

# HOT TOPICS RV 2021

## O MELHOR DO RISCO VASCULAR

11 de dezembro 2021  
Hotel Vila Galé, Ericeira

**3ª REUNIÃO**

Núcleo de Estudos  
de Prevenção e Risco Vascular



Aceder ao programa  
com os resumos

**Programa Científico**

# HOT TOPICS RV 2021

## O MELHOR DO RISCO VASCULAR

### 3ª REUNIÃO

## Núcleo de Estudos de Prevenção e Risco Vascular

Na 3ª Reunião Anual do Núcleo de Estudos de Riscos e Prevenção Vascular da SPMI – Hot Topics 2021, apostamos no formato presencial e pretendemos uma reunião dinâmica, à semelhança das anteriores, com discussão das temáticas mais marcantes no ano de 2021 nas áreas abordadas pelo nosso núcleo: Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Fibrilhação Auricular, Dislipidemia, Tromboembolismo Venoso, Cardiopatia Isquêmica, Acidente Vascular Cerebral, Insuficiência Cardíaca.

Este ano abrimos o espaço a Posters, para dar oportunidade aos interessados em participar com trabalhos, focando o risco vascular em qualquer uma das áreas referidas.

Participem e boa reunião.



*Vitória Cunha*

Secretária Geral do Núcleo de Estudos de Riscos e Prevenção Vascular da SPMI  
e Presidente da 3ª Reunião Anual/ HotTopics 2021

# HOT TOPICS RV 2021

## O MELHOR DO RISCO VASCULAR

### 3ª REUNIÃO

## Núcleo de Estudos de Prevenção e Risco Vascular

### PROGRAMA CIENTÍFICO

11 DE DEZEMBRO DE 2021

09:00h	Abertura do Secretariado
09:45-10:00h	<b>Abertura</b> Francisco Araújo e Vitória Cunha
10:00-10:30h	<b>SESSÃO 01: Hot Topics Lípidos</b> <i>Moderador:</i> Alberto Mello e Silva <i>Palestrante:</i> Lale Tokgozoglu 
10:30-11:00h	<b>SESSÃO 02: Hot Topics Diabetes Mellitus</b> <i>Moderador:</i> Estevão Pape <i>Palestrante:</i> Rita Nortadas
11:00-11:30h	<b>SESSÃO 03: Hot Topics Hipertensão Arterial</b> <i>Moderador:</i> Luís Bronze <i>Palestrante:</i> Vítor Paixão Dias
11:30-12:00h	Café e visita aos posters
12:00-12:30h	<b>SESSÃO 04: Hot Topics Insuficiência Cardíaca</b> <i>Moderador:</i> Rodrigo Leão <i>Palestrante:</i> Pedro Moraes Sarmiento
12:30-13:00h	<b>SESSÃO 05: Hot Topics Cardiopatia Isquémica</b> <i>Moderador:</i> Pedro von Hafe <i>Palestrante:</i> Nuno Cardim

# HOT TOPICS RV 2021

## O MELHOR DO RISCO VASCULAR

- 13:00-13:30h **SESSÃO 06: Hot Topics Fibrilhação Auricular**  
*Moderador:* Diogo Cruz  
*Palestrante:* Daniel Caldeira
- 13:30-15:00h Almoço e visita aos posters
- 15:00-15:30h **SESSÃO 07: Hot para além da Box**  
*Moderador:* Francisco Araújo  
**Os filmes da minha vida**  
*Palestrante:* Pedro Matos
- 15:30-16:00h **SESSÃO 08: Hot Topics Acidente Vascular Cerebral**  
*Moderadora:* Teresa Fonseca  
*Palestrante:* Tiago Gregório
- 16:00-16:30h **SESSÃO 09: Hot Topics Tromboembolismo Venoso**  
*Moderador:* João Pacheco Pereira  
*Palestrante:* Melanie Ferreira
- 16:30h **Encerramento e entrega do prémio melhor poster**  
Vitória Cunha e Francisco Araújo

# HOT TOPICS RV 2021

## O MELHOR DO RISCO VASCULAR

### 3ª REUNIÃO

## Núcleo de Estudos de Prevenção e Risco Vascular

### HOT TOPICS | DIABETES MELLITUS

*Comissão organizadora:* João Porto

***Switching to once-weekly insulin icodec versus once-daily insulin glargine U100 in type 2 diabetes inadequately controlled on daily basal insulin: A phase 2 randomized controlled trial***

A insulinoterapia continua a ter muitas barreiras por parte dos doentes diabéticos, muitas vezes relutantes em fazer injeções diárias, sendo uma preocupação desde há muito tempo por parte da comunidade científica encontrar formas de as ultrapassar. Uma dessas formas poderá ser a simplificação das administrações de insulina, em regra favorável a uma maior adesão dos doentes à terapêutica. Este estudo de fase 2 é pioneiro pois pretendeu ensaiar um esquema de administração semanal de insulina, mais concretamente com o novo análogo de insulina icodec, em doentes com diabetes tipo 2 já previamente sob insulinoterapia diária e um ou mais fármacos antidiabéticos orais. Consistiu na comparação entre 3 estratégias: uma com insulina icodec uma vez por semana, outra também com insulina icodec mas em que havia uma dose de carga inicial, ie, com duplicação da dose semanal, e ainda outra com insulina glargina U100 diária, num período de 16 semanas. Fez-se uma equivalência entre as doses administradas, multiplicando por 7 no caso da administração semanal, com titulações diárias ou semanais. O estudo envolveu 154 doentes, a maioria homens, com idade média de 61.7 anos e com duração média de diabetes de 15.1 anos. A percentagem de doentes com valores de glicemias controladas foi significativamente maior no grupo que fez a insulina icodec com duplicação da dose inicial (72.9%) do que no grupo de insulina glargina (65%), não havendo diferença neste grupo em comparação com o da icodec sem duplicação da dose inicial. Relativamente a incidência de efeitos adversos e episódios de hipoglicemia não houve diferenças entre os grupos. Demonstrou-se assim que a estratégia de substituir um esquema de insulina basal diária pela administração de insulina icodec semanal, em especial duplicando a dose inicial, é eficaz e bem tolerada. Esta estratégia é assim promissora, pois facilitará a adesão do doente à terapêutica, uma vez que reduz significativamente o número de injeções.

## *Tirzepatide versus semaglutide once weekly in patients with type 2 diabetes*

Há muito tempo que se conhece o potencial dos agonistas do GLP-1 (glucagon-like peptide-1) na terapêutica da Diabetes tipo 2, quer a nível da terapêutica da doença quer a nível dos seus vários benefícios, como a perda de peso. O estudo SURPASS-2 (*A Study of Tirzepatide versus Semaglutide Once Weekly as Add-on Therapy to Metformin in Participants with Type 2 Diabetes*) utiliza um novo fármaco incretínico, a tirzepatida, o qual tem um duplo mecanismo: além de análogo da GLP-1 é também agonista do polipeptídeo insulinotrópico dependente da glucose (GIP). Era expectável que esse duplo mecanismo tivesse maior eficácia no metabolismo glucídico e no controlo do peso, com a vantagem de ser um fármaco de administração única semanal, por via subcutânea. Este estudo teve como objetivo aferir essa maior eficácia, ao comparar a tirzepatida com o semaglutide, sendo um estudo de fase 3 que decorreu ao longo de 40 semanas, e que envolveu 1879 doentes diabéticos não controlados com metformina numa dose igual ou superior a 1500 mg/dia, com valor médio de HgbA1c de 8.28%, duração média da Diabetes de 8.6 anos, idade média 56.6 anos e peso médio de 93.7 kg. Utilizaram-se 4 braços, comparando administrações semanais de semaglutide 1 mg e as doses semanais de 5, 10 e 15 mg de tirzepatide, após titulação. Após 40 semanas todas as doses de tirzepatide revelaram-se superiores ao semaglutide a nível da redução da HgbA1c, e registaram-se maiores reduções no peso corporal com o tirzepatide do que com o semaglutide. Os efeitos adversos, principalmente do foro gastrointestinal, mas também as hipoglicemias, foram similares com ambas as terapêuticas.

Este estudo teve resultados francamente positivos, vindo assim sugerir que esta nova incretina, com o duplo efeito agonista (receptor do GIP + receptor do GLP-1), poderá levar a que mais doentes diabéticos atinjam a normoglicemia, com potenciais benefícios a longo prazo.

## **HOT TOPICS | HIPERTENSÃO ARTERIAL**

*Comissão organizadora:* Francisca Abecasis

### *Comparative first-Line effectiveness and safety of ACE (Angiotensin-converting enzyme) inhibitors and angiotensin receptor blockers*

Os fármacos inibidores do sistema renina-angiotensina, nomeadamente os inibidores da enzima conversora da angiotensina (iECA) e os antagonistas dos receptores da angiotensina II (ARA), têm eficácia na redução da pressão arterial e melhoram os outcomes cardiovasculares. Assim estas duas classes farmacológicas estão igualmente recomendadas pelas sociedades científicas internacionais como primeira linha no tratamento da hipertensão arterial (HTA).

Existe, contudo, limitação na quantidade e qualidade de estudos comparativos entre iECA e ARA.

O LEGEND-HTN (*Large-scale Evidence Generation and Evaluation across a Network of Databases for Hypertension*) é um estudo de coorte retrospectivo que permitiu comparar a eficácia e segurança dos iECA e ARA quando utilizados como primeira linha no tratamento da HTA. Para tal foram identificadas 8 bases de dados internacionais que selecionaram mais de 3 milhões

de indivíduos que iniciaram terapêutica antihipertensora com iECA ou ARA (isoladamente) entre 1996 e 2018.

Para ajustar os potenciais confundidores e melhorar o equilíbrio entre as duas coortes foi utilizado um modelo de score de propensão.

Foram analisados 4 *outcomes* primários (enfarte agudo do miocárdio, internamento por insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral isquémico ou hemorrágico e um composto cardiovascular que incluía os três eventos anteriores e a morte súbita cardíaca) que avaliaram a eficácia das duas classes farmacológicas e vários *outcomes* secundários que avaliaram a segurança dos fármacos.

Os resultados demonstraram que 48% dos doentes iniciaram terapêutica com um iECA e 15% com um ARA (ambos em monoterapia). Não foi atingida diferença estatisticamente significativa entre os grupos no que se refere à ocorrência de qualquer um dos *outcomes* primários. Já na avaliação dos *outcomes* secundários verificou-se que os iECA se associaram a um aumento estatisticamente significativo da ocorrência de angioedema, tosse, pancreatite, perda ponderal e hemorragia gastrointestinal (sendo que este último efeito adverso não havia sido identificado com frequência em estudos prévios).

Como limitações os autores apontam o facto de o estudo ser retrospectivo (que mantém risco de viés de seleção e da existência de fatores confundidores), de terem avaliado apenas indivíduos que não tinham realizado previamente qualquer fármaco antihipertensor e de ter sido limitado ao estudo comparativo entre classes farmacológicas impedindo a extrapolação dos resultados para cada um dos fármacos destas classes.

Poderemos ainda acrescentar o facto de terem sido excluídos da análise os doentes que iniciaram terapêutica anti-hipertensora em combinação dupla, atualmente a estratégia recomendada para a maioria dos doentes, fator que poderá também limitar a extrapolação dos resultados.

Apesar de nas orientações internacionais os iECA e ARA estarem igualmente recomendados como primeira linha no tratamento da hipertensão, o LEGEND-HTN suporta que o tratamento seja iniciado preferencialmente com ARA em detrimento de iECA.

---

### *Trial of intensive blood-pressure control in older patients with hypertension*

A hipertensão arterial (HTA) é um dos principais fatores de risco para morte por causa cardiovascular. O alvo de pressão arterial sistólica (PAS) para os indivíduos mais idosos permanece pouco claro, sendo as recomendações das diferentes sociedades internacionais inconsistentes entre si.

Estudos anteriores que tiveram alto impacto na comunidade científica (como o SPRINT) revelaram elevado benefício cardiovascular com um controlo intensivo da PAS e demonstraram que este benefício se mantém mesmo em indivíduos com idade superior a 75 anos. Apesar dos resultados inicialmente encorajadores, foram levantadas muitas dúvidas no que confere à metodologia desses estudos e à segurança de valores tão ambiciosos tendo sido alertada a comunidade científica para potenciais efeitos adversos dos valores de PAS propostos.

O estudo STEP (*Strategy of Blood Pressure Intervention in the Elderly Hypertensive Patients*) é um estudo prospetivo, multicêntrico e randomizado, que incluiu 8511 indivíduos chineses entre os 60 e os 80 anos, e que pretende avaliar se um tratamento intensivo (valores alvo de PAS 110 a <130mmHg) reduz mais o risco cardiovascular do que o tratamento standard (valores de PAS 130 a <150mmHg). Os valores de PAS considerados para definir o alvo foram determinados em avaliações seriadas no consultório e realizada por um profissional de saúde.

O estudo demonstrou que os indivíduos com tratamento intensivo tinham uma incidência de outcomes primários (doença cerebrovascular, síndrome coronário agudo, insuficiência cardíaca descompensada, revascularização coronária, fibrilhação auricular ou morte por causa cardiovascular) significativamente inferior aos indivíduos com tratamento *standard*. Estes resultados levaram ao término prematuro do estudo com base no claro benefício cardiovascular do grupo com tratamento intensivo. Os outcomes renais e os outcomes de segurança foram semelhantes em ambos os grupos, com exceção da hipotensão, significativamente mais frequente no grupo do tratamento intensivo.

Curiosamente os participantes foram também randomizados para a possibilidade de aceder a uma aplicação eletrónica que permitiu contacto direto com o médico assistente (útil para esclarecimento de dúvidas), assim como a possibilidade de receber alertas para controlo da pressão arterial e lembretes para facilitar a adesão terapêutica. Os autores deixaram, contudo, a análise do benefício desta estratégia para o futuro, o que nos deixa expectantes pelos novos dados visto poderem contribuir para uma revolução na estratégia de controlo da pressão arterial em ambulatório.

Uma das principais limitações apontadas pela comunidade científica ao STEP foi o facto de terem sido excluídos doentes com eventos cerebrovasculares prévios, salientando que muitos destes doentes necessitariam de melhor controlo da PAS. Foi também destacada a ausência de avaliação de um parâmetro de qualidade de vida, tão relevante em patologias silenciosas como a hipertensão arterial.

## HOT TOPICS | INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

*Comissão organizadora:* Rodrigo Leão

Anker SD, Butler J, Filippatos G *et al.* *EMPEROR-Preserved trial investigators. Empagliflozin in heart failure with a preserved ejection fraction.* N Engl J Med 2021. doi:10.1056/NEJ-Moa2107038.

Embora os inibidores SGLT-2 tenham sido introduzidos como anti-diabéticos orais, os resultados dos estudos EMPEROR-Reduced e DAPA-HF demonstraram benefício no tratamento da insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER), independentemente de serem diabéticos ou não. Por outro lado, continuava a faltar um tratamento eficaz para a insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (ICFEp) pois os fármacos usados rotineiramente para ICFER não se mostraram eficazes nesta população.

No ensaio EMPEROR-Preserved foram randomizados 5988 doentes (idade média 71 anos; 45% mulheres) com ICFEp para receber o inibidor da SGLT-2 empagliflozina ou placebo. Todos ti-

nam insuficiência cardíaca classe II-IV, fração de ejeção (FE) superior a 40% (dois terços com FE > 50%) e nível de peptídeo natriurético tipo B-terminal N-terminal > 300 pg/mL (ou > 900 pg/mL para aqueles com fibrilação auricular). Quase metade dos doentes incluídos era Europeu. Dois terços tinham insuficiência cardíaca de etiologia não isquémica e cerca de metade tinha diabetes.

Em média estes doentes foram acompanhados durante 26 meses. O outcome primário definido como a combinação de morte cardiovascular ou hospitalização por insuficiência cardíaca ocorreu mais significativamente no grupo a tomar placebo (17,1 vs. 13,8%) tendo-se apurado um número necessário para tratar (NNT) de 31. A hospitalização por insuficiência cardíaca ocorreu em 11,8% dos doentes do grupo placebo e 8,6% do grupo da empagliflozina e ocorreu morte por causas cardiovasculares em 8,2% e 7,3%, respectivamente. Os efeitos adversos graves foram mais comuns com placebo do que com empagliflozina (52% vs. 48%). Os benefícios do medicamento foram consistentes em todos os subgrupos, incluindo nos doentes não diabéticos. Assim, a empagliflozina é o primeiro fármaco a mostrar benefício claro e transversal no tratamento de todos os doentes com ICfEp. Ficam, no entanto, algumas dúvidas a esclarecer: existe efeito de classe? quais os mecanismos responsáveis pelo sucesso deste fármaco numa área terapêutica em que tantos outros falharam? Estudos futuros vão ajudar-nos a responder a estas questões e a tratar melhor os nossos doentes com ICfEp.

---

Sorimach H, Obokata M, Takahashi N, *et al*, *Pathophysiologic importance of visceral adipose tissue in women with heart failure and preserved ejection fraction*, EurHeartJ2021; 42:1595–1605. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa823>

Nos últimos anos, cresceu a evidência que a obesidade pode contribuir para o desenvolvimento de insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (ICfEp) através da acumulação de gordura regional, diminuição da homeostase energética, alterações inflamatórias e neuroendócrinas. Para além disso, verificaram-se diferenças de género na prevalência de ICfEp que era mais frequente em mulheres pelo que Obokata e colegas vieram propor a existência de um fenótipo de ICfEp associado a mulheres obesas. Desde então, vários investigadores dedicaram-se a estudar esta associação e verificaram que o tecido adiposo, nomeadamente o visceral pode desempenhar um papel importante no desenvolvimento de ICfEp nas mulheres. Neste estudo, 105 doentes com ICfEp (63 mulheres) e 105 controlos com idade, género e índice de massa corporal semelhantes, realizaram tomografia computadorizada abdominal e cateterismo direito para avaliação da área de tecido adiposo visceral e pressão de encravamento capilar pulmonar, respetivamente. Não se verificaram diferenças significativas entre doentes e controlos do género masculino. Já nas mulheres verificou-se que: a área do tecido adiposo visceral foi 34% maior naquelas com ICfEp; durante o exercício a pressão de encravamento capilar pulmonar foi 33% maior naquelas com maior área de tecido adiposo visceral; por cada aumento de 100cm<sup>2</sup> de tecido adiposo visceral associou-se um aumento de 4mmHg na pressão de encravamento capilar pulmonar.

