



RSAL / SETEMBRO-DEZEMBRO / 2017 / N.º 46

# REVISTA DE SAÚDE AMATO LUSITANO





Unidade Local de Saúde  
de Castelo Branco, EPE



REVISTA DE SAÚDE  
**AMATO**  
LUSITANO



# AMATO LUSITANO

R E V I S T A D E S A Ú D E

## PROPRIEDADE

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco  
Anotada no Instituto da Comunicação Social  
Depósito Legal - 105483/96  
eISSN - 2182-2603  
Latindex - Revista de Saúde Amato Lusitano 5057

## CONTACTOS

Av. Pedro Álvares Cabral 6000-085 Castelo Branco  
revsaude.amatolusitano@gmail.com  
272 000 245

## CONSELHO CIENTÍFICO

Prof. Doutor Alves de Moura (Medicina Interna)  
Prof. Doutor Alberto Barros (Genética)  
Prof. Doutor Artur Paiva (Cuidados Intensivos)  
Prof. Doutor Daniel Serrão (Ética)  
Prof. Doutor Filipe Caseiro Alves (Imagiologia)  
Prof. Doutor Guilherme Tralhão (Cirurgia)  
Prof. Doutor Massano Cardoso (Epid./Med. Preventiva)  
Prof. Doutor Nascimento Costa (Medicina Interna)  
Prof. Doutora Paula Sapeta (Enf. Médico Cirúrgica/Cuidados Paliativos)  
Prof. Doutor Rui Marinho (Hepatologia)  
Prof. Doutor Sérgio Deodato (Direito da Saúde)  
Dra. Almerinda Silva (Pediatria)  
Dra. Ângela Trindade (Enfermagem Saúde Materno-Infantil)  
Dr. António João (Gestão de Serviços de Saúde)  
Dr. António Lourenço Marques (Cuidados Paliativos)  
Dra. Amandina Loureiro (Cirurgia Geral)  
Dr. Augusto Lourenço (Cirurgia Geral)  
Dra. Beatriz Craveiro Lopes (Dor)  
Dr. Carlos Gomes (Saúde Mental)  
Dr. Carlos Maia (Enfermagem Reabilitação)  
Dra. Emília Bengala (Enfermagem Saúde Infantil)  
Dr. Ernesto Rocha (Nefrologia)  
Dra. Helena Garcia (Anatomia Patológica)  
Dr. João Fonseca (Urologia)  
Dr. João Frederico (Cuidados Intensivos)  
Dr. João Moraes (Cardiologia)  
Dr. Vieira Pires (Medicina Geral e Familiar)  
Dr. Pedro Henriques (Medicina Interna)  
Dr. Reis Pereira (Medicina Interna)  
Dra. Rute Crisóstomo (Fisioterapia)  
Dr. Sanches Pires (Medicina Geral e Familiar)  
Dra. Sandra Queimado (Farmácia)  
Dr. Sérgio Barroso (Oncologia)

## DIRECTOR

Dr. António Banhudo

## SUB DIRECTOR

Dr. Pedro Silva Vaz

## CONSELHO EDITORIAL

Dr. António Gouveia  
Prof. Doutora Assunção Vaz Patto  
Prof. Doutor Carlos Almeida  
Dra. Isabel Duque  
Dra. Maria Eugénia André  
Prof. Doutor Manuel Nunes

## CONSELHO REDACTORIAL

Dra. Ana Caldeira  
Enf. André Mendes  
Dr. Carlos Lozoya  
Dra. Gina Melo  
Dr. Joaquim Serrasqueiro  
Dr. Jorge Monteiro  
Dra. Rita Crisóstomo  
Dra. Rita Resende  
Dra. Rosa Silva  
Dr. Rui Alves Filipe  
Dr. Rui Sousa







# CONGRESSO MÉDICO BEIRA INTERIOR

22 e 23

Setembro 2017

Teatro Municipal da Guarda

## resumos comunicações & Posters

### TEMAS

HTA - O que há de novo? | Hemorragia digestiva | Doenças da alta | Perturbações afectivas  
Actualizações em Pediatria | Patologia do interstício pulmonar | Patologia traumática torácica e mão



### CURSOS

FCCS | SAV | SPSS | ECG | Ortóteses | Hipocoagulação | Dermatologia  
Dor | Feridas crónicas | Via Aérea | Radiologia | VNI | Suturas

**Data limite da submissão de trabalhos: 1 de setembro de 2017**

Iniciativa promovida por:



Unidade Local de Saúde  
da Guarda



Centro  
Hospitalar  
Cova da Beira, E.P.E.



Unidade Local de Saúde  
Castelo Branco, E.P.E.



Parecer favorável do Conselho Nacional

Parecer favorável do Conselho Nacional  
para Avaliação da Formação da  
Ordem dos Médicos

4º CONGRESSO MÉDICO DA BEIRA INTERIOR  
AMIG® - Associação de Médicos Internistas da Beira Interior



Web: [www.4cmbi.org](http://www.4cmbi.org)  
Email: [amig4cmbi@gmail.com](mailto:amig4cmbi@gmail.com)



## PILOCARPINA NO TRATAMENTO DA XEROSTONIA - QUAL A EVIDÊNCIA?

JOANA SOFIA FERNANDES, PEDRO OLIVEIRA, ANA CATARINA SEQUEIRA, VITOR SANTOS, MARLI LOUREIRO - UCSP COVILHÃ

**Introdução e objetivo(s):** A xerostomia, causada pelo hipofunção das glândulas salivares, é um sintoma bastante prevalente em doentes oncológicos que realizam radioterapia ou em portadores de doenças autoimunes como Síndrome de Sjogren. Independentemente da sua etiologia o tratamento da xerostomia, condição com importante impacto na qualidade de vida, passa pela utilização de sialogogos como a pilocarpina. É objetivo deste trabalho rever a evidência científica disponível sobre a utilização da pilocarpina em utentes com xerostomia.

**Metodologia:** Foi realizada uma pesquisa de guidelines, meta-análises (MA), revisões sistemáticas (RS), Estudos Clínicos Aleatorizados (ECA) nas bases de dados National Guideline Clearinghouse, Centre for Reviews and Dissemination, The Cochrane Library e Pubmed, usando os termos MeSH pilocarpine e xerostomia treatment. Incluíram-se artigos redigidos em inglês e português, publicados entre nos últimos 5 anos, que envolvessem o estudo da eficácia ou efetividade da utilização da pilocarpina em utentes com xerostomia. Foi utilizada a taxonomia Strenght of Recommendation Taxonomy (SORT)

da American Family Physician para avaliação dos níveis de evidência (NE) e atribuição de forças de recomendação (FR).

**Resultados:** Obtiveram-se 21 artigos dos quais foram selecionados 7 que cumpriam os critérios de inclusão: duas MA, três RS e dois ECA. A maioria dos artigos analisa o efeito da utilização da pilocarpina em doentes com xerostomia devido a radioterapia. Os sete artigos mostraram resultados favoráveis nomeadamente na taxa de salivação, sem evidência de efeitos secundários maior, ressaltando a necessidade de mais estudos.

**Conclusão:** Existe alguma controvérsia no que diz respeito à utilização de pilocarpina em doentes com xerostomia, principalmente quando a etiologia recai sobre a radioterapia. Os estudos são heterogéneos, porém parece haver algum efeito benéfico ao nível da taxa de salivação. O tratamento com pilocarpina parece ser seguro, no entanto os dados são limitados. São necessários mais estudos de qualidade, nomeadamente ECA, que reforcem a efetividade e segurança deste parassimpaticomimético na xerostomia.

## AValiação E MELHORIA DA QUALIDADE NA PREVENÇÃO DE QUEDAS, EM IDOSOS

LUCIANA PAULO, TIAGO CARVALHO, PEDRO BELO, MARCIOMIRA SILVA, HENRIQUETA FORTE - UCSP DO FUNDÃO E CENTRO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DOS TRÊS POVOS

**Introdução:** Os idosos estão sujeitos a um risco acrescido de quedas pelas alterações relacionadas com o envelhecimento, patologias e meio ambiente inadequado. As quedas acarretam custos elevados que se agravam quando o idoso sofre diminuição da autonomia ou quando necessita de internamento e podem levar à incapacidade ou mesmo à morte. Tendo em conta o impacto que as quedas causam na vida dos idosos, das suas famílias e da sociedade torna-se imperativo definir estratégias no sentido de as evitar ou minimizar. Uma das estratégias possíveis é a realização de programas de reabilitação física dos utentes mais propensos a quedas, visando a melhoria do equilíbrio, resistência e força. **Objectivos:** Avaliar e reduzir o número de quedas dos utentes, com idade superior a 65 anos, residentes num

lar local.

**Métodos:** Dimensão: qualidade técnico-científica; Unidade de estudo: Número de quedas em utentes com idade superior a 65 anos, residentes num lar. Avaliação inicial de Novembro de 2016 a Janeiro de 2017, introdução de medidas correctoras de Fevereiro a Abril de 2017 (com continuidade das medidas posteriormente) e reavaliação de Maio a Julho de 2017. Foram excluídos os utentes acamados. Fonte de dados: Livro de registo de ocorrências da instituição Colheita de dados: pelos autores Tratamento de dados: Microsoft Excel® Relação temporal: Avaliação retrospectiva Tipo de avaliação: interna Critérios de avaliação: Número absoluto de quedas

**Intervenção:** educacional.

**Resultados:** Foram incluídos neste estudo 38 utentes, dos quais 76% eram mulheres. A média de idades observada foi de 82 anos. Foram registadas numa primeira avaliação 16 quedas. Após introdução das medidas corretoras (exercícios de equilíbrio, marcha, treino funcional, treino de força e medidas educativas), em nova avaliação, o número de quedas registado foi de 10, o

que representa uma melhoria de 37,5%.

**Conclusão:** Verifica-se uma melhoria do parâmetro avaliado, com diminuição do número de quedas. A principal limitação encontrada foi o reduzido tempo de implementação das medidas, sendo importante a manutenção das medidas instituídas no futuro e nova reavaliação.

## INFEÇÕES NOSOCOMIAIS NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS: ANTIBIOTERAPIA PRÉVIA E PERFIL DE RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS

RITA VARUDO, INÊS PIMENTA, ANTERO FERNANDES - HOSPITAL GARCIA DE ORTA - SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

**Objetivos:** caracterizar os microrganismos responsáveis por infeções nosocomiais numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e averiguar se existe relação entre a antibioterapia realizada previamente e o isolamento de microrganismos com largo espectro de resistências.

**Métodos:** realizou-se um estudo observacional retrospectivo com base nos registos clínicos dos doentes internados numa UCI de 1 de Janeiro de 2016 a 31 de Dezembro de 2016. A amostra foi analisada por meios de estatística descritiva e inferencial.

**Resultados:** Dos 251 doentes incluídos (idade média de 63 anos), 60,9% eram do género masculino, em 27,5% foram isoladas bactérias causadoras de infeção nosocomial, num total de 148 agentes patogénicos. De entre as bactérias com perfil de sensibilidade reduzido (32,4%), 38,3% eram MR. Todas as bactérias extensamente resistentes isoladas pertenciam à espécie *Pseudomonas aeruginosa*. Dos microrganismos MR, 10 correspondiam a bactérias gram-positivas, mais frequentemente *Staphylococcus aureus* resistentes à meticilina (6,3%), e 38 a bactérias gram-negativas, principalmente

*Pseudomonas aeruginosa* (31,3%), *Enterobacter cloacae* (18,8%) e *Escherichia coli* (10,4%). 86,7% das *Pseudomonas aeruginosa* isoladas era resistentes ao meropenem e 80% à piperacilina. Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre a terapêutica prévia com antibióticos das classes dos macrólidos, carbapenemes e cotrimoxazol e isolamento de bactéria MR.

**Conclusão:** Constatou-se uma elevada prevalência de infeções nosocomiais causadas por bactérias gram-negativas com espectro de resistência alargado, aspeto concordante com a literatura científica atual. No nosso estudo, a *Pseudomonas aeruginosa* foi o agente MR mais frequentemente isolado, seguida das Enterobacteriaceae (*E. Coli* e *Enterobacter cloacae*). Contrariamente às preocupações mais recentes relativamente a infeções nas UCI por *Acinetobacter baumannii*, na nossa amostra não se detetou nenhum caso de infeção nosocomial por este agente. Tal como estudos anteriores já tinham documentado, verificou-se que a exposição a determinadas classes antibióticas é um fator de risco para infeção por bactérias com perfil de resistência alargado.

## TRAUMATISMO COSTAL NO TAN BANAL

DAMIÁN GAJATE HERRERO, NATALIA DIEGO MANGAS, JAVIER POLO BENITO, MARTA DEL RIO GARCIA, ALBA GARCIA PÉREZ, BEATRIZ RODRIGUEZ ALONSO - CENTRO DE SALUD MIGUEL ARMILLO, SALAMANCA, ESPAÑA

**Introducción:** Aproximadamente el 85% de los traumatismos torácicos que son valorados en los Servicios de Urgencias son banales, y no requieren más medidas que control analgésico, reposo relativo, y ejercicios respiratorios. Sin embargo, en un pequeño

porcentaje de casos, esta patología puede esconder lesiones potencialmente graves, que en ocasiones son difíciles de diagnosticar.

**CASO CLÍNICO:** Varón de 25 años, sin antecedentes médicos de interés, que acude tras haberse golpeado en el



costado izquierdo con el burladero de una plaza de toros 3 horas antes. Constantes: PA: 134/85mmHg. SpO2: 98%. FC: 85lpm. Exploración física: Buen estado general. Normocoloreado y normohidratado. Eupneico. Equímois lineal de unos 10 cm de longitud a nivel de costado izquierdo. Dolor a la palpación local de últimas costillas izquierdas, sin crepitación. Resto de la exploración física normal. Radiografía de tórax: Fractura de 9º arco costal izquierdo. Resto normal. Durante su estancia en Urgencias el paciente recibió tratamiento analgésico con mejoría significativa del dolor siendo propuesto para ser dado de alta. Mientras se incorporaba de la cama para ser dado de alta, éste sufre un síncope de características vasovagales, con hipotensión y palidez cutánea, que se recupera espontáneamente.

Por este motivo se pospuso el alta y se realizó analítica sanguínea. Analítica: Hb: 13 g/dl (normocítica normocrómica). Resto de hemograma normal. Bioquímica

normal. Ph: 7'35. HCO3-: 18. Láctico: 2.2. Ante estos resultados, y sospechando presencia de daño visceral subyacente, se realizó TAC toracoabdominal. TAC toracoabdominal: Fractura de 9 arco costal izquierdo. Rotura esplénica grado II. El paciente ingresó en el Servicio de Cirugía para esplenectomía con buena evolución.

Conclusión: En aquellos traumatismos torácicos cerrados en los que se evidencian fracturas costales por debajo de la 8ª costilla, es mandatorio la realización de una prueba de imagen (ecografía o TAC) para descartar lesiones viscerales subyacentes, entre ellas la rotura de bazo. La rotura del bazo, al tratarse de un órgano altamente vascularizado, puede provocar una hemorragia interna importante, desembocando en shock hipovolémico, poniendo así en peligro la vida del paciente. Los hallazgos de la exploración física a menudo son inespecíficos por lo que se debe tener siempre en consideración.

## CONTRIBUTO ASSISTENCIAL DA EQUIPA DE EMERGÊNCIA MÉDICA INTRA-HOSPITALAR DO HOSPITAL AMATO LUSITANO DE CASTELO BRANCO

JOÃO VALENTE, FERNANDO MICAEL, NELSON ANTUNES, PAULO COSTA, NULITA LOURENÇO - HOSPITAL AMATO LUSITANO - UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTES

**Introdução:** É expectável para doentes, familiares, visitas e funcionários, que o ambiente hospitalar seja o espelho da segurança e capacidade de resposta em situações ameaçadoras da vida. Diversos estudos revelaram que a existência de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI) consegue melhorar a morbilidade e a mortalidade intra-hospitalar, ao propor metodologias de sistematização da avaliação dos utentes e de respectiva intervenção precoce por parte de equipas de emergência diferenciadas. Contudo, a realidade portuguesa, no que toca à criação de EEMI, é ainda recente comparativamente com a realidade internacional. A Direção-Geral da Saúde (DGS) desperta para esta carência, emitiu no ano 2010, normas para a implementação destas equipas em todas as unidades hospitalares nacionais. Dando cumprimento a essa normativa, foi implementada em janeiro de 2013, no Hospital Amato Lusitano (HAL) uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar.

**Material e Métodos:** Análise estatística das 334 fichas de ocorrência respeitantes aos 4 anos (2013 - 2016) de

atividade da EEMI do HAL; Cálculo de taxas: de mortalidade após atuação da EEMI; vítimas melhoradas; vítimas referenciadas para serviço de urgência; doentes internados estabilizados e mantidos no serviço de origem; tempo médio de resposta; tempo médio de atuação e taxa de ocorrências com critérios de ativação presentes.

**Resultado e Discussão:** Pela análise dos resultados obtidos verifica-se que em 89% das situações em que houve intervenção da EEMI do HAL, estavam presentes critérios efectivos de deterioração clínica. Nos 4 anos de atividade, registámos uma taxa média de melhoria clínica de 57% dos casos alvo de intervenção da EEMI, com tempos de resposta média abaixo dos 2 minutos. Reconhecendo que a existência de uma EEMI constitui uma das múltiplas variáveis moduladoras da mortalidade intra-hospitalar, verificámos uma redução da mortalidade no HAL superior a 1 ponto percentual, passando de 7,05% (2012 sem EEMI) para 5,90% (2016 com EEMI em funcionamento).

**Conclusão:** Os dados estatísticos apresentados confir-



mam o cumprimento dos fundamentos de uma EEMI, corroborando estudos internacionais que evidenciam o importante papel destas equipas, na diminuição das ta-

xas de morbilidade e mortalidade, com ganhos em saúde para a população e com um mínimo de custos operacionais associados.

## FALÊNCIA HEPÁTICA AGUDA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA: REVISÃO DE 10 ANOS

DÍDIA LAGES, RICARDO TJENG, DINIS CUNHA LEAL, VÍTOR BRANCO, CRISTINA ROXO - CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA, E.P.E. - SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

**Introdução:** A falência hepática aguda (FHA) é um distúrbio raro mas potencialmente fatal, constituindo uma emergência médica. É uma síndrome heterogênea e a sua etiologia varia de acordo com a distribuição geográfica. **Material e Métodos:** Análise retrospectiva de dados demográficos, clínicos e laboratoriais de doentes com diagnóstico codificado como falência hepática aguda (código 570, segundo a International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification), admitidos no Serviço de Medicina Intensiva do Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E., entre janeiro de 2006 e dezembro de 2015.

**Resultados:** Obtiveram-se 51 doentes, com um ligeiro predomínio do sexo feminino (53,0%). A idade variou entre os 27 e os 88 anos, com uma média etária de 69,2 anos. A clínica de apresentação mais frequente foi a dor abdominal (37,2%), seguida da dispneia (31,3%). 76% dos doentes foram admitidos através do Serviço de Urgên-

cia, dos quais 54% foram triados de laranja segundo a Triagem de Manchester. Uma percentagem importante apresentava scores de gravidade (APACHE II e SOFA) elevados. Quanto à classificação, a FHA de etiologia isquémica foi a mais frequentemente observada (86%), seguida da esteatohepatite alcoólica (6%), hepatite aguda na gravidez (4%) e hepatotoxicidade induzida por drogas (4%). Em relação com os fatores predisponentes à hepatite isquémica, a maior parte dos doentes exibiu um estado de choque. Registou-se uma taxa importante de óbitos (49%).

**Conclusão:** A FHA é uma realidade relativamente infrequente no Serviço de Medicina Intensiva, no entanto encontra-se associada a uma elevada morbimortalidade. Os dados apresentados ilustram a gravidade desta condição. É fundamental o seu reconhecimento precoce, assim como dos critérios para transplantação hepática.

## ESTUDO PROSPECTIVO: EXPOSIÇÃO A ORGANOFOSFORADOS

MAFALDA FELGUEIRAS, NOÉMIA LOIO-MARQUES, CARME VALLS-LLOBET - CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA

**Introdução:** Os organofosforados (OPs) são um grupo de inseticidas que têm sido amplamente utilizado em todo o mundo nos últimos 50 anos. Estima-se que anualmente 3.000.000 pessoas sejam expostas a OPs, e que a taxa de mortalidade associada seja de 300.000 mortes/ano. Os OPs são inibidores colinérgicos e a sua toxicidade pode ser por exposição aguda ou crónica, com consequências graves em diferentes órgãos e sistemas. **Objetivos:** Identificar sinais e sintomas de exposição a OPs em mulheres expostas de forma crónica.

**Métodos:** Realizou-se um estudo prospetivo (1994-2014) no qual foram seguidas 43 mulheres expostas a OPs. Foram avaliados sinais e sintomas descritos como estan-

do associados a exposição por OPs e avaliados parâmetros analíticos associados a astenia e proteção celular, nomeadamente ácido pirúvico (PA) e ácido láctico (LA).

**Resultados:** Na primeira consulta 98% das mulheres referiu astenia. De entre os sinais e sintomas avaliados, as lesões musculoesqueléticas (78%) e as alterações do ciclo menstruais (36%) foram os que ocorreram com maior frequência. Com uma incidência menor, foram observadas alterações do sistema nervoso periférico (11%). No que se refere aos parâmetros bioquímicos avaliados a generalidade das mulheres apresentavam na primeira consulta uma diminuição dos valores de ferritina e um

aumento dos valores de TSH. Ao longo do estudo, verificou-se também uma diminuição progressiva dos valores de AChE, de PA (64%) e de LA (92%).

Conclusão: Os resultados sugerem que a exposição pro-

longada a OPs pode afetar de forma crónica diferentes sistemas do organismo humano, nomeadamente parâmetros relacionados com o funcionamento mitocondrial.

## AVALIAÇÃO E MELHORIA DA QUALIDADE DA EFETIVAÇÃO DAS CONSULTAS DE REVISÃO DO PUERPÉRIO NUMA USF

LUÍS MANUEL BISMARCK, JOAQUIM CABRAL NUNES, ISABEL COELHO - USF A RIBERINHA

**Introdução:** Na consulta de Revisão do Puerpério (RP) são reavaliados todos os sistemas fisiológicos implicados na gestação, os problemas concomitantes com a mesma, revista a técnica de amamentação, a saúde mental, a dinâmica familiar e reconduzido o Planeamento Familiar. A importância desta consulta prende-se com a necessidade acrescida de apoio que a recentemente reordenada família necessita, providenciando cuidados médicos e de enfermagem assim como acompanhando a transição e adaptação de todos os elementos aos seus novos papéis.

**Objetivos:** Avaliar a percentagem de puérperas que realizaram consulta de RP até ao 42º dia após o parto; convocar as puérperas que tenham essa indicação e realizar educação para a saúde; apresentar os resultados em reunião interpares de forma a promover a sua melhoria.

**Métodos:** Dimensão estudada: qualidade técnico-científica; Tipo de avaliação: interna; Unidade de estudo: utentes inscritas no programa de Saúde Materna (SM); População-alvo: utentes inscritas no programa de SM pertencentes ao ficheiro de 8 médicos da USF "A Ribeira"; Tipo de dados: percentagem de mulheres inscri-

tas no programa de SM com consulta de revisão do puerpério realizada até ao 42º dia após o parto; Critério de avaliação: todas as mulheres devem realizar uma consulta de revisão do puerpério antes das 6 semanas após o parto; Tipo de intervenção: educação para a saúde; Horizonte Temporal: Agosto/Setembro de 2016.

**Resultados:** Obtivemos um total de 76 puérperas durante o período estudado (2º semestre de 2015), tendo 45 realizado consulta de RP – 59.21%. Observámos alguma disparidade interpares com um dos ficheiros a obter 0% de consultas realizadas e outro a atingir 94%.

**Conclusões:** As cerca de 40% das mulheres sem registo no SClínico© de uma consulta de RP podem, no entanto tê-la realizado, já que é comum algumas terem seguimento da sua gravidez em mais do que um local de cuidados de saúde. Por outro lado, os resultados encontrados podem não corresponder exatamente à realidade dado que o registo desta consulta implica algumas exigências informáticas para ser contabilizada. A sensibilização contínua da população e dos profissionais de saúde são fundamentais no sentido de fomentar a experiência da maternidade como desejável e saudável.

## MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE NA CONSULTA DE SÍNDROME DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

ANA SEQUEIRA, JOANA FERNANDES, DIANA SOUSA, PEDRO OLIVEIRA, ANA LUCAS, VÍTOR SANTOS, ANTÓNIO SILVA, MARLI LOUREIRO - UCSP COVILHÃ - ACES COVA DA BEIRA

**Introdução:** A consulta de Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) foi implementada em 2015. No final de 2016 a equipa da Unidade verificou atraso na primeira consulta pós-alta em alguns doentes por falha na infor-

mação prestada, ou não compreensão da mesma pelo utente. Para além disso, alguns pacientes expressaram vontade de serem acompanhados na Unidade a que pertencem.

**Objectivo(s):** Avaliar, discutir e melhorar as estratégias organizacionais da Consulta de SAOS.

**Métodos:** Dimensões estudadas: Qualidade técnico-científica e organizacional. Unidade de estudo: Doentes estabilizados com alta Hospitalar para a Unidade. Tipo de avaliação: interna, interpares e retrospectiva. Critério de Qualidade: Avaliação dos doentes, em consulta de SAOS na Unidade, no prazo de um ano. Medidas corretoras: Reunião interpares para discussão de dificuldades e soluções. Também se reforçou o ensino ao doente, através de folhetos informativos para serem entregues pelas Pneumologistas. Reforço da organização com integração de novos elementos na equipa, retificação da plataforma digital e sua divulgação; incremento de um período semanal de consulta; criação da denominação própria da consulta no SClínico® para facilitar o agendamento. Tratamento de dados: Microsoft Excel®. Resultados: Dos 314 doentes com SAOS que tiveram alta hospitalar até à data, 254 (80,9%) foram orientados para a consulta na Unidade de Saúde. No final de 2016,

163 dos 211 doentes tinham sido reavaliados no período adequado (77%). Após a introdução das medidas corretoras houve uma melhoria de 0,11 (junho), correspondendo à reavaliação de 224 de 278 utentes (88%).

**Conclusões:** As medidas implementadas contribuíram para o aumento da cobertura adequada aos doentes provenientes do hospital. Os autores consideram fundamental o alargamento do horizonte temporal de forma a prosseguir com a avaliação contínua da qualidade nesta consulta. Estão em formação novos colaboradores para a reprodução desta consulta noutra Unidade do ACeS. Os autores consideram pertinente a realização de um estudo que avalie potenciais ganhos em saúde com a criação desta consulta, nomeadamente em termos de consulta hospitalar, pois intuitivamente deverá haver uma melhoria no tempo de resposta para a primeira consulta de SAOS hospitalar e no tempo dedicado aos doentes instáveis.

## A PRESCRIÇÃO DE HEMOGRAMA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

NATALINA RODRIGUES, SARA COELHO, JOÃO SILVA - USF MONDEGO (ACES BAIXO MONDEGO)

**Introdução:** O pedido de exames laboratoriais tem sido apontado como potencial alvo de gastos excessivos e estima-se que 25% dos testes laboratoriais pedidos sejam duplicados ou sem valor clínico. Na prescrição de hemograma a norma de orientação clínica da DGS refere que deve ser prescrito tendo em conta o contexto clínico em que ocorre no momento de observação do doente, nomeadamente a patologia de base ou terapêutica instituída.

**Objectivos:** Caracterizar o padrão de prescrição de hemograma em três ficheiros de médicos nos cuidados de saúde primários.

**Metodologia:** Estudo descritivo transversal, com recurso ao SClínico e MIM@uf, onde se incluem os utentes de três ficheiros de ambos os sexos entre os 0 e 100 anos, com pedido de hemograma objetivado em dezembro de 2016. Foram analisadas as variáveis de género, idade, data do último hemograma prescrito, indicação clínica, morbilidades existentes e resultado do hemograma.

**Resultados:** Contabilizaram-se 143 pedidos de hemograma, com idade média de 58,6 anos (desvio padrão=16,4), sendo a maioria mulheres (65,7%). Dos pedidos solicitados

foram realizados e registados 108 hemogramas (75,5%). No que toca ao motivo do pedido de hemograma, em 54,5% dos casos coexistiam multimorbididades; em 25,2% não se constata qualquer justificação para o pedido; em 8,4% foi solicitado para reavaliação de alterações em hemogramas prévios; em 6,3% para vigilância de gravidez; em 5,3% dos casos teve por base a suspeita clínica. Dos hemogramas realizados cerca de 22,2% revelaram alterações, sendo a mais prevalente a anemia (9,3%). Dos hemogramas com alterações cerca de 42% motivaram a instituição de medidas adicionais. Em relação à periodicidade da solicitação do mesmo, em cerca de 25,9% foi prescrito novo hemograma num período inferior a 1 ano, com hemograma prévio sem alterações.

**Discussão:** Verificou-se que 25% dos doentes não realizaram o hemograma solicitado, e dos exames realizados apenas em 9,2% dos casos motivaram intervenção. O presente estudo lembra um dos desafios atuais da prática clínica que se prende com a abordagem face à solicitação de análises de “rotina” por parte dos utentes, e a consequente necessidade de definição de orientações claras que definam a periodicidade e indicações do seu pedido.



## SÍNDROME DA BANDA ILIOTIBIAL, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

JOAQUIM CABRAL NUNES, ISABEL COELHO, MARIA DE JESUS CLARA - USF A RIBEIRINHA - ULS DA GUARDA

**Introdução:** A síndrome da banda iliotibial (SBI) é uma causa frequente de gonalgia lateral entre os desportistas, nomeadamente praticantes de corrida e ciclismo. É provocada por movimentos repetidos de flexão e extensão do joelho que condicionam a fricção da banda iliotibial no côndilo lateral do fémur. Afeta 2-25% dos indivíduos frequentemente ativos e 1,6 – 12% dos praticantes de corrida.

