

**ID RESUMO : 10**  
**HIPERTENSÃO ARTERIAL DE DIFÍCIL CONTROLO**  
**EM DOENTE COM NÓDULOS DAS SUPRA-RENAIS E**  
**ASSIMETRIA RENAL: O DESAFIO DO DIAGNÓSTICO**

*Tema: Caso Clínico*

Paula F. Matias (1), Joana Tender Vieira (1), Luísa Fonseca (2),  
Jorge Almeida (1), Pedro S. Marques (1)

*Serviço de Medicina Interna – Centro Hospitalar e Universitário de  
São João (1), Unidade de AVC, Serviço de Medicina Interna – Centro  
Hospitalar e Universitário de São João (2)*

**Resumo**

**Introdução:** A maioria dos casos de hipertensão arterial são classificados como hipertensão essencial. No entanto, certas situações clínicas como a hipertensão resistente, presença de hipertensão com hipocalcemia, hipertensão em doente com incidentaloma da supra-renal ou hipertensão em idade jovem são situações clínicas em que o estudo de hipertensão secundária é indicado. Apresenta-se um caso clínico de um doente com hipertensão de difícil controlo com múltiplos fatores de risco cardiovascular, assimetria do tamanho renal e adenoma bilateral das supra-renais.

**Descrição do caso:** Sexo masculino, 57 anos. História de hipertensão arterial conhecida há 7 anos com microalbuminúria, sem hipertrofia ventricular esquerda. Orientado para consulta de Medicina Interna por hipertensão de difícil controlo. Como outros fatores de risco cardiovascular: fumador, diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia. Doença renal crónica G3A2. Ecodoppler vasos pescoço com aterosclerose carotídea. Do estudo prévio com Angio-RMN abdominal com nódulos em ambas as glândulas supra-renais, com características de adenoma, de 38mm à direita e 35mm à esquerda. Assimetria do tamanho renal com rim direito (RD) 104mm e rim esquerdo (RE) 90 mm. Estenoses do segmento proximal de ambas as artérias renais - sobretudo à esquerda. Do estudo complementar realizado sob terapêutica neutra com perfil renina/aldosterona sugestivo de hiperaldosteronismo secundário (concentração renina plasmática de 92.7 µU/mL - N até 27 µU/mL; concentração aldosterona plasmática de 22.0 ng/dL - N até 16 ng/dL); metanefrinas na urina de 24 horas de 430 µg/24h (N até 390 µg/24h); cortisolúria de 24 horas 23.8 µg/24h (N até 137 µg/24h). Colocado sob terapêutica tripla em associação fixa com inibidor da enzima de conversão da angiotensina, bloqueador dos canais de cálcio e diurético tiazídico em dose otimizada com controlo tensional em consultório e ambulatório com creatinina a passar de 1.46mg/dL para 1.71mg/dL (agravamento ~15%). AngioTC abdomino-pélvico com estabilidade do tamanho dos nódulos das supra-renais e mantendo assimetria renal (RD 119 mm; RE 95 mm). Assumido quadro de estenoses ateroscleróticas das artérias renais com assimetria do rim esquerdo por hipoperfusão e quadro de hiperaldosteronismo secundário. Orientado para angioplastia com colocação de stent por cirurgia vascular.

Nódulos da supra-renal considerados adenomas não produtores, sem sinais em TC ou RMN sugestivos de malignidade, estáveis, para vigilância dado tamanho inferior a 4 cm. **Conclusão:** Em doentes com múltiplos fatores de risco cardiovascular e aterosclerose com hipertensão resistente, agravamento da função renal com o controlo tensional ou assimetria renal, a presença de estenoses ateroscleróticas das artérias renais deve ser considerada e ponderada a indicação para angioplastia. A presença de nódulos da supra-renal num doente hipertenso deve levar a um estudo complementar de causas endócrinas de hipertensão arterial, como o hiperaldosteronismo primário, hipercortisolismo ou feocromocitoma. A realização dos doseamentos hormonais deve ser realizada com tratamento farmacológico que não interfira com a interpretação do estudo. Uma avaliação em consulta especializada assim como uma discussão multidisciplinar é recomendada para tratamento e seguimento destes doentes.

