

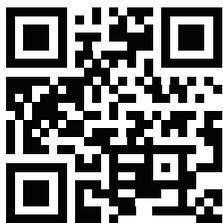


4^a REUNIÃO

Núcleo de Estudos de Prevenção e Risco Vascular

10 de dezembro 2022

Hotel MH Atlântico
Peniche



ACEDER À VERSÃO
DIGITAL DO PROGRAMA

PROGRAMA CIENTÍFICO





PROGRAMA

10 de dezembro | Sábado

- 09:00h Abertura do Secretariado
- 09:45-10:00h **Abertura**
Diogo Cruz, Francisco Araújo e Lèlita Santos
- 10:00-10:30h **SESSÃO 1 Hot Topics Diabetes mellitus**
Moderadora: Lèlita Santos
Palestrante: Anabela Raimundo
- 10:30-11:00h **SESSÃO 2 Hot Topics Hipertensão arterial**
Moderador: Fernando Martos Gonçalves
Palestrante: Vitória Cunha
- 11:00-11:30h **SESSÃO 3 Hot Topics Dislipidemia**
Moderador: Manuel Teixeira Veríssimo
Palestrante: Diogo Cruz
- 11:30-12:00h Coffee-break e visita aos Posters
- 12:00-12:30h **SESSÃO 4 Hot Topics Acidente vascular cerebral**
Moderadora: Luísa Fonseca
Palestrante: Nuno Ferreira
- 12:30-13:00h **SESSÃO 5 Hot Topics Cardiopatia isquémica**
Moderador: Rui Valente
Palestrante: Cristina Gavina
- 13:00-13:30h **SESSÃO 6 Hot topics Insuficiência cardíaca**
Moderador: Pereira de Moura
Palestrante: Pedro Morais Sarmento
- 13:30-15:00h Almoço

- 15:00-15:30h **SESSÃO 7 Hot topics É de caras....**
Moderadora: Patrícia Vasconcelos
Palestrante: Nuno Bragança
- 15:30-16:00h **SESSÃO 8 Hot topics Tromboembolismo venoso**
Moderador: Rodrigo Leão
Palestrante: Sofia Marques Santos
- 16:00-16:30h **SESSÃO 9 Hot topics Outros factores de risco**
Moderador: Pedro Von Haffe
Palestrante: Carlos Ramalheira
- 16:30-17:00h **Apresentação de Posters selecionados**
PO 02 | PO 03 | PO 05 | PO 11 | PO 15
- 17:00-17:30h **Encerramento e entrega de prémios**
Diogo Cruz e Francisco Araújo



RESUMOS | Posters

PO 01

MULHERES COM CEFALIAS DE NOVO: PENSAR EM TROMBOSE VENOSA CEREBRAL

Carolina Amado¹; Catarina Caldeiras²; Inês Margarido²; Francisca Ferreira²; Lídia Neves²; Madalena Pinto²; Rui Araújo²; Ricardo Soares Dos Reis²; Joana Guimarães²

¹Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE; ²Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A cefaleia é uma queixa frequente no Serviço de Urgência. Embora maioritariamente benigna, deve ser investigada quando se apresenta de forma persistente ou refratária à terapêutica. A TC-CE simples é o exame mais frequentemente realizado, mas pode ser insuficiente quando a etiologia é a Trombose Venosa Cerebral (TVC).

Caso clínico: Reportamos três casos de mulheres com cefaleia de novo em relação com TVC. Apresentavam idades entre os 30 e 40 anos e com antecedentes de excesso de peso (n=2) e dislipidemia (n=1), todas sob terapêutica com contraceptivo oral combinado (COC). A cefaleia foi o sintoma inicial nos três casos, com evolução subaguda (5 dias a 30 dias) e motivou idas prévias aos cuidados de saúde, tendo sido medicadas com analgesia, sem sucesso. Por cefaleia persistente e de intensidade crescente, todas recorreram ao SU novamente. Ao exame neurológico não apresentavam alterações, para além de edema da papila numa doente. Todas as doentes realizaram TC-CE e posterior veno-TC confirmando a suspeita diagnóstica, com envolvimento dos seios transverso e sigmóide em todas, e

sagital superior numa. O tratamento inicial foi realizado com heparina de baixo peso molecular 1 mg/Kg 2id, tendo sido realizada troca em internamento para dabigatrano, sem intercorrências. Em duas doentes, foi necessária a introdução de acetazolamida por evidência clínica de hipertensão intracraniana (uma com edema da papila e outra por diplopia desenvolvida alguns dias após o internamento). Todas realizaram estudo etiológico. O fator de risco comum aos três casos foi o COC, surgindo como único fator identificado, que foi suspenso. As doentes tiveram alta assintomáticas. **Conclusão:** Apesar de rara, a TVC é um diagnóstico diferencial importante a ter em conta na cefaleia persistente, particularmente em mulheres jovens com COC. Salientamos a importância da suspeita diagnóstica, da avaliação do fundo ocular e da realização de veno-TC cerebral para confirmação/exclusão diagnóstica.

PO 02

SALUS – UM DISPOSITIVO WEARABLE PARA A AVALIAÇÃO DA SAÚDE CARDIOVASCULAR

João Brito¹; Helena da Fonseca²; Rodrigo Leão²; Hugo Alexandre Ferreira¹

¹Instituto de Biofísica e Engenharia Biomédica / Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa;

²Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta

Introdução: A atividade do sistema nervoso autónomo (SNA) resulta dos efeitos antagónicos dos seus componentes simpático e parassimpático que regulam a frequência cardíaca e a pressão arterial de forma a manter

a homeostasia durante stress fisiológico. Perturbações neste sistema têm sido associadas a síncope ou fibrilação auricular, por exemplo, pelo que a avaliação do SNA é importante para fins diagnósticos e prognósticos.

Objetivos: Para avaliar o SNA de forma compreensiva e simples no local de interesse, o hospital, desenvolvemos um dispositivo *wearable IoT*, SALUS, que mede o ritmo cardíaco (RC), vários parâmetros de variabilidade de ritmo cardíaco (VRC), o rácio baixas/altas frequências (LF/HF), o ritmo respiratório (RR), a saturação de oxigénio (SpO₂), e ainda a resistência vascular periférica (RVP). Realizámos este estudo para aferir a fiabilidade deste novo dispositivo, comparando-o com dispositivos padrão da prática clínica.

