



**JORNADAS
DE MEDICINA
IPO PORTO**

The background is a dark teal color with various abstract elements. There are several concentric yellow circles of varying thicknesses. Scattered throughout are spheres of different sizes, some appearing to be floating or attached to the circles. The overall aesthetic is clean and modern.

Caso Clínico 1

Otília Romano

Reabilitação no Cancro da Cabeça e Pescoço

Caso Clínico

Doente de 62 anos, sexo masculino

AP: Tabagismo, alcoolismo, DPOC.

Carcinoma espinocelular no pavimento da boca (T3N2).

Reabilitação no Cancro da Cabeça e Pescoço

Caso Clínico

Operado em 22/04/2024 a **pelviglossectomia anterior com mandibulectomia marginal + esvaziamento ganglionar cervical radical modificado direita e selectivo à esquerda + reconstrução com retalho livre antebraquial + traqueostomia.**

Encerramento da traqueostomia em 5/ 2024

Efectuou de julho/2024 a setembro/2024 **quimiorradioterapia adjuvantes (cisplatino e radioterapia dirigida).**

Reabilitação no Cancro da Cabeça e Pescoço

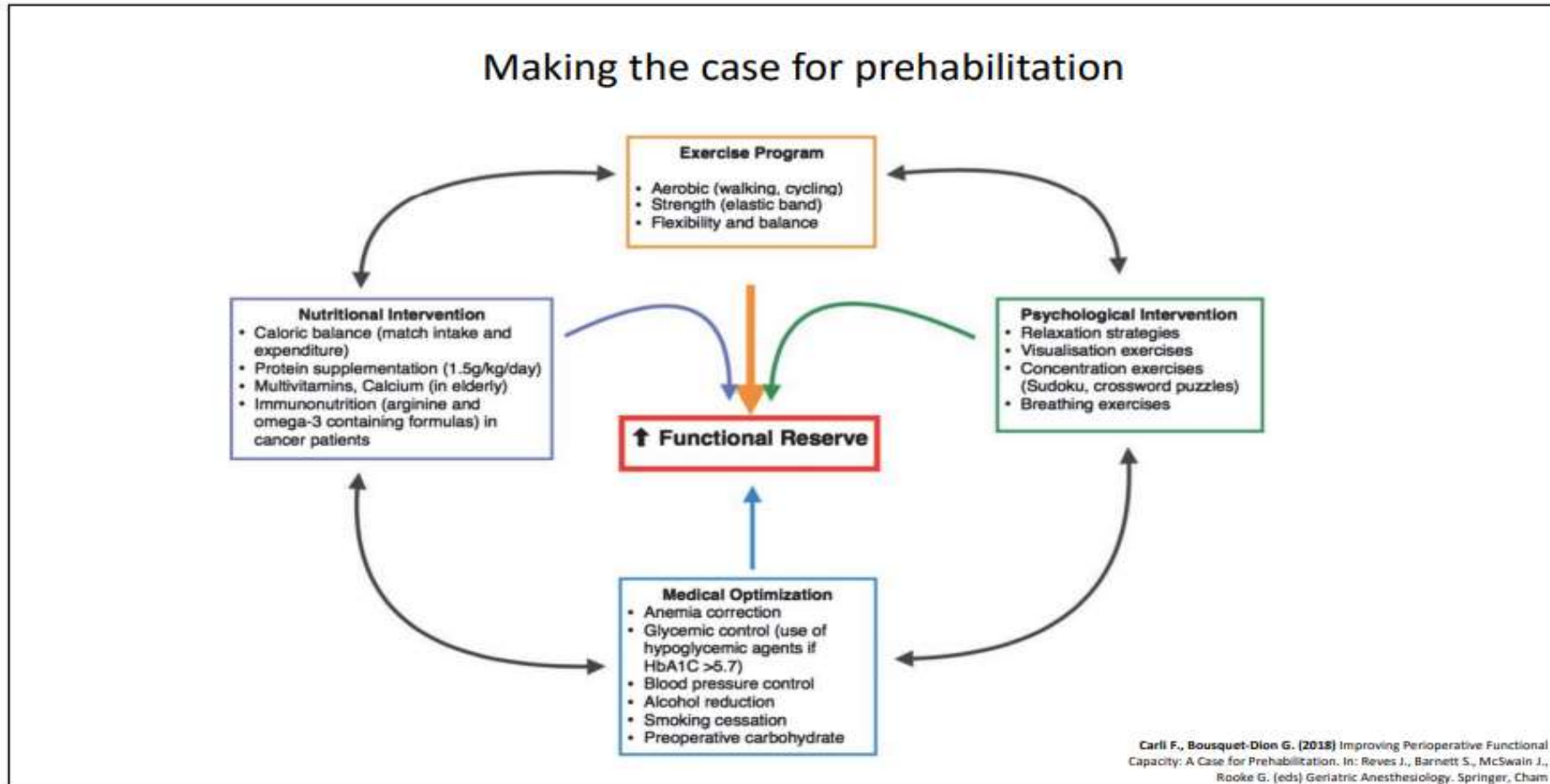
Caso Clínico

Quando orientar para Medicina Física e de Reabilitação?

- A- Após o diagnóstico e decisão terapêutica (Pré- cirurgia)
- B - Depois da Cirurgia e antes da Radioterapia (Pós-cirurgia)
- C - Depois de todos os tratamentos médicos-cirúrgicos realizados (Pós-radioterapia)
- D – Todas estão certas

Reabilitação no Cancro da Cabeça e Pescoço

Caso Clínico



Importância da
Pré-habilitação

Pré-habilitação no Cancro da Cabeça e Pescoço

Caso Clínico

MFR no Pré - operatório

A cinesiterapia respiratória e programas de **exercício aeróbico**, de **fortalecimento**, de **flexibilidade** e de **equilíbrio**.

Incentivo à sua realização no **domicílio**

MECANISMOS DE RESPIRAÇÃO

RESPIRAÇÃO
A respiração é o processo pelo qual o nosso organismo retira do ar atmosférico o oxigénio, indispensável à vida, e liberta o dióxido de carbono. O órgão responsável por esse processo é o pulmão. No entanto, para que este processo se dê o melhor possível, é preciso que outras estruturas se encontrem em boas condições e a funcionar bem: a coluna dorsal, as costelas, o esterno e todos os músculos envolvidos.

Os músculos são responsáveis tanto pela inspiração como pela expiração. Dos músculos inspiratórios o mais importante e mais resistente ao esforço é o Diafragma. É o músculo que se encontra abaixo do pulmão e separa a cavidade torácica da abdominal.