**ID RESUMO : 12**  
**HEART FAILURE PROGNOSTIC MODIFIERS AND**  
**ARTERIAL STIFFNESS**

*Tema : Investigação Clínica*

Bianca Cristea (1), Roman Khomynets (1), Fátima Veloso (1),  
Cristina Alcântara (1), Paula Alcântara (1), Carlos Moreira (2)

*Serviço de Medicina I – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte  
(1), Clínica Universitária de Medicina – Faculdade de Medicina da  
Universidade de Lisboa/Serviço de Medicina I – Centro Hospitalar  
Universitário Lisboa Nor (2)*

**Resumo**

**Introduction:** Cardiovascular disease is the leading cause of death worldwide. Large arteries stiffness is a hallmark of vascular aging and may be consequence of multiple pathological processes including hypertension. Hence, the detection of arterial stiffening may contribute to the identification of high-risk patients and may thereby improve prevention of cardiovascular disease. The objective of this study was to investigate potential improvement on arterial stiffness with the use of heart prognostic modifiers drugs in heart failure.

**Material and Methods:** We retrospectively investigated 230 patients with heart failure between January to December of 2019 who were consulted in our centre. The medical history and relevant clinical characteristics of each patient were recorded. Patients were excluded if had valvular disease, haemodialysis status, peripheral vascular disease, absence of PWV measurement or didn't have at least a follow-up of 12 months. We selected 170 patients that were split in two groups according to preserved ejection fraction (HFPEF) or reduced (HFREF). In all patients we study PWV, echocardiogram, biochemistry parameters and central pressure evaluated by tonometry before and between 10 to 14 months after the introduction of



valsartan + sacubitril. The statistical model used was paired t-test and considered significative values of  $p < 0,05$  two-tailed probabilities.

**Results:** We found significative differences Before (B) and after (A) the introduction of valsartan + sacubitril in both groups, namely a decrease in PWV (B-HFPEF 11,0+2,5 A-HFPEF 10,0+2,5,  $p < 0,05$  B-HFREF 12,8+2,6 A-HFREF 11,4+2,5,  $p < 0,05$ ), SBP (B-HFPEF 142,4+15,6 A-HFPEF 129,6+16,5  $p < 0,05$  B-HFREF 135,2+16,2 A-HFREF 123,2+16,5,  $p < 0,05$ ), pulse pressure (B-HFPEF 63,2+11,8 A-HFPEF 57,1+11,5  $p < 0,05$  B-HFREF 61,1+13,8 A-HFREF 46,0+14,1,  $p < 0,05$ ), Rel E/e' (B-HFPEF 14,5+6,4 A-HFPEF 13,4+6,7  $p < 0,05$  B-HFREF 16,6+7,6 A-HFREF 15,3+7,9,  $p < 0,05$ ), Rel E/A (B-HFPEF 1,29+0,95 A-HFPEF 1,16+0,8  $p < 0,05$  B-HFREF 1,39+0,93 A-HFREF 1,23+0,85,  $p < 0,05$ ).

**Conclusion:** Valsartan + sacubitril is a well established prognostic modifier in heart failure, specially on reduced ejection fraction. This data suggests that part of the prognostic improvement might be due to the improvement on arterial stiffness and reduction on central pulse pressure in heart failure patients.

## ID RESUMO : 14

### DIAGNÓSTICO ECOCARDIOGRÁFICO EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL (HTA) DE HIPERTROFIA DO VENTRÍCULO ESQUERDO (HVE) E EXCESSO DE PESO OU OBESIDADE

*Tema : Lesão de órgão alvo*

João Coucelo (1)

Unidade Cuidados de Saúde Primários de Vila do Bispo - ACeS Barlavento II - ARS Algarve (1)

#### Resumo

**Introdução:** A hipertrofia ventricular esquerda (HVE) é um fator de risco independente para eventos e mortalidade cardiovascular. No doente com hipertensão arterial (HTA) a HVE representa exemplo de lesão de órgão mediada pela HTA. A ecocardiografia é o método mais acessível na prática clínica, com maior sensibilidade e especificidade, sendo utilizado o cálculo do índice de massa ventricular esquerda (iMVE) para identificar HVE.

**Objetivo:** Foi nosso objetivo, numa população de pacientes com HTA referenciada para ecocardiografia, comparar diferentes métodos de identificação de HVE em função do índice de massa corporal (IMC).

**Métodos:** Base de dados de clínica privada. Foi estudada uma população de 3780 pacientes com HTA, género masculino (M) 49,5%, género feminino (F) 51,0%. Foram utilizados os critérios da sociedade europeia de cardiologia para HVE (iMVE): a) MVE/SC (g/m<sup>2</sup>) - M > 115 e F > 95; b) MVE/Alt (g/m<sup>2.7</sup>) - M > 50 e F > 47, e os critérios para excesso de peso IMC (g/m<sup>2</sup>) > 25 e < 30, para obesidade > 30.

