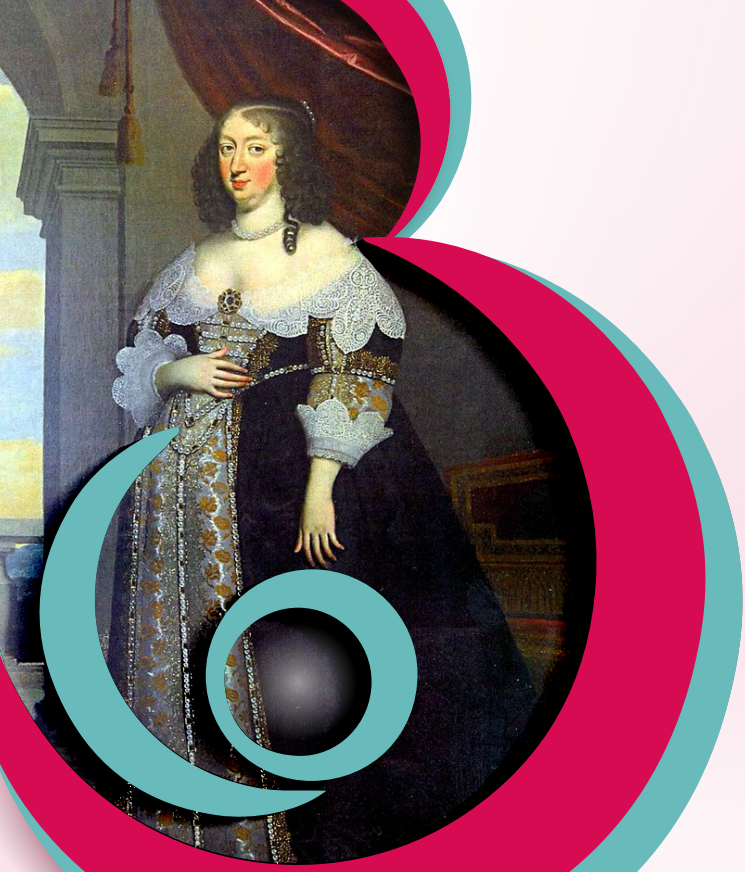
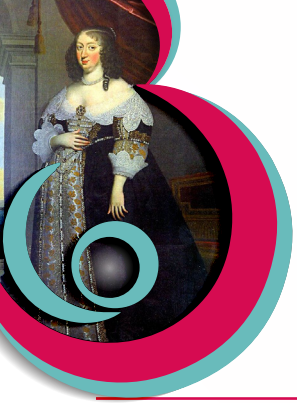


07
SETEMBRO
2024

4as Jornadas do Núcleo de Estudos de Medicina Obstétrica

VIP Executive Entrecampos Hotel & Conference

Programa



4as Jornadas do Núcleo de Estudos de Medicina Obstétrica

Apresentação

O Núcleo de Estudos de Medicina Obstétrica da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna prepara as suas IV Jornadas, com o objetivo de facilitar a apresentação, atualização e discussão de temas médicos naquilo que interessa à população obstétrica.

Este ano o programa foca-se nos problemas respiratórios, na doença gastrenterológica e hepática e na doença hematológica, com uma mesa dedicada à problemática da obesidade e do seu manejo antes/durante a gravidez e ainda uma sessão dedicada às particularidades das Técnicas de Procriação Medicamente Assistidas nas mulheres com doença crónica.

Propomos sondar os limites da evidência de terapêuticas crónicas e ganhar segurança para decisões urgentes, assim como rever as indicações para vacinações e outras atuações preventivas nesta população especial. Contamos envolver na discussão, além dos Internistas, também os Obstetras e outras especialidades com grávidas ou puérperas doentes

Programa

Sábado | 7 de setembro 2024

08:30h Abertura do Secretariado

09:00-09:30h **SESSÃO DE ABERTURA**

09:30-10:20h **MESA-REDONDA 1 Problemas respiratórios na população obstétrica**
Moderadoras: Augusta Borges e Fátima Palma

Dispneia aguda
Anna Taulaigo

Vacinas
Inês Felizardo Lopes e Inês Palma dos Reis

Asma
Pedro Leuschner

10:20-11:00h **MESA-REDONDA 2 Gastrenterologia na população obstétrica**
Moderadoras: Alice Sousa e Filipa Rocha

Doença inflamatória intestinal
Joana Torres

Doença hepática
Filipe Andrade

11:00-11:15h Coffee break | **Apresentação de e-posters**
Moderadoras: Alice Sousa, Natália Marto e Anna Taulaigo

11:15-12:50h **MESA-REDONDA 3 Hematologia na população obstétrica**
Moderadoras: Ana Oliveira e Filipa Lourenço

Anemias
Inês Gonçalves

Trombocitopénia
Christopher Saunders

Trombofilias hereditárias
Jorge Lima

12:50-13:00h ***TAKE HOME MESSAGES***
Tiago Gonçalves

13:00-14:00h Almoço | **Apresentação de e-posters**
Moderadoras: Alice Sousa, Natália Marto e Anna Taulaigo

14:00-14:30h **COMUNICAÇÕES ORAIS**

Moderadoras: Alice Sousa, Natália Marto e Anna Taulaigo

CO 01 | Rastreio da função tiroideia na gravidez. Tem interesse? Um estudo no CHUCB
Inês Pereira

CO 02 | Patologia hipertensiva da gravidez na UCI: 15 anos de experiência num hospital terciário
Tiago Neto Gonçalves

CO 03 | Impacto da diabetes e da metformina em gravidezes complicadas por CIHG
Júlia Quiterres

CO 04 | Aumento ponderal nas grávidas obesas e *outcomes* materno-fetais
Carolina Vallejo

14:30-15:00h **SIMPÓSIO Células estaminais do cordão umbilical: Terapias *standard* e terapias experimentais**

