



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

5 e 6 de maio 2016
hotel Tryp aeroporto

programa científico

Presidente das Jornadas

Dr. Luís Branco Amaral

Comissão de Honra

Dr. Noronha Andrade

Dr. João Varandas

Dr. Delfin Tavares

Comissão Organizadora

Presidente Dr. Augusto Martins

Dr. André Grenho

Dr. Francisco Requicha

Dra. Joana Arcângelo

Dra. Sandra Alves

Comissão Científica

Presidente Dr. Nuno Diogo

Dr. Francisco Nogueira

Dr. Frederico Teixeira

Dr. Nelson Carvalho

Dr. Pedro Dantas

Dr. Rodrigo Moreira

Dra. Susana Norte Ramos

Palestrantes e Moderadores

Dr. Afonso Pegado • Dra. Ana Ferrão • Dr. André Barros • Dr. André Grenho • Dr. António Camacho • Dr. Augusto Martins • Dr. Carlos Pedrosa • Dr. Delfin Tavares • Dr. Diogo Martins • Dr. Estrela Martins • Dr. Francisco Nogueira • Dr. Francisco Requicha • Dr. Francisco Sant'Anna • Dr. Frederico Teixeira • Dr. Hugo Santos • Dra. Inês Calvinho • Dra. Inês Quintas • Dra. Joana Arcângelo • Dr. João Campagnolo • Dr. João Pedro Jorge • Dr. João Pedro Oliveira • Dr. João Torrinha Jorge • Dr. Jorge Dias • Dr. Luís Branco Amaral • Dr. Nelson Carvalho • Dr. Nuno Carvalho • Dr. Nuno Diogo • Dra. Patrícia Rodrigues • Dr. Paulo Catarino • Dr. Paulo Figueira • Dr. Pedro Dantas • Dr. Pedro Falcão • Dr. Rodrigo Moreira • Dr. Rubén Caetano • Dr. Rui Nunes • Dra. Sandra Alves • Dr. Sérgio Gonçalves • Dra. Susana Rosa

Dia 5 de maio • quinta-feira

- 13.00h Abertura do Secretariado
- 14.00-14.40h 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. Inês Calvino
- 14.20-14.30h O que a Ortopedia faz pelo doente
Dr. Nuno Diogo
- 14.30-14.40h Referenciação para o CHLC
Dr. André Grenho
- 14.40-15.40h Sessão 1: O que o médico de MGF deve saber sobre...**
Moderadores: Dr. Nuno Diogo e Dr. António Camacho
- 14.40-15.00h Alterações radiográficas: Como identificar e o que fazer?
Dr. António Camacho
- 15.00-15.15h Osteoporose: Antes e depois da fractura
Dr. Augusto Martins
- 15.15-15.30h Dor osteoarticular: Para além dos AINE's
Dra. Ana Ferrão
- 15.30-15.40h Discussão
-
- 15.40-16.00h *Coffee-break e Poster walk*
-
- 16.00-16.50h Simpósio: Visão 360º em Osteoartrose** Bial
- 16.50-18.00h Sessão 2: Coluna – Desafio diagnóstico**
Moderadores: Dr. Nelson Carvalho e Dr. Estrela Martins
- 16.50-17.00h Escoliose
Dr. Nelson Carvalho
- 17.00-17.10h Lumbago
Dra. Inês Quintas
- 17.10-17.20h Doença degenerativa discal
Dra. Inês Quintas
- 17.20-17.30h Espondilolistese
Dr. João Pedro Jorge
- 17.30-17.40h Estenose canalar
Dra. Joana Arcângelo
- 17.40-17.50h Princípios de reabilitação
Dr. Afonso Pegado
- 17.50-18.00h Discussão
- 18.00h 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. Paulo Catarino
- 09.00-09.10h Conflito femoro-acetabular
Dr. Pedro Dantas
- 09.10-09.20h Coxartrose
Dr. André Grenho
- 09.20-09.30h Princípios de reabilitação
Dr. Jorge Dias
- 09.30-09.40h Discussão
- 09.40-10.40h 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 Quisto de Baker e bursite pré-patelar
Dr. João Torrinha Jorge
- 10.10-10.20h Gonartrose
Dr. João Torrinha Jorge
- 10.20-10.30h Princípios de reabilitação
Dr. Diogo Martins
- 10.30-10.40h Discussão
-
- 10.40-11.00h *Coffee-break e Poster walk*
-
- 11.00-12.00h Sessão 5: Pé e tornozelo – Da deformidade à limitação**
Moderadores: Dr. Rodrigo Moreira e Dr. Pedro Falcão
- 11.00-11.10h Metatarsalgia
Dr. Hugo Santos
- 11.10-11.20h Hallux valgus e hallux rigidus
Dra. Joana Arcângelo
- 11.20-11.30h Fasceíte plantar
Dr. Paulo Figueira
- 11.30-11.40h Entorse do tornozelo
Dr. Rubén Caetano
- 11.40-11.50h Princípios de reabilitação
Dr. Jorge Dias
- 11.50-12.00h Discussão

12.00-13.00h Sessão 6: Ombro e cotovelo – Demanda excessiva?

Moderadores: Dr. Francisco Nogueira e Dr. André Barros

12.00-12.20h Patologia da coifa dos rotadores

Dr. Sérgio Gonçalves

12.20-12.30h Omartrose

Dr. Carlos Pedrosa

12.30-12.40h Epicondilite e epitrocleíte

Dr. Nuno Carvalho

12.40-12.50h Princípios de reabilitação

Dra. Susana Rosa

12.50-13.00h Discussão

13.00-14.00h Almoço

14.00-14.50h Simpósio: Profilaxia do TEV em Cirurgia Ortopédica 

Dr. Francisco Requicha

14.50-16.00h Sessão 7: Punho e mão – Pequenos problemas, grandes limitações

Moderadores: Dr. Frederico Teixeira e Dr. Rui Nunes

14.50-15.00h Dedo em gatilho e Tenossinovite de De Quervain

Dr. Carlos Pedrosa

15.00-15.10h Quistos sinoviais

Dr. Rubén Caetano

15.10-15.20h Síndrome do canal cárpico

Dra. Sandra Alves

15.20-15.30h Doença de Dupuytren

Dr. André Grenho

15.30-15.40h Rizartrose

Dra. Sandra Alves

15.40-15.50h Princípios de reabilitação

Dr. Afonso Pegado

15.50-16.00h Discussão

16.00-16.30h *Coffee-break e Poster walk*

16.30-17.20h Sessão 8: Ortopedia Infantil – O que é patológico?

Moderadores: Dr. Delfin Tavares e Dr. João Campagnolo

16.30-16.40h Doença displásica da anca

Dr. Francisco Sant'Anna

16.40-16.50h Osteocondroses

Dra. Patrícia Rodrigues

16.50-17.00h Desvios posturais em idade pediátrica

Dr. João Campagnolo

17.00-17.10h Alterações da arcada plantar

Dr. Delfin Tavares

17.10-17.20h Discussão

17.20-17.30h Sessão de entrega de Prémios

17.30h Encerramento das Jornadas



P 01 HIPERTENSÃO DAS RÓTULAS – CASO CLÍNICO

Joana Parente e Paula M. Ferreira
USF São Lourenço - ACES Cavado I, Braga

MSFR, sexo feminino, 38 anos, sem antecedentes pessoais e familiares relevantes, iniciou gonalgia à direita há 8 anos, de ritmo mecânico e de agravamento progressivo, tendo realizado TAC em 2013 que revelou “fissura marginal da raiz do arco anterior do menisco externo, associada a pequeno quisto para-meniscal”. Submetida a excisão de cartilagem semilunar do joelho direito em 2014, sem intercorrências, mas com agravamento da dor após a cirurgia. Realizou fisioterapia, infiltrações com corticoterapia, acupuntura médica e mesoterapia, com melhoria ligeira apenas com a última opção. Em 2015, perante a evolução do quadro clínico, realizou RMN que evidenciou “sem sinais de recidiva de lesão meniscal ou ligamentar; sequelas de meniscectomia prévia; derrame articular de pequeno volume; discreta bácia lateral da rótula; condropatia femoro-rotuliana difusa grau II/III; duas áreas focais de condropatia grave grau IV.” Paralelamente, efetuou estudo analítico reumatológico que não revelou alterações significativas, com exceção de positividade para HLA B27. Por repercussão psicológica do quadro algíco, iniciou sertralina em outubro de 2015, tendo iniciado parestesias e alterações da sensibilidade da face palmar das mãos, sensação de diminuição de força dos membros inferiores e sensação ocasional de choque elétrico que inicia nos joelhos e irradia até ao calcanhar com paralisia subsequente, com força mantida bilateralmente. Restante exame neurológico sem alterações. Quadro interpretado como efeito idiossincrático da sertralina, a qual foi alterada para escitalopram. Perante a evolução do quadro clínico, foi referenciada à ortopedia que diagnosticou “síndrome de hipertensão externa das rótulas bilateral”, recomendando novo ciclo de fisioterapia. Atualmente, a doente encontra-se a realizar fisioterapia e com melhoria relativa da gonalgia.

P 02 CERVICALGIAS E TECNOLOGIAS: HÁ RELAÇÃO?

Mariana Pinho Pereira, Valter Moreira, Renata Almeida, Tatiana Pereira e Filomena Cuco
USF Buarcos, USF Porta do Sol - ULS Matosinhos, USF São Julião, UCSP Figueira da Foz Urbana, USF Buarcos

Introdução: As cervicalgias são queixas frequentes na nossa população adulta e idosa, no entanto têm vindo a aumentar nos adolescentes e jovens adultos (12-26%). Há vários fatores que parecem aumentar o risco para o desenvolvimento destas sintomatologias, tais como as alterações posturais decorrentes da utilização de aparelhos eletrónicos portáteis.

Objetivos: Rever a literatura existente sobre os fatores de risco, abordagem e tratamento das cervicalgias.

Métodos: Pesquisa na literatura de artigos científicos publicados nos últimos 10 anos, utilizando as palavras-chave *neck pain*, *mobile Phones* e *devices*.

Resultados: Estudos mostram que a utilização excessiva, aguda ou crónica, de aparelhos eletrónicos portáteis (telemóveis, tablets e computadores) aumentam o risco de cervicalgias por lesões de trauma cumulativo: aumento da flexão cervical anterior e elevação de um dos membros superiores. Segundo alguns estudos, esta sintomatologia é agravada pelo aumento da ansiedade que as notificações e alertas provocam, exigindo respostas rápidas e constante disponibilidade para resposta e realização de tarefas. Como tratamento, para além do farmacológico (com anti-inflamatórios não esteróides e relaxantes musculares), aconselha-se atividade física e treino postural com fisioterapia.

Discussão: Não há ainda estudos que estabeleçam uma relação direta entre o uso de telemóveis e cervicalgias, no entanto o médico de família deve estar alerta para a existência deste fator de risco, prevenindo os utentes desde a infância para o uso racionalizado de novas tecnologias e promovendo a adoção de boas posturas e comportamentos saudáveis.



P 03

ENTORSE DO TORNOZELO: DO BANAL AO CRÓNICO

Catarina Figueiras e Costa Ferreira
USF Eça

Introdução: As entorses da articulação tibiotársica (TT) são lesões comuns e regularmente orientadas pelos cuidados de saúde primários. Apesar de serem frequentemente consideradas lesões banais, podem ter repercussões importantes no desempenho funcional da articulação. Se não corretamente orientadas, podem tornar-se em lesões crónicas com incapacidade residual não negligenciável.

Caso clínico: CS, 29 anos, saudável, recorre à consulta por dor e edema do tornozelo direito após inversão plantar do pé quando caminhava em terreno irregular 3 dias antes. A doente refere ter iniciado a toma *on-demand* de AINEs e realizava elevação do membro quando possível. Manteve apoio sobre o membro afetado com dor ligeira. Até à data da consulta refere aumento do edema, dor e aparecimento da equimose. Apresentava dor à palpação da face externa do tornozelo bem como dor à flexão e inversão do pé. Realizou-se compressão com ligadura elástica, AINEs passou a esquema e teve indicação para repouso. Houve melhoria progressiva no decorrer das 2-3 semanas seguintes com alívio da dor, mas sem resolução completa do edema e com sensação de instabilidade TT. 4 semanas após o episódio inicial, a doente teve reincidência da entorse com rápido retorno do edema e agravamento da dor. Após 6 meses apresenta ainda instabilidade da articulação.

Conclusão: Este caso demonstra que a banalização da entorse da TT faz com que o doente não dê a devida importância ao tratamento e prevenção que devem ser realizados no imediato e na fase de recuperação, podendo resultar numa instabilidade crónica da articulação e consequente incapacidade funcional.

P 04

LOMBALGIA: QUANDO AVALIAR RADIOLÓGICAMENTE?

Ana Sotero
USF Alfa Beja

Introdução: A lombalgia é a raquialgia mais frequente, classificando-se em aguda (< 6 semanas), subaguda (> 6 semanas e < 3 meses) e crónica

(>3 meses). Segundo a OMS, cerca de 80% da população tem ou terá, este tipo de dor. Em Portugal, afecta mais de 70% da população. Pode ser classificada, quanto à sua natureza e de grosso modo, em mecânica (97%) e sistémica (3%), pelo que é fundamental esta distinção na investigação diagnóstica e orientação terapêutica. O objectivo do presente trabalho consiste em determinar a utilidade e quando recorrer ao estudo imagiológico na lombalgia.