Métodos: O SALUS foi testado na Unidade de Síncope seguindo o protocolo de Teste de Tilt frontal com trinitrato de glicerina aplicado a todos os doentes consecutivos admitidos durante o mês de maio de 2022. O *Task Force Monitor* (TFM) foi utilizado para a recolha dos dados de VRC e RVP e o monitor cardíaco uMEC10 para a medição do RC, RR e SpO₂, sendo todos estes parâmetros comparados com aqueles medidos pelo SALUS nos 5 primeiros minutos da aquisição do Teste de Tilt. A regressão linear e a análise de Bland-Altman (limites de concordância, LC=[\pm 1,96 x desvio-padrão], e viés) foram utilizadas para avaliar estatisticamente as comparações.

Resultados e conclusões: Foram estudados 11 doentes, representando, porém, uma amostra heterogénea, visto que nenhum critério de exclusão foi definido para este estudo piloto. Os resultados obtidos para os valores de RC ($R^2=0,99$; LC=[-0,53; 0,82] bpm; viés=0,15 bpm), SpO₂ ($R^2=0,83$; LC=[-0,80; 1,24]%; viés=0,22%), e LF/HF ($R^2=0,77$; LC=[-0,33; 0,32]; viés=0) sugerem uma concordância forte ou muito forte entre os parâmetros medidos pelo SALUS e os dispositivos de

referência. Relativamente à RVP, a concordância é mais fraca ($R^2=0,43$; LC=[-45,0; 594,6]; viés=274,8), como expectável dada a variabilidade conhecida da TFM na determinação destes valores e da variabilidade individual, aqui eventualmente aumentada devido à heterogeneidade clínica da amostra estudada. Contudo, os resultados de RVP são assim mesmo promissores, requerendo estudos com amostras de maiores dimensões para comprovação e estabelecimento do SALUS como uma ferramenta compreensiva de primeira linha no suporte ao diagnóstico de doenças cardiovasculares.

PO 03

COLESTEROL LDL, UM ALVO INATINGÍVEL?

Nuno Queirós; Sílvia Ribeiro de Almeida;
Ana Sofia Ribeiro; Marta Escobar Dantas;
Mafalda Freitas Osório; Joana Filipa Ferreira;
Jorge Andrade
USF Monte Cristo

Introdução: Os adultos com doença cardiovascular (CV) aterosclerótica documentada, diabetes mellitus (DM) tipo 1 ou 2 e fatores de risco significativos, apresentam um risco CV global elevado ou muito elevado. As *guidelines* da Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC) de 2021 salientam que “*lower is better*”, encorajando a intensificação dos tratamentos com antilipidemiantes para alvos de colesterol de LDL (LDLc) <70 ou 55 mg/dl nos diabéticos e hipertensos, dependendo das suas restantes comorbilidades.

Objetivos: Avaliação e caracterização dos valores de LDLc em utentes com HTA e DM tipo 2, segundo as *guidelines* da ESC de 2021 acerca da prevenção da doença CV.

Material e métodos: Estudo retrospectivo e descritivo, onde foram incluídos todos os utentes da USF com o diagnóstico de DM tipo 2 (T90 do ICPC2) e hipertensão (HTA), com/sem complicações (K86 e K87), de ambos os sexos. Os dados foram recolhidos em setem-

bro de 2022 e incluíram: idade, cálculo automático do risco CV, LDLc e farmacoterapia instituída. Constituíram critérios de exclusão: valores de LDLc com mais de um ano ou não calculáveis, sem programa de DM ou HTA aberto aquando da colheita de dados e óbitos. **Resultados e conclusões:** 770 utentes cumpriam os critérios de inclusão. Destes, 114 foram excluídos. Os utentes foram separados em 2 grupos - alto (A) e muito alto risco (B). No grupo A, a percentagem de utentes com LDLc <70 era 30,18% (n=198). Dos utentes fora do alvo (n=458), o valor médio de LDLc foi de 98,07, sendo o valor mais alto 206,80 e o mais baixo 70. No grupo B, 15,24% (n=32) tinham LDLc <55. Dos utentes fora do alvo (n=178), o valor médio de LDLc era de 86,65, o valor mais alto era 199,2 e o mais baixo 55. Neste grupo foi possível constatar que 83,33% (n=175) dos utentes não estavam medicados com uma associação de estatina com ezetimiba. Foi ainda possível aferir que para ambos os grupos, a estatina mais utilizada era Atorvastatina 20mg e que 11,59% (n=76) não estavam medicados com estatinas. Os principais fatores de risco modificáveis para desenvolvimento de doença CV são: LDLc elevado, HTA, tabaco e DM - a população estudada apresenta pelo menos 3 dos 4. Os resultados obtidos demonstraram que 69,82% não cumpre o alvo de LDLc recomendado segundo as suas comorbilidades. A ESC salienta que uma pequena redução no LDLc pode traduzir-se numa diminuição substancial do risco CV, em utentes com alto e muito alto risco. Assim, é crucial investir nas alterações de estilo de vida e sobretudo na otimização terapêutica destes utentes.

PO 04

HIPERCOLESTEROLÉMIA FAMILIAR HETEROZIGÓTICA: JÁ TEMOS TERAPÊUTICA?

Maria Margarida Andrade; Inês Nogueira da Fonseca; Sara Freire

Hospital Dr. Jose Almeida, Cascais

Introdução: A escolha terapêutica para a dislipidémia, segundo as *guidelines* conjuntas da ESC/EAS de 2019, deve ter em conta os alvos para cada nível de risco cardiovascular. Os doentes com Hipercolesterolemia Familiar (HF) são de alto risco em prevenção primária e de muito alto risco em prevenção secundária. A estratégia com estatina de alta potência em monoterapia ou combinada com ezetimiba é, em muitos casos, insuficiente neste grupo de doentes. A utilização de iPCSK9 constitui uma opção terapêutica quando cLDL >180mg/dL ou cLDL >140mg/dL e doença cardiovascular prematura em familiar de 1º grau, doença aterosclerótica subclínica significativa, factores de risco major, Lp(a) >50mg/dL, estando, no entanto, dependente da comparticipação legislada em cada país.

Objetivos: Descrição de caso clínico de utilização de iPSK9 no controlo da dislipidémia em prevenção secundária.

Material e métodos: Descrição de caso clínico.