Crioestaminal

Palestrante: Alexandra Machado

15:00-16:00h **MESA-REDONDA 4 Obesidade na grávida**

Moderadoras: Natália Marto e Ana Isabel Machado

O peso da gravidez e tratamentos
Ana Wessling

Perspetiva da Nutrição
Marta Silvestre

Vigilâncias e tratamentos na gravidez
Sofia Albuquerque Brás

16:00-16:30h **CONFERÊNCIA DE ENCERRAMENTO Técnicas de PMA em mulheres com doença crónica**

Presidente: Augusta Borges

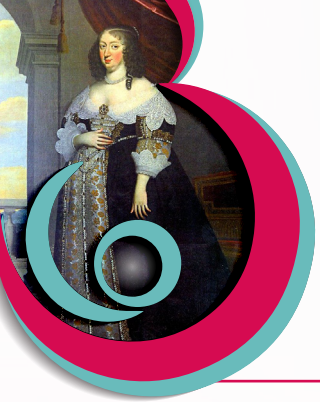
O que queremos que o médico assistente da grávida saiba
Daniela Sobral

16:30-16:40h ***TAKE HOME MESSAGES***

Rita Tinoco Magalhães

16:40h **ENCERRAMENTO DAS JORNADAS**

Entrega do "Prémio Dra. Augusta Borges"



4as Jornadas do Núcleo de Estudos de Medicina Obstétrica

Comunicações Orais

CO 01

RASTREIO DA FUNÇÃO TIROIDEIA NA GRAVIDEZ. TEM INTERESSE? UM ESTUDO NO CHUCB

Inês Pereira
Universidade da Beira Interior

Introdução: Atualmente, a patologia tiroideia é considerada a segunda disfunção hormonal mais frequente na gravidez, sendo apenas superada pela diabetes gestacional. De acordo com estudos epidemiológicos, as disfunções tiroideias estão associadas a sérias complicações maternas, fetais e do recém-nascido, no entanto não existe nenhum rastreio universal implementado em Portugal. Para além disso, Portugal é um país com défices ligeiros a moderados de iodo, sendo que este défice se acentua nas regiões de interior.

Objetivo: Relacionar a realização do rastreio da função tiroideia com os resultados gestacionais e neonatais resultantes, nas grávidas do Centro Hospitalar e Universitário da Cova da Beira (CHUCB).

Métodos: Estudo observacional e prospetivo que incluiu grávidas, entre agosto de 2022 e novembro de 2023 no CHUCB. Amostra inicial de 372 grávidas que realizaram o rastreio tiroideio (valor de TSH e T4livre). Critérios de exclusão: Grávidas não vigiadas ou vigilância irregular, interrupção voluntária da gravidez, ausência de registos clínicos, que por limite de tempo não foi acompanhado todo o período de gravidez. Assim, após a aplicação dos critérios de exclusão, obteve-se um total de 284 gestantes.

Resultados: Das 284 mulheres, 53,2% apresentaram disfunção tiroideia, 21,1% hipotiroidismo, 9,5% hipotiroidismo subclínico e 20,8% hipotiroxinemia isolada. Grávidas com disfunção tiroideia têm maior existência de complicações (p-*value*=0,041 < 0,05). Existiu associação entre o grupo do hipotiroidismo subclínico com a restrição do crescimento intra-uterino (p-*value*=0,005 < 0,05) e o oligoâmnio (p-*value*=0,024 < 0,05). No tratamento das disfunções tiroideias não se comprovou um impacto positivo na redução das complicações gestacionais (p-*value* > 0,05). No parto não se verificou nenhuma diferença significativa entre grupos (p-*value* > 0,05). No recém-nascido não se verificaram diferenças significativas no peso ao nascimento (p-*value*=0,220 > 0,05), APGAR ao nascimento (p-*value*=0,136 > 0,05) e sofrimento fetal (p-*value*=0,537 > 0,05), entre grupos.

Conclusão: Este estudo pretende contribuir para o debate científico, e sendo dos primeiros a ser realizado em Portugal, o rastreio parece ser uma proposta interessante e a ser considerada na prática clínica, uma vez que mesmo que exista uma percentagem mínima de participação das hormonas tiroideias na existência de complicações gestacionais e complicações de desenvolvimento para o

recém-nascido, esta não pode ser negligenciada. No entanto, maior evidência científica adequada ao contexto português é necessária antes da implementação de um rastreio universal em Portugal.

CO 02

PATOLOGIA HIPERTENSIVA DA GRAVIDEZ NA UCI: 15 ANOS DE EXPERIÊNCIA NUM HOSPITAL TERCIÁRIO

Tiago Neto Gonçalves; Filipa Ramalho Rocha; Maria Inês Xavier; Francisco Laranjeira; Gonçalo Magalhães; Maria Inês Lopes; Marta Sousa; Daniela Pestana; Élia Fernandes; Ana Chung; Ana Berdeja; Gonçalo Cassiano Santos; Natália Marto; António Messias; Jorge Lima
Hospital da Luz Lisboa