INSPIRAÇÃO
A inspiração deve ser feita pelo nariz. É um processo activo em que as costelas e o esterno se afastam da coluna dorsal e o diafragma desce, aumentando o tamanho da caixa torácica obrigando o ar a entrar, como num folo.

EXPIRAÇÃO
É um processo essencialmente passivo em que os músculos inspiratórios relaxam, levando o tórax à posição inicial, e o diafragma sobe, expulsando o ar.

SECREÇÕES
Protegem as vias aéreas e filtram o ar (poeiras, poluentes químicos, pólenes e bactérias). Quando produzidas em excesso podem causar obstrução das vias aéreas dificultando a respiração.

TOSSE
Principal mecanismo de higiene brônquica, que permite a expulsão das secreções em excesso.

Todos os exercícios devem ser coordenados com a respiração: inspirar ao abrir a caixa torácica, expirar ao fechar.

EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS

- 1. Respiração Abdominal**
- Para a frente!
12x
- 2. Na posição de sentado, abrir os braços a partir da posição de junto ao tronco.**
12x cada lado
- 3. Na posição de sentado ou deitado, levantar os braços pela frente do tronco.**
12x
- 4. Espirómetro de incentivo**
12x

Para cuidar de si!

IPO-PORTO

Reabilitação no Cancro da Cabeça e Pescoço

Caso Clínico

Reabilitação no Pós operatório imediato - Sintomas Respiratórios

- ▶ Antecedentes tabágicos e patologia respiratória associada
- ▶ Perda dos músculos acessórios da respiração (esternocleidomastoideu e platisma)
- ▶ Traqueostomia
- ▶ Microaspiração de saliva e conteúdo alimentar

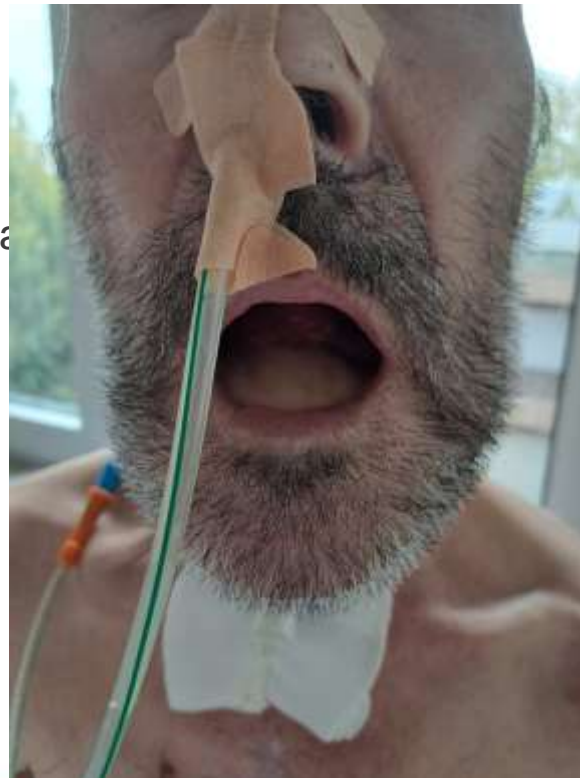
A cinesiterapia respiratória, o condicionamento ao esforço e o ensino de técnicas de conservação de energia são muito importantes no pré e pós operatório;



Reabilitação no Cancro da Cabeça e Pescoço – Caso Clínico

Reabilitação no pós operatório imediato – Alterações da fala, da mastigação, da deglutição

- ▶ Alterações dentárias.
- ▶ Limitação da mobilidade da língua e da mandíbula
- ▶ Alterações salivares e xerostomia
- ▶ Dor, alteração da sensibilidade e do sabor.
- ▶ Edema da boca, faringe e laringe.
- ▶ Regurgitação nasal



Importância da atuação conjunta da **Fisioterapia** e da **Terapia da Fala**.

Reabilitação no Cancro da Cabeça e Pescoço

Caso Clínico

Um mês após a cirurgia o doente manifesta **dor e limitação articular do ombro direito**

Reabilitação no Cancro da Cabeça e Pescoço

Caso Clínico



- Dor, depressão e limitação da abdução do ombro
- Omoplata alada
- Estiramento do romboide e elevador da omoplata
- Encurtamento do peitoral
- Subluxação da clavícula

Reabilitação no Cancro da Cabeça e Pescoço

Caso Clínico

Um mês após a cirurgia o doente manifesta dor e limitação articular do ombro direito, qual a etiologia?

- A - Por antecedentes de tendinopatia
- B - Por história traumática. Tração do membro superior
- D - Por lesão neurológica
- E - Por metastização óssea

Reabilitação no Cancro da Cabeça e Pescoço

Caso Clínico

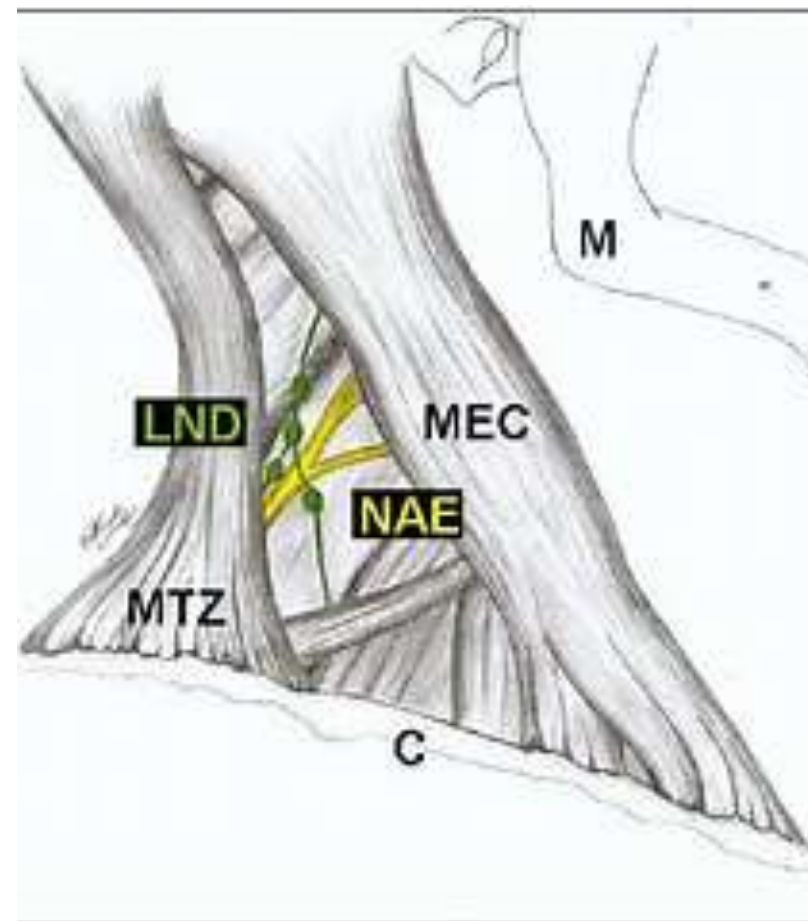
Um mês após cirurgia o doente manifesta dor e limitação articular do ombro direito