Resultados e conclusões: Trata-se de um homem de 48 anos de idade, caucasiano, sedentário, com antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 2 não insulino-tratado com albuminúria, cardiopatia isquémica por enfarte agudo do miocárdio aos 30 anos e hábitos tabágicos mantidos de 12 cigarros/dia. Estava medicado com rosuvastatina 20mg, valsartan 80mg, metformina+dapagliflozina 1000mg+5mg duas vezes por dia e ácido acetilsalicílico 100mg. Foi encaminhado para a Unidade de Risco Cardiovascular hospitalar pelo médico assistente por apresentar cLDL >190mg/dL. Apurou-se que o doente apresentava um diagnóstico com mais de 10 anos

de HF heterozigótica por deleção num alelo do gene do receptor de LDL (LDLR16_18del). O irmão e filha também tinham confirmação genética do diagnóstico. Pré-terapêutica, o doente apresentava colesterol total (CT) 543mg/dL, cHDL 50mg/dL, cLDL 458mg/dL, triglicéridos (TG) 116mg/dL, lipoproteína (a) (Lp(a)) 35mg/dL, ApoA1 136mg/dL, ApoB 262mg/dL; após a associação de ezetimiba 10mg à rosuvastatina 20mg apresentava CT 227mg/dl, cHDL 32mg/dL, cLDL 164mg/dL, TG 155mg/dL. Após titulação da terapêutica hipolipemiante oral, tratando-se de doente com HF com doença cardiovascular estabelecida, ou seja, muito alto risco cardiovascular, iniciou terapêutica com Evolocumab. Após 2 administrações com duas semanas de intervalo apresentava CT 133mg/dL, cHDL 42mg/dL, cLDL 66mg/dL, TG 126mg/dL. Realizou a terceira administração 2 semanas depois e, 30 dias depois do início da terapêutica injetável, o doente apresentava CT 123mg/dL, cHDL 34mg/dL, cLDL 53mg/dL, TG 100mg/dL – cumprindo o alvo de cLDL <55mg/dL e redução de, pelo menos, 50%.

Os autores demonstram assim que com terapêutica tripla, é possível que os doentes com HF heterozigótica atinjam os alvos preconizados pelas sociedades europeias, favorecendo uma redução significativa de cLDL (>85%) e consequentemente do risco de eventos cardiovasculares.

PO 05

EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA NUM CASO DE POLICITEMIA VERA

Cristiane Pais Macedo; Patrícia Afonso Mendes; Adélia Simão; Lèlita Santos
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A prevalência da emergência hipertensiva é desconhecida embora um estudo aponte para cerca de 0,3%. O seu reconhecimento precoce e a investigação da

lesão de órgão-alvo nem sempre se relacionam diretamente com os valores de pressão arterial (PA) mas antes com a sintomatologia. As doenças mieloproliferativas estão associadas a fenómenos de micro e macrotromboses tanto arteriais como venosas. Podem apresentar também um risco cardiovascular mais elevado.[1]

Apresentamos um caso de hipertensão secundária num jovem, diagnosticado após uma emergência hipertensiva.

Caso clínico: Homem de 23 anos, sem antecedentes de relevo, apresentou-se com história de cefaleias intensas com 2 meses de evolução, com cedência parcial a analgesia. Recorreu a Oftalmologista que identificou sinais de hipertensão retiniana, encaminhando-o para o Serviço de Urgência (SU). Foi observado e teve alta medicado com losartan/hidroclorotiazida por apresentar hipertensão grau III (PA 193/110mmHg). Não tendo conseguido controlo tensional, acrescentou-se nifedipina no Centro de Saúde. Por manutenção das queixas, recorreu novamente ao SU onde foi documentada, para além da hipertensão, uma retinopatia hipertensiva aguda com manchas algodonosas e edema da papila bilateral, motivando internamento para exclusão de hipertensão secundária. Analiticamente tinha de relevo trombocitose de $602\ 000 \times 10^9$ e leucocitose de $14\ 000 \times 10^9$, creatinina sérica de 1,5mg/dL, hiperreninémia, proteinúria nefrítica e albuminúria. Dos restantes exames complementares de diagnóstico tinha MAPA com perfil não *dipper*, TC-CE sem alterações, ecografia abdominal com doppler com hepatoesplenomegália, mas sem estenose das artérias renais. A TC- abdominal não tinha alteração das glândulas supra-renais, mas com evidência de lesão de órgão a nível renal bilateralmente. O ecocardiograma revelou hipertrofia ventricular esquerda ligeira. No contexto de trombocitose e leucocitose per-

sistentes, realizou biópsia osteo-medular e estudo da mutação JAK2 que se revelou positiva. Iniciou tratamento com hidroxiureia e azilsartan e lercanidipina com melhoria do perfil tensional.

Conclusão: Este caso ilustra uma causa rara de hipertensão secundária a doença renal microvascular, num jovem, provavelmente relacionada com microtromboses renais devido à doença subjacente, a policitemia vera, que está associada a maior risco vascular e lesão de órgão-alvo.

Referências: [1] Patino-Alonso, Carmen et al. "Vascular target organ damage in patients with Philadelphia negative myeloproliferative syndrome: A propensity score analysis." *Medicina clinica vol. 158,11 (2022): 503-508.* doi:10.1016/j.medcli.2021.05.024

PO 06

AVC ISQUÉMICO COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE MIELOFIBROSE PRIMÁRIA

Valter Duarte; Gisela Gonçalves; Miguel Martins; Jessica Krowicki; Laura Baptista; Tiago Valente; Gorete Jesus

CH Baixo Vouga – Aveiro

Introdução: A Mielofibrose Primária (MFP) é uma neoplasia mieloproliferativa (NMP) BCR/ABL1 negativa com uma incidência anual de 1000 a 10000 pessoas na Europa [1]. A ocorrência de eventos trombóticos pode ser a manifestação inicial em cerca de 13% dos casos [2], com incidência semelhante à que ocorre na Trombocitemia Essencial e inferior à Policitemia Vera.

Caso clínico: Homem de 63 anos, autónomo, com hipertensão arterial controlada que recorreu ao serviço de urgência após ter acordado com diplopia e desequilíbrio. Havia sido visto bem pela última vez há 12 horas. Negava sintomas constitucionais. À admissão objetivada adução do olho esquerdo e marcha atáxica sem outras alterações. Realizou TAC-CE com Angio-TAC a demonstrar hipodensidade no pedúnculo cerebeloso e na protuberância com estenose focal subtotal do segmento

P1 proximal esquerdo. Analiticamente com leucocitose, neutrofilia e monocitose marcadas, LDH 797 mg/dL e anisocitose com desvio esquerdo dos leucócitos com raros promielócitos, mielócitos e metamielócitos, no esfregaço. Foi internado com tratamento médico otimizado: antiagregação e estatina de alta potência, que manteve após a alta. Realizou Holter e ecocardiograma sem alterações. As serologias, autoimunidade e estudo de trombofilias genéticas e adquiridas foram negativos. Pedida TAC-TAP com evidência de discreta esplenomegalia sem adenopatias. A avaliação medular evidenciou o diagnóstico de neoplasia mieloproliferativa JAK2+ e BCR/ABL1- com fibrose de grau 1, em provável relação com MFP. Manteve vigilância clínica e analítica, com início de hidroxiureia e eritropoietina, quando agravamento analítico após 1 ano. Estratificado como de alto risco (classificação IPSS) foi proposto para realização de alotransplante que recusou, iniciando posteriormente tratamento com roxolotinib.