Estes resultados sugerem que a acumulação de tecido adiposo visceral nas mulheres de-

semprenha um papel importante na fisiopatologia da ICfEp e fornece suporte adicional para a hipótese de que diferentes depósitos de gordura podem ser responsáveis pelas interações com o coração. No entanto, não explica os mecanismos pelos quais o tecido adiposo visceral exerce estas ações e por que são evidentes nas mulheres, mas não nos homens.

Estudos futuros são essenciais para entender melhor o papel do tecido adiposo visceral e as diferenças de género, de forma a melhorar a fenotipagem dos nossos doentes e permitir o desenvolvimento de fármacos direcionados a depósitos específicos de gordura em doentes com ICfEp.

## HOT TOPICS | CARDIOPATIA ISQUÉMICA

*Comissão organizadora:* Rui Valente

Vilela, Eduardo M., and Ricardo Fontes-Carvalho. “*Inflammation and ischemic heart disease: The next therapeutic target?*.” *Revista Portuguesa de Cardiologia* (2021).

A inflamação apresenta um papel de destaque ao longo do continuum cardiovascular. Ao longo das últimas décadas diferentes estudos reforçaram o papel da inflamação na aterogénese e na aterotrombose, interagindo com diversos fatores de risco cardiovascular de forma bidirecional, sendo capaz de influenciar estes processos dinâmicos. Neste contexto, o conceito de abordar o risco residual inflamatório em indivíduos com doença cardíaca isquémica (DCI) tem ganhado destaque. Recentemente, diversos ensaios clínicos aleatorizados avaliaram diferentes estratégias farmacológicas no sentido de mitigar este risco residual. Os resultados de alguns destes estudos, como o CANTOS com o canakinumab ou o COLCOT e LoDoCo2 com a colquicina, foram promissores e forneceram dados que corroboram este conceito. Adicionalmente, e apesar da necessidade de clarificação adicional de diversos pontos, estes estudos reforçaram o potencial da modulação inflamatória como um novo alvo na redução do risco de eventos cardiovasculares em prevenção secundária. O presente artigo tem por objetivo apresentar uma revisão pragmática referente à interação complexa entre a inflamação e a DCI e avaliar de forma crítica a evidência atual referente a este tópico, apresentando também uma perspetiva futura no âmbito desta temática de ampla relevância contemporânea.

*Comentário:* O papel da inflamação no desenvolvimento de aterosclerose é indiscutível e existe evidência científica robusta acerca desta interação complexa. Apesar desta interação ser discutida há muito tempo os estudos com fármacos que pretendem intervir e modular a mesma são relativamente recentes. Este artigo resume as principais novidades nesta área, fazendo uma revisão das principais intervenções terapêuticas com papel na actividade inflamatória associada ao desenvolvimento da doença aterosclerótica. O papel das estatinas é indiscutível na prevenção primária e secundária de eventos cardiovasculares. No entanto, alguns estudos sugerem que a redução de risco está associada não apenas ao controlo do perfil lipídico e redução do colesterol LDL mas também à redução da inflamação (medida pela proteína C reactiva de alta sensibilidade). Este facto foi demonstrado em estudos como o JUPITER (Rosuvastatina) e o PRINCE (Pravastatina) em que se verificou uma descida significativa da PCR alta sensibilidade além do controlo lipídico. Estudos como o CANTOS (canakinumab) e o COLCOT (colchicina) vieram mostrar que a intervenção a nível dos mediadores inflamatórios pode ser

um complemento terapêutico na redução do risco residual. A visão da aterosclerose como uma doença inflamatória sai reforçada com estes estudos, abrindo portas para mais investigação nesta área e desenvolvimento de novos alvos terapêuticos.

---

Costa, João, *et al.* “Os custos da aterosclerose em Portugal.” *Revista Portuguesa de Cardiologia* 40.6 (2021): 409-419.

*Introdução e objetivos:* As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte em Portugal, sendo a aterosclerose o processo fisiopatológico subjacente mais comum. O objetivo deste estudo foi quantificar o impacto económico da aterosclerose em Portugal através da estimação dos custos associados.

*Métodos:* A estimativa dos custos foi realizada na ótica da prevalência e na perspetiva da sociedade. A prevalência das principais manifestações focais da aterosclerose foi estimada com recurso a três fontes epidemiológicas nacionais. O custo anual da aterosclerose incluiu custos diretos (consumos de recursos) e indiretos (impacto na produtividade da população). Estes custos foram estimados para o ano de 2016 com base nos dados da Base de Dados de Morbilidade Hospitalar, do Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo que integra informação da prática clínica real em ambiente de cuidados de saúde primários e do Inquérito Nacional de Saúde de 2014 e na opinião de peritos.

*Resultados:* O custo da aterosclerose em 2016 totalizou cerca de 1,9 mil milhões de euros (58% e 42% correspondendo a custos diretos e indiretos, respetivamente). A maior parte dos custos diretos esteve associada aos cuidados de saúde primários (55%), seguindo-se o ambulatório hospitalar (27%) e, por último, os episódios de internamento (18%). Os custos indiretos foram principalmente determinados pela não participação no mercado de trabalho (91%).

*Conclusões:* A aterosclerose apresenta um importante impacto económico, correspondendo a uma despesa equivalente a 1% do Produto Interno Bruto nacional e a 11% da despesa corrente em saúde, em 2016.

*Comentário:* As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte em Portugal sendo por isso, expectável, que os custos associados à doença aterosclerótica sejam elevados. No entanto, não existia, à data, nenhum trabalho que evidenciasse estes números de forma tão clara. É impressionante não só a estimativa de prevalência de doença aterosclerótica sintomática, que poderá ainda assim estar subestimada, como o impacto económico directo e indirecto que apresenta na sociedade. Apesar de haver limitações inerentes à recolha de dados de diferentes fontes e com diferentes métodos, o estudo reflecte a importância da aterosclerose nos custos em saúde em Portugal. A importância da prevenção, primária e secundária, fica evidente com os números apresentados bem como o impacto que podem ter a nível da redução da morbimortalidade e dos custos associados.

Comissão organizadora: Rogério Ferreira

### *Implantable loop recorder detection of atrial fibrillation to prevent stroke (The LOOP Study): a randomised controlled trial*

Jesper H Svendsen, Søren Z Diederichsen, Søren Højberg, Derk W Krieger, Claus Graff, Christian Kronborg, Morten S Olesen, Jonas B Nielsen, Anders G Holst, Axel Brandes, Ketil J Haugan, Lars Køber

www.thelancet.com - Published online August 29, 2021

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01698-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01698-6)

Estudo com o objetivo de avaliar se existe diminuição do risco acidente vascular cerebral (AVC) com o screening de fibrilhação auricular (FA), utilizando monitorização eletrocardiográfica contínua, em indivíduos de alto risco, e subsequente anticoagulação se identificada FA.

Para monitorização eletrocardiográfica contínua utilizou-se registador de eventos implantável (ILR) para deteção de episódios assintomáticos de FA.

Este ensaio randomizado e controlado decorreu em 4 centros dinamarqueses, que incluíram indivíduos sem FA conhecida, entre 70 a 90 anos, com pelo menos um fator de risco para AVC adicional (hipertensão arterial, diabetes, antecedentes de AVC ou insuficiência cardíaca).

Os participantes foram randomizados num ratio de 1:3 para monitorização com ILR ou cuidados standard (grupo controlo).

Naqueles que implantaram ILR, a anticoagulação foi recomendada se identificados episódios de FA com duração de pelo menos 6 minutos.

O outcome primário foi o tempo até ao primeiro AVC ou embolia arterial sistémica.

Entre 31 janeiro 2014 e 17 maio 2016, foram incluídos 6004 doentes: 1501 (25%) para monitorização com ILR e 4503 (75%) para cuidados standard.

A idade média foi de 74,7 anos (DP 4,1 anos), 47,3% eram do sexo feminino, e 90,75% dos participantes tinham hipertensão. Nenhum doentes foi perdido em follow-up, que durou cerca de 64,5 meses (IQR 59,3–69,8). Foi diagnosticada FA em 1027 doentes: 31,8% (477 dos 1501) no grupo de ILR e 12,2% (550 em 4503) no grupo controlo (hazard ratio [HR] 3.17 [95% CI 2.81–3.59];  $p < 0.0001$ ).

Foi iniciada anticoagulação oral em 1036 doentes: 29,7% do grupo de ILR e 13,1% do grupo controlo (HR 2.72 [95% CI 2.41–3.08];  $p < 0.0001$ ). Ocorreu o outcome primário em 318 participantes (315 AVC e 3 embolias arteriais sistémicas), correspondendo a 4,5 % do grupo com ILR versus 5,6% do braço controlo (HR 0.80 [95% CI 0.61–1.05];  $p = 0.11$ ).

Ocorreu hemorragia major em 4,3% do grupo com ILR versus 3,5% do grupo de controlo (HR 1.26 [95% CI 0.95–1.69];  $p = 0.11$ ).

Assim, em indivíduos com fatores risco individuais para AVC, o screening com ILR triplicou a deteção de FA e início de anticoagulação, contudo sem redução significativa do outcome primário definido em ensaio, nomeadamente do risco de AVC ou embolia arterial sistémica.

De acordo com os autores, estes resultados sugerem que não houve benefício em fazer screening de todas as FA e que nem todos os casos com FA detetada beneficiaram de anticoagulação.

---

### *Left Atrial Appendage Closure versus Non-Warfarin Oral Anticoagulation in Atrial Fibrillation: 4-Year Outcomes of PRAGUE-17*

Osmancik P, Herman D, Neuzil P, Hala P, Taborsky M, Kala P, Poloczek M, Stasek J, Haman L, Branny M, Chovancik J, Cervinka P, Holy J, Kovarnik T, Zemanek D, Havranek S, Vancura V, Peichl P, Tousek P, Lekesova V, Jarkovsky J, Novackova M, Benesova K, Widimsky P, Reddy VY, on behalf of the PRAGUE-17 Trial Investigators

Journal of the American College of Cardiology (2021)

<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.10.023>

O ensaio PRAGUE-17 demonstrou que o encerramento do apêndice auricular esquerdo (LAAC) não era inferior aos anticoagulantes orais não antagonistas da vitamina K (NOAC) na prevenção de eventos neurológicos major, cardiovasculares ou hemorrágicos em pacientes de alto risco com fibrilhação auricular (FA).

Foi objetivo deste trabalho avaliar os outcomes a longo prazo (4 anos) do ensaio PRAGUE-17, que foi um ensaio randomizado de não inferioridade que comparou o LAAC percutâneo com os NOAC (95% apixabano) em doentes com FA não valvular, com história de eventos cardioembólicos, hemorragia clinicamente relevante ou terem simultaneamente CHA2DS2-VASc > 3 e HASBLED > 2.

O endpoint primário foi um composto de eventos cardioembólicos (AVC, acidente isquémico transitório ou embolia sistêmica), morte cardiovascular, hemorragia clinicamente relevante, ou complicações relacionadas com o procedimento (apenas no grupo de LAAC).

A análise teve como alvo primário o intention-to-treat modificado (mITT).

Foram randomizados 402 doentes com FA (201 em cada grupo), com idade média 73.3±7.0 anos, dos quais 65.7% eram do sexo masculino, com CHA2DS2-VASc 4.7±1.5, HASBLED 3.1±0.9.

Após um seguimento médio de 3,5 anos, o LAAC foi não inferior aos NOAC no endpoint primário de mITT (hazard ratio[sHR] 0.81, 95% CI 0.56-1.18; p=0.27; p para não inferioridade = 0.006).

Para os componentes do endpoint composto, os sHRs correspondentes (e intervalos confiança a 95%, respetivamente) foram 0.68 (0.39-1.20; p=0.19) para morte cardiovascular, 1.14 (0.56-2.30; p=0.72) para AVC / AIT, 0.75 (0.44-1.27; p=0.28) para hemorragia clinicamente relevante, e 0.55 (0.31-0.97; p=0.039) para hemorragias clinicamente relevantes não relacionadas com o procedimento.

Assim, foi concluído que no follow-up a longo prazo do ensaio PRAGUE-17, o LAAC continua não inferior aos NOACs na prevenção de eventos cardiovasculares, neurológicos ou hemorragias.

Adicionalmente, a hemorragia não relacionada com o procedimento foi estatisticamente inferior com o LAAC.

Comissão organizadora: Ana Tornada

JAMA Neurology | Original Investigation

### *Effects of Antiplatelet Therapy After Stroke Caused by Intracerebral Hemorrhage Extended Follow-up of the RESTART Randomized Clinical Trial*

Rustam Al-Shahi Salman, PhD; Martin S. Dennis, MD; Peter A. G. Sandercocock, DM; Cathie L. M. Sudlow, DPhil; Joanna M. Wardlaw, MD; William N. Whiteley, PhD; Gordon D. Murray, PhD; Jacqueline Stephen, PhD; Aryelly Rodriguez, MSc; Steff Lewis, PhD; David J. Werring, PhD; Phil M. White, MD; for the RESTART Collaboration

*O estudo REstart or Stop Antithrombotics Randomised Trial (RESTART)* foi o primeiro ensaio clínico multicêntrico, aleatorizado, a investigar a eficácia e segurança do reinício de anti-agregação plaquetária, após a ocorrência de um AVC hemorrágico, em comparação com a interrupção do tratamento anti-trombótico utilizado antes da ocorrência deste evento.

Foram recrutados 573 doentes com AVC hemorrágico espontâneo, dos quais 88% tinham já doença vascular oclusiva. Os resultados indicam que a retoma da terapêutica anti-plaquetária não aumentou a taxa de recorrência de hemorragias intracranianas, revelando uma tendência para a redução do risco destes eventos [HR ajustado 0.51 (95% CI, 0.25–1.03);  $P=0.060$ ]. Os eventos hemorrágicos major também não foram significativamente diferentes entre os subgrupos em comparação (reinício vs suspensão permanente da anti-agregação plaquetária). Já os eventos vasculares major definidos pela *Antithrombotic Trialists' Collaboration* ocorreram com menor frequência no grupo que reiniciou a terapêutica anti-agregante após o AVC hemorrágico [HR ajustado 0.65 (95% CI, 0.44–0.95);  $P=0.025$ ].

Estes resultados, apesar de interessantes são, no entanto, contrários ao esperado com esta intervenção terapêutica após um AVC hemorrágico, já que nestes doentes existe um importante risco de recorrência de hemorragia intracerebral e de expansão do hematoma.

De facto, estes doentes com AVC hemorrágico, apresentam como factores de risco a idade avançada, a hipertensão arterial e tabagismo, que são igualmente factores de risco para doença vascular oclusiva. Provavelmente por isso, alguns estudos observacionais prévios, apontaram para um benefício da terapêutica antiagregante em doentes com história de AVC hemorrágico, face ao elevado risco trombótico concomitante (AVC 14%, doença cardíaca isquémica 8-21%, HTA 47-66%, tabagismo 41%, fibrilhação auricular 11-14%, diabetes mellitus 11-14%). Adicionalmente, admite-se a possível existência de efeitos pleotrópicos da terapêutica antiagregante plaquetária, que por sua vez poderá associar-se a alterações da fisiopatologia da doença vascular cerebral de pequenos vasos, que está na origem da maioria dos AVC hemorrágicos.

No entanto, os resultados do estudo RESTART têm que ser analisados de forma prudente. Note-se que os doentes do estudo RESTART estavam todos sob terapêutica anti-agregante plaquetária antes da ocorrência da hemorragia cerebral. Do mesmo modo, poderá ter ocorrido um viés de selecção, já que um número considerável de doentes elegíveis para inclusão neste estudo,

não o foram porque os seus médicos assistentes não estavam certos do impacto da suspensão da terapêutica anti-agregante, ao invés de serem excluídos apenas aqueles com contra-indicação absoluta tal. Também o tipo de terapêutica anti-trombótica utilizada no braço de reinício da terapêutica, ficou a cargo do médico assistente, o que pode ter condicionado os resultados, já que existem diferenças entre os vários agentes anti-agregantes plaquetários. Também o tempo decorrido entre o AVC hemorrágico e a aleatorização para um dos braços do estudo, ocorreu em média 76 dias após a ocorrência da hemorragia. Este período longo pode ter deixado de fora do estudo, os doentes de risco elevado, dado que os eventos vasculares oclusivos ocorrem frequentemente na fase precoce após a suspensão da terapêutica anti-agregante. Por último, salienta-se que ocorreram problemas com a adesão à medicação no grupo que reiniciou a anti-agregação, e, na análise dos sub-grupos de doentes com recorrência de AVC hemorrágico verificou-se que na altura da recorrência, 13% dos doentes do grupo que reiniciou anti-agregação, não estavam na realidade a tomá-la, e 24% dos participantes alocados ao grupo da interrupção da anti-agregação, estavam efectivamente a tomar um agente anti-plaquetário. Apesar da análise de subgrupos não ter revelado heterogeneidade significativa dos efeitos da terapêutica anti-plaquetária, é ainda duvidoso que esta medicação tenha efeitos similares nas lesões lobares e não lobares.

