



XXXI

JORNADAS DE ACTUALIZAÇÃO CARDIOLÓGICA
DO NORTE PARA MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Porto, 15 a 17 Janeiro 2020

27130 - ISQUEMIA AGUDA DO MEMBRO INFERIOR: IMPORTÂNCIA DOS ACHADOS SEMIOLÓGICOS PARA O DIAGNÓSTICO PRECOCE.

Marlene Ferreira¹

1 - USF Caldas da Saúde, ACeS Grande Porto I - Santo Tirso/Trofa

Palavras-chave: isquemia aguda

Resumo

Enquadramento: A isquemia crónica dos membros decorre da diminuição progressiva do fluxo sanguíneo arterial. Pode existir de forma assintomática ou manifestar-se como claudicação, dor, ulcerações distais e gangrena. A isquemia aguda pode surgir no decurso desta doença colocando em risco a viabilidade do membro.

Descrição de Caso: Mulher de 50 anos, fumadora, hipertensa e com dislipidemia. Recorreu à consulta por dor e hipostesia ao nível da perna esquerda, dor ao nível do pé esquerdo e alteração da coloração do primeiro dedo e face plantar do pé esquerdo com início oito meses antes. Referia agravamento sintomático na última semana, notando dor em repouso, acentuada pela elevação do membro. Em posição deitada apresentava: o pé esquerdo pálido, pulsos não palpáveis e tempo de reperfusão capilar aumentado. A doente foi então referenciada ao Serviço de Urgência por suspeita de isquemia aguda do membro inferior esquerdo tendo o diagnóstico sido confirmado. Foi submetida a fibrinólise verificando-se melhoria sintomática imediata.

Conclusão: Os achados semiológicos podem ser a chave para o tratamento atempado do doente com isquemia aguda dos membros.



XXXI

JORNADAS DE ACTUALIZAÇÃO CARDIOLÓGICA
DO NORTE PARA MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Porto, 15 a 17 Janeiro 2020

27153 - DOENÇA VALVULAR NO IDOSO - UM DESAFIO COM MUITAS FACES

Rita Regadas¹; Daniela Rocha¹; António Almeida¹

1 - USF Aquilino Ribeiro

Palavras-chave: Doença valvular, Estenose mitral

Resumo

A doença valvular tem ganho um peso crescente a nível da MGF, tendo deixado de ser um problema da Cardiologia para ser um problema de Saúde Pública.

Relata-se o caso de um homem de 86 anos, que ainda tralhava no campo. Antecedentes: HTA, hiperglicemia intermédia, dislipidemia, FA (hipocoagulado com varfarina), IRC, bronquite crónica, litíase vesicular e HBP. Medicado com: furosemida, telmisartan, nebivolol, sinvastatina, alopurinol, tansulosina, formoterol/budesonido. Consumo alcoólico excessivo, sem hábitos tabágicos. Na 1ª consulta de vigilância com a MF apresentava-se assintomático e na AC foi confirmada a presença de arritmia e constatado sopro sistólico audível por todo o pré-córdio. ECG com BCRE e alterações inespecíficas da repolarização ventricular. Sem registo de avaliação estrutural prévia, foi pedido ecocardiograma que revelou: estenose mitral moderada (área < 1.5 cm²) e insuficiência tricúspide moderada com PSAP 58 mmHg. Foi referenciado à consulta de Cardiologia. Nesta consulta apresentava queixas de dispneia e no exame objetivo apresentava pressão arterial de 163/63 mmHg e AC arritmica e sopro sistólico mitral. A reavaliação ecocardiográfica revelou estenose mitral reumática de grau moderado (Wilkins 7-8) e alta probabilidade de hipertensão pulmonar. Sem condições para terapêutica cirúrgica, foi proposto, após contacto com Cardiologia de Intervenção, para comissurotomia mitral percutânea, que o utente e o filho recusaram, tendo tido alta da consulta.

Este caso levanta diversas questões com interesse discutir: No doente estável, vale a pena referenciar? Foram bem avaliadas as expectativas do doente relativamente à terapêutica e prognóstico? Perante uma estenose mitral clinicamente significativa, o doente deve ser avaliado pela Cardiologia, sendo que as indicações para intervenção e riscos/benefícios devem ser discutidas em equipa, com o doente e a família e envolvendo o MF, que continua a seguir o doente até ao final da vida.