Ecografia das partes moles do ombro - sem alterações

RX do ombro - sem metastização óssea ou alterações degenerativas

RMN - sem alterações

EMG - **lesão de axonotmesis moderada do nervo Espinhal Acessório direito**



Reabilitação no Cancro da Cabeça e Pescoço – Caso Clínico

Esvaziamento cervical ->

Lesão do nervo espinal-acessório ->

Atrofia do músculo Trapézio -> DOR e limitação do ombro



- ▶ Restaurar a mobilidade articular do ombro
- ▶ Fortalecer o trapézio e os músculos estabilizadores da omoplata
- ▶ Reeducar a postura
- ▶ Reduzir o componente doloroso

**Importância da
Fisioterapia**

Reabilitação no Cancro da Cabeça e Pescoço

Caso Clínico

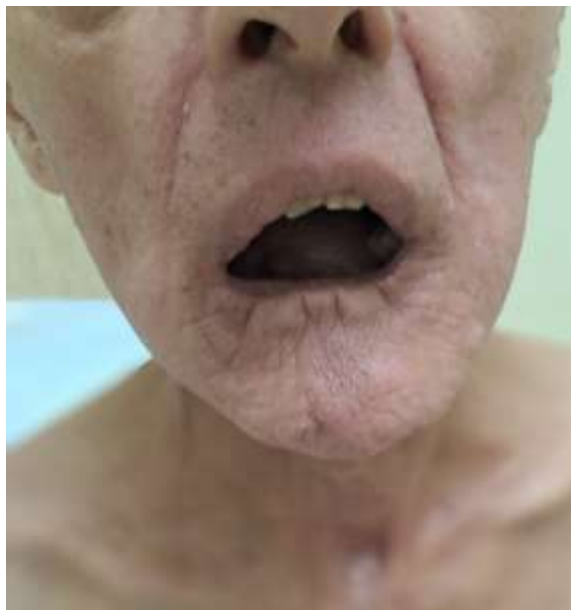
Alteração da postura e limitação da mobilidade cervical



- Secundária à remoção do ECM, dos escalenos, do platisma e de outros músculos do pescoço
- Secundária ao tratamento de radioterapia, com espasmo muscular, distonia e fibrose progressiva
- Alteração postural em flexão da cervical

Reabilitação no Cancro da Cabeça e Pescoço

Caso Clínico



Trismus – Limitação da abertura oral

Envolvimento dos músculos bucinador, pterigoideu ou masseter pelo tumor ou pela fibrose secundária à cirurgia e à radioterapia.



A ação conjunta e precoce da **fisioterapia** e da **terapia da fala** são importantes na sua **reabilitação**

Reabilitação no Cancro da Cabeça e Pescoço

Caso Clínico

De 29/7/2024 a Setembro de 2024o doente efectuou **quimiorradioterapia adjuvantes**, com **cisplatino e radioterapia**.

O doente manifesta parestesias nas mãos e nos pés, mais intensas na mão direita, com diminuição da força e destreza manual nesta mão, a que se devem os sintomas?

A- Os sintomas são secundários à quimioterapia efectuada

B - Os sintomas devem-se à quimioterapia e a Síndrome do Túnel do Carpo

C - Os sintomas são secundários à quimioterapia e a lesão do nervo Mediano a outro nível

Reabilitação no Cancro da Cabeça e Pescoço

Caso Clínico

Reconstrução da mandíbula com retalho livre antebraquial e Quimioterapia com Cisplatino

- ▶ Não esquecer a região dadora do retalho



EMG : neuronopatia sensitiva secundária aos derivados do platino e lesão axonal do nervo Mediano no antebraço

Reabilitação no Cancro da Cabeça e Pescoço

- Patologia complexa.
- A Medicina Física e de Reabilitação é fundamental na recuperação do doente.
- O sucesso da Reabilitação depende da intervenção atempada.
- O trabalho em equipa é fundamental



The background is a dark teal color with various abstract elements. There are several concentric circles in shades of teal and yellow-green. Some circles are solid, while others are hollow. There are also several spheres of different sizes, some in teal and some in yellow-green, scattered across the background. The overall aesthetic is modern and geometric.

Caso Clínico 2

Fábio Videira Santos

Caso clínico



• Sexo masculino

• Engenheiro civil

• 39 anos

• ECOG PS 0

Antecedentes pessoais: rinite alérgica

Sem hábitos tabágicos e alcoólicos

PNV atualizado

IgG+ IgM- (contacto prévio): CMV, EBV, VHS-1

IgG- IgM- (sem contacto, não imune): VZV

Reside com mulher e filho de 1 ano, saudáveis

Caso clínico



#. Melanoma maligno couro cabeludo (região occipital), estadio IIIC ao diagnóstico (pT4bN1a cM0)

Exérese alargada de cicatriz com plastia e biópsia de gânglio sentinela 11/2023

##. Metastização subcutânea occipital e ganglionar cervical bilateral em 12/2023

Iniciou tratamento sistémico paliativo com Nivolumab / Ipilimumab em 01/2024

Interrupção após C1 por hipertiroidismo G2

INTERCORRÊNCIAS RECENTES

#. Colite imunomediada G3 com necessidade de titular prednisolona até 1.5 mg/kg, em desmame [Maio 2024 a Agosto 2024]

#. Colite por CMV (Maio-Junho de 2024)

Questão 1

1. Estando a observar o doente em consulta em Julho 2024, que vacinas complementares recomendar neste doente imunodeprimido?

- a. Vacina antipneumocócica [Prevenar13[®], Pneumovax23[®], Prevenar20[®]]
- b. Vacinação antimeningocócica [serotipos A,C,W-135, Y; serotipo B]
- c. Vacina contra o VHA [Vaqta[®]; Havrix[®]]
- d. Vacina viva atenuada contra a varicela [Varilax[®] ou Varilrix[®]]
- e. Vacinas sazonais contra a gripe e COVID-19
- f. idealmente, se possível, todas as anteriores?