**Resultados:** Na tabela I estão expressas as % de doentes com HTA em função do IMC. Na tabela II estão expressas as % de pacientes com HTA e por grupo de IMC com HVE por ambos os

métodos de cálculo. A aplicação do cálculo do iMVE por MVE/Alt permite identificar um aumento significativo da % de pacientes com HVE. Com IMC 25-29, M 2,1% para 20,8% e F 11,6% para 29,2%; com IMC > 30, M 8,3% para 25% e F 6,8% para 24%.

**Conclusão:** Os resultados revelam que em doentes com HTA com excesso de peso e obesidade, a utilização da razão MVE/Alt é mais sensível no diagnóstico de HVE do que a razão de MVE/SC. Tal poderá traduzir-se numa mais precoce e melhor identificação de pacientes hipertensos de alto e de muito alto risco cardiovascular e consequente orientação terapêutica mais adequada, com todas as vantagens conhecidas da mesma.

## ID RESUMO : 27

### TRANSPORTADOR DA DOPAMINA E A SUA INFLUÊNCIA NA ALTERAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL E SUSCEPTIBILIDADE PARA ANGIOPATIA NA DIABETES MELLITUS TIPO 2

*Tema : Investigação Básica*

Ana Carolina Santos (1), Marta Neves (2), Joana Ferreira (1), João F. Raposo (3), Pilar Quinhones Levy (2), Ana Valente (4), Manuel Bicho (1)

Laboratório de Genética, Instituto de Saúde Ambiental, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa; Instituto de I.C. Bento da Rocha Cabral, Lisboa (1), Laboratório de Genética, Instituto de Saúde Ambiental, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa (2), Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, Lisboa (3), Atlântica - Escola Universitária de Ciências Empresariais, Saúde, Tecnologias e Engenharia; Departamento de Alimentação e Nutrição, INSA, Lisboa; (4)

#### Resumo

**Introdução:** A diabetes é um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV). É conhecida a relação entre os biomarcadores clássicos do metabolismo lipídico e o impacto no risco cardiovascular destes doentes. O transportador da dopamina (DAT) está localizado na membrana pré-sináptica dos neurónios dopaminérgicos e determina a sinalização da dopamina, sendo responsável pela recaptação da sua forma ativa da sinapse. O polimorfismo no gene DAT (rs28363170) (um polimorfismo VNTR) pode afetar a recaptação de dopamina na fenda sináptica, com o alelo 10 a ser associado a maior expressão de DAT, o que resulta no aumento da recaptação de dopamina e, consequentemente, à sua redução na fenda sináptica. A presença do alelo 9 tem sido associada a compulsão alimentar que, por sua vez, pode ter um impacto na presença de obesidade e consequentemente de Diabetes Mellitus tipo II (DMII). Alguns estudos indicam que podem existir uma associação entre este polimorfismo e a hipertensão arterial (HTA).

**Objetivo:** Estudar a relação entre o polimorfismo genético do DAT, a suscetibilidade para o desenvolvimento de

angiopatia na DMII e a sua influência nos parâmetros do metabolismo lipídico e de risco cardiovascular nesta situação. **Material e Métodos:** 150 indivíduos com DMII, 83 do género feminino e com uma média de idades de 62,85 ±0,58 anos. O critério de inclusão para o grupo com DMII foi a doença diagnosticada há pelo menos 1 ano. Os doentes foram divididos em 2 grupos: com angiopatia (G1) e sem angiopatia (G2). A pressão arterial sistólica (PAS) e os parâmetros bioquímicos foram determinados segundo métodos padronizados. A determinação dos genótipos do DAT foi realizada por Polymerase Chain Reaction. Para a análise estatística foi utilizado o programa SPSS versão 26, com um valor significativo para  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Comparando as frequências genotípicas e alélicas do polimorfismo DAT entre grupos não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. Analisando a relação dos parâmetros bioquímicos entre grupos, verificou-se: um aumento da PAS ( $p=0,023$ ) no grupo I. Considerando os parâmetros bioquímicos, na população em geral, entre os diferentes genótipos da DAT, verificou-se: um aumento do peso e do perímetro abdominal para os portadores do genótipo 10/10 ( $p=0,042$  e  $p=0,050$ , respetivamente) comparativamente aos portadores do alelo 9 (9/9 +9/10) e um aumento do colesterol LDL (C-LDL) ( $p=0,027$ ) nos portadores do genótipo 9/10 em relação aos outros genótipos. Esta última relação apenas se manteve no grupo I ( $p=0,039$ ). Comparando os parâmetros bioquímicos entre G1 e o G2, mas dividindo a população pelos genótipos da DAT, verificou-se para os portadores do alelo 10: valores mais elevados de PAS e triglicéridos no G1 ( $p=0,014$  e  $p=0,019$ , respetivamente). Nos portadores do alelo 9 verificou-se um aumento do colesterol HDL ( $p=0,034$ ) no grupo G2. **Conclusão:** O polimorfismo DAT não parece influenciar diretamente a suscetibilidade para a angiopatia na DMII. No entanto, pode modular parâmetros bioquímicos do metabolismo lipídico associados à doença e aumentar o risco cardiovascular.