XXXI

JORNADAS DE ACTUALIZAÇÃO CARDIOLÓGICA
DO NORTE PARA MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Porto, 15 a 17 Janeiro 2020

27154 - DISFAGIA AÓRTICA

Sandra Filipa Ferreira¹; Inês Clemente¹; Leonor Prata¹

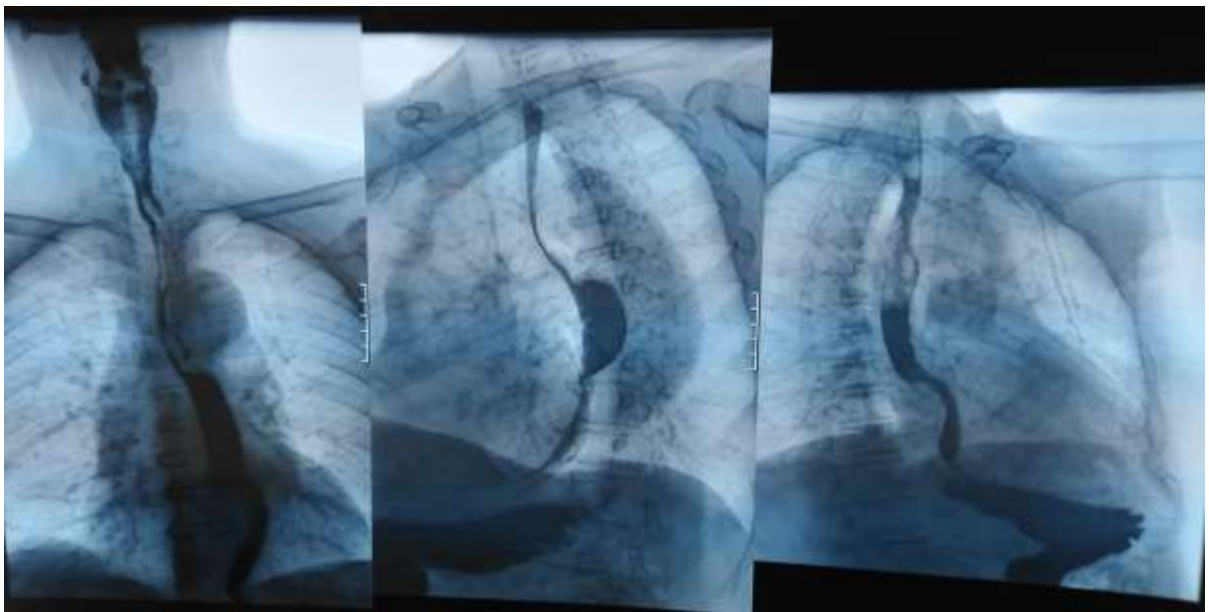
1 - USF Conde da Lousã – ACES Amadora

Palavras-chave: Disfagia, Disfagia aórtica, Fibrilhação auricular

Resumo

A disfagia aórtica é uma apresentação clínica rara, que resulta da compressão extrínseca do esófago por uma aorta ectásica, tortuosa ou aneurismática. Homem, 80 anos, autónomo. Sem antecedentes pessoais relevantes. Em consulta de reavaliação após quadro de infeção respiratória baixa, apresenta queixas de disfagia para sólidos, intermitente, desde há cerca de 2 anos, sem outros sintomas associados. À observação, destaca-se algumas extrassístoles à AC. Foram pedidos exames que mostraram: ECG: FA com resposta ventricular controlada; Ecocardiograma e EDA sem alterações; Holter: FA com períodos de taquicardia diurna. Foi iniciado NOAC e IBP, e por persistência da disfagia fez RX do esófago que mostrou compressão do terço médio do esófago pelo botão aórtico, e TC tórax sem alterações, pelo que é referenciado à consulta de cardiologia, onde realiza AngioTC tórax que revela dilatação da metade distal do arco aórtico com cerca de 44mm, sem critérios de aneurisma e para controlo anual.