Questão 1

1. Estando a observar o doente em consulta em Julho 2024, que vacinas complementares recomendar neste doente imunodeprimido?

- a. Vacina antipneumocócica [Prevenar13[®], Pneumovax23[®], Prevenar20[®]] ✓
- b. Vacinação antimeningocócica [serotipos A,C,W-135, Y; serotipo B] ✓
- c. Vacina contra o VHA [Vaqta[®]; Havrix[®]] ✓
- d. Vacina viva atenuada contra a varicela [Varilax[®] ou Varilrix[®]] ✓
- e. Vacinas sazonais contra a gripe e COVID-19 ✓
- f. idealmente, se possível, todas as anteriores? ✓ ✓ ✓

Table 2 Recommended Adult Immunization Schedule by Medical Condition or Other Indication, United States, 2024

Always use this table in conjunction with Table 1 and the Notes that follow. Medical conditions or indications are often not mutually exclusive. If multiple medical conditions or indications are present, refer to guidance in all relevant columns. See Notes for medical conditions or indications not listed.

VACCINE	Pregnancy	Immunocompromised (excluding HIV infection)	HIV infection CD4 percentage and count		Men who have sex with men	Asplenia, complement deficiency	Heart or lung disease	Kidney failure, End-stage renal disease or on dialysis	Chronic liver disease; alcoholism*	Diabetes	Healthcare Personnel ^b	
			<15% or <200mm ³	≥15% and ≥200mm ³								
COVID-19		See Notes										
IIV4 or RIV4			1 dose annually									
LAIV4					1 dose annually if age 19–49 years		1 dose annually if age 19–49 years					
RSV	Seasonal administration. See Notes	See Notes					See Notes					
Tdap or Td	Tdap: 1 dose each pregnancy		1 dose Tdap, then Td or Tdap booster every 10 years									
MMR	*											
VAR	*		See Notes									
RZV		See Notes										
HPV	*	3 dose series if indicated										
Pneumococcal												
HepA												
Hep B	See Notes		Age ≥ 60 years									
MenACWY												
MenB												
Hib		HSCT: 3 doses ^c					Asplenia: 1 dose					
Mpox	See Notes						See Notes					See Notes

 Recommended for all adults who lack documentation of vaccination, **OR** lack evidence of immunity
 Not recommended for all adults, but recommended for some adults based on either age **OR** increased risk for or severe outcomes from disease
 Recommended based on shared clinical decision-making
 Recommended for all adults, and additional doses may be necessary based on medical condition or other indications. See Notes.
 Precaution: Might be indicated if benefit of protection outweighs risk of adverse reaction
 Contraindicated or not recommended *Vaccinate after pregnancy, if indicated
 No Guidance/ Not Applicable

a. Precaution for LAIV4 does not apply to alcoholism.
 b. See notes for influenza; hepatitis B; measles, mumps, and rubella; and varicella vaccinations.
c. Hematopoietic stem cell transplant.

**PROGRAMA
NACIONAL DE
VACINAÇÃO**

2020



NORMA

Graça Freitas

NÚMERO: 011/2015

DATA: 23/06/2015

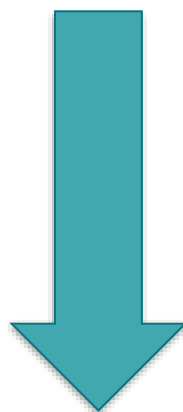
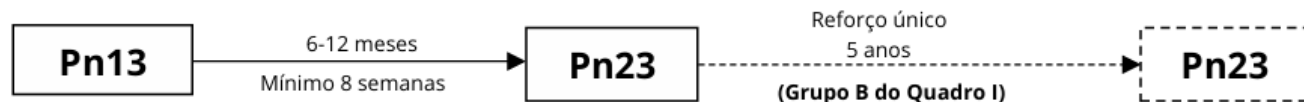
ATUALIZAÇÃO: 01/11/2021

ASSUNTO: Vacinação contra infeções por *Streptococcus pneumoniae* de grupos com risco acrescido para doença invasiva pneumocócica (DIP).

Adultos (≥ 18 anos de idade)

PALAVRAS-CHAVE: Vacinação, infeção pneumocócica, doença invasiva pneumocócica, DIP, grupos de risco, *Streptococcus pneumoniae*

PARA: Profissionais de saúde do Sistema de Saúde



Condição	Preferencial	Alternativa
≥ 65 anos	VPC 20	VPC 15 → VPP 23 (≥ 1 ano)
≥ 18 anos com risco acrescido de DIP	VPC 20	VPC 15 → VPP 23 (≥ 1 ano)
≥ 18 anos imunocomprometidos ou risco acrescido de meningite bacteriana	VPC 20	VPC 15 → VPP 23 (≥ 1 ano) *

*Pode ser administrada após um período de 8 semanas

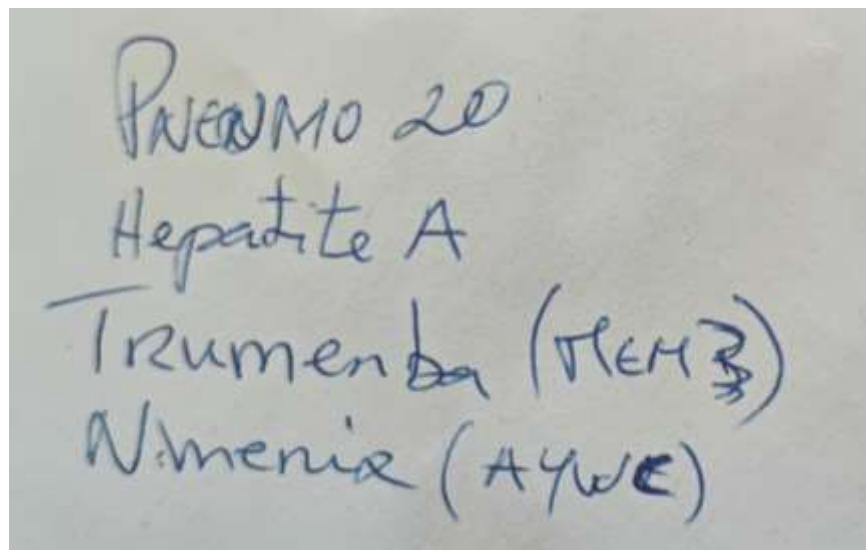
A doença pneumocócica

Recomendações para a vacinação antipneumocócica na população adulta (> 18 anos):

Atualização GRESP 2022

Logos: Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (apmgf) and GRESP (Grupo de Doenças Respiratórias, Infeções e Imunidade)

Questão 1



Pneumo 20
Hepatite A
Trumenba (TETV3)
Nimenix (AYWE)

Proposta de vacinação complementar enviada pelo colega médico assistente de MGF do doente

Questão 2

2. Pode fazer qualquer tipo de vacina, incluindo viva atenuada?

Table 1. The differences between live-attenuated and killed vaccines.