Introdução: A patologia hipertensiva da gravidez é a complicação médica mais frequente na gestação (5-10%) e associa-se a morbimortalidade considerável. Neste espectro, a pré-eclâmpsia com critérios de gravidade e a eclâmpsia justificam a admissão em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) pela potencial disfunção multiorgânica associada.
Objetivo: Caracterizar as doentes admitidas por patologia hipertensiva da gravidez numa UCI e realizar análise comparativa com a restante coorte admitida em UCI na gravidez ou puerpério por outro motivo.
Material e métodos: Estudo retrospetivo, unicêntrico, observacional, de doentes admitidas na UCI de um hospital terciário, durante a gravidez e puerpério, num período de 15 anos. Foram recolhidas variáveis maternas, relacionadas com a admissão e neonatais. Foram subanalisadas as doentes admitidas por patologia hipertensiva da gravidez e comparadas com a restante coorte. A análise estatística foi realizada a partir do SPSS, versão 26.0.
Resultados: Foram admitidas 148 doentes, das quais 52 por patologia hipertensiva, o que representa a segunda causa mais frequente de admissão em UCI, após a hemorragia pós-parto. A idade média foi de 34 ± 5 anos, sendo a maioria caucasiana (77%) e nulípara (53%). Vinte e uma doentes tinham mais de 35 anos. Apenas uma doente apresentava hipertensão prévia. Técnicas de procriação medicamente assistida estiveram envolvidas em 20% das gravidezes e um quarto eram gestações múltiplas. A hipertensão gestacional complicou 27% das gestações. A admissão em UCI ocorreu maioritariamente nas primeiras 24 horas pós-parto. A pré-eclâmpsia com critérios de gravidade motivou 47 admissões. Registaram-se cinco casos de pré-eclâmpsia precoce. Não foram registados óbitos. No grupo com patologia hipertensiva, destaca-se a maior prevalência de nulíparas ($p=0.006$), com doença médica durante a gravidez ($p=0.047$) e parto por cesariana emergente ($p < 0.001$). Não houve diferença na admissão em UCI neonatal mas o peso dos recém-nascidos foi inferior ($p < 0.001$).
Discussão: A pré-eclâmpsia foi a segunda causa mais frequente de admissão em UCI. A nuliparidade apresenta-se como reconhecido fator de risco.
Conclusões: O desfecho obstétrico e neonatal favorável reflete a identificação precoce e abordagem multidisciplinar destas doentes.

CO 03

IMPACTO DA DIABETES E DA METFORMINA EM GRAVIDEZES COMPLICADAS POR CIHG

Júlia Quiterres; Inês Garcia Nunes; Mafalda Teles Barros; Marta Luísa Rodrigues; Sara Nascimento; Rute Branco; Ana Paula Santos; Ana Paula Ferreira
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

A colestase intra-hepática da gravidez (CIHG) ocorre geralmente no 2º/3º trimestre e está associada a complicações obstétricas. Embora o ácido ursodesoxicólico seja a 1ª linha de

tratamento, estudos recentes têm sugerido um papel importante da metformina no controlo da doença.

127 gravidezes complicadas por CIHG entre 2011 e 2023 foram incluídas nesta análise retrospetiva e divididas em 2 grupos: diabéticas (22) e não diabéticas (105). O grupo de diabéticas foi dividido em medicadas com metformina (6, das quais 4 estavam também sob insulina) e controladas apenas com dieta (16). A idade gestacional (IG) no início dos sintomas não diferiu significativamente entre não diabéticas (33.59s) e diabéticas (33.87s), mas nas sob metformina, os sintomas manifestaram-se mais tarde, às 35s. O valor de AB, tanto o máximo como ao diagnóstico, foi semelhante no grupo das não diabéticas (27.7 e 25.9, respetivamente) e das diabéticas (26.2 e 24.1). A destacar que estes valores foram mais baixos nas diabéticas sob metformina (20.45 em ambos). A elevação das transaminases foi mais marcada no grupo de diabéticas (75% vs 66,7% no grupo das não diabéticas), sendo mais preponderante no grupo sob dieta (80%) do que no sob metformina (66.7%). Alterações da bilirrubina verificaram-se em 22.2% das não diabéticas e em 18.75% das diabéticas, não havendo nenhum caso em grávidas sob metformina. A taxa de internamento foi semelhante nos dois grupos (81.25%.e 79.0%), sendo que, das diabéticas, foram internadas metade das sob metformina e todas as que estavam apenas com dieta.

A IG no início dos sintomas e a taxa de internamento foi semelhante entre diabéticas e não diabéticas, indicando que a diabetes não afeta significativamente estas variáveis. No entanto, nas grávidas sob metformina, os sintomas apareceram mais tarde e houve uma menos taxa de internamento, sugerindo um possível efeito benéfico desta no atraso do aparecimento de sintomas e uma influência na necessidade de cuidados hospitalares. Valores de AB mais baixos e elevações menos frequentes na bilirrubina em grávidas sob metformina podem indicar um efeito da medicação na redução dos níveis destes parâmetros. À semelhança de estudos recentes, verifica-se que o uso de metformina parece oferecer benefícios na gestão da CIHG. No entanto, o seu uso não está aprovado no tratamento de CIHG.

CO 04

AUMENTO PONDERAL NAS GRÁVIDAS OBESAS E OUTCOMES MATERNO-FETAIS

Carolina Vallejo; Inês Cardoso; Catarina Gueifão; Ana Clemente Mendes; Andreia de Vasconcelos Gaspar; Jorge Costa; Filomena Nunes
HPP Hospital de Cascais

Introdução: A obesidade, índice de massa corporal (IMC) > 30, é um problema crescente de saúde, estando associado na gravidez a complicações materno-fetais, nomeadamente diabetes gestacional (DG), pré-eclâmpsia (PE), hipertensão induzida pela gravidez (HIG), macrossomia e maior taxa de cesariana. O risco parece ser superior nas mulheres que não cumprem as recomendações para o aumento de peso ideal durante a gravidez.

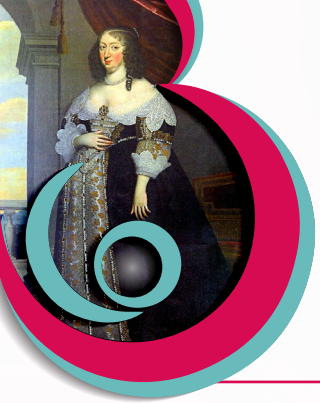
Objetivo: Avaliar de que forma o cumprimento das recomendações para aumento ponderal nas grávidas diabéticas obesas afetou os desfechos materno-fetais.

Material e métodos: Estudo descritivo retrospetivo, das grávidas obesas que tiveram consulta de diabetes na gravidez no Hospital de Cascais, no ano de 2023.

Resultados: Foram incluídas 245 mulheres com gravidez unifetal e diagnóstico de DG, das quais 33,34% apresentavam Obesidade: 50,0% categoria 1 (IMC 30-34,9), 32,9% categoria 2 (IMC 35-39,9) e 17,1% categoria 3 (IMC > 40).