**Caso clínico:** Mulher de 38 anos de idade, professora de educação física, praticante de corrida, com antecedentes pessoais irrelevantes, recorre à consulta de Saúde do Adulto por gonalgia lateral direita com 2 semanas de evolução. A sintomatologia teve início durante a prática de uma meia-maratona, sem traumatismo associado. Manifestava-se durante a corrida e melhorava com o repouso. Ao exame objetivo salientava-se hipersensibilidade focal na banda iliotibial

distal e teste de compressão de Noble positivo, sugestivos de SBI. Ecografia das partes moles e radiografia do joelho sem alterações relevantes. Foi proposto repouso, aplicação de gelo local e anti-inflamatório não esteroide oral. Após 3 semanas, clinicamente melhorada, tendo retomado a atividade desportiva sem limitações.

**Conclusão:** A SBI é uma patologia frequente em corredores, que pode ter importantes repercussões no dia-a-dia das pessoas afetadas. O seu diagnóstico é feito pela história clínica e exame físico, e a sua abordagem terapêutica inicial deverá ser conservadora com tranquilização do doente. Salienta-se a importância do reconhecimento desta síndrome, relativamente frequente entre os desportistas para uma correta apreciação, estabelecimento do diagnóstico, e orientação destes casos.

## ANTICOAGULANTES ORAIS DIRETOS NA FIBRILHAÇÃO AURICULAR: DE NOVOS A USADOS

ELIANE PIRES, CARLA RESENDE, MARIA EUGÉNIA SANTOS SILVA - UCSP TORTOSENDO, ACES COVA DA BEIRA

**Introdução:** A fibrilhação auricular (FA) aumenta 4-5 vezes o risco de AVC, daí a importância de calcular o risco tromboembólico para instituir terapia anticoagulante. As orientações europeias mais recentes recomendam a anticoagulação oral em homens com CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASce<sup>1</sup> e mulheres com CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASce<sup>2</sup>. Os antagonistas da vitamina K (AVK) foram, durante anos, os únicos anticoagulantes orais. A dificuldade na sua utilização conduziu ao desenvolvimento de novos anticoagulantes orais (NACO), introduzidos recente e progressivamente na prática clínica.

**Objetivo:** Rever as principais recomendações das European Society of Cardiology (ESC) e European Heart Rhythm Association (EHRA), sistematizando a abordagem terapêutica e as características dos NACO na FA.

**Metodologia:** Revisão clássica com base nas recomendações das ESC e EHRA de 2016 e em artigos científicos relacionados.

**Resultados:** Os NACO são eficazes na prevenção tromboembólica nos pacientes com FA, exceto nos

portadores de válvulas mecânicas ou doença mitral reumática. Esta eficácia é alcançada com um perfil de efeitos adversos genericamente favorável relativamente aos AVK.

O rivaroxabano e o edoxabano são prescritos uma vez por dia; o apixabano e dabigatran apresentam toma bi-diária, sendo que apenas este último possui antídoto disponível. Em todos a dose deve ser ajustada perante condições específicas, destacando-se o compromisso renal.

A transição dos AVK para os NACO, quando indicada, faz-se após suspensão de AVK e INR <3.

A interrupção dos NACO antes de procedimentos invasivos deve ponderar-se se o risco hemorrágico é baixo/moderado ou alto.

O perfil de interações medicamentosas dos NACO contraindica o uso simultâneo de antimicóticos azólicos e antirretrovirais, não existindo interações alimentares. Condições que aumentem o risco hemorrágico, insuficiência renal severa, pacientes controlados sob AVK, gra

videz e amamentação contraindicam o uso de NACO. Discussão: A posologia fixa é uma desvantagem quando existe nefropatia, idade avançada ou comorbilidades importantes, dado o risco de administração de doses supra ou infraterapêuticas. A administração oral do fármaco sem necessidade de

monitorização, o baixo risco de interações medicamentosas e a ausência de interações alimentares, beneficiam o uso dos NACO. Este grupo deve fazer parte do simpósio de cada médico, seguindo os princípios da prescrição racional de medicamentos.

## QUANDO A IMUNIDADE TRAI O CORAÇÃO

ELIANA PIRES, CARLA RESENDE, MARIA EUGÉNIA SANTOS SILVA - UCSPTORTOSENDO - ACES COVA DA BEIRA

**Introdução:** A baixa incidência de miocardite oscila entre 0.001% a 0.01%, sendo os homens jovens mais suscetíveis. O diagnóstico clínico presuntivo confirma-se com estudo analítico (hemograma completo, enzimologia cardíaca e serologias víricas), testes de imagem (ecocardiograma, angiografia coronária, RMN cardíaca) e ECG. A biópsia endomiocárdica, enquanto exame standard, raramente tem impacto nas opções terapêuticas, exceto na suspeita de miocardite de células gigantes (MCG) ou deterioração aguda da função cardíaca refrataria. Na MCG o prognóstico é sombrio, com disfunção cardíaca severa irreversível apenas recuperada após transplante cardíaco.

**Caso Clínico:** Homem, 40 anos, comerciante, independente. Antecedentes de anemia hemolítica autoimune (esplenectomia em 2010), mielofibrose medular (transplante de medula em 2014) e HTA. Recorreu ao SU em setembro de 2015 por tosse seca arrastada, febre, mialgias e astenia marcadas. Analiticamente, com leucocitose, trombocitose, elevação de PCR (24), CK (2235) e transaminases; radiografia torácica sem alterações. Perante este quadro, optou-se pelo internamento na Medicina. Devido ao agravamento súbito da dispneia, elevação de dímeros e troponina, realizou angio-TC e TC-Tórax que

descartaram, respetivamente, TEP e patologia de depósito e ecocardiograma que revelou depressão severa do VE (FEVE 25%). Transferido para a Cardiologia pela ausência de resposta clínica à antibioterapia de amplo espectro, admitiu-se o diagnóstico de miocardite vírica, iniciando tratamento dirigido com corticoterapia e melhoria da função do VE (FEVE 35-40%). As serologias víricas foram negativas para infeção aguda. Na Unidade de Transplantação efetuou biópsia miocárdica e coronariografia, sem evidência de coronariopatia mas com resultado histopatológico de MCG. Apesar da terapêutica otimizada para insuficiência cardíaca e da corticoterapia, manteve disfunção biventricular severa, condicionando limitação funcional grave, tendo sido proposto para transplante cardíaco, realizado em novembro de 2016. Atualmente a cumprir terapêutica imunossupressora e profilática com antibioterapia, mantendo seguimento na Consulta de Cardiologia.

**Conclusão:** Dada a sua raridade, o diagnóstico de miocardite requer um elevado índice de suspeição, integrando a clínica e os resultados dos MCDT. Neste caso, dada a história pregressa do doente, a hipótese de MCG de caráter autoimune foi confirmada, após exclusão de outras etiologias.

## MIOCARDIOPATIA DE TAKOTSUBO

JOANA BRAGA, ANA ALMEIDA, AISSATU CASSAMA, JORGE MARQUES, CAROLINA CARVALHO, RITA RESENDE, MARIA EUGÉNIA ANDRÉ - ULS CASTELO BRANCO

**Introdução:** A Miocardiopatia de Takotsubo, também denominada acinesia/discinesia apical transitória do ventrículo esquerdo, caracteriza-se pela alteração reversível da contratilidade segmentar do ventrículo esquerdo na ausência de lesão coronária significativa.

**Caso Clínico:** Os autores relatam o caso de uma mulher de 67 anos de idade com fatores de risco cardiovascular,

com suspeita de enfarte agudo do miocárdio sem supradesnívelamento ST. Quadro iniciado por dor precordial opressiva e prolongada, associada a náuseas, sem fator desencadeante conhecido. O eletrocardiograma revelou ritmo sinusal e má progressão da onda "r" nas derivações precordiais. Evolução eletrocardiográfica com inversão da onda T nas deriva-

ções precordiais e aplanamento nas derivações periféricas. Analiticamente com subida ligeira da troponina I 1,01ng/ml e PBNP 10348 pg/ml. O ecocardiograma transtorácico revelou depressão severa da função sistólica global do ventrículo esquerdo com acinesia medio-apical e hipercontratilidade dos segmentos basais. O cateterismo não revelou doença coronária. A doente teve evolução favorável do ponto de vista clínico, analítico e ecocardiográfico, com recuperação da função sistólica global e segmentar do ventrículo esquerdo, mantendo apenas ligeira hipocinesia apical. Ressonância magnética cardíaca realizada posterior-

mente com recuperação total da função sistólica global e segmentar do ventrículo esquerdo, sem áreas de realce tardio.

**Conclusão:** Os autores realçam a necessidade de ter em conta este diagnóstico diferencial perante um doente com clínica sugestiva de síndrome coronário agudo, sobretudo em mulheres idosas sujeitas a stress emocional. O diagnóstico desta entidade é feito por exclusão; o tratamento assenta em medidas de suporte e o prognóstico a longo prazo é favorável. No entanto na fase aguda podem ocorrer evoluções rapidamente progressivas para choque cardiogénico que pode ser fatal.

## ENTRE DIAGNÓSTICOS - CARDIOMIOPATIA DE “STRESS”(SÍNDROME DE “TAKOTSUBO”)

DÍDIA LAGES, SEVERO TORRES - CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA, E.P.E. - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA  
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, E.P.E. - SERVIÇO DE CARDIOLOGIA

**Introdução:** A cardiomiopatia de “Takotsubo” é uma síndrome caracterizada por disfunção ventricular esquerda regional transitória na ausência de doença coronária significativa. Ocorre na sequência de um evento em tudo semelhante a um síndrome coronário agudo (SCA). É mais comum em mulheres pós-menopáusicas após um episódio de “stress” agudo.

**Caso clínico:** Doente de 70 anos, sexo feminino, que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por dor torácica seguida de amnésia global transitória. Os seus antecedentes pessoais incluíam história de neoplasia da mama. Sem antecedentes de hipertensão arterial. Negava hábitos alcoólicos ou toxicómanos. Dos exames complementares efetuados, a TC-CE não apresentava alterações. Realizou eletrocardiogramas seriados a evoluir com inversão das ondas T nas derivações I e aVL e alterações inespecíficas da repolarização ventricular. Analiticamente, registou-se subida “menor” dos marcadores de necrose miocárdica (MNM). O ecocardiograma transtorácico (TT) em contexto de ur-

gência revelava hipocinesia do ápex, distal lateral e inferior, com função do ventrículo esquerdo conservada. Foi assim considerado episódio de amnésia global transitória em contexto de possível SCA sem elevação do segmento ST e a doente foi admitida no Serviço de Cardiologia. Durante o internamento, realizou cateterismo cardíaco com coronárias normais e ventriculografia com hipocinesia das porções distais das paredes antero-lateral, ápex e inferior. A doente manteve-se assintomática. Analiticamente com MNM em perfil de descendente e com ecocardiograma TT subsequente já sem alterações da contractilidade. Perante a evolução clínica, ecocardiográfica e na ausência de doença coronária epicárdica foi assumida provável cardiomiopatia de “stress”.

**Conclusão:** A cardiomiopatia de “Takotsubo” tendo vindo a ganhar uma importância crescente. Pela sua clínica de apresentação semelhante à de um SCA constitui um diagnóstico diferencial a ser tido em consideração em contexto de urgência.

## DERRAME PERICÁRDICO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

JOSÉ MARQUES, MARIANA ESTEVAM, MARIA EVANGELISTA - CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA

O derrame pericárdico consiste na presença de quantidade excessiva de líquido no espaço pericárdico. É ne-

cessário caracterizá-lo em termos temporais, de volume, e quanto à sua composição. Relativamente à sua



etiologia, o derrame pode dever-se a distúrbios locais ou sistêmicos e quando uma causa objetiva não é identificada define-se como idiopático.

Apresentamos o caso de MLMG, sexo masculino, 77 anos que recorreu ao Serviço de urgência com queixa de cansaço para pequenos esforços com 15 dias de evolução associado a desconforto e sensação de peso torácico na região mediana exacerbados à inspiração profunda, sem irradiação e sem fatores agravantes ou de alívio. Ao exame objetivo, apresentava-se hemodinamicamente estável, eupneico em repouso sem O<sub>2</sub> suplementar, apirético, com auscultação cardiopulmonar normal. Tinha como antecedentes pessoais episódio febril 2 meses antes, doença coronária, HTA, diabetes mellitus, eritema nodoso há mais de 30 anos, AVC isquêmico e miocardiopatia hipertrófica não obstrutiva. Analiticamente apresentava elevação da PCR (19.91), D-dímeros e LDH, sem elevação dos marcadores cardíacos e uma radiografia do tórax sem condensações pulmonares e com silhueta cardíaca alargada. O ECG não demonstrava alterações. Por suspeita de Tromboembolia pulmonar (TEP), realizou Angio-TC torácico que excluiu TEP,

que evidenciou derrame pericárdico com cerca de 21,6 mm de maior espessura. Ficou internado no serviço de Medicina onde iniciou terapêutica com aspirina 1000mg 1id e colchicina 1mg 2id. O ecocardiograma realizado no 1º dia de internamento corroborou o volume de derrame pericárdico evidenciado na TC, mas excluiu sinais de tamponamento ou compromisso hemodinâmico. Durante o internamento manteve-se estável, apirético, com melhora sintomática e diminuição dos parâmetros inflamatórios. Realizou-se estudo etiológico do derrame pericárdico com função tiroideia, auto-imunidade, serologias víricas e bacterianas e IGRA. Este último foi o único que se revelou alterado. Repetiu ecocardiograma 1 semana e 1 mês após o início dos sintomas tendo sido observado resolução do derrame pericárdico, mantendo-se assintomático até à data.

Trata-se, portanto, de um caso de derrame pericárdico idiopático embora algumas hipóteses diagnósticas se mantenham em aberto nomeadamente tuberculosa ou pós-infecção vírica. A literatura atual refere que nos países desenvolvidos o derrame pericárdico é caracterizado como idiopático em até 50% dos casos.

## LA OBESIDAD ES LA CONDICIÓN MÁS REFRACTARIA EN LA MODIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR Y NO ESTÁ INCLUIDA EN LA VALORACIÓN GLOBAL DEL RIESGO: UN CASO EJEMPLAR

JAVIER CABALLERO RAMOS, LAURA MARÍA DOMÍNGUEZ PALACIOS BARROS, JAVIER POLO BENITO, MARÍA CUBILLO JIMÉNEZ, TANIA HERMIDA BURBANO, JORGE JUAN GACEO, PALOMA PEÑASCO GARCÍA, JUAN LOBATO CARRASCO, CLARA HERNÁNDEZ CORREA, RAQUEL MONROY PÉREZ - CENTRO DE SALUD DE SAN JUAN, UDMAFYC SALAMANCA

Se presenta un caso de un varón de 49 años, no fumador, con antecedentes de hipertensión arterial, consumo excesivo de alcohol (22 UBE semanales) y asma bronquial. No toma ninguna medicación. En la exploración inicial: IMC 35,5 y PA 191/116. Hepatomegalia palpable (7 cm por debajo del reborde costal).

Datos complementarios:

-Electrocardiograma y radiografía de tórax sin alteraciones significativas.

-Hemograma normal.

-Bioquímica (03/08/2017): Alteración de las enzimas hepáticas (AST: 52 UI, ALT: 70 UI, GGT: 216 UI, amilasa total: 7.5), hiperuricemia (7.8 mg/dl), hipercolesterolemia (Colesterol total: 332, HDL: 44), hipertrigliceridemia (511

mg/dl), glucemia basal alterada (116 mg/dl). (TABLA 1 EN PRESENTACIÓN)

-Ecografía: (FIGURA 1 EN PRESENTACIÓN): Hepatomegalia, signos ecográficos de esteatosis hepática.

Diagnóstico: Síndrome metabólico, HTA grado 2 sin repercusión visceral, obesidad mórbida, bebedor excesivo de alcohol.

Intervención: Se aconseja al paciente restricción absoluta de alcohol y se prescribe tratamiento con hipotensores; (Ramipril 10 mg, hidroclorotiazida 25 mg y felodipino 5 mg) y estatinas; (Atorvastatina 80 mg) Se le aconseja una dieta de 1800 calorías y actividad física.

Resultados: Al mes de iniciar la intervención (01/09/2017) se han conseguido reducir los valores de colesterol

y triglicéridos (CT: 161 y TG: 255) se ha controlado la presión arterial (<140/90) y el paciente declara no haber consumido alcohol, lo que es concordante con los datos analíticos (TABLA 2 EN PRESENTACIÓN), y realiza 30-45' de actividad física al día. Sin embargo no se ha modificado el peso del paciente.

Conclusiones:

1. Las intervenciones encaminadas a las modificaciones dietéticas son las de más difícil cumplimiento y probablemente requieran una intervención más intensiva y continuada.

2. El riesgo cardiovascular estimado según algunas tablas de riesgo probablemente infraestiman el riesgo real. (TABLA 3 EN PRESENTACIÓN).

## INTERNAMENTO EM UNIDADE DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL - UMA MUDANÇA DE PARADIGMA

CÁTIA CANELAS, JOANA PIMENTA, TRIGO FARIA, PAULA MARQUES - CHTMAD

O acidente vascular cerebral continua a ser uma das principais causas de morte em Portugal e nos restantes países ocidentais. O seu peso na morbilidade e no número de internamentos é também muito elevado.

Em 2016, foram registados 375 internamentos na unidade de AVC, 67 eram AVC hemorrágicos e 308 isquémicos. Destes últimos a média de idades era de 75,8 anos e uma mediana de 79 anos o que representa uma população de uma faixa etária muito elevada. A distribuição por sexos era quase equitativa. No que diz respeito a classificação de Bamford conforme esperado a maior parte (42,8%) foram TACI, mas houve também 23,7% de LACI e cerca de 17% de POCI e de PACI. À admissão hospitalar foi activada a via verde para 82 doentes e realizada trombólise 47 (15,3%) e trombectomia em apenas 9 (2,9%) o que mostra que os doentes ainda chegam muito tarde ao hospital e o tratamento com trombectomia ainda não é uma realidade

facilmente acessível a todos. No que diz respeito ao internamento o tempo de demora média em dias foi de 11,7 e a taxa de mortalidade de 11,4%. Foi avaliado o grau de dependência dos doentes a admissão e a alta através da escala de Rankin com valores médios de 3,6 e 2,8, a autonomia para as atividades de vida diária pela escala de Barthel 37,2 e 53,7 e a gravidade do quadro neurológico com a escala escandinava 34,5 e 41,2. Foi também caracterizada a prevalência dos factores de risco cardiovasculares sendo que os mais frequentes a hipertensão arterial (44,5%), obesidade (31,5%), dislipidemia (27,3%) e diabetes mellitus (20,5%).

A idade avançada da população portuguesa e a elevada prevalência de factores de risco cardiovasculares justifica o elevado número de eventos cerebrovasculares. O internamento em unidades especializadas veio mudar o paradigma da elevada mortalidade e morbilidade destes doentes

## TUMORES CEREBRAIS PRIMARIAS: ONDE SÃO DIAGNOSTICADOS

TARSILA GABRIEL MAIA NERY, MIGUEL NAVARRO MARTÍN, ANA T. SEQUEIRA EIRAS - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SALAMANCA

**Introdução:** Os tumores cerebrais primários (TCP) representam 1,1% de todas as neoplasias. Quando são classificados de acordo com a sua malignidade, os mais frequentes são os tumores não-malignos; dos tumores malignos, os gliomas são mais comuns.

**Objetivos:** Como objetivo principal, se propôs conhecer o serviço onde se realizou o diagnóstico dos TCP dos pacientes do Serviço de Oncologia do Hospital de Salamanca (HUSA), durante 2012 y 2016. Como objetivos

secundários, descrever o tipo de sintomatologia apresentada e a duração da mesma, e por último conhecer se os pacientes que apresentaram um quadro progressivo solicitaram ajuda do médico da atenção primária (MAP) antes de serem diagnosticados.

**Métodos:** Procedeu-se a desenhar um estudo observacional, retrospectivo e de base hospitalar, onde foram selecionados pacientes que padeceram de TCP e que foram seguidos pelo serviço de Oncologia do HUSA

entre 1 de janeiro de 2012 e 31 de dezembro de 2016. Determinaram-se 9 variáveis: sexo (feminino e masculino), idade (foram definidos 6 intervalos etários), forma de apresentação do quadro (progressiva ou debut), tempo de demora diagnóstica, tipo de sintomas, histologia tumoral, localização neoplásica, serviço de diagnóstico e consulta previa com MAP. A obtenção de informação foi realizada a través do programa informático do HUSA, conseguindo um total de 119 pacientes depois de aplicar os critérios de exclusão.

Resultados: Observou-se um maior número de pacientes do sexo masculino. A idade média dos pacientes foi de 56,94 anos, com um desvio padrão de 17,49. O grupo etário mais numeroso foi de 65-74 anos. 89% dos pacientes apresentaram uma clínica progressiva, sendo que a cefaleia foi o sintoma mais manifestado (26,1%). A

maioria dos pacientes foram diagnosticados em menos de 4 semanas. O glioblastoma multiforme foi o tumor mais frequente (73,1%). A localização cerebral mais repetida foi o lóbulo frontal. Mais de 80% dos tumores cerebrais primários foram diagnosticados em urgências hospitalares. Utilizando os dados disponíveis 61% dos pacientes consultaram o MAP antes de receber o diagnóstico definitivo.

Conclusão: O presente estudo concluiu que mais de três quartos dos pacientes diagnosticados de TCP da amostra foram diagnosticados em urgências hospitalares; dos quais mais de 60% dos pacientes consultaram previamente seu MAP. Com respeito à sintomatologia, a cefaleia foi a clínica mais manifestada, e os sintomas duraram menos de 4 semanas até serem diagnosticados.

## UMA ETIOLOGIA INESPERADA DE CEFALEIA NA GRÁVIDA

JOÃO FIGUEIREDO, JÚLIO RAMOS - ULSCB - UCSP S. MIGUEL

Introdução: A rutura de aneurismas intracranianos é uma causa rara de morbimortalidade na gravidez, sendo a sua etiologia multifatorial. A prevalência da hemorragia intracraniana na gestação assemelha-se à da restante da população. Esta enfermidade causa elevada mortalidade materna (40% a 83%), sendo a terceira maior causa de morte indireta (não obstétrica). Nas grávidas, as malformações arteriovenosas são mais frequentes entre 20-25 anos e o maior risco de hemorragia ocorre entre as 15ª-20ª semanas gestacionais; já os aneurismas ocorrem em idade mais avançada (30-40 anos) e sofrem rutura mais frequentemente no terceiro trimestre. As incidências de aneurisma intracraniano no primeiro, segundo e terceiro trimestres são, respetivamente, de 6%, 31% e 55%.

Caso clínico: Grávida, 33 anos, 34ª semana de gestação, obesa, com hipotireoidismo, recorre ao SU de Obstetrícia do HAL por cefaleias frontais, cervicalgias, fotofobia e sensação de desvio da comissura labial de início súbito. Realizou tomografia computadorizada crâ-

nio-encefálica que revelou hemorragia subaracnoídea, em contexto de provável rutura de aneurisma cerebral.

Conclusão: Durante a gravidez, o stress hemodinâmico e as modificações hormonais contribuem para o crescimento e rutura de aneurismas atingindo o seu pico no 3ºT e durante o trabalho de parto.

O tratamento de aneurismas intracerebrais requer abordagem neurocirúrgica, via clipagem microcirúrgica ou embolização endovascular, dependendo do tipo, tamanho e localização do aneurisma.

Neste caso, optou-se pela realização prévia do parto por cesariana e posterior realização da embolização endovascular. A intervenção endovascular, neste caso raro, teve excelente resultado terapêutico e prognóstico, dado o contínuo avanço das técnicas e dos equipamentos diagnósticos e terapêuticos que tendem a reduzir gradativamente os índices de morbimortalidade dessa enfermidade. Deste modo, devemos estar alerta para as diversas manifestações simples como cefaleias ou alterações oculares em grávidas.

## ATEROSCLEROSE AÓRTICA COMO CAUSA DE AVC - CASO CLÍNICO

RUI ISIDORO, PEDRO VIEIRA, PAULA PAIVA, ALEXANDRE LOURO, MARIA EU GÉNIA ANDRÉ - ULS CASTELO BRANCO

Introdução: A aterosclerose é um processo patológico dinâmico que cursa com doença degenerativa arterial

múltipla. Tem como resultado a evolução de placas em localizações múltiplas, podendo levar a estenoses,



embolizações ou trombozes. É assim um factor de risco major para a ocorrência de fenómenos cardiovasculares. Caso Clínico: Doente do sexo masculino, 51 anos. Antecedentes pessoais de obesidade; dislipidémia; doença arterial periférica dos membros inferiores; hipertensão arterial e tabagismo activo, com uma carga estimada de 60 UMA. Admitido no serviço de urgência (SU) por défice motor direito e parestesias ipsilaterais de início súbito, com cerca de 1 hora de evolução. Ao exame objectivo apresentava hemiparésia direita com face, grau 4 no membro superior e inferior, dismetria e hemipostesia direita, reflexo cutâneo-plantar em extensão à direita. National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS): 6. Realizou tomografia computadorizada crânio-encefálica com contraste (TC-CE), sem aspectos sugestivos de lesões isquémicas agudas, estudo angiográfico compatível com oclusão da artéria cerebral posterior (ACP) esquerda. Realizou trombólise e foi transferido para

realização de trombectomia, sugestiva de fonte embólica. NIHSS 5 pós procedimento. Repetiu TC-CE às 48h que evidenciou hipodensidade tálamo-capsular e occipital à esquerda. O ecodoppler dos vasos do pescoço não revelou alterações a nível das artérias vertebrais. O ecocardiograma transtorácico, Holter, estudo de trombofilias, patologia autoimune e infecciosa também não revelaram alterações. Perante a elevada suspeição de fonte embólica, foi solicitado ecocardiograma transesofágico que objectivou placa aterosclerótica da aorta ascendente, irregular, com 5mm. Iniciou antiagregação plaquetar e estatina de alta potência como prevenção secundária.

Conclusão: Os autores pretendem alertar para a necessidade de recurso ponderado a meios complementares de diagnóstico mais invasivos, em doentes com factores de risco importantes, no sentido de estabelecer uma prevenção secundária apropriada.

## PENFIGOIDE BOLHOSO E ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS, COINCIDENCIA OU CONSEQUENCIA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

JOANA LIZ PIMENTA, CÁTIA FILIPA CANELAS, JOANA VAZ CUNHA, RITA QUEIROS, FERNANDO SALVADOR, PAULA VAZ MARQUES - CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

O Penfigoide Bolhoso (PB) é uma doença cutânea subepidérmica, autoimune e de baixa incidência - 2 a 14 novos casos por milhão. A prevalência é maior na população idosa. Atualmente considera-se existir uma associação entre esta entidade e a patologia neurológica e psiquiátrica, habitualmente prévias ao diagnóstico de PB.

Apresenta-se o caso de um doente de 79 anos, autónomo e com antecedentes de Hipertensão Arterial essencial, Diabetes Mellitus tipo 2, Doença Renal Crónica e Síndrome Depressiva, medicado com Gliclazida, Lorazepam, Mirtazapina e Enalapril. Recorreu ao serviço de urgência por lesões cutâneas bolhosas com distribuição inicial pelos antebraços e região toraco-abdominal, com progressão para todo o corpo poupando apenas o períneo e as mucosas e com 3 semanas de evolução. Da anamnese salienta-se a toma de Linagliptina uma semana antes do aparecimento de lesões e agravamento da deterioração cognitiva nos últimos 3 meses. Ao exame objetivo inicial apresentava lesões bolhosas pruriginosas, conteúdo seroso, leito eritematoso, bordos bem defini-

dos, diâmetro variando de 2cm a 5cm, sem rotura fácil, pele saudável circundante, localizadas no peito, antebraço, joelhos e pés, em vários estados de evolução com úlceras cutâneas dolorosas sem exsudados.

Estudo no internamento: TAC toraco-abdomino-pelvica para exclusão de síndrome paraneoplásica que não mostrou neoformações; serologias víricas negativas; hemoculturas negativas; eletroforese das proteínas sem alteração; estudo imunológico com anticorpo anti-BP 180 positivo, anti-BP 230 e anti-desmogleína negativos; biópsia cutânea com imunofluorescência que evidenciou deposição linear de IgG e C3 na camada basal epidérmica permitindo o diagnóstico de PB. Foi medicado com prednisolona 1 mg/Kg/dia e posteriormente azatioprina com boa evolução das lesões.

Devido à imunossupressão salientam-se as intercorrências infecciosas durante o internamento: abscesso da glândula parótida direita, cistite e traqueobronquite aguda por MRSA.

Sobre a deterioração cognitiva é de salientar as alterações do comportamento e humor, dor não controlada e

erros no exame Mini-mental State (pontua 19). Não foi identificada nenhuma causa tratável de demência. Em suma, este caso pretender realçar a associação en-

tre PB e a patologia neurológica e psiquiátrica, a necessidade de maior investigação sobre esta relação e o risco da imunossupressão que estes doentes apresentam.

## UM DOENTE AGRESSIVO DURANTE O SONO

RAQUEL M. LOPES, RITA CRISÓSTOMO, MARIA JOÃO AUGUSTO, JOÃO FIGUEIREDO, PEDRO CHURRO, LARA REI, SÉRGIO SERRA, SUSETE SIMÕES - UCSP S. MIGUEL - ULS CASTELO BRANCO

**Enquadramento:** A alteração de comportamento do sono REM, em inglês, REM sleep behavior disorder (RBD), é uma parassónia caracterizada pela perda da atonia muscular habitual durante o sono REM e o aparecimento de actividade motora excessiva associada ao sonho. Pode ser idiopática ou constituir um pródromo das alfasinucleinopatias. Habitualmente, os doentes requerem ajuda médica após agressão do cônjuge ou do próprio doente durante o sono. O objetivo da terapêutica é diminuir o número de eventos e prevenir as agressões.