	Live	Killed
Virus	Weakened Live virus	Entire virus is killed
Replication	Can replicate and mimic natural infection	Do not replicate
Immunity	Greater and longer duration	Lower and Shorter duration
Immune response	Cell-mediated	Humoral
Adjuvant	Not needed	Needed
Ig produced	IgA and IgG	IgG
Virulence	May reverse	No virulence
Booster	Not required	Required
Spread of strain	Vertical and horizontal spread	Not possible

Questão 2

2. Pode fazer qualquer tipo de vacina, incluindo viva atenuada?

Enquanto sob corticoide em altas doses, está contraindicada administração de vacinas vivas atenuadas



[no caso da varicela, se contacto de risco, recomendação para imunoglobulina pós-exposição]

Inactivated Vaccines (<u>safe</u>)	Live Vaccines (avoid if on high-dose immunosuppressant drugs)
Influenza injection ('flu vaccine)	Nasal Influenza vaccine (Fluenz Tetra)
Pneumococcal	Measles
Hepatitis A	Mumps
Hepatitis B	Rubella
Meningococcal	MMR (Priorix, MMRVAXPRO)
Inactivated Poliomyelitis (IPV)	Oral Poliomyelitis (OPV)
Haemophilus Influenzae Type b (Hib)	BCG
Diphtheria	Rotavirus (Rotarix)
Tetanus	Yellow Fever
Pertussis	Nasal Influenza vaccine (Fluenz Tetra)
Japanese Encephalitis	Chickenpox vaccine (Varilrix, Varivax)
Tick borne encephalitis	Shingles vaccine (Zostavax) (can be used in patients on low dose immunosuppressants)
Monovalent whole cell typhoid	Oral Typhoid Vaccine (TY21a)
Typhoid Vi polysaccharide antigen	-
Rabies	-
Shingrix	-

Questão 3

3. Qual o melhor momento para vacinação no contexto da imunossupressão? E as vacinas vivas?

Questão 3

3. Qual o melhor momento para vacinação no contexto da imunossupressão? E as vacinas vivas?

- a. De preferência, e se possível, antes de iniciar imunossupressão (pelo menos 2 semanas antes)
- b. estando sob corticoide em altas doses, o ideal, se possível, será aguardar pelo desmame (até cerca de 1 mês) para se considerar administração de vacinas vivas



General Best Practice Guidelines

Introduction

History

Timing and Spacing of Immunobiologics

Contraindications and Precautions

Timing and Spacing of Immunobiologics

General Best Practices for Immunization

[Print](#)

Updated August 1, 2023

[Printer friendly version](#) [40 pages]

<https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/timing.html>

Kroger A, Bahta L, Long S, Sanchez P. General Best Practice Guidelines for Immunization.

[www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/downloads/general-recs.pdf]. Accessed on 22/10/2024

Questão 3

Terapêutica com corticosteroides

PROGRAMA
NACIONAL DE
VACINAÇÃO

2020



Quadro XIX – Vacinação com vacinas vivas e vacinas inativadas, de acordo com o tipo de tratamento com corticosteroides

Tipo de terapêutica	Vacinas vivas	Vacinas inativadas
Com doses elevadas (prednisona >1mg/Kg/dia ou >20mg/dia, ou seu equivalente)	Tratamento <14 dias: de preferência, 2 semanas depois de parar o tratamento. Tratamento ≥14 dias: 1 mês depois de parar o tratamento	Sem contra indicação (preferível após o final do tratamento, se este não for de longa duração)
Com doses baixas	Sem contra indicação (preferível após o final do tratamento, se este não for de longa duração)	Sem contra indicação
Com dose substitutiva	Sem contra indicação	Sem contra indicação
Por via tópica ou inalatória	Sem contra indicação	Sem contra indicação

Questão 4.

4. E os conviventes, devem ser vacinados?

Questão 4

4. E os conviventes, devem ser vacinados?

- Sim, incentivar à atualização do PNV em todos os conviventes, especialmente se também forem imunodeprimidos, bem como vacinação complementar aplicável
- Considerar também vacinas vivas, se aplicáveis

General Best Practice Guidelines

Introduction

History

Timing and Spacing of Immunobiologics

Altered Immunocompetence

General Best Practices for Immunization

[Print](#)

Updated August 1, 2023

[Printer friendly version](#) [26 pages]

<https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/immunocompetence.html>

Vaccination of Contacts of Persons with Altered Immunocompetence

Household contacts and other close contacts of persons with altered immunocompetence should receive all age- and exposure-appropriate vaccines, with the exception of smallpox vaccine (12,13).

General Best Practice Guidelines for Immunization: Altered Immunocompetence

127

Kroger A, Bahta L, Long S, Sanchez P. General Best Practice Guidelines for Immunization.

[www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/downloads/general-recs.pdf]. Accessed on 22/10/2024

Questão 4



2.3.2.2 Vacinação de coabitantes de pessoas com imunodeficiência

A vacinação dos coabitantes de pessoas com imunodeficiência tem um papel fundamental na proteção destes doentes.

As vacinas inativadas podem ser utilizadas sem contraindicações ou precauções específicas nesta nos coabitantes de pessoas com imunodeficiência.

Deve-se assegurar que são vacinados de acordo com o PNV ([2.2 Vacinação da população em geral](#)) e, anualmente, com a vacina contra a gripe (de acordo com as Normas/Orientações específicas em vigor).

A vacinação com vacinas vivas pode exigir precauções especiais se a imunodeficiência se associar a suscetibilidade aumentada a estirpes vacinais. Em geral:

- As vacinas VASPR e BCG podem ser administradas aos contactos próximos de pessoas com imunodeficiência.
- A vacina oral contra a poliomielite viva atenuada (VAP) está contraindicada (vacina utilizada noutros países).
- A vacina contra a varicela pode ser administrada, mas nas 6 semanas após a vacinação, deve ser evitado o contacto próximo com pessoas suscetíveis de alto risco.

The background is a vibrant teal color with various abstract geometric shapes. A large, prominent feature is a set of three concentric yellow circles on the left side. Scattered throughout the scene are several light blue spheres of different sizes, some with soft shadows, giving a 3D effect. There are also several light blue circular arcs and partial circles, some overlapping the yellow circles and others floating in the background.