A taxa de complicações maternas nas mulhe-

res obesas, excluindo DG, foi de 18,3%.
Das grávidas obesas, 13,4% desenvolveu PE e 12,2% teve recém-nascidos (RN) grandes para a idade gestacional (GIG).
Das mulheres obesas, 40% excederam as recomendações relativas ao aumento ponderal na gravidez (5-9Kg). Estas apresentaram maior taxa de PE (18,8%, *p value* < 0,01) e de RN GIG (28,1%, *p value* < 0,01) comparativamente com as grávidas obesas que cumpriram as recomendações. O mesmo não se conseguiu comprovar para a HIG (6,3%, *p value* = 0,7) nem para maior taxa de cesariana (40,6%, *p value* = 0,8).
Discussão: O IMC tem implicação direta no desenvolvimento de complicações obstétricas como PE e RN GIG e o mau controlo ponderal é um fator que aumenta o risco destas complicações.
Conclusão: A obesidade é um fator de risco modificável para complicações materno-fetais. Assim, mostra-se essencial o seguimento pré-natal regular das grávidas obesas, oferecendo aconselhamento nutricional adequado e personalizado a cada caso.



4as Jornadas do Núcleo de Estudos de Medicina Obstétrica

Posters

PO 01

ADMISSÕES EM CUIDADOS INTENSIVOS NA GRAVIDEZ E PUERPÉRIO – CASUÍSTICA DE UM CENTRO HOSPITALAR TERCIÁRIO

Inês Urmal; Maria Amaral; Luís Bento
Unidade Local de Saúde São José

Introdução: Apesar da escassez de dados nacionais, estes sugerem que a morbimortalidade materna estará a crescer, fruto da conjugação de factores como a idade materna, prevalência de doenças crónicas, processos de gravidez medicamente assistida e o próprio contexto populacional, com aumento do número de doentes provenientes de contextos socioeconómicos fragilizados. Este estudo teve como objectivo avaliar as características das grávidas e puérperas admitidas em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

Material e métodos: Estudo retrospectivo abrangendo todas as admissões de grávidas ou puérperas nas UCI de um hospital terciário, entre 2008 e 2024. Os dados foram recolhidos a partir do processo clínico. Foram analisadas variáveis demográficas, motivos de admissão, comorbilidades e patologias específicas da gravidez, bem como os dados dos recém-nascidos.

Resultados: Foram admitidas 33 doentes, 84,8% no puerpério e 15,2% durante a gravidez. 24,2% das doentes foram admitidas entre 2008 e 2016, e 75,8% entre 2016 e 2024. A demora média de internamento foi de 4,9 dias. Foi registado 1 óbito durante a permanência em UCI. Os principais motivos de admissão foram o choque hemorrágico, em 27,3% dos casos, seguido da pré-eclâmpsia e síndrome HELLP, em 24,2%.

Discussão: Os resultados são consistentes com a literatura existente, sobretudo em países desenvolvidos. Apesar da baixa taxa de mortalidade associada a esta amostra, o número de admissões por doença crítica na segunda metade do período analisado é expressivo, podendo reflectir a gravidade da patologia materna e o aumento da sua frequência nos últimos anos.

Conclusões: Apesar do tamanho da amostra, parece haver uma tendência crescente, com aumento das admissões e da necessidade de suporte de órgão. A prestação de cuidados em ambiente controlado, associada a uma discussão multidisciplinar sólida, poderá ser a chave para a melhoria dos outcomes materno-fetais num futuro próximo.

PO 02

IMPACTO DA OBESIDADE EM GRAVIDEZES COMPLICADAS POR COLESTASE INTRA-HEPÁTICA DA GRAVIDEZ

Júlia Quiterres; Inês Garcia Nunes; Mafalda Teles Barros; Marta Luísa Rodrigues; Sara Nascimento; Rute Branco; Ana Paula Santos; Ana Paula Ferreira
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

A colestase intra-hepática da gravidez (CIHG) tem uma incidência de 0.5-1.5% na Europa e é caracterizada por prurido, elevação plas-

mática dos ácidos biliares (AB) e/ou transaminases no 2º/3º trimestre. A sua etiopatogenia ainda não está completamente esclarecida e está associado a diversas complicações maternofetais. Com esta análise pretende-se examinar o impacto da obesidade nos desfechos maternos e fetais na CIHG.

87 gravidezes complicadas por CIHG entre 2011 e 2023 foram incluídas nesta análise e divididas em 2 grupos: obesas (n=36) e não obesas (n=51). O diagnóstico de CIHG foi feito por AB > 10 µmol/L e de obesidade foi feito por IMC > 30 kg/m2.

Relativamente à IG em que se iniciaram os sintomas, a diferença não foi significativa (33.7 nas obesas e 32.6 nas não obesas). No entanto, a taxa de internamento foi mais elevada no grupo das obesas, com 84.4% (vs 75% no grupo das não obesas). O valor de AB foi ligeiramente mais elevado nas obesas ao diagnóstico (28.8 vs 26.9 nas não obesas), sendo que o valor máximo foi mais baixo (29.4 vs 30.3 nas não obesas). As alterações laboratoriais de parâmetros hepáticos foram menos prevalentes com apenas 65.7% a apresentaram elevação de transaminases e 8.6% com hiperbilirrubinemia (vs 71.4 e 28.6% respetivamente no grupo de não obesas). Verificou-se uma maior prevalência de alterações do líquido amniótico (LA) nas obesas (17.1%) que de não obesas (3.9%). Relativamente ao parto, as grávidas obesas tiveram uma taxa de cesariana de 41.7% e uma IG no parto média de 37.2 semanas. No grupo das não obesas, a taxa de cesariana foi de 51.0% e a IG no parto média de 36.6 semanas. Os RN das obesas nasceram com peso médio superior (3130g vs 2970g) e 20% necessitou de internamento na UCIN (vs 11.8% no grupo das não obesas).

