



XXIII
JORNADA
CIENTÍFICA DO
INTERNATO
MÉDICO

ANAIS

ISSN 2359-1439

 **unifeso**

ANAIS

XXII JORNADA CIENTÍFICA DO INTERNATO MÉDICO

Teresópolis – RJ

2014

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS – FESO

CONSELHO DIRETOR

Antônio Luiz da Silva Laginestra
Presidente

Jorge Farah
Vice-Presidente

Luiz Fernando da Silva
Secretário

José Luiz da Rosa Ponte
Kival Simão Arbex
Paulo Cezar Wiertz Cordeiro
Wilson José Fernando Vianna Pedrosa
Vogais

Luis Eduardo Possidente Tostes
Diretor Geral

CENTRO UNIVERSITÁRIO SERRA DOS ÓRGÃOS – UNIFESO

Antônio Luiz da Silva Laginestra
Chanceler

Verônica Santos Albuquerque
Reitora

José Feres Abido de Miranda
Pró-Reitoria de Desenvolvimento Institucional

Roberta Montello Amaral
Diretora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão

Edenise da Silva Antas
Diretora de Educação a Distância

Mariana Beatriz Arcuri
Direção Acadêmica de Ciências da Saúde

Vivian Telles Pain
Direção Acadêmica de Ciências Humanas e Tecnológica

Michele Mendes Hiath Silva
Diretoria de Planejamento

Solange Soares Diaz Horta
Diretoria Administrativa

Rosane Rodrigues Costa
Diretoria Geral do Hospital das Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano

Roberta Franco de Moura Monteiro
Diretoria do Centro Educacional Serra dos Órgãos

DIREÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO

Roberta Montello Amaral

COORDENAÇÃO EDITORIAL

Anderson Marques Duarte

Assistente Editorial

Laís da Silva de Oliveira

DIAGRAMAÇÃO

Laís da Silva de Oliveira

Revisão

Anderson Marques Duarte

CAPA

Thiago Pereira Dantas (Thierry)

F977 Fundação Educacional Serra dos Órgãos.

Centro Universitário Serra dos Órgãos.

XXIII Jornada Científica do Internato Médico. Anais./ Fundação Educacional Serra dos Órgãos. --- Teresópolis: UNIFESO, 2014.

307 f.

ISSN: 2359-1439

1-Fundação Educacional Serra dos Órgãos. 2- Centro Universitário Serra dos Órgãos. 3- Anais. 4- Medicina. 5. Internato. I. Título.

CDD 378.8153

EDITORA UNIFESO

Avenida Alberto Torres, nº 111
Alto- Teresópolis -RJ-CEP:25.964-004
Telefone: (21) 2641-7184

E-mail: editora@unifeso.edu.br

Endereço Eletrônico: <http://www.unifeso.edu.br/editora/index.php>

Copyright© 2020

Direitos adquiridos para esta edição pela Editora UNIFESO

XXXIX JORNADA CIENTÍFICA DO INTERNATO MÉDICO**COORDENAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA**

Manoel Antônio Gonçalves Pombo

COORDENAÇÃO DO INTERNATO

Getúlio Menegat

COORDENAÇÃO CIENTÍFICA

Carlos Pereira Nunes

COMITÊ CIENTÍFICO

Ana Paula Vieira dos Santos Esteves, Andreia de Santana Silva Moreira, Carlos Pereira Nunes, Denise Leite Maia Monteiro, Getúlio Menegat, Guilherme de Abreu de Brito Comte de Alencar, Jorge André Marques Bravo, Luís Filipe da Silva Figueiredo, Luís Claudio de Souza Motta, Luís Gustavo Azevedo, Manoel Antônio Gonçalves Pombo, Mariana Beatriz Arcuri, Mario Castro Alvarez Perez, Paulo Cesar de Oliveira, Pedro Henrique Netto Cezar, Renato Santos de Almeida, Simone Rodrigues e Walney Ramos de Sousa.

COMITÊ ORGANIZADOR

Carlos Pereira Nunes; Manoel Antônio Gonçalves Pombo; Mariana Beatriz Arcuri; Luís Filipe da Silva Figueiredo; Getúlio Menegat.

REVISÃO FINAL

Carlos Pereira Nunes

SUMÁRIO

ESCLEROSE TUBEROSA: RELATO DE CASO	12
MOREIRA, Andréia de Santana Silva ¹ , CASTRO, Queila Aparecida de ²	12
AVALIAÇÃO ANATÔMICA E HEMODINÂMICA DO BLOQUEIO DO BULBO CAROTÍDEO ECOGUIADO NA ANGIOPLASTIA DE CARÓTIDA¹	17
André Marchiori ² ; Fernanda Neiva Ribeiro ³	17
MIOCLONIA HEMIFACIAL	22
ASPECTOS FARMACOLÓGICOS E NÃO FARMACOLÓGICO¹	22
Luciana de Abreu e Lima Pamplona ² .: Plínio Gabriel Ferreira Lopes ³	22
A EFETIVIDADE E A SEGURANÇA DO LORCASERIN PARA PERDA DE PESO EM PACIENTES OBESOS E COM SOBREPESO¹	24
Bruno Rodrigues Rosa ² ; Érika Naliato ³ ; Nathália de Lucena Chripim ⁴	24
COMPARAÇÃO ENTRE OS RESULTADOS DA ULTRASSONOGRAFIA COM OS LAUDOS DA HISTEROSCOPIA NO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO DA UNIFESO	29
Marcus Jose do Amaral Vasconcellos ¹ ; Bruna Santos Ciraudó ²	29
ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL:	34
RELATO DE CASO, ETIOLOGIA E RASTREAMENTO*	34
Erika Cesar de O. Naliato ^{**} ; Leticia Cristina de Araújo Diaz Vazquez ^{***} ; Mário Castro Alvarez Perez ^{****}	34
TERAPIA DE GH NA SINDROME DE TURNER	40
AMARAL ALMEIDA ¹ , Frederico. PESTANA, Carlos Luis da Silva ²	40
LINFOMA NÃO HODGKIN DE GRANDES CÉLULAS B DIFUSO DE INTESTINO DELGADO: RELATO DE CASO	45
Pedro Henrique Ferreira Baddini ¹ , Gabriela Marinho Naves ²	45
¹	45
HIV E O DESENVOLVIMENTO DE CÂNCER DE CANAL ANAL	51
PINTO FILHO, Ivan Carilo ¹ . Flavio Antonio de Sá ²	51
PRÉ-NATAL: RECOMENDAÇÕES SÃO FEITAS?	55
VASCONCELLOS, Marcus José do Amaral ¹ . CABRAL, Joice Altina Lopes Bretas ²	55
Síndrome de Aicardi: Relato de Caso	59
Andréia de Santana Silva Moreira ² ; Lucas Garretto Botelho ³	59
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DEMOGRÁFICO DOS PACIENTES INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO¹	63
Prof. ^a Ms Edneia Tayt-Sohn Martuchelli ² .; Prof. Robson Correa Santos ³ , Marcela de Toledo Mello ⁴	63
SÍNDROME ALCOÓLICA FETAL *	67
Andréia de Santana S. Moreira ^{**} ; Lorhayne de Jesus Zebende Bayer ^{***}	67

MANUSEIO DE VIA AÈREA DIFÍCIL COM O VIDEOLARINGOSCOPIO – RELATO DE CASO	72
Francisco Henrique Soares da Silva, Vera Adas Pettersen	72
PERFIL DE PACIENTES ACOMPANHADOS PELO INTERNATO E RESIDÊNCIA MÉDICA EM HOSPITAL REFERÊNCIA EM TRAUMA NO SUL DA BAHIA	75
BRITTO PEIXOTO, Rogério. FUTURO, Juliana Barcellos Dias.	75
AVALIAÇÃO DA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL EM	78
PACIENTES COM ASMA BRONQUICA NO AMBULATÓRIO DE PNEUMOLOGIA DO HCTCO	78
Paulo Cesar Oliveira ¹ ; Sidia Silva Saraiva Sena ²	78
SÍNDROME DE BURNOUT EM ESTUDANTES DE MEDICINA DE UMA UNIVERSIDADE PARTICULAR NO RIO DE JANEIRO	83
Sônia Paredes ¹ ; Leandro Viana Moraes ²	83
ESTUDO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL NA UNIFESO	88
Maria da Glória Costa Reis Monteiro de Barros ¹ ; Laryssa Rocha Guimarães ²	88
REVISÃO DOS CASOS DE PACIETES DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE TERESÓPOLIS CONSTANTINO OTTAVIANO SUBMETIDOS À CPRE NOS ANOS DE 2012 E 2013	91
¹ MILEZI, Washington. ² TAVARES, Leonardo Pereira.	91
INFECÇÕES DOS ESPAÇOS PROFUNDOS DO PESCOÇO DOENÇA DE LEMIÈRE	94
Lucas Campos Saavedra	94
O PERFIL DOS PACIENTES PORTADORES DE FEBRE REUMÁTICA ATENDIDOS NO MUNICÍPIO DE TERESÓPOLIS	99
Thiago Bicchieri Dias, Luciana Maria Borges da Matta Souza	99
Avaliação do risco de mortalidade através do escore APACHE II em CTI de um hospital escola¹	103
Edneia Martuchelli ² ; Robson Corrêa Santos ³ ; Verônica Cangussu Serretti Leonel ⁴ ; .	103
BASES ANATÔMICAS DA CIRCULAÇÃO FETAL PARA DEMONSTRAÇÃO DA TÉCNICA DO CATETERISMO UMBILICAL	108
CAVALCANTE, Mey Lie Tan Maia de Holanda. PEREIRA, Karla Racid	108
É SEGURO REALIZAR UMA CIRURGIA GENGIVAL USANDO ANESTESIA CONTENDO EPINEFRINA EM PACIENTES RECEPTORES DE TRANSPLANTE CARDÍACO?	112
¹ GUIMARÃES, Carlos Alberto, ² NOGUEIRA, Vitor Emmanuel.	112
AUTISMO¹	114
Andreia de Santana Silva Moreira ² . Arthur da Silva Costa ³	114
ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO AUXILIADA POR COMPUTADOR EM RELAÇÃO À TÉCNICA CONVENCIONAL¹	118

Sandro Santos de Silos ² ; Gustavo Raposo Lopes ³	118
ANÁLISE DA MORTALIDADE NEONATAL DOS PACIENTES NASCIDOS NO SUS DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE TERESÓPOLIS COSTANTINO OTTAVIANO	124
Marcus Jose do Amaral Vasconcellos ¹ ; Helder Emmanuel Leite Alves ²	124
HIDROCEFALIA DE PRESSÃO NORMAL IDIOPÁTICA¹	129
Maria da Glória Costa ² ; Bruno Cusma Cezar Crozera ³	129
CONTROLE GLICÊMICO E EVOLUÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE PANCREATECTOMIZADO TOTAL POR IPMN (NEOPLASIA INTRADUCTAL PAPILAR MUCINOSA)¹	134
² Mariana Casali Gondim; ³ Flávio Antônio de Sá Ribeiro; ⁴ Juliana Barcellos Dias Futuro	134
TABELA DE RISCO DE PAPIERNIK ADAPTADA PARA PREVENÇÃO DE PREMATURIDADE: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE PARTOS PREMATUROS E A TERMO, NO MUNICÍPIO DE TERESÓPOLIS - RJ.	140
Marcus Jose do Amaral Vasconcellos ¹ ; Hugo Leonardo Baptista da Silva ²	140
TESTE DE PROGRESSO NO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA DO UNIFESO - SEU PERCURSO HISTÓRICO E O OLHAR DO ESTUDANTE.....	144
Camille Pereira Caetano ¹ , Mariana Beatriz Arcuri ² , José Feres Abido Miranda ³	144
MIASTENIA GRAVIS: RELATO DE UM CASO E ABORDAGEM REVISIONAL DO TRATAMENTO DESSA PATOLOGIA.....	149
GONÇALVES, Américo Fernando dos Santos Gonçalves, MOREIRA, Andrea de Santana Silva, SILVA, Naiana de Fátima Silva.....	149
TRACOMA: UMA IMPORTANTE, MAS POUCO CONHECIDA, CAUSA DE CEGUEIRA	154
Rafael Merlo Dourado Vidal Alves, Mário Castro Alvarez Perez.....	154
DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE: RELATO DE CASO	157
Shaira Santos Cade ¹ ; Andréia de Santana Silva Moreira ²	157
IMPORTÂNCIA DO PSA NO RASTREIO DO CANCER DE PRÓSTATA.....	162
Antonio Sabino O. Rodrigues	162
IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO PARA DOENÇA DA MUCOSA RELACIONADA AO ESTRESSE EM PACIENTES GRAVES.....	166
ALVES, Vílber Rodrigues. CEZAR, Pedro Henrique Netto.	166
ANÁLISE DA MORTALIDADE NEONATAL DOS PACIENTES NASCIDOS NO SUS DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE TERESÓPOLIS COSTANTINO OTTAVIANO	171
Marcus Jose do Amaral Vasconcellos ¹ ; Bernardo Ramalho Abu Kamel ²	171
O USO DE IMUNOBIOLOGICOS NA PSORÍASE NO AMBULATÓRIO DE PSORÍASE DO HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO NO PERÍODO DE ABRIL DE 2011 A AGOSTO DE 2014¹.....	175
Patrícia Araújo Corrêa ² ; Lívia do Nascimento Barbosa ² ; Laryssa do Nascimento Pereira ³	175
DOENÇA DE GAUCHER - TRÊS ANOS DE TRATAMENTO NO BRASIL	180

Isaias Soares de Paiva ¹ · Jordana Nahar Pereira ²	180
DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME DE MARFAN: COMO PROCEDER EM RELAÇÃO AOS ACHADOS FÍSICOS	183
PEREZ, Mário Castro Alvarez. CARNEIRO, Bárbara da Cunha.	183
A DESVALORIZAÇÃO FINANCEIRA DO MÉDICO E SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA O SUS	187
POMPEI, Diego Navarro Ribeiro. FREITAS, Leo Oliveira.	187
ÍLEO BILIAR: UMA RARA COMPLICAÇÃO	192
Maldos, Fernanda Assunção.	192
USO DE TRIPTANOS NA TERAPIA AGUDA E PREVENTIVA DA ENXAQUECA MENSTRUAL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.	196
Fernanda da Cunha Martins, Marcus do Amaral Vasconcellos.....	196
FREQUÊNCIA DO RASTREAMENTO DE CÂNCER EM PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	199
BARROS, Luciana da Silva Nogueira de ¹ ; OLIVEIRA, Lucia Brandão de. FERREIRA ¹ , Marco Brunno Abreu Marques ²	199
IMPORTÂNCIA DA FUNDOSCOPIA PARA HIPERTENSOS	204
Mario Castro Alvarez Peres, João Maria Ferreira, Renata Macedo Nabuco Faro.....	204
PSEUDOPAPIEDEMA: A DESMISTIFICAÇÃO DO ACHADO CLÍNICO	208
JÚNIOR, Silas Machado Franco, ANJOS, Iana Coutinho dos.....	208
CERATOCONE: ATUALIDADES EM TERAPÊUTICA	211
¹ JÚNIOR, Silas Machado Franco. ² GUEDES, Joni Quadrio.....	211
PESQUISA EPIDEMIOLÓGICA PROSPECTIVA DA SÍFILIS CONGÊNITA NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE TERESÓPOLIS¹	216
Marcus José do Amaral Vasconcellos ² ; Laís de Abreu Correia ³	216
PÊNFIGO VULGAR COM USO CRÔNICO DE CORTICÓIDE LEVANDO À NECROSE ASSÉPTICA DE CABEÇA DE FÊMUR¹	222
Pedro Henrique Netto Cezar ² .; Tali Pamela Flores Ticona ³	222
TRÂNSITO DO DELGADO: EXAME RADIOLÓGICO PADRÃO OURO PARA O DIAGNÓSTICO DA DOENÇA DE CROHN	226
Luiz Gustavo Teixeira Brandão, Dr. Leo Freitas	226
ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA: COMO É UTILIZADA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA CIDADE DE TERESÓPOLIS?	229
THIAGO BARBOSA DE SOUZA.....	229
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PNEUMOTÓRAX RECIDIVANTE¹	231
Washington Millezi ² ; Valfredo Tavares dos Santos Júnior ³	231
ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA: COMO É UTILIZADA NO SISTEMA PRIVADO DA CIDADE DE TERESÓPOLIS?	239
Lucas Henrique de Almeida Barça	239

CORRELAÇÃO ENTRE A ROTINA DA REALIZAÇÃO DO TOQUE DURANTE O PRÉ-NATAL COM AS INFECÇÕES GENITO-URINÁRIAS.....	244
Marcus José do Amaral Vasconcellos, Camila Sales Carlos	244
AVALIAÇÃO DA INFECÇÃO PÓS-OPERATÓRIA EM CESARIANAS REALIZADAS NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE TERESÓPOLIS COSTANTINO OTAVIANO – RJ	247
¹ VASCONCELLOS, Marcus José do Amaral. ² MASCARENHAS, Márcio Anastácio....	247
AVALIAÇÃO DO SEGUIMENTO ÀS DIRETRIZES SOBRE A TERAPIA FIBRINOLÍTICA DE REPERFUSÃO MIOCÁRDICA EM CASOS DE IAMCSST NA UPA DE TERESÓPOLIS.....	252
SARAIVA, Pedro Felipe Lopes dos Santos.....	252
AVALIAÇÃO DO SEGUIMENTO ÀS DIRETRIZES SOBRE A TERAPIA FIBRINOLÍTICA DE REPERFUSÃO MIOCÁRDICA EM CASOS DE IAMCSST NA UPA DE TERESÓPOLIS.....	258
SARAIVA, Pedro Felipe Lopes dos Santos.....	258
DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DE PACIENTES E INDICAÇÕES DE HISTEROSCOPIA NO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO DO UNIFESO.....	264
Marcus Jose do Amaral Vasconcellos ¹ ; Fabiana Rosária Guerra Santos ²	264
ANÁLISE DA MORTALIDADE FETAL EM PACIENTES ATENDIDAS NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE TERESÓPOLIS COSTANTINO OTTAVIANO	269
Marcus Jose do Amaral Vasconcellos ¹ ; Marcel Falopa ²	269
SÍNDROME DE CHURG-STRAUSS: ATUALIZAÇÃO A PARTIR DE UM RELATO DE CASO.....	274
MARIO CASTRO ALVAREZ PEREZ ¹ ; ADMARDO DE ALMEIDA ROCHA JUNIOR ²	274
SÍNDROME DE LENNOX-GASTAUT, UMA DAS ENCEFALOPATIAS EPILÉTICAS	279
EDUARDO MARCHESI ZORTEA	279
MANIFESTAÇÕES OFTÁLMICAS NA FASE INICIAL DA GRANULOMATOSE DE WEGENER.....	283
¹ Ricardo Meireles Marcelino, ² Dr. Pedro Henrique Neto	283
REMISSÃO DA DMII EM PACIENTES OBESOS APÓS CIRURGIA METABÓLICA: UMA REVISÃO DA LITERATURA COMPARANDO OS RESULTADOS DAS TÉCNICAS CIRÚRGICAS DISPONÍVEIS.....	286
¹ Anna Marcella Quintanilha B. de Mello, ² Mario Castro Alvarez Perez	286
SAÚDE MENTAL DA MULHER COM ENDOMETRIOSE	289
Zaira Silveira de Souza da Costa , Romualdo Gama	289

ESCLEROSE TUBEROSA: RELATO DE CASO

MOREIRA, Andréia de Santana Silva¹, CASTRO, Queila Aparecida de²

¹Docente do curso de Medicina do UNIFESO

²Discente do curso de Medicina do UNIFESO

RESUMO

A esclerose tuberosa é uma doença hereditária autossômica dominante ou esporádica em alguns casos, sistêmica e progressiva, que pode ocorrer de forma assintomática ou com graves manifestações em ambos os sexos. Atinge crianças de todas as etnias.

Caracterizada por uma tríade clínica nos casos mais graves: epilepsia, baixo nível intelectual e adenoma sebáceo. O diagnóstico é feito por anamnese, exame físico e neurológico, exames radiológicos, que são classificados em características maiores e menores de acordo com o comitê da National Tuberous Sclerosis Association (NTSA) dos Estados Unidos.

Palavras-chave: Esclerose Tuberosa, Autismo, Diagnóstico, Manifestações Clínicas.

OBJETIVO

Este trabalho tem por objetivo relatar caso clínico de paciente com quadro de Esclerose Tuberosa associado à autismo.

METODOLOGIA

Relato de caso. Para a discussão foi realizada pesquisa bibliográfica nas seguintes bases de dados: Lilacs e Scielo com os seguintes descritores: “Esclerose Tuberosa”, Autismo e “Tuberous Sclerosis”, ”Autism”. Foram utilizados ainda livros texto de Neurologia Infantil.

CONCLUSÃO

Paciente do sexo masculino, cinco anos de idade, de acordo com os critérios diagnósticos, apresentou de início, quadro de crises tonico-clônicas generalizadas, atraso na linguagem e falhas na interação social. Foram observadas manchas hipomelanóticas pelo corpo. Foi visto em uma ressonância nuclear magnética de crânio

tuberes corticais e linhas de migração neuronal na substancia branca. Finalizando com movimentos estereotipados e adenomas faciais, fechando diagnóstico com dois critérios maiores e um menor de Esclerose Tuberosa e autismo. O paciente encontra-se em acompanhamento clinico ambulatorial periódico, a fim de prevenir graves complicações futuras.

INTRODUÇÃO

A Esclerose Tuberosa, Facomatose de Pringle-Bourneville, epilóia ou adenoma sebáceo é uma síndrome genética autossômica dominante, rara e multissistêmica, caracterizada pela mutação com perdas de função dos genes TSC-1(cromossomo 9q33) que produz a proteína hamartina e TSC-2(cromossomo 16p13) que produz a proteína tuberina, estas formam um heterodímero com importante função na supressão tumoral e no controle do ciclo celular 1,3,6. Incidência estimada 1:20.000 nascidos vivos¹.

Acomete vários órgãos como o encéfalo, pele, rins, coração, pulmão, estes são os principais entre outros. É uma doença progressiva, clinicamente manifesta-se por sinais e sintomas, sendo frequentes crises convulsivas e deficiência intelectual de grau variável, como ocorre quando atinge o sistema nervoso central; é caracterizado por lesões em túberes corticais, de substancias brancas, nódulos subependimários e astrocitomas subependimario de células gigantes. “Estas lesões apresentam crescimento lento, mas podem causar hidrocefalia obstrutiva grave”⁵.

As manifestações dermatológicas clássicas são as mais comuns, aparecem em múltiplos angiofibromas faciais, preferencialmente na área de sulcos nasogenianos, zigomático e mento. Máculas hipomelanóticas em formato de folha, fibromas periungueais e lombossacrais, entre outros. A manifestação renal mais frequente é o angiomiolipoma, um tumor benigno e cistos renais. Os rabdomiomas cardíacos são habitualmente múltiplos e assintomáticos, contudo podem condicionar obstrução ao fluxo sanguíneo, disfunção valvular, arritmias e tromboembolismo cerebral⁴.

O diagnóstico definitivo é feito por exames radiológicos e clinicamente pela presença de dois critérios maiores e um menor ou um maior e dois menores, segundo consenso internacional; Nacional Tuberous Sclerosis Association (NTSA) dos Estados Unidos ¹.

RELATO DE CASO

Identificação

M.L.P, 5 anos de idade, sexo masculino, branco, natural e residente em Teresópolis.

Queixa Principal

“Convulsão”

História da Doença Atual (HDA)

Paciente iniciou quadro de crises tônico-clônicas generalizadas aos nove meses de idade. Procurou atendimento neuropediátrico com dois anos de idade, além das crises apresentava importante atraso da linguagem e falhas na interação social. Ao exame físico mostrava manchas hipomelanóticas distribuídas pelo corpo. Foi realizada ressonância magnética de crânio (RNM) evidenciando túberes corticais e linhas de migração neuronal na substância branca. Foi solicitado ecocardiograma e ultrassonografia de abdome que não mostraram alterações. Tratado inicialmente com Ácido Valpróico, obtendo controle total das crises. Mãe retirou a medicação por conta própria e se mantém sem crises. Aos cinco anos de idade retorna para consulta apresentando adenomas de face e mantendo falhas de linguagem e interação social, além de movimentos estereotipados.

Condições de gestação, parto e nascimento.

Gesta I, Para I, gestação sem intercorrências, mãe fez pré-natal completo, parto normal, a termo, APGAR 9/10. Peso ao nascimento: 3500g. Comprimento ao nascer: 48 cm. Perímetro cefálico: 35 cm.

História Patológica Progressiva (HPP)

Nega doenças comuns na infância.

História do Desenvolvimento

Sustentou a cabeça aos quatro meses. Sentou com apoio aos seis meses e sem apoio aos oito meses. Não engatinhou. Andou com 18 meses.

Primeira palavra verdadeira aos dois anos de idade e atualmente fala palavras isoladas.

Controle esfinteriano aos quatro anos de idade. Não frequenta creche ou escola.

História familiar

Pais jovens e não consanguíneos e nega casos semelhantes na família.

História Vacinal

Cartão vacinal em dia.

História Social

Moram em casa de alvenaria, com água encanada e esgoto fechado. A casa tem quatro cômodos onde moram três pessoas, dois adultos e a criança. Não coabitam com animais.

Exame clínico

Paciente ativo e reativo, eupneico, corado, acianótico, anictérico, hidratado, apirético e bem perfundido.

Aparelho cardiovascular: ritmo cardíaco regular em dois tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros. FC: 85 bpm.

Aparelho respiratório: murmúrio vesicular presente bilateralmente, sem ruídos adventícios. FR: 25 irpm.

Abdome: plano, flácido, sem visceromegalias, peristalse presente.

Pele: presença de manchas hipomelanóticas presentes em todo o corpo.

Adenomas de face com distribuição em região malar bilateralmente.

Exame neurológico: sem déficits motores, pares craneanos sem alterações. Cognitivo de difícil avaliação, muitas estereotipias durante o exame e ausência de linguagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A detecção precoce das manifestações da Esclerose Tuberosa, desde a gestação até ao longo da vida, faz com que sejam evitadas graves sequelas no futuro. Mesmo sabendo que não há cura para tal doença e sim tratamento e acompanhamento para os sintomas e sinais. Necessitando assim, de acompanhamento multidisciplinar de acordo com cada órgão afetado. Adequado aconselhamento genético, por se tratar de uma doença genética autossômica dominante. Quanto ao Autismo, também é muito importante reconhecer o quanto antes as suas manifestações para um melhor acompanhamento multidisciplinar, pois ainda não há cura para tal doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FERREIRA, V.J.A; DIAMENT, A. Síndromes Neurocutâneas ou Facomatoses. In: DIAMENT,A.; CYPEL, S. Neurologia Infantil. 5ª ed. São Paulo. Editora Atheneu. 2010. Cap 34, p.661-666.
2. PEREZ, E. G. et al. Esclerose tuberosa: avaliacao de miofibroblastos em angiofibromas cutaneos - Relato de caso. An Bras Dermatol, Minas Gerais, 85(1): 81-3, 2010.

3. RODRIGUES, D.A.; GOMES, C.M., COSTA, I. M. C. Tuberous sclerosis complex. *An Bras Dermatol*, 87(2):184-96, 2012.
4. SANTALHA, Marta; CARRILHO, Inês; TEMUDO, Teresa. Esclerose Tuberosa: diagnóstico, seguimento e tratamento. *Acta Pediátrica Portuguesa*, v. 44, n. 2, p. 82-89, 2013.
5. TAKATA, Karina et al. Astrocitoma Subependimário de Células Gigantes em Pacientes com Esclerose Tuberosa. *Arq Neuropsiquiatr*, v. 65, n. 2-A, p. 313-316, 200713.
6. VARELLA, P. O. et al. A importância dos sinais dermatológicos para o diagnóstico de Esclerose Tuberosa: Relato de caso. *Cadernos UniFOA. Volta Redonda*, Ano V, n. 13, p. 33-37, agosto 2010.

AVALIAÇÃO ANATÔMICA E HEMODINÂMICA DO BLOQUEIO DO BULBO CAROTÍDEO ECOGUIADO NA ANGIOPLASTIA DE CARÓTIDA¹

André Marchior² ; Fernanda Neiva Ribeiro³

¹Ensaio clínico

²Professor Doutor Do HCTCO, Teresópolis, Rio de Janeiro, drandre.vascular@gmail.com;

³ Estudante de Medicina, UNIFESO, Teresópolis, Rio de Janeiro, feneivaribeiro@gmail.com

RESUMO

Introdução: A angioplastia carotídea vem ganhando espaço para o tratamento de estenose de carótida. A manipulação carotídea pode resultar reflexo vagal com hipotensão e bradicardia necessitando do uso de atropina. Visando a redução do uso desse medicamento que apresenta efeitos adversos partiu-se para um estudo anatômico da região cervical para avaliar a factibilidade do bloqueio nervoso no bulbo carotídeo ecoguiado. Objetivos: Determinar a factibilidade do bloqueio carotídeo prévio a angioplastia considerando dados anatômicos para o estabelecimento futuro de um protocolo de infiltração de bulbo ecoguiado. Analisar as repercussões hemodinâmicas nos pacientes submetidos a angioplastia de carótida com uso do bloqueio bulbar e comparar hemodinamicamente os pacientes submetidos à infiltração bulbar ecoguiado com pacientes submetidos a atropinização. Metodologia: O presente estudo dividiu-se em dois focos principais. O primeiro tratou-se de um estudo observacional onde análises anatômicas obtidas por exames convencionais de ecografia de carótidas foram compiladas para se determinar a factibilidade do método de bloqueio de bulbo percutâneo pesquisando janela ultrassonográfica, e quais as principais dificuldades seriam encontradas por esta proposta técnica. O segundo será um trabalho prospectivo o qual haverá acompanhamento de 60 pacientes durante a angioplastia de carótida para avaliar possíveis repercussões hemodinâmicas. Resultados: Foram avaliados 189 pacientes de ambos os sexos, assim, pensando na técnica, 87,3% dos pacientes receberiam o bloqueio de maneira anterior e 12,7% receberiam a abordagem retrojugular. Conclusão: Os dados aqui apresentados demonstram que, ecograficamente, a grande maioria dos pacientes que for submetido ao tratamento de angioplastia carotídea, tem a condição anatômica de receber o bloqueio de bulbo carotídeo.

Palavras-chave: bloqueio bulbar, angioplastia carotídea, infiltração de bulbo.

INTRODUÇÃO

A aterosclerose é a causa mais frequente de ataque isquêmico transitório (AIT) e acidente vascular encefálico (AVE) em doentes com lesões de artérias extracranianas¹.

Diabetes mellitus, tabagismo e dislipidemia são sabidamente fatores de risco cardiovascular e que contribuem para a gênese da estenose de carótida extracraniana e que, somados à idade > 65 anos, obesidade e etilismo, aumentam mais a prevalência desta entidade. Pode-se observar um aumento de 5 vezes na frequência de estenose de carótida extracraniana nos hipertensos em relação aos normotensos².

Os AVE's estão no segundo lugar no topo de doenças que mais acometem vítimas com óbitos no mundo, perdendo a posição apenas para doenças cardíacas. No Brasil, essa relação se inverte causando grande impacto sócio-econômico, devido a debilitação ou óbito que os pacientes, antes ativos no mercado, sofreram³.

Na estenose carotídea, o primeiro passo é identificar os sintomas) início súbito de perda de força e sensibilidade, amaurose , afasia ,dificuldade súbita em deambular, cefaléia intensa súbita, desequilíbrio e tontura³ já mencionados, e então iniciar o exame físico.

Os exames de imagem de rotina ou screening, estão indicados para pacientes com alto risco para doença cardiovasculares, como naqueles com um conjunto de hipertensão, diabetes, dislipidemia e tabagismo. Entre os exames existem: ultrassonografia com Doppler, angioressonância nuclear magnética, angiotomografia computadorizada e angiografia.

Diante de uma estenose carotídea, dependendo das comorbidades associadas, fazemos uso de algumas terapêuticas: clínica, tentando modificar os fatores de risco e iniciar medidas para alterar a progressão da placa de ateroma; e cirúrgicas como a angioplastia com colocação de stents, a endarterectomia ou a cirurgia com bypass, esta última hoje raramente utilizada⁴.

O tratamento da doença estenótica carotídea, independente do tipo de técnica a ser utilizada, está indicada quando houver acometimento maior que 75% da luz do vaso, em pacientes assintomáticos, maior ou igual à 70% em pacientes sintomáticos e nas estenoses acima de 60% quando a obstrução for contralateral⁵.

Toda a manipulação da carótida e principalmente do bulbo carotídeo, seja ela na

cirurgia aberta ou na terapia endovascular, pode determinar, baseado em características fisiológicas a expressão de manifestações do reflexo vagal, com hipotensão e bradicardia. Nestes casos, durante o procedimento cirúrgico, deve-se evitar as manifestações hemodinâmicas reflexas com a atuante participação da equipe anestésica através da administração intravenosa de drogas vasopressoras ou que bloqueiem a expressão vagal, entre elas a atropina⁶.

Considerando a técnica de angioplastia carotídea isso não é rotina ou não é realizado porque não há visualização direta do bulbo, não se aplicando o bloqueio e tendo que se utilizar a atropina⁷.

Como alternativa à atropinização rotineira na angioplastia de carótida, o bloqueio nervoso no bulbo carotídeo guiado por ultrassonografia(USG) já foi utilizado, não sendo observadas instabilidades hemodinâmicas. Embora sejam necessários mais estudos anatômicos, com detalhamento técnico de sua aplicação, os achados sugerem fortemente que o bloqueio nervoso no bulbo carotídeo guiado por USG pode ser seguro e eficaz na prevenção de complicações deste método terapêutico⁸.

Com o desenvolvimento da técnica intervencionista de ultrassonografia, uma opção factível ganha espaço, como a infiltração percutânea do bulbo carotídeo ecoguiada na tentativa de substituir o uso da atropina que rotineiramente precede a insuflação do balão, droga esta que não é inerte. O presente estudo tem como proposta observar a anatomia de bulbo carotídeo e determinar a factibilidade do bloqueio de bulbo carotídeo prévio a angioplastia avaliando ainda a segurança e as repercussões hemodinâmicas da infiltração de bulbo em pacientes submetidos a angioplastia carotídea.

JUSTIFICATIVA

Reduzir a necessidade de atropinização em pacientes submetidos a angioplastia de carótida, permitindo menos efeitos colaterais.

Colaborar com o desenvolvimento de um novo protocolo para angioplastia carotídea.

OBJETIVOS

3.1 Geral

Criar um protocolo e estudar os efeitos do bloqueio de bulbo carotídeo precedendo a angioplastia de carótida.

3.2 Específico

Determinar a factibilidade do bloqueio carotídeo prévio a angioplastia considerando dados anatômicos para o estabelecimento futuro de um protocolo de infiltração de bulbo ecoguiado.

Analisar as repercussões hemodinâmicas nos pacientes submetidos a angioplastia de carótida com uso do bloqueio bulbar e comparar hemodinamicamente os pacientes submetidos à infiltração bulbar ecoguiado com pacientes submetidos a atropinização.

METODOLOGIA

Amostra: O presente estudo dividiu-se em dois focos principais. O primeiro tratou-se de um estudo observacional onde análises anatômicas obtidas por exames convencionais de ecografia de carótidas foram compiladas para se determinar a factibilidade do método de bloqueio de bulbo percutâneo pesquisando janela ultrassonográfica, e quais as principais dificuldades seriam encontradas por esta proposta técnica. Neste grupo de pacientes não houve manipulação ou intervenção, sendo somente realizada a compilação de dados anatômicos para análises futuras. O segundo será um trabalho prospectivo o qual haverá acompanhamento de 60 pacientes durante a angioplastia de carótida para avaliar possíveis repercussões hemodinâmicas.

RESULTADOS

Foram avaliados 189 pacientes de ambos os sexos, sendo 58% do masculino e 42% do sexo feminino, tendo preenchido o protocolo pertinente. Tortuosidades carotídeas foram notadas em 9,2% dos vasos estudados, sendo kinking responsável por 4,2% e 2,3% por coiling. Assim, pensando na técnica, 87,3% dos pacientes receberiam o bloqueio de maneira anterior (no espaço entre a carótida e a laringe), teriam como distância média entre pele e bulbo no provável local de entrada da agulha de 23mm. Nos casos em que a abordagem retrojugular se mostraria mais adequada (12,7% dos casos) a distância média entre o bulbo e o local de entrada da agulha na pele seria de 34mm.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados aqui apresentados demonstram que, ecograficamente, a grande maioria dos pacientes que for submetido ao tratamento de angioplastia carotídea, tem a condição anatômica de receber o bloqueio de bulbo carotídeo. Sabemos ainda quais os pacientes que podem apresentar mais dificuldades técnicas. São eles os obesos,

brevilínios que apresentem tortuosidade carotídea e calibre acentuado da veia jugular.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marc I Chimowitz, et al. Stenting versus Aggressive Medical Therapy for
2. Intracranial Arterial Stenosis. The New England Journal of Medicine. Set 2011; 365(11)
3. Campo BAG, Filho WCP. Atualizacao Estenose de Carotida Extracraniana Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2004 Dez; 83(6)
4. Manual de rotinas para atenção ao AVC, 2013
5. Thomas G. Brott, et al. Stenting versus Endarterectomy for Treatment of Carotid Artery Stenosis. The New England Journal of Medicine. July 2010; 363(1).
6. ASA/ACCF/AHA/ANN/AANS/ACR/ASNR/CNS/SAIP/SCAI/SIR/SNIS/SVM/SVS Guideline on the Management of Patients With Extracranial Carotid and Vertebral Artery Disease, 2011.
7. Lawrence PF, Alves JC, Jicha D, Bhirangi K, Dobrin PB. Incidence, timing, and causes of cerebral ischemia during carotid endarterectomy with regional anesthesia. J Vasc Surg. 1998 Feb; 27(2):329-34; discussion 335-7.
8. Cayne NS, et al.; Carotid angioplasty and stent-induced bradycardia and hypotension: Impact of prophylactic atropine administration and prior carotid endarterectomy. J Vasc Surg 2005 Jun; 41(6):956-61.
9. Morita Y, et al., Case of two-stage carotid stenting managed with ultrasound-guided carotid sinus nerve block. Masui, 2013 May; 62(5):613-8.

MIOCLONIA HEMIFACIAL ASPECTOS FARMACOLÓGICOS E NÃO FARMACOLÓGICO¹

Luciana de Abreu e Lima Pamplona²: Plínio Gabriel Ferreira Lopes³

RESUMO

A mioclonia hemifacial é um distúrbio do movimento, com contrações musculares involuntárias e rápidas, que persistem durante o sono. Há uma prevalência maior em mulheres com início na quinta década de vida. A mioclonia ocorre por uma compressão idiopática da raiz do nervo facial. Agravado pelo stress emocional e pelos movimentos da face. Causa desconforto social, psicológico e dificulta a visão. Pode abranger todo o aspecto de doença neurológica, porém não há evidências clínicas ou patológicas de incluir envolvimento do sistema nervoso. O diagnóstico é meramente clínico, porém há de descartar malformações arteriovenosas, tumores e alterações metabólicas. Existem tabelas para o acompanhamento da mioclonia hemifacial, principalmente a HFS-7, entretanto não é usada por causa da sua pouca praticabilidade. São perguntas que envolvem o cotidiano. O principal diagnóstico diferencial é com blefaroespasma. O tratamento é feito primeiro com medidas não farmacológicas, medicamentos por via oral não tem controle significativo da mioclonia. O principal fármaco é a toxina botulínica do tipo A, porém é refratário. O tratamento de difícil controle com a toxina botulínica do tipo A é indicado a microcirurgia de descompressão do nervo facial, é satisfatório em 90% dos casos.

Palavras-chave: mioclonia hemifacial – toxina botulínica do tipo A – microcirurgia de descompressão do nervo facial

INTRODUÇÃO

A mioclonia hemifacial ou Espasmo hemifacial (EHF) é um sinal clínico que se caracteriza por sequência de movimentos abruptos, rápidos, simples, arritmicos e involuntários. Pode ser positiva ou negativa. Positiva quando é uma contração muscular ativa, ou negativa, por uma pausa súbita na contração muscular, como o sinal de asterixis.¹²

¹Revisão de Literatura

²Dra. Do HGB, Bonsucesso, Rio de Janeiro, luciana.pamplona@oi.com.br; ³Estudante de Medicina, UNIFESO, Teresópolis, Rio de Janeiro, plinioogabriel@hotmail.com

OBJETIVO

O objetivo do trabalho é informar o leitor de maneira simples e completa o Distúrbio Hiperativo do Nervo facial. Relacionar as literaturas científicas imparcialmente sobre os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos. O âmbito da qualidade de vida é abordado porque é uma queixa quando o paciente procura o médico.

METODOLOGIA

A pesquisa das fontes literárias foi feita de acordo com os resultados dos tratamentos para mioclonia hemifacial, com relace em qualidade de vida dos pacientes antes e depois do tratamento, tanto com toxina botulínica do tipo A e quanto com microcirurgia de descompressão do nervo facial.

Análise

Para obter resultado satisfatório foram criadas tabelas para mensurar a clinica e a qualidade de vida dos pacientes. Hoje a mais usada é a escala HFS-7, porém sua prática no cotidiano ambulatorial não é usada, entretanto o seu uso é mais aceito para trabalhos científicos. Com os resultados adquiridos pela escala, torna melhor a manutenção da toxina botulínica do tipo A e a indicação da microcirurgia de descompressão do nervo facial. Até a presente data não há estudo comparando o tratamento da toxina botulínica com medidas cirúrgicas. Os dois métodos tem resultados excelentes, porém a microcirurgia tem chance de recidiva menor.

CONSIDERAÇÃO FINAL

A conduta para o melhor tratamento é um vínculo médico-paciente adequado. Há de evidenciar a idade, o trabalho e a relação social que o paciente tem para aconselhar o tratamento farmacológico ou o não farmacológico.

REFERÊNCIA

1. Victor, M.; Ropper, A.H. **Adams & Victor's principles of neurology**. 7.ed. New York: McGraw Hill 2002. VICTOR; ROPPER, 2002.
2. Nitrini R, Bacheschi A. **A Neurologia que todo Médico Deve Saber**. São Paulo, Atheneu, 2004 NITRINI; BACHESCHI, 2004.

A EFETIVIDADE E A SEGURANÇA DO LORCASERIN PARA PERDA DE PESO EM PACIENTES OBESOS E COM SOBREPESO¹

Bruno Rodrigues Rosa²; Érika Naliato³; Nathália de Lucena Chrispim⁴

¹Revisão Sistemática

²Doutorando em Saúde pública pela UFRJ; Professor do Curso de Graduação em Medicina do UNIFESO, Orientador do estudo

³Professora Doutora em Clínica Médica (Endocrinologia) pela UFRJ; coordenadora do Centro de Estudos Ricardo A T Castilho da Associação Médica de Teresópolis; coorientadora do estudo

⁴Estudante de Medicina UNIFESO, Teresópolis, Rio de Janeiro, autora do estudo. nathychrispim@gmail.com

RESUMO

Objetivo: avaliar a efetividade e a segurança do lorcaserin para adultos obesos.

Justificativa: A obesidade e o sobrepeso levam a aproximadamente 2,8 milhões de mortes por ano no mundo e constituem um importante fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças crônicas. O tratamento farmacológico deve ser considerado para os pacientes que não conseguiram perder peso com dieta e exercícios físicos. Lorcaserin é um novo fármaco que visa promover a perda de peso em obesos.

Método: revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. **Resultado:** em conjunto com a mudança de estilo de vida, o lorcaserin mostra-se efetivo e seguro para promover a perda de peso em adultos obesos e com sobrepeso.

Palavras-chave: obesidade, lorcaserin, ensaio clínico randomizado.

INTRODUÇÃO

Globalmente, há cerca de 1,5 bilhão de adultos com excesso de peso, com uma estimativa de aumento deste número para 3 bilhões em 2030^{1,2,3}. Desse total, pelo menos 300 milhões são obesos⁴. Obesidade e sobrepeso juntos levam a aproximadamente 2,8 milhões de mortes por ano no mundo e 65% da população mundial vive em países onde o sobrepeso e a obesidade matam mais que a desnutrição⁵. O lorcaserin (cloridrato de lorcaserin - também conhecido como Belviq®) é uma nova intervenção molecular que visa ativação do receptor de serotonina 5HT-2C e destina-se a promover a perda de peso em uma população de obesos^{6,7,8,9,10,11}. Recentemente, o lorcaserin foi aprovado pela agência americana Food and Drug Administration (FDA),

juntamente com mudanças de estilo de vida em adultos obesos ou com excesso de peso, com pelo menos uma comorbidade relacionada ao excesso de peso (dislipidemia, hipertensão arterial, diabetes tipo 2) ^{12,13,14}.

JUSTIFICATIVA

A redução do peso da ordem de 5% a 10% é uma medida efetiva no sentido de combater as condições mórbidas que aumentam o risco cardiovascular e até mesmo de câncer. O tratamento farmacológico deve ser considerado para os pacientes que não conseguiram perder peso com dieta e exercícios físicos. Não há nenhuma revisão sistemática sobre este assunto na literatura até o momento, portanto, há uma clara necessidade de agrupar todos os elementos, a fim de que seja estimada a eficácia e a segurança do lorcaserin para pessoas com sobrepeso ou obesas.

OBJETIVOS

Principal

Avaliar a efetividade do lorcaserin em adultos com sobrepeso e obesos

Secundário

Avaliar a segurança da droga, através de seus eventos adversos.

METODOLOGIA

Esse estudo é uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados com participantes adultos, de ambos sexos, com um IMC > 25 Kg/m². Só foram incluídos ensaios clínicos que compararam o lorcaserin sozinho ou associado a outras intervenções; *versus* placebo isolado ou acompanhado de qualquer intervenção para o tratamento da obesidade.

Este estudo foi registrado no Cochrane Metabolic and Endocrine Disorders Group (Duesseldorf / Alemanha), da Colaboração Cochrane. Através delas, identificamos todos os ensaios clínicos considerados relevantes, independentemente do idioma ou ano de publicação.

RESULTADOS

Após a aplicação de todo o processo de busca, foram incluídos na revisão 5 (cinco) ensaios clínicos randomizados, envolvendo 8320 participantes, com média de

idade de 41,5 anos. Todos os estudos incluídos foram realizados nos Estados Unidos e avaliaram a eficácia e segurança do lorcaserin versus placebo para perda de peso em uma população adulta de obesos/sobrepeso. Três estudos ¹⁵(BLOOM-DM (2012),¹⁶BLOOM (2010) e ¹⁷BLOSSOM (2011)) tiveram duração de acompanhamento de 52 semanas. Outros dois estudos ¹⁸(Smith (2008) e ¹⁹Martin (2011)) tiveram o tempo de acompanhamento de 12 e 8 semanas.

CONCLUSÃO

Foi possível observar que, em conjunto com as mudanças comportamentais, o lorcaserin foi associado à perda significativa de peso, quando comparado ao placebo, inclusive, em portadores de diabetes tipo 2. Um dos benefícios mais relevantes desses resultados é a possibilidade de prevenir o Diabetes Mellitus tipo 2 e a hipertensão arterial ^{16,15}. Alguns estudos demonstraram ainda os efeitos favoráveis do lorcaserin sobre alguns marcadores de risco cardiovascular. Em um estudo realizado com obesos, obrigatoriamente diabéticos ¹⁵, os participantes que tomaram lorcaserin 2 vezes/dia por um ano perderam uma média de 5,5%, do peso corporal, quando comparados ao peso inicial, mais que o triplo dos participantes que receberam placebo¹⁵.

Os eventos adversos mais frequentes, observados nos participantes tratados com o lorcaserin, foram dor de cabeça e náuseas. Eventos de valvulopatia não foram associados ao uso do lorcaserin em qualquer um dos estudos incluídos.

Outra hipótese, a de depressão ou tendência suicida, não foi confirmada em nenhum estudo. No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) determinou, em novembro de 2013, a suspensão da fabricação, importação, comercialização, manipulação e uso do lorcaserin. Embora a proibição tenha ocorrido em 2013, ela se baseia em uma resolução de 2006. Todos os cinco ECRs incluídos nesta revisão foram publicados nesse intervalo de tempo (de 2008 a 2012). Esta revisão sistemática é inédita na literatura e poderá, futuramente, contribuir para a utilização de um medicamento para o emagrecimento, com sua efetividade e segurança analisadas.

É possível que, em conjunto com a mudança de estilo de vida, o lorcaserin seja efetivo e seguro para promover a perda de peso em adultos obesos, quando comparado ao placebo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hainer V. Comparative efficiency and safety of pharmacological

approaches to the management of obesity. *Diabetes Care* 2011;34(2):S349-54. Manning S, Pucci A, Finer N. Pharmacotherapy for obesity: novel agents and paradigms. *Therapeutic Advances in Chronic Disease* 2014;5(3):135–48.

2. Rodríguez-Hernández H, Simental-Mendía LE, Rodríguez-Ramírez G, ReyesRomero MA. Obesity and inflammation: epidemiology, risk factors, and markers of inflammation. *International Journal of Endocrinology* 2013;2013:1-11.

3. World Health Organization. Obesity and overweight. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>. Acessado, em: 6de maio de 2014.

4. Manning S, Pucci A, Finer N. Pharmacotherapy for obesity: novel agents and paradigms. *Therapeutic Advances in Chronic Disease* 2014;5(3):135–48.

5. World Health Organization. Framework for the implementation of the global strategy on diet, physical activity and health in the Eastern Mediterranean Region. Working document. www.emro.who.int/dsaf/emropub_2010_1273.pdf. Acessado, em: 14 de setembro de 2013.