Apesar das limitações, o estudo RESTART demonstrou segurança e eficácia na retoma da terapêutica anti-plaquetária após um AVC hemorrágico espontâneo, e abriu caminho para novos ensaios clínicos. Espera-se com expectativa os resultados dos estudos RESTART-Fr e STATICH, actualmente a decorrer, para melhor esclarecimento sobre a utilização de terapêutica anti-trombótica após um AVC hemorrágico.

---

## CLINICAL TRIAL PRESERVE

### *Randomized Trial of Intensive Versus Standard Blood Pressure Control in Small Vessel Disease*

Hugh S. Markus, FMed Sci; Marco Egle, MSc; Iain D. Croall, PhD; Hasan Sari, PhD; Usman Khan, MD; Ahamad Hassan, MD; Kirsty Harkness, MD; Andrew MacKinnon, PhD; John T. O'Brien, MD; Robin G. Morris, PhD; Thomas R. Barrick, PhD; Andrew M. Blamire, PhD\*; Daniel J. Tozer, PhD\*; Gary A. Ford, FMedSci\*; on behalf of the PRESERVE Study Team†

Neste estudo randomizado, paralelo, multicêntrico controlado, foi comparado o tratamento farmacológico intensivo da hipertensão arterial (PAS alvo < 125 mmHg, N=55) com o tratamento convencional (PAS alvo 130-140 mmHg, N=56) em doentes com Doença Vascular Cerebral de Pequenos Vasos (DVC PV) grave e sintomática.

Após um *follow-up* de 2 anos, verificou-se que no grupo do tratamento intensivo, no estudo de difusão na ressonância magnética, não houve progressão das lesões da substância branca, verificando-se até uma redução das hiperintensidades da substância branca nas RM do grupo sujeito ao tratamento intensivo da PA.

Perante estes resultados, colocou-se assim a hipótese de esta melhoria imagiológica ser acompanhada de efectiva melhoria clínica. No entanto, o objectivo secundário deste estudo,

que envolvia a avaliação da cognição, não obteve resultados estatisticamente significativos. Provavelmente por o período de *follow-up* ter sido demasiado curto e insuficiente para avaliar variações nas funções cognitivas. Neste curto período de tempo, também não foi possível recrutar todos os participantes inicialmente previstos, o que condicionou a necessidade de ajustes na análise estatística que reduziu a sua potência para 49%.

Neste ensaio clínico, foi estudada uma população com DVC PV debilitada/frágil (esperança de vida < 2 anos) em que, se verificou não ocorrer prejuízo numa abordagem mais intensiva no controlo da PA, podendo eventualmente até ocorrer benefício. Estes resultados, vêm na linha dos resultados obtidos no estudo SPRINT cujo final report foi publicado em maio/21 no NEJM e no estudo SHEP, apresentado este ano no ESC e publicado simultaneamente no NEJM. Também na meta-análise publicada na Lancet em Agosto/21, com dados obtidos do *Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration*, foi demonstrado que a redução farmacológica da PA é eficaz na população de idade avançada mesmo para valores <120/70 mmHg, sugerindo inclusivamente que os valores alvo diferentes para a população idosa, possam vir a ser retirados das recomendações internacionais ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01921-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01921-8)). Nestes estudos, é o efeito da curva em “J” da PA que vem sendo questionado.

Importa ainda referir que, à semelhança do ensaio INFINITY e do SPRINT, a taxa de eventos adversos ligeiros foi ligeiramente superior no grupo do tratamento intensivo e a taxa de eventos adversos graves foi comparável entre os 2 braços terapêuticos, sugerindo segurança numa abordagem farmacológica mais intensiva da PA.

Nesta reflexão é ainda essencial perguntarmo-nos se no mundo real, onde pouco mais de 30% dos hipertensos estão realmente controlados, estaremos colectivamente disponíveis para alcançar um controlo tensional tão exigente que poderá, de facto, trazer benefícios clínicos inequívocos. Em resumo, o estudo PRESERVE demonstrou segurança na redução intensiva da PA em doentes com DVC PV grave, sem causar agravamento da microestrutura da substância branca. Estes achados podem ser significativamente relevantes na gestão do risco cardiovascular global que é um continuum, no que se refere aos valores alvo da PA para diferentes leitos vasculares. Mais estudos são necessários com amostras de doentes com DVC PV maiores, e que incluam endpoints clínicos, como os eventos vasculares, cognição, mobilidade, humor, considerando também o efeito da medicação anti-hipertensora nos diferentes perfis de pressão arterial.

## HOT TOPICS | TROMBOEMBOLISMO VENOSO

*Comissão organizadora:* Patrícia Vasconcelos

### ***Abelacimab for prevention of venous thromboembolism***

De acordo com os resultados deste estudo, publicados no New England Journal of Medicine, a inibição do fator XI (FXI) com abelacimab endovenoso pode prevenir o tromboembolismo venoso (TEV) e reduzir o risco de hemorragia após artroplastia total do joelho (ATJ).

Neste estudo de fase 2, foram incluídos doentes que estavam programados para serem submetidos a ATJ eletiva. Estes foram distribuídos, aleatoriamente, para 3 doses diferentes de

abelacimab: 30 mg (n=102), 75 mg (n=99) ou 150 mg (n=98). Cada dose foi administrada após a cirurgia por meio de uma infusão endovenosa única. Um grupo de controle de 101 doentes recebeu 40 mg de enoxaparina por via subcutânea, uma vez por dia.

O TEV foi o endpoint primário de eficácia. Hemorragia major ou clinicamente relevante até 30 dias após cirurgia, foi o principal resultado de segurança.

O TEV ocorreu em 4%, 5% e 13% dos doentes nos grupos de 150, 75 e 30 mg de abelacimab, respectivamente, em comparação com 22% dos doentes no grupo de enoxaparina. Os três braços de tratamento com abelacimab foram considerados não inferiores à enoxaparina. Eventos adversos graves ocorreram durante o estudo em 1%, 3% e 1% dos doentes nos grupos de 30, 75 e 150 mg de abelacimab, respectivamente, e em nenhum dos do grupo de enoxaparina.

A atividade de FXI e os níveis de FXI livre foram inversamente correlacionados com as concentrações plasmáticas de abelacimab, que aumentaram de forma dependente da dose e diminuíram lentamente ao longo de 110 dias.

Em suma, este estudo mostrou que o FXI é importante para o desenvolvimento de tromboembolismo venoso pós-operatório e a sua inibição com uma única dose endovenosa de abelacimab, após ATJ, foi eficaz na prevenção de tromboembolismo venoso e foi associada a um baixo risco de hemorragia.

Dadas as limitações do estudo, nomeadamente o tamanho modesto da amostra, os autores concluíram que são necessários estudos adicionais para determinar se as estratégias anticoagulantes direcionadas ao FXI podem dissociar a trombose da hemostasia.

---

## Home PE

A embolia pulmonar aguda (EPA) é a manifestação mais grave de tromboembolismo venoso (TEV). A incidência aumenta com a idade, em doentes com neoplasia maligna, durante um período de imobilização prolongada ou após cirurgia. O tratamento da EPA depende da gravidade. Em doentes de baixo risco, está recomendada a hipocoagulação porém, esta aumenta o risco de hemorragia. Historicamente, o internamento era justificado pelo risco de recorrência e hemorragia. Na última década, vários estudos demonstraram a possibilidade de tratamento domiciliário para doentes selecionados, hemodinamicamente estáveis. Mas a controvérsia persiste sobre as estratégias ideais de encaminhamento e os critérios de elegibilidade para acompanhamento em ambulatório. As diretrizes europeias recomendam a pontuação do Índice de Gravidade da Embolia Pulmonar (PESI) ou a pontuação PESI simplificada (sPESI) para avaliar o risco de mortalidade por todas as causas. Doentes com pontuação sPESI 0 podem ser tratados em casa, desde que haja acompanhamento adequado e a terapêutica anticoagulante possa ser fornecida. As diretrizes americanas não exigem uma pontuação predefinida e aconselham o uso de critérios pragmáticos, como os do Estudo Hestia.

O ensaio HOME-PE testou se uma estratégia baseada nos critérios de Hestia era, pelo menos, tão segura quanto uma estratégia baseada no score sPESI para selecionar doentes para tratamento domiciliário. Além disso, avaliou se o método Hestia era mais eficiente em relação ao score sPESI, ou seja, se fazia com que mais doentes fossem selecionados para tratamento do-

miciliário. Este foi um estudo de não inferioridade, randomizado e aberto, comparando as duas estratégias de triagem. Foi realizado em 26 hospitais em França, Bélgica, Holanda e Suíça.

No período de 2017 a 2019, foram incluídos 1974 doentes com EPA. Os doentes randomizados para o grupo sPESI eram elegíveis para tratamento no domicílio se a pontuação fosse 0; caso contrário, eram hospitalizados. Os doentes randomizados para o grupo Hestia eram elegíveis para acompanhamento no domicílio se todos os 11 critérios fossem negativos; caso contrário, eram internados. Em ambos os grupos, o médico responsável poderia anular a decisão sobre o local do tratamento por motivos médicos ou sociais.

O endpoint primário foi um composto de TEV recorrente, hemorragia importante e morte por todas as causas, em 30 dias. A estratégia Hestia não foi inferior à estratégia sPESI: o *endpoint* primário ocorreu em 3,8% do grupo Hestia e 3,6% do grupo sPESI ( $p = 0,005$ ).

Uma percentagem superior de doentes era elegível para acompanhamento no domicílio usando sPESI (48,4%) em comparação com Hestia (39,4%). No entanto, o médico responsável rejeitou o sPESI com mais frequência do que Hestia. Consequentemente, uma percentagem semelhante de doentes teve alta em 24 horas para tratamento domiciliário: 38,4% no grupo Hestia e 36,6% no grupo sPESI ( $p = 0,42$ ). Todos os doentes tratados em casa tiveram um baixo índice de complicações.

Assim, conclui-se que estes resultados apoiam a gestão domiciliária de doentes com EPA usando o método Hestia ou o score sPESI com a opção de os médicos anularem a decisão. Em hospitais organizados para tratamento ambulatorio, ambas as estratégias de triagem permitem que mais de um terço dos doentes com embolia pulmonar sejam tratados em casa com um baixo índice de complicações.

Em resumo, o método Hestia foi pelo menos tão seguro quanto o score sPESI para a triagem de doentes com embolia pulmonar hemodinamicamente estáveis para tratamento domiciliário.

### 3ª REUNIÃO

## Núcleo de Estudos de Prevenção e Risco Vascular

### RESUMOS DOS ABSTRACTS

#### PO 11

#### ANÁLISE DE RISCO VASCULAR NO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

José Guilherme Assis; Daniela Viana;  
Joana Rua; Ricardo Almendra; Romeu Pires;  
Fernando Salvador

*Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro,  
EPE / Hospital de Vila Real*

O diagnóstico oportunístico e controlo de fatores de risco vascular (FRV) constituem uma estratégia essencial na prevenção primária e secundária do acidente vascular cerebral. Globalmente, considera-se classificação do AVC em eventos isquémicos (AVCi) e hemorrágicos (AVCh). Neste contexto, observando a variedade de etiologias possíveis, coloca-se a possibilidade de cada fator de risco desempenhar um papel distinto em cada subtipo de AVC considerado.

Este estudo retrospectivo analisou as admissões a internamento, relativas ao ano de 2020, numa unidade de acidente vascular cerebral, parte de um hospital terciário em Portugal. O objetivo principal centra-se na caracterização dos FRV em doentes com AVC agudo.

A amostra incluiu 360 admissões, com idade média de  $75.8 \pm 12.32$  anos, sendo 50%

do sexo feminino ( $n = 158$ ), contabilizando cerca de 26.3 admissões por mês (mínimo 18, máximo 33). Em termos de motivos de admissão, 87.8% trataram-se de AVC ( $n = 316$ ), dos quais 81.9% foram AVCi ( $n = 258$ ) e 18.1% AVCh ( $n = 57$ ). Os restantes eventos incluem diagnósticos como acidente isquémico transitório, trombose venosa ou stroke-mimic. Considerando os AVC, 73.7% tinham hipertensão arterial (HTA) ( $n = 233$ ), 26.6% diabetes mellitus (DM) ( $n = 84$ ), 60.8% dislipidemia ( $n = 192$ ), 20.3% obesidade ( $n = 64$ ), 7.6% tabagismo ( $n = 24$ ), 1.6% doença arterial periférica (DAP) ( $n = 5$ ). Outras condições clínicas avaliadas incluíram a fibrilhação auricular (FA) (36.4%,  $n = 115$ ), síndrome apneia obstrutiva do sono (SAOS) (3%,  $n = 9$ ), insuficiência cardíaca (IC) (3.5%,  $n = 11$ ) e hiperuricemia (3.2%,  $n = 10$ ). A análise comparativa entre AVCi e AVCh, revelou preponderância da dislipidemia no AVCi, 63.3% vs. 49.1% ( $p = 0.047$ ), para além da FA, 40.9% vs. 15.8% ( $p < 0.001$ ), sendo ambas mais prevalentes no AVCi cardioembólico. Adicionalmente, revelaram tendência positiva em favor do AVCi, a HTA (75.7% vs. 64.9%) e o tabagismo (8.5% vs. 3.5%), sem atingirem significância estatística. Contrariamente, de-

monstraram relação positiva com o AVCh, a IC (3.1% vs. 5.3%), a hiperuricemia (2.7% vs. 5.3%) e a SAOS (0.8% vs. 1.8%), no entanto, sem atingirem significância estatística. Não se observaram diferenças relativas à idade, sexo ou prevalência de DM, obesidade e DAP. A mortalidade global foi 13% (n = 41), com maior prevalência no AVCh, 12.0% vs. 24.4% (p = 0.257).

Esta revisão pretende sublinhar a relevância da identificação precoce de FRV nos doentes com doença cerebrovascular. Neste contexto, a pesquisa dos diferentes efeitos de múltiplos FRV no AVCi e AVCh, reforçando uma abordagem individualizada e promovendo o tratamento precoce e adequado, são cruciais para a diminuição da sua incidência.

## PO 12

### MEDICINA HOLISTA NA ABORDAGEM DA DOENÇA CEREBROVASCULAR AGUDA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Diana Crisitna Buendia Palacios; João Silva;  
Nayive Gomes; Mariana Alves  
*Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital  
Pulido Valente*

**Introdução:** A medicina interna é uma especialidade holística que não se limita a um órgão ou sistema. O internista ajuda a integrar e priorizar as patologias dos doentes. O doente idoso com AVC é um doente complexo com múltiplas patologias associadas. Apresentamos o caso de um doente com pluripatologia, admitido por suspeita de AIT. O estudo etiológico deste possível AIT veio a revelar o diagnóstico de recidiva de mieloma múltiplo (MM), com a habitual afeção renal, iónica, óssea e hematológica, mas também derrame pleural unilateral – manifestação rara desta doença hemato-oncológica.

**Caso clínico:** Homem, 87 anos, com antecedentes de DM2, HTA, dislipidemia, HBP e MM IgA kappa tratado há 10 anos, em remissão.

Foi admitido por quadro auto-limitado de disartria, assimetria facial e sonolência de início súbito. Referia também episódio de vertigem nos 2 dias prévios à admissão. No SU foi observado pela neurologia que identificou diminuição da força muscular de ambos os membros inferiores e ataxia apendicular mais evidente à esquerda na prova dedo nariz. Foi admitido AIT e proposto para internamento. Por ausência de vagas no serviço de neurologia ficou internado no serviço de medicina. No estudo analítico identificou-se anemia, hipercalcemia, lesão renal aguda, eletroforese das proteínas com pico biclonal em Beta e Gama. O estudo de imunofixação sérica e urinária revelou elevação de IgA e cadeias leves kappa. Na radiografia de tórax apresentava derrame pleural esquerdo. TC tórax confirmou extenso derrame pleural unilateral e múltiplas lesões osteolíticas. Foi realizada toracocentese com saída de líquido hemático, negativo para células neoplásicas. Não foi possível realizar electroforese das proteínas do líquido pleural. Realizou estudo de marcadores tumorais séricos que se revelaram negativos, excepto beta 2 microglobulina que se encontrava elevada. Perante o diagnóstico de recidiva de MM iniciou tratamento paliativo com corticoterapia.

Perante o quadro de anemia com necessidade de transfusão e derrame pleural hemático num doente idoso frágil, optou-se por priorizar a doença hemato-oncológica e o bem estar do doente, suspendendo o tratamento com antiagregante para o possível evento isquémico que terá motivado a admissão hospitalar.

**Conclusões:** Este caso representa a importância do conhecimento médico, interpretação clínica, analítica e enfoque holístico que é fundamental na gestão de doentes idosos que são frequentemente internados numa enfermaria de medicina.

## PO 15

### LÚPUS – UMA POSSÍVEL CAUSA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

José da Cunha Marques; Ana Isabel Ferreira; Ana Raquel Neves; Catarina Jorge; José Costa; Jorge Almeida; Luísa Fonseca  
*Centro Hospitalar de S. João, EPE*

O lúpus eritematoso sistémico (LES) caracteriza-se por uma produção de anticorpos contra os órgãos e tecidos do self, provocando lesão nos mesmos.

55 anos, sexo masculino. Antecedentes de LES com atingimento renal, articular, hematológico e cutâneo (39 pontos nos critérios do *American College of Rheumatology* de 2020) e epilepsia focal secundária a tuberculose meníngea.