## ID RESUMO : 29 ASSOCIAÇÃO DOS POLIMORFISMOS DA SUB-

### UNIDADE $\gamma$ DO CANAL DE SÓDIO E DO ENZIMA CONVERSOR DA ANGIOTENSINA COM A PERDA DE MASSA ÓSSEA

*Tema : Investigação Básica*

Manuel Bicho (1), Raquel Binda Pereira (2), Ana Carolina Santos (1), Joana Ferreira (1), Alda Pereira da Silva (3), Mário Rui Mascarenhas (4), Ana Paula Barbosa (4)

*Laboratório de Genética, Instituto de Saúde Ambiental, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa; Instituto de I.C. Bento da Rocha Cabral, Lisboa (1), Laboratório de Genética, Instituto de Saúde Ambiental, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa (2), Clínica*

*Universitária de Medicina Geral e Familiar, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa; ISAMB, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa (3), ISAMB, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa; Clínica de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo de Lisboa, Portugal (4)*

## Resumo

**Introdução:** A osteoporose (OP) é a doença óssea metabólica mais prevalente na população, caracterizada pela redução da densidade mineral óssea (DMO), alterações da microarquitetura óssea e, consequentemente, por um risco aumentado de fraturas. A sua fisiopatologia envolve fatores inflamatórios que, inclusive, são também encontrados na hipertensão arterial (HTA). Não por acaso, a OP e a HTA são patologias comumente coexistentes, principalmente na população idosa. A participação do sistema renina-angiotensina-aldosterona e do metabolismo do sódio na HTA já é bem conhecida. Recentemente, o polimorfismo do enzima conversor da angiotensina (ECA) e

da subunidade  $\gamma$  do canal de sódio (SCNN1G) também foram associados à perda de massa óssea reforçando a existência de vias comuns entre as duas patologias. Todavia, para além da controvérsia de resultados na doença óssea, os mecanismos que envolvem estas associações não estão totalmente elucidados.

**Objetivo:** Estudar o impacto dos polimorfismos genéticos do ECA e da SCNN1G na suscetibilidade para a OP e na modulação dos níveis séricos de leptina, adiponectina e proteína C reativa (PCR), associados à perda de massa óssea.

**Material e Métodos:** 407 indivíduos com média de idade de 62,48±8,69 anos e IMC=29,03±4,66 Kg/m<sup>2</sup>. Em todos os indivíduos foi avaliada a DMO por DXA e estes foram divididos em 3 grupos: 156 com DMO normal, 151 com DMO reduzida e 100 com OP. Os parâmetros bioquímicos (leptina, adiponectina e PCR) foram determinados por métodos padronizados ou por kits comerciais de ELISA. O genótipo da SCNN1G e do ECA foram avaliados por endpoint analysis e Polymerase Chain Reaction, respetivamente. Os resultados foram analisados no programa SPSS 26.0 e considerou-se um valor estatisticamente significativo para  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Na população estudada, em relação às frequências genotípicas e alélicas da SCNN1G e do ECA, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre os 3 grupos de DMO. A HTA esteve associada aos 3 grupos ( $p=0,001$ ). Comparando os parâmetros bioquímicos entre os 3 grupos observou-se um aumento dos níveis séricos de adiponectina no grupo com OP ( $p=0,015$ ). Esta associação continuou a ser observada apenas nos portadores do genótipo AA da SCNN1G ( $p=0,029$ ) e no genótipo DD do ECA ( $p=0,012$ ). Verificou-se, também, para os indivíduos com OP, um aumento dos níveis de PCR nos portadores do genótipo AA da SCNN1G ( $p=0,018$ ). Nos doentes com HTA foram observados valores mais elevados de PCR para os portadores do alelo I da ECA ( $p=0,041$ ), bem como uma atividade aumentada do ECA para os portadores do genótipo DD ( $p=0,023$ ).