Conclusão: A trombocitopenia é uma manifestação comum da MFP com risco para transformação leucémica e em doentes com esplenomegalia e sob inibidores do JAK2, contribuindo para aumento do risco hemorrágico. Contrariamente às outras NMC, a profilaxia antitrombótica primária não está indicada. Contudo, aquando de um evento antitrombótico deve ser mantida como profilaxia secundária [1].

PO 07

INFEÇÃO HIV COMO FATOR DE RISCO PARA DOENÇA CEREBROVASCULAR

Raquel Flores; Constança Antunes; Graça Lérias; Isabel Madruga

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Introdução: O acidente vascular cerebral, essencialmente de etiologia isquémica, constitui uma importante causa de morbimortalidade

associada ao vírus da imunodeficiência humana com uma incidência três vezes superior face à população em geral. O risco é proporcional à carga viral e contagem de CD4 inferior a 200 células/mm³ acrescido de fatores de risco cardiovasculares modificáveis (obesidade, hábitos tabágicos, hipertensão arterial, Diabetes mellitus, Dislipidemia) e não modificáveis (idade, género, causa genética de trombofilias).

A terapêutica antirretroviral revolucionou a abordagem terapêutica destes doentes, com impacto direto na sua sobrevivência e qualidade de vida, contribuindo para a cronicidade da doença, e deste modo, para o desenvolvimento de fatores de risco associados à idade.

Apresentamos um caso clínico de um doente infetado com HIV e com AVC de repetição.

Caso clínico: Homem de 65 anos de idade, melanodérmico, natural da Guiné, com história de hipertensão arterial essencial, HIV tipo 1 diagnosticado em 2012 sob terapêutica anti-retroviral com darunavir/cobicistat/emtricitabina/tenofovir alafenamida, atualmente com carga viral indetectável, insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida e antecedentes de acidente vascular cerebral isquémico cortico-subcortical parietal parasagital direito em território terminal da ACI e sequelas de diminuto enfarte cerebeloso esquerdo, que não condicionavam limitação nas atividades de vida diárias.

Foi internado em contexto de AVC isquémico da artéria cerebral média esquerda (com NIHSS 14), sem indicação para terapêutica de fase aguda, do qual resultou afasia de expressão e hemiparesia direita de predomínio braquial. Como fator de risco cardiovascular para além do HIV foi identificado escasso suporte social e familiar (residia sozinho), incumprimento terapêutico (exceto para terapêutica antirretroviral) e hábitos de consumo etanólicos frequentes, embora não quantificáveis.

Discussão: O caso apresentado alerta para

a necessidade de uma abordagem multidisciplinar onde a promoção de hábitos de vida saudável e exercício físico, controle de peso, medidas alimentares e dietéticas e abstinência tabágica e alcoólica devem integrar o plano de cuidados por forma a controlar e minimizar os fatores de risco.

Conclusões: A medicina preventiva deve constituir uma preocupação do médico internista e infeciologista em todos os momentos no contacto com doentes com HIV.

PO 08

CETOACIDOSE DIABÉTICA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Catarina Reigota; Ana Rita Ramalho; Rogério Ferreira; Filipe Vilão; Jandira Lima
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A cetoacidose diabética é uma complicação aguda da diabetes que se caracteriza por hiperglicemia, aumento da cetonemia e acidose metabólica com aumento do anion gap. É uma entidade grave e que se associa a elevada morbidade e mortalidade.
Objetivo: Caracterizar o doente com diagnóstico de cetoacidose diabética internado na Unidade de Cuidados Intermédios (UCIM).

Material e métodos: Estudo retrospectivo transversal unicêntrico dos doentes com diagnóstico de cetoacidose diabética internados na UCIM, realizado através da recolha de dados clínicos e demográficos presentes nas cartas de alta, por um período de quatro anos.

Resultados: Foram identificados 34 doentes, sendo a maioria do género feminino (55,9%) e na faixa etária dos 41 aos 60 anos. O doente mais novo apresentava 18 anos e o mais velho 82. Relativamente ao diagnóstico prévio de diabetes a maioria (56%) apresentava diabetes tipo 1, 26% tinham diagnóstico prévio de diabetes tipo 2 e em 18% dos doentes o diagnóstico foi inaugural. Na sua maioria o

tratamento prévio era insulina (89,3%). Relativamente ao fator precipitante, a principal causa foi omissão da toma de insulina (em 35,29%), seguindo-se a infeção e, em 2 doentes a mudança recente da terapêutica. A hemoglobina glicada média foi de 11,57% e a maioria da glicémia medida foi superior a 600 mg/dL. O pH era inferior a 6,9 em 23,53%, sendo nos restantes superior. Em média apresentavam bicarbonato de 6. Na sua maioria não foi descrito o valor do *anion gap*. A cetonemia apresentava-se em grande parte como “HI”. A média do tempo de internamento na UCIM foi de 4 dias, tendo a maioria sido transferido para o internamento de Endocrinologia. Por agravamento clínico foram transferidos para o serviço de Medicina Intensiva 2 doentes. 1 doente teve alta contra parecer médico. A mortalidade foi de 0% durante a permanência na UCIM.

Conclusões: Apesar da gravidade desta entidade, observou-se uma evolução favorável de quase todos os doentes, em provável relação com a sua atempada identificação, correto tratamento e admissão numa unidade para vigilância apertada. A maioria das cetoadosidos deveu-se à omissão de toma de insulina, o que evidencia a necessidade de alertar a população diabética para prevenção e os cuidados necessários a ter na gestão da sua medicação de forma a evitar esta complicação, neste caso evitável.

PO 09

CASO CLÍNICO: A IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO PRIMÁRIA NO AVC ISQUÉMICO EM PORTUGAL

Mafalda Leal; Beatriz Sampaio; Diogo Ferreira da Silva; Íris Galvão; Felisbela Gomes; Catarina Salvado
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

O AVC é a principal causa de morte e incapacidade permanente em Portugal. Um dos principais desafios na prevenção do AVC passa pela identificação e controlo atempado dos

principais factores de risco, entre os quais, a hipertensão arterial, a dislipidémia, a diabetes Mellitus e o consumo de tabaco.