Recorre ao serviço de Urgência (SU) por alteração da linguagem (afasia e disartria) percebida ao acordar. Realizou tomografia computadorizada (TC) cerebral com angio-TC que revelou imagem subaguda de enfarte frontal lateral direito e parietal esquerdo, trombo em M2 direito e múltiplas irregularidades arteriais intracranianas da circulação anterior e posterior. Eletrocardiograma em ritmo sinusal, com extrassístolia supraventricular frequente. Sem indicação para tratamento de reperfusão. Admitido na Unidade de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Eco-Doppler cervical e transcraniano confirmou oclusão do ramo da artéria cerebral média (ACM) esquerda e estenose moderada do segmento P2 da cerebral posterior (ACP) esquerda. Ecocardiograma transtorácico (ETT) com função biventricular conservada e acinesia apical com volumoso trombo apical, tendo iniciado hipocoagulação.

Por febre mantida sem foco de infeção identificado, com hemoculturas e pesquisa de SARS-CoV-2 negativas; com elevação de anticorpos anti-dsDNA (163,3 UI/mL), aumento dos anticorpos ANCA-MPO (141 U/mL), sem

consumo de complemento e anticorpos anti-cardiolipinas negativos; punção lombar com discreta elevação das proteínas e consumo de glicose (51% da sérica), sem isolamento de agentes microbiológicos; Ressonância magnética cerebral com angio com lesões isquémicas recentes em múltiplos territórios (ACP e ACM esquerda) e múltiplas estenoses nos ramos da ACM direita e ACP, foi assumido o diagnóstico de vasculite lúpica com atingimento do sistema nervoso central. Instituída terapêutica com rituximab.

Os doentes com LES apresentam uma maior predisposição para a ocorrência do AVC pela hipercoagulabilidade induzida pelo LES, pela deposição de imunocomplexos nos aparelhos valvulares cardíacos e pela inflamação vascular com fenómenos vasculíticos em diversos territórios.

## PO 16

### TRANSFORMAÇÃO HEMORRÁGICA EM DOENTE COM AVC ISQUÉMICO E FIBRILHAÇÃO AURICULAR – ANTICOAGULAR OU NÃO?

Tiago Vasconcelos<sup>1</sup>; Fábio Emídio<sup>1</sup>; Fernando Nogueira<sup>2</sup>; Catarina Pereira<sup>2</sup>; Ana Aires<sup>2</sup>; Ricardo Reis<sup>2</sup>; Ana Pastor<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro*  
<sup>2</sup>*Centro Hospitalar de S. João, EPE*

**Introdução:** A profilaxia secundária do acidente vascular cerebral (AVC) isquémico em doentes com fibrilhação auricular (FA) é a terapêutica anticoagulante. No entanto, esta aumenta a probabilidade de complicações hemorrágicas, podendo dificultar a decisão da estratégia antitrombótica.

**Caso clínico:** Homem, 89 anos, antecedentes de dislipidemia, acidente isquémico transitório da circulação posterior em 2016 e 2018, de etiologia indeterminada (ESUS) após estudo completo. Medicado com estatina e monoantiagregação. Em 2021 recorreu ao serviço de Urgência (SU) por clínica de

quadrantanópsia homônima direita. Documentou-se em Tomografia computadorizada cerebral (TC-CE) hipodensidade subcortical occipito-temporal posterior esquerda, suspeita de lesão neoplásica vs lesão isquêmica aguda. Foi internado, realizou RMN cerebral que esclareceu tratar-se de lesão isquêmica com transformação hemorrágica, sem estigmas de angiopatia amilóide. Diagnosticada FA paroxística no estudo etiológico. Repetiu TC-CE ao 6º dia, com reabsorção hemática pelo que iniciou hipocoagulação terapêutica. Teve alta orientado para consulta. Dias depois foi admitido no SU por queda com TCE, sem agravamento clínico. Fez TC-CE que revelou, de novo, a presença de um hematoma cerebral occipital posterior esquerdo. Teve alta não hipocoagulado mantendo orientação para consulta para decisão da reintrodução de hipocoagulação. Previamente à consulta, foi admitido no SU com clínica afasia global, hemianópsia homônima direita, disartria e parésia facial direita (NIHSS de 12); estudo TC-CE com angioTC com hipodensidade cortico-subcortical insular e fronto-opercular esquerda (ASPECTS 7) e oclusão de M2 (ACM esquerda). Realizou trombectomia com recanalização parcial. A TC-CE às 24h evidenciou enfarte parietal posterior esquerdo, mantendo imagem de hematoma occipital esquerdo. Teve alta sem terapêutica antitrombótica, neurologicamente melhorado. Em consulta foi orientado para encerramento do apêndice auricular esquerdo (EAA).

**Discussão:** Este caso traduz as dificuldades da terapêutica anticoagulante em doentes cujo risco trombótico e hemorrágico se igualam. Optou-se por uma estratégia de suspensão da hipocoagulação, assumindo o risco trombótico. O EAA tenta reduzir este risco sem aumentar o risco hemorrágico.

**Conclusões:** A hipocoagulação é a principal profilaxia secundária do AVC na FA, mas as

complicações hemorrágicas podem limitar a sua utilização. O EAA constitui uma alternativa em casos seleccionados, como o apresentado.

## PO 19

### DAPAGLIFLOZINA E O SEU EFEITO POSITIVO NA FUNÇÃO VENTRICULAR

Maria Margarida Andrade; Marta Nogueira; Fernanda Ferreira; Gonçalo Proença; Diogo Cruz  
*Hospital Cascais*

**Introdução:** Os inibidores do co-transportador de sódio-glicose 2 (iSGLT2) são uma nova classe de 1ª linha a iniciar nos doentes com insuficiência cardíaca (IC), com efeito já demonstrado nos casos com fração de ejeção reduzida e preservada. Nos doentes com IC com fração de ejeção reduzida (ICFr) deve ser iniciada assim que possível para potenciação dos seus efeitos a nível do remodelingvascular e formação da placa aterosclerótica.

**Objetivo:** Descrever um caso clínico ilustrativo do efeito benéfico da instituição de dapagliflozina na função ventricular num doente com IC crónica.

**Materiais:** Descrição de caso clínico.

**Resultados e discussão:** Homem de 78 anos com antecedentes de ICFr isquémica em classe II-III da New York Heart Association, diabetes mellitus tipo 2 não insulino-tratado, hipertensão arterial, excesso de peso, dislipidémia e doença renal crónica (DRC) estágio 2b segundo critérios KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes), seguido na Clínica de Insuficiência Cardíaca do nosso hospital.

Foi submetido a revascularização híbrida em 2019 e iniciada terapêutica modificadora de prognóstico com betabloqueador (bisoprolol 2.5 mg duas vezes ao dia) e inibidor da neprilissina e do receptor da angiotensina (sacubitril/valsartan titulado até à dose de 97/103

mg duas vezes ao dia). Pela hipercaliémia no contexto da DRC (taxa de filtração glomerular estimada, de acordo com a *Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration* - CKD-EPI 56.4 mL/min/1.73m<sup>2</sup>) não foi possível a introdução de antagonista do receptor dos mineralocorticoides.

O ecocardiograma transtorácico de março de 2020 revelou ventrículo esquerdo dilatado com comprometimento moderado da função sistólica global (Fração de ejeção pelo método biplano de Simpson de 34%). Foi decidida a instituição de dapagliflozina (10 mg uma vez ao dia).

Sete meses depois, o doente foi submetido a cintigrafia de perfusão miocárdica previamente à referenciação para colocação de cardioversor desfibrilhador implantável (CDI). Destaca-se neste exame uma importante remodelagem reversa com melhoria significativa da fração de ejeção ventricular esquerda (FEVE) para 47% (avaliada por *gated* SPECT) apesar da presença de isquemia moderada no território da artéria coronária descendente anterior esquerda. Face à notável melhoria da FEVE, o doente deixou de ser candidato no imediato à implantação de CDI e foi encaminhado para unidade de hemodinâmica para avaliação da possibilidade de intervenção coronária percutânea.

Tendo em conta o recentemente publicado DAPA-HF e as *guide-lines* da ESC, doentes com ICFr com ou sem diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 constituem uma indicação de classe IA para tratamento com iSGLT2. Mais do que uma possível melhoria da fração da ejeção, estes fármacos impactam significativamente o prognóstico reduzindo os internamentos/admissões no serviço de urgência por IC e a mortalidade por causas cardiovasculares.

## PO 20

### OUTCOMES CARDIOVASCULARES EM FUNÇÃO DA CATEGORIA DE RISCO: RESULTADOS DE UM ESTUDO DE MUNDO REAL

Francisco Araújo<sup>1</sup>; Daniel Seabra<sup>2</sup>; Marta Afonso-Silva<sup>3</sup>; Diana Grangeia<sup>4</sup>; Tiago Taveira-Gomes<sup>5</sup>; Cristina Gavina<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital dos Lusíadas Lisboa; <sup>2</sup>Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano; <sup>3</sup>Health Economics & Outcomes Research / Real-world evidence, Novartis Farma - Produtos Farmacêuticos SA, Porto Salvo, Portugal; <sup>4</sup>Medical Affairs, Novartis Farma - Produtos Farmacêuticos SA, Porto Salvo, Portugal; <sup>5</sup>Departamento de Medicina da Comunidade, Informação e Decisão em Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal

**Introdução:** A evolução da medicina cardiovascular (CV) permitiu identificar fatores de risco que influenciam a definição de medidas de saúde pública e que têm impacto direto na prática clínica. Neste contexto, a estratificação dos doentes nas categorias de risco CV é fundamental para a sua abordagem. Prevenir o desenvolvimento ou evolução de doença cardiovascular aterosclerótica (DCVA) é crucial visto que quando estabelecida define, de forma independente, que o doente tem muito alto risco CV.

**Objetivos:** Analisar o risco de morte ou hospitalização por DCVA a 10 anos por nível de risco CV.

**Métodos:** Estudo observacional retrospectivo que utilizou dados de uma Unidade Local de Saúde em Portugal. Foram incluídos os doentes de novo em cada categoria de risco CV (definidas de acordo com as *guidelines* da ESC/EAS 2019) com uma idade entre 40-80 anos e, ≥1 consulta de Medicina Geral e Familiar nos três anos anteriores à data de inclusão (data de entrada na respetiva categoria de risco). Esta análise focou-se no endpoint composto de risco de morte (por

qualquer causa) ou hospitalização por DCVA a 10 anos por nível de risco CV. Os dados de morte e hospitalização foram obtidos através dos códigos ICPC-2, ICD-9-CM e ICD-10-CM correspondentes. Foi utilizada uma regressão de cox, ajustada para o sexo e idade, e com clustering por doente.

**Resultados:** A coorte total foi composta por 78.459 doentes (baixo risco = 32,6%, intermédio = 28,8%, alto = 21,6%, muito alto = 17,0%). À data de entrada na categoria de risco, a idade mediana foi de 33,0 anos nos doentes de baixo risco e 70,0 anos nos de muito alto risco. Verificou-se um predomínio (>50%) do sexo feminino nas diversas categorias de risco CV, excepto nos doentes de muito alto risco (45,0%). As comorbilidades mais prevalentes em todos os grupos foram a hipercolesterolemia e a hipertensão (10,8%-57,1% e 1,7%-47,4% baixo e muito alto risco, respetivamente). A diabetes mellitus tipo 2 e a doença renal crónica apresentaram também uma prevalência elevada nos grupos de alto e muito alto risco (25,3%-49,2% e 19,1%-28,2%, respetivamente). O risco de morte ou hospitalização por DCVA a 10 anos foi 1,7 vezes superior nos doentes de risco intermédio (HR = 1,7; IC95%:1,6-1,9), 2,7 vezes superior nos de risco alto (HR = 2,7; IC95%: 2,5-2,9) e 5,3 vezes superior nos de muito alto risco (HR = 5,3; IC95%: 4,9-5,7) versus os doentes de baixo risco CV. **Conclusões:** Estes resultados de mundo real mostram maior risco de morte ou hospitalização por DCVA nos doentes em categorias de risco CV superior independentemente do sexo e idade. Reforça-se, assim, a necessidade de uma gestão da doença tanto mais efetiva quanto maior o risco CV do doente.

## PO 22

### TROMBO VENTRICULAR – INCIDENTE ISQUÉMICO

Inês Sousa Miranda; Sara Lemos Rocha;  
Marta Colaço Monteiro; Raquel Domingos  
*Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE /  
Hospital Egas Moniz*

**Introdução:** O trombo ventricular esquerdo (TVE) constitui uma causa importante de eventos isquémicos cardioembólicos após enfarte agudo do miocárdio (EAM), sendo crucial a determinação da fonte embólica para o início adequado de anticoagulação como prevenção secundária.

**Objetivos:** Reforçar a importância do ecocardiograma no estudo vascular da doença cerebrovascular.

**Materail, métodos e resultados:** Mulher de 74 anos, com história de surdez neurosensorial e epilepsia traumáticas, levada ao Serviço de Urgência por alteração do estado de consciência. À admissão apresentava défices sensitivomotores do hemicorpo direito (NIHSS 9). Analiticamente a destacar antiepilépticos em dose terapêutica, hiperglicemia, hipernatremia, elevação dos parâmetros inflamatórios e troponina T negativa. O electrocardiograma apresentava ritmo sinusal, com ondas Q patológicas no território anteroseptal, sugestivo de cicatriz de enfarte prévio. A TC cerebral realizada às 24 horas confirmou enfarte isquémico agudo temporo-parietal esquerdo. Do estudo etiológico do AVC destaca-se holter de 24h em ritmo sinusal, eco-doppler dos vasos do pescoço com parâmetros hemodinâmicos normais, ecocardiograma transtorácico a revelar trombo intracavitário, apenso ao ápex, de grandes dimensões (35mmx14mm) e hipermóvel, acinesia apical e septal. Realizou RM cardíaca, já sob anticoagulação, que confirmou a cicatriz de enfarte no território da descendente anterior média, sem viabilidade. Apesar de não se vi-

sualizarem imagens inequívocas do trombo intraventricular, apresentava um ápex aneurismático, constituindo um substrato evidente para fonte cardioembólica. A doente teve alta medicada com rivaroxabano.

**Conclusões:** 20% dos AVC's isquémicos surgem de trombos intraventriculares. O substrato típico para a formação destes trombos é o EAM anterior recente com aneurisma anteroapical. Tipicamente são diagnosticados de forma incidental após um enfarte do miocárdio, enquanto outros são diagnosticados no estudo etiológico do AVC, como no presente caso.

As técnicas de imagem como o ecocardiograma e a RM cardíaca aumentaram a sensibilidade diagnóstica desta entidade. A RM cardíaca é considerada o exame de imagem gold standard, sendo superior na detecção do trombo intracavitário comparativamente ao ecocardiograma, no entanto, no presente caso a RM não detectou o trombo, estando a doente sob anticoagulação aquando da sua realização.

O tratamento do trombo ventricular é a anticoagulação. O controlo evolutivo pode ser feito com ecocardiograma transtorácico, reservando a RM cardíaca para as situações em que o ecocardiograma é tecnicamente subótimo.

## PO 23

### **HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR: MAIS DE 20 ANOS DE EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO**

Ana Rita Ramalho; Catarina Reigota; João Porto; Pereira de Moura

*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra*

**Introdução:** A hipercolesterolemia familiar (HF) é uma doença autossómica dominante, sendo das doenças hereditárias mais frequentes. Com uma prevalência de 1/200-

500 na forma heterozigota e de 1/160.000-300.000 na forma homozigota, estima-se que na maioria dos países menos de 1% está diagnosticada. O diagnóstico é feito cumprindo dois dos seguintes critérios: LDL-C 180mg/dL, xantomias na pele/em tendões, história de HF ou doença arterial coronária (DAC) prematura entre os familiares de 2º grau. Para o diagnóstico definitivo é necessário documentar a mutação envolvida, o que é importante pelo maior risco de DAC nos portadores. De facto, a DAC é a principal causa de morbimortalidade da HF, com um risco 10 vezes superior ao da população geral. E porque a prevenção primária deve ser o objetivo, a forma mais eficaz de combate a esta epidemia é a realização de rastreio em cascata a partir do caso índice.

**Objetivos:** Com este trabalho pretendemos sensibilizar para a importância do diagnóstico precoce e do impacto que este pode ter na prevenção da morbimortalidade cardiovascular associada à HF.

**Material e métodos:** Foi desenvolvido um estudo retrospectivo de coorte, observacional. Foram revistos os registos clínicos dos doentes da consulta de Hipertensão Arterial e Aterosclerose com diagnóstico de HF nos últimos 22 anos.

Foram incluídos 126 doentes, tendo-se avaliado, para cada doente, as seguintes variáveis: idade ao diagnóstico; o resultado do estudo genético; o valor de LDL à data do diagnóstico e o último valor associado ao processo clínico; o tratamento em prevenção primária ou secundária; o uso de iPCSK9; e a ocorrência de DAC.

**Resultados e conclusões:** Dos 126 doentes, 56 (44,44%) correspondiam a casos índice, 74 (58,73%) eram do sexo feminino e apresentavam uma média de idade ao diagnóstico de 43,275 anos, com o doente mais jovem apresentando 8 anos aquando do diagnósti-

co. Dos doentes com critérios clínicos para HF, 55 (43,65%) apresentavam estudo genético positivo: 54 com mutações no gene LDL receptor e 1 com mutação no gene PCSK9. Relativamente aos valores de LDL, o valor médio ao diagnóstico foi de 199,21mg/dL, com um máximo na nossa amostra de 474mg/dL, e a média de redução do valor de LDL foi de 55,04 mg/dL. Relativamente à ocorrência de DAC, apenas 8 (6,35%) doentes apresentaram um evento, com uma média de idade de 62,82 anos, sendo que a idade mais precoce (36 anos) ocorreu num doente que seria caso índice. Desses 8 doentes, todos apresentaram diagnóstico genético e mutação do gene LDL receptor.

O nosso trabalho elucidada sobre a experiência de mais de 20 anos da consulta de hipertensão arterial e aterosclerose e do impacto que esta teve quer no diagnóstico e rastreio da HF na região centro do país, quer no prognóstico destes doentes.