Observou-se ainda uma correlação direta entre os níveis de leptina e PCR ( $p<0,001$ ) e valores aumentados de leptina nos portadores do alelo C da SCNN1G ( $p=0,041$ ). **Conclusões:** Os resultados deste estudo mostram que, apesar dos polimorfismos genéticos estudados (ECA e SCNN1G) não estarem diretamente relacionados com a suscetibilidade para a OP, eles parecem modular parâmetros inflamatórios envolvidos na homeostase óssea e na fisiopatologia da HTA.

## ID RESUMO : 32 ESTENOSE SUBCLÁVIA - A IMPORTÂNCIA DA MEDIÇÃO BILATERAL

*Tema : Caso Clínico*

Francisco Guimarães (1), Inês Ladeira (1)

*Hospital CUF Descobertas (1)*

### Resumo

Casos de estenose da artéria subclávia são pouco comuns, tendo apenas uma prevalência de cerca de 2-10% na população geral, sendo um fator independente de risco cardiovascular e consequentemente de extrema importância o seu diagnóstico e tratamento. Os autores trazem um caso de uma doente do sexo feminino de 59 anos, com antecedentes pessoais de neoplasia do útero, submetida a histerectomia radical, sem medicação habitual. Dos fatores de risco cardiovascular salientam-se tabagismo (UMA:30) e obesidade (IMC 30.2 kg/m<sup>2</sup>). Recorreu ao serviço de urgência por crise hipertensiva que relacionou com episódio de stress emocional. À avaliação apresentava tensão arterial de 188/100 mmHg, sem outras alterações agudas do foro cardiovascular ou neurológico. Avaliação analítica em contexto de episódio de urgência não revelou alterações. ECG: sem alterações relevantes. Após toma de 25mg de Captopril teve descida da tensão para valores de 160/90mmHg, tendo por isso alta encaminhada para consulta de hipertensão e risco cardiovascular medicada com perindopril/amlodipina. Realizou em ambulatório ecocardiograma que revelou ligeira hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo, disfunção diastólica tipo II, já o Eco doppler carotídeo demonstrou placas de atheroma bilaterais com estenoses inferiores a 50% bilateralmente. MAPA, realizado no membro superior esquerdo revelou normotensão diurna, cargas sistó-diastólicas noturnas aumentadas. Perfil lipídico: colesterol total 307 mg/dl, LDL 236 mg/dl, HDL 49 mg/dl, TG 112 mg/dl, inicia terapêutica com estatina de alta potência em combinação com ezetimibe, alterações do estilo de vida. Entre consultas teve novo episódio de crise hipertensiva assintomática, recorrendo novamente ao serviço de urgência, onde se apura tensão arterial de 200/100mmHg, fazendo novamente captopril para controlo tensional (150/60mmHg após 20 minutos). À avaliação em consulta realiza medição de tensão arterial

bilateralmente, a qual deteta tensão arterial de 120/77mmHg no membro superior esquerdo e 182/81mmHg no membro superior direito, confirmadas por medições seriadas em tempos diferentes. À palpação dos pulsos nota-se assimetria no pulso radial. Por estas razões faz angio-TC com apresentação de estenose grave da artéria subclávia esquerda superior a 70% por placa aterosclerótica não calcificada. Achados cardíacos: SCORE de Cálcio (Agatston): 114, percentil 92% (score MESA). Doença aterosclerótica coronária, estenose grave (>70%). CAD-RADS 4A. Por estes achados a doente é encaminhada para consulta de Cirurgia Vascular e Cardiologia com intuito de orientação do caso. Com este caso clínico queremos alertar a comunidade médica para a importância de avaliação de tensão arterial bilateralmente, pois pode revelar achados anteriormente desconhecidos e orientar a marcha diagnóstica e o tratamento antecipado das complicações da doença aterosclerótica grave ainda em fase assintomática.