Descreve-se o caso de um homem de 65 anos de idade, fumador (carga tabágica aproximada de 63 UMAs), sem antecedentes patológicos conhecidos ou medicação habitual. Recorre ao serviço de urgência (SU), cerca de 72 horas após quadro súbito de falta de força no membro superior direito (MSD) que se manifestou ao acordar, sem novos sintomas ou agravamento do quadro neste intervalo de tempo. À observação inicial apresentava-se vigil, orientado em todas as vertentes, hipertenso (TA 193/91mmHg), colaborante, sem défices de linguagem, campimétricos ou da força muscular. Na prova dedo-nariz (PDN) com dismetria que agravava com o encerramento ocular. Sem outras alterações nas provas de coordenação realizadas. Admitiu-se provável evento isquémico agudo, tendo realizado AngioTC crânio encefálica que revelou “(...) pequena área lesional hipodensa cortico-subcortical no giro pré central à esquerda (...) a traduzir provável lesão vascular isquémica recente em território de ramos terminais da artéria cerebral média ipsilateral (...) placas ateromatosas fibrocálcicas com importante componente lipídico, na região bulbar das carótidas internas, que à esquerda condiciona significativa redução da permeabilidade endoluminal (cerca de 90%)”.

O doente iniciou antiagregação dupla, antihipertensor e estatina de alta potência.

Do estudo realizado em internamento salienta-se analiticamente colesterol total de 204mg/dL, LDL de 148mg/dL e triglicéridos de 128mg/dL, HbA1c 5.3%, com restantes parâmetros analíticos dentro dos valores de referência. O ecocardiograma transtorácico demonstrou apenas um aumento da gordura epicárdica. Após 5 dias de dupla antiagregação foi submetido a angiografia cerebral com identifi-

cação de estenose ateromatosa de cerca de 80% na ACI esquerda e de 60-70% na ACI direita. Foram colocados stents carotídeos bilaterais, sem intercorrências. O doppler após procedimento mostrou apenas estenose residual ligeira bilateralmente.

O doente recuperou totalmente dos défices, tendo tido alta orientado para consulta de doença carotídea.

Com este caso, pretendemos reforçar a importância da vigilância e controlo de factores de risco cardiovasculares na prevenção primária e redução da mortalidade e morbilidade associada aos eventos vasculares isquémicos.

PO 10

RISCO CARDIOVASCULAR E SÍNDROME CORONÁRIO AGUDO

Cátia Margarida Teixeira¹; Andreia Brito²; Hélia Martins³
¹Centro Hospitalar Médio Tejo EPE - Tomar; ²Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE / Abrantes; ³Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte e morbilidade a nível mundial, pelo que cada vez mais se tem dado mais importância a prevenção das mesmas. O diagnóstico e a intervenção sobre os factores de risco têm vindo a tornar-se um ponto focal das consultas médicas e a população tem ganho consciência da importância dos mesmos.

Objetivo: Neste estudo retrospectivo pretende-se entender quais os principais factores de risco cardiovascular entre os doentes com enfarte agudo do miocárdio na atualidade.

Material e métodos: Foram incluídos os doentes admitidos na unidade de cuidados intensivos cardíacos por síndrome coronário agudo, durante 3 meses, sendo os dados colhidos através do sistema informático SClinc e trabalhados em Excel. Foram considerados como factores de risco cardiovascular (FRCV): hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes melitos, tabagismo ativo e obesidade.

Resultados e conclusões: Foram avaliados

48 doentes com doença coronária aguda, cuja média de idades era 64,5 anos. A maioria eram do sexo masculino, cerca de 77,1%. A prevalência de factores de risco cardiovascular foi de 2,3. Dentro destes doentes 70,8% eram hipertensos, 64,6% tinham dislipidemia, 27,1% eram diabéticos, 31,3% eram obesos e 37,5% fumadores. Ao analisar por sexo os FRCV deparamo-nos com algumas curiosidades, nomeadamente a prevalência de tabagismo ser muito superior no sexo feminino (54,5% vs 32,4%), nestas também é mais frequente a presença de obesidade (36,4% vs 29,7%). Já o sexo masculino apresenta uma maior frequência de hipertensão (73% vs 63,6%) e diabetes (29,7% vs 18,2%). Se analisarmos de forma individual os doentes com enfarte com supra ST (STEMI) e os sem supra ST (NSTEMI) conseguimos perceber algumas diferenças em termo de prevalências dos diversos factores de risco cardiovascular. Nos doentes com STEMI houve uma maior prevalência de diabetes (34,8% vs 20%) e tabagismo (43,5% vs 32%). Já no caso dos doentes com NSTEMI existe é mais frequente a dislipidemia (68% vs 60,9%).

Com este estudo podemos caracterizar melhor os factores de risco cardiovasculares presentes nesta população, podendo intervir de forma mais direccionada e individualizada, pois só assim conseguiremos melhores resultados. Sendo de realçar o tabagismo, que ainda que tenha vindo a diminuir a sua incidência na população geral, não é o que se verificar nesta população, especialmente no sexo feminino, sendo este.

PO 11

FÍSTULA DA ARTÉRIA CORONÁRIA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Danay Perez; João Caiano Gil
ULSMatosinhos

A fístula da artéria coronária (FAC) é uma anormalidade anatómica rara das artérias

coronárias que afeta 0,002% da população, caracterizada por comunicações anómalas entre as artérias coronárias e uma cavidade cardíaca ou grande vaso. Geralmente os doentes são assintomáticos, contudo uma minoria desenvolve sintomas de insuficiência cardíaca e/ou isquemia do miocárdio. A presença de uma FAC requer uma revisão multidisciplinar em “Heart Team” para melhor se determinar a sua relevância clínica e decisão terapêutica. Apresenta-se o caso de um homem de 56 anos, com hábitos tabágicos importantes (44 Unidades Maço-Ano), dislipidemia, excesso ponderal e consumo etílico moderado. Internado no Serviço de Medicina por clínica de insuficiência cardíaca inaugural associada a dor de características anginosas. Eletrocardiograma em ritmo sinusal, com inversão da onda T em DII, DIII, aVF, e V4-V6, mas estudo analítico sem elevação de marcadores de necrose miocárdica. Efetuado ecocardiograma transtorácico que evidenciou cardiomiopatia dilatada com depressão severa da função sistólica do ventrículo esquerdo (fração de ejeção de 25% pelo método de Simpson) e marcada hipcontractilidade global. Para avaliação de etiologia isquémica, foi proposto para cateterismo cardíaco diagnóstico, que revelou doença coronária grave de dois vasos – artéria descendente anterior (DA) com lesão de 90% no segmento proximal e artéria coronária direita não dominante com uma lesão de 80% no ramo ventricular direito. No mesmo estudo, foi identificado um ramo de grande calibre, com origem no segmento médio da artéria circunflexa, a irrigar estrutura mediastínica. Perante estes achados, realizou estudo complementar com coronariografia por tomografia computadorizada (TC) e angio-TC torácica, que mostrou tratar-se de uma fístula coronária que irriga a árvore brônquica direita, com achados sugestivos de bronquiectasias; excluída massa mediastíni-