Caso Clínico 3

Mariana Ferreira dos Santos

Caso clínico

- Doente com 66 anos, picheleiro ativo
- Queixas de sensação de amargo na boca, impressão na garganta, saliva gordurosa (sic) com 1 ano de evolução
- MGF > ecografia cervical – lesão nodular supraclavicular com 26 X 8 mm, sugestiva de adenopatia

Questão – o que fazer ?

- TC cervical
- Biópsia aspirativa
- TC CTAP
- Vigilância
- Nenhuma das anteriores

Resposta

- TC CTAP – confirma-se a presença da adenopatia cervical com 25 X 20 mm com extensão ao mediastino superior e anterior e aumento no nº de gg cervicais e mediastínicos
- Biópsia aspirativa – “inconclusivo por escassez celular. Aspectos citológicos suspeitos de neoplasia metastática, suspeito de malignidade”

E agora?

- IPO Porto
- Repetição da Biópsia aspirativa da adenopatia
 - Gânglio linfático com envolvimento por processo inflamatório crónico, granulomatoso, não necrotizante
 - PCR de M. tuberculosis complex – não detetado
 - PET – envolvimento ganglionar maligno, supra e infradiafragmático

Consulta Medicina Interna

- Realizada nova Biópsia aspirativa MAS com colheita do produto em **tubo seco e/ou meio cultural**
- PCR M. tuberculosis complex – detetado
- Orientado para o CDP

TAKE-HOME MESSAGES

- Não esquecer o diagnóstico de Tuberculose
- Não esquecer de enviar produtos em tubo seco e/ou cultural

The background is a dark teal color with various abstract elements. A large, bright yellow-green concentric circle is the central focus. Scattered around it are several light blue spheres of different sizes and some faint, light blue circular outlines. The overall aesthetic is clean and modern.

Caso Clínico 4

Diogo Soares

Caso Clínico

- Sexo masculino, caucasiano
- 55 anos, carteiro
- Casado, a residir em Braga
- Nacionalidade portuguesa



- Antecedentes Pessoais M/C
 - Ca Epidermóide do Pulmão
 - HTA
- Antecedentes Familiares
 - Dças Cardiovasculares
- Medicação Habitual
 - QT (Gencitabina)
 - Lercanidipina 20mg id

Caso Clínico

Em consulta queixa-se de edema do MIE.

- Sem trauma ou outra causa aparente;
- Cerca de 1 semana de evolução com dor;
- Pulsos arteriais palpáveis bilateralmente;
- Sinal de Hoomans +, veias superficiais + visíveis;
- Restante exame físico normal com exceção da Tens. Arterial;

Questão

Qual a suspeita e como orientar o diagnóstico?

- Celulite
- Insuficiência Venosa Periférica
- Trombose Venosa Profunda
- Progressão da Doença Oncológica

Questão

Qual a suspeita e como orientar o diagnóstico?

- Celulite
- Insuficiência Venosa Periférica
- **Trombose Venosa Profunda**
- Progressão da Doença Oncológica

Caso Clínico

- Doença oncológica interfere na hemostase sanguínea por diversas vias;
- Trombose idiopática é muitas vezes a 1ª manifestação de Cancro;
- TEV ↑ mortalidade 4x no doente oncológico e 30x comparando com pessoas saudáveis;
- 2ª causa de † no doente oncológico.

Questão

Como orientar?

- AINE
- Estudo de Hemostase com D-Dímeros
- TC MIE
- Eco-Doppler MIE

Questão

Como orientar?

- AINE
- Estudo de Hemostase com D-Dímeros
- TC MIE
- **Eco-Doppler MIE**



DIAGNOSIS

WORKUP/IMAGING

IMAGING FINDINGS

ADDITIONAL IMAGING DVT TREATMENT

Clinical suspicion of DVT:

- Swelling of unilateral extremity
- Heaviness in extremity
- Pain in extremity
- Unexplained persistent calf cramping
- Swelling in face, neck, or supraclavicular space
- Catheter dysfunction (If catheter is present, see [Catheter-Related DVT \[DVT-3\]](#))

- Comprehensive medical H&P
- CBC with platelet count
- PT, aPTT ± fibrinogen
- Liver and kidney function tests
- Venous US^a

Questão

Iniciar hipocoagulação quando?

- Imediatamente
- Após confirmação imagiológica
- Após estudo analítico

Questão

NICE National Institute for
Health and Care Excellence

NICE
guideline

Iniciar hipocoagulação quando?

- 1.1.4 If a proximal leg vein ultrasound scan result cannot be obtained within 4 hours, offer people with a DVT Wells score of 2 points or more:
- interim therapeutic anticoagulation (see the section on interim therapeutic anticoagulation for suspected DVT or PE) **and**
 - a proximal leg vein ultrasound scan with the result available within 24 hours.
[2012, amended 2020]

Questão

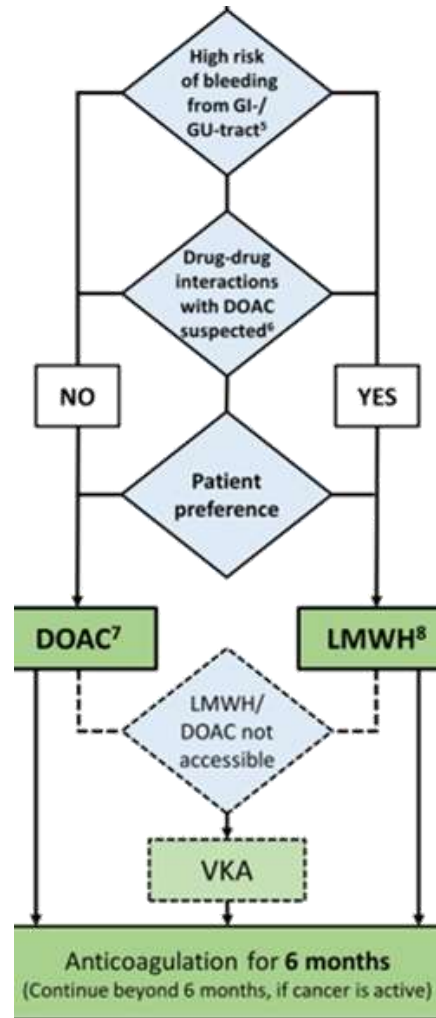
Com que fármaco?

Questão

Com que fármaco?