A semelhança na idade gestacional no início dos sintomas e valores de AB entre obesas e não obesas, sugere que a obesidade não afeta estes parâmetros na CIHG. No entanto, parece estar associada a maior prevalência de alterações do LA, maior taxa de internamento hospitalar e diferenças nos desfechos do parto, bem como maior necessidade de internamento na UCIN para os recém-nascidos. Estes resultados indicam que a obesidade pode exacerbar alguns dos riscos associados à CIHG, impactando os cuidados e desfechos obstétricos.

PO 03

GESTAÇÃO E INFEÇÃO RESPIRATÓRIA

Juliana Carneiro[1]; Ana Isabel Oliveira[2]; Inês Palma dos Reis[3]; Anna Taulaigo[4]

[1]Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE / Hospital Distrital da Covilhã; [2]Hospital de Vila Franca de Xira; [3]Maternidade Doutor Alfredo da Costa; [4]Unidade Local de Saúde São José

Introdução: Nas infeções respiratórias em grávidas, é essencial considerar o tratamento padrão para não grávidas e os riscos para a mãe e o feto.

Caso clínica: Grávida de 28 anos com 21 semanas de gestação. Antecedentes pessoais de cardiopatia valvular reumática e prótese mecânica. Diagnosticada com pneumonia adquirida na comunidade com insuficiência respiratória após quadro de cansaço e tosse seca. Iniciada antibioterapia empirica com Ceftriaxone e Azitromicina com posterior melhoria clínica e analítica em 8 dias.

Discussão e conclusão: Salienta-se que, nas grávidas, não se deve abdicar de exames complementares, como a radiografia torácica, cujo risco é mínimo para a grávida e faz a diferença no diagnóstico, especialmente na complexidade do diagnóstico diferencial nestes casos onde há patologia cardíaca.

PO 04

ANTICOAGULAÇÃO NA GRÁVIDA COM PRÓTESE VALVULAR MECÂNICA: SERÁ QUE DEVEMOS ALTERAR O TIMING DE REINTRODUÇÃO DE ANTICOAGULAÇÃO ORAL NO PÓS-PARTO?

Júlia Sereno; Aisha Ahmad; Vera Ferreira; Rita Ilhão Moreira; Ana Isabel Machado; Joana Rebelo
Maternidade Doutor Alfredo da Costa

Introdução: A vigilância da grávida com prótese valvular mecânica constitui um desafio. Dado o risco acrescido de complicações tromboembólicas, é crucial manter anticoagulação eficaz. Estes fármacos apresentam potenciais efeitos adversos fetais e elevado risco hemorrágico pós-parto.
Caso clínico: Grávida, 36 anos, com prótese mitral mecânica por estenose reumatismal, fibrilhação auricular paroxística, acidente vascular cerebral prévio. Medicada com acenocumarol. Às 7 semanas (s) sob heparina de baixo peso molecular (HBPM) terapêutica, com suspeita de trombose de prótese não confirmada. Reintroduziu dicumarínico (ACO) ao iniciar vigilância no nosso centro. Às 28s, documentado flutter auricular com resposta ventricular rápida, revertido com bisoprolol+-sulfato de magnésio. Às 36s, substituído acenocumarol por HBPM terapêutica. Por feto no percentil 8 decidida indução do trabalho de parto (ITP) às 37s; 36 horas antes, efetuado switch para heparina não fracionada (HNF). Cesariana por ITP falhada, com suspensão da HNF 4 horas antes e retomada 12 horas pós-parto. O acenocumarol foi reintroduzido apenas ao 4º dia. Não se verificaram complicações hemorrágicas maternas ou neonatais.
Discussão: A presença de prótese mecânica confere risco acrescido de complicações maternas (trombose, arritmia e hemorragia) e fetais (perda gestacional, restrição de crescimento fetal). Apesar do risco fetal acrescido, os ACO são mais eficazes a prevenir eventos trombóticos. A programação do parto é crucial, com switch para heparina, a suspender antes do mesmo para minimizar risco hemorrágico. Embora se deva reintroduzir anticoagulação precocemente no pós-parto, deve ponderar-se ainda o risco hemorrágico.
Conclusões: Manejar a anticoagulação nestas gestações requer um equilíbrio complexo entre risco trombótico e hemorrágico materno e o risco fetal por exposição a ACO. Neste caso a reintrodução mais tardia de ACO não esteve associada a trombose nem hemorragia materna.

PO 05

GRAVIDEZ COMO EVENTO PRECIPITANTE DE DIABETES TIPO 1 DE INÍCIO TARDIO

Francisca Sá Couto[1]; Maria Margarida Andrade[1]; Inês Palma dos Reis[2]
[1]HPP Hospital de Cascais; [2]Maternidade Dr. Alfredo da Costa - ULS S José

Introdução: A gravidez está associada a um aumento fisiológico da intolerância à glicose. O aconselhamento pré-concecional bem como os rastreios na gravidez facilitam o diagnóstico precoce e atempado da Diabetes. Das várias complicações da hiperglicemia materna, os autores apresentam um caso de cetoacidose como manifestação inaugural de Diabetes na gravidez.
Caso clínico: Mulher de 19 anos, grávida de 33 semanas, sem antecedentes conhecidos, sem introdução de terapêutica recente com PTGO negativa às 25 semanas. Recorreu ao Serviço de Urgência por náuseas e vómitos com 8 horas de evolução, apresentava-se orientada, normossaturada em ar ambiente, taquipneica, taquicárdica, apirética, com glicémia capilar de 492 mg/dL e cetonemia de 3.2 mmol/L. Analiticamente destacava-se leucocitose com neutrofilia e PCR 13.4 mg/

dL. Gasimetricamente apresentava acidémia metabólica grave com hipercaliémia. Realizou ecografia abdominal que revelou feto cefálico sem batimentos cardíacos. Após correção metabólica e hidratação, iniciou antibioterapia empírica com colheita prévia de exames culturais. Atingida a estabilização clínica, procedeu-se ao parto eutócito de nado morto com 1985g. Posteriormente constatou-se cinética descendente de parâmetros inflamatórios com consequente suspensão dos antibióticos e ajustes da insulinoterapia com bom controlo metabólico. Teve alta clínica ao 8º dia de permanência hospitalar, assegurando-se follow-up multidisciplinar. Na consulta destavam-se HbA1c 9.1%, peptídeo C diminuído e autoimunidade negativa.