**Descrição do caso:** Homem, 70 anos, casado, reformado, ex-combatente (Guiné), inserido numa família nuclear, fase VIII do Ciclo de Vida de Duvall, classe média de Graffar e altamente funcional (9 pontos no APGAR familiar). Portador de doença valvular, dislipidemia, hipertrofia benigna da próstata e antecedentes de acidente vascular cerebral. Em Fevereiro de 2017, veio a consulta mostrar resultados de exames médicos quando a esposa refere comportamentos agressivos contra ela, no sono. Em Março, após investigação desta queixa, marcou-se consulta por iniciativa médica. O doente apresentava comportamentos agressivos contra a esposa e

contra si próprio, no sono, associados a sonhos de guerra ou agressões. Identificou o primeiro episódio em Agosto de 2016, quando sofreu um traumatismo. Estes episódios eram bimensais (em média), de madrugada, até dois minutos. Habitualmente, o doente era acordado pela esposa e recordava-se do sonho. Nunca valorizou estes eventos nem procurou ajuda médica. Não foi encontrada nenhuma alteração ao exame neurológico. Colocando-se a hipótese diagnóstica de REM sleep behavior disorder, medicou-se com clonazepam 1mg/dia. Agendou-se consulta de reavaliação para 15 dias depois. O doente mantém vigilância apenas no Médico de Família. Desde então, não apresentou mais episódios. **Discussão:** O presente caso pretende alertar para a necessidade da valorização de qualquer evento anormal ocorrido durante o sono. Dado o cônjuge ser o alvo mais frequente, o REM sleep behavior disorder tem implicações forenses, tornando fundamental a sua identificação e tratamento. O reconhecimento destes comportamentos é importante, não só, para a melhoria da qualidade de vida, mas também para a detecção e intervenção mais precoces das alfasinucleinopatias, possibilitando o atraso da história natural destas doenças.

## PLASMAFERÉSE NO SURTO DE ESCLEROSE MÚLTIPLA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

J. COUTINHO, A. GUILHERME, F. TEIXEIRA, I. COELHO, T. YAN, C. SANTOS, R. CHORÃO, R. FILIPE, E. ROCHA - SERVIÇO DE NEFROLOGIA

A esclerose múltipla (EM) é uma doença desmielinizante que afeta o cérebro e a medula espinhal. Embora a etiologia não esteja totalmente esclarecida, crê-se que processos auto-imunes estejam envolvidos. A sua progressão é incerta mas pode cursar com surtos agudos evolutivos. A plasmaferese é um tratamento de resgate para surtos agudos e severos de EM (Grau de recomendação 1B) que pode ser eficaz em diminuir a incapacidade conferida por estes surtos.

Relata-se o caso clínico de um homem de 35 anos in-

ternado no Serviço de Neurologia por um surto de EM. Tratava-se de doente com esquizofrenia diagnosticado com EM cerca de 4 meses antes. À admissão apresentava um quadro clínico de tetraparésia grau IV com predomínio de paraparésia atáxica. A ressonância magnética cerebral revelou carga lesional elevada infra e supratentorial com localizações características de doença desmielinizante. Fez terapêutica de 1ª linha com megadose de metilprednisolona com melhoria dos déficits motores mas agravamento da ataxia do tron-





Perante situações clínicas de maior complexidade, é fundamental considerar as recomendações para otimizar a terapêutica.

Descrição do caso: homem de 88 anos com múltiplas comorbilidades, destacando-se hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, estenose aórtica severa já intervencionada, fibrilhação auricular e insuficiência cardíaca (IC). Foi seguido em consulta de Hematologia em 2013 por anemia microcítica e hipocrômica, com história de retorragias abundantes ocasionais, apresentando na altura colonoscopia sem alterações. Já em Janeiro de 2017 recorreu ao SU por agudização de IC, em contexto de anemia, e foi proposto estudo do tubo digestivo que recusou. A 6 de Abril recorreu novamente ao SU por IC descompensada em contexto de anemia, tendo sido suspensa a hipocoagulação e reforçada a necessidade de realizar endoscopia digestiva alta e colonoscopia, marcadas para 13 de Maio. A 28 de Abril teve novo episódio de descompensação da IC com ida ao SU,

mantida a medicação (com a suspensão do anticoagulante). A 9 de Maio sofreu AVC isquémico, tendo retomado a hipocoagulação, com indicação para fazer um switch de Apixabano para Enoxaparina para realização de colonoscopia. Atualmente encontra-se sem sequelas major, a cumprir programa de reabilitação.

Conclusão: No doente sob terapêutica hipocoagulante é necessário equacionar os riscos embólico e hemorrágico. Vários factores como adesão à terapêutica, doença aguda ou descompensação de doença crónica, assim como realização de exames complementares que acarretem aumento do risco hemorrágico devem ponderados na decisão da interrupção da hipocoagulação. No doente com elevado risco tromboembólico a correcta articulação entre os CSP e CSS é essencial na prevenção da hemorragia sob anticoagulação, assim como na gestão da duração da interrupção da anticoagulação pré-procedimentos com elevado risco hemorrágico.

## SÍNDROME DE WALLEMBERG: A PROPÓSITO DE UN CASO

ALICIA SIERRA GÓMEZ, BEATRÍZ RODRÍGUEZ ALONSO, OCTAVIO LÓPEZ AGUDELO, ALAN DANILO MURILLO HERNANDEZ - COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

**Introducción:** El síndrome de Wallenberg es un proceso isquémico secundario a la oclusión a nivel proximal de la arteria cerebelosa posteroinferior (PICA), que irriga gran parte del bulbo raquídeo y la porción inferior de los hemisferios cerebelosos. La tríada clínica típica se compone de síndrome de Horner, ataxia ipsilateral e hiperalgesia contralateral. Afecta sobretudo a personas mayores de 40 años con factores de riesgo cardiovascular; en personas jóvenes se ha descrito relación con el consumo de tóxicos como el alcohol o el cannabis. Existen pocos documentados al tratarse de un síndrome poco frecuente.

**Caso Clínico:** Se presenta el caso de un paciente de 65 años con antecedentes personales de HTA, DM2, DL, obesidad y angina de esfuerzo, que no refiere hábitos tóxicos y que acude por presentar de forma brusca sensación de mareo con inestabilidad de la marcha, ptosis palpebral izquierda y disfonía. Comenzando más adelante con parestesias y pérdida de la sensibilidad en miembro superior derecho.

A la exploración general, TA 190/91, resto sin interés. A la exploración neurológica, ptosis palpebral izquierda leve, disfonía e inestabilidad de la marcha con lateralización a la izquierda. Sin alteraciones analíticas ni

electrocardiográficas de interés. TAC craneal anodino y estudio neurosonológico compatible con estenosis en el lado derecho de entre 50-70% con vertebrales permeables. La RM cerebral no pudo realizarse por claustrofobia. Se diagnostica de Síndrome de Wallenberg incompleto de origen indeterminado en paciente con numerosos FRCV.

Durante el ingreso el paciente permanece monitorizado, presentando cifras tensionales y glucémicas elevadas. Al alta, persistencia de la ptosis palpebral izquierda, hipofonía leve, paresia del velo del paladar izquierdo, hipoestesia de hemicuerpo derecho y leve ataxia de la marcha.

**Conclusión:** El síndrome de Wallenberg se basa en el diagnóstico clínico, pudiéndose confirmar angiografía cerebral, resonancia magnética o estudio neurosonológico.

Se debe realizar especial hincapié en la exploración de los pares craneales bajos (IX, X, XI), cuyo déficit es poco habitual en los ictus, siendo diagnóstico de este síndrome; pudiendo causar parálisis palatofaríngea, ronquera, disartria y disfagia. Clínica presente en el caso de nuestro paciente, la cual dio tanto el diagnóstico como la localización de la lesión.

## FERIDAS? - “BO TEM MEL”

R. MENDES, C. FELÍCIO, T. PEREIRA, A. BRANCO, C. LAVADO, PROF DOUTOR J. MENDES DE ALMEIDA - CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

A cicatrização das feridas pode ser um desafio, afectando a qualidade de vida e custo dos recursos de saúde. Terapêuticas alternativas (Mel Médico) são úteis quando a abordagem convencional falha. O seu uso foi revisto face às propriedades físico-químicas, antimicrobianas e imunomoduladoras. É fácil de usar, seguro e tem bom perfil custo-eficácia incluindo em adjuvância com a vacuoterapia. Avalia-se o êxito desta atitude em doentes complexos.

Incluem-se 5 doentes com feridas cutâneas não passíveis de resolução cirúrgica primária e com intolerância/recusa à vacuoterapia e/ou presença de comorbilidades incompatíveis com realização de enxerto, tendo-se utilizado Mel Médico tópico. Analisa-

ram-se registos clínicos desde a admissão, incluindo período pós-alta, bem como documentação fotográfica de evolução cicatricial.

Observou-se diminuição da área das feridas, crescimento de tecido de granulação e diminuição de inflamação. Os doentes manifestaram tolerância à realização dos pensos, não se verificaram infecções nem efeitos adversos. À data todos os doentes têm cicatrização completa com cicatrizes normotróficas.

Obteve-se, sem efeito adverso, cicatrização completa e bom resultado cosmético com Mel Médico. É válido, eficaz e seguro em ambiente hospitalar e ambulatório. A nossa experiência mostra que o Mel Médico é uma alternativa à terapêutica convencional.

## CIRURGIA POR CORPO ESTRANHO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

SÍLVIA BORGES, ALEXANDRA SOARES, LUÍS VALENCIA, ANTÓNIO GOUVEIA - HOSPITAL AMATO LUSITANO - ULSCB

A ingestão acidental de corpos estranhos é mais frequente na população pediátrica. Incluem uma variedade de objetos, mais ou menos traumáticos que podem acarretar um aumento de risco de complicação, nomeadamente perfuração ou obstrução. Já a ingestão intencional é mais frequentemente observada na população adulta residente em prisões ou com patologia psiquiátrica. Na maioria dos casos o tratamento consiste na vigilância aguardando a expulsão, em segurança, do trato digestivo. Se o objeto é rádio-opaco, a progressão é avaliada por radiografia. O uso de laxantes é contraindicado. A presença de dor abdominal, defeza, febre ou leucocitose é indicação para cirurgia de urgência.

O póster proposto para apresentação relata caso de um homem de 36 anos, do sexo masculino, recluso e ex-

toxicodependente em tratamento com metadona, trazido ao Serviço de Urgência por queixas de dor abdominal após ingestão de dois invólucros de plástico contendo pó branco. Foi submetido a laparotomia exploradora com gastrotomia para extração dos corpos estranhos. Teve alta ao 4º dia pós-operatório clinicamente bem.

A ingestão de corpos estranhos, embora frequente, raramente tem indicação cirúrgica, podendo ser tratada conservadoramente ou por intervenção endoscópica. Este caso teve indicação cirúrgica pela contra-indicação para remoção endoscópica pelo risco de rotura dos invólucros na manipulação. Não foi contemplado o tratamento conservador pela presença das queixas abdominais à entrada no Serviço de Urgência.

## HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA DE ORIGEN INCIERTO: DIVERTICULITIS ABSCESIFICANTE YEYUNAL

SARA ALONSO BATANERO, TERESA RUBIO SANCHEZ, JUAN EMMANUEL SANCHEZ LARA, MARTÍN DE JESÚS RODRÍGUEZ PÉRDOMO, LAURA FAJARDO BLANCO, MARIANA CARABALLO ANGELI, JOSÉ ANTÓNIO ALCÁZAR MONTERO, ISABEL SILVA BENITO, JACINTO GARCIA GARCIA, LUIS MUÑOZ BELLVÍS - HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

Introducción: La hemorragia digestiva del intestino delgado es infrecuente (5-10% de las hemorragias digesti-

vas bajas). Las causas de sangrado yeyunal son: las malformaciones arteriovenosas y tumores, siendo la he-

hemorragia por enfermedad diverticular infrecuente (si excluimos el divertículo de Meckel).

**Caso Clínico:** Varón de 64 años sin antecedentes de interés, que sufre síncope por hemorragia digestiva baja con repercusión hematemática y hemodinámica. Se realiza colonoscopia que objetiva sangre en todo el colon sin localizar foco hemorrágico activo. La gastroscopia es normal. Ante persistencia del cuadro hemorrágico se realiza arteriografía de aorta abdominal y selectiva de tronco celiaco, arteria mesentérica superior e inferior con fines terapéuticos, sin evidenciar punto hemorrágico ni malformación vascular. Ingresa en UCI para observación, realizándose TAC abdominal con contraste intravenoso. Se objetiva extravasación de contraste en yeyuno proximal sugestivo de foco hemorrágico. Se realiza nueva angiografía sin verse el punto sangrante. Finalmente se decide intervención quirúrgica urgente por inestabilidad hemodinámica. Se realiza laparotomía exploradora evidenciándose dos divertículos con signos inflamatorios a 25cm del ángulo de Treitz y abundantes restos hemáticos en íleon y colon. La enteroscopia intraoperatoria objetiva coágulo rojo adherido en el interior de uno de los divertículos con diverticulitis. No se demuestran otros

focos hemorrágicos posibles. Realizándose resección intestinal de 25cm de yeyuno (incluyendo ambos divertículos descritos y varios divertículos de menor tamaño) y anastomosis latero-lateral mecánica. Anatomía patológica describe una profunda invaginación de todas las capas de la pared intestinal (1,5cm x 2cm), siendo el diagnóstico de diverticulitis yeyunal abscesificante.

**Conclusiones:** La enfermedad diverticular del intestino delgado es una patología infrecuente: siendo los divertículos duodenales (15-20%) más frecuentes que los yeyunoileales (0,1-1,5%). Aunque los divertículos yeyunales son infrecuentes y normalmente asintomáticos (>60%), debemos tenerlos presentes en el diagnóstico diferencial de la hemorragia digestiva baja de origen incierto. El estudio endoscópico, TAC con contraste intravenoso, gammagrafía con <sup>99m</sup>Tc, angiografía y cápsula endoscópica pueden ser de utilidad en el diagnóstico de la hemorragia digestiva baja en pacientes hemodinámicamente estables. En la hemorragia digestiva de origen incierto en pacientes hemodinámicamente inestables es mandatoria la laparotomía exploradora para el control del foco hemorrágico, pudiendo ser necesaria endoscopia intraoperatoria.

## LINFANGIOMAS QUÍSTICOS MESENTÉRICOS EN EL ADULTO. PRESENTACIÓN COMO URGENCIA QUIRÚRGICA.

TERESA RUBIO SÁNCHEZ, LAURA CECILIA FAJARDO BLANCO, JUAN EMMANUEL SÁNCHEZ LARA, SARA ALONSO BATANERO, MARIANA CARABALLO ANGELI, MARTÍN DE JESÚS RODRÍGUEZ PERDOMO, ANA BELÉN SÁNCHEZ CASADO, ASSUNCIÓN GARCÍA PLAZA, JUAN IGNACIO GONZÁLEZ MUÑOZ, LUÍS MUÑOZ BELLVÍS - HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

**Introducción:** Los linfangiomas son neoplasias benignas que generalmente se desarrollan durante la infancia. Su localización más frecuente es en el cuello o la axila, y excepcionalmente afectan al tracto gastrointestinal. Suelen ser asintomáticos, pudiendo presentar complicaciones como infección, hemorragia u obstrucción intestinal. El diagnóstico suele ser casual o en forma de complicación, y la resección quirúrgica tiene fin diagnóstico y terapéutico.

**Caso clínico:** Paciente varón de 20 años, sin antecedentes de interés, que acude urgencias por dolor abdominal de 48 horas de evolución, de inicio súbito en flanco izquierdo y posteriormente irradiado a todo el abdomen. Asocia náuseas, vómitos, ausencia de tránsito y fiebre. A la exploración física presenta sig-

nos de irritación peritoneal generalizada y palpación de masa a nivel de hipogastrio. Analíticamente destaca leucocitosis con neutrofilia y una PCR de 53.9 mg/dL. En el TAC abdominopélvico, se objetiva una masa multiloculada de aspecto quístico, de 17x13x9,5cm en pelvis, que parece depender de mesenterio y está en relación con asas de intestino delgado, con signos de sobreinfección. Se realiza una laparotomía exploradora urgente en la que se halla una tumoración quística microperforada, dependiente de mesenterio, que englobaba asa de íleon proximal. Se realiza resección intestinal englobando dicha tumoración, y anastomosis ileoileal. La estancia hospitalaria fue de 10 días, y como complicaciones presentó íleo paralítico e infección de la herida quirúrgica. El resultado





diafragmática espontânea. Trata-se de uma condição muito rara e de difícil diagnóstico a menos que seja mantido um elevado índice de suspeição. Uma recolha cuidadosa da história clínica é de extrema importância. O tratamento cirúrgico é o tratamento definitivo.

## A. SOARES, H. PEREZ, A. PAULINO, L. VALENCIA, A. GOUVEIA - ULS DE CASTELO BRANCO

revelou úlcera escavada de grandes dimensões, na face posterior do bulbo duodenal, sem hemorragia activa, com coágulo aderente não destacável à lavagem. O doente ficou internado para vigilância. Durante o internamento, por manutenção de melenas, foi repetida EDA observando-se úlcera com vaso visível, sem hemorragia activa. Foi realizada tentativa de hemóstase com clip provocando hemorragia em jacto, seguida de injeção de adrenalina com aparente controlo hemorrágico. Perante manutenção da instabilidade hemodinâmica, o doente foi submetido a cirurgia urgente com duodenotomia e sutura hemostática da úlcera. O pós-operatório decorreu sem intercorrências. Apesar da terapêutica endoscópica ser altamente eficaz, uma atitude vigilante é extremamente importante em caso de hemorragia por úlcera péptica, estando a intervenção cirúrgica urgente indicada em caso de persistência ou recorrência hemorrágica.

## A. SOARES, S. BORGES, J. GOMES, M. MEGA, L. VALENCIA, A. GOUVEIA - ULS CASTELO BRANCO

casos. Independentemente da causa, o evento patológico responsável é um trombo na luz do vaso acompanhado de reação inflamatória da parede e tecidos envolventes. A magnitude desta trombose é variável, atingindo desde pequenas tributárias até grandes extensões dos troncos safenos dos membros inferiores e podendo, inclusive, evoluir para Embolia Pulmonar (EP). Contudo, a maioria dos casos têm remissão espontânea.

Descreve-se um caso raro de Doença de Mondor numa doente do sexo feminino de 49 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência por quadro evolutivo de 5 dias caracterizado por eritema e cordão palpável e doloroso da parede anterior direita do abdómen em posição para-mediada. Ao ecoDoppler apresentava dilatação da veia epigástrica superficial direita, não compressível, e ausência de sinal de ecodoppler. Durante o diagnóstico, foi instituída terapêutica anti-coagulante e sintomática e seguimento em Consulta Externa. O ecoDoppler de reavaliação revelou extensa Trombose Venosa Profunda (TVP) subaguda das veias

popliteas, femoral superficial, femoral comum e veias ilíaca externa com extensão à crossa e tronco da grande veia safena e outros vasos superficiais, nomeadamente veia epigástrica superficial e veia ilíaca circumflexa; por incumprimento terapêutico. Foi imediatamente internada para tratamento tendo evolução favorável.

Com a apresentação do caso, nota-se a importância da identificação da síndrome e da adequada orientação para o correto tratamento do paciente. Por mais rara que seja esta patologia, a conduta certa é imprescindível para resolução do quadro.

## INFLAMAÇÃO VESICULAR CRÓNICA EM IDADE PEDIÁTRICA: EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE CIRURGIA PEDIÁTRICA

JOÃO CANVAS, TIAGO TUNA, MIGUEL CAMPOS, J. ESTÊVÃO-COSTA - CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO - SERVIÇO DE CIRURGIA PEDIÁTRICA

**INTRODUÇÃO:** A colecistectomia por via laparoscópica é uma cirurgia crescentemente realizada na população pediátrica. Os estudos etiológicos que incidem sobre esta população são escassos e tendem a focar-se na colelitíase em pacientes com patologia de base como doença hemolítica ou outra patologia específica. Um estudo recente encontrou elevadas taxas de colecistite crónica sem tradução imagiológica prévia.

**OBJETIVOS:** Análises descritiva e retrospectiva das colecistectomias laparoscópicas realizadas no Serviço de Cirurgia Pediátrica.

**MÉTODOS:** Análise dos processos dos doentes submetidos a colecistectomias laparoscópicas desde Janeiro de 2010 até Maio de 2017.

**RESULTADOS:** no período do estudo, foram operados 68 pacientes, 68% do sexo feminino com uma idade média de 13 anos. Destes, cerca de 90% apresentavam sintomatologia tipo “cólica biliar”, 84% colelitíase e 15% coledocolitíase demonstrada por ecografia. Quinze doentes tiveram episódios de internamento prévios à cirurgia e destes onze por pancreatite aguda biliar. O estudo de fatores de risco mostrou que onze doentes eram obesos, cinco sofriam de doença neurológica, dois ti-

nam Esferocitose Hereditária e dois Doença de Gilbert. Quatro doentes apresentavam malformações das vias biliares ou quistos do colédoco. Optou-se por uma abordagem cirúrgica com três trocares em 91% das cirurgias com uma taxa de conversão que se cifrou em 1.5%. No pós-operatório imediato a complicação mais frequente foram as náuseas e vômitos, sempre autolimitados e sem maior gravidade. O tempo médio de internamento foi de 2.6 dias. O estudo anatomo-patológico das peças cirúrgicas demonstrou peças com características de colecistite crónica em 89% das amostras.

**CONCLUSÃO:** A presença de inflamação crónica e aguda da vesícula biliar em idade pediátrica é um tema ainda pouco estudado. Esta revisão demonstra que, nesta população pediátrica, existe uma elevada prevalência de inflamação crónica da vesícula biliar desde idades precoce, não expectável pelos exames prévios. Fatores como uma alimentação rica em gorduras e alimentos processados poderão explicar este fenómeno. Provavelmente iremos assistir ao aumento desta cirurgia em idades pediátricas tendo em conta a mínima invasão que pressupõem bem como a baixa taxa de complicações associada.

## ATRÁS DE UM SINTOMA FREQUENTE...

ANA T. SEQUEIRA EIRAS, RAFAEL SANDIN PÉREZ, TARSILA GABRIEL MAIA NERY, DIEGO PÉREZ CÁCERES, ANDREIA EIRAS - CENTRO DE SAÚDE S. JOSÉ - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SALAMANCA

**INTRODUÇÃO:** A hemocromatose é uma doença autossômica recessiva, que se manifesta na idade adulta. Apresenta-se frequentemente com sintomas diferentes e inespecíficos sendo o seu diagnóstico considerado um desafio para o Médico de Família.

**CASO CLINICO:** Homem de 51 anos, caucasiano, empregado de mesa, hipertenso, hábitos alcoólicos de 8-10 UBE, e hábitos tabágicos de 25 UMA, medicado com Enalapril 20mg ao pequeno-almoço. Recorre por dor lombar contínua, sem antecedente traumático. O exame físico neuromuscular é normal, observando-se apenas diminuição pilosa corporal e alterações na pigmentação da pele. Foi medicado com anti-inflamatórios. O paciente regressa duas semanas depois, por persistência do quadro clínico. É solicitado RX da coluna lombar que apresenta diminuição da densidade óssea difusa e achatamento da vértebra L1. Analiticamente manifesta aumento das enzimas hepáticas. Devido aos resultados obtidos, foi pedido metabolismo do ferro, perfil hormonal, proteinograma, autoimunidade, serologia e marcadores

tumorais. Os resultados mostraram um aumento do ferro sérico, ferritina e capacidade de fixação do ferro. Verificou-se ainda diminuição dos níveis de testosterona. Tendo em conta o quadro clínico o doente foi referenciado para a realização do estudo genético de hemocromatose, sendo homozigoto para o gene C282Y. Para completar o estudo foram pedidas as seguintes provas diagnósticas: RX Torácico: normal; Ecografia abdominal: aumento da ecogenicidade; RM hepática: alta sobrecarga férrica; RM hipófise: pendente. O diagnóstico principal é de hemocromatose hereditária com alta sobrecarga férrica hepática, testicular e provavelmente hipofisária. Recomendou-se a realização de flebotomias quinzenais e evicção do consumo de álcool.

**CONCLUSÃO:** A dor lombar é o segundo sintoma mais frequente na consulta do Médico de Família. Sendo 80% dos quadros de etiologia inespecífica. Este caso clínico é exemplo de que atrás de um sintoma frequente pode existir uma causa rara, que deve impulsionar o Médico de Família a ir mais além do que é a “rotina clínica”.

## QUANDO O AMIODARONA INTERFERE COM A TIROIDE

INÊS FERREIRA DE ALMEIDA OSÓRIO BERNARDO - USF RIBEIRO SANCHES - ACES AMADORA

**INTRODUÇÃO:** A Amiodarona é uma molécula estruturalmente semelhante às hormonas tiroideias, rica em iodo com utilidade anti-arritmica. Apresenta toxicidade multi-sistémica, afetando especialmente a tiróide. As doses administradas são cumulativas e a sua semi-vida pode alcançar os seis meses. A maioria dos doentes sob Amiodarona permanece eutiroideu, contudo 14-18% desenvolvem disfunções tiroideias - 5-10% por hipertiroidismo e 10-20% por hipotiroidismo.

**CASO CLÍNICO:** Homem, 77 anos, reformado, integrado numa família nuclear, autónomo, antecedentes pessoais de fibrilhação auricular (3 cardioversões prévias) e doença cardíaca isquémica, seguido em consulta de Cardiologia. Da medicação salienta-se Rivaroxabano, Amiodarona (segunda a sexta-feira) e Bisoprolol. Em consulta aberta requisitou-se avaliação laboratorial com função tiroideia, que apresentou valor de TSH 9,24 mU/L, optando-se pela redução da Amiodarona para dias alternados e pela repetição do doseamento após uma semana. Constatou-se, posterior-

mente, valores de TSH 7,75 mU/L e T4 livre 1,16 ng/d, confirmando-se hipotireoidismo subclínico e enviando-se carta para o Cardiologista para decisão terapêutica. Este retirou a Amiodarona. Porém, passado um mês, verificou-se agravamento da disfunção tireoideia - TSH 13,71 mU/L e T4 livre 0,89 ng/d, efectuando-se, referenciação urgente para Endocrinologia e requisição de ecografia tireoideia (sem alterações). Após a consulta iniciou Levotiroxina 50 mcg, concluindo-se que se tratava de hipotireoidismo subclínico induzido pela amiodarona.

**CONCLUSÃO:** O hipotireoidismo induzido pela amiodarona não é uma situação rara, o seu diagnóstico deve ser precoce, ponderando-se a interrupção da amiodarona, quando for possível e com a cooperação da Cardiologia. Quanto à introdução da Levotiroxina, está indicada, principalmente, quando há sintomas de hipotireoidismo, ou poderá ser adiada, optando-se pela reversão espontânea da disfunção tireoideia. Realça-se a importância da monitorização da função tireoideia em doentes sob amiodarona.

## CONVULSÕES COMO MANIFESTAÇÃO DE HIPOPARATIROIDISMO PRIMÁRIO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

CÁTIA FERRINHO, DIOGO COSTA SANTOS, FRANCISCO SOUSA SANTOS, GRAÇA LÉRIAS, JOÃO SEQUEIRA DUARTE, CARLOS VASCONCELOS - HOSPITAL EGAS MONIZ - SERVIÇO DE MEDICINA E SERVIÇO DE ENDOCRINOLOGIA

**INTRODUÇÃO:** O hipoparatiroidismo primário é uma doença rara caracterizada por hipocalcémia e PTH ausente ou inadequadamente baixa. Das manifestações agudas da hipocalcémia, as convulsões podem constituir uma emergência médica.

**CASO CLÍNICO:** Homem, 75 anos de idade, autónomo para as AVDs, foi trazido ao SU do HSFX por quadro de afasia, agitação motora de novo e febre. Cinco dias antes esteve no mesmo SU por traumatismo crânio-encefálico, fez TC-CE que mostrou hematomas subdurais e calcificações estriopálido-dentadas. À observação: prostrado, GCS 11 (O3 V2 M6), movimentos mioclónicos, febril, com necessidade suplementar de O<sub>2</sub> e sem alterações à auscultação cardio-pulmonar. Durante a permanência em SU teve vários episódios de crises tónico-clónicas e mioclonias de difícil controlo, repetiu TC-CE sem alterações de novo, analiticamente CK 1170 U/L, Cálcio (corrigido) 5.8 mg/dL, Fosfato 6.7 mg/dL,

Magnésio 2.3 mg/dL; iniciou reposição imediata de cálcio intravenoso, com remissão do quadro convulsivo. Da revisão da história clínica relatava-se hipocalcémia sob terapêutica crónica, mas sem diagnóstico etiológico, foi internado no Serviço de Medicina do HEM e realizado o estudo da hipocalcémia, salientando-se PTH de 14.3 pg/mL (VR 15-65), vitamina D de 68 nmol/L (VR 75-250), anticorpo anti-paratiroide e estudo da mutação do CaSR negativo, sendo admitido o diagnóstico de hipoparatiroidismo primário idiopático.

**CONCLUSÃO:** várias são as manifestações associadas à hipocalcémia e ao hipoparatiroidismo primário. No caso relatado, a hipocalcémia grave (consequência da suspensão da medicação habitual) associou-se à alteração do estado de consciência e episódios convulsivos. Como manifestação do hipoparatiroidismo de longa evolução ressalta-se a presença de calcificações estriopálido-dentadas compatíveis com síndrome de Fahr.

## RASTREIO DAS COMPLICAÇÕES DA DIABETES NUM FICHEIRO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE

GILDA MIRANDA, RUI SANTOS - USF VITASAURIUM

**JUSTIFICAÇÃO:** A Diabetes Mellitus é uma doença caracterizada por alterações na glicose em jejum e pós-prandial. Segundo dados da OMS, a sua prevalência mundial no ano 2000 rondava os 171 milhões. Em Portugal calcula-se que existam cerca de 700 mil diabéticos, estando identificados, através do sistema do cartão nacional de utente, 376.513 (3,46%). 50 a 80% da mortalidade na população diabética é atribuída a esta patologia, que está associada a lesão vascular do olho, rim, sistema nervoso e sistema circulatório. É primordial estar atento a estas complicações.

**OBJETIVO:** determinar, num ficheiro de uma Unidade de Saúde, a cobertura dos rastreios da retinopatia, nefropatia e pé diabético nos Diabéticos entre os 50 e os 74 anos. **METODOLOGIA:** Estudo retrospectivo, de adequação técnico-científica e em amostra seletiva, de conveniência,

de doentes com Diagnóstico de Diabetes Mellitus, inscritos num ficheiro de uma Unidade de Saúde, com idades compreendidas entre 50 e os 74 anos, à data de 31 de Dezembro de 2016. Critério de exclusão: utentes sem consulta preventiva de Diabetes realizada nos últimos 3 anos. Dados colhidos e tratados pelos autores em Março de 2017, com recurso aos programas MIM@UF®, SCLínico® e Microsoft Excel®

**RESULTADOS:** estão inscritos no ficheiro um total de n=113 doentes que cumprem os critérios de inclusão. Dos 113 Diabéticos n=13 têm rastreio da retinopatia diabética atualizado, n=102 têm rastreio do pé diabético atualizado e n= 100 têm rastreio da nefropatia diabética atualizado. N= 110 encontram-se medicados com IECA ou ARA.