Metodologia: Trabalho de revisão sistemática, com pesquisa nos seguintes motores de busca: *Clinicalkey* e *PubMed*, a 15 de Março de 2016. Os termos utilizados foram: *diagnostic, low back pain*. A pesquisa foi limitada a artigos publicados nos últimos 5 anos.

Resultados: Obteve 42 artigos, dos quais selecionei 12 após leitura dos *abstracts*. A abordagem inicial num episódio de lombalgia aguda, deverá ser uma história clínica detalhada e um exame objetivo completo. Os exames imagiológicos estão indicados nos doentes que apresentam “sinais de alerta”. A sua realização, por rotina, não está associada a benefícios clinicamente significativos, mas pode causar danos ao doente com a exposição à radiação.

Discussão: Conclui-se que a abordagem imagiológica da lombalgia esta indicada em casos específicos e não deve ser considerada como primeira abordagem, mas sim dar primazia a uma correta anamnese e exame físico cuidado.

P 05

PREVALÊNCIA DA OSTEOPOROSE NA POPULAÇÃO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Inês Domingues Teixeira¹ e Ana Menezes Sanches²
¹Médica Interna de Medicina Geral e Familiar, ²Médica Assistente de Medicina Geral e Familiar - USF Ribeira Nova - ACES Lisboa Central

Introdução: Segundo o Programa Nacional para as Doenças Reumáticas, uma em cada três mulheres e um a cada oito homens, com mais de 50 anos, são afetados pela osteoporose (OP). O 4º Inquérito Nacional de Saúde estima uma prevalência global de 6,3%. O rastreio de OP está recomendado para todas as mulheres com mais de 65 anos e homens com mais de 70 anos, assim como em indivíduos mais jovens com factores de risco ou causas secundárias conhecidas. O diagnóstico é realizado através da determinação da densidade

mineral óssea com recurso à densitometria óssea de dupla energia (DXA).

Objetivos: Determinar a prevalência de OP nas mulheres acima dos 65 anos e nos homens acima dos 70 anos de uma USF assim como estudar a sua distribuição com base nos resultados da DXA.

Material e métodos: Estudo descritivo transversal a partir de dados colhidos *MIM@UF* e S Clínico referentes à data de 30 de Março de 2016. Os dados foram tratados recorrendo ao programa *Excel*.

Resultados: A amostra é constituída por 2639 indivíduos, dos quais 52,2% mulheres e 47,7% homens. Verificou-se que a OP nesta amostra tem uma prevalência total global de 3,9%. Por género verifica-se uma maior prevalência de OP nas mulheres, 6,7%, enquanto que nos homens situa-se nos 0,9%.

Discussão: Globalmente os resultados são inferiores aos nacionais, sendo esta diferença mais marcante nos homens, estando provavelmente esta patologia subdiagnosticada. Será necessária uma maior sensibilização para a OP que acarreta grande morbi-mortalidade e elevado impacto socioeconómico.

P 06 “ESPINHA BÍFIDA OCULTA” – DIAGNÓSTICO EM ADULTO

Ines Calvino, Mara Galo e Sara Pessoa
USF Oriente

Enquadramento: O disrafismo espinhal fechado (DEF) caracteriza-se por uma falha na fusão dos arcos vertebrais posteriores, sem exposição de tecido neural, estando a lesão coberta por pele íntegra. Pode ser assintomático ou englobar anomalias cutâneas, malformações ortopédicas e/ou sintomas neuro-urológicos por associação ao síndrome da medula ancorada. A radiografia pode detetar defeitos vertebrais, sendo a RMN o exame diagnóstico de eleição.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 20 anos, com queixas de dor lombo-sagrada desde os 15 anos de idade, associada à realização de esforços físicos moderados, sem irradiação ou outra sintomatologia associada.

Em março de 2013 realizou radiografia simples da coluna que evidenciou “espinha bífida oculta em S1”. Em março de 2016 é consultado pela primeira vez pelo seu novo médico de família, referindo

persistência das queixas e pedindo esclarecimentos sobre o resultado da radiografia de 2013. Ao exame objetivo, apresenta tumefação central sagrada com cerca de 2cm, de consistência mole, a condicionar bifurcação da prega interglútea, que refere ter vindo a aumentar de dimensões desde os 17 anos. Apófises espinhosas palpáveis e indolores até L4, não se palpando L5. Sem outras alterações ao exame objetivo. Colocou-se como hipótese diagnóstica um lipoma associado ao DEF e enviou-se para consulta de Neurocirurgia.

Discussão: Para além do achado imagiológico o doente apresenta uma tumefação sagrada e dor lombo-sagrada, tornando-se menos provável tratar-se de um defeito vertebral isolado, justificando-se a realização de RMN para melhor caracterização. Se pertinente, a correção neurocirúrgica poderá prevenir défices neurológicos ou melhorar a sintomatologia presente.

P 07 ABORDAGEM DO PÉ PLANO EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Vanessa Aguiar
Unidade de Saúde de Ilha de São Miguel

Introdução: O pé plano caracteriza-se por uma diminuição do arco plantar e é uma condição frequente. A etiologia e abordagem em adultos e crianças é diferente, sendo habitualmente assintomática e de resolução espontânea nos primeiros 10 anos de vida. Pode ser idiopático (a maioria), ou estar associado a outras patologias, sobretudo na infância. Tendencialmente, o diagnóstico e tratamento são feitos tardiamente, com conseqüente impacto na articulação.

Objetivos: Rever a abordagem médica do pé plano.

Material e métodos: Foi efetuada pesquisa bibliográfica na *Pubmed* de artigos com o termo *MeSH flatfoot*, publicados nos últimos 5 anos, em inglês, português e espanhol.

Resultados: Na história clínica, deve-se avaliar as características da dor e o impacto funcional. O exame físico deve ser feito em carga e sem carga, avaliando a deformidade e a redutibilidade para classificar o pé plano em rígido ou flexível. Os exames complementares de diagnóstico não são imprescindíveis para o diagnóstico.

O tratamento médico consiste em uso de palmilhas e de fisioterapia e a dor aguda requer imobilização

do pé com órteses, podendo-se recorrer a AINE's. Contudo, não há evidência de que estas alterem o curso da doença, servindo apenas para alívio sintomático. Nas crianças assintomáticas, faz-se apenas vigilância, sem qualquer tipo de intervenção.

Discussão: Apesar de ser uma condição frequente, o tratamento médicos são limitados. Ao médico de família cabe detetá-la nas crianças e efetuar vigilância quando assintomático e referenciar se sintomas. No adulto sintomático, tenta-se o tratamento conservador e, se não resultar, referencia-se para eventual cirurgia.

P 08 PREVENÇÃO DA FRATURA OSTEOPORÓTICA – MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

Joana Silva, Pedro Figueira, Ana Teixeira e Graciela Camacho
Centro de Saúde de Santo António e Centro de Saúde de Santa Cruz

Introdução: A fratura é a principal razão pelo qual se deve prevenir e tratar a osteoporose. A carreta diminuição da capacidade funcional, perda de independência nas atividades diárias, deformação esquelética, dor crónica e depressão. Mais, as fraturas osteoporóticas representam em Portugal gastos anuais superiores a 52 milhões de euros. A fratura proximal do fémur é aquela com mais implicações, sendo que apenas 15% dos doentes recuperam a capacidade funcional prévia, 40% ficam com incapacidade grave e 25% morrem no ano seguinte.

Objetivos: Abordagem de estratégias não farmacológicas que minimizem a incidência das fraturas osteoporóticas.

Métodos: Revisão clássica baseada na pesquisa bibliográfica em normas de orientação clínica e artigos publicados em bases de dados científicas, entre 2008 e 2015, utilizando os termos *MeSH: osteoporotic fracture prevention*.

Resultados: A evidência mostra a necessidade de complementar medidas farmacológicas com não farmacológicas para reduzir o risco de fratura osteoporótica. Paralelamente ao controlo dos fatores de risco modificáveis para osteoporose, a preservação da massa osteomuscular através de exercício físico aeróbico, de impacto e de resistência, a prevenção das quedas através do ajuste de terapêutica crónica, despiste de doenças neurológicas e controlo do ambiente circundante, e a utilização de protetores externos da anca são medidas eficazes

na prevenção da fratura.

Discussão: As fraturas osteoporóticas são um crescente problema de saúde pública, sendo necessário otimizar a abordagem atual. Apesar de ser dado um maior enfoque à terapêutica farmacológica, as estratégias não farmacológicas também apresentam eficácia comprovada, sendo uma mais valia a sua complementaridade.

P 09 ESPINHA BÍFIDA OCULTA – RELATO DE CASO

Alice Magalhães, Zhanna Azimka, Fátima Rabaçal
e Maria M. Marques
USF Terras de Cira

Introdução: A espinha bífida oculta é um defeito do encerramento dos arcos e lâminas vertebrais posteriores, que ocorre geralmente ao nível de L5-S1. É o subtipo de espinha bífida mais comum e estima-se que afecte cerca de 10% da população pediátrica. É geralmente assintomática, constituindo um achado imagiológico, mas pode estar associada a dor lombar e défices neurológicos.

Caso clínico: Descreve-se o caso de uma mulher de 27 anos, que recorreu a uma consulta de urgência por dor lombar. Tinha dor lombar desde os 18 anos e referia ter uma malformação congénita da coluna. Negava história de traumatismo. À observação apresentava dor à palpação na região lombo-sagrada, sem desvios da coluna vertebral, contraturas musculares, limitações da mobilidade ou défices motores. Tinha antecedentes de distúrbio de ansiedade e depressão. Estava medicada com anti-depressivo, ansiolítico e anti-inflamatório em SOS. Foi medicada com analgésico, relaxante muscular e anti-inflamatório tópico, associados a repouso e recomendações sobre higiene postural, apresentando melhoria sintomática. Os exames imagiológicos revelaram espinha bífida oculta em S1, sem sinais de agravamento desde o estudo anterior. Apresenta-se um resumo da fisiopatologia, clínica e abordagem desta patologia.

Conclusão: A dor lombar é um dos motivos de consulta mais frequentes em Medicina Geral e Familiar. As malformações da coluna vertebral constituem um diagnóstico de suspeição, sobretudo nas faixas etárias mais jovens. O caso descrito constitui um exemplo de um achado imagiológico que, apesar de raro, poderá estar na origem dos episódios recorrentes de dor lombar.

P 10

IDOSO COM DOR NO PÉ – DOENÇA DE FREIBERG?

Joana Castanheira e Marta Fernandes
USF Fiães, ACeS Entre Douro e Vouga I

Enquadramento: A dor no pé é um problema comum entre os adultos e uma preocupação, particularmente importante, no idoso por condicionar perda de autonomia e funcionalidade. De acordo com um estudo recente seria recomendável que um exame dos pés fosse incluído na avaliação de rotina de pacientes mais velhos.

Caso clínico: Homem, 91 anos, independente nas AVDs, residente com a esposa, dependente de terceiros, ambos acompanhado em consultas domiciliárias, pelas dificuldades de deslocação à unidade de saúde. Antecedentes: hipertensão arterial sem complicações e patologia osteoarticular degenerativa. O utente apresentava quadro de dor no pé direito, predominantemente plantar, de caráter misto, com evolução gradual durante cerca de um ano. Ao exame objetivo verificava-se claudicação da marcha com necessidades de pausas frequentes para se sentar. A cada visita domiciliária surgia a queixa, foi aconselhado repouso e prescritos anti-inflamatórios, com alívio por curto espaço de tempo. A manutenção do quadro álgico justificou a prescrição da radiografia do pé direito, que revelou *hallux valgus*, esporão infero calcâneo e uma deformação e alargamento da cabeça do 2º metatarso indiciando sequelas de doença de Freiberg (necrose avascular do metatarso). O utente encontra-se medicado para a dor e estará informado de que este último achado poderá ter indicação cirúrgica, de acordo com o estado.

Conclusão: A dor no antepé pode ter várias origens neste caso (como o *hállux valgus*, as alterações degenerativas, a doença de Freiberg), mas independentemente deste achado radiológico, que é incomum nesta idade, deve ser valorizada e tratada, para garantir a manutenção da qualidade de vida.

P 11

CAMINHAR NEM SEMPRE É FÁCIL

Sara Martins, Susana Machado, Raquel Mota Faria,
Sónia Azevedo e Margarida Sá

USF Santiago, Centro de Saúde da Marinha Grande, USF
D. Diniz, Centro de Saúde da Marinha Grande, USF Santiago

Introdução: A doença de Ledderhose é uma doença

rara, de etiologia desconhecida, caracterizada por proliferação fibrosa da fáschia plantar, com formação de nódulos plantares. Encontra-se associada a doença hepática alcoólica (DHA), diabetes, alguns fármacos ou forma familiar autossómica dominante. Dá dor e dificuldade na marcha, parestesias (se compressão nervosa). Em casos mais graves há ulceração e sobreinfecção secundária.

O tratamento varia de acordo com a fase da doença. Inicialmente passa por controlar diabetes, cessação dos hábitos alcoólicos, analgesia, uso de palmilhas e calçado adequado. Nas fases avançadas o tratamento de eleição é a cirurgia (recidiva frequente).

Objetivo: Dar visibilidade a esta doença como entidade nosológica, visto a apresentação ser típica, para pronto diagnóstico e tratamento.

Caso clínico: Homem, 50 anos, antecedentes de HTA, que recorreu a consulta com queixas álgicas no pé, claudicação na marcha e nódulo na face interna do arco plantar do pé direito. Pediu-se ecografia de partes moles que mostrou espessamento nodular da fáschia plantar compatível com doença de Ledderhose. Foi referenciado para Ortopedia, onde foi medicado com naproxeno. Por agravamento do quadro, foi associada pregabalina e orientou-se para fisioterapia. Após várias sessões, o utente melhorou tendo retornado à sua vida profissional ativa. Mantém seguimento em Ortopedia, encontrando-se estável.