Discussão: O quadro clínico inicialmente descrito é inespecífico, fazendo diagnóstico diferencial com sintomatologia fisiológica da gravidez, hiperémese gravídica, disfunção metabólica e infeções. A hiperglicemia materna constituiu um sinal de alarme, no entanto, a cetoacidose diabética pode apresentar-se como euglicémica, salientando a importância da suspeita diagnóstica e investigação adequada.

Conclusões: A cetoacidose diabética ocorre em cerca de 0.5-3% das grávidas diabéticas e está associada um risco de mortalidade fetal até 35%. Este caso pretende alertar para o papel que a gravidez pode ter como trigger de doença metabólica de evolução indolente e/ou assintomática numa gravidez vigiada e as suas possíveis complicações materno-fetais.

PO 06

QUANDO UMA DOENÇA AUTOIMUNE NÃO VEM SÓ

Francisca Sá Couto[1]; Maria Margarida Andrade[1]; Carolina Fabião Sequeira[1]; Inês Palma dos Reis[2]
[1]HPP Hospital de Cascais; [2]Maternidade Dr. Alfredo da Costa - ULS S José

Introdução: A patologia tiroideia é mais frequente em mulheres em idade fértil. A gravidez está associada a alterações fisiológicas da função tiroideia. Caso exista disfunção tiroideia, esta pode influenciar a saúde materno-fetal e a própria gravidez pode dificultar o controlo da doença.

Caso Clínico: Mulher de 41 anos, G1P1 com parto há 4 meses, sem antecedentes conhecidos e com história familiar de tia materna com patologia tiroideia não especificada, internada no Serviço de Neurologia por diagnóstico inaugural de Esclerose Múltipla. Por queixas inespecíficas de ansiedade e perda ponderal não atribuíveis ao diagnóstico, foi pedida avaliação laboratorial que relevou hipertiroidismo e solicitada colaboração da Medicina Interna. Ao exame objetivo, destacava-se tiróide palpável, normodimensionada, móvel com a deglutição, indolor e sem nódulos palpáveis, sem adenomegálias, sem oftalmopatias, hipertensa e normocárdica. Eletrocardiograma em ritmo sinusal. Ecografia tiroideia com tiroide normodimensionada e simétrica, sem lesões focais. Pedido estudo da autoimunidade: Ac anti-TPO aumentado (461 UI/mL), Ac anti-Tg aumentado (500 UI/mL) e TRAb negativo. Face à hipótese diagnóstica de tiroidite pós-parto e escassez de sintomas tirotóxicos não foram iniciados antitiroideus e a doente foi referenciada à Consulta de Medicina Interna. Nas reavaliações subsequentes constatou-se normalização da função tiroideia.

Discussão: Apesar do período pós-parto constituir fator de risco para patologia tiroi-

deia, o seu rastreio universal não está recomendado. Embora não estejam presentes os fatores de risco mais comuns, como Diabetes tipo 1 e história prévia de tiroidite pós-parto, trata-se de uma doente com patologia autoimune neurológica inaugural, tornando esta doente mais suscetível a apresentar a disfunção tiroideia descrita.

Conclusões: A tiroidite pós-parto cursa geralmente com uma fase tirotóxica seguindo-se de uma fase hipotiroideia e recuperação posterior aos 12 meses em 70% dos casos. Importa ressalvar que 50% dos casos podem eventualmente desenvolver hipotiroidismo ao longo da vida. Este caso pretende alertar para a importância da elevada suspeita diagnóstica e investigação adequada, dado que a maioria destes quadros são assintomáticos e podem ter como trigger outras doenças autoimunes.

PO 07

RELATO DE ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR A UM CASO DE PRÉ-ECLÂMPSIA GRAVE COMPLICADO DE SÍNDROME NEFRÓTICO

Ana Luísa Picão Duarte; Raquel Rodrigues; Marta Pinto; Alexandra Miranda; Beatriz Vilas Boas
Hospital de Braga

A pré-eclâmpsia (PE) é uma doença multiorgânica que se caracteriza por elevação tensional e proteinúria ou disfunção de órgão-alvo após as 20 semanas de gravidez.

Mulher de 32 anos, 2Gesta 0Para, com gestação não planeada de 25 semanas e 4 dias, com hipertensão arterial (HTA) não tratada e diabetes mellitus (DM) tipo 1 insulinotratada, embora com mau controlo (HbA1c pré conceção 9.0%), complicada de retinopatia e nefropatia. Recorreu ao serviço de urgência por elevação tensional e edema generalizado. Apresentava proteinúria compatível com diagnóstico de PE sobreposta a HTA (sem critérios de gravidade), complicada de Síndrome Nefrótico. Foi internada sob diurético e antihipertensor, com ajuste da insulinoterapia e realizou corticoterapia para maturação pulmonar fetal. Às 26s+1d, ecografia seletiva detetou feto com restrição de crescimento (P1.8), com fluxometria normal. Uma semana após internamento desenvolveu critérios de gravidade de PE com disfunção hepática, agravamento da lesão renal e insuficiência respiratória, sendo transferida para a Unidade de Cuidados Intensivos por edema pulmonar (EP). Em reunião multidisciplinar foi proposta terminação da gravidez por agravamento clínico materno e alteração da fluxometria fetal. Foi realizada cesariana às 27s+2d, após neuroproteção fetal com sulfato de magnésio, com extração de recém-nascido feminino, 745g, IA 8/9/10, internado na Neonatologia por prematuridade e sépsis neonatal. A puérpera apesentou boa evolução clínica e analítica, com alta ao 6º dia pós-operatório.