O presente caso mostra uma condição rara de disfagia, a controlar com estratégias alimentares, e a importância da deteção oportunística da FA, mesmo em doentes sem fatores de risco.





XXXI

JORNADAS DE ACTUALIZAÇÃO CARDIOLÓGICA
DO NORTE PARA MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Porto, 15 a 17 Janeiro 2020

27183 - TORACALGIA COM MANIFESTAÇÕES GASTROINTESTINAIS - NEM TUDO É O QUE PARECE

Sofia Cavaco Raposo¹; Augusto Luís Nogueira¹; Beatriz Abreu Cruz¹; Raquel F. Castro¹; Mariana Sousa Silva¹; Andreia Luís¹; Carla Cardoso¹; Tiago Villanueva¹

1 - USF Reynaldo dos Santos

Palavras-chave: toracalgia, diagnóstico diferencial

Resumo

A dor torácica constitui 1% dos motivos de consulta de urgência em Cuidados de Saúde Primários, sendo 70-80% de causa não cardíaca.

Mulher, 53 anos, antecedentes pessoais de HTA. Recorreu à consulta por dor retroesternal, irradiada ao dorso e membros superiores, com 1 dia de evolução, associada a vômitos e diarreia. Negava febre ou outros sintomas. Objetivamente, apresentava tensão arterial elevada (141/102mmHg). Já recorrera ao Serviço de Urgência (SU), onde foi diagnosticada Gastroenterite Aguda, não tendo a terapêutica levado a melhoria significativa. Foi então referenciada da USF para o SU de outro hospital por suspeita de Síndrome Coronário Agudo. No SU foi diagnosticado Enfarte Agudo do Miocárdio sem supra ST, tendo sido internada para realização de Coronariografia, que não revelou lesão nas artérias coronárias. Teve alta com hipótese diagnóstica de Miocardite, medicada com β bloqueante e estatina e fez Ressonância Magnética Cardíaca que confirmou o diagnóstico. É importante a caracterização detalhada da toracalgia, a restante anamnese e é necessário um alto índice de suspeição, de forma a distinguir entre etiologia cardíaca e não cardíaca.



XXXI

JORNADAS DE ACTUALIZAÇÃO CARDIOLÓGICA
DO NORTE PARA MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Porto, 15 a 17 Janeiro 2020

27211 - MESES DE REABILITAÇÃO POR DIAS DE SUSPENSÃO

Gil Paz¹; Andreia Coutinho¹; Ana Sofia Bento¹

1 - USF São Julião da Figueira

Palavras-chave : anticoagulação, endoscopia digestiva, acidente vascular cerebral

Resumo

Introdução: A gestão da anticoagulação em doentes com necessidade de realização de procedimentos invasivos é desafiadora.

Relato de caso: A.C.L.C. de 82 anos e sexo masculino. Antecedentes pessoais de FA e HTA, medicado com varfarina, amlodipina+valsartan 5/160mg e amiodarona 200mg. Vem à consulta aberta no dia 12/12/2018, relatando rectorragia no dia anterior. Negava perda de peso ou outros sintomas. INR 2,4. Sem alterações ao exame objectivo. Solicitou-se colonoscopia com indicação para interrupção da varfarina e substituição por HBPM. Volta a 17/12/2018 com resultado da colonoscopia que revelou angiectasias no recto. No dia seguinte recorre ao SU HDFS por ataxia da marcha e hemiparesia direita. INR 1,1 e um “trombo na artéria vertebro-basilar esquerda” na Angio-TC CE. Realizou trombectomia com melhoria parcial dos défices motores. Regressa à nossa consulta a 7/08/2019, após vários meses de reabilitação em UCC e no domicílio. Agora independente para atividades da vida diária, marcha limitada pela ataxia.

Discussão: Este caso evidencia os riscos de interrupção da anticoagulação e a importância da reintrodução da anticoagulação assim que possível.