## PO 26

### MESMO ASSIM TEM FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR

Elisabete Dulce Mendes; Renzo Mozzer; Djenabu Cassama; Socrates Naranjo; Augusto Mendonça; Nídia Calado; Isabel Soles  
*Hospital Portalegre*

**Introdução:** Em geral, o risco cardiovascular (RCV) é resultado de múltiplos fatores de risco interligados que podem ser modificáveis e não modificáveis e, normalmente, interagem e potenciam-se, tendo efeito sinérgico, aumentando a possibilidade de surgir doença cardiovascular (DCV).

Este caso realça a importância da avaliação do RCV global do doente e de estabelecer um plano de prevenção de novos fatores RCV e o controlo dos existentes.

**Caso:** Mulher de 62 anos, parcialmente autónoma que reside com o marido. Antecedentes de hipertensão arterial (HTA), dislipidemia, obesidade mórbida, prótese de joelho esquerdo e anca direita.

Após briga conjugal iniciou quadro de elevação das cifras tensionais, cefaleia, desorientação e disartria pelo que foi trazida ao serviço de Urgência (SU).

À admissão salienta-se: apirética, TA 170/70 mmHg, FC 60bpm, SpO2 de 99% em ar ambiente. Nesse momento, orientada e colaborante. Neurologicamente sem alterações de relevo. Dos exames complementares de diagnóstico (hemograma, provas de função renal, ionograma e enzimologia hepática, PCR, eletrocardiograma e tomografia computadorizada crânio-encefálica (TC-CE)) salienta-se extrassístoles ventriculares sem outra informação de relevo.

Admitiu-se elevação de tensão arterial e acidente cerebral transitório versus síndrome conversivo. No internamento a doente apresentou perfil tensional alto que normalizou com a terapêutica instituída. Fez TC-CE de controlo às 48 horas que não mostrou alterações de novo. Teve alta após 4 dias, assintomática. Os diagnósticos definitivos foram síndrome conversivo e hipertensão sistólica não controlada. Foi indicado iniciar alimentação saudável, exercício físico adaptado à sua condição física para conseguir redução do índice de massa corporal. Foi marcada consulta de seguimento por medicina interna, psiquiatria e nutrição.

**Discussão:** Esta doente apresenta vários fatores de RCV modificáveis como HTA, obesidade, dislipidemia, stress no ambiente familiar e iniciou um quadro de alterações neurológicas que recuperou. Após avaliação imagiológica não foi identificadas alterações vasculares agudas ou subagudas, o que poderia fazer pensar em um AIT, contudo após um episódio de stress emocional não pode descartar-se a possibilidade de um síndrome conversivo que

consiste em sintomas e défices neurológicos que se desenvolvem de maneira não consciente e afetam a função motora e sensorial, o seu desencadeante são fatores de stress emocional ou traumáticos. No caso apresentado temos a discussão com o marido, além de exclusão de transtornos físicos.

**Conclusão:** Apesar de que a doente apresente um diagnóstico de foro psiquiátrico, não se pode deixar de lado os fatores de RCV que devem de ser controlados e evitar o surgimento de novos. Face à presença de fatores de RCV é fundamental estabelecer uma abordagem multidisciplinar que visa melhorar a qualidade de vida a curto e longo prazo dos doentes.

## PO 27

### **TROMBOSE VENOSA CEREBRAL: ABORDAGEM DE UMA CAUSA RARA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

Valter Duarte; Gisela Gonçalves;  
Ana Sofia Azevedo; Daniela Alves; Ana Oliveira;  
Laura Baptista; Carolina Amado; Margarida Cruz  
*Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante  
D. Pedro, EPE*

**Introdução:** A trombose venosa cerebral (TVC) é uma doença rara correspondendo a menos de 1% de todos os acidentes vasculares cerebrais (AVC). Primeiramente associado a infeções cranianas, nas últimas décadas a sua incidência tem estado mais relacionada com malignidade, trombofilias inerentes ou adquiridas, gravidez, puerpério, uso de contraceptivos orais (CO's) e a doenças sistémicas, sendo três vezes mais comum em mulheres. Contudo, em cerca de 30% dos casos a causa continua a ser idiopática.

**Objetivos:** Apresentação de um caso clínico e respetiva abordagem diagnóstica e terapêutica.

**Material e métodos:** Os autores apresentam o caso de uma mulher de 48 anos com antecedentes de menometrorragias sob estro-

progestativo oral há 3 meses. Sem antecedentes pessoais ou familiares de fenómenos trombóticos, referindo apenas episódio de tromboflebite há 2 meses medicada com rivaroxabano. A doente recorreu à urgência por cefaleia holocraniana de início súbito há 4 dias, com agravamento no último dia à qual se associaram náuseas, vômitos, défice de força muscular do hemicorpo esquerdo e visão turva. Sem história de traumatismo crânio-encefálico, sintomas focalizadores de infeção ou queixas constitucionais. Objetivamente apresentava parésia facial esquerda menor e hemiparesia esquerda.

Analiticamente a destacar elevação dos D-dímeros e do fibrinogénio. A TC-CE mostrou hematoma corticossupratentorial direito e herniação subfalcial e temporal mesial direita, tendo realizado veno-TC com alterações a sugerir trombose do seio venoso dural e de veias corticais. Iniciou heparina de baixo peso molecular (HBPM) e foi submetida a trombectomia com aspiração e colocação de stent, complicada com hemorragia e necessidade transfusional.

Apresentou evolução clínica favorável com completa recuperação dos défices neurológicos com TC-CE de reavaliação a demonstrar reabsorção da hemorragia, sem ressangramento, procedendo-se a transição para anticoagulação com varfarina. O estudo de fatores trombofílicos genéticos e adquiridos foi negativo e a ecografia abdominal e estudo endoscópico sem alterações de relevo. Teve alta com indicação para suspensão do CO.

**Resultados e conclusões:** Os CO's são o fator de risco mais frequente para TVC em mulheres jovens. A anticoagulação é a base do tratamento e da prevenção de novos eventos trombóticos, sendo estes raros (2-7%). É recomendada a HBPM em fase aguda com posterior alteração para varfarina. É obrigatória a investigação etiológica de condições

protrombóticas para definir a duração da anticoagulação, apesar da identificação de um fator precipitante. Estudos demonstraram eficácia dos novos anticoagulantes orais com menor risco de complicações, podendo estes, vir a ser uma alternativa à varfarina em doentes com difícil controlo do INR. A TVC, mediante uma abordagem célere e adequada, cursa com um bom prognóstico, com recuperação completa em cerca de 80% dos casos.

## PO 28

### É UM DOCE DE MULHER!

Roselia Lima; Ana Sofia Silva; Marta Sofia Oliveira  
*Hospital de Gaia*

Mulher de 50 anos, com antecedentes de Síndrome de Down (SD) a condicionar amaurose, mudez e dependência total nas atividades da vida diária, diabetes mellitus (DM) tipo 2 não medicada (HbA1c 7,2% em 2019), obesidade (IMC 30,1 kg/m<sup>2</sup>) e hipotireoidismo, foi admitida no serviço de Urgência (SU) em agosto/21 por alteração do comportamento com um dia de evolução (deambulação por arrastamento pelo chão e ausência de resposta à chamada), sem febre ou outras alterações do estado habitual da doente. Na admissão apresentou-se hemodinamicamente estável, polipneica, SpO<sub>2</sub> (ar ambiente) 94%, mucosas desidratadas, não colaborante na anamnese nem no exame físico/neurológico. Analiticamente com glicemia 825 mg/dL, pH 7,4, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 31,7 mmol/L e Anion Gap 14,5, sódio (corrigido) 173 mmol/L, potássio 3,0 mmol/L, cloro 114mmol/L, presença de glicosúria e cetonúria. Sem outras alterações de relevo. Foi internada no serviço de Medicina Interna com o diagnóstico de síndrome hiperglicémico hiperosmolar. Do estudo realizado verificou-se HbA1c 17,5%, não se objetivando outra causa precipitante para além da insuficiência terapêutica (exclusão de

infecção, ajustes terapêuticos da medicação habitual, alteração da função tiroideia, eventos isquémicos ou processos inflamatórios). Não foram observadas lesões de órgão-alvo, nomeadamente pé diabético, neuropatia diabética ou insuficiência arterial periférica. Durante o internamento corrigiu os distúrbios hidroeletrólíticos previamente descritos e iniciou terapêutica antidiabética (insulina glargina 34U/dia e metformina 850 mg/dia). Foi delineado um plano nutricional ajustado às necessidades da doente e realizada educação para a saúde junto dos cuidadores. Mantém seguimento e restante estudo em consulta externa de Diabetologia.

**Discussão/Conclusão:** A DM é uma doença metabólica com atingimento multissistémico progressivo, muitas vezes irreversível. A nossa doente tem SD, o que por si já acarreta maior risco de complicações cardiovasculares (pelas cardiopatias congénitas frequentes) e desenvolvimento de DM (cerca de 3 vezes mais do que num indivíduo sem SD). Apesar da doente ter sido previamente diagnosticada, atingiu HbA1c 17,5% em dois anos, uma consequência provável de vigilância inadequada/insuficiente e atraso no início da terapêutica antidiabética. Portanto, serve este caso clínico para ilustrar a importância do seguimento periódico do doente diabético e da vigilância da evolução da HbA1C e presença de lesões de órgão-alvo, nomeadamente cardíacas, renais, neurológicas e vasculares.

## PO 29

### DOENÇA CEREBROVASCULAR E DISLIPIDÉMIA – EM DIRECÇÃO AO ALVO

Inês Fonseca Marques; Filipa Pinto Monteiro; Leticia Santos; Érica Barata; Sara Ramalho; Andreia Nunes; Conceição Escarigo; Pedro Beirão; Catarina Valadão

*Hospital Garcia de Orta, EPE*

**Introdução:** A associação entre dislipidémia e doença cerebrovascular (DCV) é sobejamente conhecida pelo que, após um acidente vascular cerebral (AVC) ou acidente isquémico transitório (AIT), torna-se crucial proceder a optimização da terapêutica de prevenção secundária. As últimas recomendações europeias (ESC/EAS) consideram estes doentes como tendo muito alto risco cardiovascular e por conseguinte, com necessidade de alvos de colesterol LDL mais baixos (55 mg/dl).

**Objetivo:** Avaliar os níveis de colesterol LDL nos doentes internados por AVC isquémico ou AIT e se a terapêutica da dislipidémia foi ajustada.

**Material e métodos:** Incluíram-se todos os doentes internados no período de um ano (1 de outubro de 2020 – 30 de setembro de 2021) no serviço de medicina interna com diagnóstico de saída de AVC ou AIT. Recorrendo aos registos clínicos informatizados, foram analisados retrospectivamente os valores de colesterol LDL no internamento e verificou-se se à data da alta foi iniciada ou intensificada terapêutica hipolipemiante.

**Resultados:** No referido período, apuraram-se 120 internamentos por AVC isquémico e 11 por AIT, totalizando 131 episódios. Verificou-se um discreto predomínio do sexo masculino (51.1%) e média e mediana de idades de 78.2 e 79 anos, respectivamente. Em 109 doentes foi feito o doseamento do colesterol LDL durante o internamento, apurando-se valores superiores a 100mg/dl em 47 doentes (43.1%; N = 109) e apenas em

11 doentes (10.1%; N = 109) o valor do colesterol LDL era igual ou inferior a 55mg/dl. A quase totalidade dos doentes sem avaliação do colesterol LDL tinha prognóstico vital reservado ou demência em fase avançada. Considerando os 31 doentes já com história prévia de eventos cerebrovasculares, verificou-se que em apenas 7 casos o valor do colesterol LDL estava dentro do alvo (< 55mg/dl). Considerando a totalidade dos internamentos, a terapêutica hipolipemiante foi intensificada em 59.5% dos doentes (78 casos, N = 131).

**Conclusões:** Apesar da tendência dos últimos anos em aumentar a exigência no controlo da dislipidémia, particularmente nos doentes de muito alto risco cardiovascular, a maioria dos indivíduos internados por evento cerebrovascular apresentava valores de colesterol LDL muito acima do alvo, carecendo de intensificação terapêutica. O internamento constitui um momento crucial para a optimização da medicação e promoção de medidas com impacto benéfico no risco cardiovascular global do doente, com vista a atingir o alvo mais importante – a prevenção de novos eventos.

## PO 31

### “SMARTWATCH NA PRÁTICA MÉDICA – IMPORTÂNCIA NA FIBRILHAÇÃO AURICULAR”

Catarina Reigota; Ana Rita Ramalho; Ana Rita Afonso; Filipe Vilão; José Pereira de Moura  
*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra*

**Introdução:** Segundo a Fundação Portuguesa de Cardiologia a prevalência da fibrilhação auricular (FA) a partir da 6ª década de vida é superior a 6%, sendo que a sua incidência de forma subclínica representa 1/3. A população portuguesa apresenta uma elevada prevalência desta patologia com uma taxa subótima de

diagnóstico bem como de tratamento, prevenção de AVC e de outras comorbilidades associadas. Com o avanço da tecnologia surgiu, em 2018, o primeiro smartwatch com um algoritmo aprovado pela FDA para a detecção da FA.

**Objetivos:** Demonstrar a importância e benefícios da utilização do smartwatch na detecção da FA.

**Material e métodos:** Indivíduo do género masculino, de 39 anos de idade, raça caucasiana, saudável, que recorreu ao serviço de Urgência (SU) por alterações detetadas no ECG realizado no seu smartwatch após início súbito de palpitações e sensação de mal-estar inespecífico. Esse ECG revelou FA com resposta ventricular  $\pm$  93 batimentos por minuto (bpm) e que se confirmou no ECG realizado no SU. Por ausência de alterações cardíacas no ecocardiograma procedeu-se à cardioversão química com reversão a ritmo sinusal.

**Resultados e conclusões:** O smartwatch pode ser um aliado na detecção de FA na população de elevado risco, avaliação de recorrência após cardioversão, no uso do *pill in the pocket* e em promover um maior alerta desta patologia entre a população. A sua elevada especificidade e sensibilidade foram comprovadas em vários estudos como *Apple Heart Study* ou *Huawei Heart Study*. Surge como ferramenta útil na triagem de doentes como sugerem as últimas *Guidelines* da ESC sobre a FA. No entanto o *screening* em massa, mesmo numa população de baixo risco, poderá trazer maior ansiedade e realização de exames desnecessários. Além disso são produtos dispendiosos e de difícil acessibilidade na população mais idosa, apenas realizam a leitura se em repouso absoluto e com frequência cardíaca entre os 50 e os 150 bpm e se ocorrerem ritmos sobrepostos existe dificuldade no diagnóstico.

Em suma, é um ótimo aliado do médico e do doente na prevenção do risco cardiovascular.

## PO 32

### TROMBOEMBOLECTOMIA PERCUTÂNEA E TROMBÓLISE INTRAPULMONAR EM DOENTES COM EMBOLIA PULMONAR AGUDA DE RISCO INTERMÉDIO-ALTO: ANÁLISE DE UM CENTRO

Ana Cochicho Ramalho; Silvio Leal; António Fiarresga; Sofia Marques Santos; Helena Cantante; Jorge Nunes; Joana Silvestre; Raquel Marques; Paulo Alves; João Abecasis; Eduardo Infante Oliveira; Francisco Araújo  
*Hospital dos Lusíadas Lisboa*

**Introdução:** O tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo é a terceira causa de morte cardiovascular.<sup>1</sup> Pela ampla heterogeneidade da sua evolução, é recomendada a seleção do tratamento mediante estratificação do risco, existindo indicações claras nos casos de alto e baixo risco. Os doentes de risco intermédio permanecem, contudo, numa “zona cinzenta” de decisão clínica, tendo emergido, nos últimos anos, a abordagem percutânea, sob a forma de tromboembolectomia e/ou trombólise intrapulmonar, como uma alternativa eficaz e segura à terapêutica médica.

**Objetivos:** Avaliar a eficácia e segurança da realização de tromboembolectomia percutânea e trombólise intrapulmonar por cateter em doentes com TEP agudo de risco intermédio-alto.

**Material e métodos:** Entre janeiro e novembro de 2021, 7 doentes com risco intermédio-alto segundo as orientações da ESC, foram submetidos a terapêutica invasiva por tromboembolectomia e trombólise intrapulmonar. Em todos os casos o diagnóstico clínico foi confirmado imagiologicamente, tendo sido critérios para intervenção: demonstração de 1. Trombos em localização proximal, envolvendo o tronco da artéria pulmonar, ramos principais ou lobares (por Angio-TC); e 2. Hipertensão pulmonar (PSAP > 40 mmHg) e dilatação (ratio VD/VE >1) e/ou disfunção

ventricular direita por ecocardiograma.

**Resultados:** Sete doentes (5 mulheres), idade média 58+18 anos, foram submetidos a terapêutica invasiva. Seis doentes (85%) apresentavam elevação de troponina I e 100% de NT-proBNP. A totalidade apresentava dilatação e disfunção sistólica do ventrículo direito, e hipertensão pulmonar (PSAP média 58+12 mmHg). A média do índice de comorbilidades de Charlson foi de 2; as mais comuns foram neoplasia da mama, hipertensão essencial e dislipidemia.

O procedimento realizado resultou numa redução média de PSAP de 18 mmHg (34%) às 12 horas, sem qualquer complicação embólica ou hemorrágica. À data de alta a PSAP média foi de 38+12 mmHg, apresentando 5 doentes completa normalização ecocardiográfica. Em *follow-up* (78+21 dias), todos os doentes se apresentam em classe NYHA I e com normalização ecocardiográfica, sendo a PSAP média de 29+4 mmHg.

