colo do fémur, que pode ocorrer tanto no período de gestação como após o parto. O tratamento é conservador até término da gestação, e a doença autolimitada, com remineralização óssea até 12 meses pós-parto.

Descrição do caso: Mulher caucasiana, na 33ª semana de gestação, sem antecedentes de doenças osteoarticulares previamente à gravidez. Recorreu ao serviço de Urgência após quadro súbito de dor intensa e incapacidade funcional da articulação coxo-femural direita, durante a marcha. Mantinha queixas álgicas bilaterais mais marcadas à direita,

que descrevia terem agravamento com carga, com algumas semanas de evolução. À observação foi objectivada incapacidade funcional com dor à mobilização activa e passiva da articulação, e após realizar exames de diagnóstico foi identificada fractura do fémur direito em relação com múltiplas áreas de osteoporoze, bilaterais – diagnosticada OTG.

Discussão: Ainda que a OTG seja autolimitada, a fractura patológica femoral, constitui uma das suas consequências mais graves e difíceis de gerir em período pré-natal, acarretando maior risco para a mãe e feto, e traduzindo-se numa enorme perda de qualidade de vida nesta fase crítica para a mulher.

P 11 **SÍNDROME DO PIRIFORME – A IMPORTÂNCIA** **NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOR** **CIÁTICA**

Carla Ramos
USF Plátano

Introdução: A dor na região posterior da anca e ciática trazem frequentemente um desafio diagnóstico e terapêutico. A síndrome do piriforme é causada por compressão do nervo ciático pelo músculo piriforme. O diagnóstico é clínico e difícil de validar com exames complementares.

Objetivos: Resumir os principais aspectos no diagnóstico e abordagem do síndrome piriforme e salientar a importância no diagnóstico diferencial de dor na região posterior da anca e ciática.

Material e métodos: Pesquisa de revisões sistemáticas, revisões de tema, *Guidelines*, meta-análises e estudos observacionais publicados nos últimos 10 anos, utilizando os termos *Mesh piriformis syndrome* e conduzida, entre outros, na *Pubmed* e *Cochrane Database Reviews*.

Resultados: Obtiveram-se 71 artigos, dos quais se seleccionaram 13 por cumprirem

os critérios estabelecidos. A causa mais comum de dor nesta região é referida da coluna lombar, frequentemente por herniação dos discos/radiculopatia ciática, sendo que esta síndrome deve ser tida em conta no diagnóstico diferencial, uma vez que pode causar dor referida ao trajeto do nervo ciático. Ao exame objectivo, manobras que aumentem a tensão do piriforme, como a podem reproduzir/exacerbar a dor. O tratamento inclui fisioterapia e corticóide e/ou analgésicos locais. Tem sido usada toxina botulínica e descompressão endoscópica do nervo ciático com resultados promissores.

Discussão/Conclusões: Uma vez que a apresentação clínica pode ser vaga e há poucos testes diagnósticos validados, esta síndrome é muitas vezes um diagnóstico de exclusão. Ainda assim, deve ser considerada em doentes com dor glútea/ciática e história clínica atípica ou exames de imagem sem alterações.

P 12 **DORES DE CRESCIMENTO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Joana Martins Nunes; Daniela C. Torrinha;
Mafalda Cachorreiro
USF Oeiras

Resumo: A patologia ortopédica constitui um motivo de consulta importante nos CSP, nomeadamente na idade pediátrica. Cabe ao MGF a investigação e orientação das situações que necessitem de vigilância, detetando precocemente sinais de alarme mandatórios para a articulação com o Ortopedista.

Apresenta-se o caso de uma criança do sexo masculino de 11 anos, com quadro intermitente de dor na região posterior do joelho direito, com 2-3 anos de evolução e agravamento desde há 1 mês. A dor inicia-se após o exercício físico, com intensidade ligeira, por vezes bilateral e motivou a saída dos treinos de futebol. Sem história de traumatismo. Ao

exame apresenta bom estado geral, apirexia, dor em hiperextensão, sem sinais inflamatórios ou proeminência óssea.

Inicialmente foi aconselhada massagem e repouso articular durante as crises. Pela ausência de melhoria ao longo do tempo e pela localização atípica da dor foram pedidos exames de imagem que detetaram uma irregularidade da proeminência tibial anterior, em relação com provável Doença de Osgood Schlatter. Através da recomendação de medidas de conforto mais adequadas foi possível tranquilizar a criança e os cuidadores.

Este caso revela a importância do acompanhamento longitudinal e da necessidade de, por vezes, recorrer a exames complementares de diagnóstico perante queixas atípicas e/ou prolongadas. A doença de Osgood Schlatter afeta cerca de 5% dos adolescentes, ascendendo aos 20% nos atletas. Predomina no sexo masculino entre os 10-15 anos, com evolução tipicamente auto-limitada. É fundamental tranquilizar a família, com base numa relação de confiança e numa observação continuada.

Major Sponsor



A. MENARINI PORTUGAL

Sponsors

Bial



Pierre Fabre
Médicament

SANOFI 

Organização e Secretariado

admédic⁺

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3 1000-027 Lisboa

T: +351 21 842 97 10 | F: +351 21 842 97 19

E: ana.pais@admedic.pt | W: www.admedic.pt

Consultar Programa Científico