6. FDA Briefing Document. Lorcaserin hydrochloride tablets, 10 mg sponsor: arena pharmaceuticals. Endocrinologic and metabolic drugs advisory committee meeting . Acessado, em: www.fda.gov/downloads/AdvisoryCommittees/.../UCM303198.pdf. Acessado, em: 1de maio de 2014.

7. Hainer V. Comparative efficiency and safety of pharmacological approaches to the management of obesity. *Diabetes Care* 2011;34(2):S349-54.

8. Gallwitz B. Novel oral anti-obesity agents: new perspectives with lorcaserin? *Drugs* 2013;73:393–5.

9. Kataria BC. Lorcaserin: a selective serotonin receptor (5-HT_{2C}) agonist for the treatment of obesity. *International Journal of Basic & Clinical Pharmacology* 2012;1(1):45-7; 6

10. Ryan DH, Bray GA. Pharmacologic treatment options for obesity: what is old is new again. *Current Hypertension Reports* 2013;15:182-9;

11. Smith SR, Prosser WA, Donahue DJ, Morgan ME, Anderson CM, Shanahan WR. APD356-004 Study Group. Lorcaserin (APD356), a selective 5-HT_{2C} agonist, reduces body weight in obese men and women. *Obesity* 2009;17:494–503;

12. FDA Briefing Document. Lorcaserin hydrochloride tablets, 10 mg sponsor: arena pharmaceuticals. Endocrinologic and metabolic drugs advisory committee meeting. Acessado, em: www.fda.gov/downloads/AdvisoryCommittees/.../UCM303198.pdf.

Acessado, em:1de maio de 2014.

13-Gallwitz B. Novel oral anti-obesity agents: new perspectives with lorcaserin? Drugs 2013;73:393–5.

14- Ryan DH, Bray GA. Pharmacologic treatment options for obesity: what is old is new again. Current Hypertension Reports 2013;15:182-9

15- Patrick M. O’Neil, Steven R. Smith, VOLUME 20 NUMBER 7; JULY 2012, www.obesityjournal.org;BLOOM.DM.2012

16- BLOOM 2010 – Steven R. Smith, M.D the Behavioral Modification and Lorcaserin for Overweight and Obesity Management (BLOOM) Study Group;N ENGL J MED 363;3 july 15, 2010

17- Meredith C. Fidler, Matilde Sanchez, J Clin Endocrinol Metab, October 2011, 96 (10):3067-3077 BLOSSOM TRIAL 2011

18- Steven R. Smith, Warren A. Prosser, VOLUME 17 NUMBER 3, MARCH 2009, www.obesityjournal.org SMITH 2008

19- Corby K. Martin, Leanne M. Redman, Jinkun Zhang; J Clin Endocrinol Metab, march 2011, 96(3): 837-845 jcem.endojournals.org MARTIN 2011.

COMPARAÇÃO ENTRE OS RESULTADOS DA ULTRASSONOGRAFIA COM OS LAUDOS DA HISTEROSCOPIA NO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO DA UNIFESO

Marcus Jose do Amaral Vasconcellos¹; Bruna Santos Cirauado².

¹Professor Doutor do HCTCO, Teresópolis, Rio de Janeiro, marcusav@globo.com;

²estudante de Medicina, UNIFESO, Teresópolis, Rio de Janeiro, bruna.cirauado@gmail.com

Palavras-chave: histeroscopia – cirurgia ginecológica – ultrassonografia

A histeroscopia é uma técnica que mostrou grande utilidade para fins propedêuticos e terapêuticos em ginecologia, pois permite visualização da cavidade uterina, possibilitando o diagnóstico de lesões e alterações, tratá-las, além de avaliar o canal cervical e vagina. (1)

As indicações podem ser divididas em: (2)

Diagnósticas: Sangramento uterino anormal (SUA), infertilidade, podendo-se obter informações importantes referentes aos óstios tubários, orifício interno do colo, canal cervical, além das lesões intracavitárias e malformações, que comprometeriam as etapas da fertilização, alterações encontradas na ultrassonografia, histerossalpingografia e em outros exames de imagens pélvicas, avaliação do DIU (dispositivo intra-uterino), quanto à localização e posição, sangramento ou dor persistentes, podendo-se reposicioná-lo, durante a terapia de reposição hormonal, na vigência de SUA ou USGTV com espessura endometrial maior que 4mm, dor pélvica e dispareunia, Controle pós-operatório, desfazendo-se sinéquias em formação ou retirada de fios cirúrgicos, reduzindo risco de complicações tardias, suspeita de corpo estranho;

Terapêuticas: Miomectomia, polipectomia (retirada de pólipos cervicais ou endometriais), septoplastia (correção de útero septado), retirada de corpo estranho e DIU perdido, ablação de endométrio, lise de sinéquias intrauterinas, cateterização das tubas uterinas na transferência de gametas, ou em casos de oclusão do óstio tubário,

Colocação de dispositivos intratubários para esterilização;

Relacionadas à gravidez: Auxiliar na detecção e retirada de restos ovulares, utilizando-se de aspiração manual intrauterina (AMIU), avaliação e acompanhamento no pósabortamento molar.

Tem como contra-indicações absolutas a suspeita de gravidez, a presença de doença inflamatória pélvica ou cervicite bem como o diagnóstico de câncer invasor da cérvix uterina com necrose e sangramento. Como contra-indicações relativas estão a suspeita de endometrite isolada e sangramento uterino de vulto. Na Histeroscopia podemos usar os histeroscópios flexíveis, que minimizariam o trauma à mucosa genital, e os rígidos, que são os mais utilizados. (^{2 3}).

A melhor época para realização do exame é na primeira fase do ciclo menstrual (fase proliferativa inicial).(⁴)

A coleta de material pode ser feita ao término do exame diagnóstico, com biópsia dirigida do endométrio ou uso de escova, aspiração ou lavado para citologia endometrial. As afecções encontradas passíveis de tratamento pela técnica "*see and treat*" corresponde aos: pólipos endometriais e endocervicais, miomas submucosos com tamanho menor que 2 cm, sinéquias, septoplastia, retirada de corpo estranho, e reposicionamento ou retirada de DIU. Dentre as complicações podemos observar: infecção; perfuração uterina pode ocorrer pela presença prévia de estenose no canal cervical ou sinéquias (principalmente ístmicas). (^{5 6 7})

A ultrassonografia é um método largamente difundido em ginecologia graças à sua fácil disponibilidade, ao custo aceitável e à precisão diagnóstica. Os órgãos pélvicos podem ser avaliados pelas sondas transvaginal ou transabdominal, com frequências de 5 a 7,5 MHz e 3,5 MHz, respectivamente. (⁸)

Dá-se preferência ao método transvaginal já que, neste, o transdutor situa-se mais próximo das estruturas pélvicas permitindo, portanto, o uso de maiores frequências sonoras e, conseqüentemente, maior definição visual.(⁹)

As principais aplicações da ultrassonografia transvaginal na avaliação das estruturas pélvicas são a vagina, colo do útero, útero, endométrio, ovários e cavidade pélvica. Já a ultrassonografia transabdominal proporciona um estudo global da pelve, sendo o melhor método para avaliar tumores volumosos, que se estendam para fora dos limites da pelve, fugindo do alcance do transdutor transvaginal. (¹)

A ultrassonografia é o método mais utilizado para o diagnóstico tanto a hiperplasia endometrial quanto o câncer de endométrio, patologias que cursam com espessamento da camada endometrial, é o ultrassom.(⁹).

Além disso, o ultrassom também pode diagnosticar miomas, adenomiose, malformações genitais e sinéquias, embora ele seja pouco eficaz no diagnóstico desta última patologia (Gonçalves et al., 2002). É capaz de diagnosticar pólipo, septo e mioma

submucoso com alta acurácia. Apesar disto, a histeroscopia tem sido indicada para confirmar e remover estas alterações (²).

Na comparação entre a ultrassonografia e a histeroscopia, a ultrassonografia transvaginal é essencial para a avaliação das causas de sangramento pós-menopausa, controle do endométrio na reposição hormonal e qualquer alteração na cavidade pélvica (⁶). Usado principalmente como modalidade inicial em pacientes com sangramento uterino anormal ou pacientes sintomáticos sem sangramento (¹²). Contudo a histeroscopia é um excelente método para a avaliação da cavidade uterina, seja em casos de sangramento uterino anormal ou para a investigação de pacientes inférteis, sendo de grande importância para detectar e localizar lesões anatômicas como pólipos, miomas, hiperplasias e carcinomas, e permite a realização de biópsia dirigida (⁶).

OBJETIVOS

Análise de um banco de dados do Curso de Histeroscopia conveniado com a UNIFESO.

Determinar a correlação entre a ultrassonografia prévia à histeroscopia, calculando os níveis de concordância e discordância entre os dois exames.

METODOLOGIA

Foi feita uma revisão bibliográfica sobre os assuntos de ultrassonografia e histeroscopia. Uma análise do banco de dados do Curso de Pós-Graduação em Histeroscopia conveniado a UNIFESO, relacionava os resultados das ultrassonografias realizadas e o resultado das histeroscopias relacionadas com estas pacientes.

RESULTADOS

Entre 542 exames histeroscópicos realizados, somente 242 (44,6%) foram precedidos de um exame ultrassonográfico. Foi feita a relação entre estes dois exames. Para cada resultado calcula-se o percentual de concordância de cada um deles, admitindo-se que o resultado de visualização direta apresentaria maior acurácia que o exame de imagem.

Os laudos de ultrassonografia normal foram concordantes em 60%, com o espessamento de endométrio concordância de 1,7% somente; pólipos endometriais ratificados pela histeroscopia em 65%, quando o exame não encontrava nenhum achado

mas a discordância foi bem alto; a miomatose uterina foi confirmada em cerca de 42%, porém houve uma confusão entre o mioma e o pólipó; as malformações e os restos ovulares foram praticamente confirmados em todos os casos.

CONCLUSÕES

O exame ultrassonográfico deveria ser um pré-requisito para a realização da histeroscopia. Mas não devemos esquecer que este exame deve ser feito por profissional qualificado para tal. Um exame de imagem sem um bom observador a realizá-lo, certamente contribuirá para indicações desnecessárias da histeroscopia.

No espessamento endometrial o laudo ultrassonográfico positivo para a anormalidade, não foi confirmado com acurácia no exame direto, principalmente entre pacientes na perimenopausa.

Uma grande contribuição do ultrassom para uma histeroscopia bem indicada, está na polipose uterina, pois a concordância foi muito grande.

A conclusão final é que devemos continuar a pedir o exame de imagem antes da histeroscopia, mas na cidade de Teresópolis devemos incentivar uma melhor formação dos profissionais que resolvem exercer suas atividades utilizando um aparelho de ultrassonografia. Um exame bem feito certamente será útil na medicina invasiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Conceição JCJ. Ginecologia Fundamental. 1ª edição, Editora Atheneu, São Paulo, 2005.
2. Loverro G, Nappi L, et al. Uterine cavity assessment in infertile women: comparison of transvaginal sonography and hysteroscopy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biology 2001; 100: 67-71.
3. Osthoff L, Koch HÁ et al. Vídeo-histeroscopia da imagem endometrial alterada: uma avaliação crítica. Rev Col Bras Cirur. 2007; 34(6).
4. Kremer C, Duffy S, et al.. Patient satisfaction with outpatient hysteroscopy versus day case hysteroscopy: randomized, controlled trial. BMJ 2000; 320: 279-82.
5. Campaner AB, Piato S et al. Achados histeroscópicos em mulheres na pós-menopausa com diagnóstico de espessamento endometrial por ultrassonografia transvaginal. Rev Bras Ginecol Obstet. 2004; 26(1).
6. Neto LCA, Gonçalves WJ. Histeroscopia no climatério. In: Mencaglia L, Neto LCA. Histeroscopia diagnóstica. Rio de Janeiro: Medsi; 2002. p 167-73.

7. Franco RC, Machado JC et al. Avaliação da Cavidade Uterina: Estudo Comparativo entre Histerografia, Histerossonografia e Histeroscopia. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2000; 22(10): 619-625.
8. Gonçalves WJ, Bortoletto CCR, et al. Ultrassonografia e dopplervelocimetria colorida do endométrio durante o ciclo menstrual da mulher. In: Mencaglia L, Neto LCA.
9. Histeroscopia diagnóstica. Rio de Janeiro: Medsi; 2002. p 91-111.
10. Batzer FR. Abnormal uterine bleeding: imaging techniques for evaluation of the uterine cavity and endometrium before minimally invasive surgery – the case for transvaginal ultrasonography. J Minimally Invasive Gynecol 2007; 14: 9-11.
11. Babacan A, Ismet G et al. Comparison of transvaginal ultrasonography and hysteroscopy in the diagnosis of uterine pathologies. Int J Clin Exp Med. 2014; 7(3): 764–769.

ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL: RELATO DE CASO, ETIOLOGIA E RASTREAMENTO*

*Erika Cesar de O. Naliato**; Letícia Cristina de Araújo Diaz Vazquez***; Mário Castro Alvarez Perez*****

*Resumo

**Mestre e Doutora em Endocrinologia pela UFRJ, Coordenadora do Centro de Estudos Ricardo A. T. Castilho da Associação Médica de Teresópolis, Teresópolis, Rio de Janeiro

***Aluna do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO), Teresópolis, Rio de Janeiro

****Professor Doutor em Fisiopatologia Clínica e Experimental do UNIFESO, Teresópolis, Rio de Janeiro

RESUMO

A aorta é o maior vaso do corpo humano e absorve o impacto de 2 a 3 bilhões de batimentos cardíacos ao longo da nossa vida, enquanto dissemina em torno de 2 milhões de litros de sangue pelo corpo. A origem dos aneurismas de aorta constitui um mecanismo multifatorial e complexo, causando a dilatação da aorta submetida ao estresse hemodinâmico crônico e degeneração das fibras elásticas. O objetivo deste trabalho é discutir a etiologia e o rastreamento do aneurisma de aorta abdominal. A metodologia é o relato de caso de um paciente com história de dois aneurismas de aorta abdominal e revisão bibliográfica sobre etiologia e rastreamento do aneurisma de aorta abdominal.

INTRODUÇÃO

O Aneurisma de Aorta (AA) é considerado uma dilatação localizada, maior que 50%, do diâmetro da luz esperada em um determinado segmento aórtico. A incidência dos AA vem aumentando nas últimas décadas, por um aumento da expectativa de vida da população e o aumento e aperfeiçoamento dos métodos diagnósticos. Acredita-se que a incidência do aneurisma de aorta torácico (AAT) seja de seis casos por 100.000 pacientes/ano, enquanto a do aneurisma de aorta abdominal (AAA) é de 25 por 100.000 pacientes/ano. Por volta de 10% dos pacientes com o diagnóstico de AA possuem múltiplos aneurismas e em diferentes segmentos aórticos, tanto que aproximadamente 20 a 25% dos indivíduos que possuem AAT apresentam um AAA sincrônico.¹ Considera-se aneurismática a aorta, quando seu diâmetro é superior a 4 cm a nível torácico e superior a 3 cm na aorta abdominal. Em torno de 75% dos aneurismas se encontram na aorta abdominal, na sua porção infra-renal, podendo se estender até a bifurcação das

artérias ilíacas. Da totalidade dos casos de AAA, 97% são de origem aterosclerótica, e o restante tem etiologias traumática, infecciosa ou congênita. Morfologicamente, encontram-se dois tipos de aneurismas: fusiformes, mais comuns na aterosclerose e saculares, caracterizados por uma bolsa que se comunica com o lúmen do vaso. ¹

METODOLOGIA

Esse trabalho de conclusão de curso é um relato de caso associado a uma revisão de literatura sobre o Aneurisma de Aorta Abdominal.

Para a preparação da revisão da literatura foram utilizadas diversas fontes de literatura nacional e internacional, abrangendo estudo de casos, artigos de revisão bibliográfica, metanálises, relatos de casos publicados entre 1977 a 2013, escritos na língua inglesa e portuguesa, através de pesquisa realizada nos sites da BIREME, Pubmed, Scielo, Medline e Lilacs. Os termos utilizados para o levantamento bibliográfico foram: “aneurisma de aorta abdominal”, “etiologia de aneurisma de aorta” e “rastreamento de aneurisma da aorta abdominal”.

RELATO DE CASO

Em 13/01/1932, nasceu S.I.V., do sexo masculino, quando adulto, foi tabagista cuja carga tabágica correspondeu a 52,5 maços/ano por 35 anos.

Entretanto, sua vida muda drasticamente aos 54 anos, quando foi atingido por dois projéteis de arma de fogo (PAF) após um assalto, os quais o atingiram no cérebro, mais especificamente no lobo parietal do hemisfério esquerdo, e no abdômen.

Foi levado rapidamente a um hospital localizado perto de sua residência, onde foi realizada uma laparotomia exploradora que não acusou nenhum dano interno, mas a lesão no lobo parietal resultou em hemiplegia direita.

Um ano após, foi diagnosticada uma hérnia incisional na cicatriz da laparotomia, e, por ocasião da realização de exames pré-operatórios para a hernioplastia, foi identificada a presença de um aneurisma da aorta abdominal. Não obtivemos informações pormenorizadas acerca das características do referido aneurisma, por ocasião da preparação desse relato; apenas se sabe que foi tratado cirurgicamente com prótese aortobiliaca e hernioplastia, com boa recuperação.

Aos 64 anos, apresentou um episódio de suboclusão intestinal resolvido clinicamente. Entretanto, a realização de exames durante sua internação para o tratamento da suboclusão revelou a presença de um segundo aneurisma de aorta

sacular de 40x30mm que, por sua vez, foi tratado com cirurgia endovascular com colocação de stent. Nessa época, já recebia tratamento com sinvastatina (na dose de 20 mg/dia) por conta da detecção de uma hipercolesterolemia e ácido acetilsalicílico (na dose de 100 mg/dia).

DISCUSSÃO

O AAA é caracterizado pela aorta patologicamente dilatada, deterioração local de tecido conectivo e remodelamento vascular da parede aórtica, além da inflamação transmural crônica, redução das células musculares da camada média e destruição da matriz extracelular de proteínas, como a elastina e colágeno, e elevada produção de matriz metaloproteinases.²

A aterosclerose é um achado comum no tecido aneurismático, mas existem poucas pesquisas em relação à seqüência celular de desenvolvimento no AAA. Em modelos experimentais, a aterosclerose é detectada depois da formação aneurismática, sugerindo que o AAA precede o desenvolvimento de lesões ateroscleróticas.²

A Aterosclerose e o AAA são considerados manifestações do mesmo processo aterosclerótico, mas há diferenças na morfologia e fisiopatologia entre essas doenças. A aterosclerose é reconhecida pelo crescimento do centro lipídico e aumento do volume da placa pela migração de células musculares lisas e macrófagos, causando disfunção endotelial e resultando em crescimento mais expressivo do volume da placa e espessamento da íntima-média. Por sua vez, o aneurisma é caracterizado pela dilatação de toda a parede arterial pela perda de elastina e de células musculares lisas. Estudos bioquímicos têm focado em causas genéticas provocando defeitos estruturais na proteólise hiperativa, nas proteínas da matriz aórtica e homeostase deficitária do colágeno. O paciente aqui descrito teve diagnóstico de hipercolesterolemia firmado durante o intervalo entre a detecção do primeiro e do segundo aneurismas.²

O AAA possui alta prevalência nas doenças cardiovasculares e por muito tempo foi considerado uma manifestação da aterosclerose. Entretanto, essa hipótese tem sido muito questionada nos últimos anos. Embora seja considerado um fator de risco, uma relação causal com a aterosclerose ainda não foi confirmada. Grande parte dos pacientes com aterosclerose disseminada não desenvolvem AAA, e vice-versa. Acredita-se que a aterosclerose possua algum papel na patogênese da AAA, mas processos diferentes e complementares à aterosclerose devem estar envolvidos, como sugerido pela histologia. O tecido vascular no AAA é caracterizado pela alta atividade proteolítica

e grande infiltração de células inflamatórias.³

Estudo demonstra que o AAA e a aterosclerose possuem fatores de risco em comum, como hipercolesterolemia, hipertensão e idade. Alcorn et al. (1996) revelaram diferenças epidemiológicas entre doenças coronarianas, carotídeas e o AAA. Porém, os estudos foram limitados em relação a período de tempo, duração pequena de follow-up, critérios de inclusão divergentes e pouca informação sobre fatores de risco. Identificar os fatores de risco é importante para melhorar a estratificação desse risco, agir na prevenção da ectasia aórtica e selecionar o melhor tipo de tratamento, seja clínico ou cirúrgico.³

O paciente em questão, na sua angiotomografia do abdômen e pelve, apresentou opacificação aórtica, de artérias ilíacas externas e hipogástricas, artéria mesentérica inferior artéria renal direita e acessória e artéria renal esquerda com moderada redução do seu calibre, mostrando doença aterosclerótica difusa. Porém, esse achado não se correlaciona ao primeiro aneurisma, cuja etiologia mais provável seria pós-traumático. Quanto ao segundo aneurisma, pela gravidade da doença apresentada, mesmo a angiotomografia computadorizada sendo realizada nove anos após a intervenção cirúrgica, o paciente já devia possuir doença aterosclerótica em atividade na época do segundo diagnóstico de AAA. Entretanto, apenas um estudo mais aprofundado da peça cirúrgica permitiria a avaliação do grau de acometimento aterosclerótico na região aneurismática.⁴

Conforme informado anteriormente, o paciente que foi objeto do presente relato de caso tinha hipercolesterolemia. Os trabalhos disponíveis na literatura relacionando o AAA e os níveis de colesterol são contraditórios. Em um grande estudo de rastreamento, o ADAM (Aneurysm Detection And Management Study Screening Program) mostra que níveis altos de colesterol foram associados com o AAA em uma análise multivariada, incluindo a aterosclerose. Mas Simoni et al.1995 caracterizam uma relação entre baixos níveis de colesterol HDL e AAA, sem diferença no LDL e no colesterol total. No estudo Tromso foi estabelecida uma alta relação entre os baixos níveis de HDL e o risco de AAA. A dislipidemia é um dos fatores de risco mais importantes na população estudada. Entretanto estudos não comprovam relação estatisticamente significativa entre este fator de risco e o diâmetro da artéria aorta abdominal.⁴

A falta de uma relação consistente entre aterosclerose e diâmetro aórtico pode indicar que as formações aneurismáticas e ateroscleróticas se desenvolvem em paralelo pelos fatores de riscos comuns, mas de forma independente e por mecanismos

patogênicos diferentes. ⁴

O paciente em questão era um ex-tabagista. O tabagismo e a HAS podem causar um enfraquecimento da aorta pelos danos causados ao tecido conectivo e muscular, independentemente da existência da aterosclerose. O tabagismo é reconhecidamente o fator de risco mais importante para AAA. Seu risco em homens é 2,5 vezes maior que a associação entre o cigarro e doença coronariana e 3,5 vezes maior que a associação entre cigarro e doenças cerebrovasculares. Existe uma relação dose-resposta sugestiva de uma relação causal na etiologia do AAA. O tabagismo também age aumentando a aterosclerose, e altera o balanço protease/antiprotease, ocluindo os *vasa vasorum*, reduzindo a vascularização aórtica. Lawlor et. al. (2008) mostram o tabaco como o maior fator de risco cardiovascular em pessoas com colesterol dentro da normalidade. ³ Em determinado estudo foi observado que 75% dos AAA com 40 mm ou mais estavam associados ao tabagismo ativo e Folgado Silva et al. (2013) verificaram uma relação significativa entre o tabagismo e a dilatação da aorta abdominal.

3

Justamente o dado positivo de maior significado na história do nosso paciente também se mostrou ser o de maior importância na etiologia do AAA, com uma forte associação, tanto nas revisões literárias quanto estatísticas. No caso do paciente objeto do nosso estudo, sua carga tabágica de 52,5 maços/ ano por 35 anos, que aumenta o risco consideravelmente para o desenvolvimento do mesmo, causando desequilíbrio na homeostase arterial do paciente, colaborando com o surgimento das diáteses e do AAA.⁴

De acordo com estudos anteriores, o desenvolvimento do AAA foi independente da extensão aterosclerótica, sugerindo uma relação não-aterosclerótica com o cigarro. Acredita-se que o cigarro pode ocluir o sítio ativo da alfa-1-antitripsina, causando a destruição da parede aórtica por aumento das enzimas proteolíticas, mas também age aumentando o metabolismo e o nível de antioxidantes.⁴

CONCLUSÃO

O paciente em questão apresentou dois aneurismas de aorta abdominal, sendo um de provável etiologia pós-traumática e o outro provavelmente associado aos seguintes fatores de risco: tabagismo e doença aterosclerótica difusa.

O presente caso reforça a noção de que o rastreamento do AAA pode ser recomendado para os homens com idade superior a 65 anos, principalmente quando há fatores de risco, em especial o tabagismo, mas também incluindo DPOC, Insuficiência

Coronariana e história familiar de aneurisma. A triagem deverá ser realizada por exame de imagem, especialmente a ultrassonografia com doppler colorido. Especial atenção deve ser dada aos pacientes com doença aterosclerótica difusa, pois, embora não esteja diretamente comprovada a relação com a patogênese do AAA, ambas compartilham diversos fatores de risco como idade, tabagismo, HAS e hipercolesterolemia. O paciente em questão teve seu primeiro aneurisma aos 54 anos, de causa traumática e o segundo aos 64 anos. Esse segundo evento poderia ter sido rastreado ao se tomar por base a sua história pregressa, a doença aterosclerótica disseminada e o tabagismo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Johnsen S, Forsdahl S, Singh K, et al. Atherosclerosis in Abdominal Aortic Aneurysms: A Causal Event or a Process Running in Parallel? The Tromsø Study. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 2010; 30:1263-68.
2. Palazzuoli A, Gallota M, Guerrieri G, et al. Prevalence of risk factors, coronary and systemic atherosclerosis in abdominal aortic aneurysm: Comparison with high cardiovascular risk population. *Vascular Health and Risk Management.* 2008;4(4) 877– 883.
3. Ashton H, Buxton M, Day N, et al. The Multicentre Aneurysm Screening Study (MASS) into the effect of abdominal aortic aneurysm screening on mortality in men: a randomized controlled trial. *Lancet.* 2002; 360:1531-9.
4. Carvalho A, Santos A, Gomes C, et al. Rastreamento do aneurisma da aorta abdominal. *J Vasc Bras.* 2012; 11(4): 289-300.

TERAPIA DE GH NA SINDROME DE TURNER

AMARAL ALMEIDA¹, Frederico. PESTANA, Carlos Luis da Silva².

¹Discente do curso de medicina do UNIFESO

²Docente do curso de medicina do UNIFESO.

A síndrome de Turner foi descrita pela primeira vez na década de 40, pelo médico americano Henry H. Turner, que apresentou sete casos de pacientes, todas elas com retardo do desenvolvimento puberal e do crescimento associados a *cubitus valgus* (JUNG,2010). A síndrome é característica do sexo feminino e ocorre numa proporção 1:2500 e seu diagnóstico é feito em diferentes idades, dependendo das características clínicas dominantes. O quadro clínico básico é evidenciado pela baixa estatura, infantilismo genital, gônadas filiformes bilaterais, mal formações e diversos estigmas que ocorrem com frequência variável, bem como dificuldades cognitivas, porém não alterando na inteligência global.

Palavras-chave: síndrome de Turner, hormônio de crescimento, estatura.

OBJETIVO

A proposta do presente estudo é realizar uma revisão bibliográfica sobre terapia com hormônio do crescimento na síndrome de Turner, baseado em diferentes e atuais fontes seja através de artigos e livros-texto.

METODOLOGIA

Foi realizada revisão bibliográfica da literatura nacional e internacional utilizando os bancos de dados PUBMED, MEDLINE, SCIELO, LILACS-BIREME e COCHRANE; sendo selecionados artigos publicados nos últimos 15 anos, abordando a síndrome de Turner. Para fins de estudo, foram consideradas as publicações relacionadas à síndrome de Turner e terapia de reposição hormonal, e assim foi utilizada os seguintes termos de pesquisa (palavras-chaves e delimitadores) foram utilizados em várias combinações: 1) Síndrome de Turner; 2) reposição hormonal na síndrome de Turner; 3) hormônio de crescimento.

A escolha dos artigos foi realizada mediante a leitura de resumos a fim de confirmar a temática proposta. Em caso de dúvidas sobre a abordagem do tema relacionado, realizamos uma nova leitura, e após uma análise dos resumos e artigos,

decidimos, ou não por sua exclusão ao estudo. Baseado nas categorias: Síndrome de Turner, ganho de estatura.

Após mapeamento dos dados e os artigos foram identificados confirme os enfoques priorizados, e agrupados e apresentados de acordo com sua temática: Síndrome de Turner, terapia com hormônio do crescimento.

ANÁLISE

A avaliação do efeito do hormônio do crescimento em pacientes portadoras da síndrome de Turner, é adquirida através da análise de dois parâmetros que é, o ganho de altura durante a infância e a adolescência e o aumento da estatura final. Apesar da heterogeneidade dos estudos clínicos, dos métodos utilizados, e da não padronização de critérios como idade e dose de hormônio do crescimento, concluímos que em todos os ensaios clínicos vistos há efeito positivo nos dois parâmetros.

Se percebe que as pacientes tratadas com o GH na infância diminuem a diferença de altura em relação as pessoas dentro da curva de crescimento normal, quando o início do tratamento é feito entre os 7 e os 8 anos o ganho estatural é relevante em relação as pacientes que começaram na idade de pré adolescência, entre 12 e 13 anos. Foi evidente também a boa relação entre déficit de altura no começo do tratamento e a curva de crescimento normal, e o déficit da altura final com a altura final normal, evidenciando assim a eficácia da terapêutica.

De acordo com as revisões dos artigos pode-se concluir que o GH tem sua ação mais evidente durante os 2 primeiros anos de tratamento tendo a velocidade de crescimento superior a dos períodos posteriores. As pacientes que participaram do grupo controle (que não usaram o hormônio de crescimento) apresentaram crescimento inferior em cerca de 2,4 a 3,7 cm das pacientes em terapia.

Há evidencias que em crianças que iniciaram o tratamento com idade em torno dos 4 anos, a altura se igualou a curva de crescimento das crianças sem a síndrome, levantando a hipótese de que há correção no déficit de crescimento destas crianças.

Os efeitos do tratamento com GH, se iniciado precocemente, também é aparente no tratamento do retardo do crescimento pois pacientes que começaram o tratamento com menor altura obtiveram resposta melhor que aquelas pacientes que começaram com altura superior .(ZAGER,2011;AYCAN,2008)

A dose influencia pouco, em relação ao ganho estatura, já que pacientes que

foram tratadas com GH+oxandrolona 0,03 mg/kg/dia obtiveram estatura semelhante as que foram tratadas com a dose dobrada , evidenciando ainda mais a importância do tratamento precoce em relação a dose do medicamento. O acréscimo da oxandrolona provocou aumento na velocidade de crescimento sem prejuízo significativo na idade e na massa óssea, mas viu-se atraso no desenvolvimento mamário, sendo assim a suplementação com o hormônio esteroide esta indicada as pacientes com desenvolvimento mamário espontâneo, que continuam com baixa estatura.. o tratamento com GH mostrou-se eficiente em relação ao ganho de massa óssea e consequente prevenção de fraturas, já que incentiva o ganho de massa magra e diminuiu tecido adiposo.

Ao objetivar analisar o tratamento com GH na síndrome de Turner verificou-se em diversos artigos que os resultados mostram significativos ganho na velocidade de crescimento e estatura final. Os trabalhos pesquisados mostraram que o tratamento com GH deve ser iniciado aos 7 a 8 anos durante a infância, ou após ser feito o diagnostico já que é de essencial importância o tratamento precoce, com relação ao ganho de altura durante a infância e adolescência e o aumento da estatura final. A administração hormonal deve ser feita via subcutânea na dose de aproximadamente 0,05 mg/kg/dia, e deve ser interrompido quando a paciente apresentar idade óssea equivalente a 14 anos ou o crescimento menor que 2,0 a 2,5 cm/ano, e também, que o tratamento pode obter até 7,2 cm a mais de ganho na estatura.

Neste aspecto, a pesquisa mostrou a eficiência do tratamento com GH na Síndrome de Turner, melhorando de forma significativa a auto estima, a relação amorosa, afetiva e satisfação com o próprio corpo e consequente qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guimarães, Marília M., et al. "Intercorrências clínicas na síndrome de Turner." *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia* 45.4 (2001): 331-338.
2. Gallicchio, Carla Tavares, Solange Travassos de Figueiredo Alves, and Marília Martins Guimarães. "Indução da puberdade e terapia de reposição hormonal na síndrome de Turner." *Femina* 36.11 (2008): 677-681.
3. Laranjeira, Carla, Helena Cardoso, and Teresa Borges. "Síndrome de Turner." *Acta Pediatr Port* 41 (2010): 38-43.
4. de Figueiredo Alves, Solange Travassos. *ESTUDO DA REPERCUSSÃO*
5. *METABÓLICA DA TERAPIA DE REPOSIÇÃO ESTROGÊNICA, ORAL E*

PERCUTÂNEA, NA SÍNDROME DE TURNER. Diss. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2005.

6. Iannetta, Renata, et al. "Estudo descritivo da massa óssea e fatores de risco cardiovasculares em mulheres com síndrome de Turner." *Femina* 36.6 (2008).

7. Jorge, Alexander AL, et al. "Baixa estatura por haploinsuficiência do gene SHOX: do diagnóstico ao tratamento." *Arq. bras. endocrinol. metab* 52.5 (2008): 765-773.

8. Barros, Beatriz Amstalden, et al. "A inclusão de novas técnicas de análise citogenética aperfeiçoou o diagnóstico cromossômico da síndrome de Turner." *Arq Bras Endocrinol Metab* 53.9 (2009): 1137-42.

9. Fonteles, Ana Vlândia Ramos, et al. "Estatura final (EF) em síndrome de Turner (ST): experiência de 76 casos acompanhados na Unidade de Endocrinologia Pediátrica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná; Final height (FH) in Turner syndrome (TS): experience of 76 cases followed at the Pediatric Endocrinology Unit, Hospital de Clinicas, Federal University of Paraná." *Arq. bras. endocrinol. metab* 55.5 (2011): 318-325.

10. Félix, Giselle Maria Araújo, et al. "Perfil citogenético da síndrome de Turner na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal." *Brasília Med* 51.1 (2014): 13-20.

11. Stephure DK, Canadian Grow hormone advisory Committe, Impacto of Growth Hormone Supplementation on Adult height in Turner Syndrome: Results of the Canadian Randomized Controlled Trial. *J Clin Endocrinol Metab*, 2005; 90 (6):3360-6

12. Baxter L, Bryant J, Cave CB, milne R. Homona de crecimiento recobinanteen niñas y adolescentes com síndrome de Turner. *La Biblioteca Cochrane Plus* 2006; issue 3,CD003887.

13. Guedes AD, Bianco B, Callou EQ, Gomes AL, Lipay MVN, Verreschi ITN. O hormônio de crescimento na syndrome de Turner: ados e reflexes. *Arq. Bras. Endocrinol. Metb*, 2008;52(5):757-64.

14. Ari M, Bakalov VK, Hill S, Bondy CA. The effects of growth hormone treatment on bone mineral sensity and body composition in girls with Turner Syndrome. *J Clin Endocrinol Metab*. 2006; 91(11): 4302-5.

15. Rosenfield, Robert L., et al. "Salutary effects of combining early very low-dose systemic estradiol with growth hormone therapy in girls with Turner syndrome." *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 90.12 (2005): 6424-6430.

16. Aycan, Zehra, et al. "The effect of growth hormone treatment on bone

mineral density in prepubertal girls with Turner syndrome: a multicentre prospective clinical trial." *Clinical endocrinology* 68.5 (2008): 769-772.

17. Zeger, Martha PD, et al. "Prospective study confirms oxandrolone-associated improvement in height in growth hormone-treated adolescent girls with Turner syndrome." *Hormone Research in Paediatrics* 75.1 (2010):38-46.

LINFOMA NÃO HODGKIN DE GRANDES CÉLULAS B DIFUSO DE INTESTINO DELGADO: RELATO DE CASO

Pedro Henrique Ferreira Baddini¹, Gabriela Marinho Naves²

¹ Professor Doutor do HCTCO, Teresópolis, Rio de Janeiro;

² Estudante de medicina, UNIFESO, Teresópolis, Rio de Janeiro.

INTRODUÇÃO

Os tumores do intestino delgado, tanto benignos quanto malignos, são extremamente incomuns e constituem menos de 10% de todos os tumores gastrointestinais, sendo que as neoplasias malignas correspondem a apenas 1 - 3% (1,2,3).

O diagnóstico dos tumores de intestino delgado raramente é feito no pré-operatório devido à ausência ou raridade de sintomas somados a inespecificidade dos resultados laboratoriais (4).

O estudo radiológico pode sugerir o diagnóstico. À rotina radiológica de abdome agudo pode-se evidenciar sinais de obstrução parcial ou total. Já a Seriografia de intestino delgado demonstra anormalidade em 53% - 83% dos casos de linfoma, apresentando como sinal um espessamento da porção íleo distal. Porém, esse achado não é específico (5,6).

A tomografia torna-se o exame com maior grau de diagnóstico de anormalidade, em até 97% dos casos. No linfoma, observa-se aumento da porção distal, sendo melhor visto nos tumores maiores que 2 cm (7,8,9).

O linfoma do intestino delgado é caracterizado pela ausência de linfadenopatia periférica palpável, contagem diferencial de leucócitos normais, sem linfadenopatia mediastinal em uma radiografia de tórax, envolvimento de apenas os órgãos do trato gastrointestinal e linfonodos regionais proximais e nenhum acometimento do fígado ou do baço, a não ser por extensão direta do tumor gastrointestinal primário.

Aproximadamente 40 - 45% dos linfomas não Hodgkin extranodais acontecem no trato gastrointestinal. O intestino delgado é a segunda área de aparecimento de linfoma, sendo o trato gástrico o primeiro sítio. A média de idade do diagnóstico, gira em torno dos 67 anos (10).

Existem diversos sistemas de classificação para o estadiamento do linfoma de intestino delgado, sendo o mais usual, a classificação de Ann Arbor. Com relação ao

estadiamento histológico, podem ser classificados como de alta malignidade, grau intermediário e baixa malignidade.

A base do tratamento frente a um linfoma de intestino delgado implica na exploração cirúrgica com ressecção do segmento intestinal afetado, junto ao seu mesentério subjacente.

Palavras-chave: Linfoma Intestino Delgado, Linfoma não Hodgkin, Linfoma intestinal.

JUSTIFICATIVA

O estudo se justifica pela raridade do caso de linfoma não Hodgkin primário de intestino delgado, de forma a identificar sinais e sintomas no exame clínico e identificação de sinais radiológicos para que casos subsequentes possam ser diagnosticados com maior rapidez e segurança. Assim como discutir terapêutica e conduta cirúrgica adotada no serviço, em comparação com a literatura, e resultados.

OBJETIVOS

Relatar o caso de uma paciente do sexo feminino de 76 anos natural de Portugal e residente em Teresópolis com quadro de obstrução intestinal devido a linfoma não Hodgkin de células B difuso de alto grau primário de intestino delgado. Relatar caso de linfoma não Hodgkin de alto grau em intestino delgado. Apresentar o quadro clínico e diagnóstico por imagem dos linfomas de delgado e discutir a conduta cirúrgica e as propostas terapêuticocirúrgicas para o caso em comparação com a literatura.

MÉTODO

Relato de um caso de linfoma não Hodgkin de células B de intestino delgado e revisão bibliográfica dos linfomas do trato gastrointestinal com ênfase no linfoma de intestino delgado. Bem como revisão do prontuário e entrevista com a paciente, compreendido entre os meses de agosto e setembro de 2014, onde foi assinado o termo de consentimento e explicado todo o processo de pesquisa e evolução do trabalho. Foram utilizados para a revisão bibliográfica os bancos de dados BIREME E PUBMED, bem como livros texto referência no tema. Nos bancos de dados BIREME e PUBMED, foram utilizadas as palavras chaves: Linfoma Intestinal, Linfoma de Intestino Delgado, Linfoma não Hodgkin. Os artigos foram filtrados com base no assunto e selecionados mediante análise dos resumos dos artigos.

RELATO DE CASO

Paciente de 76 anos, sexo feminino, branca, natural de Portugal e moradora de Teresópolis-RJ. Refere há 15 dias início do quadro de dor abdominal difusa, tipo cólica, acompanhada de náuseas, vômitos e mal-estar, com piora à alimentação, associado à distensão abdominal, sem hematêmese, hematoquesia ou outras alterações gastrointestinais. Na história pregressa da paciente, destaca-se Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus tipo II e Hipotireoidismo. O quadro inicial associado a vômitos de estase e agravamento da dor motivaram a internação. Ao exame físico observou-se: Paciente hipocorada (+/4+), desidratada (+/4+), anictérica, acianótica, eupneica em ar ambiente, afebril, estável.

Apresentava abdome levemente distendido, hipoperistáltico, timpânico, doloroso à palpação profunda, ausência de massas palpáveis ou visceromegalias sem sinais de irritação peritoneal. Os Parâmetros laboratoriais mostraram: hematimetria sem alteração, leucocitose com desvio à esquerda, sem alteração em linfócitos, VHS: 70 e PCR: 60. Sorologias para hepatite B e C: negativas; teste rápido HIV: negativo. À radiologia observa-se: Telerradiografia de Abdome com velamento difuso da cavidade abdominal e oclusão tardia do delgado por provável brida; Telerradiografia de tórax com atelectasias laminares basais. Ao estudo por Tomografia Computadorizada de abdome do dia 29/04/14, apresentava densificação da gordura mesentérica na região mesogástrica e distensão de alças de delgado com conteúdo líquido. A paciente permaneceu internada aceitando a dieta e apresentando eliminação de gases. Sete dias após admissão, devido à piora da dor inicial, presença de abdome hipertimpânico, bem como parada de eliminação de gases e fezes, a paciente foi abordada com laparotomia exploradora. No inventário da cavidade observou-se: paniculite em mesentério jejunal, área endurecida em topografia de jejuno, lesão de limites regulares, com a montante grossa e a jusante fina, sugestivo de tumoração, associado a nódulos hepáticos. No ato cirúrgico foi realizado enterectomia segmentar com exerése do mesentério ileal e linfonodos macroscópicos, com entero-entero anastomose latero-lateral com grampeador linear. À patologia a peça foi descrita como tumoração estenosante, ulcerada e parda com 3 x 1,5 cm, infiltrando toda a espessura da parede do intestino até a gordura mesentérica, com limites cirúrgicos livres de neoplasia. Foram isolados 14 linfonodos sem comprometimentos neoplásicos. Ao histopatológico da peça, temos neoplasia maligna pouco diferenciada, ulcerada sugestiva de linfoma não Hodgkin de alto grau. O relatório

imuno-histoquímico concluiu linfoma não Hodgkin difuso de grandes células B acometendo intestino delgado, com painel de anticorpos mostrando: CD20: positivo, CD3: negativo, CD30: positivo, Ki67: positivo em 75% das células nas áreas de interesse. A paciente evoluiu de forma satisfatória no pós-operatório, tendo alta em 10/05/14. Segue em tratamento e acompanhamento oncológico.

DISCUSSÃO

O relato de caso abordou uma, paciente, 76 anos, sexo feminino, branca, com um quadro de 15 dias de dor abdominal difusa, tipo cólica, acompanhada de náuseas e vômitos com piora à alimentação e distensão abdominal que evoluiu para uma sub-occlusão intestinal e subsequente obstrução, necessitando de intervenção cirúrgica: Laparotomia Exploradora que evidenciou paniculite em mesentério jejunal, área endurecida em topografia de jejuno, lesão de limites regulares, sugestivo de tumoração, associada à nódulos hepáticos com realização de enterectomia segmentar e exérese do mesentério ileal.

O quadro clínico apresentado pela paciente composto de poucos achados específicos de neoplasia de duodeno, manifestou-se com uma síndrome obstrutiva. Em estudos de relato de caso a maioria apresentou um quadro semelhante ao estudado.

Quanto aos métodos de imagem para linfomas de delgado, a TC de abdome mostrou pouco capaz de ajudar no diagnóstico pré-operatório de linfoma gastrointestinal, porém colabora para determinar a extensão da doença atual e avaliação da resposta ao tratamento.

O estadiamento dos linfomas não Hodgkin feito pelo método Ann Arbor é dividido em 4 estágios: I- Representa a condição mais inicial (acometimento de um único linfonodo ou de uma região ou órgão extranodal); II- Representa o comprometimento do órgão e de uma ou mais regiões ganglionares do mesmo lado do diafragma; III- Quando há acometimento dos ganglios de ambos os lados do diafragma acompanhado de acometimento de um órgão ou sitio ganglionar (estômago, baço ou ambos) e IV- Representa a condição mais grave (disseminação metastática para um ou mais sítios, como: medula ossea, pleura, pulmões, osso ou cérebro). Sendo I e II estágios iniciais e III e IV avançados.

O tratamento do linfoma não Hodgkin consiste em duas vertentes: Tratamento cirúrgico associado à quimioterapia e tratamento cirúrgico associado a quimioterapia mais radioterapia.

O tratamento cirúrgico evidenciado pela ressecção completa do segmento afetado e de seu mesentério subjacente tem relação direta com a melhora no prognóstico para o paciente, e é visto como a melhor proposta terapêutica (melhora a ação dos quimioterápicos).

A quimioterapia padrão consiste, em diferentes dosagens e combinações, do esquema CHOP: Ciclofosfamida, Hidroclorato de Hidroxidaunomicina (doxorubicina), Oncovin (vincristina) e Prednisona. Estudos comprovam que o uso de quimioterapia associada à radioterapia, tem efetividade superior ao uso da quimioterapia isolada, como a diminuição dos ciclos (Oito com esquema CHOP e apenas três com esquema CHOP associado à radioterapia). Ambos os esquemas apresentam neutropenia como efeito adverso. Atualmente o esquema preferencial, e primeira linha, é o CHOP-21: que baseia-se na administração dos quatro fármacos a cada 21 dias, por 6 a 8 ciclos, dependendo do grau da resposta ao 4º ciclo somado ao estágio tumoral.

Estudos mais recentes demonstram eficácia ainda maior com o uso do anticorpo monoclonal Rituximabe, que provoca lise do linfócito B após ser ligado ao antígeno CD20 presente nos linfócitos pré-B e linfócitos B maduros. Segundo a literatura, a associação do anticorpo ao esquema CHOP, esquema R-CHOP, mostrou aumento da sobrevida global, comparado ao esquema CHOP isoladamente.

CONCLUSÃO

Com o estudo podemos observar que o linfoma não Hodgkin de delgado se apresenta de forma silenciosa, sem quadro clínico com sinais específicos. A tomografia de abdome não é um exame diagnóstico no pré-operatório do linfoma gastrointestinal, mostrando-se como o exame indicado para estadiamento, entretanto auxilia na conduta cirúrgica, evidenciando, por exemplo, o ponto de obstrução. A quimioterapia mostrou-se eficaz no aumento da sobrevida e melhora no prognóstico. Novos estudos devem ser realizados de forma a orientar o diagnóstico e a conduta frente a doença, levando a um melhor manejo do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Sager GF. Primary malignant tumors of the small intestine. *Am J Surg* 1978;135:601.
2. Ciccarelli O, Welch JP, Kent G. Primary malignant tumors of the small bowel: the Hartford Hospital experience 1969-1983. *Am J Surg* 1987;153:350

3. Johnson AM, Harman PK, Hanks JB. Primary small bowel malignancies. *Am Surg* 1985;51:31.
4. Maglinte DDT, O'Connor K, Bessette J, et al. The role of the physician in the late diagnosis of primary malignant tumors of the small intestine. *Am J Gastroenterol* 1991;86:304.
5. Ekberg O, Ekholm S. Radiography in primary tumors of the small bowel. *Acta Radiol Diagn (Stockh)* 1980;21:79.
6. Bessette J, Maglinte DDT, Kelvin FM, Chernish SM. Primary malignant tumors in the small bowel: a comparison of the small-bowel enema and conventional followthrough examination. *AJR Am J Roentgenol* 1989;153:741.
7. Laurent F, Raynaud M, Biset JM, et al. Diagnosis and categorization of small bowel neoplasms: role of computed tomography. *Gastrointest Radiol* 1991;16:115.
8. James S, Balfe DM, Lee JKT, Picus D. Small bowel disease: categorization by CT examination. *AJR Am J Roentgenol* 1987;148:863.
9. Dudiak KM, Johnson CD, Stephens DH. Primary tumors of the small intestine: CT evaluation. *AJR Am J Roentgenol* 1989;152:995.
10. Scatairge JC, Allen HA, Fishman EK. Computed tomography of the small bowel. *Semin Ultrasound CT MR* 1987;8:403.93. Siegel MJ, Evans SJ, Balfe DM. Small bowel disease in children: diagnosis with CT. *Radiology* 1988;169:127.

HIV E O DESENVOLVIMENTO DE CÂNCER DE CANAL ANAL

PINTO FILHO, Ivan Carilo¹. Flavio Antonio de Sá²

¹Discente do curso de medicina do UNIFESO RIBEIRO,

²Docente do curso de medicina do UNIFESO.

Pacientes portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida possuem um potencial maior em relação à população geral de gerar câncer. Baseado em artigos e livros de cirurgia e oncologia, o presente artigo se propõe a revisar os principais aspectos fisiopatológicos ligados à debilidade imunológica provocada pelo vírus HIV, a oncogênese relacionada ao estado imunodeficiente no carcinoma espinocelular de canal anal, que tem na exposição ao Papilomavirus Humano (HPV) na região sobrelevante importância na sua gênese.

Palavras-chave: HIV. AIDS. Carcinoma espinocelular de canal anal. HPV

OBJETIVO

A proposta do presente estudo é realiza uma revisão bibliográfica sobre o tema, baseado em diferentes e atuais fontes seja através de artigos e livros-texto.