**DISCUSSÃO E MEDIDAS CORRETORAS:** os profissionais que trabalham neste ficheiro deverão ser sensibilizados



investigação epidemiológica é fundamental na prevenção secundária das comorbilidades associadas à Diabetes Mellitus.

## IVAN ANTUNES, HUGO ALMEIDA - ULS GUARDA

**CASO CLÍNICO** Doente de 55 anos, sexo masculino recorreu ao serviço de urgência por astenia. Não apresentava antecedentes pessoais ou medicação relevantes. No serviço de urgência, o doente não referia outras queixas, negando febre, toracalgia, náuseas, vômitos, cefaleias, perda de peso recente, alterações gastrointestinais e genitourinárias. Encontrava-se

**CONCLUSÃO** O caso centra-se numa apresentação atípica de sarcoidose, cuja discussão visa alertar para a suspeição desta patologia, quando presentes alterações nos exames complementares de diagnóstico apesar de clínica não evidente.

DÍDIA LAGES, JOANA VILAVERDE, FÁTIMA BORGES - CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA, EPE - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, EPE - SERVIÇO DE ENDOCRINOLOGIA

**MATERIAL E MÉTODOS:** Estudo retrospectivo dos doentes que recorreram ao Serviço de Urgência (SU) do Centro Hospitalar do Porto, entre 2012 e 2015, com o diagnóstico de saída de hipocalcemia.

**RESULTADOS:** obtiveram-se 99 doentes, 74% com hipocalcemia grave e 24% com hipocalcemia ligeira. Independentemente da classificação, a maioria dos doentes correspondia ao sexo feminino, 74,0% do total. A idade média foi de 58,7 anos. O diagnóstico foi efetuado pelo doseamento do cálcio ionizado. A clínica de apresentação mais frequente foram as parestesias (56,6%). Segundo a etiologia, a maioria (71%) atribuiu-se a níveis diminuídos de hormona paratiroideia (PTH). Dentro deste grupo, 90% deveu-se a hipoparatiroidismo pós-cirúrgico.

gico. Quase metade dos doentes recorreu ao SU até 6 meses (48,5%). No entanto, desses apenas 16% recorreram por hipocalcemia.

**CONCLUSÃO:** A forma aguda da hipocalcemia representa uma emergência médica e encontra-se associada a

uma elevada morbimortalidade. Observa-se em indivíduos de meia-idade, sobretudo no sexo feminino. Produz manifestações clínicas diversas, com especial relevo para as parestesias. O hipoparatiroidismo pós-cirúrgico é a sua causa mais frequente.

## COREIA HIPERGLICÉMICA NÃO CETOGÉNICA - RELATO DE UM CASO

MARISA BENIGNO BIZARRO<sup>1</sup>, SOFIA ROSAS ARAÚJO<sup>2</sup>, LUÍS ISIDORO<sup>3</sup> - 1 USF GRÃO VASCO, ACES DÃO LAFÕES, 2 USF INFANTE D. HENRIQUE, ACES DÃO LAFÕES, 3 CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU

**INTRODUÇÃO:** A hiperglicemia não cetogénica, consequência da Diabetes Mellitus (DM) descompensada, pode cursar com várias alterações neurológicas. Pouco descrita na literatura, a Coreia hiperglicémica não cetogénica consiste numa síndrome que ocorre especialmente em idosos com DM tipo 2 descompensada e caracteriza-se por movimentos involuntários coreico-balísticos, tipicamente associados a alterações nos exames de imagem cerebral, que remetem completamente após controlo glicémico.

**CASO CLÍNICO:** Doente do sexo feminino, 69 anos, com antecedentes de DM tipo 2, hipertensão arterial e dislipidemia, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de movimentos involuntários autolimitados e dor do membro superior direito (MSD) seguidos de prostração com uma semana de evolução. Sem perda de consciência, eventos semelhantes prévios ou epilepsia conhecida. Sem antecedentes familiares de patologia do movimento. No SU foram observados movimentos involuntários do MSD que se generalizaram ao hemitórax direito, autolimitados, inicialmente interpretados como crises focais motoras. Estudo analítico: glicemia 345mg/dL, ureia 102mg/dL, creatinina 1.0mg/dL; Gasometria arterial: pH7.44, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 31mEq/L; Combur: sem alterações; TAC-CE: sem lesões agudas, nomeadamente

vasculares. Face à hipótese colocada, cumpriu terapêutica anti-epiléptica - ácido valpróico, clonazepam e levetiracetam, de forma sequencial, sem melhorias. Permaneceu no Serviço de Observação (SO) e após avaliação pela Neurologia foi reconsiderado o diagnóstico inicial para coreia secundária a hiperglicemia. Iniciou então tratamento sintomático com haloperidol 1mg 2id oral, bem como controlo glicémico mais eficaz. A D3 de SO foi decidido internamento face à manutenção da coreia hiperglicémica e necessidade de ajuste e ensinos de insulino-terapia. Durante o internamento realizou estudo complementar: HbA1c 10.5%, RMN-CE (em D12 de internamento) sem alterações relevantes. Verificou-se remissão dos movimentos coreicos após controlo glicémico. Nas consultas subsequentes encontrava-se assintomática, com bom controlo glicémico e com boa adaptação ao esquema insulínico.

**CONCLUSÃO:** Este caso retrata uma patologia rara, no entanto reforça que o diagnóstico de coreia hiperglicémica não cetogénica deve ser considerado em idosos com DM2 com início súbito de movimentos involuntários tipo coreiformes, isto porque o diagnóstico e tratamento precoces da hiperglicemia traduzem-se num excelente prognóstico, evitando-se iatrogenia resultante do tratamento de outras patologias semelhantes.

## TRABALHO DE COMPLEMENTARIEDADE E MELHORIA DA QUALIDADE - DO PAPEL ATIVO DO MÉDICO À CORRESPONSABILIZAÇÃO DO DOENTE DIABÉTICO

ANA SEQUEIRA, JOANA FERNANDES, VITOR SANTOS - UCSP COVILHÃ - ACES COVA DA BEIRA

**INTRODUÇÃO:** o seguimento periódico adequado na Diabetes Mellitus (DM) é um dos alicerces para o controlo

da doença e prevenção das complicações. Um dos objetivos é a determinação da hemoglobina glicada A1c

(HbA1c) que deve ser realizada, pelo menos, semestralmente em todos os diabéticos. Na prática clínica diária tem-se verificado a não adesão às consultas por parte de alguns doentes diabéticos e falha no agendamento subsequente.

**OBJETIVO(S):** avaliar e melhorar a monitorização metabólica e o seguimento dos doentes diabéticos pertencentes a um ficheiro clínico.

**MÉTODOS:** dimensões estudadas: Qualidade técnico-científica e organizativa. População alvo: utentes adultos com DM, inscritos no ficheiro clínico de um médico de família. Unidade de estudo: Amostra conveniente composta por diabéticos que solicitem renovação de receituário durante cerca três meses. Tipo de dados: Processo. Fonte de dados: Processo clínico. Tipo de avaliação: interna, inter pares. Critério de qualidade: presença de determinação de HbA1c nos seis meses prévios ao pedido de renovação de receituário. Medidas corretoras: Discussão inter pares. Agendamento de consulta aos utentes vigiados no Centro de Saúde (CS) sem verificação do critério de qualidade e entrega de uma carta redigida pelo médico e anexada ao pedido do doente.

Tratamento de dados: Microsoft Excel®.

**RESULTADOS:** de abril a junho, verificaram-se 30 pedidos de renovação de medicação antidiabética. Antes da intervenção verificou-se que, dos doentes seguidos no CS (n=21), nove doentes (43%) não tinham determinação laboratorial de HbA1c nos seis meses prévios. Esses nove doentes receberam carta formal em papel. Três desses doentes solicitaram reagendamento, um faltou e os restantes compareceram à consulta agendada.

**CONCLUSÕES:** apesar de a amostra ser reduzida, demonstrou-se a necessidade sentida pela equipa de ser implementada uma estratégia de melhoria na monitorização dos diabéticos. São possíveis razões para a ausência de determinação de HbA1c: a ausência de registo, a falha do doente em realizar/trazer as análises ou a falta à consulta. O agendamento de consultas e convocatória por carta aos doentes contribuíram para a melhoria na adesão e continuação da vigilância. Com estas visitas reforçou-se a corresponsabilização e envolvimento dos doentes no processo de vigilância adequada. Considera-se relevante o alargamento do horizonte temporal deste trabalho.

# MEGESTROL NO TRATAMENTO DA SÍNDROME CAQUEXIA-ANOREXIA EM CONTEXTO DE DOENÇA CRÓNICA TERMINAL

PEDRO OLIVEIRA, JOANA FERNANDES, DIANA NEVES SOUSA, VÍTOR SANTOS, MARLI LOUREIRO - UCSP COVILHÃ E CHCB

**INTRODUÇÃO:** A caquexia e a anorexia surgem frequentemente em contexto de doença crónica e estão associadas a diminuição da qualidade de vida. São igualmente um importante preditor de mortalidade. A sua incidência é variável, mas estima-se que ocorra em 15-40% dos utentes oncológicos e em mais de 80% dos doentes com doença crónica terminal. O mecanismo fisiopatológico subjacente é multifactorial e ainda pouco entendido. O megestrol é uma das opções farmacológicas de primeira linha no tratamento da caquexia-anorexia.

**OBJECTIVO:** rever a evidência científica disponível sobre a utilização de megestrol no tratamento da síndrome caquexia-anorexia.

**METODOLOGIA:** foi realizada uma pesquisa de guidelines, meta-análises, revisões sistemáticas, revisões e estudos controlados randomizados nas bases de dados National Guideline Clearinghouse, Center for Reviews and

Dissemination, The Cochrane Library e PubMed, usando os termos MeSH megestrol e anorexia-cachexia treatment. Incluíram-se artigos redigidos em inglês, publicados nos últimos 5 anos que abordassem a eficácia do megestrol no tratamento da caquexia-anorexia no utente com doença crónica avançada. Foi utilizada a taxonomia Strenght of Recommendation Taxonomy (SORT) para avaliação dos níveis de evidência e atribuição de forças de recomendação.

**RESULTADOS:** obtiveram-se 9 artigos dos quais foram selecionados 6 que cumpriam os critérios de inclusão: 2 revisões sistemáticas, 3 revisões e 1 estudo controlado randomizado. A maioria dos trabalhos aborda a utilização do megestrol no doente oncológico. Todos os trabalhos apresentam resultados favoráveis à utilização do megestrol como arma terapêutica na síndrome caquexia-anorexia.

**DISCUSSÃO:** A investigação sobre a síndrome caquexia-

anorexia é essencialmente realizada em utentes oncológicos e os resultados são maioritariamente homogêneos reconhecendo o aumento de apetite e aumento ponderal provocado pela toma de megestrol (predominantemente sob a forma de acetato). Em utentes não oncológicos os resultados apesar de po-

sitivos, são mais heterogêneos, havendo pouca evidência que suporte a utilização de progestativos. O perfil de segurança é bom podendo inclusive ser utilizado em crianças. São necessários mais estudos de qualidade principalmente em doentes não oncológicos.

## DOCTORA, NOTO UN BULTO EN EL CUELLO

ALBA GRACIA PÉREZ, MARTA DEL RÍO, PATRICIA COLINA AZOFRA, BEATRIZ RODRIGUEZ ALONSO, JANA CHELEA, DAMIÁN GAJATE HERRERO, ANA DE DIOS VICENTE, MARÍA GARCÍA DUQUE, ROCIO MONTOYA, TERESA RUBIO - CENTRO DE SALUD ALAMEDILLA, SALAMANCA

**INTRODUCCIÓN:** mujer, 15 años, estudiante, residente en zona urbana, sin antecedentes personales ni familiares de interés. Acude nuestra consulta de Atención Primaria acompañada por su madre refiriendo la percepción de una tumoración de consistencia blanda en la cara anterior del cuello desde hace una semana. Niega cambios de tamaño de la masa desde entonces así como dolor o signos inflamatorios. Anamnesis por aparatos sin hallazgos de interés.

**CASO CLÍNICO:** exploración física: biotipo leptosómico. Constantes vitales normales. Índice de Masa Corporal 17.06. Cabeza y cuello: Bocio grado 2, localizado en línea media inferior de región cervical anterior, con forma de mariposa, simétrico, de consistencia blanda, no doloroso a la palpación y no adherido a planos profundos, que asciende y desciende con la deglución. No se aprecian adenopatías laterocervicales. Signo de Maraño y de Peberthom negativos. No se aprecia frémito ni soplo. Signo de Berry negativo. No se aprecia oftalmopatía. Cavidad orofaríngea, auscultación cardiopulmonar y abdominal y extremidades: sin hallazgos de interés. Se solicita analítica con hemograma, bioquímica básica y perfil tiroideo. Se detecta T4 Libre de 2.21ng/dl, TSH abolida. Ante la sospecha de hipertiroidismo primario se

solicitan nuevos controles hormonales, junto con determinación de anticuerpos antitiroideos. La nueva analítica confirma el hipertiroidismo primario de probable etiología autoinmune: tanto los anticuerpos anti-peroxidasa, anti-tiroglobulina como los anti-receptor de TSH resultaron positivos. Se solicita interconsulta al servicio de Endocrinología para la realización de pruebas de imagen. Se efectúa una exploración ecográfica tiroidea que revela un tiroides ligeramente aumentado, con estructura heterogénea, imágenes pseudonodulares hipoecogénicas mal definidas y con aumento difuso de la vascularización con Doppler color.

**CONCLUSIÓN:** 20 días después de la primera consulta concluimos que la paciente cumple criterios de Enfermedad de Graves por lo que comienza a ser tratada con metimazol 5mg cada 8 horas. Una semana después acude a consulta por palpitaciones. Se realiza electrocardiograma que detecta taquicardia sinusal a 115 latidos por minuto por lo que se pauta atenolol 25mg cada 24 horas con remisión de los síntomas. En la actualidad realizamos controles periódicos de la función tiroidea, vigilando estrechamente TSH, pues puede convertirse en un hipotiroidismo y puede ser necesaria la pauta de levotiroxina.

## AVALIAÇÃO E MELHORIA DA QUALIDADE DA TAXA DE COBERTURA DO RASTREIO DE CANCRO COLON E RECTO NUMA USF

L. BISMARCK, AR. MARQUES, AR. MAIA, M. MINA, R. FERREIRA, AI. SANTOS, J. NUNES - USF A RIBEIRINHA

**INTRODUÇÃO:** o Cancro de Colon e Recto (CCR) é a segunda causa de morte por cancro a Europa e a terceira em todo o mundo. O Rastreio desta patologia realizado com recurso a Pesquisa de Sangue Oculto (PSOF) pelo

método Imunohistoquímico reduz a mortalidade a um custo reduzido.

**OBJECTIVOS:** Determinar a taxa efectiva de RCCR actualizada para o ano de 2016 na USF "A Ribeirinha"; discutir



os resultados em reunião de serviço; apresentar e aplicar medidas de melhoria da taxa de; reavaliar após um ano a eficácia das medidas aplicadas

**MÉTODOS:** a amostra é constituída por todos os utentes inscritos na USF “ARibeirinha” com idades compreendidas entre os 50 e os 74 anos de idade durante o período de 01/01/2016 a 30/11/2017. Considerámos como critério de qualidade a comprovação de que, durante o período analisado, exista um registo no processo clínico do utente (SClinic®) da realização do RCCR.

**RESULTADOS:** de um total de 4368 utentes, 40 foram excluídos por Antecedentes Familiares e outros 324 por Sintomas ou Antecedentes Pessoais de patologia colorectal, funcional ou orgânica. A amostra seleccionada incluiu 4004 utentes com idade média de 61 anos. Ob-

tivemos uma taxa global média de rastreio efectivo, actualizado e registado no processo clínico durante o período estudado de 30,83% - 14,44% por Colonoscopia e 16,33% por PSOF. 43,54% do total da amostra nunca foi rastreada.

**CONCLUSÕES:** encontrámos alguma disparidade inter pares e também em relação com o valor fornecido pelo Sistema de Informação da ARS – SIARS: 45.54%. Ambas taxas são insuficientes para garantir a eficácia do RCCR4. É substancial a percentagem de utentes nunca rastreados – 43.55%. Urge aumentar a adesão efectiva ao RCCR. O valor apresentado pelo SIARS reflecte uma realidade optimista, sem considerar o conceito de rastreio populacional, além de que considera válidos alguns métodos de RCCR que podem não garantir a sua eficácia.

## SINTOMAS DISPÉPICOS E SUPRESSÃO ÁCIDA: “FOTOGRAFIA” DE UMA USF

ANA SANTOS APARÍCIO, ANA RITA MARQUES, JOAQUIM NUNES, RICARDO FERREIRA, MARIA DE JESUS CLARA - USF A RIBEIRINHA, ULS DA GUARDA

**INTRODUÇÃO:** os inibidores da bomba de protões (IBP) foram introduzidos há mais de 25 anos e têm-se afirmado como os agentes mais eficazes na abordagem da produção excessiva de ácido gástrico. A sua popularidade quase universal, contudo, tem levantado questões relativas às possíveis consequências a curto e longo prazo.

**OBJETIVOS:** verificar a investigação realizada, bem como os diagnósticos estabelecidos, e a instituição de terapêutica com IBP nos utentes com queixas dispépticas numa Unidade de Saúde Familiar (USF).

**MÉTODOS:** estudo retrospectivo que incluiu a população de utentes de uma USF com queixas de azia e/ou dispepsia (códigos D03 e D07 da Classificação Internacional de Cuidados Primários, respetivamente). Determinou-se a realização de endoscopia digestiva alta (EDA) e pesquisa de *Helicobacter pylori* (Hp), com discriminação dos diagnósticos associados. A prescrição de IBP foi considerada quando continuamente realizada nos últimos 2 anos. Determinou-se também a presença de

patologia osteoarticular sob tratamento crónico com anti-inflamatórios não esteroides (AINEs). Os dados foram obtidos através do MIM@UF® e da consulta dos processos individuais.

**RESULTADOS:** a USF lista 395 utentes com dispepsia, maioritariamente do sexo feminino (65,3%) e com uma média de idades de 54 anos. A EDA foi realizada em 58% e 6,8% positivaram na pesquisa de Hp. O código D87 – Alteração Funcional do Estômago foi o mais frequentemente registado (28,9%). Cerca de metade (53,4%) apresenta múltiplas prescrições de IBP nos últimos 2 anos. 110 utentes (27,9%) registam também patologia osteoarticular, sendo que 82,7% destes mantêm AINE crónico.

**CONCLUSÃO:** este estudo mostra que as queixas dispépticas são frequentes nos Cuidados Primários e os IBP uma terapêutica popular na sua manutenção. É por isso importante ter presente os critérios e a duração recomendada para a sua utilização, de forma a providenciar o seu uso racional.

## OBSTIPAÇÃO NO DOENTE INTERNADO: NECESSIDADE DA CRIAÇÃO DE PROTOCOLO?

MARISA LINHARES, SANDRA MARTIN - ULS CASTELO BRANCO

**INTRODUÇÃO:** O internamento de um doente altera o seu quotidiano podendo interferir com o seu ritmo intestinal. Poucos são os estudos sobre a obstipação no doente internado. Será este um problema inexistente ou será este subvalorizado, e, portanto, subdiagnosticado?

**OBJETIVO:** no serviço de medicina interna da ULS Castelo Branco existe apenas um protocolo de enfermagem de atuação perante um doente obstipado. Este estabelece a introdução de laxante na tabela terapêutica do doente ao terceiro dia consecutivo em que este não apresente dejeções. Com este estudo pretende-se analisar os hábitos intestinais dos doentes e avaliar a necessidade da elaboração de um protocolo que vise não só o tratamento, mas também a prevenção da obstipação do doente internado.

**MÉTODOS:** incluídos doentes internados no serviço de medicina interna entre o dia 1 de Janeiro e 30 de Junho de 2017 por um período mínimo de 3 dias. Fatores de exclusão: doentes oncológicos, condições que se sabe alterarem o trânsito intestinal (hemorragia digestiva, colonoscopia, diarreia ou obstipação) e doentes com transferência de/para outro serviço. O estudo foi desenhado com base na definição de obstipação de Roma

III (menos de 3 dejeções em 7 dias) e nos fatores condicionantes: grau de dependência funcional, hidratação e dieta. Os dados foram retirados do SAM clínico e PEM e analisados com recurso ao SPSS versão 20.

**RESULTADOS:** foram analisados 466 doentes, com idade mediana de 81 anos, a maioria dos doentes eram parcialmente autónomos (49.8%) e apresentaram uma mediana de 7 dejeções durante o internamento. Da amostra, 67 doentes (22.9%) foram obstipados e destes apenas cerca de um terço foram medicados. Um terço dos doentes com história de obstipação prévia (10.3%) estiveram obstipados durante o internamento e menos de metade foram medicados (45.9%). Verificou-se que os doentes com reforço hídrico e dieta pastosa ou por sonda nasogástrica apresentaram mais dejeções ( $p < 0.05$ ). Os doentes acamados apresentaram mais dejeções comparativamente aos outros, facto que poderá ser justificado por a maioria ser alimentado por sonda (79%).

**CONCLUSÃO:** A criação de um protocolo na prevenção da obstipação parece justificar-se perante a evidência de uma frequência importante de doentes obstipados no internamento.

## FEBRE E BACTERIÉMIA COMO APRESENTAÇÃO DE NEOPLASIA COLORRETAL

MAFALDA BAPTISTA, ANA CATARINA DIONÍSIO, SÓNIA COELHO, ANA RITA SILVA, CARLA GONÇALVES, ARTUR GAMA, LEOPOLDINA VICENTE - CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA

**INTRODUÇÃO:** os estreptococos do grupo D (EGD), incluindo o *Streptococcus gallolyticus* (antigo *S. bovis*), são uma causa importante de bacteriémia e endocardite infecciosa. O trato gastrointestinal é a porta de entrada mais provável. Existe uma forte associação entre infeção por EGD e neoplasia colorretal, por isso a colonoscopia é essencial.

**CASO CLÍNICO:** mulher, 91 anos, independente nas atividades de vida diária, recorreu ao serviço de urgência por febre e tosse produtiva com expectoração mucopurulenta, com 2 dias de evolução. Antecedentes pessoais de anemia, HTA, estenose aórtica, dislipidémia, úlcera duodenal, fratura da bacia. Medicada com

Maltofer®, indapamida, ramipril, sinvastatina, omeprazol, pregabalina, paroxetina, tramadol. Ao exame objetivo, temperatura auricular 39.2°C, saturação periférica de oxigénio 87%, edema dos membros inferiores. À auscultação pulmonar, diminuição do murmúrio vesicular na base esquerda. Auscultação cardíaca rítmica, sopro sistólico grau IV/VI, audível sobretudo nos focos aórtico e tricúspide com irradiação carotídea, axilar e dorsal. Analiticamente, anemia normocítica normocrómica (hemoglobina 8,5g/dL), sem leucocitose, elevação da PCR (15,63mg/dL) e VS (73mm/H), hiponatrémia (127mmol/L). Radiografia torácica com reforço intersticial bilateral, mais na região para-hilar esquerda. Ficou internada no

serviço de Medicina Interna com hipótese diagnóstica de pneumonia da comunidade e cumpriu antibioterapia empírica com ceftriaxone e azitromicina. Verificou-se melhoria das queixas respiratórias, mas manutenção da febre e sopro cardíaco. As hemoculturas foram positivas para *Streptococcus gallolyticus* spp *pasteurianus*. Colocada hipótese de endocardite infecciosa e instituída antibioterapia dirigida com penicilina e gentamicina durante 16 dias, com resolução da febre. O ecocardiograma transtorácico, e posteriormente transesofágico, excluiu a presença de vegetações. A doente apresentou dejeções de fezes escuras pelo que realizou colonoscopia que revelou lesão polipóide, ul-

cerada e dura, com 40 mm, na junção reto-sigmoide. O estudo anatomopatológico revelou adenoma viloso com displasia de alto grau. A lesão foi posteriormente excisada por retosigmoidoscopia. A doente mantém seguimento em consulta de Gastroenterologia e encontra-se estável.

**CONCLUSÃO:** neste caso clínico o estudo microbiológico permitiu otimizar a antibioterapia e iniciar a investigação complementar necessária. Apesar da anemia crónica e alteração do trânsito intestinal poderem já indiciar patologia colorretal, o estudo com colonoscopia está indicado em todos os doentes com infeção por EGD.

## PRESENTACIÓN ATÍPICA DE CARCINOMA PANCREÁTICO PRIMARIO DE CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO

AF MARCOS MARTÍN, YM JAMANCA POMA, P RODRÍGUEZ LÓPEZ, V CALABUIG MAZZOLA, A JIMÉNEZ JURADO, M GRACIA PRADA, A GONZÁLEZ-COTORRU ELO GONZÁLEZ, M ROLDÁN FERNÁNDEZ, AH VERDE PORCEL, AM MORA SOLER, HM MARCOS PRIETO, A RODRÍGUEZ PÉREZ - SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO DEL COMPLEJO ASISTENCIAL DE SALAMANCA (CAUSA) - INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOSANITARIA DE SALAMANCA (IBSAL)

**INTRODUCCIÓN:** Aunque la neoplasia de páncreas es una neoplasia común, el carcinoma pancreático de células en anillo de sello es una entidad infrecuente representando menos del 1 %. Suelen debutar con clínica secundaria a alteraciones de la vía biliar, diagnosticándose la mayoría en estadios avanzados.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 58 años, sin antecedentes de interés, ingresada en el Servicio de Digestivo por presentar desde hace seis meses epigastralgia y deposiciones diarreicas de aspecto esteatorreico, asociando pérdida ponderal de 14 kg de peso, con necesidad de acudir al Servicio de Urgencias en varias ocasiones. Se lleva a cabo el estudio de diarrea, con coprocultivos y parasitología negativos, principios inmediatos en heces con grasa fecal elevada, elastasa pancreática y D-xilosa normales. Ante la ausencia de hallazgos en las pruebas endoscópicas se realiza TAC donde se describe un área de aumento de densidad a nivel de mesenterio, mal definida, de 2,5 cm de diámetro transversal y con una extensión de 8 cm de diámetro craneocaudal, entorno a los vasos mesentéricos que

puede corresponder a infiltración tumoral. Por otra parte, la glándula pancreática tiene características normales con esta técnica. Se completa estudio con ecoendoscopia y RMN sin objetivarse lesiones en el páncreas, describiendo un área entorno a los vasos mesentéricos de aumento de densidad en probable relación con linfoma o enfermedad autoinmune. Se realiza laparotomía exploradora donde se identifica un área tumoral fibrosa en la raíz del mesenterio, en relación con el proceso uncinado pancreático, englobando los vasos mesentéricos con adenopatías. Se recogen biopsias con resultado de adenocarcinoma pancreático con componente de células en anillo de sello, con metástasis ganglionares, no siendo la paciente subsidiaria a tratamiento quirúrgico ni quimioterápico.

**CONCLUSIÓN:** En el caso se destaca la infrecuente forma de presentación clínica y radiológica de un tipo de neoplasia pancreática. En ausencia de hallazgos radiológicos y endoscópicos a nivel de la glándula pancreática, la biopsia y los hallazgos intraoperatorios son concluyentes en el diagnóstico.

## NUEVA TENDENCIA PARA NO OLVIDAR

JAVIER POLO BENITO, ESTEFANIA TOBAL VICENTE, CARLOS PÉREZ VÁZQUEZ, JAVIER CABALLERO RAMOS - SALAMANCA (CENTRO DE SALUD SAN JUAN)

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** varón de 55 años sin antecedentes médicos de interés salvo una timpanoplastia. Acude por malestar general y episodios puntuales de

sensación distérmica y sudoración desde hace 3 días. Hace 2 días acudió a Servicio de Urgencias de Atención Primaria, donde tras detección de bilirrubina en tira de

orina de inició tratamiento con Amoxicilina-Clavulánico por sospecha de infección biliar. Posteriormente comenzó con mialgias y artralgias generalizadas y 2 episodios de vómitos sin dolor abdominal. Coluria, sin disuria. Niega ingesta de tóxicos, o alimentos en mal estado. No viajes al extranjero.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA: 158/90 mmHg, FC: 96 lpm, T: 36,4°C, Sat: 96%. Tinte subictérico. Auscultación cardíaca y pulmonar sin hallazgos significativos. Abdomen: leve dolor a la palpación en hipocondrio derecho, sin visceromegalias. Hemograma normal. Coagulación normal. Bioquímica: Bil. total 4,58 mg/dL, Bil. Directa 4,35 mg/dL, AST: 858 U/L, ALT: 3608 U/L, FA: 217U/L, GGT: 513U/L, LDH 367 U/L. PCR: 1,53 mg/dL Ecografía abdominal: parénquima aumentado en su ecogenicidad de forma parcheada en

probable relación con esteatosis/ hepatopatía crónica. Sin lesiones focales. Vía biliar sin alteraciones. Resto sin hallazgos significativos. Serología: Anti- VHE IgM.

JUICIO CLÍNICO: Hepatitis aguda por virus de la Hepatitis E. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Hepatitis víricas (A, B, C, D, VHS, EBV, CMV) Hepatitis alcohólica Hepatitis autoinmune Afectación por tóxicos Afectación por fármacos.

COMENTARIO FINAL: tener en cuenta la posibilidad de patologías que muchas veces no tenemos muy en cuenta debido a su baja prevalencia en países desarrollados. Respecto al caso concreto del virus de la Hepatitis E, es llamativo el aumento de casos en países desarrollados debido a la ingesta de alimentos en mal estado o mala preparación. Importante recordar la afectación hepática de fármacos como el caso de Amoxicilina- Clavulánico, fármaco muy utilizado en la práctica diaria.

## CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL

AF MARCOS MARTÍN, C REVILLA MORATO, P RODRÍGUEZ LÓPEZ, V CALABUIG MAZZOLA, A JIMÉNEZ JURADO, M GRACÍA PRADA, A GONZÁLEZ-COTRUELLO GONZÁLEZ, M ROLDÁN FERNÁNDEZ, AH VERDE PORCEL, MI MARTÍN ARRIBAS, A RODRÍGUEZ PÉREZ - SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO ASISTENCIAL DE SALAMANCA (CAUSA) - INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOSANITARIA DE SALAMANCA (IBSAL)

INTRODUCCIÓN. El pseudotumor inflamatorio hepático es una entidad poco frecuente que debe ser tenida en cuenta ante la presencia de una masa hepática. Su etiología es desconocida, pero se ha relacionado con algunas enfermedades inflamatorias sistémicas. Clínicamente se presenta como un cuadro agudo de dolor abdominal y un síndrome inflamatorio.

CASO CLÍNICO. Varón de 61 años, sin antecedentes de interés, remitido a la consulta de Digestivo por dolor en epigastrio intenso diario que empeoraba con la ingesta y pérdida de peso de un mes de evolución. La exploración física, la analítica hepática y los marcadores tumorales (AFP y CEA) fueron normales, y las serologías virales negativas. Una gastroscopia mostró hallazgos compatibles con esófago de Barrett y gastritis. El estudio histológico confirmó esófago de Barrett sin displasia y gastritis crónica con metaplasia intestinal. En una colonoscopia se vio en recto un pólipo de un cm que se resecó, sin recuperarse. En una TC abdominal se observaron en el hígado quistes simples y una masa de 13 cm en el segmento VIII con hipodensidad central e

hipervascularización del parénquima adyacente en la fase portal. Una RM reveló una lesión con pseudocápsula y tractos fibrosos en su interior. Se realizó una biopsia hepática con aguja gruesa, observándose en la histología un parénquima con extensa necrosis rodeada de tejido fibroinflamatorio. Con los datos previos se estableció el diagnóstico de probable pseudotumor inflamatorio y se decidió una actitud expectante. En el seguimiento se comprobó reducción del tamaño de la masa en más de un 50% en cuatro meses y desaparición en controles posteriores, observándose en la misma localización una lesión quística de 3 cm.

CONCLUSIÓN. El pseudotumor inflamatorio hepático es una entidad benigna que puede tener un comportamiento recidivante. Su diagnóstico representa un reto, siendo la mayoría de estas lesiones resecaadas al no poder diferenciarlas de un tumor maligno. Se recomienda un manejo conservador y realizar pruebas de imagen de control; aunque ante la persistencia de los síntomas, la recurrencia o la falta de remisión hay que plantearse la resección quirúrgica.



## ABDOMEN DISTENDIDO EN PACIENTE COM MEGACOLON

CARLOS PÉREZ VÁZQUEZ, ESTEFANIA TOBAL VICENTE, DANIEL GARCIA MORENO, JAVIER POLO BENITO, IVAN CUESTA BERMEJO, BEATRIZ RODRÍGUEZ ALONSO, MARTA DEL RIO GARCÍA, IGNACIO MORENO DE JUAN, MERCEDES BERNAD VALLES, ELENA DE DIOS RODRIGUEZ - CENTRO DE SALUD SAN JUAN, SALAMANCA

Varón de 86 años con antecedentes de megacolon y estreñimiento crónico que acude a urgencias hospitalarias por dolor abdominal de 2-3 días de evolución asociado a estreñimiento con ausencia de deposiciones y gases. Hoy ha presentado un vómito en "posos de café". No presenta fiebre. A la exploración física: TA: 107/59, FC: 60, Saturación O2 95%, Tª: 37'8. Presenta regular estado general, presenta leve deshidratación cutaneomucosa. Consciente y orientado. AC: Rítmica sin soplos. AP: Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: distendido no doloroso a la palpación. Se auscultan ruidos metálicos. Sin signos de irritación peritoneal. Tacto rectal: esfínter tónico. Ampolla rectal vacía. Rx abdominal: presenta imagen de vólvulo de 15 cm de diámetro. Analítica: Hb 15'3, leucocitos 8'78, plaquetas 182, INR 1'12, TTPA 36'4, creatinina 1'07, urea 46, FA 84, Bi 2'22, AST 29, ALT 23, GGT 30, K 4'5 Glucemia 134, Lipasa 27, LDH 270, Na 139, PCR 0'5. Se avisa al endoscopista de guardia quien realiza colonoscopia descompresiva terapéutica. Colonoscopia: mucosa de colon explorado de color negruzco sugerente de

melanosis coli. A unos 15 cm del margen anal en unión recto-sigma imagen en tirabuzón sugerente de vólvulo. Luz intestinal muy dilatada en paciente con diagnóstico previo de megacolon. Diagnóstico: Vólvulo de sigma en paciente con diagnóstico de megacolon. Diagnóstico diferencial: Isquemia mesentérica, diverticulitis complicada, Obstrucción intestinal aguda, tumoración. Conclusiones: el vólvulo es la torsión o rotación anómala del colon que origina un cuadro de obstrucción aguda. Puede acompañarse de alteración en la perfusión vascular debido a la estrangulación mesentérica que puede producir gangrena. La localización es principalmente en sigma. Principalmente debuta como un cuadro clínico agudo de obstrucción intestinal con dolor abdominal, náuseas, vómitos y distensión abdominal, puede asociar isquemia, perforación e incluso shock. En la radiografía se observa una imagen de "tubo doblado" o "grano de café". El tratamiento se inicia con descompresión mediante sonda rectal. El siguiente paso es la colonoscopia que puede ser diagnóstica y terapéutica. Si no es posible mediante ambas técnicas se realizaría una intervención quirúrgica.

## COMPLICACION INUSUAL TRAS CPRE

M. ROLDAN FERNANDEZ, A. JIMÉNEZ JURADO, J.F. MUÑOZ NÚÑEZ, V.K. CALABUIG MAZZOLAM, GARCÍA PRADA, A. GONZÁLEZ GONZÁLEZ-COTORRUELO, A. MARCOS MARTÍN, P. RODRÍGUEZ PÉREZ, A.H. VERDE PORCEL, A. RODRÍGUEZ PÉREZ - HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

**INTRODUCCIÓN:** La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es una técnica mínimamente invasiva de gran utilidad en el diagnóstico y tratamiento de la patología biliar y pancreática. Las complicaciones más frecuentes son: pancreatitis, perforación duodenal, hemorragia y colangitis. La aparición de un hematoma subcapsular hepático es un hecho extremadamente infrecuente. En la mayoría de las ocasiones, resuelve de forma conservadora, pero en nuestro caso, precisó intervención quirúrgica para conseguir controlar la hemorragia.

**CASO:** Mujer de 60 años, con antecedente de dos CPRE por coledocolitiasis con esfinterotomía y extracción de cálculos. Posteriormente colecistectomizada y reingreso posterior por coledocolitiasis residual donde se amplió esfinterotomía previa. Ingresó en Digestivo con el diagnóstico de ictericia obstructiva secundaria a coledocolitiasis constatada en la ecografía abdominal.

**CPRE:** dilatación de esfinterotomía previa comprobándose drenaje biliar correcto. Tras la prueba la paciente presenta cuadro de dolor abdominal que se etiqueta de pancreatitis postCPRE. A las 24 horas ante la persistencia de dolor abdominal y anemia franca se realiza TAC en el que se evidenció líquido libre intraperitoneal, aerobilia en vía biliar extrahepática así como una lesión hiperdensa subcapsular hepática de 4.8 x 11.7 x 20 cm sugerentes de hematoma. En el segmento hepático VIII se visualizó un área hiperdensa de características similares a la anterior de 6.8 x 2.5 x 7.7 cm que se extendía hasta nivel subcapsular contactando medialmente con la vena suprahepática lateral y con la cava inferior que sugería laceración hepática probablemente causante del hematoma subcapsular. Ante estos hallazgos y la persistencia de inestabilidad hemodinámica se decide intervenir quirúrgicamente a la paciente. Se procedió a evacuación del mismo y la paci-

ente no apresentou novos episódios de sangrado.

**DISCUSSION:** La CPRE es una técnica mínimamente invasiva aunque no exenta de complicaciones. El hematoma subcapsular hepático tras realización de CPRE es una complicación poco frecuente que debemos sospechar ante un paciente que presente mala evolución tras dicho

procedimiento. Se postula que el mecanismo de producción es un pinchazo accidental de la guía metálica en el árbol biliar intrapancreático. En la mayoría de los casos descritos el manejo del paciente es conservador por ser hematomas contenidos en la cápsula de Glisson.

## ARTRALGIAS INESPECÍFICAS

MARTA DEL RÍO GARCÍA, BEATRIZ RODRIGUEZ ALONSO, ALBA GARCÍA PÉREZ, ESTEFANIA TOBAL VICENTE, CARLOS PÉREZ VÁZQUEZ, DANIEL GARCÍA MORENO, JAVIER POLO BENITO, DAMIÁN GAJATE, PATRICIA COLINA AZOFRA, HUGO ALMEIDA - CENTRO DE SALUD LA ALAMEDILLA

Varón de 28 años que acude a urgencias por segunda vez en esta semana por dolor en codos y rodillas. En primer lugar, el paciente fue visto por urgencias de atención primaria por dolor abdominal y fue diagnosticado de gastroenteritis y tratado con dieta blanda y analgesia. Al día siguiente acudió a urgencias del Hospital por dolor en las articulaciones de codos y rodillas, febrícula de hasta 37,5 sin otra clínica acompañante ni dolor abdominal ni otros cambios en el hábito intestinal en ese momento. No refiere viajes al extranjero ni picaduras recientes de insectos. Exploración física: General: consciente, orientado, eupneico, normoperfundido y normohidratado. Auscultación cardiopulmonar: rítmico, no ausculto soplos, sin roces ni extratonos, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, no doloroso a la palpación, sin irritación peritoneal, Blumberg y Murphy negativo. Ruidos intestinales presentes y normales. Puño percusión renal bilateral sin alteraciones. Piel: sin lesiones exantemáticas ni de otro tipo. Articulaciones: no enrojecimiento, no inflamación, no se encuentran calientes, con dolor en la flexo-extensión tanto de codos

como de rodillas, no impotencia funcional. Fuerza y sensibilidad conservada, neurovascular distal sin alteraciones. Se realiza una analítica en la que destaca leucocitosis de 13.000 con PCR normal, sin otros hallazgos. Y en la orina se observa hematuria microscópica. Se administra paracetamol 1 gramo intravenoso con notable mejoría de la clínica y con remisión de la febrícula. El paciente es dado de alta con diagnóstico de artralgias inespecíficas, con tratamiento analgésico y consulta con Reumatología en 15 días para realizar pruebas complementarias.

Al cabo de 3 días, vuelve a urgencias con dolor abdominal que no responde a analgesia y lesiones cutáneas tipo púrpura palpable, en esta ocasión ya no presentaba artralgias. Se ingresa al paciente en el servicio de Medicina Interna, se continua realizando pruebas complementarias como una gastroscopia que resulta ser normal y finalmente por el dolor abdominal, las artalgias y la púrpura se encuadran los síntomas y signos en una enfermedad compatible con la púrpura de Schönlein-Henoch, evoluciona favorablemente con tratamiento de corticoides 1mg/kg/día y es dado de alta a la semana.

## MIELITIS COMO COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE PANCREATITIS AGUDA

PELAYO RODRÍGUEZ LÓPEZ, MARTA ROLDÁN FERNÁNDEZ, ANGEL MARCOS MARTÍN, ANDREA JIMÉNEZ JURADO, VALERIA CALABUIG MAZZOLA, ALMU DENA GONZÁLEZ-COTORRUELO GONZÁLEZ, MARÍA GARCÍA PRADA, ALEJANDRO HUGO VERDE PORCEL, ANTONIO VELASCO GUARDADO, ANTONIO RODRÍGUEZ PÉREZ - SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO DEL HOSPITAL CLÍNICO DE SALAMANCA, IBSAL (INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE SALAMANCA)

**INTRODUCCIÓN:** La pancreatitis necrotizante es una complicación grave y en ocasiones mortal de la pancreatitis aguda, con una incidencia estimada del 5-10% y mortalidad del 15%. Se han descrito muy pocos casos de complicaciones neurológicas relacionadas con esta patología.

**CASO:** Varón de 48 años con antecedentes de pancreatitis aguda necrotizante con colecciones retroperitoneales que

precisaron múltiples colocaciones de drenajes e ingreso en UVI. 3 meses tras alta acudió a urgencias por dolor dorsolumbar subagudo de una semana de evolución, acompañado de fiebre de 38°C. Presentó asimismo parestesias, entumecimiento de MMII hasta zona umbilical-perineo y dificultad para micción. A la exploración presentaba paraparesia 4/5 en ambas extremidades inferiores e

hipoestesia tactalgésica con nivel sensitivo D9-D10 asociado a hipopalestesia distal. Abdomen blando no patológico, drenajes postquirúrgicos en flancos con débito de 20 cc diarios. Afebril y hemodinámicamente estable. Al ingreso se solicitó analítica, punción lumbar y resonancia magnética urgentes. Analíticamente destaca PCR de 3.43 mg/dl y VSG de 64mm, con hemograma y bioquímica normal. Perfil hepático no alterado. En punción de LCR destaca GLC de 71 mg/dl, proteínas LCR 49 mg/dL, tinción de Gram negativa. PCR y cultivo de LCR negativo. Hemocultivos negativos. Cultivo de drenaje positivo para *Acinetobacter baumannii* multiresistente. En RM medular destacaron alteraciones inflamatorias de T9 a cono medular sugerente de mielitis aguda y alteraciones de señal heterogéneas en cuerpos vertebrales T9-T10. Se inició tratamiento intravenoso con piperacilina-tazobactam, aciclovir y vancomicina. El pacien-

te presentó respuesta clínica satisfactoria con desaparición de la fiebre en 48 horas y recuperación progresiva de la sintomatología neurológica. En TC abdominal se constató disminución de las colecciones peripancreáticas respecto a TC previos. Ante la mejoría clínico-radiológica se decidió alta con control domiciliario en el decimoquinto día postingreso. En RM al alta se constató la regresión de las alteraciones inflamatorias a nivel medular.

**CONCLUSIÓN:** las complicaciones medulares secundarias a pancreatitis son extremadamente infrecuentes y sus mecanismos no son bien conocidos. Entre las teorías descritas se postula el embolismo séptico y la diseminación directa secundaria a destrucción tisular. Serían necesarios en un futuro nuevos estudios para poder establecer una incidencia real de estas complicaciones y sus mecanismos fisiopatológicos.

## PERFORACIÓN ESPONTÁNEA DE VESÍCULA BILIAR EN PACIENTE CIRRÓTICO ANTICOAGULADO POR TROMBOSIS PORTAL

PELAYO RODRÍGUEZ LÓPEZ, MARTA ROLDÁN FERNÁNDEZ, ALMUDENA GONZÁLEZ-COTORUELO GONZÁLEZ, ANDREA JIMÉNEZ JURADO, VALERIA CALABUIG MAZZOLA, MARÍA GARCÍA PRADA, ÁNGEL MARCOS MARTÍN, ALEJANDRO HUGO VERDE PORCEL, JESÚS MANUEL GONZÁLEZ SANTIAGO, ANTONIO RODRÍGUEZ PÉREZ - SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO DEL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA, INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE SALAMANCA (IBSAL)

**INTRODUCCIÓN.** La perforación espontánea de la vesícula biliar asociada a hemoperitoneo se trata de una patología muy infrecuente, de la que constan menos de 50 casos registrados en la literatura.

**CASO:** Varón de 47 años con antecedentes de cirrosis enólica Child-Puig C10 e hipertensión portal leve. Es diagnosticado en consulta de Aparato Digestivo de trombosis portal aguda, tras lo cual inicia tratamiento con heparina de bajo peso molecular. 24 horas después acude a Urgencias por dolor abdominal súbito, difuso, aunque de mayor intensidad en hemiabdomen superior. A la exploración física destaca tendencia a la hipotensión, abdomen distendido, doloroso a la palpación profunda en epigastrio e hipocondrio derecho con dudoso Murphy positivo, y matidez cambiante en flancos. Analíticamente presenta anemia importante respecto a hemograma previo, trombopenia, coagulopatía, elevación de la bilirrubina y marcado deterioro de la función renal. En ecografía abdominal se objetiva colestitis aguda abscesificada con líquido libre perihepático y periesplénico. Se decide inicialmente manejo conservador con antibioterapia pese a lo cual se acentúa deterioro de la función hepática, con anemia que requiere de soporte

trasfusional e incremento de ascitis. En paracentesis diagnóstica se evidencia hemoperitoneo. Se realiza TC abdomino-pélvico que objetiva coágulo centinela en el lecho vesicular y litiasis libre en el interior del mismo, hallazgos sugerentes de perforación vesicular. Líquido libre masivo distribuido por toda la cavidad intraperitoneal compatible con hemoperitoneo. Tras estos hallazgos se procede a llevar a cabo laparotomía urgente, con drenaje de 8500cc de líquido ascítico hemorrágico y objetivación de necrosis vesicular. Tras intervención el paciente presenta mejoría clínica evidente, siendo dado de alta el décimo día postoperatorio.

**CONCLUSIÓN:** se han descrito como factores de riesgo para el desarrollo de perforación espontánea vesicular biliar en casos de colestitis la inmunosupresión y el desarrollo de colestitis aguda en pacientes con enfermedad sistémica. Asimismo, existen recogidos en la literatura casos de rotura vesicular en pacientes cirróticos anticoagulados por trombosis portal. En nuestro caso todos estos factores podrían haber contribuido a la progresión del cuadro inicial de colestitis aguda hacia la perforación de la vesícula y el desarrollo de hemoperitoneo.

## UNA DIARREA DEMASIADO LARGA

ALBA GARCÍA PÉREZ, MARTA DEL RÍO GARCÍA, BEATRIZ RODRÍGUEZ ALONSO, ANA DE DIOS VICENTE, PATRICIA COLINA AZOFRA, DAMIÁN GAJATE HERRERO, JANA CHELEA, MARÍA GARCÍA DUQUE, JAVIER POLO, DANIEL MORENO - CENTRO DE SALUD LA ALAMEDILLA, SALAMANCA

**INTRODUCCIÓN:** Varón, 53 años, sin antecedentes personales ni familiares ni cirugías de interés. Comienza con un cuadro de diarrea de 3-4 deposiciones tipo 5 en la escala de Bristol, con sangre roja al final de la deposición, de predominio diurno y con apetito conservado. Niega viajes o contacto con animales recientemente así como relaciones sexuales de riesgo, consumo de drogas por vía parenteral o toma de AINEs u otros fármacos. Bebedor de 1 UBE/día y ex-fumador de 45 paquetes/año desde hace 1 mes.

**CASO CLÍNICO:** Acude por primera vez a consulta de Urgencias de Atención Primaria 10 días tras el inicio de los síntomas donde se pautan medidas higiénico dietéticas. Tras refractariedad de la misma acude a nuestra consulta una semana más tarde donde se pauta loperamida que se sucede de empeoramiento del cuadro por lo que vuelve a nuestra consulta 5 días después refiriendo: incremento del dolor abdominal, pérdida de apetito, astenia, náuseas, un vómito, pérdida de 8 Kg de peso, sensación distérmica (con Tª máxima de 37.6°C), así como aumento del número de deposiciones a 8 al día, de consistencia líquida con contenido hemático, que no respetan el sueño. Exploración física: abdomen blando, depresible, doloroso

so a la palpación en fosa ilíaca izquierda, con resistencia y área de empastamiento en la zona. Tacto rectal: se palpan hemorroides externas no complicadas, restos hemáticos en canal anal y en dedo de guante. Solicitamos pruebas complementarias: - Analítica: hemograma con leucocitosis y neutrofilia. VSG 88mm y PCR 31.34mg/dL, Metabolismo del hierro y proteinograma alterados. Función renal, hepática y tiroidea, ionograma e IgA normales. ANA negativos, Ac. en Enfermedad celíaca negativos. - Coprocultivo y parasitocultivo negativos. Tras estudiar los resultados se solicita interconsulta a UCAI (Unidad Clínica de Asistencia Inmediata) para realización de colonoscopia con toma de biopsias con diagnóstico de Colitis Ulcerosa.

**CONCLUSIÓN:** Tras el diagnóstico, el paciente ingresa a cargo del Servicio de Digestivo para tratamiento del brote y posterior instauración de medicación crónica pertinente. Actualmente acude a consulta para renovar su receta electrónica, ocasiones en las que se aprovecha para interrogar al paciente sobre su estado de salud físico y psicológico, vigilar posibles complicaciones, así como para resolver dudas acerca del curso y tratamiento del problema de salud recientemente diagnosticado.

## RASTREIO DO CANCRO COLO-RECTAL NUM FICHEIRO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE

GILDA MIRANDA, RUI SANTOS LOPES - USF VITASAURIUM

**JUSTIFICAÇÃO:** O cancro colo-retal é, segundo a OMS, o tumor maligno mais frequente na UE. 3 a 4% da população europeia desenvolverá CCR até aos 75 anos. Em Portugal, o cancro constitui a segunda principal causa de morte. Em particular, o cancro colo-retal tem aumentado de forma significativa nas últimas décadas. Em 1999, contribuiu com cerca de 13% de toda a mortalidade por cancro, uma das percentagens mais elevadas em todo o mundo.

**OBJETIVO:** determinar, num ficheiro de uma Unidade de Saúde, a cobertura do rastreio do Cancro Colo-Rectal  
**METODOLOGIA:** Estudo retrospectivo, de adequação técnico-científica e base populacional, de todos os utentes inscritos num ficheiro de uma Unidade de Saúde, com idades compreendidas entre 50 e os 74 anos, à data de

31 de Dezembro de 2016. **CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:** utentes com antecedentes pessoais de adenoma (s) ou de cancro do cólon ou do reto, doença inflamatória intestinal ou antecedentes familiares de primeiro grau de adenoma (s) ou de cancro do cólon ou do reto, síndromes hereditárias de cancro do cólon e reto. Dados colhidos e tratados pelos autores em Março de 2017, com recurso aos programas MIM@UF®, SClínico® e Microsoft Excel®. **RESULTADOS:** estão inscritos no ficheiro um total de n=112 utentes que cumprem os critérios de inclusão. Dos 112 utentes, 52,7% (n=59) cumprem os critérios de avaliação. Destes 59 utentes, n=51 realizaram colonoscopia nos últimos 10 anos e n=8 realizaram PSOF no último ano.

**CONCLUSÃO:** apenas metade da população-alvo do





rastreio do CCR o tem atualizado. Os profissionais que trabalham neste ficheiro deverão ser sensibilizados para o tema, para os números e deverão ser estudadas e aplicadas medidas corretoras que permitam aumentar a

cobertura do rastreio da população-alvo. Este tipo de investigação epidemiológica é fundamental na prevenção secundária da doença oncológica mais frequente na UE, o CCR.

## DOLOR DE ESPALDA Y PÉRDIDA DE PESO

ELENA DE DIOS RODRÍGUEZ, MARTA DEL RÍO GARCÍA, FERNANDO FUENTETAJA SANZ, ANA TEJEDOR MONTAÑA - CENTRO DE SALUD MIGUEL ARMIJO

**INTRODUCCIÓN:** las fracturas patológicas son una afectación que aumenta al tiempo que lo hace la esperanza de vida, y, aunque estas están ligadas a enfermedades de difícil prevención, algunos de los aspectos que condicionan su aparición si pueden ser tratados para frenar las mismas.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 77 años diagnosticada de carcinoma de mama en tratamiento con radioterapia y cirugía hace 3 años, acude a nuestra consulta por dolor lumbar irradiado a ambas piernas desde hace un mes, asociado a pérdida de peso no justificada. Inicialmente se opta por reposo relativo y tratamiento antiinflamatorio. Pasadas 3 semanas regresa comentando persistencia de la clínica junto con dolor en cadera izquierda. Se realiza radiografía de columna lumbar y cadera que muestra signos degenerativos y dudosa imagen de fractura en cuello de fémur izquierdo. Se añaden inyecciones de desametaxona. Ante el empeoramiento del dolor y limitación de la movilidad así como la imagen radiológica se la deriva a

Traumatología. En la exploración el Lassegue y Bragard fueron positivos y presentaba dolor a la palpación de cadera derecha y musculatura lumbar y en región inguinal izquierda. Limitación funcional para la sedestación y bipedestación. En el hospital se le realiza un TAC donde se observan lesiones líticas en cabeza y cuello femoral izquierdo con destrucción de cortical y componente de partes blandas asociado. En el estudio de extensión se observan metástasis pulmonares y óseas en columna dorsolumbar y fémur derecho. Dado el pronóstico, ingresa en Cuidados Paliativos para control terapéutico y seguimiento. Se estableció el diagnóstico de lumbalgia debido a fractura patológica.

**CONCLUSIÓN:** ante una lumbalgia es importante valorar signos de alarma. Edad mayor de 50 años, pérdida de peso inexplicable, antecedentes de cáncer o persistencia de síntomas tras un mes de evolución, son elementos de la anamnesis que indican un aumento del riesgo de que el dolor lumbar sea secundario a un tumor.

## TROMBOCITOPENIA INDUZIDA POR HEPARINA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO DE APRESENTAÇÃO COM TROMBOSE VENOS PROFUNDA E TROMBOCITOPENIA

ANA ALMEIDA, JOANA BRAGA, AISSATO CASSAMA, CAROLINA CARVALHO, DANIELA FRANCO, RITA RESENDE, MARIA EUGÉNIA ANDRÉ HOSPITAL AMATO LUSITANO - CASTELO BRANCO

A trombocitopenia induzida por heparina (TIH) é uma complicação que ocorre em 5% dos doentes expostos a heparina não fraccionada ou de baixo peso molecular (HBPM), sem depender de dose, calendarização ou forma de administração. Resulta da produção de anticorpos IgG directos contra o complexo heparina-factor plaquetário 4, que se unem aos receptores FC das plaquetas que por um lado provocam uma activação plaquetaria e por outro, libertação de factores que contribuem para a trombose. Existem 2 tipos: -Tipo I: forma

ligeira e transitória de diminuição de contagem de plaquetas que ocorre nos primeiros dias após exposição à heparina. Clinicamente assintomático e o nadir de plaquetas aproxima-se dos 100 000. -Tipo II: clinicamente bastante expressivo, causando trombose. Ocorre em 2-5% dos doentes tratados com heparina.

Mulher de 81 anos, internada por fractura do fémur direito submetida a colocação de prótese da anca. Medicada com enoxaparina em dose profilática. Aos 10 dias de internamento foi pedida colaboração por



trombocitopenia 26 000 plaquetas, doente assintomática. Por suspeita de trombocitopenia no contexto de sépsis, foram pedidas culturas, que foram negativas. Os parâmetros inflamatórios aumentaram gradualmente concomitantemente com um decréscimo da contagem de plaquetas com alteração de coagulação e agravamento de função renal. Descartados focos infecciosos, fez-se revisão terapêutica para excluir reacções de toxicidade. Foram pedidos estudos laboratoriais: doseamento de EPO, anticorpos anti-PF4, haptoglobina e teste de Coombs, assim como ecografia abdominal. Introduziu-se corticoterapia, sem melhoria. Ao 20º dia de internamento a doente apresentava edema no membro inferior, tendo-se confirmado o di-

agnostico de trombose venosa profunda extensa. Apresentava uma contagem plaquetária inferior a 5000. Por suspeita de TIH fez-se swich para rivaroxabano. Os exames laboratoriais pedidos anteriormente (AC-F4P positivo) confirmaram o diagnóstico. As plaquetas aumentaram progressivamente, chegando actualmente as 214 000. O TIH é uma reacção potencialmente letal dadas as complicações tromboembólicas que acomete. O diagnóstico baseia-se na suspeição clínica (score 4Ts) e confirmação por testes laboratoriais, mas se a clínica for compatível, deve suspender-se de imediato a heparina. O tratamento deve incluir um inibidor de trombina como fondaparinux embora o rivaroxabano possa ser utilizado para esse fim.

## TEMPO É SAÚDE - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

PEDRO OLIVEIRA, DIANA SOUSA, MARLI LOUREIRO - UCSP COVILHÃ

**INTRODUÇÃO:** as adenopatias são um achado comum nos Cuidados de Saúde Primários. A sua etiologia é diversa, por isso, o seu diagnóstico deve ser orientado pelo número, topografia, extensão e características clínicas associadas. **CASO CLÍNICO:** AM, 66 anos, casado, reformado dos Lanifícios. Antecedentes pessoais: Hipertensão arterial, dislipidemia, nódulo tiroideu com 13 mm. Em Janeiro de 2017 recorreu ao médico de família por nódulo supraclavicular com 3 meses de evolução e noção de crescimento recente. Sem queixas álgicas, sem febre, sem perda ponderal, sem astenia, sem nenhum outro sinal/sintoma associado. À observação apresentava adenopatia supraclavicular esquerda pétérea, aderente, indolor, com aproximadamente 1 cm. Identificaram-se igualmente, múltiplas adenopatias na cadeia cervical, não dolorosas, infra centimétricas. Assim, solicitou-se ecografia pescoço, controlo analítico e endoscopia digestiva alta (colonoscopia normal em Março de 2016). Referenciou-se o utente, com urgência, para a consulta de Medicina Interna. A 3 de Fevereiro, o utente regressou à consulta com os exames solicitados. Analiticamente sem alterações, no entanto, a ecografia evidenciava “adenopatias latero-cervicais, supra e infra

claviculares à esquerda, a de maiores dimensões com cerca de 7 mm de aspecto hipocogénico – linfoma?”. Uma vez que ainda não tinha consulta agendada, optou-se por solicitar tomografia computadorizada cervicotoraco-abdomino-pélvica, e por contactar telefonicamente o serviço de cirurgia para efectuar biópsia. A 27 de Fevereiro o utente regressa à consulta com resultado das tomografias – “múltiplas adenopatias (laterocervicais, supraclaviculares, axilares, mesentéricas, lomboaórticas e ilíacas)”. O resultado da anatomia patológica já constava na PDS – “Linfoma difuso de grandes células B”. O resultado foi comunicado ao utente, e contactou-se, telefonicamente, a hematologista que de imediato lhe marcou consulta.