**Conclusões:** O TEP agudo de risco intermédio-alto é uma patologia com potencial de instabilização e morte significativos. Apesar da ainda insuficiente evidência científica disponível, a análise dos resultados no nosso centro apoia a realização de tromboembolotomia e trombólise intrapulmonar em casos selecionados pela eficácia e segurança demonstradas.

### PO 33

#### SERA TVP DO MEMBRO SUPERIOR OU DEFICIENCIA DE PROTEINA A CAUSA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Djenabu Cassama; Elisabete Dulce Mendes; Ana Paula Rezende; Jerina Nogueira; Augusto Antonio Mendonça; Isabel Soles  
*Hospital Dr. José Maria Grande*

A trombose venosa profunda dos membros superiores é uma entidade rara, entre 0.4 a 1 caso por 10.000 pessoas, na sua maioria

jovens do sexo masculino. A frequente tem vindo aumentar associada a presença de cateter venoso central ou *pacemaker*. Devemos ter conhecimento desta situação, tendo atenção aos sinais clássicos edema, e dor do membro, para uma abordagem precisa e investigação dos fatores desencadeantes. As complicações frequentes embolia pulmonar e síndrome pós-trombótica.

Os autores descrevem o caso clínico de um utente, 48 anos, com antecedentes de DM tipo II não insulino tratado, portador de *pacemaker* desde 2021 por bradicardia sinusal/ Taquicardia paroxística supraventricular e ex-fumador.

Medicado com metformina e tromalyt.

Internado por quadro clínico de edema, rubor e dor do membro superior esquerdo de 3 dias de evolução com agravamento progressivo e cansaço para mininos esforços, sem febre ou calor

Das investigação realizada destaca-se:

Análises: D-Dímeros 0.6, PCR: 15.4, Proteína S funcional 80.0% (93-127%)

- TAC-torácica: Defeito de preenchimento incompleto, na artéria subsegmentaria no LID, sugestivo de TEP parcial.

- Ecodoppler arterial e venoso do membro superior esquerdo, existe colapso incompleto da veia umeral e também da veia subclávia com aspeto muito sugestivo de flebotrombose parcialmente repermeabilizada.

- Ecografia transtoracica: Aurícula direita dilatada. Ventrículo esquerdo hipertrofiado mantendo boa função sistólica global. Ventrículo direito aparentemente dilatado mantendo boa função sistólica.

**Conclusão:** TVP é frequentemente verificada nos membros inferiores, tendo-se verificado o aumento da sua incidência nos membros superiores, As causas secundárias representam 80% dos casos. Existência de TEP, é consequência desta entidade nosologica e é

a causa principal de morbi e mortalidade. Os utentes com deficiência de proteína S, tem indicação para anticoagulação permanente devido o risco de novos eventos.

### PO 34

#### **HIPERTRIGLICERIDEMIA GRAVE, A REALIDADE DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO**

Francisco Soares Laranjeira; Anabela Raimundo;  
Alexandra Bayão Horta  
*Hospital da Luz Lisboa*

**Introdução:** A hipertrigliceridemia grave (HTG) é definida como um nível de triglicéridos séricos (TGs) > 1000 mg/dL. É uma condição rara associada a complicações graves, como a pancreatite aguda (PA), devendo ser instituídas medidas para uma rápida redução dos valores de TGs. A abordagem terapêutica destes doentes não é consensual, dada a escassez de ensaios randomizados, sendo maioritariamente baseada em estudos observacionais.

**Objetivos:** Este estudo pretende caracterizar os doentes com HTG, os fatores de risco associados, as principais complicações e as terapêuticas instituídas.

**Material e métodos:** Foi efetuado um estudo retrospectivo, observacional e analítico, através da recolha de dados dos processos clínicos de doentes com HTG internados no serviço de Medicina Interna e Intensiva entre 1 de janeiro de 2009 e 31 dezembro de 2020, num hospital nível III de Portugal. Foram excluídos processos clínicos com TGs < 1000 mg/dL e dados incompletos. Os dados foram analisados no programa IBM SPSS@statistcs (versão 28).

**Resultados e conclusões:** A amostra incluiu 17 doentes, com uma média de idades 42,4 anos. A complicação mais frequente foi a PA (70.6%) seguindo-se a diabetes mellitus (DM) descompensada, tendo 84.2% necessitado de internamento em Unidade Cuidados Intensivos (UCI). Quanto ao perfil metabólico,

94% apresentavam sobrepeso (18.7% com IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>), 52,9% tinham dislipidemia prévia, 47,1% hipertensão arterial e 52,9% DM tipo 2. Entre os doentes com PA, as terapêuticas instituídas mais comuns foram a insulina (82.4%) e os fibratos (76.5%) e apenas em 11.8% foram introduzidos ácidos gordos. 58.8% necessitou de plasmaferese, tendo-se constatado que uma única sessão permitiu em média uma redução de 56.8% do valor de TGs. Os critérios de decisão para início da mesma foram sobretudo clínico-laboratoriais, entre eles a acidose láctica (58.8%) e disfunção renal (23.5%). Não se verificou nenhum óbito, a taxa de reinternamento foi 36.3%, todos por PA. Este estudo reforça a morbilidade associada à HTG, com elevada necessidade de admissão na UCI e realização de plasmaferese. Esta permitiu uma redução significativa dos valores de TGs, tendo os critérios para o seu início baseados na gravidade clínica e não nos TGs à admissão. Na nossa população esta abordagem foi eficaz, sendo este um dos pontos importantes a ressaltar, dado não existirem critérios claros de início nas guidelines internacionais. Os nossos dados não nos permitem distinguir entre os doentes com Síndrome de quilomicronemia familiar e com quilomicronemia multifatorial. O aparecimento recente de terapêutica específica para o défice genético de LPL, torna esta distinção importante, devendo no futuro o estudo genético ser considerado especialmente em doentes mais difíceis de tratar e com recorrências. Em todos, o tratamento agressivo dos fatores de risco cardiovascular é fundamental numa doença cuja taxa de reinternamento foi de 36%.

## PO 35

### RISCO CARDIOVASCULAR NA UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Inês Isabel Branco Carvalho<sup>1</sup>; Cláudia Viegas<sup>2</sup>; Vitória Cunha<sup>2</sup>; Francisca Delerue<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Beatriz Angelo; <sup>2</sup>Hospital Garcia de Orta, EPE

**Introdução:** as doenças cardiovasculares constituem umas das principais causas de morbimortalidade em Portugal. Como tal a identificação de doentes com elevado risco de desenvolver uma doença cardiovascular (DCV) – risco cardiovascular (RCV) global – é essencial para a atuação atempada em termos de prevenção primária. Este resulta da presença e interação de todos os fatores de risco (hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, idade, tabagismo) num indivíduo. É também importante tratar os que já apresentam DCV estabelecida de forma a reduzir a recorrência de eventos.

**Objetivos:** caracterizar a população de doentes internados na Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) do Hospital Garcia de Orta (HGO) em termos de risco cardiovascular. Procurámos também apurar os fatores de risco mais frequentes.

**Material e métodos:** Foram incluídos no estudo doentes internados na UHD do HGO de janeiro a abril de 2021. Seguindo as guidelines europeias, os indivíduos com DCV estabelecida (acidente vascular cerebral, doença arterial coronária/enfarte agudo do miocárdio, doença arterial periférica), diabéticos tipo 2 e tipo 1 com microalbuminúria ou com níveis muito elevados de um único fator de risco são considerados de elevado RCV; não sendo necessário o cálculo de RCV global. Nos restantes casos, utilizámos a escala de risco SCORE que permite calcular o risco de DCV fatal aos 10 anos.

**Resultados e conclusões:** neste estudo foram incluídos 174 doentes, 87 homens e 87 mulheres, com idade média de 66 anos

(máxima de 99 e mínima de 20). A grande maioria (73%, n = 127) internada na UHD por patologia infecciosa e com uma duração de internamento média de 13 dias (máxima de 86 dias e mínima de 1 dia). Em termos de risco cardiovascular: 20% (n = 35) com RCV baixo; 10% (n = 18) RCV intermédio e 70% (n = 121) tem RCV elevado ou muito elevado. Em relação aos fatores de risco presentes verificámos que os mais frequentes são hipertensão arterial e dislipidemia. Observámos ainda que cerca de 25% dos doentes apresentam DCV já estabelecida. Concluímos assim, que a maioria dos doentes da população em estudo apresenta um elevado ou muito elevado RCV (RCV global  $\geq$  5%). Portanto, o internamento na UHD será uma importante oportunidade de abordar o doente sob o ponto de vista de RCV, de modo a reduzir o mesmo através da formação/educação dos doentes e da elaboração de um plano de intervenção. Concluímos ainda que as escalas de risco, embora muito úteis, também apresentam limitações que devemos ter em conta no momento da avaliação dos doentes.

## PO 36

### SINAL DE FRANK, RED FLAG?

Rita A. Coelho; Guilherme Camões; Joana C. Ramos; José Filipe Santos; Laura Machado; Diana M. Ferreira; Arsénio Santos; Armando de Carvalho  
*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra*

**Introdução:** O sinal de Frank (SF), prega diagonal que se estende do tragus ao bordo posterior do lóbulo da orelha, é facilmente objetivado na observação do doente e está relacionado com patologia cardíaca, nomeadamente, doença arterial coronária (DAC). Apesar de apresentar baixa sensibilidade (51-65%), tem um valor preditivo positivo de 42-91% na identificação de DAC.

**Objetivos:** Identificação do SF nos doentes

internados no serviço de Medicina Interna (MI) e caracterização dos seus fatores de risco cardiovascular (FRCV).

**Material e métodos:** estudo de coorte transversal, descritivo e inferencial dos doentes internados no serviço de MI no dia 08/11/2021 (dia aleatório), considerando as variáveis: sexo, idade, SF, FRCV e antecedentes pessoais relacionados com estes. Os dados foram analisados no IBM® SPSS® v.26.

**Resultados e conclusões:** Amostra total de 135 doentes, com idade média de  $76 \pm 14,5$  anos, em que 55,6% (75) eram do sexo masculino. Dos FRCV pesquisados destaca-se: HTA 73,3% (99); DM 28,9% (39) com média de  $11,8 \pm 7,4$  anos de evolução; dislipidemia 57,0% (77) dos quais 9,6% (13) apresentava dislipidemia mista, 47,4% (64) hipercolesterolemia isolada e nenhum tinha trigliceridemia isolada; hábitos tabágicos 20,0% (27), com uma média de  $52,5 \pm 38,4$  UMA; hábitos alcoólicos 36,3% (49) com uma média de  $69,9 \pm 57,8$  gr/álcool/dia; obesidade 63,7% (86), com Índice de massa corporal médio de  $27,7 \pm 5,0$ . Relativamente aos antecedentes: 10,4% (14) apresentava DAC, 5,2% (7) com angina estável e 5,2% (7) com antecedentes de EAM; 14,8% (20) *status* pós-AVC.

Dos 135 doentes, 25,9% (35) apresentavam SF presente, sendo que em 13,3% (18) era bilateral. Destes doentes 71,4% (25) eram do sexo masculino e apresentavam uma idade média de  $80,3 \pm 11,3$  anos. Avaliando a presença de SF em doentes com DAC verificou-se uma relação estatisticamente significativa ( $p < 0,001$  teste de exato de Fisher). Fazendo pesquisa por cada um dos FRCV isoladamente não foi identificada nenhuma relação estatisticamente significativa com a presença de SF.

Concluindo, o SF um sinal objetivável de forma gratuita e não invasiva, contudo pouco valorizado na prática clínica. Com o presente

trabalho comprovamos a presença e prevalência do SF na população dos doentes internados no serviço de MI, confirmando igualmente os dados descritos na literatura relativamente à associação com DAC, mas não foi possível identificar um FRCV isolado para esta associação. Assim, reforçamos a necessidade de valorizar o SF.

## PO 37

### SINAL DE FRANK, INDICAÇÃO PARA ELETROCARDIOGRAMA?

Guilherme Camões<sup>1</sup>; Rita a. Coelho<sup>2</sup>; Carolina Martins<sup>1</sup>; Sofia Lopes<sup>1</sup>; Diana M. Ferreira<sup>1</sup>; Arsénio Santos<sup>1</sup>; Armando Carvalho<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra ; <sup>2</sup>IPO Coimbra

**Introdução:** O sinal de Frank (SF), prega diagonal que se estende do tragus ao bordo posterior do lóbulo da orelha, é facilmente objetivado na observação do doente e está relacionado com doença arterial coronária (DAC). Apesar de apresentar baixa sensibilidade (51-65%), tem um valor preditivo positivo de 42-91% na identificação de DAC.

**Objetivos:** Identificação de sinais eletrocardiográficos compatíveis com isquemia nos doentes internados no serviço de Medicina Interna (MI) com SF.

**Material e métodos:** Estudo de coorte transversal, descritivo e inferencial dos doentes internados no serviço de MI no dia 08/11/2021 (dia aleatório), considerando as variáveis: sexo, idade, SF, antecedentes de DAC e eletrocardiogramas (ECG) prévios. Os dados foram analisados no IBM® SPSS® v.26. **Resultados e conclusões:** Amostra total de 135 doentes, com idade média de  $76 \pm 14,5$  anos, em que 55,6% (75) eram do sexo masculino. Do total dos doentes apenas 9,9% (12) apresentavam alterações eletrocardiográficas compatíveis com sequelas de doença arterial coronária, nomeadamente, 6 com

ondas Q patológicas, 5 com má progressão das ondas R e 1 com ambas as alterações. Foram excluídas algumas alterações que podem surgir na presença de doença arterial coronária, mas que, por serem inespecíficas, não se podem atribuir de forma inequívoca a DAC (por exemplo alterações inespecíficas da repolarização).

Do total de doentes 25,9% (35) apresentavam SF, dos quais 13,3% (18) era bilateral, 71,4% (25) eram do sexo masculino e com uma idade média de  $80,3 \pm 11,3$  anos. Avaliando a presença de SF nos doentes com DAC verificou-se uma relação estatisticamente significativa ( $p < 0,001$  Teste de Exato de Fisher) com forte associação (Resíduo ajustado de 4,4 e Teste Phi com  $p < 0,001$ ). Contudo, verificamos que, dos 35 doentes com SF, 26 (74,3%) não apresentavam DAC conhecida. Avaliando as alterações eletrocardiográficas encontradas nestes doentes não se identificou uma relação estatisticamente significativa entre a presença de alterações compatíveis com DAC e a presença de SF ( $p = 0,489$  Teste exato de Fisher).

Sendo o SF um sinal objetivável de forma gratuita e não invasiva, poderá ser importante o seu reconhecimento clínico generalizado para a identificação de doentes com DAC ainda sem diagnóstico. O ECG poderá ser o exame inicial pelo baixo custo e elevada disponibilidade a realizar nos doentes com SF, no entanto, como expectável, não consegue identificar todos os doentes com DAC.

## PO 38

### ALVOS DE COLESTEROL LDL NA PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – UMA BATALHA PERDIDA À PARTIDA?

Mafalda Vasconcelos; Rui Valente;  
Célia Machado; José Lomelino Araújo  
*Hospital Beatriz Ângelo*

**Introdução:** O acidente vascular cerebral (AVC) é uma das principais causas de morbimortalidade em Portugal, sendo o controlo da dislipidemia um dos mais importantes fatores para a sua prevenção. O colesterol LDL (C-LDL) é o principal alvo do tratamento, tendo as guidelines de 2019 da ESC/EAS vindo a estabelecer valores alvo mais exigentes para os doentes de muito alto risco cardiovascular, grupo que inclui todos os doentes com eventos vasculares cerebrais prévios.

**Objetivos:** Avaliação da adequação da intervenção farmacológica adoptada face à percentagem de redução de C-LDL necessária para atingir o alvo terapêutico e determinação da percentagem de doentes que atingiram o alvo um ano após o evento.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva de 100 internamentos consecutivos por AVC isquémico. Avaliadas as características demográficas, factores de risco vascular, perfil lipídico e terapêutica à data do evento, alteração terapêutica instituída, avaliação do perfil lipídico um ano após a alta e recorrência de eventos. As diferentes variáveis foram extraídas dos processos clínicos e analisadas em Microsoft Excel.

**Resultados:** Dos 100 doentes avaliados, 51% eram do sexo feminino, a média de idades era de 71 anos (mínimo 28 anos, máximo 93 anos) e a maioria (75%) era autónoma à data do internamento. Os fatores de risco vascular mais frequentes eram hipertensão arterial (74%), dislipidemia (50%), diabetes (31%), tabagismo (21%) e fibrilhação auricu-

lar (17%). 37% dos doentes encontravam-se em prevenção secundária. A média do C-LDL à data de internamento era de 89 mg/dL (desvio padrão = 32), 42% dos doentes estavam medicados com estatina de moderada intensidade e apenas 3% com estatina de alta intensidade. À data da alta, 75% foram medicados com estatina de moderada intensidade e 13% com estatina de alta intensidade. A média de redução de LDL necessária à data da alta era de 30%, sendo que apenas 28% dos doentes foram medicados com a terapêutica adequada. Dos 40 doentes com avaliação do perfil lipídico um ano após o evento, apenas 17% se apresentava dentro do alvo terapêutico (55 mg/dL). Verificou-se uma recorrência de 6% a um ano de evento cardiovascular.

**Conclusões:** Os alvos terapêuticos de C-LDL na prevenção secundária têm vindo a tornar-se sucessivamente mais exigentes. Apesar de existirem recomendações claras na utilização de terapêutica hipolipemiante, continua a existir uma contenção na utilização de terapêuticas mais eficazes e de maior intensidade. Isto pode justificar a baixa percentagem de doentes que atinge o alvo um ano após o evento cardiovascular.