## ID RESUMO : 39 EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS: CASUÍSTICA DE 2 ANOS NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS MÉDICA

*Tema : Investigação Clínica*

Helena Spilker (1), Ana Rita Ramalho (1), Rogério Ferreira (1), Rui Pina (1)

*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Serviço de Medicina Interna (1)*

### Resumo

**Introdução:** As emergências hipertensivas são caracterizadas por um aumento agudo da pressão arterial (PA) sistólica  $\geq 180$  mmHg e/ou PA diastólica  $\geq 110$  mmHg) associado a lesão de órgão-alvo mediada pela hipertensão (LOMH), mais frequentemente coração, cérebro, retina, rim e vasos. Esta pode ser devida a hipertensão arterial (HTA) essencial mal controlada ou a causas secundárias de HTA. Por vezes, é essencial um internamento em unidade de cuidados intermédios para maior vigilância e estabilização clínica antes da transferência para uma enfermaria. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo, no qual foram analisadas as notas de alta do internamento de uma Unidade de Cuidados Intermédios Médicos (UCIM) de um hospital central de Outubro de 2019 a Outubro de 2021. Foram selecionados doentes com critérios de emergência hipertensiva (não estando representados nesta amostra doentes com acidente vascular cerebral, por serem internados em unidade própria). As variáveis analisadas foram: sexo, idade, comorbilidades, presença de lesão de órgão alvo, medicação anti-hipertensiva prévia, medicação administrada no serviço de urgência (SU) e na UCIM, causa para descompensação, presença de causa secundária para a hipertensão,

complicações, duração de internamento e serviço de destino. **Resultados:** Durante estes dois anos foram internados na UCIM 19 doentes por emergência hipertensiva, correspondendo a 2,7% dos internamentos da unidade. Os doentes eram maioritariamente do sexo masculino (63,2%), com idades compreendidas entre os 42 e os 88 anos (média 68,52). O sintoma principal que motivou a vinda ao SU foi: dispneia (73,7%), seguido de cefaleia (10,5%) e alterações visuais (10,5%). Quanto aos valores tensionais à admissão no SU, estes variaram entre 163 e 269 mmHg de PA sistólica e 79 e 168 mmHg de PA diastólica. Quanto à apresentação clínica de LOMH estas foram, por ordem de frequência: edema agudo do pulmão (78,9%), lesão renal aguda (26,3%), retinopatia hipertensiva (21,1%), encefalopatia hipertensiva (15,8%), disseção da aorta (5,3%) e enfarte agudo do miocárdio (5,3%). Cerca de 1/5 dos doentes apresentavam diagnóstico de HTA de novo e destes 75% apresentavam uma causa secundária para a HTA, nomeadamente hiperaldosteronismo primário (n=2), causa renovascular (n=2) e síndrome apneia obstrutiva do sono (n=1). As comorbilidades mais frequentes foram: dislipidemia (40%), insuficiência cardíaca (40%), obesidade (33,3%), diabetes (26,7%) e doença renal crónica (26,7%). Quanto à terapêutica anti-hipertensiva prévia, 80% dos doentes com diagnóstico prévio de HTA faziam dois ou mais fármacos anti-hipertensores. A classe de fármacos mais prevalente foi a dos inibidores da enzima de conversão da angiotensina (47,4%). A terapêutica instituída no SU mais frequente foi dinitrato de isossorbida (63,2%) seguida de labetalol (26,3%). Estes foram titulados durante o internamento na UCIM até à sua remoção e substituição por terapêutica oral. O internamento na UCIM teve uma duração que variou entre 2 e 12 dias (média 5,8 dias). Ocorreram complicações em apenas 2 doentes (infecção e AVC hemorrágico). Quanto ao serviço de destino, a maioria dos doentes foram transferidos para o Serviço de Medicina Interna (63,2%) e 36,8% iniciaram seguimento em consulta de Medicina Interna. **Conclusão:** As emergências hipertensivas são situações clínicas potencialmente fatais, que carecem de um diagnóstico e terapêutica imediatos, merecendo uma vigilância clínica rigorosa. Importa salientar que esta se trata de uma pequena amostra dos doentes que recorrem ao Serviço de Urgência com emergências hipertensivas que devido à sua apresentação clínica são candidatos ao internamento nesta unidade. Estes doentes devem ser devidamente acompanhados após este episódio agudo e deve ser feito um estudo detalhado para exclusão de causas secundárias de hipertensão de modo a prevenir potenciais complicações.