**CONCLUSÃO:** perante a suspeita de doença oncológica, todos os recursos disponíveis devem ser agilizados de forma a garantir o atendimento tão célere quanto possível ao utente. Para além da sua importância no prognóstico, a rapidez do diagnóstico e a consequente elaboração do plano terapêutico diminuem o sofrimento causado ao utente. Este caso ilustra a importância do Médico de Família enquanto gestor de caso e a necessidade de reavaliar a articulação entre os cuidados de saúde.

## LIMITAÇÕES E DIFICULDADES PERCECIONADAS POR MÉDICOS DE FAMÍLIA NO SEGUIMENTO DO DOENTE ONCOLÓGICO NUM AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE

ANA SEQUEIRA; ANA MATOS; CARLA RESENDE; ANA LUCAS; DIANA GONÇALVES; DIANA SOUSA; ELIANA PIRES; LUCIANA PAULO; JOANA FERNANDES; PEDRO ANTUNES; PEDRO OLIVEIRA; NUNO SANTOS; TIAGO CARVALHO; VÂNIA PINTO; VÍTOR SANTOS; MARLI LOUREIRO - UCSP COVILHÃ - ACES COVA DA BEIRA

**INTRODUÇÃO:** as doenças oncológicas são um problema em expansão. Em Portugal, existem regiões com piores índices demográficos por neoplasia. Assim, importa compreender as dificuldades inerentes à prática clínica que possam comprometer o seguimento adequado do doente oncológico.

**OBJETIVO(S):** determinar as limitações e dificuldades percecionadas por médicos de família de uma região, em diferentes fases do seguimento do doente oncológico.

**MÉTODOS:** Estudo transversal (observacional, descritivo e retrospectivo) de uma amostra conveniente constituída por 26 médicos de quatro Unidades de Saúde. Aplicação de um questionário anónimo composto por oito perguntas sobre limitações no diagnóstico, rastreio e dificuldades percecionadas na articulação entre os Cuidados Saúde Primários (CSP) e Secundários (CSS). Recolha e análise de dados realizadas com recurso ao Microsoft Excel.

**RESULTADOS:** dos médicos convidados a participar, um não aderiu ao preenchimento do questionário (96,2% de adesão). As neoplasias da cabeça e pescoço (n=16) e da pele (n=7) são os tipos de cancro que veiculam maior dificuldade no diagnóstico e orientação. As principais

limitações apontadas foram: a espera da consulta hospitalar (n=13) ou de exames complementares de diagnóstico (ECD) (n=13), a comunicação com os CSS (n=7) e a prestação de cuidados em fim de vida (n=6). O rastreio do cancro do cólon e reto é o tipo de rastreio de base populacional para o qual a maioria dos médicos (84%) sente maiores dificuldades na sua prossecução. A articulação entre CSP e CSS e a acessibilidade aos ECD são áreas que necessitam de intervenção prioritária.

**CONCLUSÕES:** os autores consideram que este foi um estudo preliminar para o conhecimento dos constrangimentos na abordagem do doente oncológico na região. Verificou-se que a acessibilidade a consultas hospitalares e a ECD ainda são limitativos na abordagem aos doentes. A articulação bidirecional entre CSP e CSS deve ser fomentada. Contudo, as limitações metodológicas deste estudo devem ser tidas em conta. No futuro, considera-se relevante a realização de um estudo de maiores dimensões e de maior qualidade. Será pertinente um estudo comparativo entre as dificuldades percecionadas entre médicos de Agrupamentos de diferentes regiões do País, bem como a aplicação de um questionário orientado para o paciente.

## FIEBRE E INESTABILIDAD, A PROPÓSITO DE UN CASO

Patricia Colina Azofra; Jorge Juan Gaceo; Víctor Polo San Ricardo; Marta del Rio García; Damián Gajate Herrero; María García Duque; Alba García Pérez; Jana Chelsea; Ana de Dios Vicente; Beatriz Rodríguez Alonso; Nacho Berrocoso Sánchez - Centro de Salud Alamedilla

El caso trata de un varón de 83 años, que como antecedentes médicos de interés, presentaba HTA, DM tipo 2, Dislipemia, Hipotiroidismo, PTI, Cardiopatía hipertensiva y FA permanente. Dicho varón, acudió a urgencias por cuadro de 2 meses de evolución, consistente en fiebre, empeoramiento del estado general, deterioro de la marcha, pérdida ponderal de unos 10 kgs y cambios recientes en el carácter. En la exploración física inicial,

únicamente destacaba una marcada inestabilidad en la marcha. Los parámetros analíticos objetivaron insuficiencia renal, mínima elevación de bilirrubina total y pancitopenia. Ingresó para estudio de Sº constitucional en paciente con pancitopenia crónica por su PTI. Tras una importante batería de pruebas (analítica con frotis sanguíneo y marcadores tumorales, hemocultivos, serologías, Tac cerebral y toracoabdominal, ecografía

abdominal, ecocardio, punción lumbar...) e interconsultas múltiples al servicio de Hematología, iniciamos tratamiento corticoideo a altas dosis con mejoría significativa. Ante la increíble respuesta clínica a los mismos, se diagnosticó al paciente de un probable cuadro inflamatorio sistémico de tipo vasculitis y se le indicó que continuase con dicho tratamiento en pauta descendente.

Tres semanas después y tras ser valorado en consultas externas en ése intervalo de tiempo, el paciente acudió de nuevo a urgencias por deterioro del estado general, debilidad para la bipedestación, incontinencia de esfínteres.... Destacó entonces, un estado de deshidratación e hipoperfusión que se acompañaba de lesiones petequiales generalizadas e ictericia. El pacien-

te ingresó por sepsis sin foco para estudio. Es principalmente durante éste 2º ingreso, cuando comenzamos a sospechar en un posible Síndrome hemofagocítico, el cual fue el verdadero causante de toda la patología de nuestro paciente. Finalmente y ante un estado de fallo hepático fulminante, pidió el alta voluntaria y a las dos semanas después, falleció en su domicilio.

Presento éste caso puesto que se trata de un síndrome poco frecuente, con una variabilidad tanto etiológica como clínica y con escasez de guías de actuación en adultos, por lo que es importante tenerlo en mente. No obstante, también es preciso conocer, que tiene una elevada mortalidad pese a un tratamiento adecuado y agresivo.

## FIEBRE EN ATENCIÓN PRIMARIA: APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA, CORRECTA DERIVACIÓN Y SEGUIMIENTO

ALBA GARCÍA PÉREZ, ANA DE DIOS VICENTE, JANA CHELEA, MARTA DEL RÍO GARCÍA, DAMIÁN GAJATE HERRERO, TERESA RUBIO, ROCÍO MONTOYA, MARÍA GARCÍA DUQUE, PATRICIA COLINA AZOFRA, BEATRIZ RODRIGUEZ ALONSO - CENTRO DE SALUD LA ALAMEDILLA, SALAMANCA

**INTRODUCCIÓN:** Varón, 39 años, informático, sin antecedentes de interés. Presenta dolor lumbar, odinofagia y tos desde hace 25 días, por lo que ha consultado en tres ocasiones, con exploraciones compatibles con la normalidad y con buena respuesta a ibuprofeno. Acude por febrícula desde hace una semana que en los últimos días ha evolucionado a fiebre de hasta 38,5°C de predominio vespertino.

**CASO CLÍNICO:** en la exploración física destaca: - Constantes vitales y auscultación cardio-pulmonar: normales. - Cabeza y cuello: faringe eritematosa. No presenta adenopatías. - Abdomen: dolor a punta de dedo de fosa renal izquierda, ligero dolor difuso a la palpación abdominal. No presenta adenopatías. La analítica objetiva: - Mínima leucocitosis con fórmula normal. - VSG 50. - PCR 9. - Alteración moderada de enzimas hepáticos. Serología: virus hepatotropos y VIH negativas. CMV y VEB pasados. Rx tórax normal. Aporta TAC torácico y abdomino-pélvico solicitado por internista privado que sugiere síndrome linfoproliferativo. Realizamos interconsulta telefónica al

servicio de Hematología que cita al paciente para realización de PET-TAC, en el que se objetiva infiltración ganglionar supra e infradiaphragmática y nódulos pulmonares derechos sugestivos de malignidad. Se realiza estudio anatómico-patológico de región adenopática cervical derecha.

**RESULTADO:** Linfoma de Hodgkin clásico, variante esclerosis nodular. Biopsia de médula ósea: sin evidencia de infiltración. Recibió tratamiento según esquema ABVD x 6 ciclos, tras los que se repite PET/TC que sugiere recaída precoz por lo que en la actualidad está recibiendo tratamiento de rescate según esquema ESHAP, con buena tolerancia.

**CONCLUSIÓN:** En Atención Primaria nos enfrentamos a una alta frecuencia de normalidad, a una rápida resolución de los problemas de salud que atendemos y a una menor disponibilidad de pruebas. Por lo que tendemos a una conducta expectante; realizando diagnóstico diferencial teniendo muy en cuenta la patología más probable. Este caso refleja la incertidumbre inherente a la Medicina, en especial a la Medicina de familia.

## NEUTROPENIA FEBRIL

BEATRIZ RODRÍGUEZ, HUGO ALMEIDA, MONCEF BELHASSEN, MARÍA LUISA PÉREZ, IGNACIO MADRUGA, CATALINA LORENZO COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

**Introducción:** Mujer de 81 años hipertensa y con insuficiencia cardíaca crónica, con antecedentes de hipotiroidismo, psoriasis y anemia megaloblástica que

había estado en tratamiento las dos semanas previas con Metamizol y Paracetamol por traumatismo banal. Acude al Servicio de Urgencias por progresiva



agudização de su disnea habitual de grandes esforços hasta hacerse de mínimos esfuerzos; apirética con tiritona y disuria de 3 días de evolución. Ya había presentado dos episodios previos de Neutropenia (ya dada de alta por Hematología).

Caso Clínico: Tras las pruebas complementarias pertinentes ingresa en Medicina Interna diagnosticada de Neutropenia febril, Sepsis de origen urinario, Insuficiencia respiratoria aguda parcial e Insuficiencia cardíaca agudizada. Empiezan a barajarse posibles causas de neutropenia febril como la sepsis, el tratamiento prolongado con furosemida y, como primera sospecha, el Metamizol. Se inicia tratamiento con Factor de estimulación de colonias de granulocitos y antibioterapia empírica con Piperacilina-Tazobactán. Sin embargo, aunque la paciente responde al tratamiento, tanto la insuficiencia respiratoria como la cardíaca se agudizan y empieza a manifestarse cierto grado de trombopenia, que seguirá progresando hasta alcanzar cifras mínimas de 8.000 plaquetas. Se amplía espectro antibiótico a Meropenem-Linezolid y se inicia terapia depleitiva. Días

después la paciente entra en fracaso renal agudo, que nos plantea el diagnóstico diferencial entre glomerulonefritis, PTT y enfermedades autoinmunes como la PTI; pero solo la biopsia renal nos dará el diagnóstico definitivo. Tras los aislamientos consecutivos de dos nuevos microorganismos en orina se descubrirá una fístula colovaginal de novo diagnóstico. Posteriormente, la paciente inicia clínica de infección respiratoria, siendo diagnosticada de Neumonía Nosocomial y se aísla *Acinetobacter baumannii* en esputo. Cuatro días después se produjo el éxitus letalis.

Conclusión: 1. No fue posible llegar a un diagnóstico que unificara todo el cuadro clínico, por lo que optamos por la causa más probable para cada efecto, asumiendo que se trataba de procesos intercurrentes independientes entre sí. 2. No debemos olvidar que todo tratamiento pautado, tiene UN efecto principal y MUCHOS efectos secundarios. 3. He aquí mi apología por la Medicina Interna porque, en tiempos de especializaciones cada vez mayores, ¿quién, si no un internista, habría podido manejar este caso?

## FEBRE ESCARONODULAR - DOENÇA, VÁRIAS PORTAS GIRATÓRIAS? A PRÓPOSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS

GILDA MIRANDA; RUI SANTOS LOPES - USF VITASURIUM

Introdução: A febre escaro-nodular é uma zoonose endémica nos países da orla mediterrânica, onde se inclui Portugal. Segundo a DGS, entre 2000 e 2010 foram notificados 3,72 casos/105 habitantes/ano. Classicamente, a doença caracteriza-se pela tríade febre alta, escara de inoculação e exantema maculopapular. Caso Clínico:

CASO 1 - Homem, 60 anos, recorre ao SU por lombalgia mecânica, febre (39.5°C) e artralgias nos joelhos e punhos com 5 dias de evolução. Nega outra sintomatologia. Esteve no mesmo SU 4 dias antes, por quadro similar associado a erupção cutânea pruriginosa na zona dorsal e membros, tendo sido ponderada pielonefrite, mas não se excluindo concomitantemente traqueobronquite (referia tosse seca). Teve, na altura, alta, medicado com amoxicilina + ácido clavulânico. À observação, apresenta exantema maculopapular disperso em todo o corpo e exacerbação de dor à digitopressão nos punhos, joelhos e espaços intervertebrais da coluna lombar, sem sinais inflamatórios locais ou outra sintomatologia. Ana-

liticamente foi detetada hiponatremia e trombocitopenia. Após observação exaustiva na pele, deteta-se escara de inoculação na região glútea.

CASO 2 - Mulher, 70 anos, recorre a Consulta Aberta por dores generalizadas e febre (38,5°C), com 4 dias de evolução, após picadas de inseto. Nega outra sintomatologia. À observação, encontra-se na pele das regiões supero externa glútea direita e lombar esquerda, 2 lesões maculares ruborizadas, quentes, pruriginosas, com zona central de aparente inoculação. Medicada com cefuroxima. Nos dias seguintes, dirige-se duas vezes ao SU. No primeiro episódio, teve alta com alteração da antibioterapia para levofloxacina. No segundo, após avaliação laboratorial são pedidas serologias e é-lhe prescrita doxiciclina.

Conclusão: A febre escaro-nodular é geralmente uma cujo diagnóstico é fundamentalmente clínico e deve ser precoce, para iniciar terapêutica adequada, evitando complicações graves. No entanto, nem sempre a apresentação é clássica. Seja no SU, seja nos CSP, os médicos devem estar sensibilizados para esta hipótese de diagnóstico.

## ARTRITE SÉPTICA DO PONTO DE VISTA DO PATOLOGISTA CLÍNICO - DOIS CASOS CLÍNICOS

M FELGUEIRAS, M PEREIRA, N OLIVEIRA, MC FARIA - HOSPITAL PÊRO DA COVILHÃ - CENTRO HOSPITALAR DA COVA DA BEIRA

**Introdução e objetivos(s):** A artrite séptica (AS) continua a ser uma patologia com elevadas taxas de morbilidade e mortalidade. Nos últimos anos a sua incidência aumentou para 2-6 casos/100.00 pessoa-ano. Vários factores parecem contribuir para este incremento da taxa de incidência, nomeadamente o aumento de infecções relacionadas com procedimentos ortopédicos, o envelhecimento da população e o aumento do uso de terapia imunossupressora. Embora indivíduos de todas as idades possam ser afectados, a AS é mais prevalente em crianças e idosos, e os homens são mais frequentemente afectados do que as mulheres. De entre os organismos responsáveis pela AS o *Staphylococcus aureus* é o mais frequentemente isolado (37-56% dos casos), seguido dos *Streptococcus* spp. e outras bactérias Gram-positivo (20% dos casos). Bactérias Gram-negativo (GN) representam apenas 10-20% dos casos de AS. No presente trabalho serão reportados dois casos clínicos de AS por bactérias GN.

**Caso 1:** homem de 69 anos, com antecedentes de fractura do colo do fémur em 2006 fixo com parafuso de anca dinâmico, recorre ao serviço de urgência em 2016 por quadro de dor na anca esquerda, associado a edema articular, dificuldade na marcha e episódios de febre, com

vários dias de evolução. TAC da anca esquerda revelou extenso derrame articular. Análise bioquímica do líquido sinovial revelou leucocitose [52.000 leucócitos/ml] com predomínio de polimorfonucleares (80%), estudo microbiológico positivo para *Pseudomonas aeruginosa*. **Caso 2:** homem de 64 anos, internado por omalgia direita com cerca de 24 horas de evolução após trauma. Referiu um único pico de febre (38°C) no início do quadro clínico. Antecedentes pessoais de hepatite crónica e etilismo moderado. Os resultados analíticos revelaram uma leucocitose 29,8 G/L, com neutrofilia de 89%, velocidade de eritrossedimentação de 67 mm/h e PCR de 12,6 mg/dl. A artrocentese identificou líquido purulento, cuja análise bioquímica revelou leucocitose [150.000 leucócitos/ml] com predomínio de polimorfonucleares (90%), e estudo microbiológico positivo para *Escherichia coli* multisensível.

**Conclusão:** O presente trabalho revela que apesar de pouco frequentes as bactérias GN são agentes infecciosos de AS em articulações nativas e prostéticas. O estudo bioquímico e microbiológico atempado do líquido sinovial permite estabelecer o diagnóstico de infecção e implementar a terapêutica antimicrobiana adequada.

## O QUE É A GENGIVOESTOMATITE HERPÉTICA INFANTIL?

MARIA JOÃO NASCIMENTO; RUTE TAVARES; ANA CAR DOSO; PAULA TEXEIRAUS F. D. FRANCISCO DE ALMEIDA; UCSP VILA VELHA DE RODÃO

**Introdução:** As aftas são ulcerações mucosas, que ocorrem habitualmente na orofaringe. Existem inúmeros diagnósticos diferenciais que cursam com úlceras orais recorrentes, no entanto este trabalho incidirá especificamente sobre a “Gengivoestomatite Herpética infantil”, a manifestação mais comum de aftas orais, associada à infecção primária pelo vírus herpes simples. O vírus é transmitido através de gotículas de saliva ou contacto cutâneo-mucoso. É mais frequente entre os 6 meses e os 5 anos de idade. As manifestações são fundamentalmente clínicas, com febre, recusa alimentar, gengivas ruborizadas e edemaciadas, facilmente sangrantes ao toque, vesículas, com evolução para aftas/úlceras.

**Objetivo:** Saber quando se deve suspeitar de Gengivo-

estomatite Herpética na criança, uma vez que, o diagnóstico é fundamentalmente clínico, não sendo normalmente necessários exames complementares de diagnóstico. Saber que é uma doença benigna e auto-limitada, devendo o médico estar atento aos sinais de alarme, sendo fundamental saber tratar de forma precoce e eficaz.

**Metodologia:** Revisão clássica baseada em manuais clínicos e pesquisa de artigos de revisão. **Resultados:** Através da pesquisa efetuada, foi encontrado consenso em relação às linhas orientadoras ajustadas à suspeita da Gengivoestomatite Herpética na criança.

**Discussão:** Em Medicina Geral e Familiar, pela elevada frequência de consultas do foro de saúde infantil, os



médicos devem estar alerta sobre as principais manifestações da doença na criança. Nos casos de suspeita de complicações, como, por exemplo, desidratação, sobreinfecção bacteriana, esofagite, entre outras, como a

queratite herpética, pode ser necessária a referência urgente para consulta de especialidade. O tratamento é sintomático, com aconselhamento de alimentos frios e líquidos.

## MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA SÍFILIS - RELATO DE CASO

TIAGO CARVALHO; LUCIANA PAULO; MARCIOMIRA SILVA - UCSP DO FUNDÃO

**Introdução:** A sífilis é uma doença sexualmente transmissível causada pelo *Treponema Pallidum*. Ainda que seja tida pelos profissionais de saúde como uma doença incomum, tem uma incidência em Portugal de cerca de 350 casos/ano (DGS). O diagnóstico precoce desta doença permite, na grande maioria dos casos um tratamento eficaz da mesma, evitando assim as complicações associadas às formas tardias da doença.

**Caso clínico:** Utente do género masculino, de 43 anos, engenheiro civil, pertencente a uma família unitária, classe média alta na escala de Graffar. Recorre ao seu Médico de Família (MF) por queixas de astenia, mialgias, adinamia e presença de exantema cutâneo no tronco e membros com cerca de 1 mês de evolução. Ao exame objetivo encontrava-se apirético, sendo observáveis múltiplas lesões maculopapulares e eritemato-descamativas, distribuídas por tron-

co, membros e palmo-plantares, as maiores com cerca de 1cm de diâmetro, não pruriginosas. Apresentava ainda adenopatia inguinal única com cerca de 3 cm de diâmetro, indolor e lesão peniana única ulcerada, exsudativa e indolor. Apesar de ter negado comportamento sexual de risco, a suspeita clínica levou o MF a pedir um estudo VDRL e VIH urgentes, cujo resultado foi positivo no primeiro caso e negativo no segundo. Foi contactado o serviço de infeciologia do hospital da área de residência que optou pelo internamento para tratamento. **Conclusão:** A apresentação concomitante de manifestações típicas de sífilis primária (úlcer peniana) e secundária (erupção cutânea maculo-papular generalizada) é extremamente incomum. Este caso chama a atenção para a diversidade de sintomas/sinais com que a sífilis se pode apresentar, o que por vezes torna o seu diagnóstico um desafio.

## FEBRE ESCARONODULAR - UM CASO DE UMA APRESENTAÇÃO CLÁSSICA

ANA F. COSTA, FÁBIO ALMEIDA, MARGARIDA GAUDÊNCIA, ISABEL BESSA, TERESA ALFAIATE, AMÉLIA PEREIRA HOSPITAL DISTRITAL DA FIGUEIRA DA FOZ

**Introdução:** A febre escaro-nodular (FEN) é uma zoonose endémica nos países da orla mediterrânica. O principal vector é o ixodídeo *Rhipicephalus sanguineus* conhecido por carraço do cão. O período de incubação assintomático é entre 6 a 12 dias e tem um início brusco. A tríade clássica consiste em febre elevada, escara de inoculação e exantema maculopapular. O objetivo deste caso clínico é sensibilizar os clínicos para esta patologia, tendo em conta que o seu tratamento precoce reduz a probabilidade de evoluções desfavoráveis.

**Caso Clínico:** Sexo feminino, 50 anos, hipertensa, vem ao Serviço de Urgência por mialgias, febre e cefaleia frontal com início no dia anterior, associadas ao aparecimento de rash cutâneo não pruriginoso. Uma semana antes esteve em contacto com animais numa habitação com más condições de higiene. Ao exame objetivo, estava normotensa,

taquicárdica e febril (39.2°C). Apresentava ainda exantema maculopapular com atingimento palmo-plantar, bem como uma escara de inoculação ("tache noire") na região da crista ilíaca anterior à direita. A auscultação cardíaca e pulmonar não apresentavam alterações. O abdómen estava mole e depressível, indolor à palpação. Analiticamente tinha trombocitopenia, elevação das transaminases, da LDH e da GGT, hiponatremia e aumento da PCR. A doente foi medicada com doxiciclina 100mg per os 2id durante 8 dias, com boa resposta clínica e analítica.

**Conclusão:** A FEN é frequentemente subdiagnosticada e o seu diagnóstico é essencialmente clínico. Na maioria dos casos o prognóstico é favorável, no entanto, todos os doentes beneficiam de uma vigilância apertada, principalmente se tiverem alterações hematológicas, nas provas hepáticas ou no perfil renal.





## EXANTEMA FEBRIL - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

SÓNIA COELHO, RITA SILVA, CATARINA DIONÍSIO, MAFALDA BAPTISTA, MARIANA OLIVEIRA, JOÃO PEREIRA, CARLA GONÇALVES, LEOPOLDINA VICENTE - CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA

**Introdução:** A febre escaro-nodular é uma zoonose causada pela *Rickettsia conorii*, uma bactéria gram-negativa, intracelular obrigatória, transmitida ao Homem através da picada da carraça infectada.

**Caso clínico:** Mulher, 77 anos de idade. A 30/07 aparecimento de pápula na região inguinal esquerda, com dor local, sem prurido. Por prostração marcada, com piora do estado geral, medicada pelo médico de família com Diprosone pomada para aplicar na região inguinal. Nesse mesmo dia iniciou febre, cefaleia occipital e mialgias, pelo que a 01/08 recorreu ao Serviço de Urgência (SU), apresentando ao exame físico lesões eritematosas nos membros superiores e abdómen. Medicada com amoxicilina/ácido clavulânico por suspeita de impetigo. Volta ao SU a 04/08 por manter picos febris diários, sob antibioterapia, prostração marcada, mialgias, cefaleia occipital e exantema cutâneo maculopapular com envolvimento dos membros superiores e inferiores, região torácica anterior e posterior, abdómen, palmas das mãos e planta dos pés. Residente em ambiente rural, tendo contacto com galinhas e coelhos. Na admissão: febril, saturação periférica de oxigénio (ar ambiente) de 88%, prostrada mas facilmente despertável, mucosas descoradas e desidratadas, exantema maculo-papular generalizado com atingimento palmo-plantar e escara

de inoculação na região inguinal esquerda. Analiticamente: pancitopenia, hiponatremia, citocolestase hepática, LDH e PCR elevadas e insuficiência respiratória tipo 1. Colheu rastreio séptico e serologia para *Rickettsia conorii* e vírus hepatotrofos. Face à clínica, exame físico, alterações analíticas e contexto epidemiológico assumiu-se forte suspeita de febre escaro-nodular, iniciando doxiciclina 100mg de 12/12h. Cumpriu 7 dias de antibioterapia, mantendo nos primeiros dois dias picos febris altos, com posterior descida gradual da temperatura. Clinicamente melhorada, apenas com cefaleias em salva (TC-CE normal). Hemoculturas, urocultura, vírus hepatotrofos e IgG/IgM de *Rickettsia* negativos. Analiticamente boa resposta gasimétrica, dos parâmetros inflamatórios e bioquímica hepática. Ecografia abdominal sem alterações. Repetida serologia para *Rickettsia* com um intervalo de 12 dias, observando-se seroconversão (IgG positiva, IgM duvidosa), confirmando assim o diagnóstico de febre escaro-nodular. Conclusão: Pretende-se sublinhar a importância da suspeita clínica desta entidade, sobretudo em zonas endémicas como Portugal, e do início precoce de terapêutica antibiótica dirigida, evitando o aparecimento de complicações graves, em particular em doentes idosos e com múltiplas co-morbilidades.

## LISTERIA MONOCYTOGENES. UNA CAUSA INFRECIENTE DE ANEURISMA AÓRTICO INFLAMATORIO

MARIA GARCIA, SILVIO RAGOZZINO, BEATRIZ RODRIGUEZ, PATRICIA COLINA, CECILIA HIGUERUELA, ROCIO CACERES, CRISTINA ROBLES, PELAYO RODRIGUEZ, JORGE GARCIA, ALEX VIÑOLAS - HOSPITAL CLINICO SALAMANCA

### Introducción

La periaortitis sobre aneurisma aórtico es una causa muy infrecuente de dolor abdominal. *Listeria monocytogenes* es un bacilo Gram positivo capaz de proliferar en un amplio rango de temperaturas. La mayoría de las infecciones sintomáticas se producen en pacientes inmunodeprimidos, neonatos y embarazadas. El diagnóstico de aneurisma aórtico se confirma mediante una prueba de imagen y la presencia del microorganismo en hemocultivos o en una muestra por biopsia. El tratamiento óptimo es quirúrgico seguido de terapia antibiótica de amplio espectro. Caso clínico Varón de

58 años hipertiroides en tratamiento con Tirodril, previamente tratado con corticoides por presentar orbitopatía tiroidea. Ingresó por dolor en hemiabdomen izquierdo de predominio en región hipogástrica. No ha presentado fiebre ni vómitos ni alteración del hábito deposicional. A la exploración destaca molestias a la palpación profunda de flanco y fosa ilíaca izquierdas sin signos de irritación peritoneal ni defensa. Ruidos intestinales presentes sin megalias palpables. Resto de la exploración sin hallazgos. Analítica: Leucocitos: 12.720/uL, PCR: 10.90 mg/dL, LDH: 663 U/L Radiografía tórax: No evidencia de derrames o condensaciones. Radiografía

abdomen: Gas y heces en colon sin visualizarse apendicecolito. ECG: Ritmo sinusal a 90lpm sin alteraciones en la repolarización. Ecografía abdominal: Aorta de calibre normal. Signos ecográficos indirectos de apendicitis. TAC abdómino-pélvico: Aneurisma de aorta abdominal infrarrenal de con trombo mural. Asociado a lesión de partes blandas en bifurcación aortoiliaca. Hallazgos compatibles con aneurisma de aorta abdominal con proceso inflamatorio asociado. Hemocultivos: *Lysteria monocytogenes*. Evolución: Tras realización de ecografía abdominal se procede a apendicectomía no objetivándose apendicitis en el lecho

quirúrgico. Posteriormente se realiza TAC descrito y dados los hallazgos se procede a resección del saco aneurismático y tratamiento antibiótico con Gentamicina y Ampicilina. Mejoría clínica del paciente y negativización de los hemocultivos de control por lo que fue dado de alta completando la pauta antibiótica. Conclusiones: Presentamos un caso interesante dada la escasa prevalencia del mismo. Muestra la dificultad diagnóstica ante un síntoma inespecífico, en este caso el dolor abdominal. La periaortitis por *Lysteria monocytogenes* es una causa poco frecuente pero probable, especialmente en pacientes inmunodeprimidos.