Conclusão: Esta doença, reconhecida há mais de 100 anos, continua a ser uma patologia complexa no que toca ao diagnóstico e tratamento. Consequentemente, o Médico de Família deve estar atento a esta patologia devido a um aumento da incidência de alguns fatores a ela associados (diabetes, DHA).

P 12

CARACTERIZAÇÃO DA REFERENCIAÇÃO AOS CUIDADOS DE SAÚDE SECUNDÁRIOS EM ORTOPEDIA NUMA USF: ANÁLISE DE TRÊS ANOS

Bruno P. Carreira¹, André Rainho¹; Nadina Sousa²
e Ana Carla Bernardes²

¹Interno do 1º do Internato Complementar em Medicina
Geral e Familiar, USF Santiago, ACES Pinhal Litoral,

²Assistente de Medicina Geral Familiar, USF Santiago, ACES
Pinhal Litoral

Introdução: Os problemas relacionados com o sistema musculoesquelético são os mais prevalentes nos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Neste contexto, o Médico de Família é responsável pelo acompanhamento inicial do doente e decisão quanto à necessidade de referência aos Cuidados de Saúde Secundários (CSS).

Objetivos: Estimar e caracterizar a referência à consulta externa de Ortopedia (CEO) do hospital de referência pela Unidade de Saúde Familiar (USF) Santiago; analisar tempo de resposta hospitalar.

Material e métodos: Estudo: Descritivo, transversal. População: Todos os utentes inscritos na USF. Amostra: Utesentes referenciados para CEO entre 01/01/2013 e 31/12/2015. Fonte de dados: Processos clínicos informatizados (SClínico); programa ALERTP1® e MIM@UF. Análise estatística: *Microsoft Excel 2010*®.

Resultados: Do total de 2233 referências aos CSS, 185 adultos foram referenciados para a CEO, 67% do sexo feminino e 33% do sexo masculino. Na amostra as idades variaram dos 21 aos 84 anos (média de 53,4). Os três principais motivos de referência foram: gonartrose (12,90%), síndrome do ombro doloroso (12,90%) e síndrome do canal cárpico (12,09%) na mulher; gonartrose (14,75%), síndrome do ombro doloroso (14,75%) e gonalgia (13,11%) no homem. O tempo médio de espera pela CEO foi de 52 dias.

Discussão e conclusões: Com estes resultados preliminares, conclui-se que a taxa de referência está de acordo com a observada noutros artigos, existindo uma maior referência de doentes do sexo feminino. A patologia do joelho predomina em ambos os sexos, com tendência para predomínio do síndrome do canal cárpico no sexo feminino.

P 13 GONALGIA NUMA CRIANÇA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

António Marques Teixeira e Carla Silva
Unidade de Saúde Familiar Santo António da Charneca

Enquadramento: Na prática clínica do médico de família, a distinção entre patologia benigna e patologia mais grave é um desafio constante, nomeadamente nas crianças. Assim sendo, somente uma abordagem holística da criança e o acompanhamento constante permitem excluir determinadas patologias.

Caso clínico: Apresenta-se o caso clínico de uma criança, do sexo masculino de 9 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, sem história de

trauma e infecção, com bom desenvolvimento psico-motor e estado-ponderal, que em Fevereiro de 2014, apresentava queixas com um ano de evolução de gonalgia bilateral, tipo moinha, sem irradiação, com duração de algumas horas, 2 a 3 vezes por semana, com agravamento no período vespertino, sem despertar a criança. Nas crises, a gonalgia agravava ao exercício físico e aliviava com repouso e com paracetamol. Ao exame objectivo não apresentava sinais sistémicos, nem alterações, nomeadamente dos joelhos. Perante os possíveis diagnósticos diferenciais, foi pedida radiografia dos joelhos, que não revelou alterações. Os dados obtidos, permitiram o diagnóstico de dores de crescimento, o que possibilitou um aconselhamento e um seguimento adequados.

Conclusão: O caso apresentado pretende alertar para a importância da semiologia adequada na criança e para o papel do médico de família no acompanhamento de patologia mais arrastada, para a qual a tranquilização da família é fundamental. Este caso ilustra bem a prática de um médico de família que lida com a incerteza e que usa a semiologia e os conhecimentos de prevalência como ferramentas fundamentais na clínica.

P 14 FRATURAS DO FÉMUR PROXIMAL EM IDOSOS E TRATAMENTO ANTI-OSTEOPORÓTICO

Patrícia Ladeira, Joana Carvalho e Patrícia Cardoso
USF Buarcos

Introdução e objetivos: A osteoporose é um problema de saúde com grande relevância em termos de saúde pública pelas suas complicações, as fraturas. As fraturas do fémur proximal são as que a curto prazo causam maiores morbidade e mortalidade. Revelam-se fundamentais os esforços nesta área com a adoção de medidas preventivas e a colaboração entre diversas especialidades. Este estudo pretende caracterizar a ocorrência de fraturas do fémur proximal em utentes idosos inscritos numa USF e verificar se estes utentes realizam alguma terapêutica anti-osteoporótica.

Metodologia: Estudo descritivo, observacional. População de utentes inscritos na USF com idade igual ou superior a 65 anos com história de fratura proximal do fémur. A amostra corresponde à população-alvo. Os dados foram recolhidos pela pesquisa no programa *Vitacare*® dos utentes

com codificação L75 (Fratura do fémur), segundo a classificação ICPC-2, na lista de problemas em estado ativo. Foram posteriormente tratados no *Microsoft Excel*.

Resultados: Identificaram-se 20 utentes idosos com antecedentes de fratura do fémur proximal. A maioria dos utentes pertencia ao sexo feminino (80%). Apresentavam uma idade média de ocorrência de fratura de 82,3 anos. As fraturas localizaram-se maioritariamente ao colo femoral (80%). Verificou-se que 20% dos utentes faziam terapêutica anti-osteoporótica.

Discussão e conclusões: Apesar de algumas limitações do estudo, foram encontrados dados epidemiológicos próximos aos referenciados na literatura. Verificou-se que existem oportunidades de melhoria nesta área, nomeadamente ao nível da prescrição de terapêutica anti-osteoporótica. A sensibilização dos profissionais de saúde para a adoção de medidas preventivas no combate à osteoporose é fundamental.

P 15 **OSTEOCONDROMATOSE MÚLTIPLA FAMILIAR** **– CASO CLÍNICO**

Raquel Osório, Helena Isabel Fernandes, Rita Ferrão, Helena Clemente, Tomásia Cafofo e Licínio Fialho
USF Global, Nazaré

Introdução: Os osteocondromas são a neoplasia óssea benigna mais frequente, correspondendo a 20% - 50% dos tumores ósseos benignos, podendo apresentar-se de forma solitária ou múltipla. A osteocondromatose múltipla familiar é uma doença hereditária autossómica dominante em que ocorre a existência vários osteocondromas. As lesões são raramente presentes ao nascimento e 80% dos casos são diagnosticados na primeira década de vida.

A gravidade da doença pode variar desde ligeira a muito incapacitante.

A literatura mostra uma ampla variação nas taxas de transformação maligna dos osteossarcomas em doentes portadores desta doença. O risco de desenvolvimento de sarcoma exige por isso que todos estes doentes sejam vigiados de forma regular.

O tratamento consiste na ressecção das exostoses com sinais de transformação maligna, ou complicações: compressão de estruturas tendinosas, nervosas ou vasculares.

Apresentação do caso M.J, com 4 anos de idade, sexo feminino, nacionalidade Portuguesa; recorre a consulta com o seu médico de família por aparecimento de um “caroço” no braço direito, sem qualquer história de traumatismo ou outro sintoma associado, nomeadamente, sem dor ou outros sinais inflamatórios, febre ou sintomas constitucionais como perda de peso ou fadiga. Como antecedentes familiares, a mãe referiu dois casos de osteocondromatose múltipla familiar (pai e avô). Ao exame objectivo a única alteração verificada foi a palpação de protuberância óssea ao nível do terço superior do úmero à direita. Foi pedido estudo analítico e uma radiografia ao braço direito. Na consulta seguinte, não se verificou qualquer alteração do estudo analítico. A radiografia mostrou lesão de continuidade do osso cortical e esponjoso com o osso adjacente, compatível com osteocondroma. A criança foi encaminhada para uma consulta de ortopedia pediátrica, na qual foi confirmado o diagnóstico de osteocondromatose múltipla familiar.

Conclusão: Osteocondromas são lesões benignas que não afetam a expectativa de vida. No entanto, o risco de transformação maligna (condrossarcoma secundário) deve ser tomado em consideração, sobretudo em casos de osteocondromas múltiplos. É por isso muito importante que os médicos de família tenham em mente este tipo de patologia familiar para uma maior vigilância, com diagnóstico precoce, evitando as suas complicações.

P 16 **NEM TODA A GONALGIA É GONARTROSE:** **A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Andreína de Sousa Fernandes, Sara Pinguelo Santana, Maria Inês Vasconcelos e Sandra Januário
USF Atlântico Norte

Enquadramento: A degenerescência articular do joelho é das causas mais frequentes de gonalgia com incapacidade funcional. A gonartrose pode resultar de traumatismo, infecção, meniscectomia, lesão ligamentar ou outra lesão articular, mas na maioria dos casos não tem etiologia aparente (artrose idiopática). Tipicamente manifesta-se com dor mecânica, que agrava no esforço e alivia com o repouso e com o uso de anti-inflamatórios e/ou condroprotetores.

Caso clínico: Homem, 56 anos, caucasiano, construtor civil, com antecedentes de diabetes *mellitus*

e HTA, que recorreu à consulta por gonalgia esquerda, de ritmo mecânico, início insidioso, com cerca de 6 meses de evolução. Negava factores de agravamento ou alívio, irradiação, história de traumatismo ou outros sintomas. Apresentava resposta apenas parcial ao tratamento médico instituído. À observação não apresentava derrame articular, instabilidades clínicas e tinha mobilidades, força e sensibilidades preservadas. Referia dor discreta, bilateral, à palpação da articulação femuro-patelar e apresentava tumefacção palpável na face anterior distal do fémur esquerdo. Atendendo à refractariedade ao tratamento e às alterações ao exame objectivo, realizou radiograma que revelou lesão expansiva na extremidade distal do fémur esquerdo com cerca de 7cm. Realizou TAC que mostrou lesão compatível com osteocondroma. O doente foi referenciado a consulta de Ortopedia onde foi proposto para exérese da lesão.

Discussão: À semelhança do que ocorre na gonartrose, a dor também é um dos sintomas iniciais nos casos de tumores musculoesqueléticos sendo importante o diagnóstico diferencial nos casos de dor mecânica, contínua e persistente mesmo durante o repouso e resistente ao tratamento farmacológico.

P 17 **UMA COMPARAÇÃO ENTRE DIFERENTES MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS NA AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE TAMANHO CORPORAL E O RISCO DE LOMBALGIA CRÓNICA: O ESTUDO HUNT**

Sara Araújo Machado, Ana Matos Coronha, Ana Paula Cardoso, Ana Sofia Pena, Mariana Anete Mira, Susana Cordeiro Rita e Virgínia Carreiras

USF Samora Correia, ACES Estuário do Tejo

Introdução: Estudos prévios sugerem um maior risco de lombalgia em indivíduos obesos. Está ainda por estabelecer qual a medida antropométrica mais indicada na avaliação desse risco.

Objetivos: Neste estudo estabelece-se uma relação entre o risco de lombalgia, de novo ou recorrente/persistente, e diferentes medidas antropométricas: peso corporal, índice de massa corporal (IMC), perímetro abdominal, perímetro da anca e razão abdómen/anca.

Métodos: Num estudo coorte, usando os dados colhidos na população Norueguesa pelo estudo HUNT2 (1995-97) e HUNT3 (2006-08), subdivididos em dois grupos – sem história prévia de

lombalgia (10.059 mulheres e 8725 homens), e com história prévia de lombalgia (3883 mulheres e 2662 homens), e com um período de seguimento de cerca de 13 anos, realizou-se a análise estatística usando modelo linear com ajuste para potenciais factores de confusão.

Resultados: Associações positivas entre lombalgia e peso corporal, IMC, perímetro abdominal e perímetro da anca foram encontradas para mulheres com história prévia de lombalgia e para homens sem história de lombalgia, após ajuste para potenciais factores de confusão. Ajustes adicionais para outras medidas antropométricas destacam a magnitude da associação entre peso corporal e lombalgia em mulheres com história prévia, e em homens. As associações estabelecidas com a razão abdómen/anca não foram estatisticamente significativas.

Conclusão: Os resultados obtidos contribuem para a compreensão dos mecanismos causais e potenciais medidas preventivas da lombalgia, servindo de orientação para estudos futuros, e destacando o papel do peso corporal e do potencial das alterações estruturais e mecânicas da coluna na sua fisiopatologia.

P 18 **SÍNDROME DO CANAL CÁRPICO NA GRAVIDEZ**

Jonathan Caires e Mara Galo

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Marvila; Unidade de Saúde Familiar Oriente

Introdução: A síndrome do canal cárpico (SCC) manifesta-se por sintomas neurológicos resultantes da compressão do nervo mediano ao nível do canal cárpico. Durante a gravidez, a mulher sofre alterações hormonais e fisiológicas que promovem a retenção hídrica, predispondo-a para o desenvolvimento desta síndrome.

Objetivos: Revisão sistemática da literatura sobre a síndrome do canal cárpico na gravidez.