#### ID RESUMO : 49 BIOMARCADORES DE INFLAMAÇÃO SISTÊMICA EM ADULTOS JOVENS APARENTEMENTE SAUDÁVEIS

*Tema : Risco Cardiovascular*

Paula Gomes (1), Andreia Matos (2), Graça Freitas (3), M Clara Bicho (4), J Pereira Miguel (5), M Pires Bicho (6), Alda Pereira da Silva (7)

*Clinica Universitária de Medicina Geral e Familiar, Fac. Medicina Univ. Lisboa; Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública (1), Instituto de Saúde Ambiental – ISAMB, Fac. Medicina Univ. Lisboa; Instituto de Investigação e Inovação em Saúde – I3S, Univ Porto (2), Direção Geral de Saúde (3), Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública; Instituto de Saúde Ambiental – ISAMB, Fac. Medicina Univ. Lisboa (4), Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública, Fac. Medicina Univ. Lisboa (5), Instituto de Investigação Bento e Rocha Cabral; Instituto de Saúde Ambiental – ISAMB, Fac. Medicina Univ. Lisboa (6), Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar, Fac. Medicina Univ. Lisboa; Inst. Med. Preventiva e Saúde Pública; Inst Saúde Ambiental-FMUL (7)*

#### Resumo

**Introdução:** Os adultos jovens presumivelmente saudáveis podem, contudo, apresentar importantes fatores de risco, potencialmente refletidos numa maior incidência de morbilidade futura e numa diminuição da sua qualidade de vida. A obesidade, em particular, tem sido associada a uma maior incidência de hipertensão arterial, observada de modo transversal em todos os grupos etários. É igualmente de considerar que a aterosclerose é uma condição degenerativa vascular, com início precoce, onde o processo inflamatório pode ter um papel relevante.

**Objetivo:** Avaliar a presença de fatores de risco cardiovasculares (CV) (hipertensão arterial, obesidade e dislipidemia) em jovens adultos aparentemente saudáveis e sua correlação com parâmetros analíticos do hemograma.

**Material e Métodos:** Foi estudada uma amostra de 250 adultos jovens, estudantes universitários, sexo feminino=174- 69,6% e masculino=76- 30,4%, maioria caucasianos (94,8%) e eutróficos (82,33%), entre 18 e 30 anos (média± DP: 22,05±2,79 anos). O Índice de Massa Corporal (IMC) kg/m<sup>2</sup>, perímetro da cintura (cm) e pressão arterial (PA) (mmHg) foram avaliados segundo métodos convencionados. Os parâmetros laboratoriais hematológicos e bioquímicos determinados em Laboratório de Química Clínica hospitalar: glicose (mmol /L) por métodos bioquímicos convencionais; colesterol total e HDL (mmol/L), através do método enzimático colesterol oxidase-peroxidase (CHOD-PAP®); triglicéridos (mmol/L), por método enzimático glicerol oxidase-peroxidase (GPO-PAP®); Apolipoproteínas A1, B e E e a Lipoproteína A, através do método imunológico nefelométrico; neutrófilos, linfócitos, monócitos e plaquetas por impedânciometria. A análise estatística foi efetuada com SPSS, utilizando t de Student e ANOVA ou equivalentes não paramétricas, 2 e Correlações de Pearson ou Spearman, segundo distribuição de probabilidade.

**Resultados:** Observaram-se os seguintes valores de PA (média±DP): PA sistólica: 116,67±14,0; PA diastólica: 69,56±9,4, sendo a maioria dos indivíduos (91,5%) normotensos. A frequência de hipertensos (n=20, 8,5 %) não variou com o género (p= 0,154) mas com o IMC (p< 0.000) sendo que 92,9% dos jovens hipertensos observados, apresentaram excesso de peso e/ou obesidade. Verificaram-se diferenças entre os géneros para os valores de HDL (p=0,000), glicose (p=0,000), IMC (p=0,011) e perímetro



da cintura ( $p=0,000$ ), sendo os valores destes parâmetros superiores nos indivíduos do sexo masculino à exceção do valor de HDL, que foi inferior (média±DP - Feminino:  $1,56\pm0,33$ ; Masculino:  $1,30\pm0,26$ ). O IMC e o perímetro da cintura foram superiores nos indivíduos hipertensos em relação aos normotensos, respetivamente média±DP: NT- $21,88\pm3,01$ ; HTA- $25,03\pm4,19$   $p=0,005$ ; Per. Cintura: NT- $71,56\pm10,0$ ; HTA  $81,62\pm13,16$   $p=0,004$ . O perímetro da cintura ajustado para o grau de IMC, foi fator de risco para HTA ( $p=0,043$ ; OR= $1,059$ ; IC 95% = $1,002-1,119$ ). Ao considerar as classes de IMC ( $<18,5$ ,  $18,5-25$ ,  $>25$ ) observaram-se valores superiores em indivíduos com excesso de peso ou obesidade para as seguintes razões: monócitos / HDL ( $p=0,045$ ), monócitos x LDL / HDL ( $p=0,006$ ), plaquetas x LDL / HDL ( $p=0,002$ ), monócitos x plaquetas x LDL / HDL ( $p=0,005$ ), monócitos x plaquetas / HDL ( $p=0,032$ ). Nos hipertensos, a razão monócitos x plaquetas / HDL foi maior ( $p=0,03$ ) em relação aos normotensos. Neste subgrupo, observou-se ainda correlação entre a glicose e as seguintes razões: monócitos x LDL / HDL ( $p=0,033$ ), monócitos x plaquetas / HDL ( $p=0,045$ ) e monócitos x plaquetas x LDL / HDL ( $p=0,034$ ).