METODOLOGIA

O presente artigo se propõe a realizar uma revisão sistemática do tema HIV e o desenvolvimento de câncer de canal anal. Foi baseado em livros de Cirurgia, Oncologia, Patologia, Imunologia e um livro especificamente sobre HIV, que deu grande embasamento ao presente trabalho, artigos do Scielo e Lilacs, com as palavras-chave: AIDS e Câncer, sendo encontrados 115 artigos desde 2003 até 2014 e selecionados 3 por maior correlação com este trabalho, que tem por finalidade revisar os principais aspectos relacionados a debilidade imunológica provocada pela Síndrome da

Imunodeficiência Adquirida e o desenvolvimento do câncer espinocelular de canal anal, onde o Papilomavirus Humano tem papel fundamental, além de abordar dados relevantes sobre o tema.

ANÁLISE

O desenvolvimento de malignidade na infecção por HIV pode compreender três etapas: iniciação, promoção e transformação. A iniciação começa na irradiação viral e consequente liberação de citocinas e substâncias químicas. Deste modo, há promoção da proliferação celular, o que, no caso de carcinoma escamoso, células epiteliais sofrem, cronicamente, mudanças cromossômicas que geram a transformação, havendo mudanças cromossômicas e consequentes malignização.¹¹

A principal hipótese para explicar os diversos cânceres associados à infecção por HIV, entre eles o carcinoma espinocelular de canal anal, sustenta que a supressão imunológica impede a devida vigilância imune e a inibição da replicação viral ou do crescimento de células cromossomicamente transformadas.¹¹

Um fato comum que influi no retardamento da doença é a constituição genética herdada pelo hospedeiro, que pode determinar a suscetibilidade das células a replicação do HIV e a eficácia da resposta imunológica celular antiviral.⁷

Os tipos de HPV de alto risco expressam proteínas oncogênicas que inativam os supressores de tumor, ativam ciclinas, inibem apoptose e combatem a senescência celular, evidenciando o potencial oncogênico de alguns subtipos deste vírus que, associado a uma coinfeção pelo vírus HIV e sua consequente imunodebilidade, potencializa ainda mais este efeito oncogênico dos subtipos mais agressivos do HPV.¹

A quimiorradioterapia associada a terapia antirretroviral é o tratamento recomendado para todos os estádios do carcinoma localizado de células escamosas do canal anal nos pacientes HIV soropositivos, devido a sua alta taxa de cura.⁴

O HPV e a subsequente integração do DNA do HPV são necessários, mas não suficientes para causar progressão para câncer. Embora os HPV de alto risco sejam causa necessária para a progressão do câncer, eventos genéticos adicionais são indispensáveis para a transformação maligna da maioria dos carcinomas anais e em outros sítios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abbas, Abul K., Lichtman, A.H.; Pillai, S.; Imunologia Celular E Molecular. Tradução Da 7ª Edição. Editora Elsevier. Rio De Janeiro, 2011(P.445-470)
2. Brunicaudi, Charles F. Schwartz's Manual Of Surgery. 8th Edition.Ed.TheMcgraw- Hill Companies. 2006 (Pg:767-783)

3. Colon Cancer; Editor In Chief, David E. Beck, M.D.; Guest Editor, Kirk A. Ludwig, M.D. Clinics In Colon And Rectal Surgery, Volume 18, Number3, 2005
4. Corti, Marcelo; Villafañe, Maria F.; Marona, Esteban; Lewi, Daniel. Carcinoma De Células Escamosas Do Canal Anal: A Nova Neoplasia Associada Com Aids?. Rev. Inst. Med. Trop. S. Paulo Vol.54 No.6 São Paulo Nov./Dec. 2012
5. Gama, Joaquim L.; Machado, Marcel C.C.; Rasslan, Samir. Clínica Cirúrgica. Ed Manole. São Paulo, Sp. 2008 (P 882-890)
6. Forones, Nora M., Guia De Medicina Ambulatorial E Hospitalar De Oncologia. Ed. Manole. Barueri, Sp. 2005 (P381-386)
7. Gordon, Philip H., Nivatvongs S. Neoplasms Of The Colon, Rectum, And Anus / 2nd Ed. Ed. Informa Healthcare Usa, Inc. © 2007 (Pg 305-326)
8. Guimarães, Adriana; Araujo, Jose R., Andrade, Rosilene V.,; Costa, Carolina M.; Galvão, Renata; Hada, Aline L.H.; Ferreira, Luiz C.L.. CoinfectionOf Epstein-Barr Virus, Cytomegalovirus, Herpes Simplex Virus, Human Papillomavirus And Anal Intraepithelial Neoplasia In Hiv Patients In Amazon, Brazil J. Coloproctol. (Rio J.) Vol.32 No. 1 Rio De Janeiro Jan./Mar. 2012.
9. Guimarães, José L.M., Rosa, Daniela D. Rotinas Em Oncologia. Ed. Artmed. Porto Alegre, Rs. 2008. (P 445-453).
10. Guimarães, José. R.Q. Manual Em Oncologia. 3ª Edição. Bbs Editora. São Paulo, Sp. 2008 (P 1721-1724)
11. Levy, Jay A. Hiv E A Patogenia Da Aids. Tradução De Beth Honorato. Ed. Unifesp. São Paulo, Sp. 2010 (P133-147, P293-315, P317-361)
12. Luther W, Jiade J. Lu. Medical Radiology • Diagnostic Imaging And Radiation Oncology Series editors: Springer-Verlag Berlin Heidelberg ,2008,(P257-268)
13. Mosier, D.E.; Gulizia R.; Macisaac. P.D. Levy, J.A. Rapid Loss Of Cd4+ T Cells In Human-Pbl-Scid Mice By NoncytopathicHiv Isolates. Science 260: 689-692 2001
14. Nadal, Sr; Manzione Cr. Papilomavirus E O Câncer Anal. Rev Bras Coloproct.,26(2)2006 p204-207
15. Palefsky, J.M. Anal Human Papillomavirus Infection And Anal Câncer In Hiv- Positive Individuals: An Emerging Problem. Aids 8:283-295 1998
16. Piketty, C.; Drragh, M.T.; Da Costa, P.; Bruneval, I.; Heard, M. D.; Palefsky, J.M. High Prevalence Of Anal Human Papillomavirus Infection And Anancâncerprecursors Among Hiv-Infected Persons In The Absence Of Ananal Intercourse. Ann. Intern. Med. 133; 453-459, 2003

17. Robbins e Cotran. Bases Patológicas Das Doenças. Tradução Da 8ª Edição. Ed Elsevier, Rio De Janeiro, Rj. 2010 (P262-314)

PRÉ-NATAL: RECOMENDAÇÕES SÃO FEITAS?

VASCONCELLOS, Marcus José do Amaral¹. CABRAL, Joice Altina Lopes Bretas²

Docente do curso de Medicina da UNIFESO.
Discente do curso de Medicina da UNIFESO.

Promover a amamentação, indiscutivelmente, tem influência positiva nas prevalências de aleitamento materno, em especial entre as primíparas

Todo profissional de saúde deve ser capaz de orientar e incentivar às gestantes em seu pré-natal à amamentar, além de compreender o processo de amamentação, visando assegurar os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno de acordo com a UNICEF.

– Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe do serviço.

– Treinar toda a equipe, capacitando-a para implementar essa norma.

– Informar todas as gestantes atendidas sobre as vantagens e o manejo da amamentação.

– Ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.

– Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.

– Não dar a recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tenha indicação clínica.

– Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.

– Encorajar a amamentação sob livre demanda.

– Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.

– Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar.

Palavras-chave: saúde pública; pré-natal; puerpério; amamentação.

OBJETIVOS E JUSTIFICATIVAS

O intuito do trabalho realizado foi levantar dados sobre a qualidade do pré-natal, em relação ao aconselhamento sobre amamentação, oferecido para cada puérpera internada no Hospital das Clínicas de Teresópolis Constantino Ottaviano (HCTCO),

visando traçar um perfil entre o atendimento ambulatorial (universitário), privado e do sistema público, voltado às orientações sobre lactação e amamentação.

METODOLOGIA

Este é um estudo descritivo e o instrumento utilizado foi um questionário montado com os critérios que julgamos necessários para uma boa orientação e conduta adequada para a amamentação, além de comparar a eficiência do pré-natal nos setores de atendimento.

O estudo ocorreu de fevereiro a agosto de 2014, com entrevistas realizadas com puérperas internadas na enfermaria de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas de Teresópolis Constantino Ottaviano (HCTCO). Neste período, foram consultadas estas pacientes, e após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, foi aplicado um questionário sobre orientações pertinentes à amamentação, que deveriam ser dadas durante o pré-natal. Para a criação de três segmentos de atendimento pré-natal na cidade, foram criados os grupos de consultas privadas, no ambulatório da UNIFESO e do Sistema Único de Saúde (mais diversos postos da cidade). Em nenhum momento foi identificado o profissional que realizou o atendimento.

RESULTADOS

No período estudado foram entrevistadas 308 pacientes, distribuídas da seguinte forma: 78% foram atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), 15% pelo sistema Universitário (Ambulatório UNIFESO) e, por fim 7% pelo sistema particular.

No Sistema Particular foram atendidas 23 pacientes, dentro dessas 15 não receberam quaisquer orientações e apenas 8 foram orientadas; Já no Sistema Universitário foram atendidas 47 pacientes, destas 14 receberam orientações e 33 não foram orientadas; E no Sistema Único de Saúde (SUS) foram atendidas no total de 238 pacientes, contabilizando que 120 receberam orientações nas consultas de pré-natal e 118 não foram instruídas. Analisando qualitativamente a porcentagem de pacientes não orientadas foi maior, surpreendentemente, no sistema de atendimento universitário, totalizando 70,2%, seguido do particular com 65,2% e, por fim, SUS com 49,5%.

Dentro das informações transmitidas pelos profissionais de saúde às mães, a que teve maior êxito foi a de explicações gerais (pega e posição) com 49,9%; seguido de como massagear a mama quando ingurgitada com 36,6%; as orientações como sol na mama, hidratação, formação de mamilo, uso de sutiã e esfregar o mamilo que

correspondem respectivamente a 28,8%, 27,2%, 26,6%, 21,7% e 19,4%.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A conclusão mais importante é que, mesmo com falhas gerais, as pacientes atendidas pelo Sistema Único de Saúde foram as que, proporcionalmente, receberam o melhor nível de orientação.

Além disso, somente 26 pacientes (8,4 %) receberam todas as orientações preconizadas não só pelo Ministério da Saúde como também pelas orientações adotadas pelo currículo do curso de medicina da UNIFESO.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guyton & Hall. Tratado de Fisiologia Médica – São Paulo, 12^a Ed., 2010.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos: Resolução nº 196/96. Brasília, 1996. Disponível <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm >.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Dicas em Saúde – Aleitamento Materno. Brasília, 2008. Disponível em <<http://bvsmis.saude.gov.br/html/pt/dicas/29aleitamento.html>>
4. BRASIL. Ministério da Saúde, Saúde da Criança: Nutrição Infantil. Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Normas e Manuais Técnicos – Caderno de Atenção Básica Número 23. Brasília, 2009. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/caderno_ab.php >
5. BRASIL. Ministério da Saúde, UNICEF Secretaria de Atenção à Saúde. Promovendo o Aleitamento Materno. 2 ed. Brasília: Total Editora, 2007. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1461>
6. UNICEF – Comissão Nacional. Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebês. Edição Revista. Lisboa (Portugal), 2008. Disponível em <http://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento.pdf >
7. Cruz SH, Germano JÁ et al. Orientações sobre amamentação: a vantagem do Programa de Saúde da Família em municípios gaúchos com mais de 100 000 habitantes no âmbito do PROESF. Rev Bras Epidemiol. 2010, vol.13 nº 2.
8. Takemoto AY, Santos AL et al. Preparo e apoio à mãe adolescente para a

prática de amamentação. *Cienc Cuid Saúde*, 2011;10(3):444-451.

9. Demito MO, Silva TC ET al. Orientações sobre amamentação na assistência prénatal: uma revisão integrativa. *Rev Rene*, 2011;223-229.

10. Barbieri A, Fonseca ET al. Análise da atenção pré-natal na percepção de puérperas. *Disturb Comum, São Paulo*. 2012;2491):29-39.

11. Fonseca-Machado MO, Haas VJ ET al. Aleitamento materno: conhecimento e prática. Disponível em www.bireme.com.br, 2014.

12. Galvão DG. Formação em aleitamento materno e suas repercussões na prática clínica. Escola Superior de Enfermagem, Coimbra. Disponível em www.bireme.com.br, 2014.

SÍNDROME DE AICARDI: RELATO DE CASO.

Andréia de Santana Silva Moreira²; Lucas Garretto Botelho³

¹Relato de Caso,

²Professor Doutor Do HCTCO, Teresópolis, Rio de Janeiro, andreiasm3@hotmail.com;

³Estudante de Medicina, UNIFESO, Teresópolis, Rio de Janeiro, lgbotelho@msn.com.

RESUMO

Introdução: Síndrome de Aicardi é uma doença ligada ao cromossomo X, que afeta exclusivamente mulheres, classicamente definida pela tríade de agenesia do corpo caloso, lacunas coriorretinianas e espasmos infantis. É letal em homens ainda na vida intra-uterina. O resultado da doença é grave, com uma alta taxa de morbimortalidade. Não está claro quais as características da síndrome porém estão relacionadas com prognóstico desfavorável com expectativa de vida baixa, devido a retardo mental no desenvolvimento psicomotor e convulsões epiléticas intratáveis. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho foi relatar achados clínicos em uma criança do sexo feminino com 5 meses de idade diagnosticada com Síndrome de Aicardi, atendida no Serviço de Neuropediatria do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG), UFRJ - Rio de Janeiro. **Metodologia:** Relato de Caso. **Discussão:** A SA, apesar de ser descrita há cerca de 40 anos ainda é pobre em relatos. Apresenta uma triade clássica que somada há exames radiológicos fecha o seu diagnóstico. A paciente em questão apresenta a triade clássica da síndrome: agenesia do corpo caloso, lacunas retinianas e espasmos infantis.

Palavras-chave: Agenesia do corpo caloso. Espasmos infantis. Lacunas Coriorretinianas. Síndrome de Aicardi.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Aicardi (SA) foi descrita primeiramente em 1965 por Aicardi, Lefebvre e Lérique-Koecklin e é um distúrbio cerebrorretiniano que acomete o sexo feminino de etiologia ainda desconhecida. Acredita-se estar ligado a uma herança dominante do cromossomo X, sendo letal em indivíduos do sexo masculino ainda no início da gestação. Em 1969, Aicardi e colaboradores publicaram uma revisão na literatura francesa de 15 pacientes expandindo suas observações originais e afirmando sua descoberta de uma nova síndrome.

Existem cerca de 400 casos relatados a nível mundial da síndrome, dos quais os indivíduos vivos que possuem o cromossomo Y são portadores da síndrome de Klinefelter (cariótipo 47XXY). A Síndrome de Aicardi é um distúrbio neurológico raro, sua taxa de incidência relatada é de cerca de 1: 105.000 nascimentos, com prognóstico geralmente grave e com alta mortalidade e morbidade: apenas 76% dos pacientes estão vivos aos 6 anos e 40% aos 14 anos de idade. Nosso propósito neste estudo é mostrar os aspectos clínicos e exames completos que possibilitaram o diagnóstico de uma paciente nascida no estado do Rio de Janeiro-BR.

OBJETIVOS

O objetivo desse trabalho é relatar um caso clínico da Síndrome de Aicardi, diagnosticada em uma paciente do serviço de Neuropediatria do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG), UFRJ - Rio de Janeiro – em 2014 e realizar uma revisão bibliográfica da doença em questão.

METODOLOGIA

Método

Relato de um caso de Síndrome de Aicardi.

Revisão do Prontuário

O prontuário da paciente foi estudado para o relato de caso no Serviço de Neuropediatria do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG), UFRJ - Rio de Janeiro, local onde a paciente foi primeiramente diagnosticada com a síndrome em questão.

Pesquisa Bibliográfica.

Em seguida, iniciei uma pesquisa bibliográfica da literatura nacional e internacional, abrangendo relatos de caso, estudo de casos, artigos de revisão, artigos originais e metanálise publicados e escritos nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola.

A pesquisa foi nos sítios da BIREME/OPAS/OMS - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (<http://www.bireme.br>), do PUBMED (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>), MD CONSULT (<http://mdconsult.com>) e BIBLIOTECA COCHRANE (www.thecochranelibrary.com). Os artigos foram obtidos nas bases de dados: SciELO - Scientific Electronic Library Online (<http://www.scielo.org>), LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde.

Os descritores utilizados foram: “Síndrome de Aicardi”, “Aicardi’s Syndrome” e “Aicardi Syndrome”.

Relato de Caso

Paciente sexo feminino, 5 meses de idade, negra, natural e residente no Rio de Janeiro. Iniciou crises de desvio do olhar e hipertonia com 48 horas de vida. Fazia inúmeras crises durante o dia. Permaneceu 10 dias com Midazolam venoso sendo acrescentado o Topiramato. Mantiveram-se as crises diárias. Foi solicitada Tomografia de Crânio (TC) que mostrou paralelismo ventricular e suspeitou-se de agenesia de corpo caloso. Foi realizada Ressonância Magnética de Crânio (RNM) e confirmou a agenesia de corpo caloso, mostrando ainda cisto inter - hemisférico e polimicrogiria bilateral. Uma Fundoscopia foi solicitada que mostrou lacunas retinianas bilateralmente, além de coloboma à direita. Atualmente a paciente mantém as crises diárias do tipo espasmos infantis e de desvio do olhar com hipertonia. Encontra-se em tratamento de reabilitação com fisioterapia motora e fonoaudiologia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A SA, apesar de ser descrita há cerca de 40 anos ainda é pobre em relatos. Apresenta uma triade clássica e numerosos outros achados clínicos e radiológicos. É importante que ocorra uma colaboração entre os especialistas, sendo eles, o neurologista/neuropediatra, oftalmologista e radiologista, fundamentais para o diagnóstico final da Síndrome. Essa rara patologia possui um prognóstico ruim, com convulsões intratáveis, retardo mental profundo, atraso no desenvolvimento e expectativa de vida de cerca de 18 a 20 anos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AICARDI J, Lebefebvre J, Lérique-Koechlin A. Uma Nova Síndrome: espasmos em flexão, agenesia do corpo caloso, anormalidades oculares. *Eletroencephalogr Clin Neurophysiol* 1965; 606-12.
2. BANERJEE T.K. et al. Síndrome de Aicardi: relato de cinco casos indianos. *Neurology India*, 2006; 54: 91-93.
3. BASTOS José Alexandre, et al. Síndrome de Aicardi: relato de caso. *Arq Neuropsiquiatr*, São José do Rio Preto, SP. 2001;59(2-B):457-460.
4. CHEVRIE JJ, AICARDI J. Síndrome de Aicardi: Avanços recentes em epilepsia. *Eletroencephalogr Clin Neurophysiol*. New York: Churchill Livingstone,

1986:189-210.

5. FERNÁNDEZ-RAMOS J. A. et al. Síndrome de Aicardi: estudo retrospectivo de uma série de sete casos. *Rev Neurol*, 2013; 57: 481-8.

6. GRANZOTTO Enrico. et al. Síndrome de Aicardi: relato de caso e achados radiológicos Trabalho realizado na Clínica Radiológica Documenta Ltda. *Rev Imagens*, Ribeirão Preto, SP. Vol. 30, NO 1: 31-33. 2008.

7. MARTEL Joseph N. et al. Arquitetura Coreoretiniana Na Síndrome de Aicardi: um estudo óptico da coerência da topografia e retinografia fluorescente. National Institutes of Health Public Access Author Manuscript J AAPOS. Author manuscript; available in PMC 2012 June 1.

8. SANTANA-RAMIREZ Adrián. et al. Síndrome de Aicardi: relato de um caso mexicano. *Arch Neurocién, México*. Vol. 18, NO. 1: 59-62. 2013.

9. SINGH P. et al. Síndrome de Aicardi: relato de caso. *Singapore Med J*. 2012; 53(7): e153.

10. SPENNATOA Pietro. et al. Relato de Caso de Síndrome de Aicardi e Turner em fêmeas 45,X0/46,XX. Retirado de SciVerse ScienceDirect Clinical Neurology and Neurosurgery journal homepage: www.elsevier.com/locate/clineuro Clinical Neurology and Neurosurgery 115 (2013) 820–822.

11. ZACHARIAS L. C. et al. Síndrome de Aicardi: apresentação de um caso. *Arq Brasileiro de Oftalmologia*, 2003; 66:227-30.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DEMOGRÁFICO DOS PACIENTES INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO¹

Prof.^a Ms Edneia Tayt-Sohn Martuchelli²; Prof. Robson Correa Santos³, Marcela de Toledo Mello⁴.

¹Estudo transversal, retrospectivo

²Médica, Especialista em Saúde Pública, Mestra em Educação, docente do curso de medicina da UNIFESO, Teresópolis, RJ, edtm@gmail.com. ³Médico, supervisor da residência de clínica médica da UNIFESO, chefia da UTI do Hospital das Clínicas de Teresópolis, RJ, rcscti@gmail.com. ⁴Estudante de Medicina, UNIFESO, Teresópolis, RJ, toledomello@yahoo.com.br

Introdução: A Unidade de Terapia Intensiva trata-se de um setor extremamente crítico e plural em uma instituição de saúde. Sendo amplamente utilizado para a realização de diversos estudos para analisar e identificar as melhores práticas de cuidado a esses pacientes, já que eles estão em estado crítico necessitando de cuidados intensivos. **Objetivos:** Identificar o perfil epidemiológico e demográfico dos pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva do Hospital das Clínicas Teresópolis Constantino Otaviano (HCTCO), no período de janeiro a junho de 2013. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, com análise de 133 pacientes admitidos e internados na UTI do HCTCO. **Resultado, análise e discussão:** Avaliou-se 133 pacientes com média de idade 57,9 anos e predomínio do sexo masculino. Foram realizados de 6 a 9 diagnósticos médicos primários onde destacou-se as doenças do aparelho cardiovascular (30,8%), seguidos de lesões por causas externas (19,1%). A mortalidade observada foi considerada alta quando comparada a outros estudos, verificou-se que 67,6% permaneciam de 1 a 10 dias internados na UTI, e a maior causa de internação foi por sepse (32%), seguido de insuficiência respiratória grave (18,7%). Dos pacientes internados por sepse, 46,5% eram da cirurgia geral e 27,9% eram pacientes cirúrgicos ortopédicos. **Conclusão:** Conclui-se que esse trabalho tem o intuito de demonstrar a importância de um sistema de análise de dados epidemiológicos, que dê suporte à Unidade de Terapia Intensiva, para que haja investimento em unidades qualificadas e voltadas ao atendimento de maior ocorrência e gravidade ao paciente crítico.

Palavras-chave: epidemiologia, terapia intensiva, mortalidade.

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma unidade complexa, onde admite pacientes principalmente graves que necessitam de assistência individualizada, com monitorização dos sinais vitais e observação contínua. Possui equipamentos modernos e uma equipe especializada para proporcionar aos pacientes conforto, amenizando o sofrimento do mesmo¹.

A carência de leitos nas unidades de tratamento intensivo (UTI), obrigando a se optar por aqueles pacientes que já se encontram dependentes de aminas vasopressoras e/ou ventilação mecânica, agrava o problema e retarda a vinda de outros pacientes, situação de difícil manuseio nas enfermarias com maior risco de morte. Esse quadro seleciona pacientes de extrema gravidade como candidatos às vagas de UTI das instituições, criando o risco de altas taxas de mortalidade hospitalar².

O Sistema único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Entretanto, demandas crescentes por uma assistência cada vez mais complexa seguem em descompasso com o crescimento da oferta de serviços, aumentando os desafios para que a equidade seja concretizada na área da assistência intensiva³.

O desempenho das UTIs precisa ser avaliado dentro do contexto global de cuidados médicos e o dos profissionais que fazem parte da instituição, desenvolvendo mecanismos de avaliação no campo de cuidado intensivo, que seja reconhecido na literatura e aceito pela comunidade científica, para aferir, desenvolver e aprimorar os protocolos de rotina. Estratégias têm sido descritas e implantadas por pesquisadores e profissionais da saúde, com o objetivo de estabelecer condutas padronizadas e melhorar a qualidade dos cuidados relativos à saúde⁴.

Alguns estudos têm abordado importantes questões relacionadas ao perfil de pacientes internados em unidades de Terapia Intensiva⁵.

OBJETIVOS

Geral:

Identificar o perfil epidemiológico e demográfico dos pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva do Hospital das Clínicas Teresópolis Constantino Otaviano, no período de janeiro a junho de 2013.

Específicos:

Traçar o perfil sócio demográfico dos pacientes que foram internados no período

referido; Apontar as causas primárias clínicas e cirúrgicas da internação dos pacientes;

Estudar os indicadores de morbimortalidade na UTI a partir de dados coletados das internações e verificar o tempo médio de permanência do paciente na Unidade no período e a procedência deste paciente e Analisar a mortalidade na UTI do Hospital Escola.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, com análise de 133 pacientes admitidos e internados na UTI do HCTCO, no período de JANEIRO a JUNHO de 2013. Em relação aos dados demográficos foram consideradas as seguintes variáveis: sexo, idade, origem do paciente na internação hospitalar até sua trajetória de entrada na UTI (pronto socorro- PS ou enfermarias), motivo da internação nas suas causas primárias clínicas e cirúrgicas, tempo de permanência na UTI e desfecho clínico. Cabe lembrar que, após a finalização do registro dos pacientes, eles continuaram sendo acompanhados até o momento da alta hospitalar ou óbito para a finalização do estudo.

RESULTADOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO

Avaliou-se 133 pacientes com média de idade 57,9 anos e predomínio do sexo masculino. Foram realizados de 6 a 9 diagnósticos médicos primários onde destacou-se as doenças do aparelho cardiovascular (30,8%), seguidos de lesões por causas externas (19,1%). A mortalidade observada foi considerada alta quando comparada a outros estudos, verificou-se que 67,6% permaneciam de 1 a 10 dias internados na UTI, e a maior causa de internação foi por sepse (32%), seguido de insuficiência respiratória grave (18,7%). Dos pacientes internados por sepse, 46,5% eram da cirurgia geral e 27,9% eram pacientes cirúrgicos ortopédicos.

Não tivemos a chance de realizar o cruzamento das variáveis de gravidade que poderiam levar à sepse entre pacientes internados na UTI do hospital estudado, tais como tempo de permanência, idade média dos pacientes e comorbidades no momento da internação na UTI. Entretanto, nos preocupa a taxa obtida no presente estudo, indicando a necessidade de atuação mais efetiva da Comissão de Infecção Hospitalar, para analisar os dados e efetivamente atuar no contexto da prevenção e controle da sepse no hospital.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que esse trabalho tem o intuito de demonstrar a importância de um sistema de análise de dados epidemiológicos, que dê suporte à Unidade de Terapia Intensiva, para que haja investimento em unidades qualificadas e voltadas ao atendimento de maior ocorrência e gravidade ao paciente crítico. Um item importante é a capacitação das suas equipes para um atendimento qualificado, diminuindo o tempo de internação, dado que a longa permanência pode agravar o quadro clínico do paciente com patologias secundárias, tais como infecções por bactérias residentes, uso de medicações prolongadas e aumentando o número de óbitos.

Assim, com qualificação do atendimento, desenhos epidemiológicos mais efetivos, equipes multiprofissionais, atenção aos principais parâmetros de internação em UTIs, rotinas claras e efetivamente implementadas que estejam voltadas aos diferentes agravos e patologias que afetam os pacientes que são dirigidos a este setor, bem como, a garantia de atuação de Equipes de Controle de Infecção Hospitalar, poderemos efetivamente, reduzir as taxas de mortalidade nas referidas unidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abrahão, Ana Lucia Capucho Lorena. A Unidade de Terapia Intensiva. In: Cheregatti, Aline Laurenti; Amorim, Carolina Padrão. Enfermagem em unidade de terapia intensiva. 2. Ed. São Paulo: Martinari, 2010.520p.
2. Arabi Y, Venkatesh S, Haddad S, et. Al. A prospective study of prolonged stay in the intensive care unit: predictors and impact on resource utilization. Int J Qual Health Care. 2002; 14(5):403-10.
3. Amib, Associação de Medicina Intensiva Brasileira. III Censo Brasileiro de UTIs. 2009. [acesso em 01 de junho 2013]. Disponível em: <http://www.amib.org.br/pdf/Censo AMIB2010.pdf>
4. Wolverton CL, Hobss, Beeson T, et. al., Nosocomial pressure ulcer rates in critical care: Performance improvement project. J Nurs Care Qual. 2005; 20(1):56-62.
5. Feijó Car, Leite Júnior FO, Martins ACS, Furtado Júnior AH, Cruz LLS, Meneses FA. Gravidade dos pacientes admitidos à unidade de terapia intensiva de um hospital universitário brasileiro. Rev. Bras. De Terapia Intensiva. 2006; 18(1): 18-21.

SÍNDROME ALCOÓLICA FETAL*

*Andréia de Santana S. Moreira**; Lorhaynne de Jesus Zebende Bayer****

*Revisão

**Professora Doutora do Centro Universitário Serra Dos Órgãos (UNIFESO),
Teresópolis, Rio de Janeiro

***Estudante de Medicina do UNIFESO, Teresópolis, Rio de Janeiro

RESUMO

A ingestão de álcool no período pré-natal está ligada a uma gama de fatores de risco e ela ocasiona uma série de complicações pré e pós-natais, muitas vezes, identificadas pelo conjunto de características clínicas que os indivíduos, cujas mães têm relato positivo de consumo alcoólico na gestação, apresentam. Estas complicações decorrentes apresentam fenótipo de comprometimento de grau variado, no qual a Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) apresenta quadro mais grave com retardo do crescimento, dismorfia facial e distúrbio do sistema nervoso central. O diagnóstico da SAF é dificultado devido a diversos fatores e, por não haver tratamento curativo, todos os esforços devem se concentrar na prevenção da SAF. Este trabalho, baseado em revisão bibliográfica, tem como objetivo abordar os fatores de risco para o consumo de bebidas alcoólicas na gestação e as repercussões deste consumo no feto, bem como epidemiologia, diagnóstico e prevenção da SAF.

INTRODUÇÃO

A Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) foi definida em 1973 a partir de um grupo de crianças nascidas de mulheres etilistas que apresentavam um padrão específico de malformações. Porém, em 1968, os efeitos teratogênicos relacionados ao uso de álcool já tinham sido descritos. Deficiência no desenvolvimento pré e/ou pós-natal, dismorfismo facial (e.g., *filtrum* labial indefinido, fissura palpebral, lábio superior fino, face achatada) e disfunção do sistema nervoso central (por exemplo, deficiência intelectual e/ou déficit de atenção e microcefalia) fazem parte do conjunto de características que compõem a SAF¹. Por mais que a ocorrência da SAF seja relativamente baixa, ela é um problema de saúde importante por ocasionar danos irreversíveis ao sistema nervoso central e consequências severas ao feto; todavia, é uma condição que pode ser prevenida se a gestante se abster de consumo alcoólico². O presente estudo tem como objetivo

elucidar a SAF abordando seu aspecto epidemiológico, clínico, diagnóstico e preventivo, como também, os fatores de risco que envolvem o consumo alcoólico no período gestacional e os efeitos do álcool no feto.

METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre literatura publicada entre 1994 e 2014 na base de dados LILACS, com os descritores de assunto “Síndrome Alcoólica Fetal”, “exposição fetal alcoólica” e “álcool na gestação”, e na base de dados PubMed, com o descritor de assunto “*fetal alcohol syndrome*”.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Estima-se que somente 4-15% dos filhos de mulheres que consumiram álcool em grandes quantidades, durante a gestação, serão afetados pela SAF. Os valores estimados de incidência e a prevalência da SAF são muito variados, conforme os diferentes países. Dentro de um mesmo país, estes números podem variar muito de uma região para outra e até mesmo dentro de uma mesma região, além de poder apresentar variação conforme grupo étnico ou sociocultural³.

O álcool é um teratôgeno humano reconhecido que causa a SAF e uma variedade de outros efeitos relacionados com a exposição pré-natal ao etanol. De todas as substâncias de abuso, incluindo heroína, cocaína e maconha, o álcool produz, de longe, os mais sérios efeitos neurocomportamentais no feto. Quando uma gestante ingere bebida alcoólica, o álcool passa através da placenta e o feto é exposto à mesma concentração que o sangue materno. O etanol apresenta como efeito inicial uma vasoconstrição no cordão umbilical e na placenta, aliado ao fato de que o feto possui metabolismo e eliminação mais lentificados tornando o líquido amniótico impregnado de etanol (álcool não modificado) e acetaldeído, ele acaba ficando mais exposto.

Em relação à quantidade de álcool ingerida no período pré-gestacional, parece haver três categorias de exposição fetal ao etanol, sendo: a exposição ao consumo excessivo de álcool, mais de 48-60g de etanol/dia, que pode desencadear a SAF; a exposição ao consumo moderadamente elevado, entre 24-48g de etanol/dia, pode resultar na maior parte dos efeitos do álcool sobre o feto e ocasiões de bebedeira com a ingestão de 4-5 doses de etanol, no total mais de 90g de etanol/dose. Foi comprovado em alguns estudos que o consumo de 20 gramas de álcool já é suficiente para causar inibição da respiração e dos movimentos do feto, avaliados à ultrassonografia;

entretanto, ainda não foi definida na literatura a quantidade segura de álcool que pode ser consumida durante a gestação, dessa forma é recomendada abstinência alcoólica total neste período para evitar os possíveis efeitos adversos do etanol sobre o feto⁴.

Diversos fatores de risco podem estar implicados ao consumo de álcool pela gestante. Estudos indicam que há uma maior ocorrência do uso de álcool na gestação em mulheres solteiras, se comparadas as casadas, de maneira que a gestação das mulheres solteiras está relacionada a outros fatores de risco para o consumo alcoólico, como o nível de escolaridade baixo, baixo nível socioeconômico e gravidez indesejada⁴.

Não existe um único teste para diagnosticar a SAF e muitos outros transtornos podem apresentar sintomas similares aos desta síndrome. O diagnóstico clínico da SAF consiste em três elementos semiológicos que formam o conjunto das manifestações desta síndrome, que consistem em retardo do crescimento pré e pós-natal, dismorfismo facial característico e comprometimento do sistema nervoso central⁵. O retardo no crescimento não é apenas consequência da prematuridade. Na infância e adolescência, este retardo persiste, mesmo com nutrição adequada e ambiente favorável. As manifestações neurológicas e malformações congênitas não são específicas, dessa forma, as alterações faciais são os sinais mais favoráveis para o diagnóstico da SAF. Estas alterações faciais incluem fissura palpebral pequena; ptose palpebral; hemiface achatada; narinas antevertidas; ponte nasal achatada; filtro labial liso; lábio superior fino; implantação baixa de orelhas e orelhas sem paralelismo; microftalmia; pregas epicânticas; micrognatia; e microcefalia. Anormalidades funcionais do sistema nervoso central consistem em déficits cognitivos, anormalidade da linguagem e do comportamento que se expressam de maneira diferente desde o nascimento até a idade adulta. Sendo assim, na infância e primeira infância (0-5 anos), são ressaltados o atraso no desenvolvimento, falta de sono/vigília, déficits de atenção, impulsividade e dificuldade de adaptação à mudança; entre 6 a 11 anos, podem surgir déficits de aprendizagem significativos, atraso cognitivo, incapacidade de apreciar a causa e o efeito das ações e má compreensão das expectativas sociais; na adolescência e na idade adulta, essas dificuldades levam a problemas no convívio escolar, com a integração social, com o comportamento sexual e envolvimento com o sistema jurídico, as deficiências secundárias concomitantes, incluindo distúrbios na saúde mental, problemas com álcool ou drogas e distúrbio de comportamento são mais evidentes também nestas fases. O retardo mental infantil do tipo não-hereditário tem como causa mais comum a SAF⁴.

Até o presente momento, não há estudos que impeçam os efeitos teratogênicos

do álcool durante a gestação em humanos e não existe tratamento curativo para os indivíduos com SAF, porém alguns serviços de ação intervencionista precoce podem auxiliar para um desenvolvimento melhorado desses indivíduos. A abordagem das crianças com SAF deve ser feita por uma equipe multidisciplinar (geneticista clínico, neurologista, clínico pediatra, profissional de saúde mental, assistente social, pedagogo) de forma integrada, para uma avaliação completa e abordagem individualizada, sendo também necessária para auxiliar no diagnóstico, porque algumas características da SAF podem sobrepor outras síndromes e transtornos³.

São necessários serviços sociais para garantir um ambiente familiar seguro e fornecer educação parental. Apoio educacional, muitas vezes é mais necessário. Os indivíduos com SAF podem desenvolver habilidades mentais (cognitivas) e/ou psicomotoras de acordo com seu maior ou menor potencial, apesar dos déficits que apresentam, pois o cérebro com atraso de desenvolvimento (imaturo ou funcionalmente hipodesenvolvido) responde aos estímulos e demandas com algum desenvolvimento como um todo. Os profissionais de saúde devem ser incentivados a incorporar uma triagem em sua rotina procedimentos de avaliação das mulheres em idade fértil e fornecer aconselhamento e informações que podem desencadear uma redução ou cessação do consumo de álcool para proteger gestações atuais e futuras. Com o acompanhamento pré-natal adequado, algumas situações-problema se tornam evidentes, pois a mulher utiliza os serviços de saúde com muita frequência criando oportunidades para identificação de situações de risco. Apesar disso, a identificação das mulheres que consomem bebidas alcoólicas na gestação é um desafio em potencial para os profissionais de saúde e não se restringe somente ao Brasil. As grandes barreiras para essa detecção são a desaprovação do consumo alcoólico das mulheres grávidas pela sociedade, o despreparo do profissional de saúde para agir com o problema e sua falta de conhecimento sobre as repercussões do uso do álcool na gravidez⁵.

CONCLUSÃO

O álcool um teratôgeno em potencial que desencadeia sérios efeitos no feto em desenvolvimento, como defeitos congênitos, distúrbios do sistema nervoso central, alterações faciais e retardo de crescimento, os quais são anormalidades imutáveis e que geram repercussões negativas na saúde e no futuro do indivíduo que sofreu exposição alcoólica durante o período gestacional. Fatores da saúde materna perigestacional, do status socioeconômico, de padrão de consumo, do perfil psicológico, sociofamiliares e

da cultura da comunidade local podem estar relacionados com o consumo de álcool pelas gestantes. A SAF é a apresentação mais grave dentre as outras alterações presentes no contexto de TEAF, que são causadas pelo consumo de álcool na gestação. A estimativa da prevalência da SAF não é precisa, pois muitos casos não são diagnosticados ou não são notificados, além do fato de que o diagnóstico é de difícil realização por causa do desconhecimento dos profissionais de saúde, da presença de outros diagnósticos diferenciais e da falta de consenso nos critérios utilizados para o diagnóstico.

Não existe tratamento específico para os indivíduos com TEAF e a abordagem realizada é de apoio às deficiências apresentadas, a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida. Porém, nem todos os indivíduos com TEAF possuem acesso aos serviços oferecidos devido a questões financeiras. Portanto, a melhor maneira de lidar com o problema é preveni-lo, o que pode ser feito através da conscientização da população a respeito dos efeitos do álcool sobre feto e da identificação e eliminação dos fatores de risco que levam ao consumo de álcool na gestação. Para isso, mais estudos são necessários a fim de elaborar métodos e políticas públicas eficientes que colaborem para a abstenção do consumo alcoólico pelas mulheres grávidas e, conseqüentemente, redução da prevalência da SAF.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hoyme H. et al. A practical approach to diagnosis of fetal alcohol spectrum disorders: clarification of the 1996. Institute of Medicine criteria. *Pediatrics*. 2005; 115(1):39-47.
2. Andrade AG, Anthony JC, Silveira CM. Álcool e suas conseqüências: uma abordagem multiconceitual. Barueri: Minha Editora, 2009. 179-99 p.
2. Gray R, Henderson J. Report to the Department of Health: review of fetal effects of prenatal alcohol exposure. University of Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit. 2006. p. 127.
3. Freire TM et al. Efeitos do consumo de bebidas alcoólicas sobre o feto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2005; 27(7):376-381.
4. Nascimento FA et al. A enfermeira pediatra cuidando de crianças/adolescentes com Síndrome Alcoólica Fetal (SAF). *Escola Anna Nery Revista Enfermagem*. 2007; 11(4):619-24.

MANUSEIO DE VIA AÉREA DIFÍCIL COM O VIDEOLARINGOSCOPIO – RELATO DE CASO

Francisco Henrique Soares da Silva, Vera Adas Pettersen

Estudante do curso de Medicina Universidade Serra dos Órgãos – UNIFESO Dr.fran.med14@gmail.com

INTRODUÇÃO

Dado que qualquer anestesista deve estar sempre preparado para enfrentar uma via aérea difícil, quer se trate de uma via aérea previsivelmente difícil ou não, ele deve munir-se de uma boa história clínica e de um exame físico orientado, sendo assim, durante a avaliação pré-anestésica, a consulta ao prontuário de procedimentos anestésicos anteriores com relato de dificuldade de intubação traqueal, história pregressa, patologias e o exame físico específico, alertarão para potenciais problemas no manuseio da via aérea¹. A previsão de uma intubação traqueal difícil é feita preferencialmente através do índice de Wilson e col², Mallampati e col.³ e Lewis e col.⁴ e, lembrando que o algoritmo de via aérea difícil da sociedade americana de anesthesiologia começa com a avaliação pré-operatório e o reconhecimento da VAD. Atualmente com o avanço tecnológico, câmeras de vídeo tornaram-se pequenas o suficiente para ser colocadas no fim da lâmina do laringoscópio⁵. Como resultado, uma visão direta da glote. Os videolaringoscópios foram incorporados aos algoritmos de VAD para intubação acordado, VAD prevista⁶, bem como na VAD não prevista após a indução da anestesia geral. A literatura mais convincente, até 2012, defende o uso de videolaringoscópio quando há dificuldade imprevista ou falha na IT. Vários desses dispositivos têm alta taxa de sucesso de intubação nesse cenário clínico⁷.

Palavras chave: Videolaringoscópio King Vision®. Via Aérea Difícil. Intubação Traqueal. Anestesia.

DISCUSSÃO

O paciente apresentava fatores de risco para intubação difícil, por exemplo, obesidade, pescoço curto e teste Mallampati IV, o uso do videolaringoscópio (King Vision®), foi uma ótima escolha para o caso em questão. Qualquer problema na intubação, ou em termos de duração, ou em termos de dano causado à via aérea, poderiam vir a complicar como, intubação esofágica, bradicardia ou reflexo laringo –

vagal, em um paciente que apresenta patologias de base como demonstrado no ASA II.

RELATO DE CASO

Foi realizada a avaliação da via aérea (VA), que revelou prótese dentária superior e móvel, falhas dentárias na arcada inferior, distância interincisivos menor que 3 cm, pescoço curto, diminuição da extensão da cabeça e flexão do pescoço, macrognatia, distância tireomentoniana menor que 6 centímetros, distância esternomentoniana menor que 12,5 cm, teste de Mallampati modificado grau 4.

O paciente foi liberado para cirurgia proposta, de acordo com a avaliação ASA II. Os exames laboratoriais estavam dentro da normalidade.

Considerando a existência de uma VA previsivelmente difícil, associada a obesidade e aos parâmetros de avaliação, optou-se por intubação orotraqueal (IOT) por videolaringoscopia. Sendo assim foi feita uma laringoscopia por videolaringoscópio (King Vision®), obtendo-se grau 2 de visualização da laringe, segundo a escala de CormackLehane.

A paciente foi colocada em decúbito dorsal, com a cabeça e os ombros apoiados em travesseiros para retificação dos eixos laríngeo, oral e traqueal. A IOT foi feita com sucesso, na primeira tentativa, utilizando videolaringoscópio com lâmina 3 e tubo orotraqueal 7,5 mm, após a visualização adequada das cordas vocais. O procedimento durou em torno de 20 s e a IOT foi confirmada pela capnografia.

JUSTIFICATIVA

Demonstrar as vantagens e facilidades, na abordagem de uma via aérea difícil utilizando o videolaringoscópio KingVision®, reduzindo desta forma as complicações mais comuns observada quando optamos pela laringoscopia convencional.

OBJETIVO

O objetivo do nosso estudo foi detectar durante a avaliação pré anestésica a presença de uma via aérea difícil através dos testes de previsibilidade e presença de patologias associadas e, utilizar o videolaringoscópio para o manuseio da mesma.

METODOLOGIA

O presente estudo foi desenvolvido no Hospital das Clínicas Teresópolis

Constantino Ottaviano, Avenida Delfim Moreira, 2211, Vale do paraíso, Teresópolis – RJ; foi realizado Revisão de Prontuário, os Materiais utilizados para o manuseio foi o videolaringoscópio King Vision e os equipamentos auxiliares para o procedimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação pré - anestésica através da história e do exame físico, com ênfase nas vias aéreas nos demonstra a previsibilidade de uma via aérea difícil. Vimos também que o videolaringoscópio King Vision® é uma ótima alternativa para a abordagem da via aérea previsivelmente difícil, pois melhora a visualização da glote e, o paciente em questão foi intubado com sucesso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sandler AN, Doyle DJ - The Difficult Airway - Anesthesiology Clinics of North América, Vol 13, Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1995;301-308.
2. Wilson ME, Spiegelhalter D, Robertson JA et al. Predicting difficult intubation. Br J Anaesth. 1988;61(2):211-16.
3. Mallampati SR, Gatt SP, Gugino LD et al. A clinical sign to predict difficult tracheal intubation. CanAnaesthSoc J.1985;32(4):429-34.
4. Lewis M, Keramati S, Benumof JL et al. What is the best way to determine oropharyngeal classification and mandibular space length to predict difficult laryngoscopy? Anesthesiology. 1994;81(1):69-75.
5. Behringer EC, Kristensen MS. Evidence for benefit vs novelty in new intubation equipment. Anaesthesia, 2011; 66(suppl 2):57-64.
6. Frova G. Do videolaryngoscopes have a new role in the SIAARTI difficult airway management algorithm? Minerva Anesthesiol, 2010;76(8):637-40.
7. Malin E, Montblanc J, Ynineb Y et al. Performance of the Airtraq laryngoscope after failed conventional tracheal intubation: a case series. Acta AnaesthesiolScand, 2009;53(7):858-63.

PERFIL DE PACIENTES ACOMPANHADOS PELO INTERNATO E RESIDÊNCIA MÉDICA EM HOSPITAL REFERÊNCIA EM TRAUMA NO SUL DA BAHIA

BRITTO PEIXOTO, Rogério. FUTURO, Juliana Barcellos Dias.

Discente do curso de medicina do UNIFESO
Docente do curso de medicina do UNIFESO.

O trauma se configura um dos problemas mais sérios de Saúde Pública no mundo, sendo a principal causa de perda de anos potenciais de vida. Tabular dados e compreender de forma consistente o que ocorre em âmbito local, é primordial no sentido de definir linhas estratégicas de prevenção e protocolos de assistência.

Palavras-chave: Trauma; Serviço hospitalar de emergência; Cirurgia geral.

OBJETIVO

Conhecer o perfil dos pacientes, doenças, procedimentos cirúrgicos, complicações e desfechos acompanhados pelo serviço de Residência Médica do Hospital Luís Eduardo Magalhães e internato de Medicina da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), no período de 1 de Abril a 12 de Junho de 2013.

METODOLOGIA

Estudo não experimental, transversal, descritivo, de abordagem quantitativa.

Realizado em hospital público de referência em trauma na cidade de Itabuna-BA, com dados obtidos de prontuários dos pacientes atendidos no Pronto Socorro ou Clínica Cirúrgica.

ANÁLISE

Cirurgia geral é a especialidade médica cuja área de atuação compreende: cirurgia abdominal, cirurgia videolaparoscópica e cirurgia do trauma. Esta especialidade médica ocupa-se do estudo dos mecanismos fisiopatológicos, diagnóstico e tratamento de enfermidades passíveis de abordagem por procedimentos cirúrgicos.

O Hospital de Base Luís Eduardo Magalhães (HBLEM), maior serviço de atendimento em traumatologia e ortopedia do sul da Bahia, inaugurado há 15 anos, está localizado em Itabuna-BA e atende pacientes provenientes de mais de 120 municípios

circunvizinhos.

O panorama global evidencia que acidentes e violência têm adquirido caráter epidêmico, e configuram-se como um dos problemas mais sérios de Saúde Pública no mundo, sendo o trauma a principal causa de morte entre adultos jovens. Em muitas áreas do Brasil, já representa a segunda causa geral de morte, mostrando uma tendência crescente, e um enorme desafio ao país em termos sociais e econômicos. Além da perda de anos potenciais de vida, as causas não naturais resultam em constantes atendimentos e internações, gerando demanda excessiva e custos significativos aos serviços de saúde.

Os resultados dos pacientes acompanhados na enfermaria do HBLEM são concordantes com dados do Ministério da Saúde quanto à predominância do gênero masculino, que constituiu 51% do total de pacientes neste estudo, e da faixa etária jovem, correspondendo a aproximadamente 58% do total de pacientes. O trauma, representado como “causas externas”, despontam como a principal causa de morbidade hospitalar por internação na população masculina jovem, acarretando elevados custos sociais por corresponder à faixa etária produtiva.

Os principais mecanismos de trauma na amostra estudada foram: PAF (14%), FAB (9.35%), trauma contuso de abdome (4%), queimadura (2.63%) e trauma contuso de tórax (1.75%), estes últimos secundários a acidentes de trânsito, sobretudo envolvendo motocicletas, além de atropelamentos e quedas. No entanto, um número expressivo de pacientes internados em decorrência de acidentes de trânsito, sob tratamento exclusivo da ortopedia, não fizeram parte do estudo.