Doenças crónicas como DM ou HTA são fatores de risco para o desenvolvimento de PE e contribuem para desfechos adversos da grávida e do feto. O EP é uma complicação grave da PE para o qual contribui a presença de patologia renal prévia, sendo preditor de maus desfechos obstétricos.

O planeamento familiar, especialmente em mulheres com doenças crónicas, e o seu controlo pré-concecional é essencial para mitigar os efeitos nefastos que delas podem advir.

PO 08

UMA ETIOLOGIA POUCO FREQUENTE PARA ERITEMA NODOSO

Estefânia ,Ferreira; Maria Inês Barradas; Mariana Narciso; Dóris Freitas; Carina Spranger; Filipa Reis; Filipe Bacelar; Lília Remesso; Luís Miguel Farinha
Hospital Dr. Nélio Mendonça

Introdução: O eritema nodoso (EN) é uma reação de hipersensibilidade do tipo tardia com formação de granulomas no tecido ce-

lular subcutâneo. Existem múltiplas etiologias para EN como infeções, fármacos, doença inflamatória intestinal, gravidez. Na maioria dos casos, a causa permanece desconhecida. Apresentamos um caso de EN na grávida.

Caso clínico: Mulher, 24 anos, nulípara, grávida de 8 semanas, recorre ao serviço de urgência (SU) por lesões cutâneas nos joelhos, desde há 3 semanas, sem melhoria após 7 dias de corticoterapia tópica. Analiticamente com leucocitose, neutrofilia e PCR de 60.46 mg/L. Após discussão com a medicina interna (MI) foi medicada com amoxicilina-ácido clavulânico e cetirizina oral.

9 dias depois, retornou ao SU, sem melhoria das queixas, com lesões eritematosas dolorosas, em ambas as pernas, com halo violáceo. Perante a suspeita de EN, foram colhidas análises para estudo etiológico, fez 1 toma de metilprednisolona endovenosa (EV), tendo alta medicada com prednisolona 20mg/dia. Em consulta de reavaliação 6 dias depois, com melhoria clinica e alta 14 dias depois, sem lesões, em esquema de desmame.

Retornou ao SU com 14 semanas de gravidez por recidiva das lesões e retoma prednisolona oral. Reavaliada em consulta 9 dias depois, com melhoria das lesões e resolução das mesmas em 13 dias, com estudo etiológico negativo, iniciou esquema de desmame da corticoterapia. Tentada marcação de consulta de seguimento que foi recusada pela grávida. Atualmente, com 21 semanas de gravidez, sem intercorrências conhecidas.

Discussão: O diagnóstico de EN pode ser feito através da história clínica e exame objetivo. Nódulos bilaterais, frequentemente dolorosos, na face anterior das pernas favorecem fortemente este diagnóstivo. Pode resolver espontaneamente mas se necessário,o tratamento são os anti-inflamatórios não esteróides, contra-indicados na grávida, ou a corticoterapia sistémica.

Conclusão: O EN é uma manifestação pouco frequente na gravidez. Se envolvimento de outros locais além das pernas, persistência dos sintomas por mais de 8 semanas ou ulceração secundária outros diagnósticos como infeções subcutâneas, poliartrite nodosa, défice de alfa-1 anti tripsina e infiltrados subcutâneos malignos devem ser considerados. Apesar de bom prognóstico, as recidivas podem ocorrer em um terço dos casos.

PO 09

UM CASO DE MICROANGIOPATIA TROMBÓTICA NO PUERPÉRIO

Pedro Mateus; Filipa Ramalho Rocha;
Tiago Neto Gonçalves; Natália Marto; Jorge Lima
Hospital da Luz Lisboa

Introdução: As microangiopatias trombóticas (MAT) caracterizam-se por anemia hemolítica microangiopática, trombocitopénia e lesão de órgão-alvo por trombose microvascular. As etiologias são variadas e o diagnóstico diferencial difícil, especialmente no puerpério onde várias hipóteses diagnósticas concorrem.

Caso clínico: Mulher de 32 anos, gestação atual com rastreio precoce de pré-eclâmpsia (PE) com risco elevado, resistência das artérias uterinas > P95, medicada com ácido acetilsalicílico. Parto eutócico às 39 semanas complicado de hemorragia pós-parto[FR1], com necessidade de ácido tranexâmico e prostaglandinas. Às sete horas pós-parto, inicia quadro súbito de febre, prostração, visão turva e dispneia. Apresentava-se hipertensa e hipoxémica, com necessidade de oxigenoterapia a 15L/minuto. Analiticamente, destacava-se anemia hemolítica microangiopática, disfunção renal, proteinúria nefrótica, aumento dos biomarcadores cardíacos, fibrinogénio baixo e prolongamento dos tempos de coagulação. Na ecoscopia tinha hipocinésia e disfunção sistólica globais, sinais de estase

pulmonar e hepática. Iniciou plasmaferese por suspeita de púrpura trombocitopénica trombótica (PTT), até resultado de atividade normal da ADAMTS13. Fez terapêutica com sulfato de magnésio, labetalol e fibrinogénio, com evolução favorável e resolução das disfunções de órgão. Os anticorpos anti-nucleares e anti-fosfolípido foram negativos.

Discussão: O cenário clínico implicou o diagnóstico diferencial entre várias etiologias, nomeadamente a PE grave com componente de coagulação intravascular disseminada (CID), sépsis, PTT e síndrome de anticorpos anti-fosfolípido catastrófico. A terapêutica deve ser simultânea à marcha diagnóstica. Face à avaliação complementar e rápida melhoria com terapêutica de suporte, foi assumido o diagnóstico de PE grave com MAT e CID.

Conclusões: A PE em até 5% dos casos manifesta-se no puerpério e o espectro de gravidade é variável, podendo causar MAT com disfunção multiorgânica.

PO 10

UM CASO DE PRÉ-ECLÂMPSIA COMPLICADA POR COROIDOPATIA HIPERTENSIVA

Ana David do Carmo; Filipa Ramalho Rocha; Tiago Neto Gonçalves; Natália Marto; Jorge Lima
Hospital da Luz Lisboa

Introdução: A coroidopatia é uma complicação ocular rara da patologia hipertensiva da gravidez e uma das causas de sintomas visuais nesta população.