ca. Dado o potencial efeito de roubo coronário e o elevado risco de sangramento pulmonar, em doente com eventual necessidade de antiagregação plaquetária para gestão da sua doença isquémica, foi discutido caso em reunião multidisciplinar e proposto para intervenção cirúrgica, após confirmação de viabilidade no território coronário da DA.

Este caso alerta para uma entidade rara, geralmente descoberta de forma acidental na angiografia coronária, mas relevante do ponto de vista clínico principalmente pelo fenómeno do roubo coronário. O doente em causa foi proposto para intervenção cirúrgica, face à anatomia coronária e fístula de grande calibre, contudo deverá ser sempre uma estratégia individualizada e com discussão em “Heart Team”.

PO 12

QUANDO TONTURAS SIGNIFICAM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Alexandra Saraiva Nascimento; Joana Antunes; Mariana Farinha; Catarina Silva; Teresa Costa; Susana Magalhães; Maria Loureiro; Abílio Gonçalves; Pilar López

Hospital Distrital da Figueira da Foz

Introdução: As patologias vasculares são a principal causa de morte em Portugal, sendo o Acidente Vascular cerebral (AVC) isquémico o diagnóstico mais frequente. Destes, 20% ocorrem na circulação posterior. O AVC da circulação posterior acarreta probabilidade duas vezes maior de receber um diagnóstico errado, comparativamente ao AVC da circulação anterior. Pacientes com um diagnóstico mal atribuído estão sujeitos a *outcomes* desfavoráveis. Apresenta-se um caso de uma síndrome de Wallenberg, também conhecida por síndrome medular lateral. Esta síndrome consiste num conjunto de sinais e sintomas neurológicos, devidos à oclusão dos vasos encefálicos da circulação posterior, que são responsáveis por irrigar a medula espinhal.

Descrição do caso clínico: Homem de 74

anos, recorreu ao serviço de urgência por quadro de tonturas, desequilíbrio, vômitos e parestesia na hemiface direita com uma hora de evolução. Como antecedentes patológicos referia amaurose esquerda por melanoma.

Apresentava-se apirético, normoglicémico e hemodinamicamente estável. O exame neurológico revelou marcha com desequilíbrio para a direita, disфония, sem déficit campimétrico, paralisia facial central esquerda e hipoestesia algica mentoniana e supraciliar à direita. A pontuação na *National Institute of Health Stroke Scale* (NIHSS) foi de três pontos. Sem lesões vasculares agudas na tomografia computadorizada do crânio, mas a angiogramografia revelou uma oclusão vascular na artéria vertebral direita. Decidiu-se realizar fibrinólise. No *holter* de 24h foi diagnosticada fibrilação auricular de novo. À data de alta apresentava disфония leve, ligeira paralisia facial central esquerda e marcha ainda atáxica mas possível com o apoio de andarião. A pontuação NIHSS era quatro pontos. Na escala de Rankin Modificada o paciente tinha uma pontuação de três.

Discussão e conclusões: O AVC da circulação posterior apresenta-se com sintomas que podem mimetizar uma síndrome vestibular aguda. Assim, o quadro clínico é menos específico do que os típicos sintomas do AVC da circulação anterior (desvio da comissura labial, falta de força num membro, alteração da fala), o que pode levar a atrasos no diagnóstico.

É importante o conhecimento da existência da síndrome de Wallenberg para que possa ser prontamente identificada, atempadamente tratada e prevenida a sua recorrência.

PO 13

EMBOLIA PULMONAR DE ALTO RISCO: RELATO DE CASO CLÍNICO

Danay Perez; João Caiano Gil
ULSMatosinhos

O tromboembolismo venoso inclui a trombose venosa profunda (TVP) e a embolia pulmonar (EP), representando globalmente a terceira causa mais frequente de síndrome cardiovascular aguda. A EP define-se como a obstrução da artéria pulmonar, ou de um dos seus ramos, por material proveniente de um ponto distante do organismo. A instabilidade hemodinâmica indica um alto risco de mortalidade precoce e abrange três formas de apresentação clínica: paragem cardiorrespiratória, choque obstructivo e hipotensão persistente.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 40 anos, com história de insuficiência venosa periférica, medicada habitualmente com contraceptivo oral (etinilestradiol+gestodeno), com dor no membro inferior direito com uma semana de evolução, sem melhoria após início de anti-inflamatório não esteróide, e episódios recorrentes de lipotimia nas 72 horas anteriores. Admitida no Serviço de Medicina Intensiva por episódio de paragem cardiorrespiratória em ritmo não desfibrilável, com retorno de circulação espontânea após 3 ciclos de suporte avançado de vida. Assumida como hipótese provável EP aguda de alto risco, submetida a trombólise emergente com alteplase. Efetuou angiogramografia computadorizada (angio-TC) torácica, que confirmou EP bilateral, e ecocardiograma transtorácico com sobrecarga de pressão e disfunção do ventrículo direito. Duas horas após trombólise, a doente evoluiu com choque hemorrágico secundário a hemoperitoneu de moderado volume por rutura de hematoma subcapsular esquerdo, tendo efetuado *packing* hepático. Após aparente controlo da hemorragia, a doente manteve critérios de choque com

componente obstrutivo e necessidades elevadas de suporte vasopressor. Efetuada reavaliação imagiológica que mostrou manutenção da EP bilateral e TVP poplítea e tibial posterior esquerda. Por este motivo, e face à contraindicação para hipocoagulação, foi submetida a trombectomia mecânica e colocação de filtro na veia cava inferior com melhoria hemodinâmica inicial, porém durante o internamento progrediu com disfunção neurológica grave, culminando em óbito.