A epidemiologia do trauma nesta região é consonante com o panorama nacional no que se refere à população do sexo masculino e em idade economicamente ativa. Entretanto, o mecanismo do trauma mais frequente na amostra deste estudo relaciona-se à violência crescente na população civil local, divergindo de outros dados que apontam as quedas e acidentes automobilísticos como as principais causas.

Foi possível conhecer, através deste estudo, a elevada demanda local por cirurgias eletivas, em especial as do aparelho digestivo, sendo notória a maior frequência de doenças das vias biliares nestes pacientes. Portanto, mesmo sendo uma Unidade de referência em traumatologia, o HBLEM atrai uma variedade de pacientes com diversas apresentações de doenças.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES. Projeto Trauma 20052025 – Sociedade, violência e trauma. Disponível em: www.cbc.org.br.
2. DATASUS. [Internet]. Informações de Saúde/Mortalidade, 2002 [acesso em 15 jun 2013]. Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obtuf.def>.
3. DATASUS. [Internet]. Informações de saúde epidemiológicas e morbidade: causas externas por internação, 2008. [acesso em 15 jun 2013]. Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br>.
4. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra; 2002.
5. Mantovani M, Fontelles MJP. Trauma torácico: fatores de risco de complicações pleuropulmonares pós-drenagem pleural fechada. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. ANO; 27(6) p. 400401

AVALIAÇÃO DA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL EM PACIENTES COM ASMA BRÔNQUICA NO AMBULATÓRIO DE PNEUMOLOGIA DO HCTCO.

Paulo Cesar Oliveira¹; Sidia Silva Saraiva Sena².

1Professor Doutor do HCTCO, Teresópolis, Rio de Janeiro, pcotere@globo.com; ²Estudante de Medicina, UNIFESO, Teresópolis, Rio de Janeiro, sidiasena@gmail.com.

INTRODUÇÃO

O excesso de peso atinge cerca de um terço da população adulta e apresenta uma tendência crescente nas últimas décadas sendo considerada uma importante causa de morbidade e ônus econômico. Existem evidências da associação entre as doenças pulmonares crônicas e a síndrome metabólica.^(1 2)

A obesidade leva a alterações na mecânica pulmonar independente dos mecanismos fisiopatológicos próprios da bronquite asmática. O aumento do IMC está associado à redução da capacidade residual funcional (CRF), volume residual (VR) e capacidade pulmonar total (CPT) assim como também do volume expiratório do primeiro segundo (VEF1).⁽³⁾

A Asma Brônquica (AB) é uma enfermidade essencialmente inflamatória e os fenômenos inflamatórios são determinantes das diferentes manifestações sistêmicas encontradas na evolução clínica dos portadores desta doença, aqui incluídas a síndrome metabólica e associação de disfunção respiratória à gordura abdominal, independentemente de outros fatores de risco.

OBJETIVO

Avaliar a circunferência abdominal (CA) e a prevalência de obesidade abdominal em pacientes com AB atendidos no ambulatório de Pneumologia do HCTCO, correlacionando com a gravidade da AB, conforme os resultados das provas funcionais respiratórias realizadas através de espirometria.

METODOLOGIA

Indivíduos com diagnóstico de AB serão avaliados em consultas de rotina no ambulatório de Pneumologia do HCTCO. A avaliação consistirá de: 1 - captação de

informações pessoais (idade, sexo, história clínica da doença respiratória; 2 - medida da circunferência abdominal (CA) e do Índice de Massa Corporal (IMC)). Para definição diagnóstica de AB será considerada a história clínica dos pacientes, associada aos achados espirográficos compatíveis com esta enfermidade. Será usado o sistema de classificação de gravidade dos pacientes com base nos resultados das provas funcionais respiratórias, realizadas através de espirometria completa, conforme as Diretrizes da SBPT visando estratificação dos mesmos.

CONTEXTUALIZAÇÃO

AB é uma doença inflamatória crônica de alta prevalência, caracterizada por obstrução variável ao fluxo aéreo e hiperresponsividade brônquica, resultante de uma interação entre genética e exposição ambiental. Os seus sintomas são tosse, sibilância e taquidispnéia, que se manifestam de forma intermitente ou persistente, e requer tratamento profilático.⁽⁴⁾

São muitos e variados os estímulos que desencadeiam o estreitamento da via respiratória, os sibilos e a dispneia. Os mais referenciados são os alérgenos (ativam mastócitos e IgE), exercício (hiperventilação), fatores físicos, alimentos, poluição do ar, fatores ocupacionais, hormonais, refluxo gastroesofágico, fármacos e estresse.

A inflamação estende-se da traqueia aos bronquíolos terminais porém, predomina nos brônquios. Seu padrão é característico de doenças alérgicas sendo marcado pela hiperreatividade das vias aéreas.

A confirmação diagnóstica deve ser feita com a complementação de exames. Os métodos disponíveis na prática incluem espirometria (antes e após administração de broncodilatador), teste de broncoprovocação e medidas seriadas de Pico de fluxo respiratório (PFE).

Normalmente a confirmação é realizada com a espirometria que mostra a limitação do fluxo aéreo a partir da redução da relação VEF1/CVF sendo o grau de limitação estabelecido com a redução percentual do VEF1 em comparação ao seu previsto.

Embora a cura ainda não exista o tratamento adequado pode proporcionar o controle da doença e conseqüente melhor qualidade de vida.

O objetivo do tratamento individualizado tem como alvo o controle dos sintomas e redução da morbimortalidade.

A classificação da AB, conforme a SBPT, é feita de acordo com a frequência de

apresentação de sintomas. A partir desta pode ser indicado o uso de broncodilatadores (beta 2-agonista, teofilina, anticolinérgicos) e fármacos controladores (ex; corticoide).

Pesquisadores lançaram mão de questionários compostos por perguntas de possíveis limitações do dia a dia e suas respectivas frequências com o objetivo de quantificar o real controle da mesma. O estudo confirma a deficiência no controle e reafirma a importância de institucionalizar a realização do Índice de Controle da Asma aos pacientes.⁽⁵⁾

Na obesidade o tecido adiposo hipertrofia tornando-se infiltrado por macrófagos pró-inflamatórios. Os adipócitos hipertróficos e os macrófagos ativados passam a produzir altos níveis de citocinas pró-inflamatórias e adipocinas, diminuindo a adiponectina. O desequilíbrio entre adiponectina e leptina pode levar à inflamação neutrofílica das vias aéreas. A leptina da gordura visceral está correlacionada com a hiper-reatividade das vias respiratórias em obesos asmáticos, de tal forma que quanto maior a quantidade de leptina, menor a concentração de metacolina e assim, maior a hiper-reatividade brônquica.⁽⁶⁾

JUSTIFICATIVA

Este trabalho tem como finalidade contribuir, mesmo que de forma singela, para este contexto do conhecimento científico.

Análise dos casos.

Em um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado recentemente por um estudante do Curso de Graduação em Medicina - Gilson Righeti - com a orientação do mesmo professor que orienta este TCC, foi avaliado o perfil dos pacientes asmáticos atendidos no ambulatório de Pneumologia do Unifeso. Do contingente total, de cerca de 300 pacientes, foram reavaliados especificamente para este TCC, 30 pacientes, sendo 20 do sexo feminino (66,6%) e 10 do sexo masculino (33,3%), guardando a mesma proporção de gênero (2/1) verificada na análise do perfil dos pacientes atendidos naquele ambulatório.

Em relação às faixas etárias, verificou-se, entre as pacientes do sexo feminino uma variação entre 18 e 49 anos, com valor médio de 32,6 anos. Os homens tinha idade entre 22 e 59 anos com a média de idade igual a 43,5.

Foi realizada a medida da circunferência abdominal. Pode-se observar, entre as mulheres, um valor médio de 95,7 cm, com uma tendência a valores mais elevados nas pacientes de maior faixa etária. O mesmo pode ser observado entre os pacientes do

sexo masculino, sendo observado um valor médio para a circunferência abdominal de 95,6 cm.

Este grupo de pacientes realizou avaliação funcional respiratória através de espirometria completa, com a finalidade de identificar e quantificar a limitação do fluxo aéreo. De acordo com os critérios internacionais (GINA) e também da SBPT, os pacientes que apresentem, na espirometria, uma relação entre o volume expiratório forçado no 1º segundo (VEF1) e a capacidade vital forçada (CVF) inferior a 0,7 (ou 70%) são considerados portadores de distúrbio ventilatório obstrutivo. Esta relação matemática (VEF1/CVF), outrora descrita como Índice de Tiffeneau, é usada para diferenciar os pacientes restritivos - valores iguais ou superiores a 0,7 (70%) - dos obstrutivos. Para categorizar a gravidade dos distúrbios ventilatórios o procedimento é o seguinte: Existem tabelas de valores previstos que consideram como variáveis, para agrupar os pacientes, o sexo, a idade, a altura e o peso corporal. De acordo com estas tabelas, se os pacientes apresentam resultados de VEF1/CVF inferiores a 30% dos valores previstos, são considerados obstrutivos severos. Se os resultados de VEF1/CVF se situarem entre 30 e 50% dos valores previstos são considerados obstrutivos moderados e, finalmente, se os resultados obtidos na relação VEF1/CVF forem superiores a 50% dos valores previstos nas tabelas, estes pacientes são considerados obstrutivos leves. (7)

Foi observado, nos resultados, entre as pacientes femininas, 6 casos de obstrução leve (30%); 7 casos de obstrução moderada (35%) e 7 casos de obstrução severa (35%). Entre os pacientes do sexo masculino observou-se 3 casos de obstrução leve (30%); 3 casos de obstrução moderada (30%) e 4 casos de obstrução severa (40%). Em uma análise mais detalhada dos grupos verificamos uma tendência que aponta para a prevalência de distúrbios ventilatórios severos entre os pacientes que apresentavam valores maiores de circunferência abdominal, tanto entre as mulheres quanto entre os homens. Pacientes asmáticos obesos tendem a ter sua enfermidade se manifestando com mais severidade que os asmáticos eutróficos ou magros.

CONCLUSÕES

A avaliação de asmáticos obesos deve ser feita de forma individualizada permitindo a compreensão da diversidade dos fenótipos deste grupo de pacientes. Sempre que possível, deve-se agregar valores a esta avaliação, com a identificação de comorbidades, fatores precipitantes, além do histórico de antecedentes familiares, da

determinação de marcadores complementares, como a eosinofilia de sangue e/ou escarro e a elevação das imunoglobulinas séricas. Com a constatação de que portadores de AB são capazes de desenvolver síndrome metabólica, como parte do componente inflamatório de suas doenças e considerando que a obesidade é um fator importante na determinação de gravidade do quadro obstrutivo destes pacientes, é válida a iniciativa de estudar mais adequadamente os parâmetros antropométricos dos asmáticos, com a finalidade de identificar agravos, visando a uma melhor abordagem de tratamento destes pacientes. Os achados deste trabalho estão em conformidade com o conhecimento acumulado na literatura médico-científica sobre o tema.

REFERÊNCIAS

1. GINA REPORT. Global initiative for asthma. 2007.
2. Lee EJ, In KH, Ha ES, et al. Asthma-like Symptoms are increased in the metabolic syndrome. *Jornal of Asthma*, 2009, Vol. 46, No. 4 : Pages 339-342.
3. Sin DD, Jones RJ, Man SF. Obesity is a risk factor for dyspnea but not for airflow obstruction. *Arch Intern Med*. 2002; 162: 1477-1481.
4. Baltar JA, Santos MSB, Silva HJ. A asma promove alterações na postura estática?. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. Junho 2010; v16(n3).
5. Nathan et al. DEVELOPMENT OF THE ASTHMA CONTROL TEST. *ALLERGY CLIN IMMUNOL*; January 2004.
6. Sideleva O, Surrat BT, Black KE, Tharp WG, Pratley RE, Forgiione P, ET AL.
7. Obesity and asthma: an inflammatory disease of the adipose tissue not the airway. *Am J Resp Crit Care Med*. 2012; 186:598-605.)
8. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Diretrizes da SBPT para o manejo da asma. *J Bras Pneumol*. 2012.

SÍNDROME DE BURNOUT EM ESTUDANTES DE MEDICINA DE UMA UNIVERSIDADE PARTICULAR NO RIO DE JANEIRO

Sônia Paredes¹; Leandro Viana Moraes².

¹Professora Doutora do Unifeso, Teresópolis, Rio de Janeiro,

²estudante de Medicina, UNIFESO, Teresópolis, Rio de Janeiro.

RESUMO:

Síndrome de Burnout pode surgir quando o indivíduo é submetido a altos níveis de estresse em sua atividade laboral, por um determinado e não especificado período de tempo. A pessoa torna-se exausta psicologicamente, apresentando como definidor da doença um quadro de estafa mental, desumanização (ou despersonalização) e reduzida sensação de realização pessoal. Esta síndrome manifesta-se principalmente em profissões que exigem grande contato interpessoal, como médicos, professores, religiosos, estudantes de medicina e demais profissionais na área de saúde. O presente estudo consiste em identificar a presença da síndrome de Burnout em alunos do décimo segundo período de medicina da faculdade de medicina de Teresopolis/RJ. Para se chegar a tal diagnóstico utilizou-se o questionário proposto por Maslach, o MBI-SS (Maslach Burnout Inventory-Student Survey), adaptado do questionário MBI-GS (Maslach Burnout Inventory- General Survey). Este questionário consiste em 15 perguntas, que se subdividem em três partes: exaustão emocional (cinco questões), descrença (quatro questões) e eficácia profissional (seis questões). Esses itens foram avaliados de acordo com a sua frequência e pontuados de 0 a 6, sendo 0 nunca, 1 uma vez ou menos no ano, 2 uma vez no mês ou menos, 3 algumas vezes no mês, 4 uma vez por semana, 5 algumas vezes na semana, 6 sendo todos os dias. Consideramos como portadores de Burnout os alunos que apresentarem alterações significativas nos três quesitos: pontuação elevada (maior que 27 pontos) nas questões relacionadas a exaustão emocional, pontuação elevada (maior que 10 pontos) em descrença e baixa pontuação (menor que 33 pontos) em eficácia profissional. Detectamos a presença de Burnout em 9 alunos, sendo 6 do sexo feminino e 3 alunos do sexo masculino.

Palavras chave: Síndrome de Burnout; Medicina; Estudantes.

INTRODUÇÃO

Burn vem do inglês que significa queimar e out significa fora. O termo Burnout foi usado pela primeira vez pelo médico alemão Hebert Freudenberger em 1974, em uma revista de psicologia. Entretanto as psicólogas Cristina Maslach e Susan Jackson foram as divulgadoras desse processo patológico. Definida como “uma condição de sofrimento psíquico relacionado ao trabalho”, na realidade esta condição seria uma forma de adaptação, mesmo que inadequada, do enfrentamento das dificuldades². O estresse é considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) uma epidemia global, estando os acadêmicos de medicina no grupo de estudantes mais acometidos pelo estresse e pelas consequências deste⁹.

Materiais e Métodos:

Iniciamos o trabalho com uma revisão bibliográfica sobre o tema. Prossequimos com um estudo de prevalência do tipo inquérito. Para a detecção da sintomatologia depressiva entre os estudantes, utilizamos como instrumento de coleta de dados o questionário MBI-SS. Este questionário foi aplicado após a obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido, aprovado pelo comitê de ética em pesquisa envolvendo seres humanos do Unifeso. Este questionário consiste em 15 perguntas, que se subdividem em três partes: exaustão (cinco questões), descrença (quatro questões), e eficácia profissional (seis questões). Esses itens foram avaliados de acordo com a sua frequência e pontuados de 0 a 6, sendo 0 nunca, 1 uma vez ou menos ao ano, 2 uma vez ao mês ou menos, 3 algumas vezes ao mês, 4 uma vez por semana, 5 algumas vezes na semana, 6 sendo todos os dias. Em relação a síndrome, altos escores em exaustão emocional e descrença (despersonalização) e baixos escores em eficácia profissional indicam um alto nível de Burnout. Essa pessoa já atingiu o seu limite. A falta de energia compromete o seu desempenho físico e mental.

OBJETIVO

Este trabalho teve por objetivo identificar a frequência de Burnout em um grupo de estudantes matriculados no décimo segundo período do curso de medicina do Unifeso.

JUSTIFICATIVA

Como aluno do curso de medicina do Unifeso, matriculado no décimo segundo

período, venho observado com o passar dos anos uma mudança de hábitos, comportamentos, expectativas e objetivos em alguns colegas. Notei que em alguns estudantes, as metas e expectativas aos poucos foram se desviando dos planos originais. Todo o entusiasmo, a fantasia, o imaginário positivo a cerca da profissão medica, aos poucos foram se transformando em acúmulo sucessivo de estresse e frustrações. Ao observar sinais de exaustão física e emocional entre alguns colegas, decidi investigar a possível presença da síndrome de Burnout entre eles.

Quadro teórico:

Os acadêmicos de medicina se deparam com um alto nível de cobrança por parte dos professores, da sociedade e dos próprios estudantes. Somado a elevada carga horária e a pressão de lidar com o sofrimento dos pacientes frente a uma doença sem expectativa de cura ou incapacitante, não é incomum observarmos nos estudantes o surgimento de quadros depressivos, algumas vezes graves. O estudante entra na faculdade com a ideia de êxito em relação ao diagnóstico e tratamento das doenças, no entanto o enfrentamento de doenças sem um caráter curativo ou aquelas passíveis apenas de cuidados paliativos, gera frustração. Estes fatos podem justificar uma taxa de abandono do curso em torno de 15%, podendo-se encontrar na literatura, uma cifra de 41% dos alunos que cursam medicina já apresentarem anseio em abandonar o curso de graduação em algum momento da vida acadêmica⁸.

RESULTADOS:

Entre os dias 21 de Julho de 2014 a 6 de Agosto de 2014 foram entrevistados 64 alunos do décimo segundo período da faculdade de medicina de Teresópolis. Foi detectado a presença da síndrome de Burnout em 9 alunos (14%), sendo 6 alunos do sexo feminino (9,4%) e 3 alunos do sexo masculino (4,7%). Também identificamos potenciais candidatos a apresentarem Burnout no futuro, pelo fato de alguns alunos apresentarem alteração em pelo menos 1 dos quesitos da síndrome (exaustão emocional, descrença ou eficácia profissional).

CONCLUSÃO:

Houtman (1998) estimou que 4,2% da população de trabalhadores eram acometidos com a síndrome. Nosso estudo evidenciou uma porcentagem praticamente similar entre os alunos do gênero masculino, 4,7% são acometidos pela síndrome. Identificamos uma porcentagem maior entre os alunos do gênero feminino, onde

encontramos uma porcentagem de 9,4% das alunas do décimo segundo período da instituição pesquisada, sofrendo com os sintomas e malefícios da síndrome. A instalação da síndrome de Burnout ocorre de maneira lenta e gradual, acometendo o indivíduo progressivamente. Fato este que nos fez selecionar alunos já no período final da graduação. Desta forma poderíamos intervir frente a esse alunos, oferecendo esclarecimentos oportunos aos acometidos pela síndrome.

BIBLIOGRAFIA

1. Dórea M. Avaliação da síndrome de Burnout no corpo discente de uma faculdade privada de medicina da região serrana do Estado do Rio de Janeiro, Dissertação de Mestrado- Universidade do Estado do Rio de Janeiro- Faculdade de Educação- Mestrado em Educação- PROPED.2007
2. Benevides-Pereira A.M.T; Gonçalves MB. Transtornos emocionais e a formação em Medicina: um estudo longitudinal; 2009; Revista Brasileira de Educação Medica, 33(1): 10-23.
3. Souza L. Prevalência de sintomas depressivos, ansiosos e estresse em acadêmicos de medicina. 2010.213 f: Tese (Doutorado)- Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
4. Benevides-Pereira A.M.T. A Síndrome de Burnout em estudantes de medicina. I Congresso Ibero-americano de Psicologia.13-17 Julho 1998. Madrid: Libro de Resmenes, 1998 p.374-375.
5. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory Manual. 3rd ed. Palo Alto, Ca: Consulting Psychologists Press; 1998.
6. Paro HBMS. Empatia em estudantes de medicina no Brasil: um estudo multicêntrico [tese], 2012. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
7. Porcu M; Fritzen CV; Helber C. Sintomas depressivos nos estudantes de medicina da Universidade de Maringá; 2001 Jan/mar; UNIFESP,34(1).
8. Millan LR;et al. O universo psicológico do future médico: vocação, vicissitudes e perspectivas: 1999; Luiz Roberto Millan (et al.).- São Paulo: Casa do Psicólogo.
9. Dyrbe LN, Massie JRFS, Eaker A, Harper W, Power D.V, Durning S, homas MR, Moutier C, Satele D, Sloan JA, Shanafelt TD. Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among U. S. medical students; 2010 sept; JAMA; vol

304, nº 11.

10. Miyazaki MC.De O.S. Psicologia na formação médica: subsídios para prevenção e trabalho clínico com universitários; 1997; 152f. Tese (Doutorado)- Universidade de São Paulo, São Paulo.

ESTUDO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL NA UNIFESO

Maria da Glória Costa Reis Monteiro de Barros¹ ; Laryssa Rocha Guimarães²

¹Reumatologista do HCTCO, Teresópolis, Rio de Janeiro. ² Acadêmica de Medicina-12º período, UNIFESO, Teresópolis, Rio de Janeiro.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença inflamatória, autoimune de caráter crônico do tecido conjuntivo, caracterizada por ser uma doença com acometimento multissistêmico e apresentar um curso clínico alternado por períodos de exacerbação com períodos de pouca atividade de doença (remissão). É uma doença rara de distribuição universal, diagnosticada nas mais diferentes áreas geográficas, entretanto não há universalidade em relação aos seus dados demográficos, com isso os estudos epidemiológicos sobre LES apresentam uma grande variação dos resultados entre as populações estudadas no mundo, mesmo dentro de um mesmo país. ^{5,6}

OBJETIVO

Avaliação do perfil epidemiológico, clínico e laboratorial nos pacientes portadores de LES acompanhados no Serviço de Reumatologia da UNIFESO, Teresópolis-RJ.

MÉTODOLOGIA

Foram avaliados no período de fevereiro a agosto de 2014 pacientes com diagnóstico de LES que são acompanhados no Serviço de Reumatologia da UNIFESO, Teresópolis-RJ. Foram incluídos neste estudo pacientes com diagnóstico de LES definido segundo os critérios do Colégio Americano de Reumatologia (ACR) revisados em 1997; pacientes >18 anos e que concordaram em participar do estudo. Foram excluídos do estudo pacientes Gestantes; sem critérios de LES e recusa do paciente. Foi realizado um estudo de corte-transversal no período de fevereiro à agosto de 2014, utilizando um protocolo de investigação baseada na análise de prontuários, anamnese, exame físico e avaliação laboratorial.

RESULTADOS

Os resultados obtidos foram semelhantes aos encontrados na literatura, a maioria dos pacientes foram do sexo feminino (96,77%) mantendo a relação de 9:1; pardos (38,70%); média de idade de 42 anos. Os critérios para LES mais frequentes foram: Fotossensibilidade (77,40%); Artrite não erosiva (70,97%); FAN (74,20%). Todos os pacientes estavam em tratamento individualizado adequado para sua comorbidade.

DISCUSSÃO

A taxa anual de incidência do LES varia de 1,8 a 7,6 casos por 100.000 habitantes/ano.¹No Brasil, estima-se uma incidência de LES em torno de 8,7 casos para cada 100.000 pessoas por ano, de acordo com estudo epidemiológico realizado na região Nordeste.² A doença é muito mais prevalente em mulheres, notadamente na idade reprodutiva, entre 15 e 40 anos de idade; sendo cerca de 9 a 12 mulheres para cada homem afetado.³Com relação ao sexo, os resultados encontrados neste estudo condizem com os da literatura, com predomínio do acometimento no sexo feminino. A média de idade deste estudo foi de 42 anos, variando de 19-65 anos, condizendo com o que diz na literatura, em que a média foi de 41,4 anos.⁴ No presente estudo, os critérios que tiveram mais destaques foram a Fotossensibilidade presente em 24 pacientes (77,45%); Artrite presente em 22 pacientes (70,97%) e o critério laboratorial FAN positivo (74,20%), resultados estes semelhantes aos encontrados na literatura. A artrite é citada na literatura como a manifestação clínica com maior frequência no LES. Regiões com clima tropical, as manifestações mais frequentes foram as Cutâneas.¹Contrapondo a esta informação, neste estudo que ocorreu em Teresópolis-RJ região serrana, foi observado elevada frequência das manifestações cutâneas.

Comprometimento renal associado ao LES (nefrite lúpica) ainda constitui um dos fatores de maior morbidade e mortalidade da doença. Neste estudo foram observados apenas cinco pacientes (16,13%) que apresentaram diagnóstico confirmado de Nefrite Lúpica pela biópsia renal.

Embora o FAN esteja presente em mais de 95% dos pacientes com a doença ativa, é um teste com baixa especificidade. Anticorpos anti-DNA nativo e anticorpos anti-Sm são considerados testes específicos, mas têm baixa sensibilidade.⁶

A terapêutica medicamentosa do paciente com LES deve ser obrigatoriamente individualizada, pois depende do sistema comprometido e/ou da diversidade das suas combinações. Independentemente do órgão ou do sistema afetado, o uso contínuo de

antimaláricos, preferencialmente do sulfato de hidroxicloroquina, é indicado com a finalidade de reduzir a atividade da doença e tentar poupar o uso de corticóides.⁵

Os pacientes presentes neste estudo fazem acompanhamentos periódicos e regulares, no ambulatório de Reumatologia da UNIFESO, que varia de acordo com sua gravidade e ativação da doença. Todos fazem controle de sua morbidade através de um tratamento medicamentoso individualizado como recomendado pela literatura

CONCLUSÃO

O conhecimento detalhado do perfil epidemiológico, clínico e laboratorial do LES nos pacientes vinculados ao Serviço de Reumatologia da UNIFESO, Teresópolis-RJ, que foi semelhante aos dados encontrados na literatura, é essencial para o planejamento de ações dirigidas a este grupo epidemiológico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vilar. MJP. et al. Incidência de Lúpus Eritematoso Sistêmico em Natal, RN – Brasil. RevBrasReumatol, v. 43, n. 6, p. 347-51, nov./dez., 2003
2. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 100, de 07 de fevereiro de 2013. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Lúpus Eritematoso Sistêmico. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 7 fev. 2013
3. Borba, EF. et al. Consenso de Lúpus Eritematoso Sistêmico. RevBrasReumatol., Jul/ago2008; 48(4): 196-207.
4. Hidalgo-tenorio, C. et al. Urinarytractinfectionsandlupuserythematosus, Ann RheumDis, 2004,63:431–437.
5. Lopes, AC. Tratado de Clínica Médica. Volume 01. Segunda edição. São Paulo: Roca, 2009. P. 1513-1522.
6. Sato, EI. et al. Consenso de Lúpus Eritematoso Sistêmico. Revbrasreumatol, v. 48, n.4, p. 196-207, jul/ago, 2008.

REVISÃO DOS CASOS DE PACIENTES DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE TERESÓPOLIS CONSTANTINO OTTAVIANO SUBMETIDOS À CPRE NOS ANOS DE 2012 E 2013

¹MILEZI, Washington. ²TAVARES, Leonardo Pereira.

¹Docente do curso de medicina do UNIFESO

²Discente do curso de medicina do UNIFESO.

A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) foi descrita na década de 1960 como uma técnica diagnóstica. Posteriormente, em 1974, grupos de pesquisadores correlacionaram a papilotomia e a extração de cálculos biliares a este exame, abrindo espaço para a CPRE terapêutica. A principal razão para esta evolução deve-se à utilização de técnicas diagnósticas menos invasivas, tais como a tomografia computadorizada, a eco-endoscopia, e a colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM), que ajudam a selecionar os pacientes que realmente necessitam de CPRE.

Suas indicações na prática médica atual são de avaliação e tratamento de obstrução biliar secundária a coledocolitíase, estenoses benignas ou malignas do ducto biliar, fístulas biliares, pancreatites agudas recorrentes de causas desconhecidas, pancreatite crônica com estenose biliar sintomática, litíase sintomática do canal pancreático, entre outras.

Palavras-chave: CPRE, coledocolitíase, papilotomia endoscópica.

OBJETIVO

Estudar as indicações de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) dos pacientes internados na clínica cirúrgica do Hospital das Clínicas de Teresópolis Constantino Ottaviano (HCTCO) e as respectivas condutas tomadas frente aos quadros revelados. Com isso, conseguimos avaliar se as condutas tomadas estão de acordo com o preconizado pela literatura atual.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo retrospectivo de um período de 02 anos baseado no levantamento de feitos entre janeiro de 2012 até dezembro de 2013, nos pacientes internados no Hospital das Clínicas de Teresópolis Constantino Ottaviano (HCTCO) e

submetidos à CPRE. Foram incluídos todos os pacientes internados cuja CPRE foi solicitada e realizada, independente de indicação ou causa.

Foram criados dois grupos de controle, um relacionado à indicação que o paciente tinha para ser submetido a uma CPRE, e o outro relacionado à conduta ou desfecho tomado frente ao resultado do exame.

As variáveis estudadas quanto ao grupo de indicações foram: coledocolitíase; lesão iatrogênica de via biliar; colelitíase com icterícia prévia; colangiocarcinoma; pancreatite biliar; tumor de papila e cálculo residual pós- colecistectomia. As variáveis relacionadas à conduta ou desfecho foram: papilotomia endoscópica, colecistectomia videolaparoscópica, derivação bileodigestiva, colecistectomia laparotômica, encaminhamento a outros serviços e colocação de prótese na papila.

RESULTADOS

Durante o período do estudo, 37 pacientes tiveram a solicitação de fazer a CPRE, cada um com sua devida indicação, sendo 15 homens (40%) e 22 mulheres (60%).

Um terço dos pacientes indicados à CPRE não chegou a realizar o procedimento. Estes somaram 13 pacientes, 35.1% do total. A coledocolitíase foi a maior indicação verdadeira, somando 11 pacientes, 45.8% do total. Lesões iatrogênicas das vias biliares somaram 5 pacientes, 20.8% do total. A colelitíase com icterícia prévia gerou indicação para 2 pacientes, assim como o colangiocarcinoma e a pancreatite biliar, sendo cada uma delas responsável por 8.3% do total de pacientes. Tumor de papila foi indicação para 1 paciente, 4.1% do total. E, finalizando, o cálculo residual pós-colecistectomia somou também apenas 1 paciente, 4.1% do total.

Daqueles submetidos à CPRE, 24 pacientes, a papilotomia endoscópica associada à colecistectomia videolaparoscópica foi realizada em 11, conduta que se mostrou como a mais utilizada no serviço de cirurgia geral do HCTCO. A papilotomia endoscópica isolada foi a segunda maior indicação terapêutica, sendo realizada em 5 pacientes. A derivação bileodigestiva seguiu como a terceira conduta mais tomada, sendo utilizadas em 3 pacientes. A colecistectomia videolaparoscópica isolada foi realizada em 2 pacientes. A colecistectomia laparotômica foi alternativa terapêutica em apenas 1 paciente, assim como a colocação de prótese de papila. Óbitos durante o estudo retiraram a oportunidade de escolha de uma conduta em 2 pacientes. Tivemos 1 encaminhamento para tratamento em outros serviços.

REFERÊNCIAS

1. BASSO, N. et. al. Laparoscopic cholecystectomy and intraoperative endoscopic sphincterotomy in the treatment of cholecysto- choledocholithiasis. *Gastrointest. Endosc.*, v. 50, n. 4, p. 532- 535, outubro 1999.
2. DAHER FILHO, Presper F. et. al. Avaliação das complicações relacionadas à CPRE em pacientes com suspeita de coledocolitíase. *Rev. Col. Bras. Cir.*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, abril 2007.
3. GARCIA- CANO, J; BERMEJO SAIZ, E. Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE). *Ver. Esp. Enferm. DIG.*, Madrid, v. 101, n. 8, agosto 2009.
4. HAWASLI, A.; Lloyd, L.; Caccucci, B. Management of choledocholithiasis in the era of laparoscopic surgery. *Am. Surg.*, Detroit, v. 66, n. 5, p. 425- 431, junho 2000.
5. LA ARTIFON, Everson; TCHEKMEDYIAN, Asadur Jorge; AGUIRRE, Pedro Alonso. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica: una técnica en permanente evolución. *Rev. Gastroenterol.*, Perú, Lima, v.33, n. 4, outubro 2013.

INFECÇÕES DOS ESPAÇOS PROFUNDOS DO PESCOÇO DOENÇA DE LEMIÉRRE

Lucas Campos Saavedra

RESUMO

As infecções profundas do pescoço sempre foram e continuam sendo um grande desafio para os médicos. São, em geral, extensões de infecções de outros sítios infecciosos e possuem grande potencial de complicações. Podem evoluir de uma forma rápida com obstrução de via aérea e risco de vida iminente. O uso indiscriminado de antibióticos usados nas infecções de vias aéreas superiores colabora para a má evolução de infecções que podem alcançar os espaços cervicais profundos.

As infecções odontológicas, infecções comuns da cavidade oral e do trato respiratório superior podem alcançar o espaço cervical profundo, oferecendo aos patógenos, acesso fácil a regiões como o mediastino, a bainha carótida, a base do crânio e as meninges. Uma forma grave de tal infecção é a doença de Lemierre, doença rara, mais comum em jovens, cujos agentes etiológicos principais são o *Fusobacterium necrophorum*, os *stafilococcus* e os *streptococcus*.

Esse estudo foi feito após o diagnóstico e tratamento de uma paciente internada na enfermaria de clínica médica do Hospital das Clínicas de Teresópolis Constantino Otaviano.

Palavras chave: trombose venosa, infecções por fusobacterium, infecção de orofaringe, tromboflebite séptica, infecções do pescoço.

INTRODUÇÃO

A doença de Lemierre ou septicemia pós-angina é uma forma grave de infecção envolvendo componentes da bainha da carótida. É uma doença rara causada por anaeróbicos cujo principal agente é o *Fusobacterium necrophorum*. Temos na literatura casos da doença causadas por *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* e *porphyromonas Spp*.

A infecção acomete o espaço parafaríngeo podendo atingir a artéria carótida, a veia jugular interna, o nervo vago e os linfonodos. A partir desse foco a bactéria se dissemina. Com a tromboflebite da veia jugular interna o paciente queixa-se de dor

espontânea e a palpação ao longo do trajeto venoso. Pode ser visto edema no local. Mesmo imagens como a tomografia podem não identificar inicialmente o trombo. O quadro clínico corresponde a um paciente toxêmico, com febre e sintomas que podem variar dependendo da localização do foco infeccioso. A duração média é de 2 horas a alguns dias, média de 5 dias.

São objetivos deste estudo: 1- apresentar considerações anatômicas de interesse prático sobre fâcias e espaços do pescoço, 2- sua conceituação e nomenclatura, a título de exemplo, 3- um caso de infecção dos espaços cervicais profundos.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA ANATOMIA

Deve-se considerar a anatomia complexa das fâcias e dos espaços cervicais para o diagnóstico e tratamento das infecções profundas do pescoço. As fâcias do pescoço podem ser divididas em: fascia cervical superficial e fascia cervical profunda. A fascia cervical profunda é dividida em camadas superficial, média e profunda. A camada profunda é subdividida em divisão alar e pré-vertebral. A divisão alar contribui para a formação anterior do espaço perigoso (Danger) e a divisão pré-vertebral envolve os músculos profundos do pescoço. A barreira mais importante do pescoço é o osso hioide, que ajuda a deter a propagação da infecção. Os espaços virtuais podem ser descritos como supra-hióide, infra-hióide e espaços que comprometem todo o pescoço.

BACTERIOLOGIA

Nas infecções profundas do pescoço podem ser encontradas um número muito grande de microorganismos.

A invasão de bactérias na região é facilitada pela flora de múltiplos germes presentes nas cavidades da cabeça e pescoço e também por fatores intrínsecos do hospedeiro. Na maioria das vezes as infecções têm origem polibacteriana. Entre os microorganismos aeróbicos, os mais freqüentes são os estreptococos e os estafilococos (ROCHA, 2010) As infecções odontológicas são causadas geralmente por anaeróbicos.

PATOGENIA E APRESENTAÇÕES CLÍNICAS

As infecções ocorrem quando uma barreira anatômica é rompida e os componentes de flora local penetram em um local antes estéril (KASPER, 2008, p. 1000). A isquemia tecidual, o traumatismo, a cirurgia, a perfuração de víscera, o choque e a

aspiração fornecem ambientes que levam a proliferação dos anaeróbicos

As bactérias anaeróbicas isoladas são componentes da flora normal das vias aéreas superiores. Os principais são: *bacterioides oralis*, *Pasaccharolytica*, *Fusobacterium*, de espécies pigmentadas de *Prevotella*, *Peptoestreptococos* e *Streptococos microaerófilos*.

As principais formas clínicas são: gengivite ulcerante, infecções necrosantes agudas da faringe, infecções do espaço perifaríngea, infecções intra-abdominais, infecções de pele e tecidos moles, infecções pélvicas, infecções de ossos e das articulações, bacteremia, endocardite e pericardite, infecções anaeróbicas, abscessos cerebrais, empiema subdural, mediastinite, infecção pleuropulmonar e a síndrome de Lemierre.

TRATAMENTO

Para realizar o tratamento das infecções profundas do pescoço deve-se conhecer o espaço envolvido. Geralmente a história e o exame físico nos dão a suspeita diagnóstica. Devemos afastar a possibilidade de coleção de secreção nesses espaços devido a importância da abordagem cirúrgica em alguns casos.

O tratamento é baseado em antibióticoterapia, com cobertura para anaeróbicos por pelo menos 4 semanas ou até que os abscessos pulmonares tenham desaparecido na tomografia computadorizada. A exploração cirúrgica pode ser necessária para drenagem de abscessos ou empiemas, a ligadura e excisão da veia jugular interna raramente é necessária. A anticoagulação é controversa.

METODOLOGIA

Compartilhar uma experiência pessoal com outros profissionais é uma excelente estratégia de difusão de conhecimentos e de discussão de diagnósticos, de tratamentos e de situações de aprendizagem envolvendo pacientes (EL DIB, 2007, p. 3).

Os relatos de caso individual surgem de uma observação assistencial, são situações não planejadas, onde não há um projeto ou objetivo prévios. Estes relatos documentam situações que se apresentam a um observador preparado e atento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O diagnóstico inicialmente deve ser o clínico. Quando houver trombose da veia

jugular deve-ser fazer uma ultrassonografia da região cervical, tomografia computadorizada ou ressonância magnética. O tratamento inicial desta síndrome é feito com antibiótico endovenoso. Caso a antibioticoterapia não leve à melhora do quadro clínico recomenda-se drenar os abscessos e/ou realizar ligadura da veia jugular interna.

Na paciente do caso relatado, não foi identificado nenhum microorganismo, foram usados amoxicilina e azitromicina. A paciente ficou afebril somente após o terceiro esquema de antibiótico, talvez não por falha dos antibióticos, mas pelo reduzido tempo de uso dos mesmos.

Sintomas sugestivos de infecção faríngea profunda, como a que ocorre na Síndrome de Lemierre, incluem dor cervical, diminuição da mobilidade da mandíbula, do pescoço ou da língua ou trismo (CHIRINOS et al, 2002, p. 460).

CONCLUSÃO

A literatura enfatiza morbidade e mortalidade elevadas, etiologia diversificada, a necessidade de traqueostomia em cerca de 50% dos casos e o emprego da terapêutica combinada. Os métodos imagenológicos, são imprescindíveis no estudo de infecções dos espaços profundos do pescoço, tanto para a avaliação do sítio e extensão da afecção, como para o planejamento terapêutico.

Apesar da redução do número de casos da Doença de Lemierre com o advento dos antibióticos mais modernos é fundamental que o clínico fique atento aos indícios da doença, pois, a terapia instituída precocemente reduz a morbidade e a mortalidade.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICAS

1. Lopes, AC, organizador, Tratado de clínica médica, São Paulo, 2009.
2. Tavares W, Antibióticos e quimioterápicos para o clínico, São Paulo, 2006.
3. Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL et al, editores. Harrison Medicina interna, 17 ed, Magraw Hill, 2008
4. Neto, SC, Junior FM, Martins RHG, Costa SS, organizadores, Tratado de Otorrinolaringologia e cirurgia cervicofacial, 2ed, São Paulo, 2009.
5. Bento, RF, Bitencourt AG, Voegel RL, Seminários em otorrinolaringologia, USP, São Paulo, 2011.
6. Rocha LA, Nunez CB, Suazo LC, Gonzáles PM, Tromboflebitis séptica de La vena yugular interna o síndrome de Lemierre, vol.62, Outubro, 2010.
7. Amaro C, Pissarra C, Salvado C, Madureira N, Malhado J, Lemierre

Syndrome: a case report, vol 12, out/dez, Lisboa, 2005.

8. Handa Ioshio Handa; Bertuzzo GS, Muller KS, Dambinski AC, Buzingnani, Mantovani ML, Patriani AH, Krauss D, Síndrome de Lemierre, relato de um caso, vol 9, Porto Alegre, 2010.

O PERFIL DOS PACIENTES PORTADORES DE FEBRE REUMÁTICA ATENDIDOS NO MUNICÍPIO DE TERESÓPOLIS

Thiago Bicchieri Dias, Luciana Maria Borges da Matta Souza

RESUMO

O presente estudo surge a partir de minhas vivências enquanto acadêmico de medicina, durante o internato eletivo, num hospital de referência em cardiologia no município do Rio de Janeiro. Durante esse período evidenciei muitas internações em adultos jovens e pessoas de meia idade por conta de lesões nas valvas cardíacas originadas pela doença reumática. A febre reumática (FR) e a cardiopatia reumática crônica (CRC) são complicações não supurativas da faringoamigdalite causada pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A (EBGA) e decorrem de resposta imune tardia a esta infecção em populações geneticamente predispostas. É uma doença que está frequentemente associada à pobreza, às más condições de vida e a cultura da população.

A FR afeta principalmente crianças e adultos jovens, sendo a cardite a manifestação mais temida, relacionada às sequelas crônicas e incapacitantes nessa faixa etária. Devido à pequena quantidade de estudos epidemiológicos nas populações brasileiras, tais questões apontaram para a relevância de se estudar sobre a doença num contexto regional. Observando o peso social, econômico e psíquico que esta enfermidade acarreta quando o diagnóstico não é feito precocemente e entendendo todas as questões que perpassam para que o mesmo ocorra e para que o tratamento seja iniciado, reforçaram a necessidade de pesquisar sobre o tema.

Os gastos gerados pela assistência aos pacientes com FR e CRC no Brasil são significativos: em 2007, foram gastos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) cerca de R\$ 157.578.000,00 em internações decorrentes de FR ou CRC, de origem clínica ou cirúrgica, sendo que, das cirurgias cardíacas realizadas neste período, 31% abordaram pacientes com sequelas de FR. (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2009). Ou seja, quase 1/3 das cirurgias cardíacas em nosso país são decorrentes da CRC e não de questões vinculadas ao envelhecimento populacional, como seria o esperado.

O presente estudo tem como objetivo geral descrever, através da realização de entrevista estruturada durante a sala de espera do Programa de Atendimento aos Usuários Portadores de Febre Reumática do município e de análise de prontuário dos mesmos, o perfil dos pacientes inseridos no programa. Como objetivos específicos, esperamos reconhecer a forma inicial de apresentação da doença e analisar a adesão ao processo terapêutico. Assim, traçando o perfil dos usuários, conhecendo a forma inicial de apresentação da doença e verificando como se encontra a adesão ao programa buscaremos construir conhecimento sobre a FR em nível regional para que, através do mesmo, ações em saúde sejam implementadas no sentido de interferir no ciclo evolutivo possivelmente grave dessa patologia.

O tipo de estudo será o Exploratório, de caráter quantitativo, por permitir explorar os traços de determinada população e o cenário que a permeia. Assim, buscaremos compreender as características dos sujeitos acometidos pela FR, a apresentação inicial mais comum entre esses sujeitos, o seguimento do tratamento e possíveis causas de abandono. Segundo Gil (2002) pesquisas exploratórias tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses.

As entrevistas foram realizadas de 29/04/14 a 06/05/14, sempre às terças-feiras, das 14 às 17h. No início da coleta dos dados o médico cardiologista do programa me apresentava aos usuários antes de começar os atendimentos. A partir de então, numa outra sala, eram realizadas as entrevistas. Após o segundo dia, as entrevistas foram realizadas durante as consultas e isso possibilitou um melhor conhecimento de cada caso. Durante o período da coleta de dados foram realizadas 50 entrevistas.

A FR é a principal causa de doença cardíaca valvar em nosso país. Apesar de uma queda progressiva nos últimos 10 anos, ainda é uma doença com importante incidência e prevalência em nosso meio. Durante a realização do estudo isso pode ser comprovado. A cardite apresentou-se como critério mais comum dentre os usuários do programa, seguida da artralgia. A lesão valvar mais presente foi a insuficiência mitral, seguida da estenose mitral e aórtica e da insuficiência mitral e aórtica. Porém a cirurgia de troca valvar mais realizada dentre os usuários foi da valva aórtica.

O abandono do tratamento é outro fato apresentado pelo estudo, que também revela que não existe busca-ativa desses usuários.

Nos resta, como profissionais e cidadãos, explicitar os dados, exigir e lutar por melhorias em saúde, educação, habitação e renda, pois todas essas áreas estão envolvidas nesse cenário. Algumas idéias foram expostas ao longo do texto e esperamos que elas possam ser pensadas como possibilidade e que venham contribuir para melhoria do serviço prestado.

Se pensarmos que um aumento de 0,01 no IDH de nosso país implicaria na redução do risco de morte em até 3,5%, só isso já seria motivo de inquietação para reflexão dos problemas aqui revelados.

Ainda é necessário estudar mais sobre a doença, pensar numa vacina, melhorar o acompanhamento, a abordagem do tratamento, cuidar dessas pessoas que são acometidas de forma integral. Que a realidade aqui demonstrada seja para nós um desafio e uma possibilidade de mudança e avanço.

Possui como objetivo geral descrever, através da realização de entrevista estruturada e de análise dos prontuários, o perfil dos pacientes atendidos no Programa Municipal de Atendimento aos Portadores de Febre Reumática do Município de Teresópolis.

Trata-se de um estudo Exploratório, de caráter quantitativo, por permitir explorar os traços de determinada população e o cenário que a permeia.

Através desse trabalho foi possível conhecer melhor os usuários do programa municipal. Eles possuem características peculiares relevantes como: o maior percentual de cirurgia de troca valvar estar relacionada a valva aórtica. O abandono do tratamento é um fato preocupante, pois interfere de maneira direta no prognóstico da doença.

Ainda é necessário estudar mais sobre a doença, pensar numa vacina, melhorar o acompanhamento, a abordagem do tratamento, cuidar dessas pessoas que são acometidas de forma integral. Que a realidade aqui demonstrada seja para nós um desafio e uma possibilidade de mudança.

REFERÊNCIAS

1. BRAUNWALD, Eugene. Tratado de doenças cardiovasculares. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
2. GIL, Antonio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.
3. SILVA, Marluce; BERTOLAMI, Vinício; FINATTI, Adolpho; ADIB, Janete.

Estudo da prevalência da febre reumática. Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia da Coordenadoria de Assistência Hospitalar. São Paulo: 1978.

4. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Características Clínicas Demográficas em 99 Episódios de Febre Reumática no Acre, Amazônia Brasileira. Acre: 2004. Em Arq. Bras. Cardiol. 2005; vol. 84, N° 2.

5. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretrizes Brasileiras para o Diagnóstico, Tratamento e Prevenção da Febre Reumática. Salvador: 2009. Em: Arq. Bras. Cardiol. 2009; 93 (3 supl. 4): 1-18.

AVALIAÇÃO DO RISCO DE MORTALIDADE ATRAVÉS DO SCORE APACHE II EM CTI DE UM HOSPITAL ESCOLA¹

ESTUDO COORTE PROSPECTIVO¹

Edneia Martuchelli²; Robson Corrêa Santos³; Verônica Cangussu Serretti Leonel⁴;

Médica, Especialista em Saúde Pública, Mestra em Educação, Docente do Curso de Graduação em Medicina da UNIFESO², Teresópolis- RJ edtm@gmail.com; Médico, Supervisor da Residência de Clínica Médica da UNIFESO e Chefia da UTI no Hospital das Clínicas de Teresópolis³, Teresópolis-RJ rcscti@gmail.com; Estudante Medicina, UNIFESO⁴, Teresópolis- RJ verleonel@gmail.com

RESUMO

Introdução: Neste estudo, pretendemos analisar uma amostra de 136 pacientes no período de janeiro a julho de 2013, a metodologia usada neste trabalho foi a de um estudo de coorte prospectivo dos pacientes internados no Centro de Terapia Intensiva (CTI) do Hospital das Clínicas Constantino Otaviano (HCTCO) em relação ao risco de mortalidade por intermédio do índice prognóstico APACHE II. **Objetivos:** Os objetivos específicos foram: descrever a utilização do APACHE II em Unidades de Terapia Intensiva como preditor de mortalidade entre pacientes clínicos e cirúrgicos; analisar e comparar com outros hospitais a partir do uso do APACHE II a mortalidade na UTI do HCTCO; colaborar com a elaboração e aplicação de indicadores de impacto e resultado em CTI e, conhecer a realidade de atenção em saúde, a partir da análise da mortalidade, no CTI do HCTCO. **Metodologia:** A metodologia usada neste trabalho foi a de um estudo de coorte prospectivo dos pacientes internados na UTI do HCTCO, com amostra de 136 pacientes. Além de revisão da literatura para apoiar e comparar dados de unidades hospitalares que tenham UTIs. O objetivo deste estudo foi comparar a mortalidade em nossa instituição (UTI Adulto clínico-cirúrgico com 10 leitos disponíveis), com a mortalidade predita pelo APACHE II. **Resultados:** Observou-se no presente estudo que o número de pacientes admitidos no centro de terapia intensiva foi maior no grupo de pacientes cirúrgico (admitidos em pós-operatório) em relação aos pacientes não cirúrgicos provenientes principalmente das enfermarias. Porém, o grupo que apresentou maior número de óbitos foi o de pacientes não cirúrgicos. Analisando as taxas de óbito do grupo não cirúrgico, dentro dos intervalos estratificados pelo APACHEII, observa-se que a taxa de mortalidade é elevada a partir do intervalo 10-14; 15-19; 20-24; 25-29. Outra observação sugere que a atenção deve estar voltada para os pacientes que o APACHE II classifica na média 5-9, intervalo esse considerado ainda

baixa para o escore, porém para o serviço analisado o subgrupo 5-9 já é um subgrupo de alerta conforme os dados coletados. **Conclusão:** O escore APACHE II é um potencial indicador de fidelidade do serviço ofertado, considerando-se os resultados obtidos no presente estudo. Controvérsias nesse sentido podem ser vistos em outros estudos semelhantes, porém no caso do CTI do HCTCO o índice pode auxiliar na melhoria dos padrões de atendimento aos pacientes e efetividade e eficácia do atendimento prestado no hospital escola.

