

PM-24

APOPLEXIA HIPOFISÁRIA DURANTE A GRAVIDEZ: A PRO- PÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sara Pinheiro Almeida¹

¹ USF Famílias - ACES Entre Douro e Vouga I

Introdução: A apoplexia hipofisária é uma emergência endócrina e está associada a mortalidade e morbilidade significativas, se não for diagnosticada atempadamente. É um evento raro durante a gravidez e estão descritos poucos casos. Caracteriza-se por início súbito de cefaleia, vômitos, alterações visuais ou diminuição do estado de consciência causados por hemorragia e/ou enfarte da hipófise. Habitualmente está associada a um adenoma hipofisário subjacente.

Descrição do caso: Grávida, com 27 anos de idade, caucasiana, casada, pertencente a uma família nuclear na fase II do ciclo de Duvall. Sem antecedentes patológicos de relevo. Antecedentes obstétricos: IIIIG IP (parto por cesariana). Gestação actual vigiada na nossa consulta, sem intercorrências. Mantinha-se a amamentar o filho de 2 anos de idade.

Às 25 semanas de gestação, em Agosto de 2013, inicia quadro de cefaleia frontal intensa e diminuição da acuidade visual do olho direito. É observada por Neurocirurgia, no hospital da área de referência, e é diagnosticada Apoplexia Hipofisária, com Prolactinoma subjacente, e foi realizada intervenção cirúrgica urgente.

A partir dessa data, a grávida foi encaminhada para a consulta de Obstetrícia de Alto Risco, onde manteve vigilância. A cesariana foi programada para as 39 semanas (9/12/2013) e decorreu sem intercorrências.

Actualmente, a doente encontra-se assintomática e a realizar suplementação com levotiroxina; mantendo vigilância na consulta de endocrinologia.

Discussão do caso: Em 80% dos casos, a apoplexia hipofisária é o sintoma de apresentação de um adenoma pré-existente da hipófise (como no caso desta doente) e é um evento raro durante a gravidez. Neste caso, os sintomas associados ao prolactinoma (nomeadamente, galactorreia e amenorreia) foram “mascarados” pela manutenção da amamentação do 1º filho (com 2 anos de idade) e posteriormente, pela gravidez, o que induziu a um atraso no seu diagnóstico. Segundo a OMS, a amamentação até os 2 anos de idade ou mais, é adequada e saudável; o que contribuiu para diminuir a suspeita...

Contudo, o Médico de Família pela proximidade com os seus doentes e continuidade de cuidados deverá estar atento e suspeitar mesmo quando os sintomas estão mimetizados, de modo a efectuar um diagnóstico precoce e evitar complicações.

PM-25

SÍNDROME DE EHLERS-DANLOS

Marta Fernandes¹; Iolanda Pereira²; Teresa Oliveira²

¹ USF Sudoeste, ACES Entre Douro e Vouga I

² Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

Introdução: O Síndrome de Ehlers-Danlos (EDS) é o termo utilizado para um grupo de patologias relativamente raras do tecido conjuntivo. Tem por base alterações hereditárias em genes que afetam a síntese e processamento de diferentes formas de colagénio. A frequência global do EDS é de 1 em 5000. Sem predomínio racial ou entre sexos. O diagnóstico diferencial de EDS inclui a síndrome de hiper mobilidade articular, síndrome de Marfan, osteogénese imperfeita entre outros.

Caso Clínico: Adolescente do sexo feminino, 15 anos, encaminhada da consulta de Medicina Física e Reabilitação para a na consulta de pediatria em Abril de 2014. Antecedentes de deslocamentos múltiplos da rótula esquerda, hiperlaxidez articular das mãos, estalidos na bacia, dor e estalidos no joelho esquerdo. Refere ainda hiperlaxidez articular das mãos, estalidos na bacia, dor e estalidos no joelho esquerdo. Refere sensação de caixa torácica mole a comprimir os pulmões, dispneia em locais fechados ou após exercício físico com dor torácica. Há cerca de 6 meses episódio isolado em que acordou com edema dos dedos das mãos e pés, sem eritema e sem febre. É de salientar dos antecedentes pessoais escoliose há cerca de 3 anos e CIV muscular apical mínima com encerramento em 2001. Antecedentes familiares: mãe com provável EDS e irmã com luxação congénita da anca e rótula instável.

No exame objetivo apresentava escoliose dorsal e hiperlaxidez articular das mãos e hiperlaxidez da pele. Realizou estudo analítico sem alterações de relevo e ecocardiograma que evidenciou regurgitação mitral central mínima e pequeno fluxo diastólico no tronco pulmonar. Aguarda consulta de genética.

Discussão: Perante uma suspeita de EDS deve ser realizado o encaminhamento para uma consulta de genética clínica para confirmação do diagnóstico e deve ser instituído um acompanhamento multidisciplinar. Não existe tratamento curativo para a EDS, devendo este ter por base a educação do paciente para a prevenção e o reconhecimento precoce de lesões e complicações. O prognóstico é variável consoante o tipo de EDS, desta forma o reconhecimento clínico dos diferentes tipos de EDS é de grande importância.