Material e métodos: Pesquisa bibliográfica de artigos, na *PubMed*, na língua inglesa, publicados entre 01/01/2005 e 29/02/2016, utilizando os termos: *Carpal tunnel syndrome* e *pregnancy*. Foram obtidos 51 resultados dos quais, após a leitura dos resumos, foram seleccionados 16 artigos relevantes.

Resultados: Vários estudos comprovam um aumento da prevalência da SCC durante a gravidez, com um aumento da gravidade dos sintomas com

o avançar da idade gestacional. De entre os sintomas, o mais frequentemente reportado é parestesia – em especial, formigueliro – de predomínio noturno. Habitualmente os sintomas são aceites pelas grávidas como parte integrante e normal da gravidez, sendo que cerca de 50% dos casos remitem após o parto.

Discussão e conclusões: Apesar da correlação bem estabelecida entre gravidez e SCC, e da grande prevalência desta patologia, existe um provável subdiagnóstico, uma vez que na maioria dos casos não são reportados sintomas pelas grávidas. Mesmo com o potencial de remissão no pós-parto, é necessário estar alerta para esta patologia, questionando ativamente de forma a diagnosticá-la e tratá-la, reduzindo o impacto que possa existir na qualidade de vida da grávida.

P 19 **ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO ESTERÓIDES** **NO ENTORSE DO TORNOZELO:** **BENEFÍCIO OU RISCO?**

Janine Correia e Juliana Caçoilo
USF Oriente, ACES Lisboa Central

Introdução: O entorse do tornozelo é um dos problemas músculo-esqueléticos mais prevalentes em Medicina Geral e Familiar, sendo a inversão o mecanismo mais comum de trauma. Na maioria dos casos de entorse, o tratamento é conservador. A prescrição de anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) e o tempo de utilização desta classe farmacológica no entorse, são temas de debate na comunidade científica, uma vez que se questiona a eventual influência negativa na cicatrização dos tecidos.

Objetivos: Rever a evidência existente sobre o uso de AINEs no entorse do tornozelo.

Métodos: Foi realizada uma pesquisa bibliográfica de artigos (meta-análises (MA), revisões sistemáticas (RS) e normas de orientação clínica (NOC)) publicados nos últimos 10 anos, nas bases de dados da *Medline/Pubmed*, *Cochrane Library*, *National Guideline Clearinghouse* com as seguintes termos *MeSH: ankle injuries and anti-inflammatory agents, nonsteroidal*. Os níveis de evidência (NE) e as forças de recomendação (FR) foram avaliados de acordo a escala *Strength of Recommendation Taxonomy (SORT)*, da *American Academy of Family Physicians*.

Resultados: A maioria dos estudos encontrados evidenciou a vantagem do uso de AINEs na anal-

gesia e na redução do edema nas fases subaguda e aguda do entorse do tornozelo (NE 2).

Discussão e conclusões: A evidência disponível suporta o uso de AINEs nas fases subaguda e aguda do entorse do tornozelo (FR B). Contudo, continua a existir controvérsia no que concerne ao tempo de prescrição uma vez que parece existir maior risco de recorrência nos doentes medicados com AINEs, sendo necessários mais estudos com elevada qualidade metodológica.

P 20 **TIRAR A PRÓTESE PARA VOLTAR A ANDAR** **– A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Joana Miguel Dutra e Mariana Cerejo
USF Arruda - ACES Estuário do Tejo

A artrite séptica periprotética configura uma das complicações mais graves da cirurgia reconstrutiva ortopédica, estimando-se uma incidência de 1% em artroplastias primárias da anca e de 5% nas artroplastias de revisão da mesma. As opções terapêuticas no decurso deste quadro não são consensuais, sendo a sua base de evidência científica débil.

Homem, 80 anos, antecedentes pessoais de Diabetes *Mellitus* tipo 2, HTA, insuficiência cardíaca, obesidade e fibrilhação auricular, medicado. Submetido a artroplastia primária em 2009, em contexto de coxartrose direita, com revisão periprotésica 2 anos mais tarde, tendo-se realizado substituição do componente da cabeça femoral. Desde então, manteve episódios recorrentes de drenagem sero-purulenta na região da incisão. Em Dezembro de 2014 teve quadro súbito de tumefacção com sinais inflamatórios, recorrendo ao Hospital, onde foi submetido a nova revisão cirúrgica. Neste contexto, objectivou-se quadro de artrite séptica periprotética, tendo tido múltiplas complicações no decurso do internamento que levaram, em última instância, à extracção da prótese total da anca, sem manutenção de qualquer espaçador ou apoio intra-articular. Teve alta com total desarticulação coxofemoral direita e indicação ortopédica para reforço da musculatura envolvente, através de tratamentos de fisioterapia, tendo probabilidade de realizar a marcha sem limitações. A patologia da articulação coxofemoral contribui para a deficiente execução das actividades básicas da vida diária. A opção terapêutica de fortalecimento e reforço articular através de medicina

física e reabilitação nem sempre obtém resultados satisfatórios. A investigação de novas terapêuticas contribuiria assim em grande escala para a melhoria da qualidade de vida destes doentes.

P 21 **DÉFICE DE VITAMINA D NA OBESIDADE INFANTIL**

Susana Cordeiro Rita, Ana Matos Coronha, Ana Paula Cardoso, Ana Sofia Pena, Mariana Anete Mira, Sara Machado e Virgínia Carreiras
USF Samora Correia

Introdução: A vitamina D é um nutriente lipossolúvel essencial para a homeostasia do metabolismo ósseo. Cada vez mais surgem estudos sobre a importância multiorgânica desta vitamina na obesidade infantil.

Objetivo e métodos: Proporcionar uma revisão narrativa da relação entre a obesidade infantil e o défice de vitamina D.

Resultados: A carência de vitamina D em idade pediátrica corresponde a um valor abaixo de 20 ng/mL. Os grupos de risco para esta situação incluem doentes crónicos, crianças de raça negra, desnutridas ou sob medicação crónica ou com pouca exposição solar. Recentemente foram incluídas as crianças obesas, com um risco até quatro vezes superior deste défice *versus* crianças normoponderais. Foram propostas como explicações: diminuição da ingestão, menos atividades ao ar livre, sequestração da vitamina D pelo tecido adiposo e inibição da síntese renal da vitamina D pela leptina. Além da repercussão no pico de massa óssea, na obesidade infantil em particular, a deficiência desta vitamina poderá crescer ao já existente risco de desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2, doenças autoimunes, complicações cardiovasculares e maior probabilidade de fraturas ósseas.

Conclusão: Segundo a Sociedade Portuguesa de Pediatria, está recomendada a suplementação oral 666UI/dia de vitamina D até aos dezoito anos. Em casos de especial risco, como a obesidade, o médico de família deverá estar atento aos factores de risco, à presença e às complicações do défice de vitamina D. O doseamento regular desta vitamina deverá ser realizado, para ajuste da sua dose diária.

P 22 **ABORDAGEM À DOENÇA DISPLÁSICA DA ANCA**

António Mesquita¹, Afonso Vale² e Ludmila Martins¹
¹USF Alma Mater, ²UCSP Carmaxide

Introdução: A doença displásica da anca (DDA) é uma entidade músculo-esquelética comum em recém-nascidos, definida por displasia ou malformação do acetábulo.

Objetivo: Revisão de tema e de abordagem à doença displásica da anca.

Materiais e métodos: Recorremos a uma revisão recente (últimos 8 anos) da literatura sobre este tema na *PubMed* e outras bases de dados. Termos *Mesh*: *Hip dislocation*; congénita.

Resultados: A DDA é uma entidade mais frequente do que geralmente é perceptível pelos técnicos de saúde. Independentemente de ser tratada ou não, estas crianças têm uma maior incidência de osteoartrose da anca precoce em idade adulta.

O uso de fraldas duplas é desaconselhado por ser ineficaz e conferir um falso sentimento de segurança aos pais.

A abordagem passa então por uma recolha cuidada de história clínica e um exame físico que inclua a pesquisa de sinal de Ortolani, Barlow, Galeazzi e assimetria de pregas. Na presença de um caso suspeito mas clinicamente normal, deverá ser pedida uma ecografia (após as 3-4 semanas). Após 4 meses um RX Anca em AP. O tratamento varia de acordo com a idade e gravidade, mas pode passar pela aplicação de arnês de Pavlik, redução incruente e contenção ou redução cirúrgica.

Conclusão: A detecção, referência hospitalar e tratamento precoces são a chave para uma correta abordagem às crianças com esta patologia.

P 23 **GONALGIA: UM CASO DE PATELA ALTA**

Sofia Remtula e Tiago Castelar Gonçalves
USF Conde de Oeiras, ACES Lx Ocidental e Oeiras

Enquadramento: Aproximadamente 30% dos indivíduos fisicamente activos apresentam queixas de dor anterior nos joelhos que limitam as actividades básicas do dia-a-dia, podendo causar diminuição do desempenho profissional. Existem vários factores desencadeantes de dor anterior nos joelhos, entre eles a patela alta.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma doente do sexo feminino, 40 anos, raça caucasiana, educa-

dora de infância, que em consulta programada refere gonalgia esquerda com 4-5 meses de evolução, de instalação insidiosa, difusa e incapacitante, localizada principalmente na região anterior do joelho esquerdo. Ao exame objectivo destacou-se edema do joelho esquerdo, dor à palpação da entrelinha interna, movimentos activos e passivos dolorosos, mobilização activa da rótula dolorosa. A doente é submetida a radiografia que revela diminuição da entrelinha compartimental interna, sendo encaminhada para consulta de Ortopedia no HSFx, onde é observada e submetida a radiografia e ressonância magnética ao joelho esquerdo e medicada com celecoxib 200mg. Dos exames realizados salienta-se o diagnóstico de patela alta e condropatia patelar. É posteriormente medicada com glucosamina e encaminhada para o Médico de Família.

Discussão: Patela alta é um defeito posicional que se define como um desalinhamento superior da patela relativamente à tróclea femoral. O quadro clínico pode estar associado a maior risco de osteoartrose do joelho, condromalácia patelar, lesão ligamentar, entre outros. É, portanto, indispensável aos Médicos de Família conhecerem os passos essenciais do exame músculo-esquelético para diagnosticarem atempadamente possíveis casos de patela alta, atrasando a evolução da história natural e minimizando a limitação da vida dos doentes.

P 24 **COXARTROSE: ARTICULAÇÃO ENTRE O MÉDICO DE FAMÍLIA E O ORTOPEDISTA**

Pedro Barreira e Mariana Amaral
USF Alcáis - ACes Cascais USF Covelo - ACes Grande Porto VI

Segundo a Organização Mundial de Saúde a osteoartrose será em 2020 a quarta causa de incapacidade, sendo atualmente a terceira causa responsável pela perda de anos de vida, originando principalmente dor e limitação funcional, que podem comprometer tanto as atividades instrumentais como as atividades da vida diária. Com o envelhecimento populacional prevê-se que a prevalência da coxartrose aumente, constituindo um grave problema de saúde pública e económico. A coxartrose é o resultado de um conjunto de eventos mecânicos e biológicos que afeta o normal processo de degradação e síntese dos condrocitos da cartilagem articular, matriz extracelular e osso subcondral. Pode ser dividida em primária ou

secundária, e sub-dividida em diversas etiologias. O diagnóstico baseia-se fundamentalmente na combinação entre achados clínicos e imagiológicos. O tratamento pode ser não cirúrgico e cirúrgico. O primeiro envolve medidas farmacológicas (terapêutica analgésica, anti-inflamatória, corticoterapia, condroproteção, e visco-suplementação), termoterapia (calor superficial, profundo), eletroterapia, massoterapia, mecanoterapia e hidroterapia. A vertente cirúrgica apresenta duas opções: cirurgias que preservam a articulação da anca e as que envolvem a reconstrução da articulação da anca. Falamos agora de envelhecimento ativo, e na senda do processo de otimização das oportunidades de saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida urge articular as abordagens dos cuidados de saúde primários com as competências hospitalares, no sentido de melhor referenciar e otimizar o cuidado de saúde do doente. A ligação estreita entre o Médico de Família e o Ortopedista, permitirá definir uma estratégia célere e eficaz no tratamento do doente.

P 25 **GONALGIA NO ADOLESCENTE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Mariana Sousa Silva, Filipa Granado e Rui Queiroz Valério
UCSP Póvoa de Santa Iria, ACES Estuário do Tejo

Enquadramento: A doença de Osgood-Schlatter é uma síndrome de sobrecarga que resulta em apofisite de tração da tuberosidade anterior da tíbia. Ocorre geralmente durante o período de crescimento máximo da adolescência, em jovens atletas que praticam desportos com sobrecarga dos joelhos. O sexo masculino é afetado com maior frequência. O diagnóstico é clínico e manifesta-se por dor, edema, calor e sensibilidade à palpação sobre a tuberosidade anterior da tíbia. O tratamento conservador é bem-sucedido na maioria dos pacientes. Na sua maioria, é uma condição auto-limitada que remite após um período de modificação da atividade, ocorrendo a resolução definitiva quando os pacientes atingem a maturidade óssea.

Resumo: Adolescente de 14 anos, sexo masculino, previamente saudável, que numa consulta de rotina refere gonalgia bilateral frequente, mais intensa após esforços físicos. Da anamnese salienta-se a prática de natação e futebol, sem história de traumatismo recente ou síndrome febril. Ao exame objetivo, salientava-se palpação dolorosa

da tuberosidade anterior da tíbia, bilateralmente, sem outras alterações de relevo. Para excluir outras lesões da tíbia proximal foi pedido uma radiografia do joelho que o utente trouxe na consulta seguinte e que revelou ser normal.