Palavras Chave: Unidade de terapia intensiva, mortalidade, APACHE II

INTRODUÇÃO

Índices prognósticos foram criados para que fosse possível avaliar a gravidade de cada paciente individualmente, correlacionando com seu prognóstico, e também com o objetivo de analisar a qualidade de atendimento prestado pelas unidades de terapia intensiva (UTI). Esses índices facilitam a organização dessas unidades pois permitem avaliar os resultados obtidos no setor, detectar e corrigir possíveis falhas, estimular a melhoria do atendimento médico e viabilizar a produção científica.

Neste estudo, pretendemos analisar uma *coorte* de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital das Clínicas Constantino Otaviano (HCTCO) em relação ao risco de mortalidade por intermédio do índice prognóstico APACHE II. Os objetivos específicos são: descrever a utilização do APACHE II em Unidades de Terapia Intensiva como preditor de mortalidade entre pacientes clínicos e cirúrgicos; analisar e comparar com outros hospitais a partir do uso do APACHE II a mortalidade na UTI do HCTCO; colaborar com a elaboração e aplicação de indicadores de impacto e resultado em UTI e, conhecer a realidade de atenção em saúde, a partir da análise da mortalidade, na UTI do HCTCO.

Foram analisados estudos de seis hospitais de diferentes regiões do país. Os hospitais selecionados são: Hospital Universitário Pedro Ernesto¹ (AZEVEDO), Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará² (TAVARES), Hospital Nossa Senhora da Conceição de Porto Alegre³(MORAES), Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina⁴ (MACHADO), Hospital Santa Casa de Misericórdia de São Paulo⁵ (CHAVONE), Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná⁶ (CARDOSO).

De acordo com a relação do índice de mortalidade versus APACHE médio do HCTCO comparado aos seis outros hospitais regionais, o HCTCO superou os dados de mortalidade preditos pelo APACHE II.

JUSTIFICATIVA

O escore APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) é uma forma de avaliação e classificação do índice de gravidade da doença, e tem como objetivo principal a descrição quantitativa do grau de disfunção orgânica de pacientes gravemente enfermos, gravidade que é traduzida em valor numérico a partir das alterações clínicas e laboratoriais existentes ou do tipo/número de procedimentos utilizados⁷. (FREITAS, 1981).

Consiste em um sistema de avaliação da fisiologia aguda e da saúde crônica com 34 medidas fisiológicas e posteriormente reduzidas para 12 variáveis fisiológicas, que são mais preditivas da mortalidade, somadas a pontos para idade e para saúde crônica referida como APACHEII.

O APACHE II é ferramenta utilizada e testada internacionalmente há vários anos e foi apresentado pelo Ministério da Saúde do Brasil como escore a ser usado para análise da gravidade dos pacientes adultos, admitidos em UTIs, conforme Portaria 3432, de 12 de agosto de 1998⁷. (FREITAS, et Al.1998).

OBJETIVOS

Os objetivos específicos foram: descrever a utilização do APACHE II em Unidades de Terapia Intensiva como preditor de mortalidade entre pacientes clínicos e cirúrgicos; analisar e comparar com outros hospitais a partir do uso do APACHE II a mortalidade na UTI do HCTCO; colaborar com a elaboração e aplicação de indicadores de impacto e resultado em CTI e, conhecer a realidade de atenção em saúde, a partir da análise da mortalidade, no CTI do HCTCO.

METODOLOGIA

A metodologia usada neste trabalho foi a de um estudo de coorte prospectivo dos pacientes internados na UTI do HCTCO, com amostra de 136 pacientes. Além de revisão da literatura para apoiar e comparar dados de unidades hospitalares que tenham UTIs. O objetivo deste estudo foi comparar a mortalidade em nossa instituição (UTI Adulto clínico-cirúrgico com 10 leitos disponíveis), com a mortalidade predita pelo

APACHE II.

RESULTADOS

Observou-se no presente estudo que o número de pacientes admitidos no centro de terapia intensiva foi maior no grupo de pacientes cirúrgico (admitidos em pós-operatório) em relação aos pacientes não cirúrgicos provenientes principalmente das enfermarias. Porém, o grupo que apresentou maior número de óbitos foi o de pacientes não cirúrgicos. Analisando as taxas de óbito do grupo não cirúrgico, dentro dos intervalos estratificados pelo APACHEII, observa-se que a taxa de mortalidade é elevada a partir do intervalo 10-14; 15-19; 20-24; 25-29. Outra observação sugere que a atenção deve estar voltada para os pacientes que o APACHE II classifica na média 5-9, intervalo esse considerado ainda baixa para o escore, porém para o serviço analisado o subgrupo 5-9 já é um subgrupo de alerta conforme os dados coletados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo de maneira preliminar aponta para alguns fatores que poderiam contribuir para aumentar o risco de mortalidade no CTI do HCTCO, a partir da avaliação do APACHE II, tais como: a dificuldade na regulação dos leitos hospitalares em especial os voltados à pacientes críticos do municípios, o processo contínuo e continuado de atenção por critério claro de admissão com risco pré-estabelecidos, presença de equipes multidisciplinares em atendimento regular e integrado, redução das infecções em especial no pós-operatório, com efetividade das atividades de Comissão de Infecção, contando com ampliação do número de profissionais nesta área, bem como o apoio laboratorial para tanto (tempo e efetividade dos resultados de culturas de materiais contaminados e contaminantes). Outro ponto, é a elaboração, estabelecimento e capacitação dos profissionais de todas as áreas que atuam no CTI do hospital universitário no que tange a implementação de rotinas que priorizem a fidelidade de atenção, a racionalidade e a melhores evidências científicas, além da questão dos recursos a serem aplicados.

Por fim, o APACHE II é um potencial indicador de fidelidade do serviço ofertado, considerando-se os resultados obtidos no presente estudo. Controvérsias nesse sentido podem ser vistos em outros estudos semelhantes, porém no caso do CTI do HCTCO o índice pode auxiliar na melhoria dos padrões de atendimento aos pacientes e efetividade e eficácia do atendimento prestado no hospital escola.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Azevedo, et al. Perfil e Sobrevida dos Pacientes de Unidade de Tratamento Intensivo de um Hospital Universitário do Rio de Janeiro. Revista Brasileira Terapia Intensiva. Vol. 17- Número 2- Pág.85.
2. Moraes, et al, Mortalidade em UTI, Fatores Associados e Avaliação do Estado Funcional após a Alta Hospitalar. Revista Brasileira Terapia Intensiva. Volume 17- Número 2 – Pág. 80. Abril/Junho 2005.
3. Tavares, et al. Validação de um Escore de Alerta Precoce Pré-Admissão na Unidade de Terapia Intensiva. RBTI 2008;20:2:124-127.
4. Machado, et al. Avaliação da Necessidade da Solicitação de Exames Complementares para Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva de Hospital Universitário. RBTI 2006;18:4:385-389.
5. Chavone, et al. Influence of time elapsed from end of emergency surgery until admission to intensive care unit, on Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (APACHE II) prediction and patient mortality rate. Sao Paulo Med J. 2005;123(4):167-74.
6. Cardoso, et al. Avaliação do risco de mortalidade através do APACHE II para o CTI de um hospital escola público. Pág. 85 Volume 14 - Número 3 - Julho/Setembro 2002.
7. Freitas, Eliane Regina Ferreira. Perfil e gravidade dos pacientes das unidades de terapia intensiva: aplicação prospectiva do escore APACHE II. Rev. LatinoAm. Enfermagem 18(3): 07 telas mai-jun 2010.

BASES ANATÔMICAS DA CIRCULAÇÃO FETAL PARA DEMONSTRAÇÃO DA TÉCNICA DO CATETERISMO UMBILICAL

CAVALCANTE, Mey Lie Tan Maia de Holanda. PEREIRA, Karla Racid

Docente do curso de Medicina do UNIFESO
Diciente do curso de Medicina do UNIFESO

Palavras-chave: veia umbilical, artéria umbilical, cateterismo umbilical, complicações.

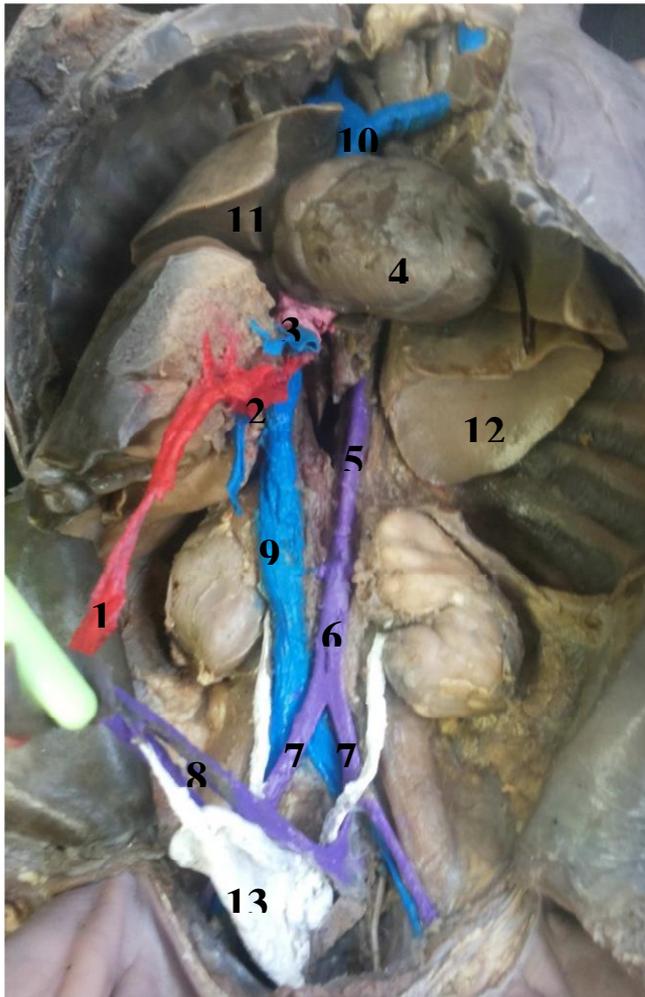
OBJETIVOS:

O objetivo do estudo é demonstrar a importância do bom entendimento anatomofisiológico da circulação fetal e da técnica do CatU, como medida de prevenção de complicações do despreparo de profissionais em formação.

MÉTODO:

Foram utilizados dois fetos fixados em formol a 10%, pertencentes ao Laboratório Anatômico do Centro Universitário Serra dos Órgãos, sendo um de terceiro trimestre no qual, através da dissecação e pintura, foram demonstradas as estruturas que formam a CF. E outro, de segundo trimestre no qual foi realizada a técnica do CatU, arterial e venoso.

RESULTADOS:



- 1 – Veia umbilical
- 2 – Ducto venoso
- 3 – Veia cava inferior pós-ductal (SatO₂ 70%)
- 4 – Coração
- 5 – Aorta descendente (SatO₂ 58,2%)
- 6 – Aorta abdominal
- 7 – Ilíacas comuns
- 8 – Artérias Umbilicais
- 9 – Veia cava inferior pré-ductal (SatO₂ 40,3%)
- 10 – Veia cava superior (SatO₂ 45,7%)
- 11 – Pulmão direito
- 12 – Lobo inferior do pulmão esquerdo
- 13 – Bexiga

Vista anterior da circulação fetal. Tração do anel umbilical realizada por pinça anatômica.

TÉCNICA DO CATETERISMO UMBILICALR ATERIAL



1 - Introdução do CtU em uma das artérias umbilicais até o anel umbilical



2 - Tração cranial do coto umbilical e introdução caudal do CtUA

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O bom entendimento das estruturas da circulação fetal e sua fisiologia é de grande relevância clínica, uma vez que para correta execução do CatU, devemos levar em conta o direcionamento cranial da veia umbilical e por isso a manobra de tração caudal do coto umbilical para realização do mesmo, gerando uma menor resistência e até mesmo o menor risco de ruptura dessa estrutura. O mesmo acontece com a cateterização das artérias umbilicais, como se direcionam caudalmente para se conectarem às artérias ilíacas internas, a tração cranial do coto umbilical possui os mesmos efeitos citados acima.

A inexistência de roteiro padronizado com o passo a passo completo da técnica do CatU, pode gerar erros culminando com repercussões hemodinâmicas, hemorragia por falso trajeto e até mesmo a morte do RN.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. MATTOS, S.S. Fisiologia da Circulação Fetal e Diagnóstico das Alterações Funcionais do Coração e do Feto. **Arq Bras Cardiol**, 3 (69): 205-207, 1997.
2. STANDRING, S.; Gray's **Anatomia- A base anatômica da prática clínica**, 40ª ed., Elsevier, Rio de Janeiro, 2010.

É SEGURO REALIZAR UMA CIRURGIA GENGIVAL USANDO ANESTESIA CONTENDO EPINEFRINA EM PACIENTES RECEPTORES DE TRANSPLANTE CARDÍACO?

¹GUIMARÃES, Carlos Alberto, ²NOGUEIRA, Vitor Emmanuel.

¹Docente do curso de Medicina do UNIFESO

²Dicente do curso de Medicina do UNIFESO

Palavras-chave: Anestésico local, Epinefrina, Cirurgia Gengival, Transplante Cardíaco.

Um tópico de melhor evidência foi construído de acordo com um protocolo estruturado. Esse protocolo está integralmente descrito no ICVTS [1].

OBJETIVOS

O objetivo geral da presente revisão é avaliar a segurança do uso de anestésicos locais contendo epinefrina em pacientes receptores de transplante cardíaco.

Os objetivos específicos consistiam em avaliar a resposta hemodinâmica dos pacientes receptores de transplante cardíaco após a injeção de anestésico local contendo epinefrina.

MÉTODO

Foi realizada uma estratégia de busca, utilizando Medline, desde 1950 até dezembro de 2013, na interface PubMed: (“Anesthesia, Dental”[Mesh] or “Anesthesia, Local”[Mesh]) e “Dental Care for Chronically Ill”[Mesh]. As listas de referência dos principais artigos foram pesquisadas e a função ‘*related articles*’ foi utilizada.

RESULTADOS

Meechan et al [2] estudaram 30 pacientes: 20 receptores de transplante cardíaco, com mais de três meses pós-transplante e medicados com ciclosporina em associação com outro agente imunossupressor, que foram submetidos à cirurgia gengival sob anestesia local com e sem epinefrina e 10 controles saudáveis, submetidos à anestesia local com epinefrina para um pequeno procedimento cirúrgico oral. Um primeiro grupo recebeu lidocaína a 2% com epinefrina 1:80.000 (grupo controle

saudável, isto é não transplantados); o segundo grupo, de receptores de transplante cardíaco, recebeu lidocaína a 2% com epinefrina 1:80.000 (grupo epinefrina) para anestesia local e o terceiro grupo, também com receptores de transplante cardíaco, recebeu prilocaína 3% com felipressina 0,03UI/ml (grupo felipressina). Os eletrodos de um monitor de eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações e um manguito de monitor automático de pressão arterial foram acoplados ao paciente.

Os receptores de transplante cardíaco evidenciaram um aumento significativo na frequência cardíaca, dez minutos após a injeção do anestésico local contendo epinefrina (23.0 ± 7.1);. Isso diferiu significativamente das mudanças observadas nos pacientes saudáveis e no grupo de transplantados que recebeu a prilocaína com felipressina (4.8 ± 7.9 e -0.2 ± 6.8 , respectivamente).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso da epinefrina em anestesia local dentária, em receptores de transplante cardíaco, parece causar um aumento significativo na frequência cardíaca.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dunning J, Prendergast B, Mackway-Jones K. Towards evidence-based medicine in cardiothoracic surgery: best BETS. *Interact CardioVasc Thorac Surg.* 2003;2:405–9.
2. Meechan JG, Parry G, Rattray DT, Thomason JM. Use of local anaesthetics in heart transplant patients. *Br Dent J.* 2002;192:161-3.

AUTISMO¹

Andreia de Santana Silva Moreira². Arthur da Silva Costa³.

¹Revisão Bibliográfica

²Médica. Docente do curso de Medicina do UNIFESO

³Discente do curso de Medicina do UNIFESO

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo realizar uma revisão bibliográfica sobre o tema Transtorno do Espectro Autista, sendo utilizados livros de referência e artigos de revistas científicas nacionais e internacionais. O Autismo é um distúrbio do desenvolvimento neurológico que se desenvolve e diagnosticado antes dos 36 meses de idade⁽¹⁾. A sua etiologia ainda é desconhecida, acredita-se que a causa seja multifatorial, com grande influência genética⁽¹⁾. Vários instrumentos de triagem foram desenvolvidos para auxiliar na detecção precoce de crianças com Transtorno do Espectro Autista⁽¹⁾. Mas ainda vem sendo criados novas revisões e novos métodos de diagnóstico. É importante o diagnóstico precoce, pois a demora do diagnóstico pode levar a piora no prognóstico. E a terapia comportamental intensiva, iniciando antes dos 36 meses de idade direcionada para o desenvolvimento da fala e da linguagem, com sucesso em melhorar a capacidade de linguagem e a função social⁽¹⁾. As características do autismo variam de acordo com o desenvolvimento cognitivo. Existem quadros de autismo extremo associados à deficiência intelectual grave e quadros de autismo mais leves⁽²⁾. A epidemiologia do Transtorno do Espectro Autista demonstra que uma em cada 88 crianças são afetadas, sendo cerca de quatro vezes mais comum no sexo masculino em relação ao feminino⁽³⁾. Nos últimos anos foram muitos os avanços sobre o conhecimento do Transtorno do Espectro Autista, mas ainda se tem muito a descobrir.

PALAVRAS CHAVE: Transtorno do Espectro Autista. Autismo. Epidemiologia. Diagnóstico.

INTRODUÇÃO

Embora inúmeras pesquisas ainda venham sendo desenvolvidas para definirmos o que seja o autismo, existe um entendimento de que o que caracteriza o autismo são aspectos observáveis que indicam déficits na comunicação e na interação social, de linguagem do neurodesenvolvimento infantil, além de comportamentos

repetitivos e áreas restritas de interesse ⁽²⁾. Essas características estão presentes antes dos 36 meses (3 anos de idade) ⁽²⁾. A noção de espectro do autismo sugere que as características do autismo variam de acordo com o desenvolvimento cognitivo. Assim, temos quadros de autismo extremo associados à deficiência intelectual grave, sem o desenvolvimento da linguagem, com padrões repetitivos simples e bem marcados de comportamento e déficit importante na interação social, e do outro lado temos quadros de autismo mais leves, sem deficiência intelectual, sem atraso significativo na linguagem, com interação social peculiar e bizarra, e sem movimentos repetitivos tão evidentes. Portanto, tem comprometimento variável de comunicação (linguagem verbal e não verbal), interação social, interesse restrito e de movimentos e comportamentos estereotipados ⁽²⁾.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão bibliográfica sobre o tema Transtorno do Espectro Autista, abordando novos avanços diagnósticos e terapêuticos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Metodologicamente este estudo foi elaborado com base em revisões da literatura, buscando concentrar o máximo de dados acerca do tema. Não foi utilizado intervalo de tempo, porém foi dada preferência a literaturas mais atuais. Foram utilizados dois livros texto de referência e dezenove artigos de revistas científicas nacionais e internacionais para estruturação desta revisão, dando-se preferência para artigos nacionais.

CONCLUSÃO

Foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o Transtorno do Espectro Autista, que demonstrou que sua etiologia ainda é desconhecida.

Pesquisas vêm sendo desenvolvidas de forma intensa sobre o Transtorno do Espectro Autista, sendo criados novos métodos e revisões.

O Transtorno do Espectro Autista afeta uma em cada 88 crianças, sendo cerca de quatro vezes mais comum no sexo masculino em relação ao feminino.

Foi verificada na última revisão (DSM-V) uma nova classificação chamada transtorno do espectro autista, que abrange as quatro condições, antes separadas, o transtorno autista, síndrome de Asperger, transtorno desintegrativo da infância e

transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação.

Nos últimos anos foram muitos os avanços sobre o conhecimento do Transtorno do Espectro Autista, mas ainda se tem muito a descobrir.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. NELSON. Tratado de Pediatria - RICHARD E. BEHRMAN, HAL B. JENSON, ROBERT KLIEGMAN. 18ª Edição. Elsevier. 2009.
2. AMA - Associação dos Amigos do Autista. Apresenta informações sobre o transtorno autístico. Disponível em: <<http://www.ama.org.br/site/autismo.html>>. Acesso em: 10 jun. 2014.
3. GOMES, Marina. Biologia do Autismo. Ciência e Cultura. Vol. 66. São Paulo, 2014.
4. SON RISE. The World of Autism. Disponível em: <<http://www.eev.com.br/gustavohenrique/?area=texto&pg=Hist%F3rico>>. Acesso em: 05 jun. 2014.
5. AMORIM, Letícia Calmon Drummond. Uma Conversa sobre Autismo. Disponível em:<<http://ama.org.br/site/images/stories/Voceeama/artigos/120326uma%20conversa%20sobre%20autismo.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2014.
6. American Psychiatric Association. Psychiatric Diagnosis and the Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition – DSM-V), 2013.
7. American Psychiatric Association - DSM: History of the Manual. Disponível em: <<http://www.psychiatry.org/practice/dsm/dsm-history-of-the-manual>>. Acesso em: 20 ago. 2014.
8. NIKOLOV, Roumen; JONKER, Jacob; SCAHILL, Lawrence. Autistic disorder: current psychopharmacological treatments and areas of interest for future developments. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2006, vol.28, suppl.1, pp. s39-s46.
9. ROCHA, Gibsi P.; BATISTA, Bianca H.; NUNES, Magda L. Orientações ao pediatra sobre o manejo das drogas psicoativas e antiepilépticas. Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro, 2004. vol.80, n.21 (pp. 45-55).
10. ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. DSM-IV-TR: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
11. AMORIM, Letícia Calmon Drummond. O conceito de morte e a síndrome

de Asperger. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

12. LEMOS, Emellyne Lima de Medeiros Dias; SALOMAO, Nádia Maria Ribeiro; AGRIPINO-RAMOS, Cibele Shírley. Inclusão de crianças autistas: um estudo sobre interações sociais no contexto escolar. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 2014, vol.20, n.1, pp. 117-130.

13. FAVORETTO, Natalia Caroline; LAMONICA, Dionísia Aparecida Cusin. Conhecimentos e necessidades dos professores em relação aos transtornos do espectro autístico. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 2014, vol.20, n.1, pp. 103-116.

14. BAGAROLLO, Maria Fernanda; RIBEIRO, Vanessa Veis; PANHOCA, Ivone. O brincar de uma criança autista sob a ótica da perspectiva histórico-cultural. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 2013, vol.19, n.1, pp. 107-120.

15. MELLO, Ana Maria S. Ros de. Autismo: guia prático; 7.ed colaboração: Marialice de Castro Vatauvuk. 6.ed. São Paulo: AMA ; Brasília : CORDE, 2007. 104 p.

16. BRASIL. Ministério da Saúde. Saberes e práticas da inclusão: dificuldades acentuadas de aprendizagem: autismo - 2. ed. - Brasília : MEC, SEESP, 2003. 64p.

17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

18. KLIN, Ami. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2006, vol.28, pp. s3-s11.

19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA). Brasília. Ministério da Saúde. 2013.

20. KLIN, Ami; MERCADANTE, Marcos T. Autismo e transtornos invasivos do desenvolvimento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2006, vol.28, pp. s1-s2 ISSN 15164446.

21. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6023: Informação e documentação – Referências – Elaboração. Rio de Janeiro, 2002. 24p

ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO AUXILIADA POR COMPUTADOR EM RELAÇÃO À TÉCNICA CONVENCIONAL¹

Sandro Santos de Silos²; Gustavo Raposo Lopes³

¹Revisão Bibliográfica

²Médico Ortopedista Do HCTCO, Teresópolis, Rio de Janeiro, sandrosilos@yahoo.com.br; ³ Estudante do Curso de Graduação em Medicina, UNIFESO, Teresópolis, Rio de Janeiro, gustavo_pvk@hotmail.com

RESUMO

O aumento da longevidade da população mundial traz consigo um aumento no número de pacientes com osteoartrose de joelho (gonartrose), tornando necessário o desenvolvimento de novas tecnologias para assegurar a qualidade de vida destes pacientes. A utilização de técnicas cirúrgicas assistidas por computador vem se tornando cada vez mais comum na área da ortopedia, sendo sua aplicação mais importante na artroplastia total de joelho, sendo este o procedimento ortopédico mais realizado por técnicas de navegação. Neste trabalho foi realizado uma revisão bibliográfica através de artigos científicos nacionais e internacionais que avaliaram os resultados das cirurgias realizadas através das técnicas de navegação e as compararam com a técnica convencional. Tais artigos foram encontrados através da MEDLINE, utilizando fontes como Pubmed, LILACS e Medscape. Os resultados mostraram que a cirurgia navegada proporcionou alinhamento e balanceamento adequado dos implantes em uma prevalência maior do que quando utilizamos a cirurgia convencional, diminuindo também a perda sanguínea e as chances de embolia gordurosa.

Palavras-chave: Artroplastia total do joelho; Cirurgia navegada; Cirurgia assistida por computador.

INTRODUÇÃO

Os avanços na medicina, em todas as suas áreas, têm como principal consequência o aumento da longevidade da população mundial. Com isso, torna-se essencial o estudo de novas técnicas que promovam melhoria na qualidade de vida de pacientes acometidos por patologias que aumentam de prevalência de acordo com o envelhecimento.

A gonartrose (osteoartrose do joelho) é uma patologia que acarreta em dor e

disfunção progressiva da articulação através da perda da homeostasia do conjunto meniscocartilagem-osso subcondral, evoluindo com lesão da massa cartilaginosa e tardiamente com lesão do tecido ósseo. Estima-se que 80% da população acima de 65 anos apresenta evidências radiológicas de gonartrose e 60% destes são pacientes sintomáticos.⁽¹⁾

Nos casos em que exista deficiência articular severa, ou em que o tratamento conservador se mostrou ineficaz, a artroplastia total de joelho (ATJ) está indicada, tendo como objetivo a restauração da função e alívio da dor nestes pacientes. Na ATJ realiza-se a substituição das superfícies articulares do paciente por implantes metálicos e de polietileno.

Para obter sucesso na ATJ o cirurgião procura colocar a prótese no melhor alinhamento possível, tanto com o membro em flexão quanto em extensão, pois o posicionamento incorreto pode provocar uma função inadequada do implante, aumentar o desgaste do material e provocar soltura da prótese. O alinhamento dos componentes dentro de 3º em relação ao eixo mecânico normal aumenta a longevidade da prótese.⁽²⁾ Estima-se que em 10% das ATJ realizadas através de sistemas de alinhamento manuais ocorram desvios do eixo mecânico superiores a 3º.⁽³⁾

Na técnica convencional o alinhamento do membro é feito com guias analógicos e a identificação visual dos acidentes ósseos depende da experiência do cirurgião e portanto, em alguns casos o alinhamento desejado acaba não sendo alcançado. A cirurgia assistida por computador (CAS) passou a ser aplicada na ATJ por oferecer uma visualização mais detalhada da anatomia do paciente ao criar um modelo virtual e interativo, auxiliando o cirurgião durante o posicionamento dos implantes, aumentando a precisão do alinhamento do membro.

OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho é avaliar através de uma revisão bibliográfica as vantagens na ATJ auxiliada por navegação quando comparada à técnica convencional (não navegada).

METODOLOGIA

O presente estudo foi desenvolvido através da revisão de diversos artigos científicos, nacionais e internacionais. Estes artigos foram pesquisados pela MEDLINE, utilizando fontes como PubMed, LILACS e Medscape.

As principais palavras-chave utilizadas na pesquisa foram: “total knee replacement”, “total knee arthroplasty” e “computer assisted navigation”. De todos os artigos encontrados, foram utilizados somente os que se encaixavam nos seguintes critérios:

ATJ primária auxiliada por navegação e acompanhamento pós-operatório de no mínimo 6 meses para avaliação do eixo mecânico.

Para esta revisão, consideramos um alinhamento pós-operatório igual ou inferior a 3° varo/valgo como sendo um resultado ótimo. Jeffrey ⁰ et al. ⁽²⁾ mostrou que em 8 anos de pós-operatório, em membros com alinhamento superior a 3° a soltura da prótese ocorreu ⁰ numa incidência de 24%, enquanto que em membros com alinhamento igual ou menor que 3° a soltura da prótese ocorreu numa incidência de apenas 3%. Outros estudos também mostraram que os fatores mais importantes para a soltura precoce do implante são o alinhamento incorreto e o balanço ligamentar inadequado. ^{(4) (5)}

Portanto, o alinhamento pós-operatório será utilizado como base para avaliar a eficácia da ATJ navegada, bem como a comparação entre a perda sanguínea na utilização de técnicas de navegação e na técnica convencional.

RESULTADOS

Quanto ao Eixo Mecânico

Todos os estudos utilizaram métodos de imagem radiológicos no acompanhamento pósoperatório para avaliação do eixo mecânico.

Hernández et al. ⁽⁹⁾ realizou um estudo comparando a ATJ auxiliada por computador com a ATJ convencional. 80 pacientes foram submetidos à ATJ primária, sendo que 40 foram cirurgias realizadas com a técnica navegada e 40 foram realizadas com a técnica convencional. No pós-operatório, ⁰ 90% dos pacientes submetidos à ATJ navegada mantiveram alinhamento do eixo mecânico dentro de 3°, enquanto apenas 50% dos pacientes submetidos à ATJ convencional conseguiram tais resultados ($p=0.007$).

Dutton et al. ⁽¹⁰⁾ também em um estudo comparativo, realizou ATJ navegada em 52 pacientes e ATJ ⁰ convencional em 56 pacientes. O resultado ideal quanto ao eixo mecânico no pós-operatório (3° varo/valgo) foi alcançado em 92% dos pacientes submetidos à ATJ navegada, comparado a apenas 68% dos pacientes submetidos à ATJ convencional ($p=0.003$).

Matos et al. ⁽¹¹⁾ estudou 39 pacientes submetidos a 42 ATJs. No grupo 1 (21

pacientes) a cirurgia foi navegada, e no grupo 2 (21 pacientes) convencional. O grupo convencional apresentou prevalência do eixo mecânico satisfatório significativamente menor que o grupo navegado (33,3% a 76,2% respectivamente), com $p=0.005$.

Quanto à Perda Sanguínea

Costa et al.⁽¹³⁾ realizou um estudo sobre a perda sanguínea pós-operatória em 48 pacientes submetidos à ATJ divididos em dois grupos: um grupo submetido à cirurgia auxiliada por computador ($n=26$) e o outro ao procedimento convencional ($n=22$). Não foram incluídos pacientes com doenças hematológicas e/ou em uso de medicamentos anticoagulantes. A média do volume sanguíneo drenado nas primeiras 48 horas de pós-operatório foi de 706 ml no grupo auxiliado por computador, e de 1.047 ml no grupo convencional. A diferença (341 ml) foi estatisticamente significativa ($p=0,0005$). Também foi observado que a média da diminuição dos níveis de hemoglobina no grupo auxiliado por computador foi de 2,3g/dl contra 3,2g/dl no grupo convencional. A diferença entre as médias da diminuição dos níveis de hemoglobina também foi estatisticamente significativa ($p=0,0007$).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cirurgia auxiliada por computador vem sendo utilizada cada vez mais no Brasil com o objetivo de assegurar que o resultado final da cirurgia seja igual, ou o mais aproximado possível, do resultado esperado pelo cirurgião.

Podemos afirmar através desta revisão bibliográfica que, tanto em pesquisas nacionais quanto internacionais, a cirurgia auxiliada por computador proporcionou implantes mais bem alinhados e balanceados no pós-operatório imediato, na maioria das vezes superando os resultados da cirurgia convencional, proporcionando melhoria na função e na marcha dos pacientes nos primeiros anos de pós-operatório.

Já sabemos que o mau alinhamento eixo mecânico tem como principal consequência a falha precoce do implante, então teóricamente a ATJ navegada seria uma alternativa para evitar que isso aconteça. Porém, ainda são necessários estudos com acompanhamento dos pacientes à longo prazo para podermos afirmar com precisão que a ATJ navegada tem impacto real no aumento da longevidade do implante.

As principais vantagens da ATJ navegada se devem ao fato desta ser um procedimento menos invasivo, capaz de proporcionar implantes mais bem alinhados, com um balanço ligamentar milimetricamente preciso e com redução significativa da perda sanguínea per e pós-operatória.

Outro argumento que fala à favor da ATJ navegada é que por se tratar de um procedimento minimamente invasivo, a perda sanguínea seja menor em relação à técnica convencional. Costa et al.⁽¹³⁾ demonstrou que existe redução significativa quanto ao volume sanguíneo drenado e quanto à queda dos níveis de hemoglobina no pós-operatório quando o sistema de navegação é utilizado.

Utilizando o sistema de navegação, evitamos também a introdução de guias intramedulares (utilizados na técnica convencional) e conseqüentemente reduzimos a quantidade de embolos sistêmicos liberados durante a cirurgia. Estudos mostraram redução significativa dos casos de embolia gordurosa na ATJ navegada.⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾ Observamos que o tempo de cirurgia é um pouco maior na ATJ auxiliada por computador do que na ATJ convencional, devido ao tempo necessário para o posicionamento dos sensores infravermelhos e ao registro dos pacientes no software do computador. Entretanto, em nenhum dos estudos avaliados, esse pequeno aumento do tempo cirúrgico apresentou relação com o aumento na incidência de complicações como infecções.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Green GA (2001). "Understanding NSAIDs: from aspirin to COX-2". *Clin Cornerstone* 3 (5): 50–60.
2. Jeffery RS, Morris RW, Denham RA. Coronal Alignment after total knee replacement. *J Bone Joint Surg Br.* 1991;73(5):709-14
3. Stulberg SD, Loan P, Sarin V. Computer-Assisted Navigation in Total Knee Replacement: Results of an Initial Experience in Thirty-five Patients. *J Bone Joint Surg Am* 2002 November 25, 2002;84 (suppl_2):S90-8.
4. Insall JN, B. R. (1985). Total knee arthroplasty. *Clin Orthop* , 192:13-22
5. Moreland, J. (1988). Mechanisms of failure in total knee arthroplasty. *Clin Orthop* , 226:49-64.
6. Hungerford DS, K. K. (1985). Total joint arthroplasty of the knee. *Clin Orthop* , 192:23-33.
7. Kinzl L, G. F. (2004). Total Knee arthroplasty – navigation as the standard. *Chirurg* , 75:976-981
8. Bãthis HL, P. T.(2004). Radiological results of image-based and non-image-based computer-assisted total knee arthroplasty. *Int Orthop* , 28:87-90
9. Hernández-Vaquero D, V. G. (2010). Computer assistance increases

precision of component placement in total knee arthroplasty with articular deformity. *Clin Orthop* , 468(5):1237-41.

10. Dutton AQ, Yeo SJ (2008). Computer-assisted minimally invasive total knee arthroplasty compared with standard total knee arthroplasty. A prospective, randomized study. *J Bone Joint Surg Am* , 90(1):2-9

11. Matos LFC, Alves ALQ, Sobreiro AL, Giordano MN, Albuquerque RSP, Carvalho ACP. Navegação na artroplastia total do joelho: Existe vantagem? *Acta Ortop Bras.* 2011; 19(4):184-8.

12. Luzo MVM (2014). Artroplastia total do joelho auxiliada por navegação: análise de 200 casos. *Rev Bras Ortop* , 49(2):149-153

13. Costa AA, Fraga CLS, Macedo DG, Cabral FCCR (2010). Comparação do sangramento pós- operatório entre a cirurgia assistida por computador e a convencional na artroplastia total do joelho. *Arq. Bras. Med. Naval* , 71(1):52-56

14. Kim, Y (2001). Incidence of fat embolism syndrome after cemented or cementless bilateral simultaneous and unilateral total knee arthroplasty. *J arthroplasty* , 16:730-739

15. Church JS, S. J. (2007). Embolic phenomena during computer-assisted and conventional total knee replacement. *J Bone Joint Surg Br.* , 89(4):481-5

ANÁLISE DA MORTALIDADE NEONATAL DOS PACIENTES NASCIDOS NO SUS DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE TERESÓPOLIS COSTANTINO OTTAVIANO

Marcus Jose do Amaral Vasconcellos¹; Helder Emmanuel Leite Alves².

¹Professor Doutor do HCTCO, Teresópolis, Rio de Janeiro, marcusav@globo.com;

²Estudante de Medicina, UNIFESO, Teresópolis, Rio de Janeiro, hvlaston@hotmail.com.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo analisar a taxa de mortalidade neonatal dos nascidos no Sistema Único de Saúde (SUS) do Hospital das Clínicas CostantinoOttaviano (HCTCO), no município de Teresópolis, bem como, fazer uma análise comparativa com outros municípios da Região Serrana, estado do Rio de Janeiro, e a situação deste marcador no território nacional. Somado a este objetivo principal, o trabalho também teve a finalidade de identificar os principais fatores de risco para a mortalidade neonatal na instituição. Por ser um importante indicador de saúde materno-infantil, e de assistência obstétrica e neonatal, a avaliação da taxa de mortalidade neonatal, apresentada nesta pesquisa, pode ser um aliado para melhorias desde a assistência ao pré-natal, como também na prevenção e promoção de saúde, das crianças nascidas neste hospital. No período estudado, houve 1202 nascidos cadastrados no SUS, dos quais foi constatado o óbito de oito recém-natos, concluindo uma taxa de mortalidade 6,65 por mil nascidos vivos, resultado encontrado pela pesquisa realizada do dia 15 de agosto de 2013 ao dia 15 de agosto de 2014 nesta instituição.

Palavras-chave: mortalidade perinatal – mortalidade neonatal – saúde pública

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde – OMS, define mortalidade neonatal, segundo expresso na Classificação Internacional de Doenças- Décima Revisão (CID-10), como o óbito ocorrido no período neonatal, ou seja, nas quatro primeiras semanas, sendo, entre 0 e 28 dias incompletos após o nascimento. Dá-se o nome à criança morta nesse período de neomorto. Esse intervalo de tempo ainda pode ser dividido em precoce, morte de um recém-nascido antes de sete dias completos, (até 168 horas completas), e tardia como óbito depois de sete dias completos, todavia antes de 28 dias completos de vida.

A taxa de mortalidade neonatal, definida pelo número de óbitos no período neonatal por mil nascidos vivos em um determinado período, é um importante indicador das condições de assistência ao pré-natal, ao parto e aos recém-natos. Esse marcador também reflete condições socioeconômicas que a região enfrenta, demonstrando a qualidade da atenção à saúde da população, em especial, materna e infantil, bem como às condições de acesso aos recursos disponíveis. A mortalidade no período neonatal, segundo dados mundiais, contempla grande parte dos óbitos calculados na taxa de mortalidade infantil¹.

Embora tenha demonstrado melhorias nos indicadores de saúde, como redução na taxa de MN, e também em aspectos socioeconômicos, esta realidade não ocorre de maneira uniforme no território nacional, evidenciando a importância da busca pela modificação deste padrão, que pode ser destacado pela variação entre a mortalidade infantil na região Sul e Sudeste (20 por mil nascidos vivos) e a taxa da região Nordeste (40 por mil nascidos vivos), no ano de 2002².

JUSTIFICATIVA

A justificativa deste trabalho está nas altas taxas de mortalidade neonatal que o Brasil apresenta. Trata-se de um problema que continua trazendo preocupação na saúde nacional. O Hospital de Clínicas de Teresópolis CostantinoOttaviano (HCTCO), unidade hospitalar e de ensino, é referência em pediatria e obstetrícia do município Teresópolis, no qual ocorrem em média 60% dos partos da cidade. Portanto é de fundamental importância um estudo epidemiológico sobre o tema, o qual possa melhorar a promoção e a prevenção de saúde nas crianças nascidas nesta instituição. Este estudo pode possibilitar um melhor entendimento da situação da mortalidade neonatal e um melhor monitoramento dos níveis de mortalidade e de indicadores específicos, elementos indispensáveis para o planejamento em saúde.

A taxa de mortalidade neonatal no Brasil é fundamental para complementação do sistema de informação em saúde e por consequência uma melhor atenção à saúde do país. Óbitos de crianças, principalmente abaixo de um ano de idade, são mortes indesejáveis, em relação à saúde pública, pois são precoces, e na maioria dos casos, evitáveis.

A redução da taxa de óbito infantil é uma das metas do milênio, estabelecidas pela ONU, metas estas que têm a finalidade de atingir melhores condições para indivíduos de todo o mundo, pois foram propostas com base nas condições de vida da

sociedade³.

OBJETIVOS

Objetivo geral:

Este projeto teve como finalidade realizar uma análise da taxa de mortalidade neonatal dos pacientes nascidos no Sistema Único de Saúde do HCTCO.

Objetivos específicos:

Apresentar a distribuição dos óbitos neonatais precoces e tardios; Descrever as características das mães e dos recém-nascidos.

Identificar os principais fatores de risco para a mortalidade neonatal na instituição.

METODOLOGIA

Estudo descritivo que dispensou a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, pois se trata de parte do trabalho da Comissão de Morte Materna e Perinatal, obrigatória em todos os hospitais de ensino, segundo a Portaria conjunta 1000 dos Ministérios da Saúde e da Educação. Constou em aplicar um questionário com os parentes mais próximos do paciente, além de coleta de dados clínicos do prontuário médico do mesmo, e acompanhamento através de telefones, ao sétimo e vigésimo oitavo dia após o nascimento, com a responsável e/ou com a instituição hospitalar na qual o recém-nascido possa ter sido transferido.

O questionário será aplicado por um observador, mas o estudo receberá auditoria periódica do coordenador do projeto, na intenção de corrigir dificuldades e incorreções.

Ao final da coleta de dados as respostas serão tabuladas e apresentadas sob a forma de tabelas e gráficos, com a finalidade de ser entregue às autoridades de saúde do município de Teresópolis, ao setor da pediatria e obstetrícia do HCTCO.

A pesquisa foi realizada no setor de Pediatria (Unidade Intermediária Neonatal) e Obstetrícia (enfermaria) do HCTCO, localizado no município de Teresópolis, Rio de Janeiro, e abrangeu o nascimento e coleta de dados entre o período de 15 de agosto de 2013 a 15 de agosto de 2014.

RESULTADOS

Houve confirmação no período estudado de 1505 nascidos vivos no HCTCO,

nos quais 1202 (79,86%) foram pelo Sistema Único de Saúde. Ocorreram oito óbitos no SUS, sendo que três (37,5%) aconteceram na própria instituição e cinco (62,5%) em locais diferentes, nas unidades para onde foram transferidos devido à gravidade, em hospital com UTI Neonatal, na capital e região metropolitana do Rio de Janeiro. A taxa de mortalidade por mil nascidos vivos encontrados foi de 6,65. Deste total, todos ocorreram no período neonatal precoce.

Foram entrevistados, registrados e acompanhados todos os pacientes nascidos em estado grave internados no HCTCO, através de questionários (ANEXO 1) realizados com o parente mais próximo do paciente (mãe). Do total de nascimentos, 39 pacientes (3,24%) tiveram necessidade de serem transferidas para unidades de maior complexidade, sendo feito o acompanhamento no sétimo e vigésimo oitavo dia após o nascimento. Desses, três pacientes (7,69%), não conseguiram manter nenhuma forma de contato, seja através do telefone ou endereço dado pelo responsável.

CONCLUSÃO

Em síntese, pode-se afirmar que durante um ano foram acompanhados todos os pacientes nascidos no HCTCO que se encontravam admitidos no SUS, em estado grave e/ou que tiveram necessidades de transferências para um hospital que possua UTIN, dependendo da necessidade dos mesmos. Os neonatos foram acompanhados até o vigésimo oitavo dia de nascimento ou até o óbito, desde que estivessem neste período.

A taxa de mortalidade por mil nascidos vivos no SUS do hospital foi de 6.65, uma taxa inferior as principais localidades de referência da instituição (Teresópolis, Petrópolis, Nova Friburgo, Região Serrana, estado do Rio de Janeiro e Brasil).

Este trabalho pode contribuir para o meio acadêmico, possibilitando estudos de ambiente construtivo e informativo sobre diferentes temas abordados na pesquisa, afim de que as pessoas e autoridades possam usufruir de informações para elaboração de políticas públicas e estratégias para a promoção da saúde materno-infantil, a prevenção de óbitos e redução da morbidade, na cidade de Teresópolis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Samir B, Melo AMC, Coutinho SB et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal, com especial atenção aos fatores assistenciais relacionados com os cuidados durante o período pré-natal, parto e história reprodutiva materna. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre. 2013,Vol.8, (3).

2. IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000:resultados do universo relativo às características da população e dos domicílios. Rio de Janeiro. 2002. 1 CD- ROOM.
3. United Nations Millennium Declaration. UN, 2000.
Disponível em: <http://www2.ohchr.org/english/law/millennium>.
4. UNIFESO. O Hospital Escola do Unifeso! Disponível em:
<http://www.unifeso.edu.br/hctco.php>. Acessado dia 30/06/2014.
5. Ortiz LP, Oushiro DA. Perfil da Mortalidade Neonatal no Estado de SãoPaulo. São Paulo em Perspectiva, 2008, v. 22, n. 1.

HIDROCEFALIA DE PRESSÃO NORMAL IDIOPÁTICA¹

Maria da Glória Costa²; Bruno Cusma Cezar Crozera³.

1Relato de caso.

2Professora Doutora Do HCTCO, Teresópolis, Rio de Janeiro, gloriacmb@yahoo.com.br,

3 Estudante de Medicina, UNIFESO, Teresópolis, Rio de Janeiro, bruninho_009@hotmail.com.

OBJETIVO

A partir de um relato de caso discutir a patologia quanto ao seu quadro clínico, diagnóstico e tratamento. Confrontando dados da literatura médica com os encontrados com a paciente em questão.

Palavras chaves: Hidrocefalia de pressão normal, derivação ventriculoperitoneal, apraxia da marcha, demência, incontinência urinária.

INTRODUÇÃO

Hidrocefalia de pressão normal (HPN), síndrome neurológica caracterizada pela tríade composta por distúrbio da marcha, demência e incontinência urinária, que não necessariamente aparecem concomitantes, se manifesta tipicamente entre 60 e 80 anos de idade^{1,2}. Diagnóstico é baseado no quadro clínico associado com achados radiográficos de ventriculomegalia e punção lombar com pressão normal do líquido cefalorraquidiano (LCR)^{1,2,3}. Seu diagnóstico muitas vezes não é feito, sendo confundido com outras patologias que levam a demências e distúrbios de marcha principalmente nos idosos^{4,5}. A derivação liquórica é o método padrão de tratamento, diferentes tipos de derivação liquórica são utilizados, porém o mais comum é a derivação ventriculoperitoneal (DVP)^{1,6,7}. O objetivo deste estudo é relatar um caso de Hidrocefalia de Pressão Normal em paciente adulto fora da faixa etária mais comum da patologia, cursando com sua tríade clássica, que teve o acidente vascular cerebral isquêmico (AVEi) como diagnóstico inicial.