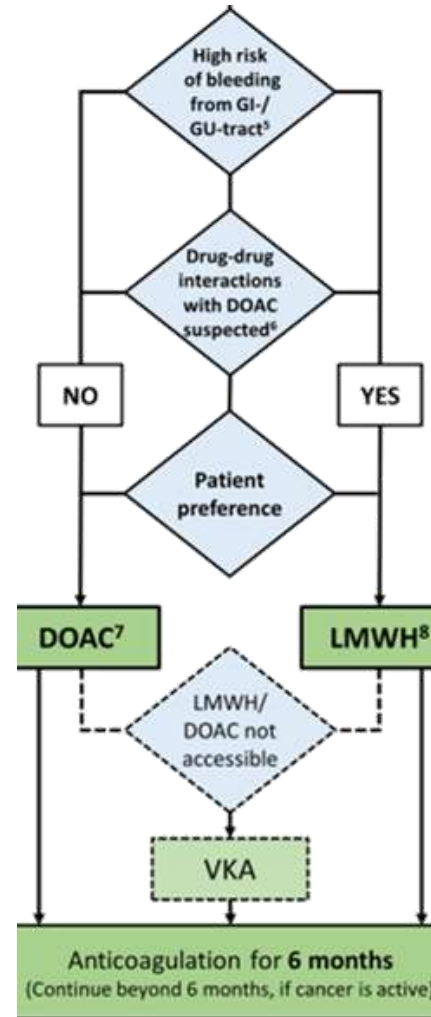
- HBPM – Enoxaparina ou Tinzaparina
- DOAC – Rivaroxano/Edoxano/Apixabano ou Dabigatran
- AVK – Varfarina ou Acenocumarol

Patient with cancer and acute VTE¹



Patient with cancer and acute VTE¹

- Anemia/Hemorragia!
- Trombocitopenia!
 - >50.000/uL
- TFG!
 - >30mL/min
- Função Hepática!
 - Child-P B/C



- Dabigatrano!
- AVK!

Questão

Se doente com Ca Gastrointestinal?

Questão

Se doente com Ca Gastrointestinal?

DOACs:
Apixaban,
dabigatran,
edoxaban, and
rivaroxaban

Contraindications:

- Pregnancy or breastfeeding
- Stage IV/V chronic kidney disease:
 - ▶ Apixaban^k: CrCl <30 mL/min⁴
 - ▶ Dabigatran,²⁵ edoxaban,³³ rivaroxaban¹⁸: CrCl <30 mL/min
- Active/clinically significant liver disease:
 - ▶ Apixaban⁷: Child-Pugh Class B or C or alanine aminotransferase (ALT)/aspartate aminotransferase (AST) >3x upper limit of normal (ULN); total bilirubin >2x ULN
 - ▶ Rivaroxaban^{15,18}: Child-Pugh class B or C or ALT/AST >3x ULN
 - ▶ Dabigatran^{25,26,34-36}: Child-Pugh class C or ALT/AST >2x ULN or active/acute hepatitis or cirrhosis
 - ▶ Edoxaban^{12,13}: Child-Pugh class B or C or AST/ALT >3x ULN and bilirubin >2x ULN, cirrhosis, or active hepatitis
 - ▶ Strong dual inhibitors/inducers of CYP3A4 and P-gp: see prescribing information for rivaroxaban¹⁵ and apixaban³
- Inducers/inhibitors of P-gp: see prescribing information for dabigatran²⁵ and edoxaban¹²

Relative contraindications, use with caution:

- DOACs have been associated with an increased risk of GI and possibly genitourinary tract bleeding, and should be used with caution in patients with genitourinary or GI tract lesions, pathology, or instrumentation.
- Use with caution in patients with compromised renal or liver function.
- For patients receiving nephrotoxic or hepatotoxic chemotherapy, consider monitoring patients more closely with laboratory testing.
- Consider drug-drug interactions.

Caso Clínico

Condições a ter atenção:

- Anemia
 - Perdas ativas vs Anemia inflamatória/dça crónica
- Trombocitopenia
 - <50.000/uL - DOAC Stop

Enoxaparin Dose Modification in the Setting of Thrombocytopenia

Platelet Count	Dose Adjustment	Suggested Dose of Enoxaparin	Alternative Once-Daily Dosing Regimen
>50,000/ μ L	Full-dose enoxaparin	1 mg/kg twice daily	1.5 mg/kg daily
25,000–50,000/ μ L	Half-dose enoxaparin	0.5 mg/kg twice daily	—
<25,000/ μ L	Temporarily hold enoxaparin		

Caso Clínico

Condições a ter atenção:

- Insuficiência Renal
 - $<30\text{mL/min}$ – DOAC Stop
 - >15 e $<30\text{mL/min}$ – Enoxaparina 1mg/Kg 1x dia
 - $<15\text{ mL/min}$ – Enoxaparina Stop
- Tinzaparina – FullDose até $<20\text{mL/min}$

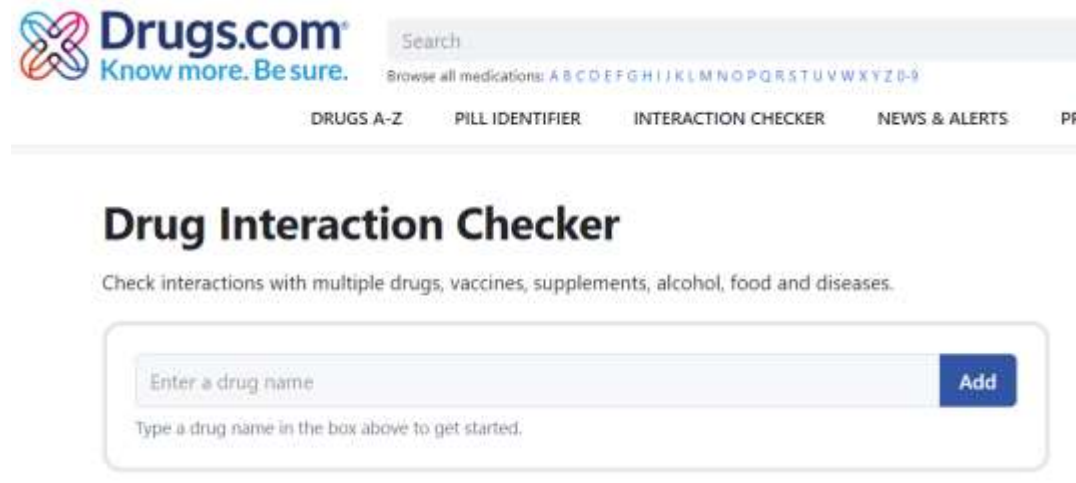
Caso Clínico

Condições a ter atenção:

- Mudanças de tratamentos e interações medicamentosas



The screenshot shows the Medscape website's navigation bar with the Medscape logo and three menu items: NEWS & PERSPECTIVE, DRUGS & DISEASES (which is underlined), and CME & EDUCATION. Below the navigation bar is the 'Drug Interaction Checker' tool, which includes a search icon, a text input field with the placeholder 'Enter a drug, OTC or herbal supplement:', and a 'Print' button.