Discussão e conclusão: A doença de Osgood-Schlatter é uma das possíveis causas de diagnóstico diferencial de gonalgia em jovens durante o crescimento, especialmente nos praticantes de desporto. Sendo que a maioria responde bem às medidas conservadoras (modificação da atividade, gelo, alongamento e exercícios de fortalecimento), é importante informar a família e o jovem de forma a serem ativamente envolvidos no seu próprio sucesso terapêutico.

P 26 **LOMBALGIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE** **PRIMÁRIOS – CASUÍSTICA DE UMA UNIDADE** **DE SAÚDE**

Ana Simões, Alda Linhares e Humberto Vitorino
USF Cruz de Celas - Coimbra

Introdução: A lombalgia é um sintoma frequente nos CSP constituindo um dos principais motivos de consulta em MGF.

Objetivo: Caracterização da abordagem dos quadros de lombalgia numa USF.

Metodologia: Estudo retrospectivo, descritivo com consulta do processo clínico informatizado (*MedicineOne®*) dos utentes adultos codificados com L03, L84 e L86 do ICPC-2 entre 01/03/2015 e 29/02/2016 na USF Cruz de Celas. Variáveis: sexo, idade, terapêutica, exames complementares de diagnóstico (ECD), número de dias de incapacidade para o trabalho (CIT), referência aos CSS, recorrência do episódio e antecedentes pessoais de lombalgia. Dados processados no *Microsoft Excel® 2010*.

Resultados: Foram elegíveis 277 utentes, 65% mulheres, com média de idades de 55,3 anos. Os fármacos mais prescritos foram os AINE's seguidos pela associação de paracetamol com tiocolquicosido. Em 47,3% dos casos foram requisitados ECD, na maioria radiografia lombar (55,6%). Foi concebido CIT em 21,3% das situações sendo a média de 29,2 dias. Foram referenciados para os CSS cerca de 1/3 dos utentes, a maioria para MFR (64,8%). Verificou-se recorrência da sintomatologia em 23,5% dos casos e em 28,9% existiam antecedentes de lombalgia.

Discussão e conclusão: As características demográficas estão de acordo com a literatura. Apesar de eficazes, os AINE's devem constituir opção quando o paracetamol isolado não é eficaz. Também o pedido de ECD deve ser revisto, dado não estar indicado na maioria dos casos iniciais de lombalgia. A boa gestão desta condição, pelo Médico de Família, é fundamental e a realização deste tipo de estudos torna-se pertinente pois permite-nos corrigir e melhorar a nossa prática clínica.

P 27 **FRACTURA VERTEBRAL NA ADOLESCÊNCIA**

Cristina Ornelas e Vítor Menezes
Hospital Dr. Nélio Mendonça-SESARAM EPE

Enquadramento: As fracturas da coluna vertebral podem ser classificadas de acordo com o mecanismo da lesão em compressão, distração e rotação. A fractura por compressão ocorre quando a força compressora é superior à resistência do osso, sendo mais comum em idosos e no sexo feminino. As causas podem ser um acidente de viação ou queda em altura. O tratamento de primeira linha é o conservador e analgesia. Em caso de compressão medular com comprometimento neurológico, o tratamento é cirúrgico.

Caso clínico: M.F., 14 anos, trazida pelos Bombeiros ao Serviço de Urgência do hospital central, na sequência de um acidente de viação. À admissão apresentava-se vigil e colaborante, com queixas de dor ao nível da coluna vertebral. Foram realizados exames analíticos e radiológicos. A TC revelou: "...fractura anterior do corpo de L4, aparente fractura do bordo posterior de L3 e fracturas transversas de L1 a L5". A adolescente ficou internada no Serviço de Pediatria, com o apoio da Ortopedia a realizar tratamento conservador e cinco semanas depois teve alta.

Discussão: Na adolescência a segurança e proteção individuais são muito importantes: utilização de capacete de proteção (veículos motorizados) e cinto de segurança (veículos automóveis). Neste caso há o relato da jovem de que estaria a utilizar cinto de segurança, o que não foi comprovado no local do acidente (embate com projeção do veículo e queda de alguns metros). A utilização de mecanismos de proteção nesta faixa etária permite evitar lesões mais graves, algumas delas fatais e incapacitantes para toda a vida.

P 28

DISPLASIA DA ANCA – A MARCHA DA INFÂNCIA À IDADE ADULTA

Raquel Sanches, Sara Carmona, Áurea Farinha e Teresa Libório

USF São Julião - ACeS Lisboa Ocidental e Oeiras

Introdução: A displasia de desenvolvimento da anca (DDA) engloba o espectro de alterações estruturais desta articulação durante o seu desenvolvimento. Quando não identificada e tratada atempadamente pode ter consequências graves e limitantes. Os protocolos de rastreio são fundamentais na sua identificação precoce, aumentando a taxa de sucesso do tratamento conservador e evitando a realização de procedimentos invasivos. O diagnóstico e tratamento precoces não excluem, no entanto, a possibilidade de recorrência na adolescência ou idade adulta, como descrito no caso apresentado.

Caso clínico: Jovem do sexo feminino, 28 anos, com antecedentes de DDA unilateral esquerda submetida a tratamento conservador, seguida em consulta de ortopedia até aos 18 anos. Recorre à consulta por coxalgia esquerda com 3 meses de evolução, irradiada pela face pósterio-externa da coxa até ao joelho, associada a parestesias, aliviando na abdução e rotação externa da anca. Objetivamente apresentava dor à palpação do grande trocânter esquerdo, na adução e rotação interna da anca ipsilateral, amplitude dos movimentos articulares mantida e manobra de Lasègue negativa. Após investigação, identificou-se displasia da anca esquerda e encaminhou-se para consulta de ortopedia, tendo sido realizada osteotomia periacetabular de Bernese com resolução da sintomatologia.

Conclusão: A etiologia da displasia da anca em adolescentes e adultos jovens permanece controversa, embora se reconheça que naqueles com antecedentes de DDA poderá existir displasia residual. Esta apresenta, frequentemente, uma evolução insidiosa e o tratamento preconizado, numa fase precoce, é a osteotomia periacetabular. O seguimento prolongado e o reconhecimento da sintomatologia são fundamentais na deteção atempada da displasia, evitando a progressão para osteoartrite degenerativa.

P 29

DEFORMIDADES CONGÊNITAS DO PÉ – COMO ABORDAR? QUANDO REFERENCIAR?

Fabiana Peixoto, Pedro Couto, Pedro Mendes e Rosa Barreira

USF Valongo

Introdução: As deformidades congénitas dos pés são patologias frequentes, algumas delas afetando 1-2:1000 recém-nascidos (RN). Perante um RN com deformidade do pé, importa perceber se se trata de uma deformidade postural e flexível ou patológica e rígida, pois a sua abordagem é totalmente diferente. A grande maioria destas patologias não necessita de tratamento cirúrgico. No entanto, são frequentemente motivo de preocupação por parte dos pais, pelo que é essencial que o médico de família (MF) as saiba orientar.

Objetivos: Os autores pretendem fazer uma revisão acerca das deformidades congénitas do pé mais frequentes, clarificando a sua abordagem.

Material e métodos: Foi realizada uma pesquisa bibliográfica, nas línguas inglesa e portuguesa, utilizando os termos: *foot deformities*, congenital.

Resultados: O metatarso aducto é muito comum (1-2:1000 nascimentos). É geralmente flexível, resolvendo espontaneamente. O metatarso varo, mais raro, é uma deformidade rígida que implica tratamento com gessos seriados, seguido de ortóteses para manutenção da correção. O pé calcaneovalgo é uma deformidade postural que resolve espontaneamente. O pé boto (1-2:1000 nascimentos) é tratado habitualmente através da colocação de gessos sequenciais. O pé plano congénito é uma deformidade patológica tratada cirurgicamente, e o seu prognóstico depende do diagnóstico precoce.

Discussão e conclusões: A avaliação do pé é essencial na avaliação do RN e permite muitas vezes o diagnóstico sem necessidade de exames auxiliares. A avaliação de ambos os pés permite-nos avaliar assimetrias e aumentar a suspeição de deformidade patológica. Cabe, assim, ao MF conseguir diferenciar uma deformidade benigna de uma patológica, e ter a capacidade para tranquilizar os pais ou referenciar à consulta de especialidade, consoante as características da deformidade.

P 30

“GONARTROSE CIRÚRGICA”: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO DE DISSOCIAÇÃO CLÍNICO-IMAGIOLÓGICA

Sara Pinguelo Santana e Romeu Pinho
USF Atlântico Norte - ACES Baixo Vouga; CHBV - Hospital de Aveiro

Enquadramento: A gonartrose é uma doença degenerativa articular crónica e uma das causas mais frequentes de incapacidade, sobretudo nas fases agudas. Mesmo nos casos mais avançados a conjugação de medidas conservadoras pode ser suficientemente benéfica e apenas na falência destas deve ser ponderada cirurgia.

Caso clínico: Homem, 85 anos, caucasiano, reformado (agricultor), hipertenso, com fibrilhação auricular e anticoagulado com varfarina, que recorre à consulta por gonalgia à direita de ritmo misto com uma semana de evolução, que já tinha motivado duas observações no SU de Ortopedia com indicação para tratamento conservador e referência à especialidade. À data negava traumatismo recente ou febre. Apesar da idade, o doente era independente (escala de Barthel) e as queixas muito limitativas nas actividades de vida diária. À observação apresentava claudicação, joelhos varos, derrame articular moderado, crepitação patelo-femural, dor a palpação da linha articular, limitação à flexão e extensão do joelho direito. Referia dor de intensidade 7/10. Radiologicamente, apresentava uma gonartrose bilateral, estadio IV de Ahlback e, por isso, clara indicação cirúrgica que o doente recusou. Na fase aguda a opção terapêutica foi conservadora (repouso, analgesia e fisioterapia). O doente mantém-se desde há 2 anos sem surtos de agudização, com funcionalidade mantida, pontuando 68,2 % no *Score* de WOMAC.

Discussão: Os autores pretendem salientar a importância da abordagem integrada do doente e da individualização do risco-benefício da terapêutica, já que nem sempre a gravidade radiológica se traduz em clínica incapacitante, não sendo também desprezíveis as complicações associadas à substituição protésica do joelho.

P 31

ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO ESTERÓIDES NO TRATAMENTO DAS ENTORSES DO TORNOZELO: QUE EVIDÊNCIA?

Irene Isabel Donat Trindade e Ana Filipa Bastos Dias
USF Descobertas, ACES Lisboa Ocidental e Oeiras ESF Monte Pedral, ACES Lisboa Central

Introdução: Surge cada vez mais evidência acerca do efeito dos anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) na cicatrização de lesões dos tecidos moles e eventual papel da inflamação na recuperação das entorses do tornozelo.

Objetivo: Rever a evidência sobre eficácia e segurança dos AINEs no tratamento da entorse do tornozelo.

Metodologia: Revisão baseada na evidência elaborada através dos modelos *Population, Intervention, Comparison and Outcome* e *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis*. Fontes de dados: *Pubmed* e *Tripdatabase*. Critérios de inclusão: estudos sobre eficácia e segurança do tratamento de entorses do tornozelo com AINEs por via tópica e oral.

Resultados: Foram identificados 438 artigos, 15 dos quais cumpriam os critérios de inclusão: 7 ensaios clínicos controlados e aleatorizados, 4 revisões sistemáticas, 2 estudos retrospectivos e 2 normas de orientação clínica. Verificou-se uma diminuição da dor com as 2 vias de administração de AINEs, contudo sem evidência consistente da fase da lesão em que esse efeito é produzido. A redução do edema articular associado ao AINE não foi consistente em todos os estudos. A instabilidade articular e a amplitude de movimentos foram avaliadas por um dos estudos que mostrou maior instabilidade e menor amplitude de movimentos nos indivíduos sujeitos à toma de AINE por via oral. Ocorreram efeitos adversos ligeiros a moderados associados a AINEs tópicos e orais.

Discussão e conclusão: Não existe evidência suficiente que permita ao clínico decidir com elevado grau de certeza sobre a utilização de fármacos AINEs no tratamento da entorse do tornozelo, sendo necessário um maior número de estudos.

P 32 **DOENÇA DE KÖHLER - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Sofia da Silva Reis

USF São João do Pragal - ACES Almada Seixal

Enquadramento: A doença de Köhler é uma osteocondrite que afecta o escafoíde társico, sendo mais comum nas crianças de 3 a 5 anos e no sexo masculino (5:1). A sua etiologia é desconhecida. A sintomatologia mais comum é a dor, associada a claudicação da marcha por posição antiálgica. Ao exame objectivo pode haver dor a palpação do escafoíde. O diagnóstico é essencialmente clínico. A abordagem passa por medidas sintomáticas, a evolução é benigna e a remissão acontece em 18 a 24 meses.

Caso clínico: Menina de 36 meses observada em consulta de vigilância de Saúde Infantil. A mãe refere que tem dificuldade em comprar calçado para a criança porque os sapatos ficam sempre “mais apertados” no pé esquerdo e que por vezes tem a sensação que a filha tem dor. Apresenta assimetria do dorso do pé, com discreto edema na região médio-társica esquerda e alguma dor à palpação. Pediu-se radiograma de ambos os pés que revelaram “Alteração morfo-estrutura do escafoíde társico esquerdo podendo traduzir incipiente epifisite a merecer valorização no contexto clínico e a manter sob controlo caso este assim o justifique”. Aguarda consulta de Ortopedia Infantil no hospital da área de residência desde Dezembro 2015.