RELATO DO CASO

JFS, negro, 47anos, casado, brasileiro, natural e residente da cidade Teresópolis-RJ, no dia 14/02/14 apresentou quadro de fraqueza em membros inferiores (MMII) e alteração no nível de consciência, com conseqüente queda da própria altura, conseguindo se levantar com auxílio de sua esposa, porém relata ainda outras quedas

até a chegada dos bombeiros para transferência para UPA (Unidade de Pronto Atendimento). Nesta unidade foi identificado paciente com desorientação, agitação, dislalia e disartria, foi realizado Tomografia de Crânio (TC) que não evidenciou isquemia ou hemorragia, e então transferido para Hospital das Clínicas de Teresópolis Constantino Otaviano (HCTCO) / Teresópolis-RJ, com diagnóstico inicial de AVE (Acidente Vascular Encefálico) isquêmico. Na enfermaria de Clínica Médica paciente informou episódio semelhante há três meses, e desde então vem apresentando alteração no equilíbrio com distúrbio na marcha e por isso tem sofrido pequenas quedas. Relata ainda períodos de agitação, ansiedade e alucinações, sendo medicado por conta dessas queixas com diazepam e haldol. De relevante na história patológica pregressa há histórico de hipertensão arterial, em uso regular de captopril. Histórico familiar desconhecido, pois foi abandonado pela família aos 3 anos de idade. Na história social há relato de tabagismo (Carga tabágica de 45 maços/ano) e etilismo (Faz uso de destilados e fermentados). Ao exame físico paciente encontrava-se algo desorientado, marcha atáxica, cooperativo com o examinador, eupneico em ar ambiente, acianótico, anictérico, normohidratado, normocorado. Sinais vitais: PA: 170x120 mmHg, FC: 80 bpm. Aparelho cardiovascular, pulmonar e abdome sem alterações. Membros superiores (MMSS): hemiparesia à direita, grau de força muscular III. MMII: sem edema, panturrilhas livres, pulsos presentes, hemiparesia à direita com grau de força muscular II. Foi então solicitado novo TC de crânio (Figura 1), que evidenciou hidrocefalia tetraentricular, apresentando um índice de Evans de 0,45. Não havia alteração nos exames laboratoriais. No 21º dia de internação iniciou o quadro de incontinência urinária e no 23º dia de internação foi realizada punção lombar com retirada de 40 ml sem intercorrências, porém líquido não foi enviado para análise e não foi relatada a pressão do líquido. No dia seguinte ao procedimento houve melhora da hemiparesia do MSD (grau de força V) e MID (grau de força IV), melhora do nível de consciência comparado com os dias anteriores e melhora do quadro de incontinência urinária. Apesar do valor não quantificado da pressão líquórica, foi considerado quadro clínico associado à evidência tomográfica de hidrocefalia e a melhora sintomática após punção lombar, e então corroborado diagnóstico de Hidrocefalia Normobárica e proposto tratamento cirúrgico definitivo. No 32º dia de internação foi realizada derivação ventriculoperitoneal (DVP) sem intercorrências e no 11º dia de pós-operatório foi admitida alta hospitalar com melhora evolutiva dos sintomas, mas paciente mantinha ainda períodos de desorientação, agitação e dificuldade leve para mobilizar os quatro membros. Em avaliação

subsequente, dia 12/08/14 (146 dias após alta hospitalar), paciente negou confusão mental, alucinação ou alteração urinária, se encontrando lúcido e orientado, com força preservada nos quatro membros e deambulando sem dificuldade. Ao exame de imagem realizado no mesmo dia o paciente mantém a ventriculomegalia, mas com diminuição dos ventrículos como evidenciado na TC de crânio com o índice de Evans de 0,38 (Figura 2).

DISCUSSÃO

Hidrocefalia de pressão normal (HPN) é uma síndrome neurológica que foi primeiramente reconhecida pelo neurocirurgião Salomón Hakim, no Hospital San Juan de Dios, em Bogotá, Colômbia, em 1957^{1,6}. Ele descreveu o aumento da área ventricular como um requisito muito importante na HPN e afirmou que é devido a esse aumento da área que se desenvolve uma força prejudicial aos circuitos neuronais periventriculares, mesmo na presença de PIC (Pressão intracraniana) normal¹. Mas faltava explicar a razão pela qual a área ventricular aumenta de tamanho, para elucidar essa razão, outras teorias foram criadas. Uma delas é a de hipoperfusão cerebral, tal hipótese se deve a influência do ciclo cardíaco sobre a dinâmica líquórica¹. Outros autores discordam da teoria de hipoperfusão cerebral como base da fisiopatologia da HPN. Takaya através do seu estudo chegou conclusão que outros fatores além da hipoperfusão cerebral são responsáveis pela fisiopatologia⁸. Bateman afirma que a HPN pode ocorrer independentemente da perfusão arterial fluxo venoso profundo e reconhece a diminuição do fluxo venoso superficial como potencial causador da HPN⁹.

A manifestação clínica da HPN é caracterizada pela tríade composta por distúrbio da marcha, demência (HPN representa 11% das causas de demências) e incontinência urinária, que não necessariamente aparecem concomitantes, sendo o distúrbio da marcha o sintoma mais comum no início do quadro e a demência pode desenvolver sintomas com predomínio frontal, tais como mudanças de personalidade; ansiedade; depressão; síndromes psicóticas, como estados delirantes, alucinações e estados agressivos; transtorno obsessivo compulsivo; Síndrome de Otelo; furtos e mania^{1,5,6}. Se manifesta tipicamente entre 60 e 80 anos de idade, como uma doença progressiva, crônica e que não possui antecedente de causa^{1,2,6}.

O diagnóstico é feito através do quadro clínico associado com achados radiográficos de ventriculomegalia (Índice de Evans $\geq 0,3$, calculado através da divisão da largura máxima dos cornos anteriores sobre a largura máxima da calvária) e punção

lombar com pressão normal do LCR (105-190 mm H₂O)^{1,2,3,6}. O diagnóstico de HPN muitas vezes não é feito, sendo confundido em até 53,3% das vezes com outras patologias que levam a demências e distúrbios de marcha principalmente nos idosos^{4,5,6}.

A derivação liquórica é o método padrão de tratamento, diferentes tipos de derivação liquórica são utilizados, porém o mais comum é a derivação ventrículo-peritoneal (DVP), mediante a utilização de um cateter delgado, cujo fluxo interior é unidirecional (craniocaudal), por causa da presença de um dispositivo valvulado acoplado ao sistema, que comunica os ventrículos cerebrais com a cavidade peritoneal, onde o excesso de LCR é drenado^{1,6,7}.

O paciente descrito neste trabalho apresentou a tríade clássica desta patologia, inicialmente com quadro de demência e distúrbio da marcha e por último a incontinência urinária. Devido ao quadro motor foi erroneamente diagnosticado com AVE e inicialmente tratado para tal condição. Porém devido ao quadro simétrico de fraqueza em MMII, com ataxia da marcha associado à hidrocefalia, foi aventada a hipótese de HPN, e o paciente foi corretamente tratado evoluindo com melhora completa dos sintomas.

CONCLUSÃO

Neste relato de caso foi demonstrada a presença de HPN fora da sua faixa etária mais comum, apresentando a tríade clássica e que teve como diagnóstico inicial o AVE. Depois de realizado o diagnóstico correto e a cirurgia adequada para o caso, o paciente apresentou melhora clínica. Isso demonstra a importância do diagnóstico precoce e correto da patologia, devendo ser lembrada como diagnóstico diferencial de demências, especialmente nos casos atípicos e aqueles associados à alteração da marcha e incontinência urinária por tratar-se de patologia tratável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pereira Renan M., Mazeti Laura, Lopes Deborah C., Pinto Fernando C., Hidrocefalia de pressão normal: visão atual sobre a fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. Arq Bras Neurocir. 2012; 31(1): 10-21.
2. Marmarou A, Young HF, Aygok GA, Sawachi S, Tsuji O, Yamamoto T, et al. Diagnosis and management of idiopathic normal-pressure hydrocephalus: a prospective study in 151 patients. J Neurosurg. 2005; 102(6): 987-97.
3. Relkin N, Marmarou A, Klinge P, Bergsneider M, Black PM. Diagnosing

idiopathic normal-pressure hydrocephalus. *Neurosurgery*. 2005; 57(3 Suppl):S4-16.

4. Oliveira Matheus F., Oliveira João R. M., Rotta José M., Pinto Fernando C. G.. Psychiatric symptoms are present in most of the patients with idiopathic normal pressure hydrocephalus. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. 2014 June; 72(6): 435-438.

5. Silva David W., Damasceno Benito P.. Demência na população de pacientes do Hospital das Clínicas da Unicamp. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. 2002 Dec; 60(4): 966-999.

6. Meleato Luciano; Bigal Marcelo E.; Speciali José G. Hidrocefalia de pressão normal: avaliação de cinco anos de experiência e revisão de literatura. *Medicina*, Ribeirão Preto, 200 Out/Dez; 33: 499-505.

7. Bugalho Paulo, Alves Luisa, Ribeiro Olga. Normal pressure hydrocephalus: a qualitative study on outcome. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. 2013 Nov; 71(11): 890-895.

8. Takaya M, Kazui H, Tokunaga H, Yoshida T, Kito Y, Wada T , et al. Global cerebral hypoperfusion in preclinical stage of idiopathic normal pressure hydrocephalus. *J Neurol Sci*. 2010(15); 298(1-2): 35-41.

9. Bateman GA. The pathophysiology of idiopathic normal pressure hydrocephalus: cerebral ischemia or altered venous hemodynamics? *AJNR Am J Neuroradiol*. 2008; 29(1): 198-203.

CONTROLE GLICÊMICO E EVOLUÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE PANCREATECTOMIZADO TOTAL POR IPMN (NEOPLASIA INTRADUCTAL PAPILAR MUCINOSA)¹

²Mariana Casali Gondim; ³Flávio Antônio de Sá Ribeiro; ⁴Juliana Barcellos Dias Futuro

1-Relato de Caso;

2-Estudante de Graduação em Medicina do Unifeso;

3-Professor de Clínica Cirúrgica/Oncológica do Unifeso; 4-Professora de Clínica Cirúrgica do Unifeso e HCTCO.

RESUMO

No câncer de pâncreas há indicação de pancreatectomia total quando não há margens livres precisas de ressecção ou quando envolve pelo menos dois segmentos do pâncreas. Todavia, o maior óbice para tal procedimento é a perda da função endócrina e exócrina natural que o órgão tem. A consequência lógica, é o descontrole metabólico hormonal (com picos hiperglicêmicos e hipoglicêmicos) e uma função prejudicada da digestão e da absorção. De tal forma que o paciente usualmente faz uso de insulina por toda a vida e faz uso de enzimas exógenas. A literatura desencoraja tal tipo de cirurgia devido ao alto grau de morbimortalidade, além dos efeitos colaterais posteriores do pós-operatório. Soma-se ainda, a parva descrição destes efeitos colaterais (descontrole metabólico e desabsorção), com escassíssima informação na literatura médica. Contudo, este relato apresenta paciente masculino de 66 anos de idade, que foi internado na enfermaria da Clínica Cirúrgica I do Hospital Federal de Bonsucesso - Rio de Janeiro/Brasil em Fevereiro de 2013, que há dois anos foi diagnosticado com neoplasia intraductal papilífera mucinosa no pâncreas, sendo realizado Whipple mais pancreatectomia total mais esplenectomia. Evoluiu com uso somente de insulina NPH diária, não sendo necessário uso de enzima exógena até hoje.

Palavras-chave: Pancreatectomia total; ressecção pancreática; hiperglicemia; hipoglicemia; enzimas exógenas.

INTRODUÇÃO:

A neoplasia Intraductal Papilar Mucinoso (IPMN) é uma entidade patológica distinta formada por uma proliferação de células epiteliais papilares produtoras de mucina, que podem produzir excessiva quantidade de muco e pode provocar dilatação

cística do ducto pancreático. A IPMN tem um amplo espectro histológico, variando de uma hiperplasia mucinosa mínima ou adenoma, para carcinoma invasivo. O tempo estimado para esta progressão é de aproximadamente cinco anos⁽⁵⁾. Critérios de ressecções pancreáticas para tratamento da IPMN, incluindo pancreatectomia total (PT), têm sido propostos. IPMN com envolvimento do ducto pancreático principal tem se mostrado um fator de risco para os cânceres prevalentes e incidentes e, portanto, é uma das principais causas para recomendar a ressecção cirúrgica⁽⁵⁾. Relatórios de evidências recentes sugerem que PT para IPMN está ganhando popularidade e vem sendo utilizada com mais frequência por cirurgiões experientes e vem trazendo resultados positivos para qualidade e expectativa de vida dos pacientes que são submetidos a tal procedimento^(5,9).

O objetivo deste trabalho é relatar o caso de um paciente apresentando neoplasia intraductal papilífera mucinosa que foi submetido à pancreatectomia total evoluindo no pós-operatório de forma bastante positiva no que diz respeito à insuficiência pancreática endógena (apresentou estabilização dos níveis glicêmicos) e exógena (não necessitou do uso de enzimas exógenas), o que difere da maioria das referências médicas científicas.

METODOLOGIA

Foi realizado um relato de caso e para a discussão foi realizada pesquisa bibliográfica nas seguintes bases de dados: Lilacs, Scielo, Pubmed com os seguintes descritores: “Pancreatectomia total”, “neoplasia intraductal papilífera mucinosa”, “enzimas exógenas”, “ressecção pancreática”, “hipoglicemia” e “hiperglicemia”. Foram utilizados ainda livros texto de câncer pancreático (Von Hoff DD, et al. Pancreatic cancer. Jones and Bartlett Publishers 2005, 1st edition) e Tratado de cirurgia (Townsend CM, et al. Sabinston: Tratado de cirurgia. Saunders Elsevier 2010, 18th edition).

RELATO DE CASO

IDENTIFICAÇÃO

GDCL, sexo masculino, branco, 66 anos, casado, natural do Rio de Janeiro, residente em Niterói, bancário aposentado.

QUEIXA PRINCIPAL

“Dor no local onde retirou a vesícula há cinco anos.”

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (HDA)

Paciente relatava dor persistente que aparecia de forma constante, em região abdominal, que segundo o mesmo estava associado à presença de hérnia incisional após colecistectomia realizada há cerca de cinco anos. Nega outras sintomatologias associadas. Devido à persistência de quadro algico, procurou atendimento médico e foi solicitada Ressonância Nuclear Magnética (RNM) do abdome e pelve (21/12/2012), que apresentou a seguinte impressão: Esteatose leve; Coledocolitíase; Lesões císticas pancreáticas sugestivas de IPMT. Após realização de RNM de abdome e pelve com tal conclusão, e persistência da dor, o paciente se dirigiu a Emergência do Hospital Federal de Bonsucesso, onde foi encaminhado para internação devido a sua doença pancreática, para posterior realização do procedimento cirúrgico. Esta foi a primeira pancreatectomia total planejada realizada neste Serviço. No dia 01/03/2013, paciente foi submetido à cirurgia de pancreatectomia total mais Wipple mais esplenectomia para tratamento de tumor de pâncreas, apresentando no laudo histopatológico Neoplasia Intraductal Papilífera Mucínica.

HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA (HPP)

Paciente portador de hipertensão arterial sistêmica, em uso de Hidroclorotiazida 25mg 1x/dia e Losartana 50mg de 12/12 horas. Refere dislipidemia sem tratamento. Nega diabetes Mellitus e outras comorbidades. Nega transfusões prévias, alergias medicamentosas. Refere colecistectomia há cerca de cinco anos.

HISTÓRIA FAMILIAR

Pai apresentava diabetes Mellitus, falecido com 92 anos, mãe falecida aos 80 anos por problema cardíaco, tem duas filhas vivas e saudáveis. Irmão falecido por câncer no estômago e irmã falecida por câncer no sistema linfático.

HISTÓRIA ALIMENTAR

Vegetariano há 26 anos, relata apresentar alimentação adequada qualitativa e quantitativamente.

HISTÓRIA SOCIAL

Reside em boas condições de moradia. Casa de alvenaria com esgoto fechado e água encanada. Coleta de lixo 02 vezes por semana.

EXAME FÍSICO NA INTERNAÇÃO (19/02/2013)

Paciente em bom estado geral, lúcido e orientado em tempo e espaço, acianótico, anictérico, hidratado, apirético, normocorado, eupnéico em ar ambiente, relatando dejeções fisiológicas e sem queixas algicas. PA: 140x90mmHg, Temperatura axilar: 36,5°C. Aparelho respiratório: murmúrio vesicular universalmente audível, sem

presença de ruídos adventícios. FR: 19 irpm. Aparelho cardiovascular: Ritmo cardíaco regular em dois tempos, bulhas hipofonéticas sem presença de sopros ou extrassístoles.

FC: 68bpm. Abdome: Flácido, globoso, peristáltico, doloroso à palpação superficial e profunda, sem sinais de irritação peritoneal, ausência de massas palpáveis ou vísceromegalias. Membros inferiores: Panturrilhas livres de empastamento, sem edema, pulsos pediosos presentes.

DISCUSSÃO

Nos dias atuais, apesar de restrito, a indicação para PT permanece segura em um subgrupo seletivo de pacientes⁽⁵⁾. A PT é comumente requerida nos pacientes que apresentam IPMN, é um precursor potencialmente curável de adenocarcinoma de pâncreas^(5,9). As principais indicações para o tratamento cirúrgico se baseiam em: tamanho do tumor, localização, presença de atrofia em corpo e cauda pancreáticas, presença de insuficiência pancreática endócrina e exócrina, que levam às indicações de pancreatectomia subtotal ou total^(5,8,13). O paciente relatado, foi submetido à PT.

As alterações endócrinas que acompanham a PT são devidas tanto da ausência de produção do glucagon e dos polipéptídeos pancreáticos (PP), quanto da deficiência de insulina e, portanto, são considerados diferentes do tipo convencional de diabetes mellitus tipo 1 (DM 1) e diabetes mellitus tipo 2 (DM tipo 2). Pacientes pancreatectomizados totais são mais vulneráveis a episódios hipoglicêmicos severos, e tendem a ser resistentes a cetose, além de terem um nível de plasma mais elevado de precursores gliconeogênicos, que incluem, o lactato e alanina por causa da ausência de glucagon⁽⁵⁾, o que ainda não ocorreu com este paciente em dezoito meses de segmento pós-operatório. Quanto ao polipeptídeo pancreático, foi sugerido que desempenha um papel importante na indução de sensibilidade hepática à insulina e na regulação do receptor de insulina⁽⁵⁾. Na sequência da PT, os receptores de insulina não são regulados periféricamente, tornando os pacientes exclusivamente sensíveis à reposição de insulina, o que resulta em controle glicêmico problemático e aumento da susceptibilidade de episódios de hiperglicemia e hipoglicemia^(5,7). Importante constar que os estudos de acompanhamento da evolução clínica e controle glicêmico pós-pancreatectomia total apresentam uma diminuta exploração na literatura médica científica.

CONCLUSÃO

Por ser a pancreatemia total a cirurgia de escolha para alguns tipos de tumores pancreáticos, a mesma hoje, já se torna eficaz e apresenta sucesso terapêutico, favorecendo qualidade de vida para o paciente associada a uma melhor expectativa de vida, porém existem poucos estudos de acompanhamento pós-operatório a longo prazo para demonstrar tal benefício. Torna-se válido e de fundamental importância o incentivo a mais estudos sobre estas questões, pois pacientes vêm evoluindo clinicamente de forma bastante positiva, com controle dos níveis glicêmicos e sem a necessidade do uso de enzimas exógenas. Além do que, serve para encorajar o aumento da demanda desse procedimento cirúrgico em grandes centros e com profissionais qualificados, que com certeza trarão resultados satisfatórios e de sucesso para pacientes submetidos a tal procedimento na atualidade.

REFERÊNCIAS

1. Jamil LH, Chindris AM, Gill KRS, Scimeca D, Stauffer JA, Heckman MG, et al. Glycemic control after total pancreatemia for intraductal papillary mucinous neoplasm: an exploratory study. *HPB Surgery*. 2012.
2. Stauffer JA, Nguyen JH, Heckman MG, Grewal MS, Dougherty M, Gill KRS, et al.
3. Patient outcomes after total pancreatemia: a single centre contemporary experience. *HPB Surgery*. 2009;11:483-492.
4. Murphy MM, Knaus II WJ, Hill JS, McPhee JT, Shah AS, Tseng JF, et al. Total pancreatemia: a national study. *HPB Surgery*. 2009;11:476-482.
5. Janot MS, Belyaev O, Kersting S, Chromik AM, Seelig MH, Sulberg D, et al. Indications and early outcomes for total pancreatemia at a high-volume pancreas center. *HPB Surgery*. 2010.
6. Dominguez-Comesaña E, Gonzalez-Rodriguez FJ, Ulla-Rocha JL, Ledezma-Fernandez A, Portela-Serra JL, Piñon-Cimadevila MA. Morbidity and mortality in pancreatic resection. *Cir Esp*. 2013;91(10):651-658.
7. Martin RF, Zuberi KA. The evidence for technical considerations in pancreatic resections for malignancy. *Surg Clin N Am*. 2010;90:265-285.
8. Witkowski P, Savari O, Matthews JB. Islet Autotransplantation and total pancreatemia. *Advances in Surgery*. 2014;48:223-233.
9. Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. Sabiston: Tratado de cirurgia. 18th ed. Rio de Janeiro. Saunders Elsevier; 2010.

10. Von Hoff DD, Evans DB, Hruban RH. Pancreatic cancer. 1st ed. Jones and Bartlett Publishers; 2005.

TABELA DE RISCO DE PAPIERNIK ADAPTADA PARA PREVENÇÃO DE PREMATURIDADE: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE PARTOS PREMATUROS E A TERMO, NO MUNICÍPIO DE TERESÓPOLIS - RJ.

Marcus Jose do Amaral Vasconcellos¹; Hugo Leonardo Baptista da Silva²

¹Professor Doutor do HCTCO, Teresópolis, Rio de Janeiro, marcusav@globocom.com;

²Estudante de Medicina, UNIFESO, Teresópolis, Rio de Janeiro, hugobaptista.med@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A prematuridade é um dos grandes problemas de saúde pública, contribuindo com elevados números para a morbimortalidade infantil e para a invalidez, principalmente em países em desenvolvimento. Em 1970, a Holanda apresentava uma incidência de prematuros de 4,0% dos nascimentos; em 1977, a América do Sul apresentava 25,0%; em 1980, a França apresentava 8,0%; em 1985, a Unidade de Recém-Nascidos da Maternidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, apresentava 10,7% e a Unidade de Recém-Nascidos da Maternidade do Hospital Universitário da USP apresentava 7,8%⁴.

A mortalidade neonatal contribui com cerca de 40% da mortalidade infantil.

Dados de 1984 nos mostraram que os E.U.A. reduziram a mortalidade de prematuros de 54% e a América Latina, de 33%, o que mostra uma defasagem de 20 anos⁴.

O mecanismo etiológico de parto prematuro tem vários componentes. Daí a grande importância dos fatores epidemiológicos associados ao parto prematuro quais sejam: demográficos, socioeconômicos, comportamentais, biomédicos e atenção médica².

OBJETIVOS

Objetivo geral:

Comparar e identificar as principais diferenças comportamentais, socioeconômicas, raciais e culturais entre puérperas de recém-nascidos prematuros e a termo através da aplicação de questionário elaborado baseando-se na escala de Papiernik para risco de prematuridade.

Objetivos específicos:

Revisar a literatura e discorrer sobre a prematuridade, focando em seus fatores de risco de maior significado na atualidade, e nas suas taxas mundial, brasileira, do Rio de Janeiro e do Município de Teresópolis, mais recentes.

Aplicar um questionário baseado na tabela de risco de Papiernik, contendo perguntas relacionados aos principais fatores de risco para prematuridade em mães de recém-nascidos prematuros e a termo, na proporção de 1:2, no período mínimo de dez meses, na Maternidade do Hospital das Clínicas Constantino Ottaviano, localizada no Município de Teresópolis.

Identificar os fatores que representam maior risco de parto prematuro para as gestantes teresopolitanas a partir dos dados coletados com o questionário.

Confrontar os dados colhidos, comparando os resultados entre partos prematuros e a termo.

Comparar os resultados colhidos sobre os perfis de mães pré-termo na unidade hospitalar em que será realizado o seguinte trabalho aos dados disponíveis na literatura científica atual.

JUSTIFICATIVA

Embora tenha havido significativo avanço na medicina e tecnologia, a prevalência de nascimentos prematuros em países desenvolvidos como a França ainda é de 6%, enquanto nos Estados Unidos é de 11%^{1,2}. Já nos países em desenvolvimento, como o Brasil, a prevalência de prematuros é de aproximadamente 7%⁸. A prevalência de baixo peso ao nascer é de 9,2% no Brasil³, 3,3% na Dinamarca, 30% na Índia e 7% nos Estados Unidos.

Um dado epidemiológico importante pode ser percebido ao se analisar os dados SINASC (14/12/2009), quando levamos em consideração o número de nascidos vivos em nosso país. O gráfico 3 demonstra que esta taxa vem decrescendo no Brasil, no estado do Rio de Janeiro e na cidade de Teresópolis.

METODOLOGIA

A pesquisa, sob a forma de coorte prospectivo, foi realizada na Maternidade do Hospital de Clínicas Constantino Ottaviano com aplicação de questionário epidemiológico em puérperas antes de sua alta. A coleta de dados foi feita por observador único, sob a supervisão do responsável pelo projeto, após aprovação do

CEP. Este projeto obedece integralmente a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, respeitando as regras que protegem os sujeitos de pesquisa em nosso país.

Entre 1º de Março de 2012 e 31 de Dezembro de 2012 foram entrevistadas pacientes que deram à luz recém-natos vivos ou mortos com idade gestacional entre 20 e 37 semanas. Esta idade foi obtida do cartão de pré-natal, do cálculo de última menstruação e de ultrassonografia de 1º trimestre. Este dado foi confirmado pelas Escalas de Ballard ou Capurro obtidas pela avaliação dos neonatologistas no berçário.

Como grupo controle foram entrevistadas as duas puérperas seguintes ao caso de prematuridade que tiveram seus filhos com 37 ou mais semanas de gestação, estabelecendo assim a relação 2 para 1.

Os dados resultantes foram organizados, calculadas as porcentagens para cada item e os grupos (prematuros e a termo) foram comparados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o período de Março a dezembro de 2012, coletamos dados referentes a 42 puérperas, divididas em dois grupos. Os resultados do presente estudo nos indicam que, na amostra analisada, os fatores que mais se associaram à prematuridade foram: estado civil (solteiras), idade (inferior a 25 anos), número de gestações (primíparas), número de consultas e qualidade de pré-natal (<6 e ruim ou regular), início tardio de pré-natal (>12 semanas) e tabagismo (gestantes tabagistas). Tais resultados estão de acordo com a bibliografia disponível.

Mães solteiras (64,29%), de acordo com os resultados desta pesquisa, mostraram-se mais vulneráveis à prematuridade do que as que se identificaram como em uma relação estável ou casadas (35,71%). Tal observação também foi feita por Rondó et al. em 2003³. Há especulações de que mulheres solteiras encontram-se menos amparadas, uma vez que não dispõem de um companheiro com quem dividir as angústias e responsabilidades e uma gestação².

CONCLUSÃO

A carência de dados específicos sobre o tema referentes a Teresópolis (ou mesmo Região Serrana) faz com que a presente pesquisa assuma papel importante quanto a obtenção futura de dados relativos aos riscos de prematuridade na região pesquisada.

Além dos danos que a prematuridade causa no indivíduo, sua ocorrência onera

sobremaneira o Sistema Único de Saúde, o que justifica que sejam adotadas medidas que tenham como finalidade a prevenção de sua ocorrência.

Apesar disso, o tamanho diminuto da amostra, bem como o fato de ter sido realizada em serviço único de saúde, com informações dependentes de documentação de pré-natal e fornecidas pelas pacientes, pode prejudicar sua aplicabilidade em nível nacional, ou mesmo estadual.

Os fatores que tiveram maior relevância estatística foram estado civil (ser solteira), Idade (menor ou igual a 25 anos), número de gestações (primiparidade), renda familiar (igual ou menor que dois salários mínimos), número de consultas de pré-natal (menos de 5 consultas), qualidade do pré-natal (regular ou ruim), início tardio do acompanhamento pré-natal (superior a 12 semanas de amenorreia) e tabagismo (ser tabagista).

O presente estudo, aliado a bibliografia disponível, demonstra que a prematuridade pode ser uni ou multicausal, uma vez que os itens específicos da pesquisa não mostram-se auto excludentes, podendo coexistir.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. LANSKY S, FRANÇA E, LEAL MC. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. Ver Saúde Pública 2002. 36(6):759-72
2. RAMOS HAC, CUMAM RKN. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. Esc Ana Nery 2009. 13 (2): 297-304
3. RONDÓ PH, FERREIRA RF, NOGUEIRA F. Maternal psychological and distress as predictor of low birth weight, prematurity and intrauterine growth retardation. Eur J Clin Nutr 2003. 57 (2): 266-72
4. SILVEIRA MF et al. Nascimentos pré-termo no Brasil entre 1994 e 2005 conforme o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Cad. Saúde Pública 2009. 25(6): 1267-75
5. VAZ FAC. Prematuridade – fatores etiológicos. Pediatrics 8 1986. 169-17

TESTE DE PROGRESSO NO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA DO UNIFESO - SEU PERCURSO HISTÓRICO E O OLHAR DO ESTUDANTE

Camille Pereira Caetano¹, Mariana Beatriz Arcuri², José Feres Abido Miranda³

¹Estudante do Curso de Medicina do UNIFESO;

² Professora Titular do Curso de Medicina do UNIFESO;

³ Professor Titular e Pró-Reitor Acadêmico do UNIFESO

Introdução: A formação dos médicos é tema de discussão nas Associações de Educação Médica, Conselhos Regionais e escolashá anos. As diretrizes curriculares nacionais têm há dez anos tentado nortear estas discussões e a própria formação de novos profissionais médicos. No Brasil, as diretrizes curriculares para os cursos de graduação em Medicina seguem o contexto mundial de transformação de referenciais da educação e das políticas de saúde. Essas mudanças buscam uma nova orientação que possa contribuir para a formação do profissional que a sociedade contemporânea exige^{3,4,6}. As instituições são estimuladas a transformarem-se na direção de um ensino que, dentre outros atributos, valorize a equidade e a qualidade da assistência e a eficiência e relevância do trabalho em saúde. O processo de mudança da educação traz inúmeros desafios, entre os quais romper com estruturas cristalizadas e modelos de ensino tradicional e formar profissionais de saúde com competências que lhes permitam recuperar a dimensão essencial do cuidado: a relação entre humanos^{2,5}. O Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO) é uma das instituições que se propôs a enfrentar esses desafios. Após mais de cinco anos de discussões dentro da Escola, no segundo semestre de 2005, iniciou-se um processo de implantação e desenvolvimento de um currículo médico integrado, norteador por competências, com a utilização da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) como uma das metodologias ativas empregadas. Nesse modelo pedagógico, as disciplinas não constituem mais o eixo da estrutura curricular, que se torna integrado, extinguindo-se a divisão entre ciclo básico e clínico. Neste contexto inovador e de enfrentamento dos desafios postos pela realidade dos serviços de saúde e pela sociedade, observa-se também, no princípio desta IES, a permanente análise dos processos avaliativos, através do “acompanhamento da eficiência, eficácia e efetividade da educação e do ensino”, bem como sua “relevância, pertinência e qualidade” (PPPI, UNIFESO). Além disso, a Comissão Própria de Avaliação

(CPA) apresentou, em seu PAAI 2012, um modelo de avaliação institucional que possui em seu núcleo os cursos de graduação, incentivando assim sua autoavaliação. O Teste de Progresso do Curso de Medicina do UNIFESO (TPMed) é uma das ferramentas utilizadas no processo de avaliação formativa dos estudantes. Têm por finalidade avaliar o ganho cognitivo do discente durante sua graduação nas diferentes grandes áreas do conhecimento médico e permite aos estudantes, docentes e grupo gestor avaliar o próprio curso. A origem do TPMed remonta à Kansas City School of Medicine, da Universidade de Missouri no ano de 1961, sendo posteriormente adotado pela Universidade de Limburg, em Maastricht. No Brasil a primeira experiência com o TPMed foi em 1998 na Universidade Estadual de Londrina. Desde 2007 é aplicado anualmente aos doze períodos da graduação, tendo caráter não obrigatório. É realizado em horário curricular e possui quatro horas de duração. Abrange conteúdos de conhecimentos gerais e específicos. As questões específicas são subdivididas nas áreas médicas básicas que são: saúde do adulto e do idoso (clínica médica e cirúrgica), saúde da mulher e da criança (ginecologia, obstetrícia e pediatria) e saúde coletiva. Para a sua concretização a universidade conta com uma agenda de planejamento que acompanha desde a sua elaboração, aplicação, análise de resultados e a distribuição individual dos resultados. São analisados a frequência dos discentes, acertos, perfil das respostas e o ganho cognitivo geral e por área de conhecimento. Além disso, também se avalia o nível de dificuldade das questões.

OBJETIVOS

Analisar a trajetória do Curso de Medicina do UNIFESO no Teste de Progresso e avaliar da perspectiva discente, as fragilidades e potencialidades desta ferramenta de avaliação formativa.

METODOLOGIA

A aplicação de questionário a 343 estudantes, representado 35,5% dos discentes do Curso de Medicina do UNIFESO foi uma das ferramentas metodológicas utilizadas para alcançar a discussão proposta nos objetivos do projeto. Além disso, foi realizada a análise documental do discurso institucional, presente nos documentos oficiais, como o Projeto Político Pedagógico Institucional (PPPI), o Projeto Pedagógico (PPC) do Curso de Graduação em Medicina e o Estatuto do UNIFESO, além dos relatórios de resultados do Teste de Progresso fornecidos pela PROAC.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Se tomada como parâmetro a média geral de respostas, observa-se compromisso do estudante com o TPMed e com sua formação pessoal, sendo portanto uma potencialidade pois demonstra o reconhecimento da ferramenta de autoavaliação. Em contrapartida, a percepção mais negativa em relação ao TPMed relaciona-se à visão do estudante a respeito do formato de discussão dos resultados e a sua participação nestes encontros, confirmando uma fragilidade do TPMed. Analisando de forma individual cada período/ano da graduação, obteve-se como resultado que o primeiro, 2º, 3º e 4º anos do curso percebem de forma similar a importância da avaliação formativa no auxílio ao processo de aprendizagem, se comparada à outras formas de avaliação. O 9º período é o que mais se assemelha a média total do curso, não tendo nenhum ponto de distanciamento importante tanto para positivo quanto para negativo. O 10º período apesar de ter um bom nível de conhecimento sobre o TPMed e ter uma boa visão sobre as questões do teste, é o período que mais se afasta negativamente da média do curso quando se fala da atitude e decisão de realizar o teste, da motivação em se auto avaliar e do TPMed como estímulo para a formação pessoal. O 6º ano, último na formação médica, é o que tem maior nível de conhecimento sobre o TPMed em relação à média geral. Porém diante dos outros aspectos sua média é inferior à do restante do curso, e cujo perfil discente não vê estímulo em se auto avaliar e não percebe o *feedback* que o TPMed é capaz de dar. Algo que a primeira vista pode parecer contraditória, pois o último ano poderia utilizar o teste para avaliar o seu conhecimento adquirido durante sua formação e que será cobrado nas provas de residência no final do ano. Em relação à última questão do instrumento, que permitia ao respondente escolher o que gostaria de mudar no TPMed se quisesse, observou-se o comportamento a seguir: 18% mudaria o número de questões enquanto 20% o formato das mesmas. De forma expressiva, podemos dizer que não há incômodo com o tempo de prova ou com o formato do resultado individual recebido (5,2 e 4,7%). Entretanto, reforça a fragilidade apontada pelos resultados mostrados no início de nossa discussão, o fato de 30% dos respondentes apontarem para a necessidade de mudar o formato dos encontros de discussão do teste, alternativa mais marcada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível observar que há uma crescente adesão ao teste no decorrer dos anos de sua aplicação, proporcional à intensificação da utilização da ferramenta de sensibilização discente e da discussão do TPMed no âmbito institucional, gerando a possibilidade de um maior conhecimento e sensibilização de toda a comunidade acadêmica, incluindo professores e funcionários.

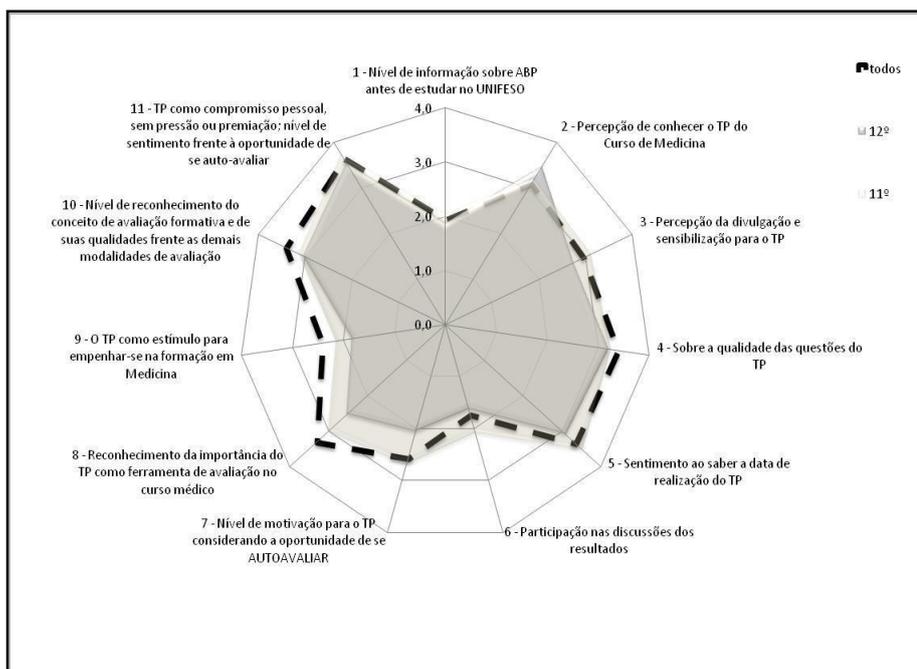


Gráfico do perfil de resposta dos estudantes do último ano de graduação.

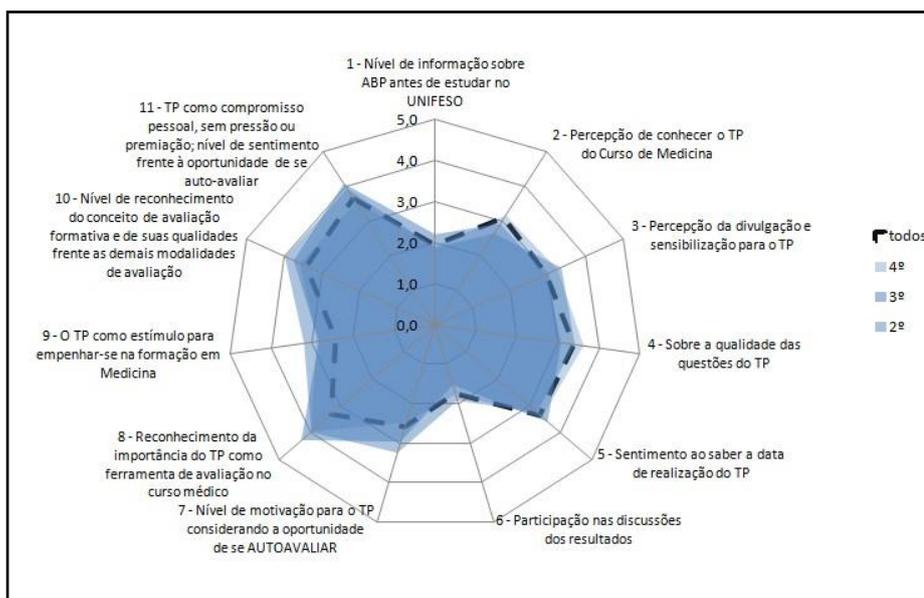


Gráfico do perfil de resposta dos estudantes dos primeiros dois anos de graduação.

É certo afirmar que a discussão das questões da prova e dos resultados alcançados pelo curso e pelas turmas deve ser potencializada com estudantes e professores. Percebe-se, ainda, pela análise realizada, que, à medida que estudantes avançam no curso médico, a necessidade de investir em estratégias que incentivem à contínua autoavaliação, reflexão sobre conhecimentos, habilidades e atitudes também aumenta, pois parece tornar-se mais difícil esta prática, necessária para alcançar-se a mudança preconizada nas DCNs. Investir e acreditar no TPMed como ferramenta formativa de avaliação centrada no profissional de saúde em formação é insistir para que os estudantes de medicina não percam a “porosidade” e a sensibilidade construída pela autoavaliação contínua.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Associação Brasileira de Educação Médica, Projeto ABEM 50 anos: Dez anos das diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina, 2012.
2. Lampert JB., Aguilar-da-Silva RH., Perim GL., Stella RCR., Abdalla IG., Costa NMSC. C. Projeto de avaliação de tendências de mudanças no curso de graduação nas escolas médicas brasileiras. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 33(1), p. 5-18, 2009.
3. MEC, 2001, Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001, “Institui
4. Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina”
5. MEC/CONAES. Diretrizes para a avaliação das instituições de educação superior. Brasília, 2004.
6. PRÓ-SAÚDE- Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, SGTES, Ministério da Saúde, 2005.
7. SOOD, R., SINGH, T., Assessment in medical education: Evolving perspectives and contemporary trends. National Medical Journal of India, v. 25(6), p. 357-64, 2012.

MIASTENIA GRAVIS: RELATO DE UM CASO E ABORDAGEM REVISIONAL DO TRATAMENTO DESSA PATOLOGIA

GONÇALVES, Américo Fernando dos Santos Gonçalves, MOREIRA, Andrea de

Santana Silva, SILVA, Naiana de Fátima Silva.

Docentes do curso de Medicina do UNIFESO.
Discente do curso de Medicina do UNIFESO.

Palavras-chave: Miastenia gravis, junção neuromuscular, autoimunidade, tratamento

Breve relato do caso que motivou esse trabalho: Idoso, sexo masculino, apresentou diminuição da acuidade visual acompanhada de ptose progressiva até demonstrar-se total e bilateralmente em sete dias. Somada ao quadro, o paciente apresentava fraqueza muscular de moderada intensidade em membro superior esquerdo e articulação mandibular esquerda. Foram investigadas e excluídas doenças degenerativas e oncológicas. Apresentou à eletroneuromiografia de face a impressão diagnóstica de doença da placa motora, à ressonância magnética de mediastino sem alterações e anticorpos ligadores do receptor da acetilcolina em níveis elevados (7,14 nmol/L/ Reagente: superior ou igual a 0,50 nmol/L). Após cinco dias de uso de corticoide associado a anticolinesterásico, apresentou melhora de 50% do quadro de ptose e regressão total da fraqueza muscular em membro superior e músculos mandibulares, sendo firmado assim o diagnóstico de miastenia gravis. O paciente encontra-se em acompanhamento médico objetivando melhora dos sintomas e prevenção de complicações.

Abordagem da patologia e tratamento: Doenças da junção neuromuscular caracterizam-se por fraqueza da musculatura somática, entre elas a mais conhecida é a denominada Miastenia gravis (MG). O termo MG tem origem grega e latina, onde mys = músculo, astenia = fraqueza e gravis = pesado, severo. Ela interrompe a transmissão entre os neurônios e sua célula-alvo. Esta interrupção está relacionada com a destruição da transmissão neuromuscular por diferentes mecanismos como: diminuição dos receptores nicotínicos de acetilcolina pela atuação de anticorpos contra os mesmos, os Anti AChR, destruição das proteínas envolvidas com a formação neuromuscular ou pela atuação de anticorpos contra uma proteína quinase específica

do músculo (MUSK). No timo da maioria desses pacientes encontramos infiltração linfocítica.

A prevalência da doença tem aumentado, estimando-se 20 casos por 100.000 habitantes.

A idade média de início nas mulheres é de 26 anos e nos homens de 31 anos^{1,5,7}.

Como apresentação clínica da doença manifesta-se uma fraqueza muscular esquelética, não dolorosa, intermitente, que piora com a repetição de movimentos e aumento da temperatura corporal, bem como apresenta melhora ao repouso. Os sintomas variam de dia para dia ou mesmo de hora para hora e pioram tipicamente a noite. A manifestação inicial mais comum é a ptose palpebral assimétrica acompanhada de diplopia e ocorre em aproximadamente 85% dos casos. A doença em sua forma generalizada, isso é, acometendo músculos extra oculares, geralmente ocorre dois anos após os primeiros sintomas. Além das manifestações oculares, os pacientes podem apresentar manifestações faciais (queixo caído, lábio inferior evertido e olhos semiabertos), na língua (trissulcada de Buzzard, onde se observa um sulco medial e dois laterais), fonéticas-fonológicas (disartria, voz nasalada, disfonia ou afonia) e ainda vários graus de dispneia, disfagia e fraqueza dos membros ou axial^{5,7,9}.

A avaliação clínica do paciente com essa hipótese diagnóstica consiste em examinar os músculos da face, orofaringe, da musculatura do pescoço, membros superiores e inferiores, incluindo as manobras deficitárias da queda da cabeça e dos braços estendidos, além do teste de Mingazzini para membros inferiores, que exigem a manutenção da postura por aproximadamente dois minutos. Realiza-se também a análise dos músculos respiratórios¹⁰.

Os exames complementares que auxiliam na confirmação do diagnóstico são os testes farmacológicos, imunológicos, eletrofisiológicos, laboratoriais e radiográficos, prova de função tireoidiana e pulmonar, testes oftalmológicos e eventualmente a biópsia muscular, que pode ser útil no diagnóstico diferencial das miopatias^{10,11}.

Os fatores a serem observados na escolha do tratamento incluem a distribuição, a duração, a gravidade da fraqueza miastênica, o comprometimento funcional, o risco de complicações do tratamento relacionados com comorbidades existentes, idade e sexo, bem como a capacidade do paciente para obter medicação e cumprir esquemas de dosagem e monitoramento de toxicidade. O tratamento da patologia baseia-se na intervenção das alterações nos diferentes níveis do processo imunitário, sendo divididos em não farmacológicos (tímectomia, plasmaferese e fisioterapia) e farmacológicos

(inibidores da acetil colinesterase, imunossupressores, imunoglobulina intravenosa)^{2,5}.

Embora seja eficaz e a mortalidade praticamente zero, existem ainda grandes dificuldades na compreensão dos fatores que contribuem para a sua cronicidade e na forma de curar realmente o quadro^{1,4,7}.

OBJETIVO

Relatar caso clínico de paciente com miastenia gravis e realizar revisão bibliográfica da patologia com enfoque no seu tratamento.

METODOLOGIA

Relato de um caso. Para a revisão teórica foram utilizados os seguintes descritores: Miastenia gravis, junção neuromuscular, autoimunidade, tratamento. As pesquisas foram realizadas nas bases de dados: Pubmed, scielo, EBSCOhost e bireme e foram selecionadas algumas publicações dos últimos dez anos, com texto completo. Além de consulta á livros-textos clássicos da Neurologia clínica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão cada vez mais detalhada dos mecanismos moleculares e fisiopatológicos da MG possibilitou novas e mais acessíveis modalidades de tratamento. Sabe-se que a maioria dos doentes tratados segundo os protocolos atuais (incluindo o caso apresentado) apresenta uma melhora terapêutica compatível com uma qualidade de vida praticamente inalterada em relação à população geral, porém ainda há pacientes refratários às terapias convencionais e os efeitos adversos das opções terapêuticas, principalmente dos imunossupressores, são frequentes. Perante essa conjuntura, surgiram recentemente vários alvos potenciais para uma imunoterapia cada vez mais específica. Grande parte desta pesquisa é praticada em modelos experimentais e a grande questão é a passagem desta condição relativamente homogênea (modelo animal) para uma tipicamente heterogênea (condição humana). A grande finalidade desses novos estudos é levar a remissão da doença e não apenas tratar a sua sintomatologia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ropper, Allan H. Adams and Victor's principles of neurology. 8.ed. New York: McGraw-Hill, 2005.
2. Castello branco AC, Maior FNS, Ramalho LSN, Gorgonio IF, Ramalho JA, Vinagre JBF et al. Atualizações e perspectivas na Miastenia Gravis. Revista Brasileira de Ciências da saúde, Vol 15, n 4, p. 403-506, 2011.
3. Kumar V, Kaminski HJ. Treatment of Myasthenia Gravis. Current Neurology and Neuroscience Reports, Vol 11, p. 89-96, Fev-2011.
4. Juel VC, Massey J. Myasthenia Gravis. Orphanet journal of rare diseases, Vol 2, p.44, Nov-2007.k
5. Gomes MM. Neurologia para o clínico. 1 ed. UFRJ 2008.
6. Angelini C, Martignago S, Bisciglia M. New treatments for myasthenia: a focus on antisense oligonucleotides. Dovepress Journal, Jan- 2013.
7. Carneiro SCR. Fisiopatologia e Tratamento da Miastenia Gravis. Atualidades e Perspectivas futuras. 2012. Dissertação (Mestrado em Medicina)- Universidade da Beira Interior, Mai-2012.
8. Haroutiunian S, Lecht S, Zur AA, Hoffman A, Davidson E. The challenge of pain management in patients with myasthenia gravis. J Pain Palliat Care Pharmacother. 2009.
9. Meriggioli MN, Sanders DB. Autoimmune myasthenia gravis: emerging clinical and biological heterogeneity. Lancet Neurol. 2009.
10. Kothari MJ. Myasthenia gravis. Revista JAOA, 104(1): 377-84, 2004.
11. Robb S.A. et al. Congenital Myasthenic Syndromes in childhood: Diagnostic and management challenges. Journal of Neuroimmunology, 201-201(2): 6-12, 2008.
12. Cirillo ML. Neuromuscular emergencies. Pediatric Emergency Medicine, 9(2): 88- 95, 2008.
13. Leite MI, Strobel P, Jones M, Micklem K, Moritz R, Gold R, et al. Fewer thymic changes in MuSK antibody-positive than in MuSK antibody-negative MG. Ann Neurol. 2005 Mar;57(3):444-48.
14. Sathasivam S. Current and emerging treatments for the management of myasthenia gravis. Ther Clin Risk Manag. 2011;7: 313-23.