Este caso alerta para uma entidade que, apesar de comum, é frequentemente fatal. A falência ventricular direita constitui a causa mais frequente de morte a curto prazo na EP aguda, com uma taxa de mortalidade de até 25-35% nos doentes com choque obstrutivo. O tratamento de reperfusão primária é o tratamento de escolha para os doentes com EP de alto risco, contudo não está isento de complicações hemorrágicas tal como evidenciado no presente caso.

PO 14

AVC ISQUÉMICO – ANÁLISE DE DOENTES EM UCI NUM HOSPITAL PERIFÉRICO

Andreia Leal Brito; Cátia Margarida Teixeira; Carolina Cardoso; Jorge Nepomuceno
Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE / Abrantes

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico é causado por uma lesão neurológica aguda que ocorre como resultado de trombose, embolia ou hipoperfusão sistémica. Aproximadamente 80% dos AVC são isquémicos e apenas 20% são secundários a hemorragia. A terapêutica de eleição na fase aguda do AVC isquémico é a fibrinólise intravenosa, quando não existe contraindicação para tal.

O objetivo deste trabalho é estudar o perfil e os fatores de risco presentes em doentes admitidos por AVC isquémico em unidade de cuidados intensivos (UCI) num hospital periférico.

Métodos: Estudo observacional por consulta

de base de dados de doentes internados por AVC isquémico em UCI durante 12 meses entre Janeiro e Dezembro de 2021. A variação clínica foi avaliada segundo a *Nacional Institute of Health Stroke Scale* (NIHSS)

Resultados: Foram avaliados 21 doentes, com idades compreendidas entre os 52 e os 93 anos. A idade média foi de 72.09 anos. Destes, 11 eram do sexo feminino e 10 do sexo masculino. Relativamente aos fatores de risco identificados, o mais prevalente foi a Hipertensão Arterial 90.47%, seguido da dislipidemia 66% e da obesidade 52%. A diabetes mellitus 23.8% e o tabagismo 19.05% foram os fatores menos prevalentes. Cerca de 80% dos doentes apresentavam pelo menos dois fatores de risco, e 42.86 apresentavam três fatores. Foi possível realizar fibrinólise a 17 doentes, com um NIHSS à admissão de 11 e à data da alta de 8,17.

Conclusão: Apesar de ser uma amostra relativamente reduzida, podemos observar que se trata de doentes mais idosos e com vários fatores de risco presentes. A fibrinólise mostrou melhoria significativa dos défices neurológicos, pelo que a ida ao serviço de urgência nas primeiras horas é fundamental. O controlo dos fatores de risco é imperioso e o seguimento deste doentes deve ser feito de forma regular para prevenir novos eventos.

PO 15

PRELIMINARY RESULTS OF THROMBOGENIC RISK FACTORS IN THE PORTUGUESE POPULATION

Ana Catarina Alves¹; Micaela Santos¹; Marília Antunes²; Mafalda Bourbon¹

¹Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge;

²Faculdade de ciências, Universidade de Lisboa

Background: Some genetic variants are known to be responsible for enhanced thrombosis risks, especially when associated with other non-genetic risk factors. The aim of this study is to determine the prevalence of

thrombogenic genetic risk factors in Portugal, as well as the prevalence high-risk individuals for thrombosis in the Portuguese population.

Methods: 774 DNA samples, previously obtained from e_COR study (cross-sectional epidemiological study), were selected for the present study to be representative of the population and studied by open array for the following polymorphisms: factor V Leiden (FVL) gene, prothrombin (FII) gene, antithrombin II (AT2) gene, methylenetetrahydrofolate reductase (MTHFR) gene (C677T and A1298C), and plasminogen activator inhibitor-1 (PAI-1) gene. Statistical analysis was performed using the SPSS version 25.0.

Results: We have obtained the following prevalence: 2.2% for the FVL; 4.1% for the FII; 0,6% for the AT2; for the MTHFR C677T 43.2% in heterozygous and 12.8% in homozygous; for the MTHFR A1298C 39.5% in heterozygous and 9.8% in homozygous; for the PAI-1 50.4% in heterozygous and 21.9% in homozygous. The women who suffer a spontaneous abort has a higher frequency of the heterozygote genotype for the FVL, FII and the PAI-1 and a higher frequency of the homozygote genotype for the MTHFR A1298C, when compared to women who have not had a spontaneous abortion.

Individuals who suffered an ischemic stroke (IS) event have a higher frequency of the heterozygote genotype for the FVL, MTHFR variants and homozygotes genotype of the PAI-1. However, the frequency for the homozygote genotype of the MTHFR variants is not significantly different when compared to individuals without IS diagnosis. FVL and PAI-1 may confer a higher risk to the incidence of IS events.

Conclusions: A better knowledge of all these factors and their interactions can provide further insight into disease mechanisms and improve patient's prognosis by the early identification of at risk patients.

PO 16

NEXT GENERATION SEQUENCING – A KEY TOOL FOR DIAGNOSIS OF FAMILIAL DYSLIPIDEMIAS

Beatriz Miranda; Beatriz Miranda; Ana Catarina Alves; Mafalda Bourbon

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

Dyslipidemia, a clinical condition defined by an abnormal concentration of lipids in the blood, can have a genetic etiology. Familial dyslipidemias constitute a group of genetically determined conditions, the majority being rare. In addition, these are often associated to serious conditions that can be prevented by the early identification and treatment of these patients. Hypercholesterolemia promotes atherosclerosis, increasing patients' cardiovascular risk. Neurological manifestations and poor weight progression are frequent complications of hypocholesterolemia, and an increased risk of pancreatitis is often verified in cases of hypertriglyceridemia. This project aimed to identify the genetic cause of dyslipidemia in 96 Portuguese individuals, referred to the Cardiovascular Research Group at the National Health Institute, with a clinical diagnosis of several genetic dyslipidemias associated to different traits: hypercholesterolaemia, hypocholesterolaemia, and hypertriglyceridaemia. The lipid profile of the 96 index cases was determined for biochemical characterization. The molecular study of individuals was performed by Next Generation Sequencing with a customised target panel of 57 genes involved in lipid metabolism. Molecular diagnosis was provided after analysis of 18 genes strongly associated with several familial dyslipidemias. Rare variants detected were confirmed by PCR and Sanger Sequencing. A definite cause of monogenic dyslipidemia was established in 35 cases: 22 individuals were diagnosed with familial hypercholesterolaemia, 3 with familial hypobetalipoproteinemia,

2 with familial chylomicronemia syndrome, 7 with multifactorial chylomicronemia, and one with autosomal recessive hypertriglyceridemia. Moreover, several variants of uncertain significance were found by NGS during this project, the majority lacking functional data. As these variants can constitute the cause of disease in some cases, functional studies will be essential to assess variant's pathogenicity. This work allowed an early and correct identification of Portuguese patients with different familial dyslipidemias, thus providing guidance for pharmacological treatment and lifestyle adaptations to reduce the chance of suffering disease complications, improving this way patients' prognosis.