Discussão: A doença de Köhler é uma osteocondrite do escafoíde társico na infância. O médico de família tem, na consulta de vigilância da saúde infantil, uma papel importante no diagnóstico e encaminhamento para a consulta hospitalar.

P 33 **CASO CLÍNICO: “SERÁ QUE ESTÁ FRATURADO?”**

Alda Linhares e Ana Simões

USF Cruz de Celas, Coimbra

Enquadramento: As fraturas da tacícula radial representam cerca de um terço de todas as fraturas do cotovelo e são duas vezes mais frequentes no género feminino. Dependendo do tipo, podem ser tratadas de forma conservadora ou com recurso a cirurgia.

Caso clínico: Mulher, 64 anos, caucasiana, professora, casada, pertencente a família nuclear e em fase VI do ciclo de Duvall. Em janeiro de 2016 sofre

queda da própria altura com traumatismo direto do cotovelo direito. Na altura não procurou cuidados médicos tendo ficado com hematoma local que entretanto reabsorveu. Cerca de um mês após o traumatismo deslocou-se a consulta na USF por manter dor e dificuldade na extensão completa do cotovelo. Foram pedidas radiografias do cotovelo e punho, cujo resultado evidenciou fratura da tacícula radial, com discreto desalinhamento dos topos e ainda sem calo ósseo presente. Fez-se referenciação ao Serviço de Urgência hospitalar de Ortopedia onde se optou por realizar tratamento cirúrgico com recurso a osteossintese. Ficou com imobilização durante duas semanas, encontrando-se, no momento, a iniciar processo de mobilização activa da articulação. Está com certificado de incapacidade temporária para o trabalho desde o início do processo.

Discussão: Este caso evidencia a importância do recurso precoce a cuidados de saúde na presença de lesões traumáticas deste tipo, para exclusão de situações que possam necessitar de tratamento. Uma abordagem mais imediata poderia permitir uma opção terapêutica mais conservadora, ou mesmo que assim não fosse, teria pelo menos, possibilitado uma resolução das queixas álgicas e uma recuperação funcional mais rápida.

P 34 **DOENÇA DE PAGET**

Iolanda Marques, Beatriz Filipe e Cheila Sousa

USF Quinta da Prata-Borba

Introdução: A doença de Paget é uma doença benigna e crónica do osso que ocorre por alteração do metabolismo ósseo. Tem um padrão autossómico dominante. Pode afetar qualquer osso mas com maior frequência a pélvis, fémur, crânio, tibia, coluna vertebral, clavícula e úmero.

Objetivo: O objetivo deste trabalho é a sistematização do conhecimento atual da doença numa perspetiva de revisão.

Material e métodos: Foi feita uma revisão literária sobre a clinica, fisiopatologia e tratamento pesquisando artigos no *PubMed*, *Medscape* e *Clinical Key*, em inglês e português, publicados nos últimos 6 anos, com palavras-chave: paget e *disease*.

Resultados: A prevalência desta doença aumenta com a idade e apresenta a mesma frequência em homens e mulheres. É diagnosticada maioritariamente após os 50 anos, rara antes dos 20 anos e em

10% ocorre aos 90 anos. Em 70-90% é assintomática, mas quando sintomática caracteriza-se por cefaleia hemisférica ou de localização variável e cujo caráter é de difícil definição, mas que se intensifica com manobras de valsalva até dores musculares e ósseas localizadas, deformações ósseas, fraturas espontâneas e transtornos da audição. O diagnóstico por vezes é acidental, baseando-se essencialmente na história clínica, exame físico, estudo analítico e características radiológicas, onde se podem observar lesões osteolíticas, osteoescleróticas ou mistas.

Discussão e conclusões: O diagnóstico precoce, a referenciação atempada e a instituição de tratamento adequado são determinantes no prognóstico.

P 35 **TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES DA BAINHA DO TENDÃO DO EXTENSOR DO TERCEIRO DEDO DO PÉ**

Mário João Esteves e Laurinda Leitão
USF - Planalto - Aces Leziria - ARS LVT

Trata-se de um relato de um caso de tumor de células gigantes da bainha do tendão do extensor do terceiro dedo do pé direito, uma localização pouco comum para este tipo de lesão. O paciente do sexo masculino, diabético tipo II, apresentava dor no pé direito, sem relato de trauma anterior. Foi submetido ao exame clínico, ao estudo radiológico e de ressonância magnética da região. Feita a hipótese diagnóstica de tumor de células gigantes de bainha dos tendões/neuroma Morton, o paciente foi então tratado com ressecção cirúrgica do tumor. O diagnóstico foi confirmado por exame anatomo-patológico. O paciente evoluiu bem, com melhora dos sintomas referidos no pré-operatório.

P 36 **PATOLOGIA OSTEOARTICULAR – REVISÃO DE REGISTOS E CASUÍSTICA NA USF TEJO**

Luísa Costa, Miguel Ferreira, Diana Duarte e Avelina Moniz
USF Tejo

Introdução: Os problemas musculoesqueléticos são a terceira causa mais comum de procura do médico de família.

Objetivos: O objetivo é estudar a prevalência de problemas músculo-esqueléticos na consulta de MGF.

Métodos: Estudo retrospectivo observacional dos problemas musculoesqueléticos classificados no registo clínico de todas as consultas de um médi-

co de família da USF Tejo durante 2 meses com base no ICPC-2 (capítulo L-Sistema musculoesquelético L01 a L29 ou L70 a L99).

Resultados: Foram revistas 738 consultas. A prevalência de registos classificados no campo avaliação com um código do capítulo L da ICPC-2 foi 8.8%. Nestas consultas, os códigos L02, L03, L84 e L86 (relativos a sintomatologia e patologia da coluna dorso-lombar) foram registados em 17 consultas, 26.3%, seguido dos códigos L15, L75 e L89 (sintomas e patologia do joelho) com 15 consultas, 23.0%. Como limitação destaca-se que o ICPC-2 permite registo não específico da região anatómica, sendo este considerável (23.0%). A maioria das consultas foi por patologia não traumática [59 consultas (90,8%)]. O género feminino contabilizou a generalidade das consultas osteoarticulares (76,9 vs. 23,1%) e a maior proporção de utentes tinha idades compreendidas entre os 60 e 79. O número de consultas por utente com a mesma avaliação variou de 1 a 3.

Conclusões: Problemas osteoarticulares são uma causa substancial de consultas nos cuidados primários. Recomenda-se a atualização em cada consulta da lista de problemas e que se proceda à classificação sistemática dos problemas no campo da avaliação.

P 37 **LOMBALGIA – A IMPORTÂNCIA DE UM BOM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E TRATAMENTO ADEQUADO**

Raquel Carmona Ramos e Margarida Gil Conde
USF Vasco da Gama

Introdução: A lombalgia tem grande impacto não só a nível pessoal, mas também familiar, laboral e social do doente, sendo uma das maiores causas de incapacidade e abstinência laboral.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 54 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, iniciou episódio de lombalgia aguda após realização de esforço moderado. Por intolerância à dor e impotência funcional recorreu ao Serviço de Urgência onde realizou radiografia lombar, sem alterações, e fez infiltrações com relaxante muscular e anti-inflamatório (AINE) com alívio sintomático. Ficou medicada com AINE e paracetamol sem alívio da sintomatologia acabando por recorrer três dias depois ao médico assistente que adicionou tramadol. Devido à não resolução do quadro clínico, recorreu novamente ao médico

assistente que lhe pediu tomografia axial computadorizada lombar onde se verificou a existência de uma fratura compressiva de L3. Para investigação da etiologia realizou-se osteodensitometria que revelou *T-score* lombar de -2 e do colo do fêmur de -1,6. Atualmente encontra-se em estudo para exclusão de outra causa da doença e, para além da terapêutica analgésica encontra-se a realizar tratamentos de medicina física e de reabilitação e medicada com ácido alendrónico e colecalciferol.

Conclusão: Este caso destaca-se pela importância de um bom diagnóstico diferencial e pela demonstração da importância de necessidade de considerar todas as hipóteses diagnósticas independentemente da sua prevalência no grupo etário. A destacar ainda importância de, perante um impasse diagnóstico, pedir novos exames complementares e realizar um exame objectivo orientado.

P 38 **SÍNDROME DE NOONAN – DE UMA OBSERVAÇÃO A UM POSSÍVEL SÍNDROME GENÉTICO**

Mariana Campos, Núria Gouveia e Ana Amorim
Unidade de Saúde Familiar São Martinho de Alcabideche, ACES de Cascais

Enquadramento: O síndrome de Noonan (SN) é um distúrbio autossómico dominante, (mutações no gene PTPN11), com uma incidência de 1:1.000 - 1:2.500 nascimentos. Caracteriza-se principalmente por baixa estatura, dismorfismo facial e cardiopatia congénita. Outras alterações comuns incluem criptorquidia, deformidades torácicas, displasia linfática e défice cognitivo.

Caso clínico: Adolescente de 16 anos, observado pela primeira vez aos 13 anos na consulta de adolescentes, pela sua médica de família (MF). Antecedentes pessoais: Estenose valvular pulmonar congénita ligeira, seguido em cardiologia; Acompanhamento psicológico na escola, desde a 1ª classe, por comprometimento grave nas funções cognitivas básicas, intelectuais, emocionais e psicossociais. Objectivamente, apresentava pescoço alado, atitude cifótica sem sintomatologia associada e ausência de sinais pubertários. Foi pedido raio-X da coluna cervical que revelou retrolisteses grau I do corpo vertebral de c2 sobre c3, de c3 sobre c4 e de c4 sobre c5. Perante estas alterações procedeu-se à referência para a criança para ortopedia e pediatria por suspeita de SN, apesar de não cumprir

totalmente os critérios major para o diagnóstico. Manteve seguimento anual pela MF, tendo-se verificado na última consulta, em 2015, criptorquidia à direita de novo (a aguardar cirurgia). Perante este novo dado, encaminhou-se o jovem para a consulta de genética para esclarecimento diagnóstico.

Discussão: Este caso clínico realça a importância da abordagem global à criança que os cuidados de saúde primários permitem, na consulta, destacando ainda a prestação, coordenação e gestão de cuidados continuados, recorrendo à referenciação a outros serviços de saúde, quando necessário.

P 39 **EFEITO DA ACTIVIDADE FÍSICA NOS SINTOMAS DE OSTEOARTRITE DA ANCA E DO JOELHO**

Juliana Santos Caçoilo e Janine Correia
USF Oriente

Introdução: O envelhecimento da população, juntamente com o aumento da obesidade observado nas últimas décadas, tem vindo a promover um aumento dos casos de patologia osteoarticular. As doenças osteoarticulares são crónicas e incapacitantes, com diminuição da qualidade de vida e custos sociais muito elevados. O exercício físico é recomendado como primeira linha terapêutica não-farmacológica da osteoartrite do joelho e da anca, como forma de melhorar a capacidade funcional e a qualidade de vida dos doentes.

Objetivo: Rever a evidência recente sobre o efeito da actividade física nos sintomas associados a osteoartrite do joelho e da anca.

Material e métodos: Pesquisa de artigos publicados nos últimos dez anos (Janeiro de 2006 a Março de 2016) na base de dados *PubMed* usando os termos *Mesh: exercise, osteoarthritis, knee, hip*.

Resultados: A maioria dos estudos analisados evidenciaram benefícios na prática de actividade física como forma de reduzir os sintomas associados a osteoartrite, nomeadamente dor e limitação funcional da anca e do joelho.

Discussão e conclusões: A evidência disponível suporta os efeitos benéficos do exercício físico na melhoria dos sintomas osteoarticulares. No entanto, serão necessários mais estudos para determinar a frequência, a dose, a duração e o tipo de exercício com mais benefício na osteoartrite do joelho e da anca.

P 40 **RECOMENDAÇÃO DE EXERCÍCIO NO ALÍVIO DA LOMBALGIA – UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA**

Ângela Lee Chin e Ana Filipa Vicente
USF Arruda

A lombalgia é um sintoma muito frequente, com grande repercussão social e económica, sendo um motivo frequente de consulta. Neste contexto é pertinente a realização desta revisão, cujo objetivo é determinar o nível de evidência da recomendação de exercício no alívio da lombalgia.

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados *National Guideline Clearinghouse*, *Cochrane Library*, *Canadian Medical Association Practice Guidelines InfoBase*, *DARE*, *Bandolier*, *Evidence based Medicine online* e *Pubmed*, de estudos da última década, em inglês e português, utilizando os termos *MeSH: low back pain* e *physical therapy modalities*. Para estratificar o nível de evidência e a força de recomendação, foi utilizada a *Strenght of Recommendation Taxonomy* da *American Academy of Family Physicians*. Foram excluídos artigos de opinião, notícias e estudos com crianças, adolescentes e grávidas.

Crterios de inclusao: PICO (Populao – adultos com lombalgia; Interveno: exercicio; Comparao – outros tratamentos, placebo ou ausncia de tratamento; *Outcome:* melhoria sintomtica).

Foram selecionados 7 artigos, incluindo 2 *guidelines*, 4 revises sistemticas e 1 ensaio clnico controlado randomizado.

Estes estudos sugerem que o exercicio melhora sintomaticamente a lombalgia, no parecendo haver diferenas significativas entre as vrias modalidades de exercicio estudadas.

Assim, as *guidelines* existentes sobre o tratamento da lombalgia recomendam a prescrio de exercicio no alvio da lombalgia aguda, subaguda ou crnica.