XXXI

JORNADAS DE ACTUALIZAÇÃO CARDIOLÓGICA
DO NORTE PARA MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Porto, 15 a 17 Janeiro 2020

27313 - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA - PAPEL CENTRAL DO MF NA CONTINUIDADE DE CUIDADOS

Gabriela Poças¹; Joana Calejo¹

1 - USF Leça

Palavras-chave: Insuficiência Cardíaca, centralidade de cuidados, Médico de Família

Resumo

AG, 61 anos, metrólogo

Antecedentes

Cardiopatía dilatada (2002) no contexto do episódio de ICC (FE VE= 35%)

FRCV: Tabagismo (Ex-fumador ~25 UMA) + dislipidemia + HTA + Diabetes tipo 2 (11 anos de evolução)

Outros: Depressão reativa a incapacidade

MH: Pantoprazol 40mg; Aspirina 100mg; Ticagrelor 90mg bid; Lisinopril 5; Carvedilol 25mg bid; Espironolactona 25 mg; Atorvastatina 40mg; metformina 500 mg bid; Diazepam 5mg SOS.

Internamento HPH 08/08/2018 por angor em crescendo com 2 meses de evolução e PE precocemente positiva - cateterismo: doença do tronco comum e 3 vasos.

Transferido para CHSJ: cirurgia de revascularização cirúrgica 14/09/2018; alta para domicílio 25/09/2018.

CE Cardiologia 18-01-2019: "Presentemente assintomático do foro CV. Melhor controlo dos FRCV. Peço MCDTs. Volta 09-08-2019."

Teve antecipação CE Cardiologia para 28-06-2019 após entrega de nota de alta de Cirurgia CT, mas entretanto o cardiologista assistente deixou de exercer funções no HPH, pelo que ficou a aguardar remarcação.

16-08-2019: Anedonia e desânimo pela incapacidade e cansaço para médios esforços. Ainda sem marcação CE Cardiologia.

O que posso fazer mais como MGF?



XXXI

JORNADAS DE ACTUALIZAÇÃO CARDIOLÓGICA
DO NORTE PARA MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Porto, 15 a 17 Janeiro 2020

27314 - SÍNDROME CORONÁRIO AGUDO- UMA ENTIDADE DE MÚLTIPLAS FACES

Ana Sofia Rijo¹; Rita Mariana Fonseca¹; Daniela Sousa¹; Raquel Nadais¹

1 - USF Terras de Antuã

Palavras-chave: Síndrome Coronário Agudo, Enfarte Agudo do Miocárdio sem elevação do segmento ST

Resumo

O SCA representa um espectro de apresentações possíveis: EAMCSST, EAMSSST e Angina Instável(AI) que podem ser diferenciadas por ECG e marcadores cardíacos.

Homem, 79A com DM2, HTA, Dislipidemia e DPOC.Recorreu à USF por parestesias na hemiface, membro superior e inferior esquerdos e dor pré-cordial em picada, sem alívio com o repouso desde há 5 dias.Episódios semelhantes há 2 semanas com alívio em repouso.Objetivamente TA de 183/58mmHg, pulso rítmico 65 bpm; hipofonese cardíaca, sem estase nem edemas periféricos. Exame neurológico sem alterações.

Colocou-se a hipótese de AI e foi encaminhado para a urgência onde o ECG mostrou:ritmo sinusal, FC 73bpm, infraST 1mm V5-V6, DI e aVL. Analiticamente CPK e Troponina I aumentadas, assumindo-se EAMSSST. O ecocardiograma transtorácico sumário mostrou "Ventrículo esquerdo não dilatado com hipocinésia da metade distal do septo inferior; FEVE mantida" A coronariografia mostrou estenose crítica e calcificada da DAP

Este caso relata a importância de uma anamnese cuidada, essencial para o diagnóstico atempado de situações potencialmente fatais, dado que muitos doentes com SCA não apresentam uma dor anginosa típica.