### PO 39

#### **FATORES DE RISCO NO TROMBOEMBOLISMO VENOSO: 1+1>2**

Tatiana Soares Correia; Catarina Abreu;  
Melanie Ferreira; Tiago Judas; Fábio Carneiro;  
Francisca Delerue  
*Hospital Garcia de Orta, EPE*

A trombose do seio venoso é um tipo pouco prevalente de acidente vascular cerebral e simultaneamente um exemplo de tromboembolismo venoso (TEV) num local raro. A sua incidência é superior em mulheres jovens e na maioria dos eventos é possível identificar um fator precipitante. A anticoagulação

é a terapêutica recomendada quer em fase aguda quer nos primeiros 3 meses mas sabe-se que a probabilidade de recorrência de TEV nestes doentes é mais baixa do que após tromboembolismo venoso profundo ou pulmonar. Assim, a decisão de anticoagulação a longo prazo depende sobretudo da identificação de fatores precipitantes e se os fatores de risco identificados em cada doente são transitórios, genéticos ou adquiridos. Apresenta-se um caso clínico de uma doente seguida em consulta de TEV após trombose do seio venoso como exemplo da interação de vários fatores de risco minor e seu impacto na decisão de anticoagulação a longo prazo. Trata-se de uma doente do sexo feminino, de 34 anos, com antecedentes conhecidos de enxaqueca, obesidade grau 2, fumadora e que tinha como medicação habitual um anticoncepcional oral combinado. Deu entrada no serviço de urgência por cefaleia com padrão diferente da sua enxaqueca habitual e diminuição da força à esquerda, realizou tomografia computadorizada que revelou trombose venosa cerebral superficial e profunda e iniciou enoxaparina 110mg bdiária. No internamento realizou pesquisa de trombofilias que revelou variante em heterozigotia G20210A da protrombina, sendo assim identificados 4 fatores de risco minor para TEV. Teve alta encaminhada para consulta de TEV e anticoagulada com dabigatrano. Na consulta de seguimento a doente tinha já cessado hábitos tabágicos e suspenso o uso de anticoncepcional oral e repetiu-se o estudo de trombofilias que confirmaram apenas a presença da mutação já conhecida. Após 11 meses de anticoagulação a doente permanece sem novos eventos e sem intercorrências hemorrágicas, apresentado como fatores de risco apenas a heterozigotia G20210A da protrombina e a obesidade, sendo este último modificável.

Este caso pretende alertar para a importância da combinação de vários fatores de risco minor na ocorrência de TEV e no impacto na sua recorrência. Assim, o controlo dos fatores de risco transitórios pode levar à redução significativa do risco de recorrência e consequentemente interferir com a decisão de anticoagulação a longo prazo destes doentes. No caso apresentado pode até ser possível suspender a anticoagulação caso os 3 fatores de risco minor transitórios fiquem controlados.

#### PO 40

### DIABETES TIPO 2: COMPLICAÇÕES AGUDAS CONCOMITANTES

Sara Tereso; Carlos Machado e Costa  
*Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria*

**Introdução:** A cetoacidose diabética (CAD) e o estado hiperosmolar hiperglicémico (EHH) representam 4 a 9% dos internamentos hospitalares em doentes com Diabetes Mellitus. No EHH ocorre hiperglicemia com desidratação e aumento da osmolaridade, já na CAD, além da alteração da glicemia temos também alteração do metabolismo lipídico com produção de cetóácidos e consumo de bicarbonato. A CAD é mais comum em crianças e jovens, sendo, muitas vezes, a primeira manifestação do DM tipo 1. Já o EHH, é mais comum em doentes maiores de 40 anos. A CAD e o EHH podem ser desencadeados por infeções em 40%, como pneumonia, infeção urinária, sepsis e gastroenterites e interrupção da terapêutica em 25%.

**Caso clínico:** Mulher de 86 anos, com antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 2 insulinotratada, hipertensão arterial, fibrilhação auricular permanente e Síndrome Demencial é trazida pela VMER ao SU por quadro de prostração e recusa alimentar com 4 dias de evolução. À abordagem verificou-se

glicemia 600 mg/dL e cetonemia 7. Segundo filha, doente não cumpriu terapêutica nos últimos 2 dias.

À observação inicial apresentava se muito prostrada, abertura ocular espontânea ao toque, discurso pouco compreensível e desidratada, sem sinais meníngeos, sem défices neurológicos focais aparentes. Apirética, sem dificuldade respiratória aparente, sem cianose, com SpO<sub>2</sub> de 96% em ar ambiente e FC 150-160 bpm com arritmia completa, nomeadamente FA com RVR e hipotensão 90/50 mmHg;

Gasimetria ph 7.263, PCO<sub>2</sub> 29.8 mmhg, PO<sub>2</sub> 99.2 mmhg; HCO<sub>3</sub> 14.7mmol/L; Anion gap 27.2 mmol/L, hiperglicemia 745 mg/dl, lactatos 20 mg/dl sem alterações iónicas.

Analicamente leucocitose com neutrofilia, hiperglicémia 821 mg/dL; função renal diminuída, hiperosmolalidade 341 mOsmol/kg; hiperuricemia 8.4 mg/dL; PCR 7.29 mg/dL.

Urina II- leucócitos eritrócitos nitritos negativo, glicosúria >1000 mg/dl e corpos cetónicos 15 mg/dl.

Foi instituída terapêutica com soro fisiológico, insulina neutra EV bólus e perfusão Iniciou também amiodarona em dose de indução e manutenção, iniciou antibioterapia com piperacilina/tazobactam.

Doente foi internada na medicina com diabetes mellitus tipo 2 descompensada por infeção do trato urinário, com cetoacidose diabética e estado hiperglicémico hiperosmolar. Doente apresentou boa evolução clínica e sintomática ao longo do internamento, com bom controlo glicémico, sem acidemia metabólica. Hemoculturas e uroculturas isolaram *Proteus Mirabilis*, tendo se posteriormente ajustado antibioterapia para cefuroxime.

Doente teve alta para o domicílio consciente orientada na pessoa, mucosas hidratadas, eupneica em ar ambiente, normotensa, normocardica e apirética.

**Conclusões:** Embora CAD e EHH ocorram geralmente em grupos etários distintos, a sua ocorrência em simultâneo pode ocorrer mas é rara, podendo ser desencadeadas por uma intercorrência infecciosa ou por não cumprimento da terapêutica.

## PO 41

### TROMBOSE VENOSA PROFUNDA EM DOENTE COM DEFICE DE PROTEÍNA S

Sara Tereso; Carlos Machado e Costa  
*Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria*

**Introdução:** A trombose venosa é uma patologia comum de etiologia multifatorial, atingindo 1/1000 adultos por ano. Cerca 50% dos doentes com trombose venosa idiopática é possível identificar uma trombofilia hereditária associada a um ou mais fatores de risco. A proteína S é um importante anticoagulante natural, sintetizado pelos hepatócitos e megacariócitos, vitamina K dependente, servindo como co-fator para inativação tanto do fator V plasmático quanto plaquetário e do fator VIII. A incidência da deficiência da proteína S em doentes com trombose venosa profunda (TVP) em idade inferior a 45 anos gira em torno de 10%. Cerca de 30% TVP ocorrem com o uso de contraceptivos orais, gravidez ou período pós parto. Covid-19 pode predispor em 27% a TVP.

**Caso clínico:** Mulher, 24 anos, com antecedentes de infeção recente por SARS-COV-2 com critérios de cura recente e previamente saudável, realizava como terapêutica habitual contraceção oral com etinilestradiol/gestodeno. Recorreu ao SU com dor e edema na coxa esquerda com uma semana de evolução. Tinha realizado ecodoppler do membro inferior esquerdo na véspera que demonstrou “ausência de compreensibilidade e de fluxo nas veias popliteia, gemelar e femoral comumesquerdas, traduzindo flebotrombose profunda.

Mantida a permeabilidade dos eixos arteriais dos membros inferiores, verificando-se curvas de fluxo nas femorais e poplíteas com características dentro da normalidade, apenas a referir fluxo de menor amplitude e monofásico na artéria tibial posterior esquerda”. No SU ao exame objetivo apresentava dor, edema e empastamento gemelar esquerda do membro inferior, tendo sido observada por Cirurgia Vasculuar que realizou ecodoppler que confirmou TVP femoro-popliteia com trombo oclusivo, recomendando internamento para estudo etiológico e vigilância. Durante o internamento no serviço de Medicina foi medicada com enoxaparina 60 mg 2 id, contenção elástica dos membros inferiores, e elevação dos mesmos, com melhoria dos sinais de TVP.

Da avaliação laboratorial para estudo etiológico destacou-se deficiência de Proteína S livre antigénio (35%), sem alterações da TP, APTT, anticoagulante lupico, tempo de trombina e fibrinogénio, proteína C, antitrombina, mutação do factor V Leiden, mutação protrombina, anticorpo anticardiolipina e anti-B-2glicoproteína, homocisteína, fator VIII.

Tem alta medicada com apixabano 5mg e indicação para manter contenção elástica dos membros inferiores, orientada para consulta de Medicina para seguimento.

**Conclusões:** As trombofilias são fatores de risco independentes de trombose venosa, podendo ser identificados em metade dos indivíduos com trombose venosa, mas frequentemente o episódio trombótico resulta da sua interação com outros fatores de risco externos. A identificação laboratorial de trombofilias contribui para a estratificação de risco individual e prevenção secundária.

## PO 42

### “O FIM DA SENTENÇA À INSULINA”: UM CASO DE DIABETES INAUGURAL TRATADO COM METFORMINA/DAPAGLIFLOZINA

Rita Rodrigues Moreira<sup>1</sup>; Alexandra Vieira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>USF Tornada <sup>2</sup>Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

**Objetivos:** Apresentar um caso clínico em que antidiabéticos orais foram eficientes no controlo glicémico de uma diabetes inaugural muito descompensada.

**Material e métodos:** Descrição de um caso clínico e revisão da literatura.

**Resultados:** Homem de 50 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, é internado em contexto de urgência para angioplastia coronária após ter sido estabelecido o diagnóstico de enfarte agudo do miocárdio. Neste contexto, realizou estudo analítico complementar que revelou glicemia ocasional de 399 mg/dL e hemoglobina glicada (HbA1c) de 10,2%. Quando questionado, refere quadro clínico de poliúria, polidipsia e perda ponderal (cerca de 3Kg) nos últimos meses, pelo que se fez o diagnóstico de diabetes mellitus inaugural. À data deste internamento foi medicado com dapagliflozina/metformina 5/850 mg, 1 comprimido ao pequeno-almoço + 1 comprimido ao jantar, sem outra terapêutica antidiabética. Após este internamento, manteve a mesma terapêutica e iniciou prática de exercício regular associada a alterações alimentares. Na reavaliação analítica posterior, 2 meses após o internamento apresentava HbA1c 6.7%, sem história de hipoglicemias ou outros efeitos laterais. Nesta consulta, foi feito ajuste terapêutico – adição de 500 mg metformina/dia – e marcada consulta para reavaliação em 3 meses.

**Conclusões:** Este caso demonstra que é possível reduzir de forma eficaz e segura a glicemia de um paciente com diabetes inaugural apenas recorrendo a metformina e um

inibidor da SGLT-2. Desta forma, é possível atingir um adequado controlo glicémico, e paralela redução do risco cardiovascular, sem os potenciais efeitos secundários deletérios da insulina ou de outros antidiabéticos orais. A ocorrência de um evento cardiovascular traduz-se muitas vezes numa janela de oportunidades, que deve ser aproveitada pelos profissionais de saúde, para os doentes mudarem estilos de vida.

## PO 43

### MIOCARDIOPATIA DE TAKOTSUBO

Marta F. Costa; Isabel Correia; Patrícia Carvalho  
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra /  
Hospitais da Universidade de Coimbra

**Introdução:** A miocardiopatia de TakoTsubo é uma forma de disfunção ventricular esquerda aguda e reversível com apresentação clínica, ECG e biomarcadores cardíacos que a tornam indistinguível das síndromes coronarianas agudas.

**Objetivos:** Reconhecer uma patologia muitas vezes subdiagnosticada, com a vista a diagnóstico e tratamento mais precoces.

**Material e métodos:** Descrição de caso clínico.

**Resultados e conclusões:** Mulher de 89 anos, com antecedentes de dislipidemia e hipertensão, internada no serviço de Medicina Interna por pielonefrite aguda, sob antibioterapia empírica com ceftriaxone, recusa alimentar, dor abdominal e hematuria macroscópica com 1 semana de evolução. Ao terceiro dia de internamento, desenvolve quadro de hipotensão súbita e dispneia. Gasimetria com hiperlactacidemia. Analiticamente apresentava elevação da hsTrop I (1247 ng/L). ECG em RS, com ondas Q nas derivações anteriores e inferiores e alterações difusas da repolarização. Realizado ecocardiograma transtorácico que permitiu objetivar depressão moderada da função do

ventrículo esquerdo e acinesia dos segmentos médio-apicais com hiperkinésia compensatória dos segmentos basais; ventrículo direito com boa função, pelo que foi admitido quadro compatível com miocardiopatia de Takotsubo. A doente desenvolveu posteriormente choque cardiogénico com necessidade de aporte aminérgico, não reversível, acabando por falecer.

O início de toracalgia e dispneia em mulheres na pós-menopausa, sem história de doença coronariana, particularmente se um fator de *stress* emocional ou físico anterior puder ser identificado, devem ser sinais de alerta e permitir levantar a suspeita de miocardiopatia de Takotsubo.

Não existe tratamento específico desta patologia; na fase aguda o tratamento de suporte é direccionado para as potenciais complicações, como arritmias, choque e congestão pulmonar.

#### PO 44

### UM CASO COMPLICADO DE SÍNDROME DE LERICHE

Luísa Viveiros; Marli Ferreira; Inês Sala;

Joana Freitas; Luísa Serpa Pinto

*Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António*

**Introdução:** A síndrome de Leriche, também conhecida como doença oclusiva aortoiliaca, resulta do processo aterosclerótico que afeta a aorta abdominal distal, artérias ilíacas e vasos femoropoplíteos. Quando sintomática, classicamente, consiste na tríade claudicação intermitente, pulsos femorais diminuídos ou ausentes, e disfunção erétil.

**Caso clínico:** Homem de 48 anos, com antecedentes de risco vascular muito elevado (Diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e obesidade grau I), doença arterial periférica, com oclusão crónica de pontagem aorto-femoral esquerda e hipocoagulado neste

contexto, cardiopatia isquémica, doença renal crónica estadio G2A1 não caracterizada e litíase vesicular. Recorre ao Serviço de Urgência por dor localizada na fossa ilíaca esquerda, com um dia de evolução, sem outros sintomas. Encontrava-se apirético e hemodinamicamente estável. Analiticamente, agravamento ligeiro da função renal e discreta leucocitúria. Realizada ecografia abdominal, sem achados de relevo. Iria ser submetido no dia seguinte a colecistectomia laparoscópica eletiva, tendo suspenso a hipocoagulação nos dias prévios à admissão. Foi então internado no serviço de Cirurgia, para vigilância. Durante o internamento, manteve dor abdominal e lesão renal aguda em agravamento progressivo. Realizado angioTC abdominal, a demonstrar trombo oclusivo extenso na artéria aorta abdominal e ilíacas (síndrome de Leriche), com redução do calibre da aorta abdominal infra-renal, trombo oclusivo na artéria renal direita e oclusão parcial da artéria renal esquerda, com várias áreas sugestivas de enfarte no parênquima renal. Não foi possível o tratamento endovascular, tendo-se retomado hipocoagulação e iniciado hemodiálise. Evolução clínica favorável, sem necessidade adicional de terapêutica de substituição renal.

**Discussão:** A prevalência e incidência exatas da síndrome de Leriche são desconhecidas. A manifestação clínica mais característica é diminuição de amplitude ou ausência dos pulsos femorais. As opções terapêuticas cirúrgicas incluem tromboendarterectomia, bypass aortobifemoral e angioplastia percutânea. O tratamento médico inclui a antiagregação e otimização de fatores de risco cardiovasculares. Pode ser considerado cilostazol. As complicações mais reconhecidas da síndrome de Leriche incluem isquemia de membro, insuficiência cardíaca, enfarte do miocárdio, gangrena e morte. Contudo, a le-

são renal aguda pode ser uma manifestação, dado o envolvimento renal.

**Conclusões:** A síndrome de Leriche desenvolve-se durante décadas. Se não reconhecida, pode ser causa de importante morbidade e mortalidade. Este caso ilustra a importância de considerarmos precocemente o diagnóstico, mesmo na ausência de manifestações típicas.

## PO 45

### TUDO COMEÇOU NA LOMBALGIA – UM CASO CLÍNICO COMPLEXO

Ana Sofia Silva; Rosélia Lima; Neuza Machado; Rute Lopes Caçola  
*Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho*

Muitas vezes, o desafio da Medicina passa pela interpretação adequada dos sintomas à admissão, sob pena de escaparem diagnósticos importantes.