**Conclusão:** O risco CV deve ser considerado mesmo em jovens adultos. Neste grupo etário, o rastreio da hipertensão arterial e obesidade, deve ser promovido em contexto clínico, com um foco importante na motivação para a alteração de padrões alimentares e a promoção da atividade física, contribuindo para a redução do risco CV. Biomarcadores laboratoriais do hemograma, podem orientar no padrão de risco em adultos jovens aparentemente saudáveis.

## ID RESUMO : 51

### CARCINOMA ONCOCÍTICO - CAUSA POTENCIALMENTE FATAL DE HTA RESISTENTE

*Tema : Caso Clínico*

Francisco Guimarães (1), Inês Ladeira (1)

*Hospital CUF Descobertas (1)*

#### Resumo

Carcinoma adrenocortical oncocítico: Causa de hipertensão resistente.

O número de casos de carcinoma suprarrenal não é algo de menosprezar, porém casos do subtipo histológico oncocítico contabilizam-se nas centenas a nível global. A maioria dos tumores oncocíticos são não funcionantes, apesar de existirem já descritos casos de tumores produtores de hormonas, responsáveis por hipertensão arterial resistente. Os autores trazem um caso de uma doente de 68 anos, com antecedentes já conhecidos de hipertensão arterial e dislipidemia, controlada com candesartan 32mg e clorotalidona 50mg. Apresenta elevação dos valores tensionais nos últimos três meses antes do internamento, com necessidade de múltiplas idas ao seu médico de família para ajuste medicamentoso,

verificando-se dificuldade no controlo hipertensivo. Recorre ao serviço de urgência por quadro de hipertensão ( $220/110$  mmHg), acompanhada de sudorese noturna, cefaleia e palpitações. Analiticamente a salientar hipocaliemia grave ( $2,1\text{mmol/L}$ ) sem repercussões electrocardiográficas. TC-abdominal descreve volumosa formação ocupante espaço de  $113$  mm, em topografia retroperitoneal com ponto de partida na loca supra renal esquerda. É por isso internada com intuito de controlo tensional, correção eletrolítica e abordagem da massa supra renal. Do estudo etiológico a salientar: ACTH  $27$  pg/mL ( $3,6-60,5$ ), cortisol urinário  $611,8$  mcg/24h ( $28,5-213,7$ ), cortisol na saliva  $24,55$  nmol/l (colheita no início da noite), dihidroepiandrosterona (DHEA)  $6,9$  ng/mL ( $<3$ ), testosterona total  $313$  ng/dL ( $<73$ ). Foi também diagnosticada com diabetes mellitus (HbA1C  $8,3\%/8,2\%$ ) tendo iniciado insulino terapia. Levado caso à discussão multidisciplinar entre Cirurgia Geral, Endocrinologia e Medicina Interna, programados período pré-operatório e cirurgia de excisão da massa supra renal. Foi submetida a laparotomia exploradora e adrenalectomia esquerda. O diagnóstico histológico revelou tratar-se de um carcinoma adrenocortical oncocítico de alto grau de  $123$  mm (T2NxMxR0, ki 67  $10\%$ , ENSAT III). Assistiu-se a controlo tensional no mês subsequente, com suspensão gradual e parcial dos anti-hipertensores. Doente mantém seguimento em consultas de endocrinologia, hipertensão e cirurgia geral. Foi enviada para outra Instituição, para início de terapêutica adjuvante com mitotano, aguardando estadiamento pós-operatório. Trazemos este caso dada a raridade desta patologia e para realçar a importância de estudo adicional de causas de hipertensão arterial resistente e que pode levar a um diagnóstico de causa tratável e modificadora de prognóstico que caso contrário poderia mesmo ser fatal.