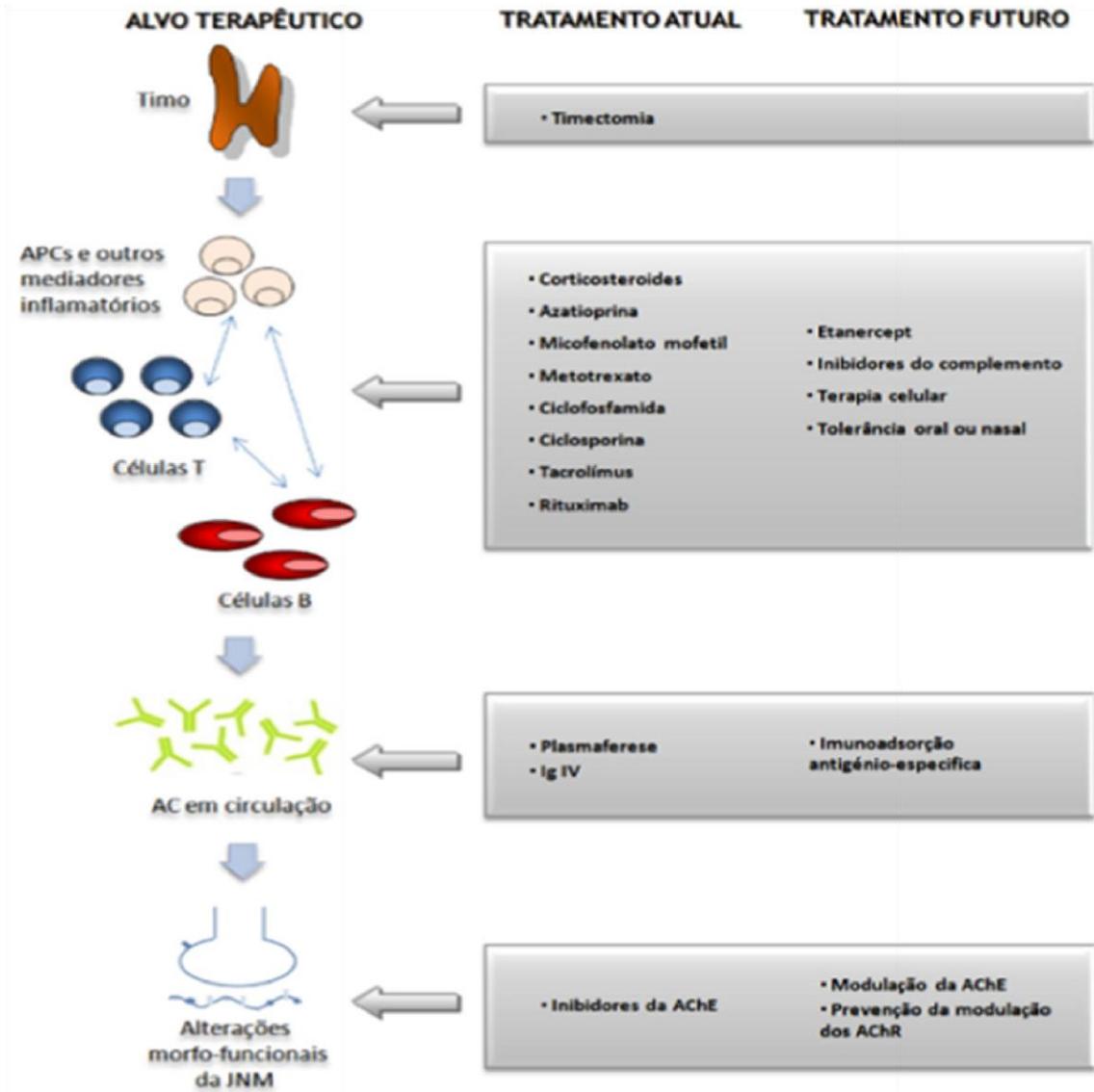


Figura 1: Etapas imunopatológicas da MG e as opções terapêuticas atuais e futuras. AChE, acetilcolinesterase; AChR, recetor de acetilcolina; APCs, células apresentadoras de antígenos; IgIV, imunoglobulina intravenosa. Fonte adaptada da referência 7.

TRACOMA: UMA IMPORTANTE, MAS POUCO CONHECIDA, CAUSA DE CEGUEIRA

Rafael Merlo Dourado Vidal Alves, Mário Castro Alvarez Perez

O tracoma é uma ceratoconjuntivite crônica, que acomete, principalmente, populações carentes, evoluindo em muitos casos, se não tratada, para cegueira. É considerada a principal causa infecciosa de cegueira no mundo (1). Causada pela bactéria *Chlamydia trachomatis*, por muitas vezes se apresenta assintomática. Seu diagnóstico é realizado através de exame oftalmológico e seu tratamento realizado, na fase aguda, com antibióticos específicos.

O objetivo do trabalho foi apresentar uma revisão bibliográfica acerca da patologia Tracoma, demonstrando sua relação com a cegueira adquirida, e realizar uma completa descrição da doença, com sua história, epidemiologia, etiologia, fisiopatologia, dados clínicos, métodos diagnósticos, conduta e prognóstico. Contribuindo para uma maior consciência da comunidade médica acerca da importância de uma importante, mas ainda pouco lembrada, causa de cegueira.

Para tanto, foi realizada uma busca nas bases de dados LILACS e CIELO, no período compreendido entre 03/2014 e 06/2014, procurando por artigos abrangendo diferentes aspectos do tracoma, sendo selecionados estudos publicados entre 1992 e 2012.

Na base de dados SCIELO, a busca foi realizada no período compreendido entre 03/2014 e 06/2014, utilizando-se as palavras-chave tracoma, oftalmologia, doenças negligenciadas e conjuntivite granulomatosa. Os seguintes termos em inglês também foram pesquisados: trachoma e neglected diseases.

A busca de dados na base LILACS foi efetuada no período entre 03/2013 e 06/2014, utilizando-se as mesmas palavras-chave anteriormente descritas (tracoma, oftalmologia, doenças negligenciadas e conjuntivite granulomatosa); tais palavras foram combinadas entre si, visando a obtenção de um resultado mais específico

A OMS estima que aproximadamente 84 milhões de pessoas sejam afetadas com tracoma ativo no mundo e 7,6 milhões tenham a forma sequelar da doença. A doença apresenta maiores cargas em países da África, do sudeste asiático e da região oeste do Pacífico(4).

No Brasil, apesar da diminuição acentuada da prevalência de tracoma verificada

nas últimas décadas, a doença persiste enquanto problema de saúde pública em comunidades carentes (3).

O agente etiológico provoca uma conjuntivite crônica, que é acompanhada de certos sinais e sintomas, dentre eles: prurido ocular, hiperemia leve, e escassa ou nenhuma secreção ocular, podendo passar despercebido, por ser muitas vezes assintomático, principalmente entre as crianças mais jovens(5).

O diagnóstico é essencialmente clínico-epidemiológico, sendo realizado através do exame ocular externo, por profissional de saúde capacitado, utilizando-se para tanto lupa binocular de 2,5 vezes de aumento e iluminação adequada, com luz do dia ou foco luminoso. Pode ser confirmado, o diagnóstico, se houver pelo menos dois dos seguintes sinais: folículos linfóides na conjuntiva palpebral superior; cicatrizes conjuntivais típicas; pannus vascular; folículos límbicos ou suas sequelas(2).

O tratamento medicamentoso, realizado com o uso de antibióticos, está indicado na fase inflamatória da doença, enquanto que, nas fases de seqüela (com entrópio palpebral e/ou triquíase tracomatosa), os pacientes deverão ser encaminhados para avaliação e cirurgia corretiva das pálpebras. Os casos de opacidade corneana devem ser encaminhados para medida de sua acuidade visual. Os objetivos do tratamento do tracoma são a cura da infecção e a consequente interrupção da cadeia de transmissão da doença(2).

Palavras-chave: tracoma; oftalmologia; doenças negligenciadas; conjuntivite granulomatosa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Controle do Tracoma**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2001
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. 2ª Ed. rev, Série A. **Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica** - nº 21. Brasília-DF, 2008
3. LOPES, M. F. C. Tracoma: situação epidemiológica no Brasil, 2008. Dissertação (Mestrado)–Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2008.
4. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Resolução CD49.R19/2009**: Eliminação de doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas

à pobreza. Disponível em:

<http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=900&Itemid=614>. Acessado em: 12/08/2014

6. PINTO, I. C. S. Fatores epidemiológicos associados à prevalência do tracoma no Estado do Amapá. Manual, ESNP, FIOCRUZ. 2011.

DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE: RELATO DE CASO

*Shaira Santos Cade*¹; *Andréia de Santana Silva Moreira*².

Discente do Curso de Graduação em Medicina do UNIFESO; e-mail: shairasantos7@gmail.com.
Docente do Curso de Graduação em Medicina do UNIFESO; e-mail: andreiasm3@hotmail.com

Palavras-chave: miopatias, distrofina, Distrofia Muscular de Duchenne, corticoterapia nas distrofias musculares.

OBJETIVOS

Apresentar um caso clínico de Distrofia Muscular de Duchenne e aprofundar o conhecimento sobre a patologia, além de elucidar a importância da realização do diagnóstico precoce da Distrofia Muscular de Duchenne como forma de atenuar a evolução desfavorável da doença.

JUSTIFICATIVA

A Distrofia Muscular de Duchenne é uma afecção neuromuscular frequente em crianças do sexo masculino, no entanto é consensual na literatura, que há um atraso no estabelecimento do seu diagnóstico pelo profissional médico. Diante disto, promover a elucidação sobre o tema, através de relato de caso, torna o conhecimento do assunto mais difundido no meio acadêmico/profissional, facilitando o diagnóstico precoce da doença.

METODOLOGIA

O presente trabalho é um estudo descritivo desenvolvido com dados obtidos por anamnese, exame físico e exames complementares coletados do prontuário do paciente que segue em acompanhamento ambulatorial no consultório médico de Neuropediatria da Dra. Professora Andréia de Santana Silva Moreira, para realização do relato de caso sobre a Distrofia Muscular de Duchenne. Para obtenção dos dados obtivemos a permissão da mãe por meio do termo de consentimento livre e esclarecido de acordo com o estabelecimento na resolução 196/96. Realizamos buscas em artigos científicos nas bases de dados scielo, pubmed, bireme, manuais e literatura médica. Os descritores utilizados para a busca de artigos científicos foram: miopatias, distrofina, Distrofia Muscular de Duchenne, corticoterapia nas distrofias musculares.

RELATO DO CASO:

T.A.A., 6 anos de idade, sexo masculino, branco, natural e residente em Teresópolis. Deu entrada no consultório médico de Neuropediatria com queixa de quedas frequentes. História da Doença Atual: desde que começou a andar mãe nota quedas frequentes e cansaço para andar. Este quadro foi se intensificando e procurou ortopedista há dois anos que diagnosticou pés planos e prescreveu palmilhas. Como não houve melhora retornou ao ortopedista que solicitou dosagem sérica de CPK, cujo resultado foi 16.100. Foi encaminhado ao neurologista. Condições de gestação, parto e nascimento: Gesta I, gestação com ameaça de parto prematuro, foi feita tocólise, fez pré-natal completo. Parto cesáreo, a termo, nasceu bem, chorou ao nascer, APGAR 8/9. Peso:3550g. História Patológica Progressiva: bronquite e distúrbio do sono. História Fisiológica: andou com um ano e um mês e falou com dois anos. Não sabe informar demais marcos. Frequenta escola com dificuldades de aprendizado. História Familiar: não há casos semelhantes na família. História Social: moram em casa de alvenaria com cinco cômodos, onde moram três pessoas. Água encanada e esgoto fechado. Não coabitam com animais. Ao exame Físico: Peso: 36,5Kg, comprimento: 116cm, perímetro cefálico: 54cm. Ativo e reativo, eupneico, corado, acianótico, anictérico, apirético, hidratado, bem perfundido. Aparelho respiratório: murmúrio vesicular presente, sem ruídos adventícios. FR: 30 irpm. Aparelho cardiovascular: ritmo cardíaco regular, em dois tempos, sem sopros. FC: 87 bpm. Abdome globoso, flácido, sem visceromegalias. Exame neurológico: pseudohipertrofia de panturrilhas, marcha anserina e digitígrada, força muscular: MMSS proximal: 5/5, distal 5/5; MMII proximal 4/5, distal 4/5, posterior 4-/5, hiporreflexia profunda generalizada, levantar miopático em 4 segundos e correr em 10 segundos. Conduta: Solicitado DNA para pesquisa de Distrofia Muscular de Duchenne. Resultado: Duplicação fora de fase do éxon 2, no gene da distrofina. Evolução: Iniciada corticoterapia em junho 2013 com prednisolona 0,7mg/kg/dia 20 dias por mês. Na última consulta houve piora e foram solicitados os exames para acompanhamento para corticoterapia e na próxima será trocado por deflazacort.

DISCUSSÃO

No relato do caso apresentado, o escolar possui diagnóstico da Distrofia Muscular de Duchenne em que não há casos na família, ratificando a descrição na literatura sobre casos esporádicos, onde não há manifestação clínica da doença em outros integrantes da mesma família.

Na investigação diagnóstica por meio da pesquisa de mutação da proteína distrofina, o caso apresentado possui duplicação fora de fase do éxon 2, no gene da distrofina, confirmando o diagnóstico genético da patologia.

O quadro clínico pode ter início sob duas formas: como atraso no desenvolvimento motor ou no desenvolvimento da linguagem. Quanto ao desenvolvimento locomotor pode-se identificar demora na aquisição da marcha, quedas frequentes, dificuldades de correr, e marcha típica: anserina e na ponta dos pés (marcha digitígrada), além de dificuldades para subir escadas ou levantar-se do chão. No relato de caso apresentado observamos que o escolar foi levado para um atendimento inicial pelo serviço de ortopedia com queixas, apresentadas pela mãe, de quedas frequentes desde os 13 meses de idade, período em que iniciou a deambulação, além de fadiga durante a locomoção.

Os achados no exame físico revelaram uma pseudohipertrofia de panturrilhas, marcha anserina e digitígrada, força muscular: MMSS proximal: 5/5, distal 5/5; MMII proximal 4/5, distal 4/5, posterior 4-/5, hiporreflexia profunda generalizada, levantar miopático em 4 segundos e correr em 10 segundos. Tais achados no exame físico se correlacionam às alterações da DMD descritas na literatura. A pseudohipertrofia das panturrilhas, um sinal mais avançado da hipertrofia de panturrilhas, resultado da infiltração do músculo por gordura e tecido conjuntivo.

A corticoterapia, uma estratégia paliativa, visa atenuar a evolução natural da doença. Melhores resultados são obtidos quando o tratamento medicamentoso está associado a um programa de reabilitação global que visa prevenir ou retardar as complicações clínicas, tais como: atrofia por desuso e osteoporose, retrações e deformidades e maximização da função muscular, dentro das limitações impostas pela evolução da doença. Para o escolar apresentado neste relato de caso foi iniciada corticoterapia em junho 2013 com prednisolona 0,7mg/kg/dia 20 dias por mês. Na última consulta houve piora e foram solicitados os exames para acompanhamento para corticoterapia e na próxima seria trocado por deflazacort, visando atenuar os efeitos colaterais da terapia com corticóides.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Distrofia Muscular de Duchenne é uma afecção neuromuscular grave e frequente na população pediátrica do sexo masculino. A realização deste relato de caso de uma criança portadora da doença proporcionou subsídios para ampliar os conhecimentos sobre a doença. O diagnóstico precoce é um grande desafio tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento e o principal fator associado consiste na demora de se estabelecer o diagnóstico devido à falta de conhecimento da doença pelos médicos não especialistas durante a abordagem inicial desses pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alcântara, MA, et al. Carrier detection and prenatal molecular diagnosis in a Duchenne muscular dystrophy family without any affected relative available. *Ann. Genet.* 44. 2001; p.149-153.
2. Araújo, APQC et al. Diagnosis delay of Duchenne muscular dystrophy. *Rev Bras Saúde Materno Infantil.* Rio de Janeiro.4(2). 2004. p.179-183.
3. Behrman,RE,Kliegman,R,Jenson,HB.Nelson: Tratado de Pediatria.18ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier,2009.
4. Benedini,LOC, Ribeiro,PG,Prado,CM, et al. Immobilization and therapeutic passive stretching generate thickening and increase the expression of laminin and dystrophin in skeletal muscle. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research.*São Paulo. 47(6).mai 2014;p.483-491.
5. Bushby,KMD,Hill,A, Stelle,IG.Failure of early diagnosis in symptomatic Duchenne muscular dystrophy. *The Lancet.* 353. Feb 1999;p.557-558.
6. Moreira, ASS, Araújo, APQC.Fatores Relacionados à Demora no Diagnóstico de Distrofia Muscular de Duchenne. *A Visão da Família.* 2008. Tese de Mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
7. Moreira, ASS, Araújo, APQC. Não reconhecimento dos sinais e sintomas iniciais na atenção primária e a demora no diagnóstico de Distrofia Muscular de Duchenne. *Revista Brasileira de Neurologia.* Rio de Janeiro. 45(3). jul-ago. 2009. p.39-43.
8. Moreira, ASS, Araújo, APQC. Os Desvios do Desenvolvimento Neuromotor na Infância no Domínio da Formação Médica: o Caso da Distrofia Muscular de Duchenne. 2014. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

9. Bushby,KMD, Finkel,R, Birnkrant,DJ, et al. Diagnosis and management of Duchenne muscular dystrophy, part 1: diagnosis, and pharmacological and psychosocial management.The Lancet Neurology.Nov.2009.
10. Essex, C, Roper,H. Late diagnosis of Duchenne's muscular dystrophy presenting as global developmental delay. British Medical Journal. Volume 323: Jul 2001; p. 37.
11. Crisp,DE, Ziter,FA,Bray,PF.Diagnostic delay in Duchenne's muscular dystrophy. JAMA.1982;247:478-480.
12. Goyenvalle, A, Seto, JT, Davies, KE, et al. Therapeutic approaches to muscular dystrophy. Human Molecular Genetics vol. 20. Mar. 2011.
13. Landfeldt, E, Lindgren, P, Bell, CF, et al. The burden of Duchenne muscular dystrophy. Neurology Journal of the American Academy of Neurology,USA,2014. DOI 10.1212.
14. Leung,DG, Wagner,KR. Therapeutic Advances in Muscular Dystrophy. Annals Neurology.Baltimore,2013; 74:404–411.
15. Perce, JM. Gowers' Sign. Journal of Neurology Neurosurgery Psychiatry.New York 68(2).Feb.2000. p.149.
16. Reed, UC. Doenças Neuromusculares. Jornal de Pediatria. São Paulo. Volume 78. Suplemento 1. Jul 2002. S99-S100.
17. Reed, UC. Miopatias. In: DIAMENT, A.; CYPEL, S. Neurologia Infantil. 5ª edição. São Paulo. Atheneu, 2010. 77: 1405-1471.
18. Roberto,R,;Fritz,A,;Hagar,Y,; et al. The Natural History of Cardiac and Pulmonary Function Declinein Patients with Duchenne Muscular Dystrophy. National Institutes of Health Public Access. California, USA,2012. 36(15): E1009–E1017.
19. Simon, VA, Resende, MBD, Simon, MAVP et al. Duchenne muscular dystrophy. Arquivos de Neuropsiquiatria, São Paulo, 2011,69(1):19-22.
20. Sugita,H,;Takeda,S.Progress in muscular dystrophy research with special emphasis on gene therapy The Japan Academy, Japão, 2010. doi: 10.2183/pjab.86.748
21. Van Ommen, GJ, Scheuerbrandt,G. Neonatal Screening for muscular dystrophy. Consensus recommendation of the 14th workshop sponsored by the European Neuromuscular Center (ENMC). Neuromuscular Disorders. 3(3). 1993; p.231-239.
- 22- Wang,D, Wangm,XX, Song, LH, et al. Analysis of differentially expressed genes in various stages of Duchenne muscular dystrophy by using a network view. Genetics and Molecular Research. China. 12 (4).out.2013;p.4480-4488.

IMPORTÂNCIA DO PSA NO RASTREIO DO CANCER DE PRÓSTATA

Antonio Sabino O. Rodrigues

Teresópolis, Rio de Janeiro, Estudante de Medicina, UNIFESO, Teresópolis, Rio de Janeiro, minoto@gmail.com

RESUMO

Introdução: Muitos trabalhos tem questionado o uso da dosagem do PSA no rastreio do câncer de próstata. Este estudo teve como objetivo a revisão da literatura para avaliar a importância do teste de PSA sobre a mortalidade e estágio da doença. **Objetivos:** Compreender através da revisão bibliográfica atual, a importância do rastreamento do câncer de próstata usando o PSA. **Metodologia:** Foi realizada revisão bibliográfica na literatura nacional e internacional, Levantamento bibliográfico nos seguintes bancos de dados eletrônicos: SCOPUS; PUBMED; LILACS, onde foi pesquisados 60 artigos. A escolha dos artigos foi realizada mediante a leitura dos títulos e resumos a fim de confirmar a temática proposta. Em caso de dúvidas sobre a abordagem do tema relacionado realizamos uma nova leitura, e após uma análise dos resumos e artigos, decidimos, ou não por sua exclusão ao estudo. Foram selecionados dez artigos. **Conclusão:** Através dos estudos, concluímos que o rastreio a partir de 50 anos detecta carcinomas mais precoces e reduz a mortalidade por esta doença.

Palavras-chave: Câncer de Próstata. Rastreio com PSA.

INTRODUÇÃO

O câncer é uma das principais causas de morte no mundo, em 2009 foi responsável por 7,6 milhões de mortes, correspondendo a 13% do total de mortes¹. Nos Estados Unidos uma a cada quatro mortes é devida ao câncer e estima-se para 2012 cerca de 1.638.910 novos casos de câncer com 577.190 mortes por câncer para os sexos masculino e feminino. Deste total, 848.170 novos casos serão em homens, dos quais, o câncer de próstata corresponde a 241.740 (29%) e 28.170 mortes, (9%)¹.

A última estimativa mundial apontou o câncer de próstata como o segundo tipo de câncer mais frequente em homens, representado por 915 mil novos casos em 2009. No Brasil, em 2010 o número de óbitos correspondeu a 12.778, estima-se que em 2012

os novos casos deste câncer corresponderam a 60.180, risco estimado de 62 novos casos /100mil homens¹.

A distribuição da doença varia de acordo com a área geográfica e raça, sendo mais frequente em negros e em países desenvolvidos. Na Europa, as taxas de incidência são altas em países do Norte e Leste e menores no Oeste e no Sul deste continente, já na população asiática este câncer é relativamente raro³. No Brasil, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA) em 2013 estima-se maior incidência nas áreas mais desenvolvidas, sendo quase duas vezes maior no Sudeste (78/100mil homens), centro-oeste (75/100mil homens) e Sul (68/100mil homens) que em regiões Nordeste (43/100mil homens) e Norte (30/100mil homens). No Rio de Janeiro, o risco de câncer de próstata foi 1,7 vezes maior em homens negros que em brancos, aumentando com a idade.

A incidência de câncer de próstata (CaP) aumentou significativamente após a adoção do rastreamento usando a dosagem do teste do antígeno prostático específico (PSA). Em contrapartida, estudos na população americana indicam que a taxa de mortalidade por câncer de próstata vem caindo cerca de 4% ao ano desde 1992, cinco anos após a introdução do PSA como teste para rastreamento⁴. Assim, na ausência de alterações ao toque retal ou dos sintomas urinários de esvaziamento (esforço miccional, jato fraco e esvaziamento incompleto), este rastreamento favoreceu o diagnóstico e tratamento precoce. Contudo, o aumento dos casos de câncer a partir da avaliação do nível de PSA tem gerado controvérsias, principalmente acerca do diagnóstico de carcinomas incipientes. Alguns autores questionam se o aumento da incidência não seria resultado do aumento do número de sobrediagnóstico⁵. Conseqüentemente, a redução da taxa de mortalidade nos pacientes tratados seria decorrente do tratamento em pacientes com diagnósticos falso-positivos ou pacientes com carcinomas incipientes, que nunca se manifestariam clinicamente, portanto, não precisariam de tratamento.

Devido à baixa especificidade do PSA total para câncer, novas formas de avaliação do PSA foram adotadas na prática clínica, como dosagem do PSA livre, relação do livre com o total, correlação do PSA total com o volume prostático (densidade) e a velocidade de elevação do PSA. Adicionalmente, pesquisas em biologia molecular têm investigado outros marcadores que poderão contribuir para o rastreio do CaP – a exemplo do PCA3.^{2 6}.

JUSTIFICATIVA

Identificar estudos que comprovem a indicação do rastreamento com PSA como medida efetiva para redução da mortalidade por câncer de próstata, comparando o estadiamento clínico em pacientes com e sem rastreio pelo nível do PSA.

OBJETIVOS

Compreender através da revisão bibliográfica atual, a importância do rastreamento do câncer de próstata usando o PSA.

METODOLOGIA

Foi realizada revisão bibliográfica na literatura nacional e internacional, Levantamento bibliográfico nos seguintes bancos de dados eletrônicos: SCOPUS; PUBMED; LILACS, onde foi pesquisados 60 artigos. A escolha dos artigos foi realizada mediante a leitura dos títulos e resumos a fim de confirmar a temática proposta. Em caso de dúvidas sobre a abordagem do tema relacionado realizamos uma nova leitura, e após uma análise dos resumos e artigos, decidimos, ou não por sua exclusão ao estudo. Foram selecionados dez artigos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os Através dos estudos, concluímos que o rastreio a partir de 50 anos detecta carcinomas mais precoces e reduz a mortalidade por esta doença. Diante do desconforto e redução da qualidade de vida proporcionada pelo tratamento desnecessário de casos incipientes, a melhor proposta seria a participação ativa dos pacientes na tomada de decisão, após expostos os riscos e benefícios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. ABC do Câncer: Abordagem Básica para Controle do Câncer – Rio de Janeiro, RJ; INCA 2012.
2. Downes *et al.*, 2007; Sociedade Brasileira de Urologia, 2011.
3. Eble JN, Sauter G, Epstein JI, Sesterhenn IA. (Eds.) World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetics of the Urinary System and Male Genital Organs. IARC Press: Lyon 2004.

4. Miller K, Abrahamsson PA, Akakura K, Debruyne FMJ, Evanse CP, Klotz PL. The Continuing Role of PSA in the Detection and Management of Prostate Cancer. European association of Urology. Elsevier 2007.
5. Michael J, Barry MD, et al. Screening for Prostate Cancer — The Controversy That Refuses to Die. The New England Journal of Medicine, 2009.
6. Sociedade Brasileira de Urologia. Diretrizes de Câncer de Próstata: SBU, 2011 [<http://www.sbu.org.br>]. [acesso em 2 Fev. 2013]. Disponível em: <http://www.sbu.org.br/?diretrizes>.

IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO PARA DOENÇA DA MUCOSA RELACIONADA AO ESTRESSE EM PACIENTES GRAVES

ALVES, Vílber Rodrigues. CEZAR, Pedro Henrique Netto.

Discente do curso de medicina do UNIFESO
Docente do curso de medicina do UNIFESO.

As úlceras da mucosa gastroduodenal que acometem pacientes críticos são comumente chamadas de úlcera de estresse, mas, por nem sempre se tratar de verdadeiras úlceras, são mais corretamente denominadas de doença da mucosa relacionada ao estresse (do inglês, *stress-related mucosal disease*). Na verdade, compreende um espectro de gastrite inespecífica, erosões da mucosa e úlceras propriamente ditas. Essa entidade está intimamente relacionada à sangramentos gastrointestinais e é uma importante complicação nesse grupo de pacientes, sendo normalmente empregadas medidas profiláticas, tais como neutralização do ácido gástrico, diminuição da secreção de ácido gástrico ou proteção da mucosa gástrica, para evitar tal complicação. Portanto, já que a mortalidade dos pacientes com sangramento clinicamente significativo é alta, é necessário haver uma padronização nas indicações desta profilaxia para que seu uso seja realmente benéfico e se evite uso de medicações e gastos desnecessários. Esse trabalho visa fazer uma revisão bibliográfica sobre esse tema, definindo as indicações absolutas de profilaxia da úlcera associado ao estresse com base em trabalhos realizados até o momento.

Palavras-chave: Úlcera de estresse; Fatores de risco; Cuidado intensivo; Profilaxia; Sangramentos gastrintestinais.

OBJETIVOS

Os objetivos do estudo incluem: (1) Identificar a fisiopatologia da formação da doença da mucosa relacionada ao estresse; (2) Identificar e comparar, através de revisão bibliográfica, os principais fatores de risco para sangramento causado por Doença da Mucosa Relacionada ao Estresse; (3) Determinar, comparando estudos anteriores, a efetividade e benefício da profilaxia medicamentosa da doença da mucosa relacionada ao estresse.

MÉTODO

A metodologia adotada foi a revisão bibliográfica, fazendo uma análise de vários estudos sobre o devido tema em um único artigo no intuito de agrupar o máximo de dados e opiniões acerca do tema. O intervalo de tempo usado para escolha dos artigos analisados foi fixado entre 2009-2014. As bases de dados utilizadas foram o Pubmed, Lilacs e Scielo com os seguintes descritores usados na pesquisa ["*stress ulcer*", "*prophylaxis*" e "*risk factors*"] de forma isolada ou associada, e aplicados como filtros: humanos, adultos, português, inglês e espanhol, e os últimos seis anos.

DISCUSSÃO

A doença da mucosa relacionada ao estresse (DMRE) teve sua primeira descrição em 1942 feita por Curling, onde ele relacionou o aparecimento de úlceras gastroduodenais com o estresse sofrido em pacientes grandes queimados. Apesar disso, o próprio Curling admitiu que 10 anos antes, Dupuytren já havia chamado a atenção para ulcerações intestinais em biópsias de pacientes que sofreram grandes queimaduras¹⁰. Desde então, diversos autores se dedicaram a estudar essa entidade que até hoje é alvo de discussões.

Vários pontos da fisiopatologia da formação da DMRE já foram identificados. A principal causa da formação da lesão está relacionada com má perfusão e reperfusão esplâncnica que ocorre em pacientes graves⁹⁻¹⁰⁻¹¹. Essa alteração de perfusão ocorre principalmente nas primeiras 72 horas após a internação, sendo que as lesões podem se tornar evidentes de forma precoce em até 5 horas após a internação².

Ao contrário do que se imagina, por conta do nome mais popular como é conhecida a DMRE – úlcera de estresse – nem sempre ela se apresenta como uma úlcera propriamente dita, podendo se apresentar também como uma gastrite inespecífica ou uma erosão na mucosa. Porém, independente do tipo patológico da lesão, ela pode evoluir para sua complicação mais temida, o sangramento⁵, e as consequências clínicas esperada da HDA.

A partir da análise dos trabalhos revisados e dos foram identificados os principais fatores de risco que acompanharam os pacientes com sangramento clinicamente evidente⁵:

- Insuficiência respiratória
- Coagulopatia

- Sepses
- Insuficiência hepática
- Hipotensão
- Insuficiência Renal
- Nutrição enteral total
- Uso de glicocorticoides
- Transplante de órgãos
- Terapia de anticoagulação

Porém, os únicos fatores de risco independentes identificados na análise de regressão múltipla foram: 1) Insuficiência respiratória com necessidade de ventilação mecânica por mais de 48 horas (odds ratio, 15,6%) e 2) Coagulopatia (Contagem de plaquetas $< 50.000/mm^3$, INR $> 1,5$, PTTa $> 2x$ o controle).

CONCLUSÃO

A partir da análise da revisão realizada pelo presente trabalho, observa-se que os fatores de risco absolutos definidos - insuficiência respiratória com necessidade de ventilação mecânica por mais de 48 horas, coagulopatias (contagem de plaquetas $< 50.000/mm^3$, INR $> 1,5$, PTTa $> 2x$ o controle) e insuficiência renal (nível de creatinina sérica $> 5mg/dL$) --, para a formação da úlcera de estresse, são aceitos pela maioria da comunidade médica e acadêmica e se tornam um ótimo parâmetro para iniciar a profilaxia primária da DMRE.

Também encontram-se bem definidos os mecanismos fisiopatológicos da formação de Doença da Mucosa Relacionada ao Estresse, relacionados principalmente a alterações da perfusão, citoproteção e acidez gástrica.

Ante o exposto, percebe-se o quão importante e relevante é a identificação dos fatores de risco nos pacientes internados e a necessidade da criação de protocolos hospitalares e atualização de *guidelines* para profilaxia primária da Doença da Mucosa Relacionada ao Estresse a fim de evitar sua principal complicação, o sangramento gastrointestinal, tendo em vista que é uma morbidade com alta taxa de mortalidade, chegando a 48,5% dos pacientes com sangramento clinicamente significativo¹. Além disso, sua profilaxia é relativamente simples e barata.

REFERÊNCIAS

1. Alhazzani, W. et al. Proton Pump Inhibitors Versus Histamine 2 Receptor Antagonists for Stress Ulcer Prophylaxis in Critically Ill Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Crit Care Med.*, v. 41, n. 3, p. 693-705, 2013.
2. Araújo, E. A. et al. Profilaxia dos sangramentos gastrintestinais em Medicina de Urgência. *Rev Bras Clin Med*, v. 8, n. 4, p. 333-337, 2010.
3. Pharmacists ASoHs: ASHP Therapeutic Guidelines on Stress Ulcer Prophylaxis. ASHP Commission on Therapeutics and approved by the ASHP Board of Directors on November 14, 1998. *Am J Health Syst Pharm*, v. 56, p. 347-379, 1999.
4. Barkun, A.N. et al. Proton pump inhibitors vs. histamine 2 receptor antagonists for stress-related mucosal bleeding prophylaxis in critically ill patients: A metaanalysis. *Am J Gastroenterol.*, v. 107, p. 507–520, 2012.
5. Cook DJ, Fuller HD, Guyatt GH et al. Risk factors for gastrointestinal bleeding in critically ill patients. *New Engl J Med*, 1994;330:377-381.
6. Machado, A, S; Teixeira, C; Furlanetto, L, et al. Profilaxia para Úlcera de Estresse nas Unidades de Terapia Intensiva: Estudo Observacional Multicêntrico. *Rev Bras Terap Int*, v.18, n. 3, p. 229-233, 2006.
7. Pimentel, Mark, et al. Clinically significant gastrointestinal bleeding in critically ill patients in an era of prophylaxis. *The American journal of gastroenterology*, v. 95, n.10, p. 2801-2806, 2000.
8. Pinho, R; Romãozinho, J,M. Profilaxia de úlceras de estresse numa unidade de cuidados intesivos. *GE – J Port Gastroenterol*, v. 15, p 202-210, 2008.
9. Pompilio, C, E; Ceconnello, I. Profilaxia das Úlceras Associadas ao Estresse. *ABCD Arq Bras Cir Dig*, v. 23, n. 2, p. 114-117, 2010
10. Schuster, DP, Rowley H, Feinstein D, et al. Prospective evaluation of the risk of upper gastrointestinal bleeding after admission to a medical intensive care unit. *Am J Med*, v. 76, p623-630, 19818
11. Spirt, M, J; Stanley, S. Update on Stress Ulcer Prophylaxis in Critically Ill Patients. *Critical Care Nurse*, v. 26, n. 1, p. 18-28, 2006.
12. Wannmacher, L. Inibidores da bomba de prótons: indicações racionais. *OPAS. Uso Racional de Medicamentos, Temas Seleccionados, Brasília*. v. 2, n.1, p. 1-6, 2004.
13. Spirt, M, J; Stanley, S. Update on Stress Ulcer Prophylaxis in Critically Ill Patients. *Critical Care Nurse*, v. 26, n. 1, p. 18-28, 2006.

14. Wannmacher, L. Inibidores da bomba de prótons: indicações racionais. OPAS. Uso Racional de Medicamentos, Temas Seleccionados, Brasília. v. 2, n.1, p. 1-6, 2004.

ANÁLISE DA MORTALIDADE NEONATAL DOS PACIENTES NASCIDOS NO SUS DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE TERESÓPOLIS COSTANTINO OTTAVIANO

Marcus Jose do Amaral Vasconcellos¹; Bernardo Ramalho Abu Kamel².

¹Professor Doutor do HCTCO, Teresópolis, Rio de Janeiro, marcusav@globocom.com;

²Estudante de Medicina, UNIFESO, Teresópolis, Rio de Janeiro, b.kamelmedi@hotmail.com

RESUMO

A prematuridade é decorrente de diversas e imprevisíveis causas, acometendo todo o mundo e não respeitando classes sociais. Além de afetar profundamente a família, está relacionada com altos custos para os sistemas de saúde de qualquer país. A RPM acomete de 1% a 3% das gestações, sendo importante causa de morbidade e mortalidade perinatal e responsável por cerca de 30% de todos os partos pré-termo, e por 20% das mortes perinatais neste período. O diagnóstico é baseado na anamnese e exame físico, porém, existem situações as quais nem os exames complementares dão certeza. Mas, felizmente, em 90% dos casos, a anamnese e exame físico fecham o diagnóstico. Este trabalho tem como objetivo determinar se existe relação entre a realização do toque obstétrico durante o pré-natal e a incidência de prematuridade e rotura prematura de membranas entre estas pacientes. Foram entrevistadas 235 pacientes durante o ano de 2014. Após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, elas respondiam a pergunta da pesquisa, se haviam sido examinadas durante seu pré-natal. A primeira conclusão é que 81% das pacientes entrevistadas não foram tocadas ou no máximo foram examinadas em menos de 50% das consultas.

Palavras-chave: Prematuridade. Rotura de membranas. Toque obstétrico. Saúde pública.

INTRODUÇÃO

A prematuridade é decorrente de diversas e imprevisíveis causas, acometendo todo o mundo e não respeitando classes sociais. Além de afetar profundamente a família, está relacionada com altos custos para os sistemas de saúde de qualquer país.¹ O fato de nascer antes do tempo, por si só, não é tão importante como as possíveis seqüelas que este feto ocasiona. O desenvolvimento anormal desta criança pode ser afetado.

A definição de Rotura Prematura de Membranas ou amniorrexe consiste na rotura espontânea das membranas amnióticas depois da 20ª semana de gravidez e antes do início do trabalho de parto.). Cerca de 1% a 3% das gestações são acometidas pela RPM, consistindo em importante causa de morbimortalidade perinatal, sendo responsável por aproximadamente 30% de todos os partos pré-termo e por 20% das mortes perinatais neste período.²

A infecção é uma das principais causas de RPM, sendo que estudos mostram que 32% a 35% dos casos têm cultura de líquido amniótico positiva. As bactérias infectantes produzem enzimas (proteases, colagenases e elastases) que atuam sobre as membranas, levando ao enfraquecimento e à ruptura das mesmas.²

O diagnóstico é baseado na anamnese e exame físico, porém existem situações que nem os exames complementares dão certeza. Mas, felizmente, em 90% dos casos, a anamnese e exame físico fecham o diagnóstico.

JUSTIFICATIVA

Este trabalho nasceu da observação na enfermaria da Maternidade do Hospital de Clínicas de Teresópolis, durante as visitas diárias, que um número significativo informava que nunca havia sido submetida ao toque obstétrico durante o seu pré-natal.

Este fato refletia claramente no comportamento de algumas pacientes durante o período de pré-parto e mesa de parto. A não colaboração da paciente trazia enormes problemas para o desfecho do quadro. Com esta observação, resolvemos estender a pesquisa da prematuridade.

O conhecimento das características deste grupo de pacientes de risco seria, certamente, um avanço enorme na prevenção desta intercorrência da gestação. Deste fato é que devem nascer propostas encorpadas, e na sua maioria simples de implementação, em todos os serviços de pré-natal do país.

Portanto, se a paciente for submetida ao toque em toda a consulta de pré-natal, poderíamos diagnosticar uma possível prematuridade futura. Caso este procedimento não seja seguido, sempre faremos o diagnóstico de forma tardia, e com certeza de maneira mais difícil e dispendiosa.

OBJETIVO GERAL

Determinar se existe relação entre a realização do toque obstétrico durante o pré-natal e a incidência de prematuridade e rotura prematura de membranas entre estas

pacientes

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar se existe alguma diferença nesta propedêutica obstétrica e as diversas formas de atendimento na cidade de Teresópolis.

METODOLOGIA

O estudo será desenvolvido com puérperas na maternidade do Hospital de Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano, e se iniciou logo após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Serra dos Órgãos.

Um questionário (Anexo 2) foi aplicado após o parto por dois alunos da Faculdade de Medicina após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido por parte da paciente, ou seu representante legal se a paciente não apresentar mais de 19 anos.

Foram incluídas no projeto todas as pacientes matriculadas no sistema de pré-natal da cidade, quer seja em instituição do Sistema Único de Saúde, do Hospital Universitário ou de serviço privado ou conveniado. Estes três grupos foram diferenciados, mas sem qualquer forma de identificação do local exato e do profissional que a atendeu durante o acompanhamento pré-gestacional.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 235 pacientes durante os anos de 2014. Após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, elas respondiam a pergunta da pesquisa: se haviam sido examinadas durante seu pré-natal.

Os três grupos criados foram assim distribuídos: 175 pacientes atendidas pelo Sistema Único de Saúde nos diversos postos de saúde da cidade; 36 pacientes atendidas no ambulatório da UNIFESO; 24 pacientes atendidas por médico privado / conveniado com alguma operadora de saúde.

Podemos observar que mesmo no sistema universitário de atendimento, 14 pacientes jamais foram tocadas durante seu pré-natal, sendo 3 delas apresentaram as complicações estudadas. o que aconteceu no segmento particular / conveniado com o aparecimento de 3 casos de prematuridade (12,5%), sendo que em dois casos o toque obstétrico não foi realizado em mais de 50 % das consultas.

Em relação ao grupo de atendimento SUS, observamos 20 casos de

prematividade e rotura de membranas (11,4%), mas com uma observação que mostra que a maioria destas pacientes não foi submetida aos toques necessários.

CONCLUSÕES

A primeira conclusão é que 81% das pacientes entrevistadas não foram tocadas ou no máximo foram examinadas em menos de 50% das consultas. O pré-natal realizado no ambulatório da UNIFESO foi o que mostrou a menor taxa de prematuridade.

Apesar de não aparecer uma diferença estatisticamente significativa, a incidência no grupo de consultas privadas/conveniadas foi muito parecida que a observada nos ambulatórios do Sistema Único da Saúde.

No grupo das pacientes do sistema único, a prematuridade é alta, e sua relação com a falta de toques vaginais foi claramente significativa.

A principal conclusão é que sempre é necessário o toque em toda a consulta de pré-natal, principalmente quando se pretende fazer uma prevenção da prematuridade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramos HAC, Cuman RKN. Prematuridade e fatores de risco. Esc Anna Nery Ver Enferm. 13(2):297-304,2009.
2. Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Rotura Prematura das Membranas. Projeto Diretrizes: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2008.
3. Fanaroff *et al.* Morbidity, mortality, and length of stay for infants born between May 1, 1991, and Dec. 31, 1992. Am J Obstet Gynecol, 173(5), 1423-1431, 1995.
4. Almeida MVL. Prematuridade. Pag. 219-230. IN: Chaves Netto H, Sá RAM. Obstetrícia Básica. 2ª Ed. Atheneu. Rio de Janeiro, 2007.

O USO DE IMUNOBIOLOGICOS NA PSORÍASE NO AMBULATÓRIO DE PSORÍASE DO HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO NO PERÍODO DE ABRIL DE 2011 A AGOSTO DE 2014¹

Patrícia Araújo Corrêa²; Lívia do Nascimento Barbosa²; Laryssa do Nascimento Pereira³

¹Revisão bibliográfica e Revisão de Prontuário

²Mestre em Ciências Médicas e Especialista em Dermatologia pela UERJ. Sócia efetiva da Sociedade Brasileira de Dermatologia. Professora assistente de Dermatologia da UNIFESO.

²Mestranda do Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense (Huap-UFF)

³Estudante de Medicina UNIFESO, Teresópolis, Rio de Janeiro, lry2@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Descrever o uso de imunobiológicos na psoríase cutânea no ambulatório de psoríase do Hospital Federal de Bonsucesso no período de abril de 2011 a agosto de 2014, comparando suas indicações, efetividade e efeitos adversos com os dados da literatura. **Método:** Foi realizado um estudo observacional descritivo transversal. A amostra de 47 pacientes foi obtida através da análise de prontuários adquiridos no ambulatório de psoríase do Serviço de Dermatologia do Hospital Federal de Bonsucesso. O critério de inclusão do estudo foram todos os pacientes de psoríase acompanhados do período de abril de 2011 a agosto de 2014 e que fizeram uso dos imunobiológicos: etanercepte, infliximabe, adalimumabe, ustequinumabe. **Resultados:** Dos pacientes do ambulatório de psoríase do HFB que fazem tratamento com os biológicos, 34% utilizam etanercepte, 28% adalimumabe, 15% etanercepte e metotrexate, 11% infliximabe e 6% ustequinumabe. Dos 47 pacientes estudados, 63% eram do gênero masculino, e 38% do feminino. Além disso, 36% dos pacientes que utilizam os imunobiológicos possuem artrite psoriásica, e 66% não. Chama atenção que a faixa etária que mais utiliza a medicação está acima dos 50 anos de idade. Deve-se ressaltar, que 76% não apresentaram efeitos colaterais na terapêutica com imunobiológicos e que a taxa de remissão da doença foi de 66% com o uso de qualquer um dos imunobiológicos utilizados no ambulatório de psoríase do HFB, sendo que o infliximabe apresentou a maior taxa de remissão, 80% dos pacientes. **Conclusão:** Através deste trabalho podemos concluir que a terapia com imunobiológicos apresenta efetividade satisfatória e pode ser indicada com segurança para os pacientes

com psoríase cutânea moderada a grave, devendo-se seguir as normativas dos consensos nacional e internacional para o tratamento de psoríase cutânea. Além disso, constatou-se que as alterações clínicas ou laboratoriais não foram tão frequentes ou graves, ressaltando-se assim o valor do acompanhamento ambulatorial especializado, regularmente.

Palavras-chave: Psoríase, agentes biológicos, indicação, efetividade.

INTRODUÇÃO

A psoríase é uma doença inflamatória crônica da pele e das articulações, autoimune, de caráter genético, com diversas formas de apresentação clínica⁶. Na grande maioria das vezes, a psoríase se manifesta por placas eritematoescamosas, bem delimitadas, pruriginosas⁶ algumas vezes circundadas por halo periférico claro (halo de woronoff). Os locais mais frequentes são: face extensora dos membros (cotovelos e joelhos), tronco, região sacra e couro cabeludo¹. O tamanho das lesões e o número de placas variam, podendo acometer toda a pele⁶. A simetria é a regra, no entanto, podem existir casos de lesão única e isolada¹. Os quadros leves, sem comprometimento da qualidade de vida, podem ser tratados apenas com medicações tópicas (corticosteróides de potência baixa, corticosteróides de potência moderada, corticosteróides de potência alta, corticosteróides intralesionais, calcipotriol, coaltar, antralina, tacrolimus, ceratolíticos). Essas medicações tópicas também costumam ser utilizadas como adjuvantes da fototerapia ou da medicação sistêmica⁶. Nos quadros moderados a graves, a fototerapia (UVB banda estreita, PUVA tópico, “Bath” PUVA, PUVA sistêmico) é a primeira opção terapêutica. As medicações sistêmicas ativas em psoríase, a terapia sistêmica tradicional (metotrexato, acitretina, ciclosporina) e os imunobiológicos (etanercepte, infliximabe, adalimumabe, ustekinumabe) são as outras opções para o tratamento de psoríase moderada a grave⁶.

JUSTIFICATIVA

A disponibilidade de agentes biológicos para o tratamento de psoríase moderada a grave tem aumentado ao longo da última década. No Brasil, os imunobiológicos aprovados para o tratamento de psoríase são: adalimumabe, infliximabe, etanercepte e ustekinumabe. Na literatura, observa-se a indicação destas medicações como uma opção para os pacientes com psoríase moderada a grave, refratários aos tratamentos

convencionais. Porém, poucos estudos brasileiros apontam sua indicação, efetividade e os efeitos adversos observados neste tipo de terapêutica. Assim, a proposta deste estudo é realizar um estudo preliminar do uso dos biológicos nos pacientes de psoríase do ambulatório de psoríase do Hospital Federal de Bonsucesso, suas indicações, sua efetividade e os efeitos adversos observados no período de abril de 2011 a agosto de 2014 e comparar com os resultados obtidos da literatura.

OBJETIVOS

Geral

Descrever o uso de imunobiológicos na psoríase cutânea no ambulatório de psoríase do Hospital Federal de Bonsucesso no período de abril de 2011 a agosto de 2014.

Específico

Descrever as principais indicações, a efetividade e os efeitos adversos do uso de imunobiológicos na psoríase disponíveis na literatura e no ambulatório de psoríase do HFB.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo observacional descritivo transversal. A amostra foi obtida através da análise de fichas específicas (Anexo1) dos pacientes atendidos no período de abril de 2011 a agosto de 2014, no ambulatório de psoríase do HFB localizado no município do Rio de Janeiro/RJ e conveniado do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO). Os dados colhidos a partir das fichas de acompanhamento destes pacientes foram: Nome (Iniciais), Matrícula, Sexo, Idade, Data 1ª Consulta, DLQI, Sintomas de Artrite?, Medicação de Uso Atual, Quanto tempo com a medicação Atual, Medicamentos Anteriores, Alterações Clínicas Ou Laboratoriais, Total de Consultas Registradas, Data Última Consulta Registrada, Remissão?

A coleta dos dados foi realizada no período de setembro de 2014 e foram selecionados com a finalidade de obtenção de uma postura crítica sobre a indicação deste tipo de terapêutica, sua efetividade e seus efeitos adversos. Foram respeitados os princípios éticos relativos às pesquisas envolvendo seres humanos de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O trabalho foi autorizado pela Dra. Lívia do Nascimento Barbosa, Chefe do Ambulatório de Psoríase do HFB e co-

orientadora deste trabalho, com aquiescência do Coordenador de Pesquisa do HFB, Dr. Flávio Antônio de Sá Ribeiro, sendo submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESO através da Plataforma Brasil. O anonimato dos sujeitos será garantido quando da publicação dos resultados da pesquisa. Não serão divulgados nomes, endereços, características físicas que possam descrever e identificar o paciente no presente trabalho.

RESULTADOS

Foram colhidos dados de 47 prontuários do ambulatório de psoríase. Deste total, 63% pacientes eram do gênero masculino e 38% do gênero feminino. Também, foi avaliada a proporção de pacientes que apresentavam manifestação dermatológica acompanhada ou não de artrite, evidenciando que dos pacientes em tratamento com biológicos 36% apresentavam artrite psoriásica e 66% não. O biológico mais utilizado no ambulatório é o etanercepte, e o segundo mais utilizado é o adalimumabe. O tempo de uso dos imunobiológicos foi levantado, observando-se uma tendência ao uso por tempo prolongado destas medicações. Também foram levantados os efeitos adversos relacionados com a terapia com imunobiológicos. Em 76% dos pacientes não foram registrados efeitos adversos, porém em 24% foram observadas alterações clínicas ou laboratoriais: hiperglicemia, infecções, reação infusional local, reação paradoxal, alteração hematológica, insuficiência cardíaca. Dentre estes pacientes, constatou-se que os efeitos adversos estavam relacionados principalmente ao uso do etanercepte. Em relação à remissão da doença com o tratamento, 66% dos pacientes apresentaram remissão dos sintomas.