Homem, 56 anos, casado. Antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, não medicado há mais de um ano. Ex-fumador, carga tabágica de 50 UMA; hábitos etílicos moderados. Recorreu ao serviço de Urgência (SU) por dor lombar esquerda em moedeira, intermitente, com irradiação anterior para o quadrante abdominal inferior esquerdo, sem fatores de alívio ou agravamento, com três dias de evolução. Negava toracalgia, palpitações, hipersudorese, febre, síncope/lipotímia, tonturas, náuseas, vômitos ou queixas urinárias. Ao exame objetivo no SU, escleróticas subictéricas; auscultação cardíaca com sons arrítmicos, frequência cardíaca de 125 batimentos por minutos; abdómen globoso, indolor, Murphy renal positivo à esquerda. Do estudo complementar realizado no SU, realizou eletrocardiograma (ECG) com bloqueio de ramo direito, flutter auricular de novo e infradesnivelamento do segmento ST em V3-V6. Analiticamente, creatinina sérica de 1.3 mg/dL, elevação discreta da troponina de alta sensibilidade (Tr), e alteração da enzimologia

hepática, nomeadamente elevação da bilirrubina à custa da indireta. Radiografia torácica com reforço hilar bilateral e hipotransparência na base esquerda, sugestiva de derrame pleural. Realizou também ecografia abdominal, com evidência de esteatose hepática e sinais de hepatopatia congestiva. No SU foi feito controlo de frequência com metoprolol e digoxina e foi iniciada hipocoagulação. O doente foi internado com o diagnóstico de insuficiência cardíaca aguda e flutter auricular de novo, para continuação do estudo. Em relação ao quadro de lombalgia, resolveu espontaneamente ao fim de 24h apenas com analgesia de resgate. No 3º dia de internamento, pico febril isolado, seguindo-se de temperaturas subfebris. Neste contexto, realizou TC abdominal, que revelou achados de áreas hipocaptantes de produto de contraste localizadas no rim esquerdo, interpretadas como áreas isquémicas recentes em provável contexto embólico, sem outras áreas de enfarte. Realizou ecocardiograma transtorácico que excluiu endocardite. Alternou períodos de FA com RV controlada com ritmo sinusal (sob bisoprolol). Repetiu ECG que mostrou resolução das alterações do segmento ST. Assim, foram assumidos prováveis enfartes renais em contexto de fibrilhação auricular paroxística, mantendo atualmente seguimento em consulta externa de Urologia.

Alerta-se para a pesquisa e controlo dos fatores de risco vascular da população, para prevenção de doenças crónicas, responsáveis pela menor esperança média e qualidade de vida após o diagnóstico. Também se pretende alertar para a realização de uma história clínica cuidada e minuciosa, não desvalorizando as queixas iniciais dos doentes, que podem traduzir quadros complexos e menos comuns.

## PO 46

### CARACTERIZAÇÃO DOS DOENTES INTERNADOS POR INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Filipa Pinto Monteiro; Leticia Santos;  
Inês Marques; Sara Ramalho; Andreia Nunes;  
Conceição Escarigo  
*Hospital Garcia de Orta, EPE*

**Introdução:** A insuficiência cardíaca (IC) é um dos síndromes mais comuns na prática clínica motivando internamentos frequentes. Representa um problema crescente devido ao envelhecimento da população e elevada prevalência de fatores de risco cardiovasculares (FRCV). Com os avanços científicos dos últimos anos, temos ao nosso dispor fármacos capazes de alterar o prognóstico e qualidade de vida destes doentes.

**Objetivos:** Caracterizar os doentes internados numa enfermaria de Medicina Interna com diagnóstico principal de IC e respetivos FRCV.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo descritivo de todos os doentes internados numa enfermaria de Medicina Interna com o diagnóstico principal de IC no período compreendido entre 01 de Janeiro e 31 de Dezembro de 2020. Os dados foram obtidos através do SClinico® e a análise dos mesmos foi realizada no SPSS®.

**Resultados:** No período do estudo, verificou-se um total de 25 internamentos com diagnóstico principal de insuficiência cardíaca. 15 doentes eram do sexo feminino (60%) e a média de idades foi de 79 anos. Verificou-se que a prevalência de hipertensão arterial foi elevada (76%), estando os outros FRCV analisados presentes em menor número: dislipidemia (53%), diabetes mellitus (32%) e flutter ou fibrilhação auricular (60%). Os principais fatores de agudização identi-

cados foram as infeções respiratórias, as taquidisritmias, a má adesão terapêutica e síndromes coronárias agudas. As principais etiologias da IC observadas foram a isquémica (28,6%), as valvulopatias (28,5%) e a hipertensiva (20%). A maioria (68,3%) dos doentes apresentava IC com Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo (FEVE) preservada (>50%) e ¼ dos doentes apresentava FEVE reduzida (< 40%). Apenas 1 doente com IC com FEVE reduzida estava medicado previamente ao internamento com os 4 grupos de fármacos modificadores de prognóstico recomendados no período a que se refere esta análise.

**Conclusão:** Nesta análise foi possível verificar que a IC é um diagnóstico associado a idades mais avançadas, que por sua vez estão associadas ao aparecimento de múltiplos FRCV. Na nossa amostra denota-se uma elevada prevalência de HTA, acompanhada logo de seguida pelas taquidisritmias e dislipidemia, que se relacionam diretamente com as principais etiologias de IC. Constatou-se ainda que nesta amostra, a maioria dos doentes com IC com FEVE reduzida não estava a cumprir as 4 classes farmacológicas que eram recomendadas no período a que se refere esta análise.

## PO 47

### SÍNDROME NEFROTICA SECUNDÁRIA A DIABETES MELLITUS

Marta F. Costa; Isabel Correia; Patrícia Carvalho;  
Isabel Fonseca  
*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra /  
Hospitais da Universidade de Coimbra*

**Introdução:** A nefropatia diabética corresponde a esclerose e fibrose glomerulares causadas por alterações metabólicas e hemodinâmicas da diabetes mellitus. Manifesta-se como albuminúria lentamente progressiva com agravamento da insuficiência renal

e hipertensão.

**Objetivos:** Reconhecimento de uma das complicações mais graves da diabetes mellitus de longa evolução.

**Material e métodos:** Descrição de caso clínico.

**Resultados e conclusões:** Mulher de 67 anos, com antecedentes de insuficiência cardíaca, diabetes mellitus tipo 2 (DM2) sob ADO e hipertensão arterial. Internada no serviço de ginecologia por abscesso da cúpula vaginal pós colpoplastia. Apresentava quadro de lesão renal aguda oligúrica associada a edemas periféricos de agravamento progressivo. Analiticamente apresentava creatinina 2.82mg/dL, albumina 2.3 g/dL, TGC 158mg/dL, c-Total 164 mg/dL, c-HDL 36 mg/dl, Hb 7.5g/dL, NT-proBNP 4333 pg/mL e proteinúria não nefrótica (Relação proteínas/Creatinina 2336 mg/g); não foram observados cilindros eritrocitários ou glóbulos vermelhos dismórficos. A ecografia reno-vesical apresentava rins em topografia habitual, com dimensões normais, contornos regulares e preservação da espessura parenquimatosa e da diferenciação parênquimo-sinusal. O ecocardiograma transtorácico que não mostrava alterações. Observada por Medicina Interna, tendo iniciado terapêutica com restrição salina, furosemida e IECA.

Por agravamento clínico, com quadro de anasarca, insuficiência cardíaca descompensada e progressão de proteinúria para faixa nefrótica (9g/dL), realizada biópsia, que revelou trata-se de um quadro de nefropatia diabética.

Perante uma doente com uma patologia frequente, a DM2, uma síndrome nefrótica é frequentemente assumida como secundário à nefropatia diabética. A biópsia revela comumente expansão mesangial característica, espessamento da membrana basal glomerular e esclerose glomerular, levando

ao desenvolvimento de nódulos de Kimmelstiel-Wilson.

A insuficiência renal aguda é uma complicação rara e espontânea da síndrome nefrótica. Apesar de idosos e doentes com edema e proteinúria de maior gravidade tenham maior risco, existem muitas causas possíveis ou fatores que poderão ter contribuído para a insuficiência renal aguda neste caso, como infecção ou diminuição do volume arterial efetivo em contexto de síndrome cardiorrenal.

#### PO 48

### AVC ISQUÉMICO – CASUÍSTICA DE UM INTERNAMENTO DE MEDICINA INTERNA

Leticia Santos; Maria Inês Marques;  
Filipa Monteiro; Sara Ramalho; Andreia Nunes;  
Catarina Valadão; Pedro Beirão; Conceição Escarigo; Estevão Pape  
*Hospital Garcia de Orta, EPE*

**Introdução:** O acidente vascular cerebral (AVC) é a primeira causa de morte em Portugal, condicionando importante morbidade nos sobreviventes. Como tal, a Medicina Interna tem um papel crucial no internamento, tanto no tratamento da doença cerebrovascular aguda como na sua prevenção através do controlo dos factores de risco vascular.

**Objetivos:** Avaliar a prevalência de fatores de risco vascular, com especial destaque para a hipertensão arterial, em doentes com diagnóstico de AVC isquémico e acidente isquémico transitório (AIT)

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo descritivo de todos os doentes internados num serviço de Medicina interna com diagnóstico de AVC isquémico ou AIT, no período compreendido entre 1 de outubro de 2020 e 30 de setembro de 2021. Os dados foram obtidos através da consulta do processo clínico electrónico e tratados no SPSS®.

**Resultados:** No universo de 131 doentes internados por doença cerebrovascular isquémica

aguda, verificaram-se 120 casos de AVC isquêmico e 11 de AIT. Observou-se um ligeiro predomínio do sexo masculino (51,1%) com uma média de idade de 78 anos. Destaca-se que 31 doentes (23,6%) apresentavam eventos cerebrovasculares prévios. Durante o internamento se verificou um total de 22 óbitos (16,8%). Relativamente à prevalência de alguns fatores de risco cardiovasculares, contabilizaram-se 115 doentes (87,8%) com diagnóstico de Hipertensão arterial, 56 doentes (42,7%) com Diabetes mellitus e 127 doentes (96,9%) com Dislipidemia. Dos doentes com Hipertensão arterial internados, em média cada doente estava medicado com 2 fármacos de classes distintas, existindo necessidade de acrescentar outra classe terapêutica em 15 doentes para controlo tensional óptimo.

**Conclusão:** No nosso estudo verificou-se que 92% dos doentes com AVC/AIT apresenta pelo menos 1 fator de risco cardiovascular. Dada a elevada morbi-mortalidade associada à doença cerebrovascular, é de extrema importância identificar e tratar atempadamente os fatores de risco vascular, evitando a inércia terapêutica e aproveitando o momento do internamento para ajustes necessários de forma a prevenir eventos secundários.

## PO 49

### O DESAFIO DIAGNÓSTICO DE MÚLTIPLOS EVENTOS TROMBÓTICOS

Cristiane Pais Macedo; Patrícia Afonso Mendes  
*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra*

**Introdução:** O risco vascular tem impacto cumulativo na prevenção e controlo de doenças do foro cardiovascular (CV). Por vezes, os doentes apresentam-se apenas após um evento indesejado. A nossa procura da causa para melhor adequar a prevenção primária

ou secundária nem sempre será tão fácil como planeamos. Relato de um caso com o objetivo de demonstrar a marcha diagnóstica desafiante num doente com múltiplos eventos trombóticos.

**Caso clínico:** Homem de 68 anos, internado para estudo de síndrome constitucional e anemia microcítica. Antecedentes de trombose venosa profunda em 2016, acidente vascular cerebral (AVC) por enfarte total da circulação anterior direita em 2019 com TOAST indeterminado, ex-fumador (50 UMAs), dislipidemia com SCORE CV muito alto risco e aumento de Lp(a) e carcinoma basocelular nasal. Medicado com atorvastatina 40 mg, ácido acetilsalicílico 100 mg, fluoxetina 20 mg e trazodona 100 mg. No 2º dia de internamento sofreu queda com traumatismo frontal. A TC-CE revelou AVC isquémico cerebeloso esquerdo. Analiticamente para além da anemia, tinha colesterol HDL 28 mg/dL, e LDL de 66 mg/dL. Apresentava também bisalbuminemia no proteinograma, défice de ácido fólico, aumento ligeiro de homocisteinemia e hipocalcemia por défice de Vitamina D.

Dada a multiplicidade de eventos trombóticos prosseguiu-se marcha diagnóstica, nomeadamente para exclusão de neoplasia oculta: Fez endoscopia digestiva alta e baixa sem lesões significativas. Realizou TC-TAP que apenas mostrou possíveis áreas de enfarte esplênico, sem outras alterações. A PET-FDG revelou espessamento hipermetabólico na asa do nariz, região onde fez excisão de basalioma. Também mostrou captação linear no recto e ainda na fossa ilíaca direita, sem alterações em posterior RMN pélvica. Nunca foi possível realizar ecocardiograma em tempo útil para pesquisa de foramen ovale patente. Posteriormente verificou-se ter um ligeiro défice de proteína C, tendo sido acompanhado em consulta de hemostase,

normalizando os valores, sem ter indicação para medidas específicas.

**Resultados e conclusões:** Doente com vários eventos trombóticos e LDL perto do alvo preconizado, sem no entanto se conseguir chegar a uma etiologia apesar de extensos exames complementares de diagnóstico. De ressaltar, que a bisalbuminemia poderá estar associada a neoplasias e que os eventos trombóticos precedem muitas vezes o diagnóstico de neoplasia, devendo o médico manter elevado nível de suspeição.

## PO 51

### GORDURA E FORMOSURA

Mariana Lessa Simões; José Fragoso Duro;  
Filipa Gonçalves; Nina Jancar; Patrício Aguiar  
*Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria*

**Introdução:** As lipodistrofias são um grupo de doenças caracterizadas por anomalias na formação e distribuição da gordura corporal. A ausência de gordura corporal pode ser parcial ou generalizada. As lipodistrofias familiares têm uma base hereditária com implicação nas vias do metabolismo lipídico. A fisiopatologia destas doenças condiciona outras perturbações metabólicas, incluindo insulinoresistência e diabetes, hipertrigliceridemia, esteatose hepática e complicações ateroscleróticas. Apresenta-se um caso de lipodistrofia parcial familiar (LPF) de Dunnigan. **Caso clínico:** Mulher de 47 anos; com antecedentes de hipertensão arterial desde os 25 anos, diabetes mellitus, dislipidemia, esteatose hepática, suspeita de estenose da artéria renal; com dois episódios de acidente vascular cerebral (AVC) isquémico em idade jovem. Na sequência do estudo etiológico de AVC, foi feito o diagnóstico de lipodistrofia parcial familiar de Dunnigan, aos 43 anos de idade. Destaca-se do fenótipo clínico: hipertrófia muscular de predomínio do hemitórax

superior; hipertrigliceridemia marcada; diabetes mellitus secundária de difícil controlo; estenose da artéria carótida interna direita de 60-69%.

**Discussão:** O presente caso clínico apresenta constitui uma apresentação condicionando o risco cardiovascular muito alto, já com eventos cerebrovasculares prévios. As lipodistrofias devem ser suspeitadas em caso de indivíduos não-obesos com dislipidemia, diabetes ou eventos cardiovasculares em idade jovem.

## PO 52

### AVALIAÇÃO DA ORIENTAÇÃO TERAPÊUTICA HIPOLIPEMIANTE NO PÓS AIT OU AVC ISQUÊMICO NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Mariana Lessa Simões; José Duro;  
Filipa Gonçalves; Nina Jancar; Tânia Vassalo  
*Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria*

**Introdução:** A redução dos valores de c-LDL tem um papel inequívoco na diminuição do risco de eventos cerebrovasculares. Contudo, na prática clínica, um grande número de doentes não atinge o alvo recomendado de c-LDL, seja por factores dependentes do doente e/ou da terapêutica, mas também do médico – inércia clínica.

**Objetivos:** Estabelecer a prevalência de doentes internados por AIT ou AVC isquémico medicados à alta com terapêutica hipolipemiante de alta intensidade – outcome primário. Relacionar o valor de c-LDL com a intensidade da terapêutica hipolipemiante que foi preconizada e averiguar alguns dos factores que possam ter influenciado a decisão – *outcomes* secundários.

**Material e métodos:** O estudo foi realizado sobre uma população de 191 doentes internados num serviço de Medicina Interna num Hospital Central, com os diagnósticos de AIT

ou AVC isquémico, no período de outubro de 2019 a setembro de 2020, dando particular ênfase à análise retrospectiva dos seguintes parâmetros: idade, sexo, grau de dependência, eventos isquêmicos prévios, perfil lipídico à admissão, terapêutica hipolipemiante prévia e instituída à alta; a informação foi obtida mediante a consulta dos processos clínicos e análise estatística efectuada utilizando o programa SPSS versão 24.0.

**Resultados e conclusões:** Estimou-se que 63% dos doentes foram medicados com terapêutica hipolipemiante de alta intensidade à alta, tendo a idade, o sexo, o grau de dependência, a terapêutica hipolipemiante já realizada previamente ao internamento e o valor de c-LDL influenciado a estratégia terapêutica adoptada; dos doentes que já se encontravam sob terapêutica hipolipemiante de moderada intensidade previamente ao internamento, esta foi incrementada apenas em 14% dos casos. A prevenção das doenças cerebrovasculares continua a ser um grande desafio, salientando-se que a introdução precoce e adequada da terapêutica hipolipemiante tem que ser amplamente abraçada pelos profissionais de saúde, havendo ainda caminho a percorrer e devendo ser incutida maior pressão nos profissionais para o cumprimento dos objetivos definidos.



# HOT TOPICS RV 2021

## O MELHOR DO RISCO VASCULAR

### Organização



### Presidente da Reunião

Vitória Cunha

### Comissão Organizadora

Ana Tornada, Diogo Cruz, Francisca Abecasis, João Porto, Patrícia Mendes, Patrícia Vasconcelos, Rodrigo Leão, Rogério Ferreira e Rui Valente

### Júri

Vitória Cunha, Pereira de Moura, Diogo Cruz, Francisco Araújo e Pedro Von Hafe

### Sponsors

 A. MENARINI PORTUGAL	 AstraZeneca	 Keeping life in mind.	 BAYER
 Bristol Myers Squibb	 Pfizer	 Boehringer Ingelheim  Lilly	 Daiichi-Sankyo
 GRUPO medifar	 MSD INVENTING FOR LIFE	 ORGANON	 SERVIER
 sobi rare strength	 TECNIFAR	 tecnimede	

### Secretariado

ad<sup>+</sup>medic

paula.cordeiro@admedic.pt

elsa.sousa@admedic.pt