## ANEURISMA MICÓTICO EN PACIENTE CON BACTERIEMIA POR *S. AUREUS* Y *C. GLABRATA*

RAÚL AZIBERO MELCHOR - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SALAMANCA

Varón de 76 años sin antecedentes de interés excepto dilatación aneurismática en arteria iliaca derecha que ingresa en Medicina Interna por sospecha de TEP e infección urinaria concomitante. Se descarta TEP mediante angioTC y se instaura tratamiento dirigido al foco urinario con el que el paciente mejora parcialmente, pero continúa febril e hipotenso. El segundo día de ingreso crece SAMS en dos hemocultivos. lo que obliga a descartar endocarditis o aneurisma micótico. Además se añade al tratamiento antibiótico cloxacilina. La ecocardiografía descarta endocarditis pero se positivizan dos hemocultivos más para *Candida glabrata*, por lo que se añade anidulafungina al tratamiento antibiótico. Posteriormente se realiza PET/TAC que detecta actividad a nivel del aneurisma preexistente compatible con aneurisma micótico, así como actividad a nivel de una colección heterogénea en gemelo derecho, que tras punción diagnóstica resulta ser un absceso (positivo para *S. aureus*, compatible con metástasis séptica). Tras detectar el aneurisma se realiza interconsulta a Cirugía Vascular quien decide intervenir al paciente colocando una endoprótesis y

aislando el aneurisma de la circulación general. Tras la cirugía el paciente se mantiene febril pero con buen estado general cubierto con cloxacilina y anidulafungina que posteriormente se cambiaría por fluconazol. Durante el ingreso creció además *Enterococo faecium* otro hemocultivo, lo que obligó a instaurar tratamiento antibiótico con vancomicina y un urocultivo por *P. aeruginosa*, posiblemente debido al sondaje urinario y a que el aneurisma comprimía parcialmente el ureter derecho provocando una ureterohidronefrosis grado III. Tras cuatro semanas de tratamiento intravenoso, dada la buena evolución clínica y analítica (paciente afebril y normalización reactantes), se decide el alta hospitalaria y continuar con el tratamiento vía oral en su domicilio con levofloxacino y voriconazol (dado el riesgo que presenta al haber colocado material protésico durante el proceso febril). Actualmente el paciente mantiene buen estado general, con mínimas fluctuaciones de los marcadores inflamatorios y afebril por lo que se planea mantener el tratamiento antibiótico oral durante 3 meses y retirada previo PET/TAC de control para evaluar la actividad inflamatoria residual del aneurisma.

## O GENGIBRE NAS NÁUSEAS E VÔMITOS NA GRAVIDEZ - UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

ANA CAROLINA FERNANDES, RITA REIS, ANA COELHO CARDOSO, RAQUEL CARVALHO FERREIRA, DORA BOBRISSEV - USF SANTA MARIA - TOMAR

**Introdução:** O gengibre consiste numa planta cultivada e utilizada há séculos com propósitos médicos. É tradicionalmente usada em queixas gastrointestinais devido aos seus efeitos procinéticos na motilidade gástrica ao acelerar o esvaziamento e estimular as contrações do antro gástricas. Os vômitos e náuseas são muito comuns no início da gravidez, ao afetarem aproximadamente 85% das grávidas. Foi sugerido o uso de gengibre como tratamento adjuvante viável nas náuseas e vômitos em alguns contextos, nomeadamente na gravidez.

**Objetivo:** Elaborar uma revisão sistemática sobre a o efeito do gengibre nas náuseas e vômitos durante a gravidez.

**Métodos:** Revisão clássica baseada na pesquisa de artigos de revisão, meta análises, estudos originais e normas de orientação clínica na base de dados PubMed/Medline. A pesquisa foi limitada a trabalhos publicados nos últimos 5 anos na língua portuguesa, inglesa, utilizando os termos MeSH "ginger", "nausea", "vomiting". Dos artigos resultantes foram selecionados aqueles enquadráveis no objetivo definido. Para avaliar o nível de evidência foi utilizada a escala SORT da American Family Physician.

**Resultados:** Após exclusão de 4 artigos, obteve-se um total de 7 artigos. Através dos artigos restantes, foi encontrado consenso quanto à utilidade do uso do gengibre nas grávidas, em conjunto com a terapêutica farmacológica (ondansetron, por exemplo) e não farmacológica (refeições leves e frequentes). No entanto, a evidência da eficácia foi limitada e não consistente, embora alguns estudos recentes apoiem o gengibre quando comparado com o placebo.

**Discussão/Conclusão:** Os Cuidados de Saúde Primários acompanham as grávidas em consulta, havendo uma percentagem significativa com queixas de náuseas e vômitos, principalmente no início da gravidez. Dada a alta prevalência destes sintomas, a utilização do gengibre aparenta ser uma opção terapêutica razoável e segura na melhoria desta sintomatologia neste contexto. Esta medida pode ser adjuvante a outras terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas, ao melhorar a qualidade de vida da grávida. No entanto, é necessário realizar mais estudos nesta área, com o intuito de avaliar melhor a existência de benefício do uso do gengibre nas náuseas e vômitos nesta população.

## O DISTÚRBIOS DO OLFATO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

TELMA NUNES LOPES, CRISTINA GONÇALVES COSTA, CARINA PEREIRA - USF OCEANOS - ULS MATOSINHOS

**Introdução:** O olfato é uma modalidade sensorial importante para funções básicas como orientação, alimentação, reconhecimento de perigo e socialização. Pelo menos 5% da população europeia sofre de algum tipo de disfunção olfativa. Apesar disso, este défice é frequentemente desvalorizado.

**Objetivo:** Pretendeu-se rever as principais causas dos distúrbios do olfato, descrever sintomas relacionados e fornecer informação sobre a gestão adequada dessas alterações nos Cuidados de Saúde Primários.

**Métodos:** Realizou-se uma pesquisa bibliográfica na base de dados PubMed, utilizando os termos MeSH: Distúrbios do Olfato, Disosmia e Diagnóstico. A pesquisa foi limitada a artigos publicados de 1 de Janeiro de 2011 a

de 2 de Dezembro de 2016, em Português e Inglês.

**Resultados:** Os distúrbios do olfato apresentam-se como um amplo espectro de entidades clínicas, existindo inúmeras causas identificadas para os mesmos. A gestão da disfunção olfativa baseia-se no diagnóstico etiológico e no tratamento dirigido à causa.

**Conclusão:** Como médicos de família, os distúrbios do olfato apresentam-se como um desafio diagnóstico. A abordagem e valorização dos sintomas torna-se fundamental para a deteção precoce destas alterações. Uma vez que muitos dos exames complementares não estão disponíveis nos Cuidados de Saúde Primários, o diagnóstico baseia-se essencialmente na semiologia. A necessidade de sistematização de conhecimentos levou à

criação de um algoritmo de abordagem dos distúrbios do olfato. Os distúrbios do olfato deverão ser pesquisados e reconhecidos pelos profissionais de saúde.

de dos Cuidados de Saúde Primários, a fim de proporcionar um melhor e mais atempado tratamento do doente.

## BASALIOMA DO CANAL AUDITIVO EXTERNO E SUA ABORDAGEM CIRÚRGICA

MAFALDA FERREIRA, FILIPA CARVALHO, JOANA PIRES, CATARINA FILIPE, MARIA DO CARMO MIGUÉIS, ANA MARGARIDA AMORIM, PEDRO TOMÉ - CHUC

**Introdução:** Basalioma ou carcinoma basocelular é o tipo de neoplasia cutânea mais comum da raça caucasiana. Tem origem nas células da camada basal da epiderme. Afeta principalmente indivíduos de pele clara, depois da 4ª década de vida, e que estão expostos cronicamente ao sol. Localiza-se preferencialmente nas áreas do corpo mais expostas ao sol (face, pescoço e dorso). Pode manifestar-se sob a forma de um nódulo rosado e brilhante de crescimento lento ou de uma ferida superficial sem tendência para a cura espontânea. O tratamento consiste na cirurgia, criocirurgia ou laser, e resulta quase sempre na cura do tumor.

**Caso:** Doente sexo feminino, 79 anos, recorreu à consulta do CHUC pelo surgimento de uma lesão a obstruir a entrada do canal auditivo externo direito causando hipoacusia ipsilateral. Foi feita biópsia da lesão com o subsequente diagnóstico de carcinoma basocelular. Com

o apoio do serviço de dermatologia foi realizada exérese do basalioma e margens de segurança de 3 mm e colocação de retalho pediculado retroauricular no local, num mesmo tempo cirúrgico. A doente recuperou totalmente após 15 dias pós-operatórios, com melhora subjetiva da hipoacusia associada.

**Conclusão:** O Basalioma é uma neoplasia cutânea comum. É localmente invasivo, mas com tendência a recidivar. Geralmente não dá lesões à distância. O tratamento nas fases iniciais é a cirurgia, tendo altas taxas de cura (~ 95%). No entanto, caso seja ignorado e for evoluindo sem tratamento pode tornar-se muito agressivo, invadindo os tecidos circundantes e podendo provocar grandes defeitos e mutilações sobretudo em certas áreas anatómicas tais como o nariz, pavilhões auriculares e pálpebras. Mesmo nestas fases a cirurgia deve ser considerada como 1ª opção.

## ARANDO NA PREVENÇÃO DAS CISTITES RECORRENTES NA MULHER: QUAL A EVIDÊNCIA

ANA RITA MARQUES, LUÍS BISMARCK - USF "A RIBEIRINHA" - ULS DA GUARDA

**Introdução:** As infeções do trato urinário (ITU) representam um problema comum nas consultas de Medicina Geral e Familiar. São frequentes em mulheres adultas e muitas apresentam cistites recorrentes. A crescente resistência aos antibióticos traduz a necessidade de terapêuticas profiláticas alternativas como o arando. O seu mecanismo de acção deve-se à inibição da adesão das fimbrias dos uropatógenos às células uroepiteliais e, assim, impedem a colonização e o crescimento bacteriano.

**Objectivo:** Rever a evidência acerca da eficácia do arando na prevenção das cistites recorrentes. **Métodos:** Pesquisa sistemática de artigos publicados entre Janeiro de 2012 e Abril de 2017 nas bases de da-

dos médicas Medline/Pubmed e sítios de Medicina Baseada na Evidência. Utilizou-se o termo MeSH "urinary tract infection", a palavra "cranberry" e os especificadores "prevention", e "recurrent".

**Resultados:** Com a pesquisa inicial foram identificados 98 artigos, dos quais sete cumpriam os critérios de inclusão. A revisão sistemática de Jepson concluiu que o arando não reduziu significativamente a ocorrência de cistites. Por outro lado a revisão de Wang concluiu que o arando reduziu as cistites recorrentes. Também nos ensaios clínicos os resultados foram contraditórios. Stapleton, em 2012, concluiu que o arando não diminuiu significativamente o número de cistites. Já Maki, em 2016, chega à conclusão que o arando diminuiu o nú-



mero de cistites recorrentes. Encontrou-se referência ao arando nas guidelines da Canadian Urological Association, da European Association of Urology e da Associação Portuguesa de Urologia. As duas primeiras referem que o arando apresenta evidência contraditória. Já a última refere que apesar da controvérsia, está recomendada a

ingestão de arando.

**Conclusão:** A evidência científica que suporta a eficácia do arando não é suficientemente robusta. Assim, apesar de ser promissor na profilaxia das ITU recorrentes, são necessários estudos de maior robustez para que possa ser recomendado na prática clínica.

## QUANDO A BIÓPSIA RENAL NO DIABÉTICO SURPREENDE

INÊS COELHO, FILIPE TEIXEIRA, JOANA COUTINHO, TEÓFILO YAN, RAQUEL CHORÃO, RUI ALVES FILIPE, CATARINA SANTOS, ERNESTO ROCHA - HOSPITAL AMATO LUSITANO

**Introdução:** A nefropatia diabética é a principal causa de doença renal terminal nas sociedades ocidentais. A nefropatia diabética caracteriza-se por proteinúria persistente, HTA, e declínio progressivo da função renal. No entanto os doentes diabéticos poderão ter outra causa de doença renal que não a diabética, não estando esta prevalência bem estabelecida. A biópsia renal no doente diabético é controversa e não é feita por rotina, sendo executada apenas em doentes seleccionados. **Caso Clínico:** Doente sexo masculino, 68 anos, antecedentes de DM tipo 2 com cerca de 10 anos de evolução com bom controlo metabólico, HTA, Dislipidémia. Referenciado a consulta de Nefrologia por proteinúria nefrótica (13 g em colheita de urina de 24h). O doente apresentava um quadro clínico compatível com síndrome nefrótica: presença de edema dos membros inferiores, proteinúria >3,5 g/dia, albumina sérica <3,5 g/dL e hipercolesterolemia. Do estudo complementar salienta-se ureia 70 mg/dL, creatinina 1,5 mg/dL, Hb A1c 6.1%, ratio proteínas/creatinina 10g/g, sedimento urinário inac-

tivo, electroforese das proteínas séricas e imunofixação sérica sem alterações, Complementos (C3 e C4) normais, sem actividade do factor reumatóide, ANA negativo, ANCA negativo, anti-MBG negativo, Marcadores virais (HCV, HBV e HIV) negativos. Fundoscopia sem alterações. Ecografia renal demonstrou rins de dimensões conservadas, com normal diferenciação parenquimo-sinusal. Realizou biópsia renal que revelou nefropatia membranosa estadio II. Anticorpo anti-receptor fosfolipase A2 positivo, que favorece a etiologia primária.

O doente iniciou terapêutica imunossupressora com ciclosporina e corticoterapia com remissão parcial da proteinúria.

**Conclusão:** A realização de biópsia renal em doentes diabéticos tem indicações específicas o que acaba por contemplar apenas uma pequena minoria dos doentes, sendo por isso necessário manter um elevado índice de suspeição clínica. É importante identificar estes doentes possibilitando o reconhecimento precoce da patologia, instituição de terapêutica e melhoria do prognóstico renal.

## VASCULITES ANCA COM ENVOLVIMENTO RENAL

INÊS COELHO, FILIPE TEIXEIRA, JOANA COUTINHO, TEÓFILO YAN, RAQUEL CHORÃO, RUI ALVES FILIPE, CATARINA SANTOS, ERNESTO ROCHA - HOSPITAL AMATO LUSITANO

As vasculites ANCA com envolvimento renal são doenças auto-imunes associadas a disfunção multissistémica. O envolvimento renal é comum e tem implicações no prognóstico. Após a introdução de corticoterapia e imunossupressores no tratamento da vasculite ANCA com envolvimento renal, a taxa de remissão precoce melhorou o prognóstico dos doentes. No entanto estas são doenças severas podendo os doentes evoluir para

doença renal terminal, com dependência de tratamento substitutivo da função renal.

Os autores apresentam a análise das características clínicas, laboratoriais, histológicas, bem como tratamento instituído, resposta observada e seguimento, dos doentes internados no Serviço de Nefrologia com vasculite ANCA com envolvimento renal confirmada por biópsia renal, no período de 10 anos.

## DOLOR LUMBAR BILATERAL INCOERCIBLE

BEATRIZ RODRÍGUEZ, HUGO ALMEIDA, MARTA DEL RIO, ALBA GARCIA, JAVIER POLO, ESTEFANÍA TOBAL, CARLOS VÁZQUEZ, DAMIAN GAJATE, ANDRÉ BARBOSA, MARIA JOSEFA GARCIA - COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

**Introducción:** La incidencia registrada de infarto renal es 0´007 - 1´4%. Sin embargo, se halla infraestimada, debido a su debut con clínica similar a otras patologías más prevalentes como nefrolitiasis o pielonefritis. La etiología más frecuente es tromboembolización (55´7%) de placa ateromatosa de aorta abdominal o trombosis in situ ya sea secundaria a patología cardíaca de base (fibrilación auricular), patología arterial renal (disección, trauma, PAN) o estados de hipercoagulabilidad (trombofilia). El 30% de los casos son idiopáticos. Clínicamente debuta como dolor sordo en flanco o abdominal difuso asociado a náuseas, vómitos +/- fiebre. También puede presentar elevación brusca de la presión arterial (por liberación aguda de renina) y signos de embolización a otros niveles. El gold estándar para el diagnóstico es el TAC con contraste. El tratamiento se basa en anticoagulación, terapia endovascular/cirugía abierta.

**Caso Clínico:** Mujer, de 57 años con antecedentes de HTA, TVP y fumadora (IPA 30). Acude al Servicio de Urgencias en 2 ocasiones en 2 semanas por dolor de inicio brusco en región glútea derecha irradiado a miembro

inferior. Cinco días después acude nuevamente por dolor en fosa renal derecha siendo valorada por el Servicio de Urología, realizándose urografía intravenosa sin objetivarse defectos en vía urinaria.

Actualmente consulta por dolor en fosa ilíaca derecha no irradiado, de intensidad 10/10 con vómitos de características biliosas. Se solicita TAC abdominal en el que se objetiva trombo mural ulcerado de 8 cms de longitud ocluyendo el 70% de la luz de la aorta abdominal y el 20% de la salida de la mesentérica inferior. Infarto renal izquierdo total e infarto del tercio medio del riñón derecho. El Servicio de Cirugía Vascular de Guardia desestima la intervención quirúrgica de la paciente, por lo que ingresa a cargo de Medicina Interna iniciándose anticoagulación con heparina sódica y controles periódicos de TTPA según protocolo.

**Conclusión:** Dada la gravedad de esta patología es importante incluirla en nuestro diagnóstico diferencial ante pacientes con estado de hipercoagulabilidad y clínica de posible cólico renal con afectación analítica de la función renal y LDH elevada, sin litiasis objetivable en prueba de imagen.

## ESPIROMETRIA NO DIAGNÓSTICO E VIGILÂNCIA DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

ANA RITA MARQUES, LUÍS BISMARCK, MARIANA MINA, RITA MAIA - USF "A RIBEIRINHA" - ULS DA GUARDA

**Introdução:** A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) constitui um importante problema de Saúde Pública. O sub-diagnóstico desta doença continua a afetar os dados de mortalidade e prevalência. A espirometria é o método mais reprodutível e objetivo de medir a obstrução do fluxo aéreo para o diagnóstico da DPOC. Ainda assim, nem todos os médicos de família têm acesso à mesma ou apresentam dificuldades na sua execução e/ou interpretação. Também na vigilância do doente com DPOC é critério de qualidade a avaliação do FEV1 a cada 3 anos.

**Objetivos:** Verificar a utilização da espirometria no diagnóstico dos utentes com DPOC e o registo de pelo menos um FEV1 nos últimos 3 anos.

**Metodologia:** Estudo retrospectivo, na população de utentes da USF "A Ribeirinha" com o diagnóstico de DPOC recolhido a partir do MIM@UF®. Analisou-se o uso de espirometria para o diagnóstico e o registo de pelo

menos um FEV1 nos últimos 3 anos.

**Resultados:** São seguidos na USF "A Ribeirinha" 212 utentes com diagnóstico de DPOC. A média de idades é de 68,4 anos e a maioria são homens (56.6%). Apenas 49% dos diagnósticos de DPOC têm em conta a espirometria. Segundo o indicador SIARS (nº 2013.049.01) 31.1% dos utentes tem registo de FEV1 nos últimos 3 anos mas como 30.2% frequenta a consulta de Pneumologia 47.6% dos utentes tem efetivamente avaliação do FEV1.

**Conclusão:** Muitos doentes com DPOC são ainda incorretamente diagnosticados. Existe uma grande necessidade de envolvimento dos médicos de família, uma vez que os novos casos de DPOC podem ser ainda pouco sintomáticos e os doentes frequentemente subestimam os seus sintomas. A espirometria deve ocupar o seu lugar nas histórias clínicas, e integrar os registos clínicos de forma a tornar-se uma ferramenta transversal aos cuidados de saúde primários e secundários.

## VACINAÇÃO NA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA: REALIDADE DE UMA UNIDADE DE SAÚDE

ANA RITA MARQUES, LUÍS BISMARCK, MARIANA MINA, RITA MAIAUSF "A RIBEIRINHA" - ULS DA GUARDA

**Introdução:** A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) constitui um importante problema de Saúde Pública. As exacerbações são a maior causa de morbi-mortalidade sendo a maioria desencadeada por infeções respiratórias adquiridas na comunidade. Assim, e de acordo com as normas de boa prática clínica e mais concretamente da Direção Geral de Saúde todos os utentes com DPOC devem fazer, anualmente, a vacina da gripe (Nível de evidência A, grau de recomendação I). A vacina pneumocócica é igualmente recomendada (Nível de evidência B, grau de recomendação I).

**Objetivos:** Verificar a vacinação dos utentes com diagnóstico de DPOC vigiados na USF "A Ribeirinha".

**Metodologia:** Estudo retrospectivo, na população de utentes da USF "A Ribeirinha" com o diagnóstico de DPOC. Analisou-se a vacinação de cada utente (vacina da gripe e pneumocócica).

**Resultados:** São seguidos na USF "A Ribeirinha" 212

utentes com diagnóstico de DPOC registado. A média de idades é de 68,4 anos e a maioria são homens (56.6%). Excluímos 11 por se tratarem nitidamente de erros de codificação ou por serem utentes não vigiados na USF. Apenas 39.8% dos utentes é vacinado anualmente contra a gripe. Relativamente á vacinação antipneumocócica 9.5% dos utentes fez a vacina polissacárida de 23 valências e 9% a vacina polissacárida conjugada de 13 valências. **Conclusão:** A vacinação dos utentes com DPOC com vacina da gripe e antipneumocócica reduz o número de exacerbações, necessidade de hospitalização e mortalidade. Segundo alguns estudos, a vacinação com as duas vacinas produz um efeito aditivo e é capaz de reduzir as exacerbações mais eficazmente. No entanto, e apesar da evidência confirmada, as taxas de vacinação ainda são muito baixas. O Médico de Família tem um papel fundamental no incentivo da vacinação através da divulgação, informação e da prescrição da imunização.

## RESPIRAR DE NOVO

LUCIANA PAULO, PEDRO BELO, TIAGO CARVALHO - UCSP FUNDÃO, CENTRO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DOS TRÊS POVOS

**Introdução:** A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma das doenças respiratórias mais prevalentes representando uma das principais causas de morbilidade crónica, perda de qualidade de vida e mortalidade, estando previsto o seu aumento nas próximas décadas. Entre as estratégias que previnem o declínio da função pulmonar encontra-se a reabilitação respiratória.

**Caso Clínico:** Doente de 81 anos, do género masculino, residente em lar, parcialmente dependente para as actividades da vida diária, com antecedentes pessoais de DPOC com oxigenoterapia de longa duração, lobectomia à direita e tabagismo. Recorre ao Serviço de Urgência (9/4/2014) por DPOC agudizada e infecção respiratória, com insuficiência respiratória parcial. Após internamento com resolução da infecção, tem alta com optimização da terapêutica e indicação para realização de ventilação não invasiva, oxigenoterapia e reabilitação respiratória. Iniciou reabilitação respiratória, com melhoria da

dispneia e da restante condição física, ao longo dos últimos três anos. Passou de um grau de dependência total para parcial (segundo escala de Barthel), as saturações médias de oxigénio aumentaram de 85% para 91% e na prova de marcha de 6 minutos aumentou de 9 para 21 voltas nas paralelas.

**Conclusão:** Este caso salienta a importância da intervenção multidisciplinar no tratamento do doente com patologia respiratória. Aliada a uma terapêutica farmacológica optimizada, a reabilitação pulmonar em doentes com DPOC permite uma diminuição da dispneia com aumento da tolerância a esforços, viabilizando um aumento da qualidade de vida e o ultrapassar de restrições de actividade. Propicia ainda uma melhoria da função emocional, reduzindo os níveis de ansiedade e depressão. Observa-se assim uma redução do número de hospitalizações e dos custos com o tratamento.

## NEOFORMACIÓN EN PRUEBA DE IMAGEN NO ES SINÓNIMO DE CÁNCER

IGNACIO MORENO DE JUAN, PELAYO FERNÁNDEZ PALACIO, CARLOS PÉREZ VÁZQUEZ, IVÁN CUESTA BERMEJO, JAVIER POLO BENITO, ESTEFANÍA TOBAL VICENTE, BEATRIZ RODRÍGUEZ ALONS, IRIS RIERA CARLOS, ANA FUENSANTA MARTÍNEZ MARÍN - COMPLEJO HOSPITAL UNIVERSITARIO SALAMANCA

Varón de sesenta y tres años con antecedentes de lobectomía de lóbulo inferior izquierdo (LII) por tuberculosis pulmonar hace veinticinco años, válvula aórtica mecánica. EPOC moderado y alteración ventilatoria restrictiva que acudió a la consulta de Neumología tras neumonía en LII. En el momento de la consulta el paciente se encontraba afebril y sin otra semiología que escasa tos con expectoración habitual en ocasiones verdosa, pese a lo que la evolución radiológica no era favorable, por lo que se solicitó una TAC de tórax que puso de manifiesto un engrosamiento irregular de 25x25 mm con estenosis distal de bronquios del culmen asociando atelectasia con calcificaciones irregulares periféricas y una formación de aspecto quístico denso con extensión a pleura y engrosamiento pleural, que podría corresponder a neoformación. Estos hallazgos no estaban presentes en estudios previos.

Sedecidió ampliar estudio con Broncoscopia (microbiología y anatomía patológica negativas) y PET-TC masa densa con calcificaciones puntuales de morfología irregular en las regiones basales del pulmón

residual izquierdo de 3.4 x 3.3 cms con bordes anfractuados y espiculados, y con metabolismo glicídico elevado que sugiere etiología neoplásica. Se realizó una segunda broncoscopia, sin hallazgos endoscópicos distintos de la primera, en la que se realizaron de nuevo biopsias bronquiales, cepillado citológico y punciones transbronquiales y recogida de broncoaspirado. Las muestras fueron negativas para malignidad pero se hallaron colonias e hifas de *Actinomyces*. Se descartó la posibilidad de contaminación oral, por aparecer las hifas mezcladas con macrófagos alveolares y células bronquiales. Ante el hallazgo descrito se inició tratamiento con Doxiciclina y terapia inhalada con antimuscarínicos de larga duración y broncodilatadores de corta duración con importante mejoría clínica. En los sucesivos TAC de control se objetivó una disminución notable de la lesión.

Conclusion: ante un paciente con alta sospecha de neoplasia no se deben olvidar las causas infecciosas como posible etiología de las alteraciones en las pruebas de imagen.

## FIEBRE, DISNEA Y LEUCOPENIA EN PACIENTE JOVEN

DANIEL GARCÍA MORENO, CARLOS PÉREZ VÁZQUEZ, PABLO ÁLVAREZ VEGA, PELAYO FERNÁNDEZ PALACIO, IGNACIO MORENO DE JUAN, MIGUEL TURÉGANO YEDRO, IVÁN CUESTA BERMEJO, JAVIER POLO BENITO, ESTEFANÍA TOBAL VICENTE, BEATRIZ RODRÍGUEZ ALONS COMPLEJO HOSPITAL UNIVERSITARIO SALAMANCA.

Mujer de treinta y nueve años. Sin alergias medicamentosas conocidas.

Exfumadora desde hace 8 años. IPA: 5. Hernia cervical C5-C6 y dorsales mediales. Sacroileitis derecha. Paresia facial izquierda. Como tratamiento habitual tomaba anticonceptivos orales.

Acude a urgencias tras 8 días de fiebre hasta 40°C, disnea de mínimos esfuerzos, tos y expectoración blanquecina, aunado dolor en costados de predominio izquierdo. El día de la consulta presentó un esputo hemoptóico de escasa cuantía. Además refería artralgias en muñecas y tobillos; mialgias en pantorrillas de ambas EEII. Desde noviembre presentaba episodios intermitentes de infecciones respiratorias tratadas con antibioterapia e inhaladores, que se resolvían completamente. En la exploración física presenta buen estado

general aunque precisaba oxigenoterapia suplementaria para mantener saturación de oxígeno 90%. Afebril. Se realizaron las siguientes pruebas complementarias:

Analítica de sangre: intensa leucopenia  $2.85 \times 10^3/\mu\text{L}$  con neutropenia: 30,1% y linfocitosis 61,1%, proteína C reactiva 4.68mg/dL encontrándose el resto de los valores de la analítica dentro de la normalidad. Frotis sanguíneo: se confirmó que las alteraciones en la serie blanca se debían a un proceso reactivo.

Radiografía de tórax: no se observaban alteraciones significativas. TAC de tórax: Se observaron áreas de consolidación y de aumento de densidad en vidrio deslustrado de predominio peribroncovascular y subpleural en ambos hemitórax, lo que sugería como primera posibilidad neumonía organizada vs neumonía eosinófila, siendo menos probable un proceso



infeccioso.

Exudado nasal para VSR y de esputo para bacterias, micobacterias, hongos y virus.

También se realizaron serologías de VIH y de patógenos respiratorios atípicos siendo todas negativas. La serología en esputo resultó ser positiva para virus influenza H1N1, por lo que se estableció el diagnóstico.

Se estableció el diagnóstico de neumonía por virus

influenza H1N1. Se mantuvo el tratamiento con Oseltamivir presentando la paciente buena evolución clínica, radiológica y analítica por lo que se decidió dar el alta hospitalaria.

Conclusion: ante un caso de clínica respiratoria y fiebre asociada a leucopenia se debe sospechar virus H1N1 como agente etiológico, que a veces puede simular imágenes de neumonía organizada en el TAC.

## SÍNDROME DA DOR REGIONAL COMPLEXA EM IDADE PEDIÁTRICA

PEDRO CAETANO, JOSÉ VILAÇA, IOLANDA VIVEIROS, PEDRO FIGUEIREDO - SERVIÇO DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO - HOSPITAL PEDIÁTRICO DE COIMBRA

**Introdução:** A Síndrome da dor regional complexa (SDRC) é uma síndrome complexa de dor neuropática, pós traumática, regional, que afeta um ou mais membros, associada a alterações dos sistemas vascular e músculo-esquelético e da pele, que condiciona incapacidade física e disfunção psicossocial. O diagnóstico é clínico, não existindo um exame diagnóstico específico. Em pediatria a síndrome é subestimada e subdiagnosticada, sendo que apresenta características clínicas e fisiopatológicas diferentes dos adultos. A atuação terapêutica precoce é essencial para a obtenção de um bom resultado funcional.

**Caso clínico:** Doente do sexo feminino, 15 anos, encaminhada para consulta de Medicina Física e de Reabilitação após história de luxação externa da patela em Outubro de 2016. Na consulta, a doente referiu queixas algícas localizadas ao joelho direito, com limitação da mobilidade segmentar, incapacidade para a marcha e cinesiofobia. Ao exame físico, o joelho apresentava-se com alteração da coloração, hipersudorese e diminui-

ção da temperatura. Foi então implementado plano de reabilitação específico para o joelho direito, com o objetivo de promover a utilização do membro e minimizar/evitar cronicidade. O plano incluiu a realização de um plano específico de fisioterapia, hidrocinestoterapia e técnicas de reabilitação psicomotora. Foi requerido o seguimento em pedopsiquiatria. Por persistência da rigidez articular foi realizada manipulação do joelho sob bloqueio anestésico periférico e administração intra-articular de corticoide. A doente foi reavaliada mensalmente. Ao 6º mês de tratamento apresentou melhoria das queixas algícas e retoma funcional progressiva da marcha e da atividade desportiva.