XXXI

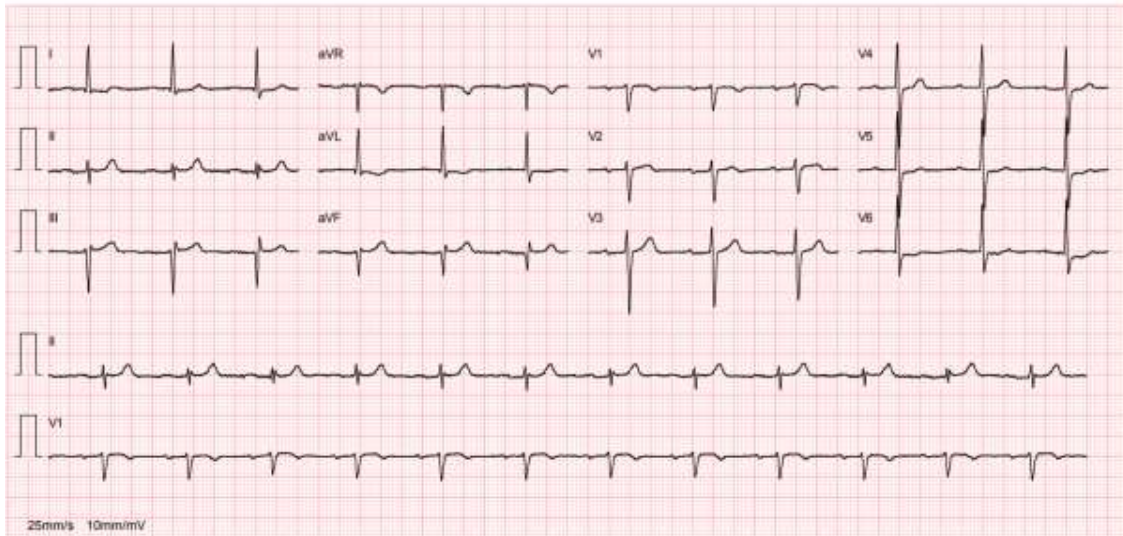
JORNADAS DE ACTUALIZAÇÃO CARDIOLÓGICA DO NORTE PARA MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Porto, 15 a 17 Janeiro 2020

Nº Proc.: 3012225
Episódio: URG 80001269
SEXO: IDADE: 79
DATA/HORA: 03-01-2020 15:00:42

Duração QRS: 97 ms
QT/QTc: 335/371 ms
Intervalo PQ: 236 ms
Eixo P/QRS/T: 33/-25/75

Frequência Cardíaca: 73 bpm





XXXI

JORNADAS DE ACTUALIZAÇÃO CARDIOLÓGICA
DO NORTE PARA MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Porto, 15 a 17 Janeiro 2020

27325 - UMA CAUSA RARA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Ana Sofia Rijo¹; Rita Mariana Fonseca¹; Daniela Sousa¹; Fernando Alcino Silva Lopes¹

1 - USF Terras de Antuã

Palavras-chave: AMILOIDOSE CARDÍACA, MIOCARDIOPATIA INFILTRATIVA

Resumo

O envolvimento cardíaco na amiloidose impõe pior prognóstico devendo ser feito o diagnóstico diferencial com Insuficiência Cardíaca de evolução desfavorável.

Homem, 72 anos. AP de FA, ICC, HTA. Recorre ao SU por quadro de prostração e edemas generalizados dos membros superiores e inferiores com agravamento progressivo. Ao EO encontrava-se hipotenso, em anasarca, com predomínio dos edemas dos membros superiores e à AC salientavam-se crepitações bibasais. O ECG revelava "sobrecarga da aurícula direita e baixa voltagem do QRS". Foi internado por insuficiência cardíaca agudizada. Foi realizado ecocardiograma que mostrou "Padrão ecocardiográfico sugestivo de miocardiopatia Infiltrativa com atingimento do VE e VD", tendo sido colocada a hipótese de amiloidose. Foi realizado estudo complementar: RM cardíaca, biópsia das gorduras abdominal e das glândulas salivares menor e Cintigrafia que revelou "achados sugestivos de amiloidose cardíaca por deposição de transtirretina". O estudo genético revelou amiloidose ATTR

Este caso reflete a importância de estarmos alerta a diagnósticos raros de modo a iniciarmos o tratamento atempadamente e dirigido para a causa





XXXI

**JORNADAS DE ACTUALIZAÇÃO CARDIOLÓGICA
DO NORTE PARA MEDICINA GERAL E FAMILIAR**

Porto, 15 a 17 Janeiro 2020

Frequência Cardíaca: 81 bpm