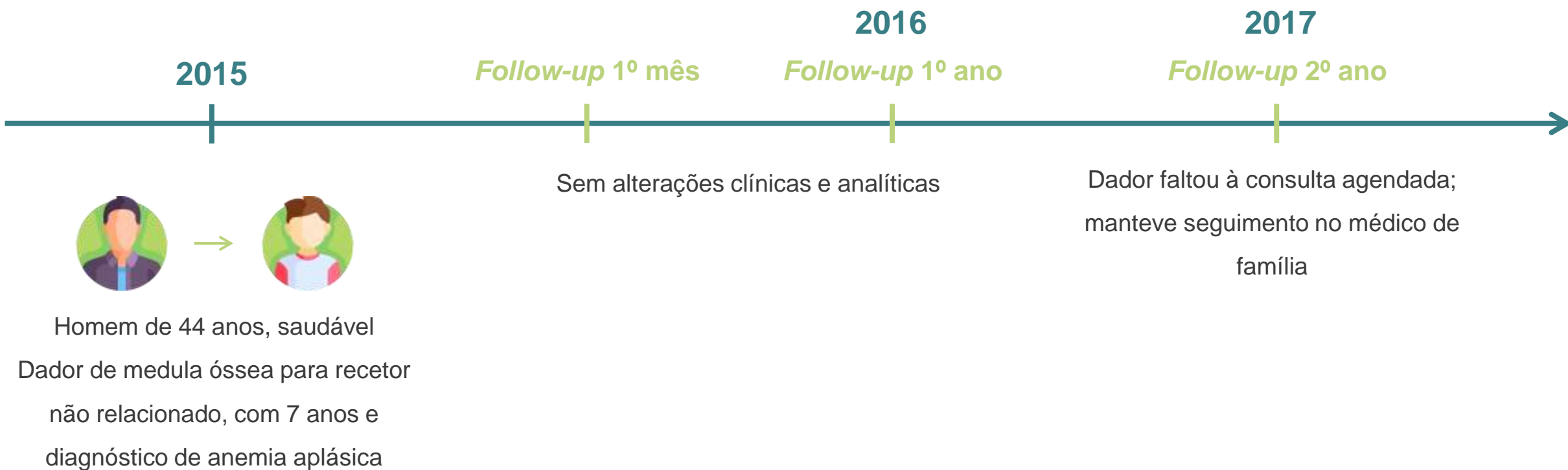
The screenshot shows the Drugs.com website's navigation bar with the Drugs.com logo and the tagline 'Know more. Be sure.'. It also features a search bar, a 'Browse all medications' dropdown menu with an alphabetical index (A-Z), and a navigation menu with links for DRUGS A-Z, PILL IDENTIFIER, INTERACTION CHECKER, NEWS & ALERTS, and PR. The main content area is titled 'Drug Interaction Checker' and includes a sub-header 'Check interactions with multiple drugs, vaccines, supplements, alcohol, food and diseases.'. Below this is a text input field with the placeholder 'Enter a drug name' and an 'Add' button. A note below the input field says 'Type a drug name in the box above to get started.'

The background is a vibrant teal color with various abstract geometric shapes. A large, prominent feature is a set of three concentric, thick yellow-green rings on the left side. Scattered throughout the scene are numerous spheres of varying sizes, some in shades of teal and others in a lighter, pale green. There are also several thin, light blue circular lines and arcs, some of which are partially cut off by the edges of the frame. The overall aesthetic is clean, modern, and scientific.

Caso Clínico 5

Lúcia Vieira

Caso clínico



Caso clínico

2024



Recetor, com 15 anos, desenvolveu **Síndrome Mielodisplásico (SMD) com excesso de blastos nas células do dador**

Proposto para 2º transplante alogénico de medula óssea, a partir de outro dador

Consulta ao RSE



Último hemograma (2022): **neutropenia (1200/uL)**, sem outras citopenias

Convocado ao STC via CEDACE

53 anos, assintomático

Estudo analítico mais relevante:

- Hb 14.5 g/dL; **macrocitose** ligeira (VGM 100 fL); RDW normal
- **Leucopenia** (2340/uL); **neutropenia** (980/uL); **linfopenia** (930/uL)
- **Défice de ácido fólico** (1.71 ng/mL)

Suplementação com ácido fólico 5 mg/dia

Correção completa das citopenias 1 mês após

Dada alta para o médico de família, com recomendação de:

- Reforço dietético de vegetais crus, frutas e leguminosas
- Realização anual de hemograma

Questão



Que sinais e sintomas deve o médico de família deste dador procurar para suspeitar precocemente do diagnóstico de SMD?

Resposta



Que sinais e sintomas deve o médico de família deste dador procurar para suspeitar precocemente do diagnóstico de SMD?

Citopenias

Anemia

Leucopenia

Trombocitopenia

Sinais e sintomas associados

Palidez, taquicardia, dispneia, fadiga, intolerância ao exercício, anorexia, dor torácica

Infeções (+++ bacterianas), gengivite

Petéquias, equimoses, hemorragia

Questão



Além do déficit de vitamina B12 e de ácido fólico, que outras principais entidades deve o médico de família excluir caso o dador apresente novamente neutropenia?

Resposta



Além do déficit de vitamina B12 e de ácido fólico, que outras principais entidades deve o médico de família excluir caso o dador apresente novamente neutropenia?

- Início recente de fármacos que se associem a neutropenia
- Doença auto-imune previamente desconhecida
- Infecção vírica (Hepatite B, Hepatite C e HIV)
- Doença hepática crónica

Take-home messages

- Dador assintomático e com resolução da citopenia identificada após suplementação dirigida, pelo que **sem indicação para seguimento em consulta hospitalar**; no entanto, pelos achados no recetor, com **indicação para vigilância clínica e analítica periódicas**
- Apesar da maior suspeição clínica de SMD neste dador, é importante **considerar outros diagnósticos diferenciais**, como a presença de défices vitamínicos, antes da referenciação e/ou realização de estudo invasivo
- Pela proximidade ao utente e conhecimento do estado geral habitual, comorbilidades e terapêutica crónica ou recentemente iniciada, **o médico de família apresenta neste caso um papel-chave na vigilância, estudo inicial e referenciação hospitalar precoce**, se necessário



**JORNADAS
DE MEDICINA
IPO PORTO**