Com esta revisao conclui-se que a evidncia atual suporta benefcio na prtica de exercicio para o alvio da lombalgia (nvel de evidncia 1, grau de recomendao A), no havendo, contudo, evidncias que permitam concluir qual o tipo de exercicio mais benefico.

P 41 **RETIRADO**

P 42 **COXARTROSE SECUNDRIA NUM ADULTO JOVEM**

Patrcia Neto Oliveira, Ana Rita Marques, Joao Pedro Silva e Cludia Vaz
UCSP da Guarda (ULS da Guarda), *USF "A Ribeirinha" (ULS da Guarda)*, *Servio de Reumatologia da ULS da Guarda*

A osteoartrose é a doena articular mais frequente no mundo, com aumento da incidncia e prevalncia associado à idade. A coxartrose pode ser classificada em primria (idioptica) ou secundria, sendo esta ltima importante descartar no contexto de um indivduo jovem. A doena por deposio de cristais de cido rico é uma das artropatias inflamatrias mais comuns, cuja prevalncia tem vindo a aumentar.

Descreve-se o caso clnico de um indivduo do sexo masculino, 49 anos, com coxalgia mecânica com inicio aos 35 anos. Com 42 anos, por agravamento do quadro, foi referenciado à Ortopedia e realizou radiografia das ancas que revelaram alteraes degenerativas da articulao coxofemoral mais acentuadas à direita. Foi proposta a colocao de prtese da anca à direita. Por suspeita de coxartrose secundria foi observado na consulta de Reumatologia, realizada artrocentese ecoguiada e detetados cristais de cido rico, com confirmao de gota em contexto de hiperuricemia assintomtica. Iniciou alopurinol e colchicina. Realizou, posteriormente, cirurgia ortopdica para colocao de prtese da anca à direita. Foi ainda feito o estudo da funo renal tendo-se detetado litase rica à esquerda e iniciado teraputica alcalinizante da urina.

A importncia do diagnstico correto e tratamento precoce da gota no deve ser subestimada, entre outras razes, porque o seu tratamento é para toda a vida. A gota deve ser englobada e tratada no contexto da sndrome metablica uma vez que a hiperuricemia é um fator de risco cardiovascular independente. É de realar, ainda, que esta é uma doena tratvel e portanto so evitveis as limitaes articulares decorrentes da sua natural evoluo.

P 43 **SINDROME DO CANAL CÁRPICO**

Gonalo Cunha Martins
UCSP Portimao - Extensao de Alvor

Introduo: O sndrome do canal cárpico é uma patologia bastante frequente, com uma incidncia

de cerca de 1% na população geral. É mais frequente no género feminino, sobretudo entre os 40 e os 60 anos de idade. É resultado da compressão do nervo mediano, localizado na estrutura anatómica da região do punho frequentemente referida como túnel do carpo ou canal cárpico.

Objetivos: Rever os sinais semiológicos e a abordagem do doente com síndrome do canal cárpico.

Material e métodos: Feita pesquisa de artigos de revisão entre os anos de 2011 e 2015, em língua portuguesa e inglesa, nas bases de dados *PubMed*, *BMJ* e revista portuguesa de medicina geral e familiar, com recurso às palavras canal, cárpico, túnel, carpo.

Resultados: Foram incluídos 6 artigos de revisão. Esta patologia apresenta-se com parestesias, sensação de queimadura e queixas algólicas sobretudo noturnas nas mãos e dedos dos doentes afetados. Existe inflamação e consequente edema dos tendões, o que causa dor. Existem várias etiologias associadas, nomeadamente osteoartrite e tendinites do punho, artrite reumatoide, gota, gravidez, esforço repetitivo no trabalho e fraturas e lesões ligamentares do punho. O diagnóstico é clínico, sendo importante associar as queixas clínicas aos sinais de Durkan, Phalen e Tinel. Para confirmação do diagnóstico deve ser realizada a electromiografia dos membros superiores.

Discussão e conclusão: O tratamento inicialmente é conservador com recurso a analgesia, possível uso de ortóteses e exercícios de reabilitação. O tratamento cirúrgico fica reservado para última linha.

P 44 **GONALGIA NA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL**

Gonçalo Cunha Martins e Gonçalo Cleto
UCSP Portimão - Extensão de Alvor UCSP Portimão

Introdução: As queixas algólicas referidas à articulação do joelho são um motivo frequente de consulta de saúde infantil e juvenil. Embora a prevalência da gonalgia em idade pediátrica seja alta, o seu tratamento é maioritariamente conservador, e só muito raramente cirúrgico.

Objetivos: Rever as causas mais frequentes de gonalgia em idade pediátrica e abordagem prática no diagnóstico e tratamento.

Material e métodos: Feita pesquisa de artigos de

revisão entre janeiro de 2014 e janeiro 2016, em língua portuguesa e inglesa, nas bases de dados *PubMed* e revista portuguesa de medicina geral e familiar, com recurso às palavras gonalgia, criança, adolescente.

Resultados: Foram incluídos 7 artigos de revisão. Acabou por ser possível compreender que a diferente anatomia da articulação do joelho comparativamente ao adulto acaba por ter consequências em termos de resposta ao uso excessivo da articulação e resposta inflamatória dos tecidos moles periarticulares. Por vezes a gonalgia é reflexo de patologia ao nível da anca. Existem várias etiologias, sendo possível sistematizá-las em osteocondroses do joelho (doença de Osgood-Schlatter, doença de Sinding-Larsen-Johansson); osteocondrite dissecante; luxação da rótula; lesão meniscal e ligamentar; fraturas; tumores e infeções. A anamnese e o exame objetivo dirigido formam a base do diagnóstico. Os exames complementares de diagnóstico de primeira linha são a radiografia e a ecografia de partes moles do joelho, no entanto com baixa especificidade.

Discussão e conclusão: O papel do médico de família é fundamental, pois é este muitas vezes que contacta inicialmente com a criança/adolescente. O tratamento é maioritariamente conservador com recurso a analgesia, repouso e reabilitação.

P 45 **ABORDAGEM DA DOENÇA DE OSGOOD-SCHLATTER NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

Ana Paula Cardoso, Ana Matos, Ana Sofia Pena,
Mariana Anete Mira, Sara Machado e Susana Cordeiro Rita
USF Samora Correia, ACES Estuário do Tejo

Introdução e objetivos: A doença de Osgood-Schlatter ou osteocondrite da tuberosidade tibial anterior, é uma patologia da infância, resultante de lesões repetitivas e pequenas avulsões na inserção do tendão rotuliano no núcleo de ossificação secundário da tuberosidade anterior da tibia. Esta junção é fraca para suportar as contracções repetitivas do quadríceps, culminando no surgimento de uma reacção inflamatória (apofisite). Outra explicação é a existência de tendão rotuliano curto que cresce demasiado rápido, sem maturação. A sua utilização excessiva explica a elevada incidência em adolescentes com actividade desportiva muito intensa.

Esta revisão pretende estabelecer a abordagem adequada nos Cuidados Primários.

Material e métodos: Pesquisa bibliográfica nas bases de dados *on-line* (MEDLINE, Pubmed e ScienceDirect), com os termos MeSH Osgood-Schlatter, tibial tuberosity avulsion e primary care.

Resultados: A anamnese e clínica são altamente sugestivas: dor na face anterior do joelho que aumenta com o esforço, acompanhada de proeminência do tubérculo tibial anterior, que é doloroso à palpação. Esta proeminência pode, em casos exacerbados, confundir-se com a presença de uma rótula adicional.

A radiografia de perfil é o exame adequado para auxiliar o diagnóstico: pode mostrar aumento de volume do tubérculo tibial e ocasionalmente fragmentação óssea.

Sendo auto-limitada, a chave do tratamento é: repouso ou diminuição da actividade física, controlando os sintomas com gelo local e AINES. Em casos graves (ruptura do tendão rotuliano ou fratura da apófise), pode haver necessidade de imobilização do membro e cirurgia.

Conclusões: Uma anamnese estruturada e uma observação completa fazem o diagnóstico precoce e permitem tratar adequadamente.

P 46

COMO E QUANDO REFERENCIAMOS SUSPEITAS DE DISPLASIA DE DESENVOLVIMENTO DA ANCA (DDA): CARACTERIZAÇÃO DA PRÁTICA NUM FICHEIRO CLÍNICO

Sara Pinguelo Santana, Andreína de Sousa Fernandes, Maria Inês Vasconcelos e Sandra Januário
USF Atlântico Norte - ACES Baixo Vouga

Introdução: A DDA inclui um conjunto de entidades em que ocorrem alterações anatómicas do acetábulo que condicionam a contenção da cabeça do fémur. As consequências de um diagnóstico tardio/mal orientado são geralmente graves.

Objetivos: Caracterizar os casos referenciados à consulta hospitalar por suspeita de DDA.

Material e métodos: Análise descritiva e retrospectiva; dados dos processos clínicos das crianças de um ficheiro clínico de uma USF, referenciadas à consulta de Pediatria/Ortopedia por suspeita de DDA(2014 e 2015).

Resultados: Neste período nasceram 33 crianças e 11 foram referenciadas por suspeita de DDA,

com uma média de idade à suspeição clínica de 4,6 meses. 8 crianças eram do sexo feminino, 7 eram primogénitos, 2 estavam em posição pélvica, num havia história familiar de DDA e noutra macrossomia. À observação apresentavam assimetria das pregas (n=9), limitação da abdução (n=2) e Ortolani positivo (n=3). Em 5 casos foram solicitados ecografia (n=3) ou radiograma da anca (n=2), com uma alteração ecográfica sugestiva de subluxação à direita e num radiograma inconclusivo. 6 casos foram referenciados para consulta de Pediatria e 5 para consulta de Ortopedia, com carácter de urgência. A consulta demorou, em média, 2,5 meses. O único caso em que foi confirmado o diagnóstico era do sexo feminino e apresentava posição pélvica in útero. A suspeita ocorreu aos 4meses com abdução limitada da anca direita, assimetria das pregas e *click* à manipulação. Foi referenciada à consulta de Ortopedia, observada e tratada com tala de Pavlik aos 6 meses.

Conclusões: Por fazer um acompanhamento regular da primeira infância, o Médico de Família tem um papel preponderante na detecção e referência precoces das suspeitas de DDA.

P 47

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO SÍNDROME DO CANAL CÁRPIO

Carlos Daniel Lopes Pereira Bento
Unidade de Saúde Familiar Oriente ACES Lisboa Central ARSLVT

Introdução: O SCC é uma patologia relativamente frequente (0.6% homens e 5.8% mulheres da população geral) que possui um impacto negativo significativo no quotidiano do doente.

Objetivo: Realizar uma revisão das *guidelines* europeias na abordagem diagnóstica e tratamento do SCC.

Métodos: Pesquisa nas bases de dados *PubMed* e *ClinicalKey*, utilizando a frase-chave *Carpal Tunnel Syndrome European Guidelines*, tendo sido seleccionada a *guideline* mais recente, resultante do estudo europeu *HANDGUIDE* (2014).

Resultados: O mecanismo exato desta patologia é desconhecido, mas aparenta dever-se a um aumento de pressão no canal cárpico que condiciona lesão compressiva e isquémica do nervo mediano. O diagnóstico é clínico, na presença de parestesia dos 3 primeiros dedos e face radial do 4º

dedo, podendo estar presente em toda a mão. Os sintomas são de agravamento noturno podendo despertar o doente. SCC crônico pode condicionar atrofia tenar.

As manobras de Tinel e Phalen possuem uma baixa sensibilidade, que deve ser considerada quando da sua utilização. O estudo eletromiográfico poderá ser usado nos casos de diagnóstico duvidoso. Existem várias opções de tratamento: aconselhamento, talas, corticóide injectável, cirurgia, ou uma conjugação dos anteriores. Não existe uma terapêutica preferencial, mas sim um conjunto de opções válidas de acordo com a cronicidade e gravidade de sintomas.

Conclusão: Sendo o SCC uma patologia relativamente frequente e de diagnóstico maioritariamente clínico, devemos estar alerta para o mesmo, valorizando os sintomas clássicos e adequando a terapêutica de acordo com a cronicidade e gravidade da patologia apresentada.

P 48 **ABORDAGEM DA TENOSSINOVITE DE QUERVAIN**

Tatiana Gonçalves Pereira, Renata Almeida e Mariana Pereira
UCSP Foz Urbana, USF São Julião, USF Buarcos

Introdução: O número de doenças músculo-esqueléticas devido a esforço têm vindo a aumentar, sendo a tenossinovite de De Quervain uma das mais frequentes. Esta caracteriza-se pela inflamação dos tendões do compartimento dorsal do punho, nomeadamente do tendão abductor longo e do extensor curto do polegar.

Objetivos: Rever a literatura existente sobre a abordagem diagnóstica e tratamento da tenossinovite de De Quervain.

Materiais e métodos: Pesquisa sistemática na literatura de artigos científicos publicados nos últimos 10 anos, utilizando as palavras-chave: De Quervain's, *Tenosynovitis, Diagnosis e Therapy*.

Resultados: Estudos sugerem que a prevalência da tenossinovite de De Quervain na população adulta oscila entre 0.3-0.7% nos homens e 1.3-2.1% nas mulheres, sendo a sua incidência de ≈ 0.6 a 6.3 por 1.000/pessoas/ano, afectando principalmente as mulheres na faixa etária dos 30 aos 50 anos.

A tenossinovite De Quervain resulta essencialmente da realização de movimentos repetidos, que causam a inflamação da bainha dos tendões do

abductor longo e do extensor curto do polegar, sendo muito frequente em pessoas que praticam actividades como a pesca, golfe, piano, entre outras. Estatisticamente está apurado que o sintoma mais comum é a dor na região radial do punho que pode aparecer de forma súbita ou insidiosa, sendo este local doloroso à palpação; nalguns casos podem ocorrer parestesias no dorso do polegar, podendo este, inclusivé, ficar em posição fixa. Refere-se como comum a irradiação da dor para o dedo e antebraço.