PO 17

APOB VARIANTS – THE EXPERIENCE OF THE PORTUGUESE FAMILIAL HYPERCHOLESTEROLEMIA STUDY

Maria Simões Ferreira; Joana Rita Chora; Ana Margarida Medeiros; Mafalda Bourbon; Ana Catarina Alves

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

Familial hypercholesterolemia (FH) is clinically characterized by increased levels of circulating LDL cholesterol leading to premature coronary heart disease. It can be caused by variants in LDLR, APOB, and PCSK9 genes. APOB variants are responsible for 5-10% of the FH cases, p.(Arg3527Gln) being the most common. Until recently, only two small fragments of the APOB gene were routinely studied. With Next Generation Sequencing being implemented in the last years, the whole APOB gene has been sequenced routinely by many labs, increasing the variant spectrum of APOB and with it the number of variants that need to be functionally assessed. Most of these variants are missense variants but nonsense and small indels in exon 29 are also being identified and can be the cause of hypercholesterolemia. In the last years,

our lab characterized 2 additional variants in APOB that affects LDL receptor:ApoB binding: p.(Thr3826Met) and p.(Gln4494del).

This project aimed to characterize novel APOB variants identified in patients included in the Portuguese FH Study to confirm if they are the genetic cause of hypercholesterolemia in these patients. As part of this project, we also create a database with all APOB rare variants found up to date (110) in the Portuguese FH Study. Co segregation of these variants found with the phenotype was performed for all families from which we had relatives.

A total of 5 variants are presently under study. To access if these variants affect the binding of the apoB to the LDL receptor, LDL from index cases and relatives with the variants was separated using sequential ultracentrifugation. The patients' LDL was then used for proliferation assays with U937 cells. These cells do not synthesize cholesterol but need it to grow, they are depend on apoB: LDL receptor binding. U937 proliferation is reduced when there are defects in the APOB gene, meaning that these variants affect LDLR activity. Preliminary results for 2 variants, p.(Ile3347Thr) and p.(Asp2213del), have been obtained and these variants do not seem to affect LDL receptor:ApoB binding.

Functional studies are crucial to increase the scientific knowledge about the effect of the variants in protein function, being one of the most important criteria to be able to classify variants as pathogenic. Functional studies of FH associated variants contributes for a better diagnosis by highlighting the cause of disease, helping to stratify patient associated cardiovascular risk and optimize treatment.

PO 18

MIOCARDIOPATIA DILATADA E HIPOTIROIDISMO: O SEGREDO DO NÃO ÓBVIO

Fabiola Maria de Almeida Figueiredo;
Daniela Antunes; Bruno Cabreiro; Raquel Marques;
Ana Isabel Rodrigues; Sandra Cunha; Nádia Santos;
Behnam Moradi; Renato Saraiva

Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

A Insuficiência Cardíaca é uma das complicações mais conhecidas do Hipotiroidismo, sendo descrita como Insuficiência Cardíaca de alto débito em função das alterações hemodinâmicas e adrenérgicas que contribuem para seu surgimento. No entanto, alguns doentes ultrapassam esta condição, apresentando Miocardiopatia Dilatada e baixa fração de ejeção.

Apresenta-se caso doente de 45 anos, seguido em consulta de Medicina Interna para controlo de factores de risco após envio de consulta em Cardiologia, onde permaneceu entre 2009 e 2020 após internamento neste serviço por Miocardiopatia Dilatada por quadro de Insuficiência Cardíaca, secundária a Miocardiopatia Dilatada não isquémica (assumida como secundária a Hipotiroidismo) diagnosticada em Dezembro/2008, após ida ao Serviço de Urgência com sinais de angina estável. Como antecedentes pessoais destaca-se tabagismo desde a adolescência (com redução actual), Dislipidémia desde 2010 e Hipotiroidismo.

Do estudo inicial destacava-se: ecocardiograma transtorácico com ventrículo esquerdo dilatado (71/64mm) e depressão severa da função sistólica global por hipocontratibilidade generalizada e alterações analíticas compatíveis com Hipotiroidismo por Tiroidite Auto-Imune, nomeadamente TSH elevado (10.69 Um/L) e T4 livre normal, Colesterol Total 271 mg/dL com LDL 194 mg/dL, Triglicéridos 159 mg/dL, assim como ferritina elevada sem tradução no estudo genético para hematoma-

crose. Cateterismo cardíaco excluiu doença cardíaca isquémica.

Após instituição de terapêutica dirigida, nomeadamente Ivabradina 5mg bidiário, Ramipril 5mg diário, Carvedilol 6.25mg bidiário, Espironolactona 100 mg diário, Rosuvastatina 10mg diário e Furosemida 60mg diário e Eutirox 137 mcg diário, assim recomendação de abstinência etanólica e tabágica, verificou-se uma melhoria significativa, tanto clínica como ecográfica, com doente a apresentar função ejeção preservada 57%, ventrículo esquerdo não dilatado (124g/m²), função diastólica preservada, sem hipertrofia ligeira hipocinésia difusa e pericárdio sem alterações.

O caso clínico ilustra que se devem considerar outros factores de risco menos óbvios e frequentes na abordagem da patologia cardíaca refenciada, lembrando que o diagnóstico precoce e a implementação de uma marcha terapêutica adequada podem ser determinantes numa sobrevida significativa com minimização de complicações decorrentes da gravidade desta uma. Conclui-se que o tratamento de reposição no Hipotiroidismo pode recuperar este tipo de Miocardiopatia, mesmo em casos com comprometimento severo da função ventricular esquerda.

| ORGANIZAÇÃO



| PRESIDENTE DA REUNIÃO

Diogo Cruz

| COMISSÃO ORGANIZADORA

Ana Tornada

Francisca Abecasis

Joana Urzal

Manuel G. Costa

Patrícia Vasconcelos

Patrícia Mendes

Rodrigo Leão

Rogério Ferreira

Rui Valente

Vitória Cunha

| MAJOR SPONSOR



| SPONSORS



| SECRETARIADO



ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

elsa.sousa@admedic.pt
+351 21 842 97 10
www.admedic.pt