**Conclusão:** Em pediatria o diagnóstico de SDRC é difícil e tardio devido à baixa suspeição clínica e à escassa informação dada pelos meios complementares de diagnóstico. A implementação de um programa de reabilitação multidisciplinar, precoce associado à terapêutica farmacológica, é essencial para um prognóstico positivo.

## INTERCALAR PARACETAMOL E IBUPROFENO NA FEBRE EM IDADE PEDIÁTRICA: QUAL A EVIDÊNCIA?

ANA COELHO<sup>1</sup>, ANA CAROLINA FERNANDES<sup>2</sup>, MARIA JOÃO NASCIMENTO<sup>1</sup> - <sup>1</sup>USF D. FRANCISCO DE ALMEIDA, <sup>2</sup>USF SANTA MARIA - TOMAR

**Introdução e objetivo:** Muitos médicos e cuidadores recorrem a antipiréticos para minimizar o sofrimento, e para evitar que a criança perca o apetite durante a febre. Dado que o paracetamol e o ibuprofeno têm diferentes mecanismos de ação é possível que sejam mais eficazes juntos do que quando usados isoladamente. O objetivo

deste trabalho é rever a evidência disponível acerca do uso intercalado destes dois medicamentos no alívio da febre em idade pediátrica.

**Metodologia:** Pesquisa na base de dados Pubmed com os descritores MeSH: "Paracetamol", "Ibuprofen", "Children" e "Fever". Limitou-se a pesquisa a artigos es-

critos em inglês, português e espanhol, publicados nos últimos 10 anos, do tipo ensaio clínico, caso-controle, meta-análise e revisão sistemática. Para avaliar o nível de evidência foi utilizada a escala SORT da American Family Physician. Resultados: Da pesquisa efetuada resultaram 28 artigos, dos quais se selecionaram 6: 3 ensaios clínicos e 3 revisões sistemáticas. Dois dos ensaios clínicos defendem que há alguma evidência de que ambos os antipiréticos alternados possam ser mais eficazes na redução de temperatura em relação ao uso isolado de paracetamol, não sendo o mesmo confirmado em relação ao ibuprofeno. Contudo, esta melhoria observada foi modesta e de curta du-

ração. Por sua vez, o outro ensaio clínico sugere que combinados, o ibuprofeno e paracetamol são capazes de possuir uma maior capacidade antipirética do que o ibuprofeno isolado. As 3 revisões sistemáticas não encontraram nenhuma evidência para apoiar o uso de antipiréticos alternados.

Discussão: Os resultados não são consensuais quanto ao benefício do uso intercalado de paracetamol e ibuprofeno na febre em crianças (SORT B). Considera-se necessária a realização de mais estudos nesta área, permitindo avaliar com maior acuidade a existência de benefício desta abordagem.

## MONONUCLEOSE INFECIOSA NA INFÂNCIA - CASO CLÍNICO

CÁTIA NUNES, CARLA SILVA - USF CONDEIXA

**Introdução:** Mononucleose infecciosa (MI) é uma doença transmissível, essencialmente causada pelo vírus Epstein-Barr (EBV), que afeta maioritariamente adolescentes e adultos jovens. As manifestações clínicas incluem febre, faringite ou amigdalite e adenopatias, associadas a fadiga, hepatoesplenomegalia, linfocitose atípica e alteração das provas hepáticas. Muitas vezes subclínica na infância. Geralmente a doença é auto-limitada e o tratamento é sintomático.

**Caso clínico:** Menina de 5 anos, família nuclear, classe social média alta, estadio III do Ciclo de Duvall. Antecedentes de amigdalites bacterianas de repetição. Recorreu à consulta aguda (CA) do Centro de Saúde (20/09/2016) por febre em D3, odinofagia e cervicalgia posterior, tendo sido observado hiperemia marcada e hipertrofia amigdalina com exsudato purulento e adenopatias cervicais bilaterais. Foi medicada empiricamente com amoxicilina 50mg/kg/dia, 7 dias. Em D9 de doença e D7 de antibiótico volta à CA, por manter febre, astenia, anorexia e ter iniciado dor abdominal. Ao EO mantinha hipertrofia e hiperemia amigdalina e adenopatias cervicais em conglomerado. O abdómen estava globoso, com desconforto à palpação profunda e hepatomegalia. Por suspeita de MI e dado o

estado clínico é referenciada ao Serviço de Urgência (SU) Hospitalar, onde foram realizadas colheitas: Hemograma, VS, PCR, TGO/TGP, LDH, Serologias EBV, Hemoculturas e Urocultura. Apresentava leucocitose com linfocitose discreta (esfregaço: pleomorfismo linfocitário), TGO 517UI/L, TGP 549UI/L e LDH 2483U/L, positiva para EBV. Manteve seguimento na Consulta de Agudos no Hospital, por MI com hepatite para reavaliação clínica e vigilância. O tratamento foi sintomático, com evicção de esforço físico intenso. Manteve febre até D14, mantendo astenia durante um mês. Teve alta da consulta a 24/11/2017, assintomática e com melhoria das provas hepáticas: TGO 43UI/L, TGP 49UI/L, GGT 19.

**Conclusão:** Apesar da MI ser geralmente auto-limitada e com bom prognóstico, esta pode afetar a rotina diária, com diminuição da produtividade escolar e estar associada a complicações ligeiras, como a lesão hepática, ou significativas, como hepatite aguda sintomática, alterações neurológicas, hematológicas, ruptura esplénica e obstrução vias aéreas superiores. O médico de família apresenta um papel importante na suspeição atempada do diagnóstico e orientação, em situações cujas as manifestações clínicas apareçam em grupos etários não habituais.

## ESTUDO SOMATOMÉTRICO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES MEDICADOS COM METILFENIDATO: ESTUDO CASO-CONTROLO

JOSÉ ABREU FERNANDES, ADRIANA FORMIGA, PEDRO ARMINDO CUNHA, ARMINDA JORGE - CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA

**Introdução:** O metilfenidato é considerado o fármaco de primeira linha no tratamento dos principais sintomas inerentes à Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA). O conhecimento sobre os efeitos da sua utilização crónica no crescimento estatura-ponderal e tensão arterial são insuficientes.

**Objetivo:** Avaliação do efeito do metilfenidato no crescimento e tensão arterial de crianças e adolescentes seguidas no Centro Hospitalar da Cova da Beira (CHCB). **Métodos:** Estudo retrospectivo comparativo de crianças e adolescentes seguidos na Consulta Externa de Desenvolvimento de Pediatria no CHCB. Foram recolhidos dados anuais somatométricos (peso, altura, tensão arterial sistólica e diastólica) e calculado o índice de massa corporal (IMC). Os dados foram convertidos em score padrão corrigido para género e idade (Z-score) usando as normas do Center for Disease Control and Prevention (CDC). **Resultados:** Incluídos 319 indivíduos (idade média  $7,38 \pm 2,72$  anos; 225 rapazes): 155 crianças medicadas com metilfenidato (idade média  $8,89 \pm 1,77$  anos; 127 rapazes) e 164 que não realizavam qualquer medicação

crónica (idade média  $5,97 \pm 2,69$  anos; 98 rapazes) que constituem o grupo controlo. Os Z-score do peso apresentaram um decréscimo estatisticamente significativo ( $p < 0,05$ ) no grupo a realizar metilfenidato em relação ao grupo controlo nos primeiros 5 anos de tratamento. Em relação à altura o mesmo efeito apenas se verificou no primeiro ano após a instituição da terapêutica ( $p < 0,001$ ). Em relação ao IMC verificou-se uma diminuição estatisticamente significativa do Z-score ( $p < 0,05$ ) ao longo dos 5 anos iniciais, com exceção do 2º ano. No estudo dos perfis tensionais observou-se uma tendência para uma variação positiva dos Z-score das crianças medicadas, sendo esta relação estatisticamente significativa no primeiro ano de seguimento.

**Conclusões:** Os resultados sugerem que o metilfenidato infere negativamente nos Z-score do peso, altura e IMC, assim como condiciona uma tendência para perfis tensionais mais altos. Reforça-se a importância da vigilância adequada da somatometria e tensão arterial das crianças/adolescentes ao longo do tratamento com este fármaco.

## ALEITAMENTO MATERNO - REALIDADE DOS ÚLTIMOS 3 ANOS NOS SERVIÇOS DE OBSTETRÍCIA/PEDIATRIA DO HAL

JOÃO FIGUEIREDO, JÚLIO RAMOS - ULSCB - UCSP S. MIGUEL

**Introdução:** Em Portugal, as taxas de aleitamento materno (AM) exclusivo aos 6 meses de idade e de AM complementar até aos 2 anos ficam muito aquém do desejável. O leite materno (LM) é o alimento ideal para os recém-nascidos (RN), sendo o único específico para a espécie humana, pois contém o balanço ideal de nutrientes para o lactente e adapta-se às necessidades deste, mudando fisiologicamente a sua composição – desde o colostro ao leite maduro.

**Objetivo:** Avaliar os fatores relacionados com a iniciação do AM e leite adaptado (LA).

**Métodos:** Estudo retrospectivo de análise dos boletins de RAM (Registo de Aleitamento Materno) e dos pro-

cessos clínicos digitais referentes aos partos ocorridos entre 2014 e 2016 no serviço de Ginecologia/Obstetrícia do HAL.

**Resultados:** Foram analisados 1088 processos e boletins. Verificaram-se 1085 nascidos vivos, 53% dos quais do sexo feminino. O ano de 2016 foi aquele em que se registou maior número de nascimentos (397). A idade materna mais frequente inclui o escalão 30-40 anos, no entanto foi no grupo etário 40-50 anos que se observou maior percentagem de AM. Cerca de 39% dos RN que residem em local urbano cumpriram AM durante o internamento. Relativamente às múltiparas, 46% dos seus RN consumiram LM durante o internamento. Quanto ao

tipo de parto, no parto eutócico existe uma maior percentagem de AM. Nos partos pré-termos, observou-se que 31% destes RN cumpriram AM durante o internamento. O leite adaptado foi mais prevalente nos turnos de enfermagem do período da tarde e noite. Após o parto, 71% dos RN cumpriram AM na 1ª hora de vida. A introdução do LA é feita, na maior parte dos casos no 1º dia de vida, bem como no turno de enfermagem da

noite. Pode-se constatar que o internamento na UCERN, a perda ponderal e a má pega foram os principais motivos para a introdução do LA.

Conclusão: Podemos afirmar que a idade materna avançada está associada a um aumento da percentagem de AM, assim como o parto de termo e eutócico. A promoção do AM deve incidir na correção/evicção dos motivos que motivaram o LA.

## FEBRE ESCARO-NODULAR - UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA

ANA CATARINA LUCAS, VÂNIA PINTO, CELINA ROSA - ACES COVA DA BEIRA - UCSP DE BELMONTE

**Introdução:** A febre escaro-nodular é provocada pela *Rickettsia conorii*, uma bactéria transmitida acidentalmente ao homem pelo artrópode *Rhipicephalus sanguineus* (carraça do cão), ocorrendo sobretudo nos meses quentes e zonas rurais. As crianças são um grupo vulnerável pelo contacto com animais, solo e natureza. Tem um período de incubação médio de 3 a 7 dias ao qual se seguem as manifestações clínicas. A tríade clássica diagnóstica é caracterizada por febre alta, exantema (com atingimento palmo-plantar) e escara de inoculação. A febre escaro-nodular é uma doença de declaração obrigatória.

**Caso Clínico:** Menina, 4 anos de idade, sem antecedentes relevantes. Recorreu à consulta em Abril/2017 acompanhada pela avó, por exantema cutâneo localizado com uma semana de evolução, após picada por carraça há 2 semanas quando brincava em parque infantil ao ar livre. Referiu episódio de febre durante 3 dias, 7 dias após a picada, que cedeu a paracetamol. Negava outras queixas. Ao exame objetivo apresentava-se apirética, com

exantema cutâneo maculo-papular rosado, não pruriginoso, localizado à região nadegueira esquerda e dorso à direita. No couro cabeludo era visível lesão tipo "tache noir", embora não muito característica, com 6mm na região parietal direita, e adenopatia satélite na região cervical direita ligeiramente dolorosa a palpação. Perante suspeita diagnóstica de febre escaro-nodular foi contactado serviço de Pediatria para esclarecer necessidade de confirmação laboratorial, sendo sugerido medicar de imediato com azitromicina. Voltou 1 semana depois para reavaliação, com melhoria do quadro clínico.

**Conclusão:** Este caso demonstra a importância da história clínica e dados epidemiológicos para o diagnóstico, perante uma apresentação clínica menos típica. Embora a investigação laboratorial fosse útil para confirmação diagnóstica, após discussão do caso com a Pediatria foi decidido medicar em conformidade com a suspeita clínica. A doxiciclina é considerada a terapêutica de eleição, sendo a azitromicina uma alternativa em crianças pequenas.

## À PROCURA DA ESCARA

MIGUEL MARTINS, CONSTANÇA SANTOS, NUNO LOURENÇO, ARMINDA JORGE, PAULO LOPES - CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA

**Introdução:** A febre escaro-nodular (FEN) faz parte do grupo das rickettsioses humanas e é causada pela *Rickettsia conorii*. É uma zoonose endémica em Portugal, o principal vetor é a carraça do cão e o ser humano um hospedeiro acidental. Ocorre principalmente nos meses quentes da Primavera e Verão e caracteriza-se por vasculite generalizada originada a partir do local da picada. As crianças são um grupo suscetível porque mantêm relação mais próxima com animais domésticos e

contato com o solo. A faixa etária mais atingida é entre os 1-4 anos, sendo incomum em lactentes.

**Caso Clínico:** Lactente, 2 meses, sexo feminino, etnia cigana, sem antecedentes perinatais relevantes, recorreu ao Serviço de Urgência no mês de Julho por irritabilidade, febre não quantificada e exantema com 1 dia de evolução. À observação com boa vitalidade, temperatura axilar 38 °C, exantema máculo-papular generalizado com atingimento das palmas das mãos e escara isolada no



couro cabeludo. Contexto de habitação com poucas condições de salubridade e higiene e contato frequente com cães e gatos. Internada pelo risco social e para antibioterapia. Avaliação analítica sem alterações, hemocultura e serologias para *Rickettsia* negativas. Boa evolução clínica com apirexia desde o 2º dia de internamento, mas situação social complicada com necessidade de intervenção.

Conclusão: O diagnóstico inicial de FEN assenta em critérios epidemiológicos e clínicos, sobretudo na presen-

ça de escara. O diagnóstico diferencial numa fase precoce com outras infeções um desafio clínico. A serologia pode permanecer negativa nas primeiras 2 semanas, não sendo útil em fase aguda. Numa era de cada vez maior dependência dos exames complementares de diagnóstico este caso demonstra a importância da clínica. Assim, o reconhecimento de exantema característico associado às condições socioeconómicas conduziu à suspeita clínica e procura de escara para confirmar um diagnóstico que é invulgar na lactância.

## DOENÇA DE PEYRONIE - UM CASO CLÍNICO

PEDRO GABRIEL, SARA ÉVORA - USF MATRIZ - ACES ALENTEJO CENTRAL

**Introdução:** A Doença de Peyronie (DP) define-se como uma anormalidade adquirida do pénis devido a fibrose da túnica albugínea. É uma patologia pouco frequente, afectando 0,4 a 3% dos homens adultos, maioritariamente entre os 40 e 60 anos.

A clínica inclui um encurvamento ou deformação do pénis durante a erecção, associada a encurtamento peniano, erecção dolorosa ou a presença de um ou mais espessamentos ou nódulos penianos, por vezes palpáveis. A DP pode-se associar também a disfunção erétil. A etiologia não é clara. Entre as possíveis causas incluem-se traumatismo peniano, (pequenas lesões seguidas de uma cicatrização anormal), doença auto-imune, anomalias do colagénio e medicação, como os beta-bloqueantes. **Descrição de Caso:** Homem de 66 anos, com antecedentes de Síndrome Vertiginosa e Hipertrofia Benigna da Próstata (HBP), medicado com Beta-Histina 16mg e Silodosina 8mg. Em Outubro de 2016 foi observado em consulta programada onde referiu ter notado desde há 2 meses um "nódulo na base do pénis" (sic) e dor peniana com a

erecção que vinha a agravar. À observação de referir: pequeno nódulo palpável na região proximal do dorso do pénis não erecto, com cerca de 3 mm, móvel, não doloroso. Em Novembro de 2016 recorreu a consulta de Urologia (onde era já seguido por HBP) onde foi confirmado o diagnóstico de Doença de Peyronie e foi proposto tratamento cirúrgico, que o utente recusou. Em alternativa foi proposto tratamento injectável, que aceitou.

**Discussão:** A Doença de Peyronie é uma patologia que pode ter um impacto profundamente negativo na vida afetiva do homem e do casal, por se poder associar a disfunção erétil e a relação sexual dolorosa. Deste modo poderá também afectar a qualidade de vida, com impacto tanto a nível psicológico como social, com sintomas depressivos, isolamento social ou dificuldades de relacionamento. Devido ao Médico de Família constituir por excelência o primeiro contacto do utente com os Serviços de Saúde, tem um papel muito importante na identificação e encaminhamento precoce destes doentes para uma abordagem terapêutica eficaz.

## UM ODOR INTENSO NA URINA, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

JOAQUIM CABRAL NUNES, RUI GONÇALVES, MARIA DE JESUS CLARA - USF A RIBEIRINHA - ULS GUARDA

**Introdução:** Os espargos são um dos alimentos da moda, contudo algumas pessoas relatam que após a sua ingestão, a urina adquire um odor intenso desagradável, sulfuroso, semelhante a couve cozida. Este facto tem sido mencionado ao longo dos anos na literatura, e embora seja uma consequência normal, continua a inquietar frequentemente as pessoas, que desconhecem o

fenómeno e que, por conseguinte, recorrem aos cuidados de saúde. Atualmente, os dados existentes indicam que o ácido asparagúsico, exclusivo dos espargos, é o precursor dos metabólitos sulfurosos voláteis na urina responsáveis pela génese desse odor característico. **Caso Clínico:** Homem, 24 anos de idade, com antecedentes relevantes de hidrocelo e varicelo esquerdo,

recorre à Consulta de Saúde do Adulto por odor intenso na urina com 4 dias de evolução. Negava febre, disúria, polaquiúria, urgência miccional, hematúria. O quadro clínico teve início durante as suas férias em Espanha. Questionado, referiu consumo diário de espargos durante esse período. Exame objetivo sem alterações relevantes. Admitiu-se urina com odor intenso em provável relação com ingestão de espargos, não tendo iniciado antibioterapia. No entanto, colheu-se urocultura. Uma semana depois recorre novamente à consulta, já assintomático, para

mostrar o resultado, que se revelou negativo, confirmando assim a hipótese diagnóstica previamente formulada. Conclusão: A alteração do odor da urina é muitas vezes um sintoma característico de infeção do trato urinário, no entanto, para estabelecer o diagnóstico é fundamental a colheita da história clínica completa, do exame objetivo e por vezes de exames complementares de diagnóstico. Neste caso particular, a reunião de todos estes fatores foi decisiva para a correta apreciação e orientação do caso, assim como para a tranquilização do utente.

## MELANOMA DE EXTENSÃO SUPERFICIAL

ESTEFANÍA TOBAL VICENTE, CARLOS PÉREZ VÁZQUEZ, JAVIER POLO BENITO, DANIEL GARCÍA MORENO, BEATRIZ RORÍQUEZ ALONSO, ÁNGELE LAFONT ALCALDE, LIDIA ANASTASIA ALVARADO, MARTA DEL RÍO, MARÍA AUXILIADORA ORDÓÑEZ SÁNCHEZ - CENTRO DE SALUD CONDESA / COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

**Introducción:** El melanoma es el tumor cutáneo más agresivo por su enorme capacidad metastatizante. Se trata de una neoplasia derivada de los melanocitos y puede aparecer en cualquier localización donde existan éstos. Lo más frecuente es que aparezcan sobre piel sana pero existen degeneraciones melanocíticas que tienen mayor capacidad de degenerar a melanoma (nevus congénito gigante y nevus displásico). La exposición solar (principalmente quemaduras en la infancia), los fototipos claros, así como los antecedentes familiares son factores de primer orden para su desarrollo. Existen varias formas clínico-patológicas que se diferencian principalmente en su epidemiología, localización y etiología. El diagnóstico y tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica precoz. El factor pronóstico más importante es el grado de invasión vertical o Índice de BRESLOW, más utilizado que los niveles de CLARK.

**Caso clínico:** Varón 82 años, NAMC, hipertenso, diabético con antecedente de cáncer de colon intervenido hace varios años, acude por lesión cutánea hiperpigmentada localizada en región dorsal derecha de varios meses de evolución que ha cambiado de aspecto en las últimas semanas tras iniciar prurito intenso y proceso inflamatorio

posterior. Comenzó a utilizar Peitel por cuenta propia. Exploración física: Pápula marronácea de bordes irregulares e hiperpigmentación en centro que no se puede diferenciar con exactitud si se trata de hematoma secundario a tratamiento con Peitel o si en realidad es la evolución natural de la lesión. No adenopatías regionales. Ante la sospecha de lesión maligna se decide extirpación para biopsia de la misma.

**\*Anatomía Patológica:** Melanoma de extensión superficial. Nivel de CLARK: III. Índice de BRESLOW: 0,97MM. Bordes Quirúrgicos libres de afectación. Se deriva al paciente de forma urgente a dermatología. Diagnóstico diferencial: -Melanoma; -Metástasis

Cutánea; -Carcinoma epidermoide; Queratosis Seborreica irritada

**Conclusión:** Ante un paciente que consulta por una lesión cutánea que ha experimentado cambios en las últimas semanas (Asimetría, bordes, color, tamaño, elevación) es importante descartar la presencia de melanoma dada la malignidad del mismo y por tanto se puede considerar una urgencia dermatológica y es necesario su extirpación precoz y posterior biopsia.

## DEMÊNCIA OU PSEUDODEMÊNCIA, EIS A QUESTÃO

ANA SEQUEIRA, JOANA FERNANDES, VITOR SANTOS - UCSP COVILHÃ - ACES COVA DA BEIRA

**Introdução:** A Demência e a Depressão são patologias prevalentes nos idosos (6 e 12%, respetivamente). Nas fases iniciais da Demência, o quadro clínico pode sugerir uma Depressão. Por outro lado, a Depressão pode mimetizar os défices cognitivos presentes na Demência,

sendo por isso designada por Pseudodemência. Dada a reversibilidade da Pseudodemência, é crucial a distinção entre as duas entidades.

**Caso Clínico:** Homem, de 77 anos, reformado, doze anos de escolaridade, viúvo, com quatro filhos, atualmente a re-

residir em Centro Sociocultural. Apresenta antecedentes pessoais de Hipertensão, Diabetes Mellitus, Hipoacusia, Carcinoma da Próstata e Depressão (falecimento da esposa há 2 anos). Desde há um ano apresenta quadro progressivo, caracterizado por alterações de memória (episódica) e dificuldade em articular e nomear palavras. Este quadro evoluiu para adinamia, apatia, embotamento afetivo e aparecimento de sintomas psicóticos com delírios persecutórios a envolver conviventes “eles colocam bombas no meu quarto” (sic), alucinações visuais com pessoas (esposa falecida) e animais. Objetivamente apresentava palidez discreta das mucosas, pressão arterial controlada, auscultação cardiopulmonar normal, exame neurológico sumário sem focalizações, humor subdepressivo, discurso organizado mas pobre em conteúdo e dificuldade no manuseamento dos documentos e dinheiro. Obteve 20 pontos (em 30) no Mini-Mental State Examination. Do estudo realizado salienta-se: anemia ligeira, HbA1c 7.5%, hiperprolactinemia, função tiroidea, vitamina B12 e ácido fólico normais, serologias para

Vírus da Imunodeficiência Humana e Sífilis negativas; TC Crânio mostrou “Ocupação do seio esfenoidal por massa que capta contraste”. O doente foi então orientado para Neurocirurgia, por provável Macroadenoma da Hipófise, e Neurologia. Está a aguardar avaliação neuropsicológica e estudo complementar para o diagnóstico diferencial entre Demência e Pseudodemência. Agendou-se visita domiciliária para compreender melhor o suporte social e familiar que o doente tem.

**Conclusão:** Os autores apresentam este caso pela reflexão diagnóstica e prognóstica que suscita. Coloca-se a hipótese de Demência, tendo em conta as características do quadro clínico: evolução relativamente lenta, início insidioso, a presença de alucinações (a lembrar a Demência com Corpos de Lewy). Nestes doentes, uma abordagem multidisciplinar será fundamental para uma gestão adequada dos sintomas comportamentais e psicológicos e, por conseguinte, melhoria da qualidade de vida dos pacientes, familiares e cuidadores.

## SENHORA DOUTORA, O MEU IRMÃO VOLTOU A SORRIR!

ANA SEQUEIRA, JOANA FERNANDES, VITOR SANTOS - UCSP COVILHÃ - ACES COVA DA BEIRA

**Introdução:** A Depressão constitui umas das principais causas de incapacidade entre todas as doenças. Está muito frequentemente associada a patologias médicas, nomeadamente a doenças que conduzam a limitação física do indivíduo.

**Caso Clínico:** Homem, 58 anos, reformado, solteiro, sem filhos, a residir com a mãe e com apoio da irmã. Antecedentes pessoais de Hipertensão, Hiperplasia Benigna da Próstata, acuidade visual reduzida do olho direito com estrabismo divergente (traumatismo na infância). Com diagnóstico de Depressão há cerca de 2 anos (junho 2015), medicado com escitalopram 10 mg e vigiado em consulta com o médico de família. Após quatro meses de medicação, mantinha humor depressivo, adinamia, anedonia, anorexia, isolamento. Referia ainda episódios de epigastralgias intensas, prandiais, toracalgias inespecíficas, palpitações ocasionais. Negava: ideação ou tentativa de suicídio, alucinações ou outros sintomas psicóticos; dispneia, cefaleias, alterações gastrointestinais. Do estudo realizado salienta-se: hemograma, vitamina B12 e ácido fólico normais; electrocardiograma e radiografia tórax normais; TC Crânio “ténues hipodensidades da substância branca subcortical frontal inespecíficas, sem outras alterações”; endoscopia digestiva alta com gastrite. Nes-

sa altura fez-se switch para venlafaxina. Nas visitas seguintes apresentou melhorias relativas mas temporárias. Em setembro de 2016, por manutenção das queixas e alterações do padrão do sono fez-se nova tentativa terapêutica com mirtazapina 15 mg que não tolerou. Pediu-se colaboração de Psiquiatria e na presença de estigmas de parkinsonismo (tremores, apatia, hipofonia, etc.) de Neurologia. Após alteração da terapêutica (sertralina 50mg, bupropiom 300, lorazepam 1) o doente encontrase melhorado. Na última consulta (julho 2017) vinha bem-disposto, sem queixas, a aguardar estudo imagiológico adicional no contexto da Síndrome Parkinsónica. **Conclusão:** Apresenta-se um caso desafiante de um doente com Depressão Major. Nestes pacientes, e sobretudo quando são feitas várias tentativas terapêuticas, a melhoria do doente é gratificante para a equipa médica. A presença de manifestações motoras/neurológicas poderá ser reveladora de uma comorbilidade neurológica que esteja a concorrer para a complexidade do caso. Será importante acompanhar este doente e familiares no processo de investigação em curso, na prestação de informação sobre a doença e orientação adequada de forma a preservar tanto quanto possível a funcionalidade do doente nos vários campos da sua vida.

## PSEUDODEMENCIA DEPRESSIVA: UNA REALIDAD

IVÁN CUESTA BERMEJO, CRISTINA PÉREZ FERNÁNDEZ, ANA FUENSANTA MARTÍNEZ, ANA OJEDA ESCUÍN, DANIEL GARCÍA MORENO, IRIS RIERA CARLOS, IGNACIO MORENO DE JUÁN, JAVIER POLO BENITO, CARLOS PÉREZ VÁZQUEZ, MARIA TERESA DE LA TORRE DEDIOS - CENTRO DE SALUD GARRIDO SUR

**Introducción:** La prevalencia de demencia en el mundo oscila entre el 5 y 8% en mayores de 60 años y un 4,4% en cuanto a depresión se refiere. La pseudodemencia depresiva es una realidad que puede confundirse con una demencia orgánica y puede llevar a un mal control y tratamiento de los pacientes que la sufren. **Caso clínico:** Presentamos el caso de un varón de 57 años con antecedentes médicos de hipertensión y trastorno depresivo con tratamiento reciente de Escitalopram 10mg y de Enalapril 20mg. Acude al servicio de urgencias de Salamanca en estado de desorientación y refiriendo que es perseguido por individuos que quieren hacerle daño. Ingresó en la unidad de agudos de Psiquiatría ante la sospecha de evento psicótico. Se realizó un TAC durante su ingreso con afectación lacunar de origen vascular no extensa. Ante la evolución favorable se decide alta con diagnóstico de probable episodio psicótico y control por la unidad de Salud Mental. En la unidad de Salud Mental el paciente se queja que desde hace escasas semanas ha comenzado a olvidar eventos de su vida personal, estar

muy desmotivado y sentirse con menor capacidad de concentración en momentos puntuales. No se objetivan olvidos de memoria corto plazo durante las entrevistas con una escala dentro de los rangos normales en el Mini Mental. El paciente carece de apoyo social ya que su madre murió hace años y aduce problemas económicos en relación con juegos de azar en los últimos meses. Se diagnostica de probable pseudodemencia depresiva y durante las siguientes entrevistas se realizan sesiones de psicoterapia individuales y grupales que junto a una recuperación de sus problemas económicos han mostrado una creciente mejoría del cuadro clínico de pérdida de memoria y disminución de los eventos de falta de concentración.

**Conclusión:** La demencia y la depresión son enfermedades con un aumento exponencial de su prevalencia en el mundo en los últimos años. Ante la falta de criterios firmes de diagnóstico de pseudodemencia depresiva debemos valorar la importancia de la historia clínica para un correcto diagnóstico diferencial y tratamiento de la demencia.





CONGRESSO

22

e

23

setembro 2017

3º CMBI





Unidade Local de Saúde  
de Castelo Branco, EPE



REVISTA DE SAÚDE  
**AMATO**  
LUSITANO