Geralmente o exame físico é suficiente para o diagnóstico, sendo o teste de Finkelstein um dos critérios habitualmente usados no diagnóstico.

O tratamento inicial envolve a imobilização (órtese) e o uso de anti-inflamatórios não esteróides, podendo, de seguida, considerar-se uma infiltração com corticóide na bainha em questão. Deverá ponderar-se tratamento cirúrgico quando a terapêutica conservadora não apresentar melhorias.

P 49 **ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E TERAPÉUTICA DA FASCEÍTE PLANTAR**

Renata Almeida, Tatiana Pereira e Mariana Pereira
USF São Julião, UCSP Figueira Urbana, USF Buarcos

Introdução: As fâscias plantares são aponevroses fibrosas que proporcionam apoio importante às arcadas longitudinais do pé. A fasceíte plantar é a lesão mais comum da fâscia plantar, e resulta da inflamação dolorosa ou degenerativa desta, sendo também a principal causa de dor do calcâneo. É um problema muito comum, e cerca de 10% das pessoas desenvolvem fasceíte Plantar em algum momento da sua vida.

Objetivos: Rever a literatura existente sobre a abordagem diagnóstica e tratamento da fasceíte plantar.

Materiais e métodos: Pesquisa sistemática na literatura de artigos científicos publicados nos últimos 10 anos, utilizando as palavras-chave: *Plantar Fasciitis, Diagnosis e Therapy*.

Resultados: Estudos revelam que o pico de incidência da fasceíte plantar ocorre entre os 40 e 60 anos na população em geral, com um pico mais jovem em atletas, sendo igualmente frequente em homens e mulheres. Podendo ser bilateral em um terço dos casos.

A literatura revela que a etiologia da fasceíte plantar em 85% dos casos é desconhecida, sen-

do provavelmente multifactorial. Consideram que existem possíveis factores de risco para o seu desenvolvimento como: obesidade, ortostatismo prolongado, saltar, pé plano e esporão do calcâneo. Existe também uma alta incidência em atletas (atletismo), o que sugere, que pelo menos nesta população, a fascíte plantar é devida a uma lesão causada por microtraumas repetitivos.

Segundo os estudos, a história clínica e o exame objectivo são fundamentais para o diagnóstico da fascíte plantar, e os exames de imagem raramente são necessários para o seu diagnóstico. Clinicamente ocorre uma dor intensa no pé, que se agrava com a carga nos primeiros passos do dia, e que vai diminuindo gradualmente ao longo do dia. Trata-se de uma dor profunda na superfície plantar do pé (na região antero-externa do calcanhar). Objectivamente esta dor pode ser reproduzida quando o utente coloca-se em bicos de pés ou fazendo a flexão dorsal do pé, também se verifica dor localizada no tubérculo plantar interno do calcâneo. Segundo a literatura, na grande maioria dos pacientes o tratamento conservador da fascíte plantar, é suficiente para permitir o alívio dos sintomas, sendo a taxa de sucesso deste entre 73% e 89%. O tratamento conservador deve ser direccionado para reduzir o processo inflamatório, acompanhado de um programa com exercícios de alongamento da fásia plantar, uso de órteses e Anti-Inflamatórios Não Esteróides. Ocasionalmente a infiltração com esteróides pode produzir alívio temporário da dor. Sendo também fundamental a diminuição do nível de atividade física durante todo o período de tratamento conservador.

Discussão: A etiologia da fascíte plantar é pouco compreendida, no entanto esta é muito frequente na nossa prática clínica. Para o seu diagnóstico é necessário a realização de uma adequada história clínica e exame objectivo. A fascíte plantar causa uma grande limitação na vida dos doentes, dado que os inviabiliza muitas vezes da realização das suas actividades de vida diária, deste modo os profissionais de saúde assumem um papel fundamental no seu diagnóstico precoce, de modo a proporcionarem um tratamento adequado, minimizando o impacto na qualidade de vida.

P 50 **DOENÇA DE SEVER – CASO CLÍNICO**

Mónica Justino, Inês Lemos e Isabel Apolinário
USF Cynthia - ACES Sintra

A doença de Sever, também denominada como apofisite calcânea, é uma patologia causada pelo microtrauma repetido decorrente da tensão do tendão de Aquiles sobre a apófise do calcâneo. Encontra-se associada à prática desportiva intensa e também à obesidade. Surge geralmente em crianças entre os 8 e os 15 anos, sobretudo no sexo masculino, sendo na maioria dos casos bilateral. Apresentamos o caso de um rapaz de 8 anos de idade, previamente saudável, praticante de futebol (3 vezes por semana), que recorre à consulta por dor calcânea posterior e inferior bilateral com uma semana de evolução, agravada pela marcha, a corrida e os saltos. Ao exame objetivo, destacava-se a dor à palpação da inserção do tendão de Aquiles, agravada pela dorsiflexão do pé. Durante a marcha, apresentava alívio das queixas com o andar em “bicos dos pés”. Foram pedidos exames complementares de diagnóstico: ecografia de partes moles dos tornozelos para exclusão de patologia tendinosa e radiografia para exclusão de osteomielite e neoplasia. O doente foi medicado com anti-inflamatório, repouso e gelo.

Através deste poster tentaremos alertar para esta entidade nosológica, cada vez mais associada ao aumento da intensidade do treino desportivo desde a infância, bem como a sua abordagem terapêutica.

Palavras-chave: Doença de Sever, Apofisite calcânea, dor no calcanhar.

P 51 **GRANDES CURVAS - ESCOLIOSE IDIOPÁTICA DO ADOLESCENTE**

Mafalda Santos, André Cochofel e Patrícia Marques
USF Flor de Lótus

A avaliação da coluna vertebral faz parte do exame de vigilância efectuado pelo Médico de Família no âmbito do plano nacional de saúde infanto-juvenil.

Caso clínico: Adolescente de 15 anos, sexo masculino, previamente saudável, praticante de natação recreativa. Foi observado em consulta de rotina, em estadio pubertário G4P3. Detectou-se assimetria escoliótica assintomática de gibosidade direita ao teste de Adams. Na radiografia da colu-

na vertebral em filme extra-longo evidenciava desvio escoliótico em dupla curvatura, dextro-convexo de grande raio dorsal e sinistro-convexo de muito grande raio lombar (ângulo de Cobb 30°), com mínimo desalinhamento das charneiras crânio-vertebral e lombo-sagrada, sem dismetria dos membros inferiores. Foi feito aconselhamento postural, manteve a prática de natação e foi referenciado à consulta de ortopedia, com indicação para fisioterapia durante 2 meses. Não houve melhoria clínica, tendo voltado aos 18 meses, com agravamento clínico e radiológico (ângulo de Cobb 55°) sendo submetido a correção cirúrgica. A escoliose idiopática do adolescente (EIA) é na sua grande maioria benigna e regride com o crescimento ou curtos ciclos de fisioterapia. A progressão da curvatura resulta em deformação significativa com comprometimento cardiopulmonar e necessidade de tratamento em apenas 3% das EIA, beneficiando de correção cirúrgica para prevenção de comorbidades de elevado impacto na auto-imagem, vida de relação e capacidade laboral. O papel do médico de família é fulcral na vigilância da progressão da curvatura na EIA, estando numa posição privilegiada para detectar casos de possível deformação significativa. Os autores apresentam iconografia detalhada do caso.

P 52

QUISTOS DE TARLOV, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sara Veiga, Cláudia Ramos, Margarida Brito Rosa e Edite Spencer

UCSP de Beja

Introdução: Os quistos de Tarlov, apresentam maior incidência no sexo feminino com maior prevalência na faixa etária entre 32 e 56 anos. A queixa principal dos pacientes pode ser desde sacralgia isolada, lombociatalgia até alterações esfinterianas, sensitivas e dispareunia. Embora muitas vezes sejam achados imagiológicos, os quistos de Tarlov podem apresentar sintomatologia clínica semelhante à hérnia discal lombosagrada.

Palavras-chave: Quisto de Tarlov, quistos perineurais sacrais, ciática, sacralgia.

Caso clínico: Relata-se o caso de uma doente de 32 anos, caucasiana, empregada de balcão, divorciada, natural e residente em Beja. Sem antecedentes pessoais relevantes e sem antecedentes

familiares de doença reumática nos familiares diretos. Em 2014 iniciou quadro de início insidioso e agravamento progressivo caracterizado por glotalgias inflamatórias unilaterais e migratórias e por vezes também com lombalgia inferior, sem irradiação aos membros. Associadamente referia artralgias ocasionais nas ancas, joelhos, mãos e pés sem tumefacção. Negava episódios de olho vermelho com dor, dactilite, alteração do trânsito intestinal. Ao exame objetivo: manobras das sacro-ilíacas positivas, sem dor à palpação das apófises espinhosas ou contraturas paravertebrais. Sem Lasègue. Teste de Schober: 10»13.5 cm. Analiticamente - Hb 13.8, leuc 7420, plaq 266 000, HLA-B27 POSITIVO, ACCP neg., serologias VIH, VHB, VHC e sífilis negativos. No estudo de imagem das sacro-ilíacas mostrou esclerose subcondral das Sacro-ilíacas, maioritariamente nas vertentes ilíacas, com tradução hipointensa em todas as ponderações; identificam-se contudo algumas alterações de natureza inflamatória envolvendo as superfícies articulares sagradas, à direita e ilíaca à esquerda, contudo sem evidência de erosões subcondrais ou aspectos atribuíveis a efusões intra-articulares; Quistos meníngeos extradurais tipo II de nabors (quistos de Tarlov), a nível de S2-S3. Coloca-se a hipótese diagnóstica de espondiloartrite axial. Medicada com naproxeno 500 mg 2xs/dia e omeprazol 20 mg. Inicia yoga. Evoluiu positivamente com melhoria da dor, mantendo-se assintomática.

Conclusão: O quisto de Tarlov é uma entidade pouco conhecida, sendo por isso muitas vezes esquecido nos diagnósticos diferenciais de dor lombar e radiculopatias, que atingem os membros inferiores e genitália.

Este trabalho pretende alertar para mais uma etiologia que pode produzir lombo-sacralgias.

O exame diagnóstico de eleição é a ressonância magnética.

O tratamento pode ser clínico e/ou cirúrgico, que dependerá da localização, do tamanho e das repercussões locais do quisto. O tratamento clínico baseia-se em fisioterapia, uso de anti-inflamatórios, miorelaxantes e, o cirúrgico na laminectomia sacral com exérese do quisto.

P 53

ABORDAGEM CLÍNICA DA TROCANTERITE

Sara Pessoa, Mara Galo e Inês Calvino
USF Oriente

Introdução: A trocanterite é uma frequente causa de dor lateral anca, afectando cerca de 15% das mulheres dos 50-70 anos. Pode ter um impacto na qualidade de vida comparável ao da osteoartrite grave.

Objetivo: Realizar uma revisão da literatura da abordagem diagnóstica e tratamento da trocanterite.

Métodos: Pesquisa nos motores de busca *Medline*, *ClinicalKey* e *Uptodate* de artigos de revisão em inglês publicados de 2013-2016. Palavras-chave: *Greater trochanteric pain syndrome*. Foram seleccionados oito artigos.

Resultados: A trocanterite é causada pela tendinopatia dos músculos médio ou pequeno glúteo, com um envolvimento variável das bursas regionais.

O diagnóstico é clínico, qua presença de dor lateral na anca, que aumenta quando o doente se deita sobre a mesma e com a palpação do grande trocânter. Os exames complementares de diagnóstico só devem ser realizados quando há dúvidas no diagnóstico ou para avaliar casos refractários à terapêutica. Os mais indicados são a ecografia, a radiografia e a ressonância magnética.

Uma vez que é uma patologia autolimitada na maioria dos casos, o tratamento consiste no alívio sintomático com analgésicos não esteroides e medidas não farmacológicas (MNF). Nos casos refractários pode considerar-se a utilização de corticoides ou cirurgia.

Conclusão: Sendo a trocanterite uma causa comum de dor na anca, temos de estar alertados para a mesma, valorizando a história clínica para o seu diagnóstico. Como médicos de família, cabe-nos explicar ao doente que é autolimitada, sendo a analgesia e as MNF frequentemente suficientes para o seu tratamento.

P 54

INSTABILIDADE CRÓNICA DA TÍBIO-TÁRSICA

Jorge Rodrigues
USF Flães

As entorses da articulação túbio-társica são das lesões músculo-esqueléticas mais frequentes nas actividades da vida-diária e na prática desportiva. Sendo que cerca de 20% dos doentes desenvolve instabilidade crónica após a lesão aguda inicial.

Se estes pacientes, apesar de um tratamento conservador adequado, continuarem a manifestar sintomas, a opção terapêutica poderá ser o tratamento cirúrgico, com reparação ou reconstrução dos ligamentos lesados. De todas as técnicas para correcção cirúrgica da instabilidade crónica da túbio-társica, a reparação anatómica pela técnica Broström-Gould é a mais frequentemente utilizada, com bons a excelentes resultados na grande maioria dos casos e complicações mínimas.

organização



CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA
CENTRAL, EPE

major sponsors

Bial

SANOFI

sponsors



Atral Cipan
Um compromisso com a saúde



secretariado

admedic⁺

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: paula.cordeiro@admedic.pt | W: www.admedic.pt

aceda ao programa científico completo