Caso clínico: Mulher de 32 anos, com antecedentes de aura visual sem enxaqueca e tromboembolismo pulmonar. Gravidez complicada de hipertensão arterial (HTA) gestacional, medicada com nifedipina. Internada por trabalho de parto às 36 semanas e 5 dias. No puerpério imediato, apresentou HTA não controlada e escotomas negativos no olho esquerdo, sem dor com movimentos oculares ou cefaleia. Analiticamente, destacava-se anemia ligeira, trombocitopénia moderada, aumento das transaminases e proteinúria. Realizou ressonância magnética crânio-encefálica que não mostrou alterações. A observação por Oftalmologia mostrou descolamentos do epitélio pigmentado, coalescentes, na região peripapilar de ambos os olhos, à esquerda com bolsa de descolamento neurosensorial macular, colocando-se a hipótese de coroidopatia hipertensiva. Admitida na Unidade de Cuidados Intensivos por pré-eclâmpsia (PE) com critérios de gravidade. Iniciou sulfato de magnésio e labetalol e, após 48 horas, transitou para terapêutica anti-hipertensora oral, com bom controlo tensional e melhoria dos sintomas visuais. Foi reavaliada dois meses depois, apresentando-se assintomática e com tomografia de coerência ótica sem alterações.

Discussão: Os sintomas visuais no contexto de PE podem ser manifestações de complicação neurológica ou oftalmológica. A HTA pode levar a uma variedade de complicações oculares, sendo a retinopatia hipertensiva a mais frequentemente descrita e conhecida. A coroidopatia hipertensiva é rara, mas também associada à patologia hipertensiva da gravidez. Deve-se à isquémia da coróide reativa à elevação tensional aguda e é mais comum em doentes jovens. O tratamento envolve o controlo rigoroso da HTA e o prognóstico é geralmente favorável.

Conclusões: Este caso sublinha a importância da avaliação criteriosa na PE com sintomas visuais.

PO 11

SÍNDROME DE ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSÍVEL PÓS-PARTO

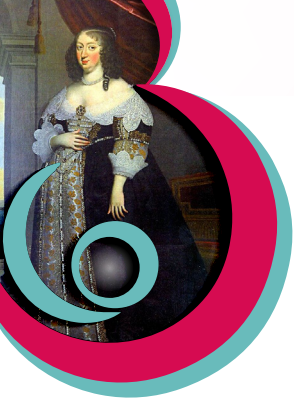
Beatriz Tallon; Filipa Ramalho Rocha;
Tiago Neto Gonçalves; Natália Marto; Jorge Lima
Hospital da Luz Lisboa

Introdução: A síndrome de encefalopatia posterior reversível (PRES) é uma entidade clinico-radiológica que pode complicar a patologia hipertensiva da gravidez no período gestacional ou puerpério. A fisiopatologia relaciona-se com a hipertensão arterial (HTA) e disfunção endotelial, podendo apresentar-se com cefaleia, alteração do estado de consciência, alterações visuais e convulsões.

Caso Clínico: Mulher de 48 anos, com história prévia de obesidade e hipotiroidismo. Gravidez por fertilização in vitro com doação de ovócitos, complicada por diabetes e HTA gestacional, medicada com nifedipina e metildopa. Admitida por pré-eclampsia (PE) com evidência de insuficiência placentar, submetida a cesariana urgente às 33 semanas. Ao 4º dia de puerpério, iniciou cefaleia bitemporal de intensidade moderada, persistente, associada a visão turva, vertigem e HTA mal controlada. Ao exame neurológico, apresentava diplopia vertical binocular em todas as direções, com hipertropia do olho esquerdo. A ressonância magnética (RM) cranioencefálica mostrou pequenas áreas punctiformes de ligeiro hipersinal nas sequências T2 no terço posterior da protuberância, cápsula externa bilateral de predomínio esquerdo, substância branca subcortical bihemisférica e centro semioval à esquerda, com restrição à difusão nesta última. Os dopplers transcraniano e dos vasos do pescoço eram normais. Assumida provável PRES associada a PE. Foi otimizada a terapêutica anti-hipertensora, com resolução da cefaleia e vertigem. Aos 6 meses de evolução, está assintomática, com RM a documentar lesão isquémica crónica no centro semioval esquerdo.

Discussão: A PRES deve ser considerada em casos de pré-eclâmpsia com sintomas neurológicos e o diagnóstico é presuntivo. Em casos graves, como o apresentado, as lesões podem não ser totalmente reversíveis, podendo ocorrer isquémia com enfarte cerebral.

Conclusão: A abordagem atempada e o controlo da pressão arterial são essenciais para a evicção de sequelas associadas à PRES.



ORGANIZAÇÃO

SPMI NEMO NÚCLEO DE ESTUDOS DE MEDICINA OBSTÉTRICA

SPMI Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

PATROCÍNIOS CIENTÍFICOS

SPMI NEDF NÚCLEO DE ESTUDOS DAS DOENÇAS DO FÍGADO

SPMI NEDR NÚCLEO DE ESTUDOS DE DOENÇAS RARAS

ORDEM DOS MÉDICOS

COMISSÃO ORGANIZADORA

Ana Oliveira
Anna Taulaigo
Catarina Conceição
Filipa Lourenço
Inês Felizardo Lopes
Inês Palma dos Reis
Pedro Correia Azevedo
Sofia Mateus

COMISSÃO CIENTÍFICA

Alice Sousa
Ana Isabel Machado
Augusta Borges
Fátima Palma
Jorge Lima
José Guia
Natália Marto
Paulo Carrola
Pedro Leuschner

INSCRIÇÕES | WWW.SPMI.PT

Médicos Especialistas e Outros Profissionais de Saúde ..... 100€
Médicos Internos e Estudantes ..... 75€

SECRETARIADO

admédic+

paula.cordeiro@admedic.pt