CONCLUSÃO

Através deste trabalho podemos concluir que a terapia com imunobiológicos apresenta efetividade satisfatória e pode ser indicada com segurança para os pacientes com psoríase cutânea moderada a grave, devendo-se seguir as normativas dos consensos nacional e internacional para o tratamento de psoríase cutânea. Além disso, constatou-se que as alterações clínicas ou laboratoriais não foram tão frequentes ou graves, ressaltando-se assim o valor do acompanhamento ambulatorial especializado, regularmente.

REFERÊNCIAS

1. Azulay R D, Azulay D R, Dermatologia. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. 1133 p.
2. Karampetsou M P, Liossis S N C, Sfikakis P P. TNF a antagonists beyond approved indications: stories of success and prospects for the future. Q J Med 2010; 103: 917-928.
3. Papp K A, DeKoven J, Parsons L, et al. Biologic Therapy in psoriasis: Perspectives on Associated Risks and Patient Management. J Cut Med Surg, Vol 16, No 3 (May/June), 2012: pp 153-168.
4. Puig L, Bordas X, Carrascosa J M, et al. Consensus Documento n the Evaluation and Treatment of Moderate to Severe Psoriasis. Spanish Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venerology. ActasDermosifiliogr. 2009; 100: 227-86.
5. Santos R V, Lima P M G, Nitsche A, et al. AplicaçõesTerapeuticas do AnticorposMonoclonais. Rev. bras. alerg. imunopatol. 2006: pp 77-85.
6. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. ConsensoBrasileiro de Psoríase 2012. Guias de Avaliação e tratamento. 172p.

DOENÇA DE GAUCHER - TRÊS ANOS DE TRATAMENTO NO BRASIL

Isaias Soares de Paiva¹, Jordana Nahar Pereira²

¹Professor Doutor do HCTCO

²Estudante de Medicina – UNIFESO

A doença de Gaucher (DG) é um erro inato do metabolismo sendo a mais frequente do grupo das doenças lisossômicas de depósito. É caracterizada pela deficiência da atividade da enzima beta-glicocerebrosidase com consequente acúmulo de glicolípídios nos macrófagos, principalmente, no baço, no fígado e na medula óssea. As manifestações clínicas são diversas e incluem hepatoesplenomegalia, trombocitopenia, anemia, lesões ósseas e alterações no sistema nervoso central. O tratamento consiste na Terapia de Reposição Enzimática com a enzima Imiglucerase®. É a única medicação de alto custo incluída nos protocolos do Ministério da Saúde. Os dados dos pacientes em TER são inseridos no Gaucher Registry do International Collaborative Gaucher Group (ICGG).

OBJETIVO

Analisar os dados dos pacientes em terapia de reposição enzimáticas com Imiglucerase® contidos no Gaucher Registry correspondentes aos anos de 2009, 2010 e 2011.

JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela importância de avaliar os dados da TER com Imiglucerase® em pacientes com DG, única doença do grupo das doenças lisossômicas cujo tratamento é financiado pelo MS.

METODOLOGIA

Esse trabalho consiste em um estudo descritivo constando avaliação dos dados do Registry da DG nos anos 2009, 2010 e 2011. Foi realizada revisão bibliográfica sobre a DG enfatizando o tratamento com a TRE.

Foram considerados os periódicos indexados nas seguintes bases de dados: PubMed (Public Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), Scielo (Scientific Electronic Library Online), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências

da Saúde), RIMA (Rede Informática de Medicina Avançada), BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde) e o Ministério da Saúde.

Algumas referências dos artigos consultados, também, foram consideradas quando oportuno.

Os dados sobre a TRE foram obtidos no Registry correspondentes aos anos 2009, 2010 e 2011. Não encontramos nos bancos de dados online os dados publicados no Registry. Eles foram obtidos junto à pessoa cadastrada e autorizada para obtê-los. Considerando que os dados do Registry, nesses anos, são uniformes e os parâmetros analisados semelhantes. Foram confeccionadas tabelas relativas aos anos 2009, 2010 e 2011 para efeito de comparação.

DISCUSSÃO

A avaliação de pacientes que apresentam a DG e estão fazendo uso da TRE deve ser baseada em parâmetros clínicos e laboratoriais. Estão contidos no Registro: hemoglobina, plaquetas, hepatomegalia, esplenomegalia, dor óssea e crises ósseas. A ideia inicial é de que todos os pacientes em TRE possam ter esses parâmetros analisados para documentação e avaliação da terapia, porém observa-se na que o percentual de pacientes, que estão fazendo uso da Imiglucerase®, teve seus respectivos parâmetros baixos, sendo que a hemoglobina, as plaquetas, a crise óssea e a dor óssea ficaram em torno de 50% e os parâmetros de hepatoesplenomegalia ficaram em torno de 2%. A disponibilidade de exames complementares como raios X, ressonância nuclear magnética e densitometria foram relativamente baixos. Nos três anos analisados, esses parâmetros foram relativamente iguais.

O perfil dos pacientes mostra que 96% deles tem DG Tipo 1 e não há diferença entre os sexo. A média de idade do diagnóstico foi de 17 anos, sendo realizado em 43% dos casos em menores de 10 anos. Quase todos os pacientes (95%) diagnosticados estão recebendo infusão com Imiglucerase® e possuem como média da primeira infusão os 21 anos.

Os aspectos genéticos comuns na população brasileira são os N370S/Alelo raro, os N370S/ L444P e N370S/?.

Aproximadamente, metade dos pacientes apresentavam anemia e quase todos apresentavam trombocitopenia, sendo 20%, grave. Cerca de 80% apresentavam hepatomegalia de moderada a grave, antes da TRE. Esses dados refletem o comprometimento visceral importante na DG. A doença óssea consistente com a doença

foi evidente na maioria dos pacientes com avaliação óssea deportada, sendo que são encontradas infiltração medular, deformidade em Fr de Erlenmayer e osteopenia em mais de 70% dos pacientes. Observa-se retardo do crescimento em quase 50% das crianças. Esses dados não sofreram alterações significativas nos três anos analisados. A melhora dos parâmetros analisados com uso de TRE, nos pacientes com DG. Esses parâmetros refletem os principais aspectos das manifestações clínicas da doença. O percentual de melhora em todos eles foi superior a 70%, a exceção do volume do baço (41%) e da dor óssea (63%), no ano de 2009. Nos dois anos seguintes, esse valores praticamente foram mantidos com melhora da dor óssea que atingiu percentuais de 70 e 74%, respectivamente em 2010 e 2011. Os parâmetros com melhores resultados foram a hemoglobina e as crises ósseas, com percentuais iguais ou superiores a 90%. Esses resultados demonstram uma melhora clínica importante nas manifestações clínicas da DG com o uso da TRE. Alguns objetivos terapêuticos dos parâmetros analisados foram obtidos mesmo sem a terapia, principalmente, para os valores de hemoglobina e para a ocorrência de crises ósseas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil a doença de Gaucher Tipo 1 é a forma clínica mais comum. Há pouca disponibilidade de parâmetros clínicos e de exames complementares para análise do Registry.

As manifestações viscerais foram as mais frequentes. Os parâmetros hematológicos foram os que mais se beneficiaram. A TRE mostrou-se eficiente com melhora superior a 70% nos parâmetros analisados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martins AM. Inborn Errors of Metabolism: a clinical purview. São Paulo Medical Journal/Rev Paul Med. 1999. 117(6): 251-65.
2. Beutler B. Modern diagnosis and treatment of Gaucher's disease. Am J Dis Child. 1993; 147(11):1175-83.
3. Zimran A, Elstein D, Levy-Lahad E, Zevin S, Hadas-Halpern I, Bar-Ziv Y, Foldes J, Schwartz AJ, Abrahamov A.. Replacement therapy with imiglucerase for type 1 Gaucher's disease . Lancet. 1995; 345 (8963): 1479-80.

DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME DE MARFAN: COMO PROCEDER EM RELAÇÃO AOS ACHADOS FÍSICOS

PEREZ, Mário Castro Alvarez. CARNEIRO, Bárbara da Cunha.

Docente do curso de Medicina da UNIFESO, Discente do curso de Medicina da UNIFESO.

Palavras-chaves: síndrome de Marfan, nosologia de Ghent.

A síndrome de Marfan é uma desordem autossômica dominante, com expressividade variável intra e interfamiliar, que afeta o tecido conjuntivo, envolvendo os sistemas osteomuscular, ocular e cardiovascular. Inicialmente, o diagnóstico era dado através da presença de uma tríade: alterações esqueléticas (membros longos e finos, podendo ser associados com frouxidão das articulações), visão reduzida (luxação do cristalino – ectopia lenticular) e aneurisma de aorta¹. Atualmente, o diagnóstico deve ser feito pelos critérios de *Ghent*, que determinam critérios maiores em dois sistemas e um terceiro sistema deve estar envolvido.

Os dados na literatura são conflitantes quanto à incidência, sendo relatadas taxas de 4 a 6 indivíduos por 100.000³ até 20 em 100.000¹. As anormalidades musculoesqueléticas mais encontradas na síndrome de Marfan são dolicoostenomelia, aracnodactilia, escoliose, deformidades da parede torácica, estatura elevada, frouxidão ligamentar, mobilidade anormal das articulações e protrusão acetabular. Nas alterações oftalmológicas, a mais frequente é a ectopia do cristalino (que na maioria dos casos é bilateral), enquanto as manifestações cardiovasculares mais comuns afetam a válvula mitral e a aorta ascendente^{2, 4}.

Todos os pacientes com suspeita de síndrome de Marfan devem ser submetidos a um exame ocular com lâmpada de fenda (para detectar ectopia de cristalino) e ecocardiograma (para avaliar a presença de prolapso valvar mitral e dilatação da raiz da aorta). Além disso, a homocistinúria deve ser excluída através da análise dos aminoácidos do plasma, posto que tal condição representa o principal diagnóstico diferencial da subluxação do cristalino.

O diagnóstico da síndrome de Marfan pelos critérios de Ghent está resumido na Tabela 2.

Tabela 2. Critério de Ghent para o diagnóstico da síndrome de Marfan

Sistema	Critérios	
	Maiores	Menores
Esquelético	Presença de pelo menos quatro dos seguintes componentes: - pectus carinatum - pectus excavatum necessitando cirurgia - diminuição na razão dos membros superiores para os inferiores ou da envergadura para a altura maior que 1,05 - sinais de punho (Walker-Murdoch) e polegar (Steinberg) - escoliose maior que 20 graus ou espondilolistese - redução na extensão do cotovelo (menor que 170 graus) - rotação medial do maléolo medial provocado por pé plano - protrusão acetabular (profundidade anormal do acetábulo com erosão acentuada) de qualquer grau (verificado em radiografia).	Dois componentes maiores ou um componente maior e pelo menos dois dos seguintes: - pectus excavatum de intensidade moderada - hiper mobilidade articular - palato muito arqueado com dentes apinhados - aparência facial (dolicocefalia, hipoplasia malar, enoftalmia, retrognatia, fissuras palpebrais inclinadas para baixo)
Ocular	- luxação do cristalino	Pelo menos dois dos seguintes: - córnea anormalmente plana (medida por ceratometria) z - aumento do crescimento axial d globo (medido por ultrassom) - íris hipoplásica ou músculos ciliares hipoplásicos provocando diminuição da miose pupilar

Cardiovascular	Pelo menos um dos seguintes: - dilatação da aorta ascendente, com ou sem sopro aórtico, envolvendo o seio de Valsalva - dissecção da aorta ascendente	Pelo menos um dos seguintes: - prolapso da válvula mitral com ou sem sopro mitral - dilatação da artéria pulmonar, na ausência de causa óbvia, antes dos 40 anos. - calcificação do anulo mitral antes dos 40 anos - dilatação ou dissecção da aorta torácica descendente ou abdominal abaixo dos 50 anos.
Pulmonar		Pelo menos um dos seguintes: - pneumotórax espontâneo - bolhas apicais (verificado por radiografia do tórax)
Pele		Pelo menos um dos seguintes: - estrias atróficas sem causa óbvia - hérnia recorrente ou incisional
Nervoso	- ectasia lombossacral da dura (verificado pela TC ou RNM)	
História familiar / genética	Pelo menos um dos seguintes: - ter pai, filho ou irmão que tenha esses critérios diagnósticos independentemente. - presença de mutação FBN1 - presença de haplotipo perto de FBN1, herdado por descendência	

Paeppe AD, Devereux RB, Dietz HC, Hennekam RC, Pyeritz RE **Revised Diagnostic Criteria for the Marfan syndrome.** American Journal of Medical Genetics 62: 417 - 426 (1996).

Estes pacientes devem ser acompanhados por uma equipe multidisciplinar, incluindo geneticista, generalista, oftalmologista, ortopedista e cirurgião cardiovascular.

A base do tratamento desta síndrome é o manejo clínico, conduzido através da realização rotineira de exames complementares, uso criterioso de bloqueadores β adrenérgicos e indicação de procedimentos cirúrgicos para correção de deformidades. O médico deve sempre estar atento à questão psicossocial, interagindo de forma adequada com os pacientes e seus respectivos familiares.

OBJETIVOS

Cabe a este trabalho realizar uma revisão das manifestações que podem ser encontradas nesta síndrome, destacando os aspectos pertinentes correlacionados (diagnóstico, manejo e aconselhamento genético).

MATERIAL E MÉTODO

Foram levantados 11 estudos, os quais são livros textos, artigos e pesquisas publicadas. Realizou-se então uma revisão bibliográfica das principais manifestações da síndrome em questão e quais seriam as melhores formas de acompanhamento se manejo.

RESULTADOS

A tabela a seguir mostra as características clínicas de uma série de 50 pacientes³, revelando a prevalência de cada manifestação.

Características clínicas	Nº Casos relatados
Músculo-esquelético	30/50
Aracnodactilia	44/50
Envergadura/altura abaixo da média para idade	36/47
Deformidade torácica (<i>pectus</i>)	34/50
Palato alto e arqueado	30/50
Altura >95 % para idade	29/50
Hiperflexibilidade articular	28/50
Deformidade da coluna vertebral	22/50
Pés plano	22/50
Oftalmológico	35/50
Ectopia do cristalino	30/50
Miopia	17/50
Cardiovascular	49/50
Clique meso-sistólico	15/50
Clique meso-sistólico e murmúrio sistólico tardio	9/50
Murmúrio de regurgitação aórtica	5/50
Murmúrio regurgitação mitral	3/50
Prótese de válvula aórtica	5/50
Ecocardiograma anormal	48/50
Amplificação aórtica	42/50
Prolapso de válvula mitral	29/50
História familiar	40/47
Casos documentados adicionais de síndrome	40/47
Casos esporádicos (mutações novas)	7/47
Genealogia obscura ou desconhecida	3/50

Tabela 1. Características clínicas de pacientes portadores da síndrome de Marfan numa série de 50 pacientes. Pyeritz RE, McKusick VA (1979) **The Marfan syndrome - diagnosis and management.** N Engl Med 300: 772-777.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fauci AS, Kasper DL, Longo DL, Braunwald E, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo, J **Harrison Medicina Interna** 17^a ed. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill 2008.
2. Duprat AC, Pereira C **Síndrome de Marfan** Porto Alegre 2002.
3. Rimoin DL, Connor JM, Pyeritz RE. **Emery and Rimoin's Principles and Practice of Medical Genetics** 3th vol.1 Churchill Livingstone: New York, 1997.
4. Robinson PN, Godfrey M. The molecular genetics of Marfan syndrome and related microfibrilopathies. *J Med Genetics* 2000; 37(1): 9-25.
5. Pyeritz RE, McKusick VA **The Marfan syndrome – diagnosis and management.** *N Engl J Med*; 300: 772-777.
6. Sponseller PD, Hobbs W, Riley LH, Pyeritz RE **The thoracolumbar spine in Marfan syndrome: MR imaging versus TC.** *Radiology* 1995; 165: 697 – 701.
7. Marfan AB Un cas de deformation congenital des quatri membres plus prononcée aux extrémités caracterisee par l'allongement des os avec un certain degré d'amaigrissement. *Bull Mem Soc Med Hosp: Paris* 1876; 13: 220-226.
8. Paepe AD, Devereux RB, Dietz HC, Hennekam RC, Pyeritz RE **Revised Diagnostic Criteria for the Marfan syndrome.** *American Journal of Medical Genetics* 1996; 62: 417 - 426.
9. Goldman L, Bennett JC (eds). **CECIL Tratado de Medicina Interna** 21^a Ed Guanabara Koogan S.A.: Rio de Janeiro 2001.
10. Murdoch JL, Walker BA, Halpern BL *et al.* **Life expectancy and causes of death in the Marfan syndrome.** *N Eng J Med* 1979; 286: 804-808.
11. A nosologia de Ghent revisada para a Síndrome de Marfan *J Med Genet* 2010; 47: 476 – 485.

A DESVALORIZAÇÃO FINANCEIRA DO MÉDICO E SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA O SUS

POMPEI, Diego Navarro Ribeiro. FREITAS, Leo Oliveira.

Discente do curso de Medicina do UNIFESO
Docente do curso de Medicina do UNIFESO

Palavras-chave: Desvalorização Financeira do Médico; Sistema Único de Saúde; Saúde Pública.

A expressão “Sistema Único de Saúde” (SUS), alude em termos conceituais ao formato e aos processos jurídico-institucionais e administrativos compatíveis com a universalização do direito à saúde e em termos pragmáticos à rede de instituições – serviços e ações – responsável pela garantia do acesso aos cuidados e atenção à saúde.

(5)

Os termos que compõem a expressão “SUS” espelham positivamente críticas à organização pretérita da assistência médico-hospitalar brasileira. “Sistema” compreende o conjunto de ações e instituições, que de forma ordenada e articulada, contribuem para uma finalidade comum, qual seja a perspectiva de ruptura com os esquemas assistenciais direcionados à segmentos populacionais específicos, quer recortados segundo critérios socioeconômicos, quer definidos a partir de fundamentos nosológicos. “Único” referido à unificação de dois sistemas: o previdenciário e o do Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais de saúde, consubstanciada na incorporação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) pelo Ministério da Saúde; e na universalização do acesso à todas ações e cuidados da rede assistencial pública e privada contratada e ao comando único em cada esfera de governo. “Saúde” entendida como resultante e condicionante de condições de vida, trabalho e acesso a bens e serviços e, portanto, componente essencial da cidadania e democracia e não apenas como ausência de doença e objeto de intervenção da medicina. (5)

O SUS é um sistema de saúde, regionalizado e hierarquizado, que integra o conjunto das ações de saúde da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, onde cada parte cumpre funções e competências específicas, porém interligadas, o que caracteriza os níveis de gestão do SUS nas três esferas governamentais, como pode ser

observado na *Figura 1. (7)*

Este trabalho tem como objetivo demonstrar as consequências geradas direta ou indiretamente, através da desvalorização financeira do médico, ao Sistema Único de Saúde (SUS).

METODOLOGIA

Trabalho baseado em revisões bibliográficas, o qual foi realizado através da comparação de informações presentes em artigos, notícias, estudos científicos e documentos governamentais, sobre a desvalorização do médico, a situação atual do Sistema Único de Saúde e os fatores que ligam esses dois aspectos.

DESENVOLVIMENTO

O SUS apresentou uma grande necessidade de financiamento desde a sua criação, isso fez com que as autoridades das três esferas governamentais (federal, estadual e municipal) em 13 de setembro de 2000, editassem a Emenda Constitucional nº 29, que alterou a Constituição Federal de 1988, com o objetivo de garantir os recursos necessários para o atendimento da saúde pública. Esse novo texto assegurou a efetiva co-participação da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no financiamento das ações e serviços públicos de saúde. (7)

Atualmente, os municípios devem gastar 15% de sua receita para o financiamento da saúde, os estados têm a obrigação de utilizar 12% de sua receita para financiar a saúde, o governo federal deve investir uma quantia representada pela somatório dos gastos estaduais como dos gastos municipais e os gastos da União com a saúde devem ser iguais aos do ano anterior corrigidos pela variação nominal do (PIB), todos esses financiamentos foram estabelecidos na Emenda Constitucional nº 29. (6)

O Sistema Único de Saúde apresenta uma remuneração por serviços produzidos, essa é feita por serviços realizados pelas instituições credenciadas no SUS, porém essas não precisam ser públicas, mas devem estar cadastradas e credenciadas para realizarem os procedimentos pelo serviço público de saúde. O pagamento é feito mediante a apresentação da fatura, que tem como base uma tabela do Ministério da Saúde que especifica o valor de cada tipo de procedimento. (6)

Um fato importante que não pode ser esquecido, é a existência de um limite para o repasse, chamado de teto financeiro. Esse teto é calculado com base em dados como

população, perfil epidemiológico e estrutura da rede na região. (6)

O médico brasileiro encontra-se em uma situação lastimável e desestimuladora, pois além de sofrer um estresse diário por lidar com a vida de seres humanos, precisa contentar-se com um salário injusto e altas cargas horárias de trabalho.

Essa desvalorização pode ser demonstrada através da média de salários mensais dos médicos brasileiros, cujo resultado é R\$ 8.966,07. Não podemos deixar de observar também a média salarial do Médico Geriatra (R\$ 8.027,00) e do Médico da Família (R\$ 8.267,00). (4)

Em 2010, um Censo realizado pelo IBGE demonstrou uma média salarial de R\$ 6.940,17 com uma jornada de trabalho de 42 horas semanais. (1)

Na Tabela Unificada de 2014, são encontrados procedimentos realizados no cotidiano de uma unidade hospitalar, que ratificam essa desvalorização financeira do médico pelo SUS, como: Colectomia Videolaparoscópica (R\$ 171,78), Hernioplastia Inguinal Unilateral (R\$ 146,96), Hernioplastia Inguinal Bilateral (R\$ 146,99), Tratamento Cirúrgico de Fratura do Colo do Fêmur (R\$ 246,63), Tratamento Cirúrgico de Fratura da Diáfise da Tíbia (R\$ 215,11), Tratamento Cirúrgico de Fratura da Metafise Distal dos Ossos do Antebraço (R\$ 94,31), Parto Normal (R\$175,80), Histerectomia via Vaginal (R\$ 183,41) e Curetagem Pós-abortamento (R\$ 70,41); lembrando que estes valores são destinados as equipes e não apenas ao médico. (9)

O médico também é bem desvalorizado na questão ambulatorial, pois nos deparamos com um valor de R\$ 10,00 para cada consulta realizada por esse profissional, creio que essa remuneração avulta-se das demais, porque se pensarmos um pouco uma pizza é mais valorizada que um médico. (1)

O Brasil apresentou em 2012 uma taxa de 2 médicos por 1.000 habitantes, o que representa o dobro do que é preconizado pela OMS (1/1.000), mas se esse coeficiente é considerado suficiente, podemos concluir que não faltam médicos no Brasil, ou seja, nosso país apresenta médicos suficientes, cerca de 388.015, para atender a demanda da população, o problema é a falta de médicos no SUS. (2)

O grande problema é a confusão feita pelo governo brasileiro entre falta de médicos no Brasil e falta de médicos no SUS, pois os dados analisados no segundo volume do estudo Demografia Médica no Brasil sugerem a existência de um número insuficiente de profissionais vinculados ao Sistema Único de Saúde. As informações pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) identificaram 215.640 médicos que atuam em serviços públicos municipais, estaduais e federais. Esse número

representa 55,5% do total de 388.015 médicos ativos registrados nos Conselhos Regionais de Medicina. Pelos registros do CNES, a razão é de 1,11 médico que atende SUS por 1.000 habitantes, contra uma razão de 2 por 1.000 para o conjunto de profissionais registrados. Na distribuição regional, o Sudeste tem a razão mais alta, com 1,35 médico cadastrado no CNES prestando serviço ao SUS por grupo de 1.000 habitantes, nas demais regiões os índices são ainda piores. No Sul a razão é 1,21, Centro-oeste 1,13, no Nordeste 0,83 e Norte 0,66. (3)

Um fato que não pode ser esquecido é que, embora cerca de 48,66 milhões de brasileiros tenham acesso a planos de assistência médico-hospitalar (ANS, 2012), o SUS atende constitucionalmente toda a população, inclusive nas ações de promoção, vigilância, assistência farmacêutica, urgência, emergência e alta complexidade. (3)

Atualmente, o SUS apresenta muitos gastos, sendo um dos maiores o referente às internações. O Sistema Único de Saúde pagou, em quase uma década (2002 – 2011), um valor de R\$ 59.074.723.230,00 para internações de homens e mulheres acima dos 20 anos. Essas internações, são na maioria das vezes provocadas por doenças do aparelho circulatório (11.440.089), que normalmente são complicações de doenças de base como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, e geram um custo por internação de aproximadamente R\$ 1325,14, sendo o diário cerca de R\$ 212,86. (8)

CONCLUSÃO

Atualmente, o Sistema Único de Saúde encontra-se em uma situação financeira muito delicada, pois como foi demonstrado nesse trabalho, o governo brasileiro já realizou várias manobras para tentar acabar com este problema e outros mais, porém não obteve resultados satisfatórios.

Em resumo, a desvalorização financeira do médico gerou a falta desses profissionais atuando no SUS, conseqüentemente, houve um comprometimento da atenção básica de saúde, levando a um maior número de internações e procedimentos hospitalares, aumentando os gastos do SUS. O mesmo tentou reparar o problema através da desvalorização do médico, gerando assim um ciclo vicioso que ocasionou essa situação financeira delicada em que se encontra.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ana Carolina Salem, Academia Médica, Remuneração dos Médicos por

2. Especialidade e o Mercado Médico no Brasil, 2014, <http://academiamedica.com.br/remuneracao-dos-medicos-por-especialidade-e-omercado-medico-no-brasil/>
3. CFM, Demografia Médica no Brasil, 2013, http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23567:a-umpasso-de-ter-400-mil-medicos-o-brasil-atinge-taxa-de-2-profissionais-por-grupo-de1000-habitantes&catid=3
4. CREMESP, Demografia Médica no Brasil, 2014,
5. http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=CentroDados&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=30
6. CREMESP, Jornada de Trabalho do Médico é a maior entre todas as profissões (Estudo da Fundação Getulio Vargas), 2013; <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=619>.
7. Fiocruz, Sistema Único de Saúde, 2014, <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/sisunisau.html>.
8. Ministério da Saúde, Entendendo o SUS, 2007,
9. <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus2007.pdf>.
10. Ministério da Saúde, Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde - Manual Básico, 3ª Ed, 2003 <http://www.fns2.saude.gov.br/documentos/Publicacoes/ManualGestaoFinSUS.pdf>
11. Rodrigo Eurípedes da Silveira, Álvaro da Silva Santos, Mariana Campos de Souza e Taciana Silva Alves Monteiro - Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil: perspectivas de uma década - Gestão e Economia em Saúde - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil, Eistein. 2013; 11(4): 514-20
12. SIGTAP, Tabela Unificada, 2014, <http://sigtap.datasus.gov.br/tabelaunificada/app/sec/inicio.jsp>

ÍLEO BILIAR: UMA RARA COMPLICAÇÃO

Maldos, Fernanda Assunção.

Discente do curso de Medicina da UNIFESO

Entende-se por íleo biliar a obstrução do trato gastrointestinal por um cálculo biliar. É uma condição rara, sendo responsável por 1 a 3% das obstruções intestinais, em geral, e aproximadamente 25% dos casos de oclusão que acometem pacientes acima de 65 anos.¹ Cerca de 50% dos pacientes tem história de doença biliar, sendo que, apenas 0,3 a 0,8% dos pacientes com colelitíase irão evoluir para íleo biliar.

Descrito pela primeira vez por Bartholin em 1654, ocorre em consequência de uma fístula interna entre algum ponto do sistema biliar, geralmente vesícula, com o tubo digestivo, geralmente duodeno.²

Em 85% dos casos a etiologia é a litíase biliar, sendo mais comum em mulheres e pacientes acima de 50 anos. A fisiopatologia da formação do trajeto fistuloso, por cálculo biliar, seria explicada pela escarificação da mucosa da vesícula pelo cálculo evoluindo com perfuração e bloqueio de víscera oca.³ A maior parte (75%) dessas fístulas se desenvolvem da vesícula para duodeno, e mais raramente para estômago(3%).

Palavras chave: colelitíase. colecistite. íleo biliar. fístula duodenal

OBJETIVO

O objetivo desse estudo é analisar o relato de caso atípico de uma paciente com doença calculosa aguda evoluindo para íleo biliar por fístula colecistoduodenal, levando-se em conta sua história clínica e abordagem terapêutica, com uma breve revisão da literatura.

METODOLOGIA

Realizado um relato de caso com estudo observacional, retrospectivo, com revisão de literatura.

CASO RELATADO

Paciente, 27 anos, sexo feminino, com quadro de cólica biliar de repetição há um ano e meio, deu entrada no serviço do Hospital das Clínicas de Teresópolis com quadro de dor abdominal difusa, vômitos, anorexia e tontura há dez dias. Ao exame físico, encontrava-se com dor abdominal a palpação profunda em epigástro e sinal de Murphy positivo. Solicitado laboratório com 18.100 leucócitos, 7% bastões e 69% segmentados e ultrassonografia que revelou imagens ecogênicas com sombra acústica posterior, sendo diagnosticada com colelitíase e internada para tratamento do quadro agudo com ciprofloxacino e metronidazol. No sétimo dia, evoluiu com dor intensa em hipocôndrio direito, e episódios de febre e vômitos. Laboratório mostrando 47.680 leucócitos com 4% de bastões e 82% de segmentados, sendo optado por colecistectomia convencional, com incisão de Kocher, onde no ato cirúrgico foi observada intensa inflamação com vesícula escleroatrófica e presença de fístula colecistoduodenal justapilórica. Feito rafia do trajeto fistuloso com piloroplastia e colecistectomia com drenagem da cavidade. Paciente evoluiu bem, com melhora do quadro clínico.

Após cinco dias, paciente apresentou clínica de vômitos seguido por distensão abdominal e leucocitose com 13.780 leucócitos com 2% de bastões e 79% de segmentados, sendo solicitado tomografia computadorizada de abdômen, mostrando imagem ovalar heterogênea com calcificação periférica situado no interior de alça do delgado na região hipogástrica, medindo 3,5, promovendo dilatação de alças com níveis hidroaéreos, relacionado com íleo biliar. Foi optado então, por laparotomia com incisão mediana infraumbilical e enterolitotomia com retirada de cálculo medindo, aproximadamente, 7cm. Paciente com resolução do quadro clínico e exames laboratoriais, evoluindo satisfatoriamente, recebendo alta após doze dias de internação hospitalar e término do esquema antibiótico.

DISCUSSÃO

O diagnóstico pré operatório de íleo biliar é feito em apenas 50 a 60% dos casos, com cálculos variando entre 1,9 a 3,5cm.² Clinicamente há sinais de obstrução intestinal e radiologicamente a clássica tríade de Riegler com obstrução do intestino delgado, pneumobilia e cálculos biliares ectópicos. Devese sempre excluir outras causas que causem obstrução intestinal.

O quadro, por vezes, é insidioso com sintomas aparentes 4 a 8 dias antes da completa obstrução intestinal, com vômitos e distensão abdominal, podendo haver história de colelitíase ou colecistite aguda recente, sendo que em casos de colecistite sem o tratamento e o prolongamento da realização da cirurgia podem agravar o quadro e propiciar maiores complicações.

A cirurgia é o tratamento de escolha para o íleo biliar, inicialmente dirigida para resolução da obstrução intestinal. Há controvérsias em relação ao tipo de cirurgia empregada.¹ Mesmo que haja um acordo universal sobre a cirurgia como tratamento de primeira opção para esses pacientes, ainda há discordância razoável sobre a necessidade de reparo de fístula. Se realiza-se a enterolitotomia e a fístula não é fechada, o paciente pode apresentar uma série de complicações como colangite, íleo recorrente, carcinoma de vesícula e colecistite. Porém, os que defendem apenas a enterolitotomia, justificam que tais complicações são raras e reservam uma segunda etapa aos casos sintomáticos ou que desenvolveram complicações. Além disso, estudos referem um aumento da morbi/mortalidade quando a fístula é fechada. A decisão terapêutica deve equilibrar os riscos e benefícios de cada tipo de procedimento, tendo em vista que a maioria dos pacientes apresentam comorbidades. O procedimento de uma etapa, se optado, deve ser realizado em pacientes com boas condições clínicas e estáveis hemodinamicamente para suportar o período cirúrgico. O pós-operatório do íleo biliar geralmente é prolongado e as principais complicações são infecção da ferida operatória, pneumonia e evisceração.

O relato apresentado demonstra um quadro atípico, pois normalmente o íleo biliar é pressuposto por uma clínica de suboclusão ou obstrução, muitas vezes diagnosticado após laparotomia, podendo ou não haver sintomas prévios de doença calculosa. No caso da paciente, já foi detectado o quadro etiológico com a presença de doença calculosa aguda, seguido posteriormente pela clínica de suboclusão e diagnóstico de íleo biliar. Os exames iniciais não demonstraram sinais de trajeto fistuloso e houve piora da leucocitose mesmo após uso de antibióticos, sugerindo-se que a fístula e migração do cálculo ocorreram no decorrer da evolução do quadro.

CONCLUSÃO

O íleo biliar representa uma urgência médica, sendo direcionado para o tratamento da obstrução. O tempo de evolução da doença calculosa aguda pode estar

ligado a complicações, sendo que as crises de cólica biliar já indicam tratamento cirúrgico. A enterolitotomia com fechamento da fístula, mesmo não sendo indicada pela maioria, foi aplicada de forma correta para apaciente, devido ao posterior diagnóstico de íleo biliar, não apresentando risco a paciente, que possuía boa clínica estabilidade hemodinâmica

REFERÊNCIAS

1. Weiss RG, Oliveira LF, Susin VA, Oliveira M, Weiss T. Íleo biliar: relato de seis casos e revisão da literatura. AMRIGS. 2001; 45(1,2):88-90.
2. Godoy AQ, Tecla Junior O, Godoy ARS. Íleo biliar: enterolitotomivideoassistida. Rev. Col. Bras. Cir. 2000; 27(6): 425-426.
3. MURARO CLPM, VILLAS BOAS CC, CARVALHO, RB. Fístula colecistogástrica. Rev. Col. Bras. Cir. 1999; 26(6):391-2.
4. Alencastro MC, Cardoso KT, Mendes CA, Boteon YL, Carvalho RB, Fraga GP. Abdome agudo por obstrução por ileobiliar. Rev. Col. Bras. Cir. 2013; 40(4): 275280.
5. Baltodano AP, Coto MB, Centeno MR, Alpízar WV. Ileo biliar. Acta méd. costarric. 2005; 47(1):53-56.
6. Szajnbock I, Lorenzi F, Rodrigues Jr AJ, Zantut LFC, Poggetti RS, Steinman E et al. Gallstone ileus as a cause of upper intestinal obstruction. Sao Paulo Med. J. 1996; 114(4):1239-1243.
7. Beuran M, Ivanov I, Venter MD. Gallstone ileus: clinical and therapeutic aspects. J Med Life. 2010; 3(4):365-71.
8. Nunes SI, Pinto CMB, Lima EC, Fernandes CBF, Pereira GA, Chehuen Neto JA. Colelitíase assintomática: quando operar? HU rev. 2007; 33(3):69-73.
9. Machado MAC, Jukemura J, Volpe P, Abdo EE, Penteado S, Bacchella T et al. Fístulas biliares internas: estudo de 13 casos e revisão da literatura. RevHospClínFacMed S Paulo. 1995; 50(1):45-8.

USO DE TRIPTANOS NA TERAPIA AGUDA E PREVENTIVA DA ENXAQUECA MENSTRUAL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.

Fernanda da Cunha Martins, Marcus do Amaral Vasconcellos

¹ Interna do 12º período de medicina da UNIFESO, RJ.

² Professor do curso de graduação em medicina da UNIFESO, RJ.

JUSTIFICATIVA

Em mulheres com enxaqueca menstrual diagnosticada, o tratamento agudo tem sido provado ser eficaz em ensaios clínicos randomizados. Para aquelas mulheres que têm períodos previsíveis e podem necessitar de terapia preventiva, prevenção a curto prazo é uma abordagem razoável, devido à previsibilidade da enxaqueca menstrual. Ensaios clínicos randomizados e revisões da literatura têm recomendado os triptanos como tratamento de primeira linha para a enxaqueca moderada e grave, incluindo a enxaqueca menstrual.

OBJETIVO

Esta revisão tem por objetivo encontrar evidências científicas para justificar a utilização de triptanos no tratamento agudo e prevenção da enxaqueca menstrual.

METODOLOGIA

A revisão sistemática da literatura foi realizada a partir de publicações indexadas às bases de dados *on-line* Medline, Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), The Cochrane Library e Scielo. Foram utilizadas as seguintes palavras-chaves (português/inglês/espanhol): enxaqueca menstrual/menstrual migraine/migraña menstrual; profilaxia da enxaqueca menstrual/menstrual migraine prophylaxis/profilaxis de la migraña menstrual; tratamento da enxaqueca menstrual/menstrual migraine treatment/ tratamiento de la migraña menstrual. Os artigos selecionados foram publicados entre 2003 e 2013.

Foram selecionados estudos do tipo ensaio clínico randomizado, duplocego, sempre comparando um triptano com placebo, tendo como participantes dos estudos mulheres durante a menacme portadoras de enxaqueca menstrual.

O aspecto clínico abordado foi a terapêutica aguda e profilática da enxaqueca menstrual com uso de triptanos, observando-se os seguintes desfechos: tempo livre de

dor em 2 horas, alívio da dor em 2 horas, melhora clínica da enxaqueca em relação a gravidade e frequência.

RESULTADOS

Os dados dos estudos randomizados, duplo-cego, controlados por placebo, para o tratamento agudo da enxaqueca menstrual estão disponíveis para seis dos sete triptanos atualmente aprovados e licenciados.

Apesar da percepção de que a enxaqueca menstrual é uma dor de cabeça de difícil tratamento, a maioria dos ensaios clínicos recentes dos triptanos, incluindo almotriptano, sumatriptano, zolmitriptano, naratriptano e rizatriptano, têm mostrado que esta classe de terapia pode proporcionar alívio da dor.

Todos os triptanos parecem ser eficazes no tratamento agudo da enxaqueca menstrual, sem diferença significativa em a sua eficácia no tratamento contra os ataques menstruais e não-menstruais. Além disso, os ensaios utilizando triptanos para profilaxia perimenstrual sugeriram eficácia em especial para o naratriptano, zolmatriptano e frovatriptano.

No caso do tratamento preventivo, deve-se evitar o uso excessivo da profilaxia, já que a medicação usada continuamente pode adiantar os ataques ou até mesmo promover o rebote da enxaqueca após a suspensão da medicação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todos os triptanos se mostraram superiores ao placebo nos ensaios clínicos revisados neste estudo e foram eficazes no tratamento agudo da enxaqueca menstrual, sem diferença significativa na sua eficácia sobre a enxaqueca menstrual pura ou sobre a enxaqueca relacionada à menstruação. Além disso, os ensaios utilizando triptanos para profilaxia perimenstrual sugeriram eficácia, em especial para o naratriptano, zolmatriptano e frovatriptano. O triptano de escolha será aquele que esteja disponível no mercado e seja mais acessível financeiramente para o paciente.

REFERÊNCIAS

1. Allais G, Bussone G, D'Andrea G, Moschiano F, d'Onofrio F, Valguarnera F, Manzoni GC, Grazzi L, Allais R, Benedetto C, Acuto G. Almotriptan 12.5mg in menstrually related migraine: a randomized, double-blind, placebo-controlled study.

Cephalalgia. 2011;31(2)144-151.

2. Brandes JL, Poole AC, Kallela M, Schreiber CP, MacGregor EA, Silberstein SD, Tobin J, Shaw R. Short-term frovatriptan for the prevention of difficult-to-treat menstrual migraine attacks. *Cephalalgia*. 2009;29,1133-1148.

3. Dowson AJ, Massiou H, Aurora SK. Managing migraine headaches experienced by patients who self-report with menstrually related migraine: a prospective, placebo-controlled study with oral sumatriptan. *J Headache Pain*. 2005; 6:81-87.

4. Loder E, Silberstein SD, Abu-Shakra S, Mueller L, Smith T. Efficacy and tolerability of oral zolmitriptan in menstrually associated migraine: a randomized, prospective, parallel-group, double-blind, placebo-controlled study. *Headache*. 2004; 44:120-130.

5. Mannix LK, Loder E, Nett R, Mueller L, Rodgers A, Hustad CM, Ramsey KE, Skobieranda F. Rizatriptan for the acute treatment of ICHD-II proposed menstrual migraine: two prospective, randomized, placebo-controlled, double-blind studies. *Cephalalgia*. 2007;27,414-421.

6. Mannix LK, Savani N, Landy S, Valade D, Shackelford S, Ames MH, Jones MW. Efficacy and tolerability of naratriptan for short-term prevention of menstrually related migraine: data from two randomized, double-blind, placebo-controlled studies. *Headache*. 2007; 47:1037-1049.

7. Martin V, Cady R, Mauskop A, Seidman LS, Rodgers A, Hustad CM, Ramsey KE, Skobieranda F. Efficacy of rizatriptan for menstrual migraine in an early intervention model: a prospective subgroup analysis of the rizatriptan TAME (Treat A Migraine Early) studies. *Headache*. 2008;48,226-235.

8. Massiou H, Jamin C, Hinzelin G, Bidaut-Mazel C. Efficacy of oral naratriptan in the treatment of menstrually related migraine. *Eur J Neurology*. 2005;12:774-781.

9. Tuchman MM, Hee A, Emeribe U, Silverstein S. Oral zolmitriptan in the short-term prevention of menstrual migraine: a randomized, placebo-controlled study. *CNS Drugs*. 2008;22(10):877-886.

FREQUÊNCIA DO RASTREAMENTO DE CÂNCER EM PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

**BARROS, Luciana da Silva Nogueira de¹; OLIVEIRA, Lucia Brandão de. FERREIRA¹,
Marco Brunno Abreu Marques².**

¹Docentes do curso de Medicina do UNIFESO.

²Discente do curso de Medicina do UNIFESO.

No Brasil, as doenças cardiovasculares, o câncer, as causas externas e o diabetes representam mais da metade do total de óbitos. A insuficiência cardíaca (IC) é a evolução final de praticamente todas as cardiopatias e de diversas doenças clínicas com comprometimento cardiovascular. Tem alta prevalência e incidência crescente em todo o mundo, apesar dos avanços tecnológicos e científicos. Constitui a principal causa de internações hospitalares entre os idosos. As reinternações são frequentes e agregam peso adicional à curva de sobrevida.

Assim como a IC, o câncer também incide mais frequentemente nas faixas etárias mais elevadas. Há expectativa da Organização mundial da Saúde (OMS) de duplicação dos casos até 2020, ocasião em que a prevalência e incidência das doenças neoplásicas deverão superar as das doenças cardiovasculares. A alta morbidade, mortalidade e os elevados custos impostos ao Sistema de Saúde fazem das doenças cardiovasculares e neoplásicas temas prioritários para a maioria dos países, na atualidade.

Grande parte dos casos de câncer se relaciona com fatores ambientais. Diversos fatores de risco, entre eles: obesidade, tabagismo, dislipidemia, sedentarismo e diabetes mellitus, expõem os indivíduos ao risco de surgimento tanto de neoplasias, quanto de doenças cardiovasculares, entre elas a IC. Ações de prevenção primária e detecção precoce de doenças são capazes de reduzir a mortalidade, melhorar o prognóstico e a qualidade de vida dos pacientes.

Este trabalho objetivou avaliar se os pacientes com insuficiência cardíaca, acompanhados ambulatorialmente em serviço especializado, se submetem ao rastreamento de câncer de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde.

Palavras-chave: Programas de Rastreamento; câncer; neoplasia; insuficiência cardíaca.

JUSTIFICATIVA

A pesquisa em questão justifica-se pela importância clínica e epidemiológica da síndrome de insuficiência cardíaca e do câncer, que podem compartilhar os mesmos fatores de risco, cuja detecção precoce possibilita melhorar o prognóstico e a qualidade de vida dos pacientes.

OBJETIVOS

Esse trabalho teve como objetivo geral avaliar a frequência do rastreamento para câncer entre os pacientes com Insuficiência Cardíaca.

O objetivo específico visou discriminar e quantificar os fatores de risco para câncer presentes nos pacientes com IC.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Estudo observacional, transversal, que avaliou 50 pacientes com IC, tratados em clínica especializada (Clínica de Insuficiência Cardíaca - CLIC), 28 do sexo masculino, variando entre os 21 e 88 anos (média de 65,6 anos). Foram incluídos na pesquisa pacientes com diagnóstico clínico pelo Escore de Framingham e confirmação ecocardiográfica de disfunção ventricular, independente da fração de ejeção do VE, reduzida ou preservada, pelo método de Simpson; em classe funcional I, II, III ou IV pela NYHA. Contou como critério de exclusão pacientes com diagnóstico prévio ou atual de câncer. Os pacientes foram entrevistados no dia da consulta agendada de rotina. Os dados foram obtidos através da aplicação de questionário elaborado pelos pesquisadores aos participantes da pesquisa. Os resultados obtidos pelo questionário foram armazenados em planilha do Excel e, após análise, apresentados em números absolutos e percentuais e confrontados com dados da literatura médica.

RESULTADOS

Quanto à frequência de rastreio do câncer de mama: 16 (73%) das mulheres relataram ter realizado o exame clínico das mamas (ECM), 11 (69%) delas em um período superior a 1 ano desde o exame até a data do questionário, e 5 (31%) em um período menor que 1 ano.

Seis (27%) mulheres relataram nunca ter realizado o exame, assim como

nenhum homem referiu ser submetido ao exame. Quanto à mamografia, uma das pacientes não se adequava aos critérios de rastreio devido a idade e 5 (24%) dentre as mulheres relataram nunca ter realizado o exame. Dezesesseis (76%) pacientes confirmaram a sua realização, 8 (50%) em um período maior ou igual a 2 anos e 8 (50%) em um período maior. Quanto ao câncer colo-retal, questionou-se sobre a realização da PSOF e da colonoscopia, sendo que cinco pacientes não se enquadravam nos critérios de rastreamento devido à idade. Dos que se adequavam aos critérios, 29 (64%) dos entrevistados admitiram nunca ter realizado a PSOF. Dos 16 (36%) que haviam realizado o exame, 12 (75%) o fizeram há mais de um ano e 4 (25%) com menos tempo. Quanto à colonoscopia, 37 (82%) nunca haviam realizado e 8 (18%) foram submetidos ao exame, 3 (37,5%) dos quais admitindo um período maior de cinco anos entre o exame e o questionário e 5 (62,5%) em um período inferior a cinco anos. Quanto ao câncer de colo do útero, 43% das entrevistadas possuem menos de 64 anos, passíveis de seguimento com rastreio. Apenas 1 (5%) mulher referiu nunca ter realizado o exame do Papanicolau e 21 (95%) sim, das quais, 17 (81%) haviam feito o exame com mais de 1 ano e 4 (19%) em período menor a um ano.

Quando indagados sobre a presença de fatores de risco, 17 (34%) pacientes referiram presença de história familiar de algum tipo de câncer, enquanto 33 (66%) negaram essa condição em qualquer parente de 1º grau. Em relação aos fatores ambientais, 10 (20%) relataram história de tabagismo ativo e 4 (8%) informaram alguma forma de constante exposição passiva. Nove (18%) admitiram etilismo, todos do sexo masculino, entre esses 5 (10%) relataram consumo importante de álcool, maior de 30g de etanol/dia. Quinze (30%) apresentavam obesidade, constatado pelo Índice de Massa Corpórea (IMC) maior ou igual a 30 e 9 (18%) tinham sobrepeso, IMC maior ou igual a 25. Dezesete (34%) tinham Diabetes Mellitus diagnosticado e 36 (72%) eram portadores de hipertensão arterial. Quanto à alimentação, 37 (74%) relataram se alimentar com uma dieta balanceada, rica em fibras, contendo duas ou mais porções de legumes e/ou dois tipos de grãos, além da predominância de carnes magras. Treze (26%) admitiram ter uma dieta pobre em fibras e/ou rica em gorduras, contendo frituras e/ou uma ou mais porções de carne gorda, produtos industrializados e defumados.

CONCLUSÃO

Concluimos que quanto a frequência do rastreamento para neoplasias entre os pacientes com IC na Clínica de IC de Teresópolis, evidenciamos que em relação ao rastreio do câncer de colo do útero, quase a totalidade das pacientes tiveram a preocupação de realizar o exame do Papanicolau. Entretanto, observamos que é grande o percentual de pacientes que não realizam rastreio conforme ditam os protocolos, principalmente quando diz respeito ao câncer colo-retal.

A prevalência dos fatores de risco em comum para neoplasias e IC, de acordo com o gênero, destaca-se que os homens lideraram em relação ao etilismo, tabagismo e obesidade. Enquanto que as mulheres, os superaram quanto ao Diabetes Mellitus e a dieta pobre em fibras e/ou rica em gorduras.

REFERÊNCIAS:

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica - 2012. *Arq Bras Cardiol* 2012; 98(1 supl.1): 1-33.
2. Rosa, LV et al. Epidemiologia das doenças cardiovasculares e neoplasias: quando vai ocorrer o cruzamento das curvas? *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*. 2009; 19(4): 526-34.
3. Gawron A, Hou L, Ning H, Berry JD, Lloyd-Jones DM. Remaining Life Time Risk for Cancer Death at Selected Ages by Sex and Smoking status: The Lifetime Risk Pooling Project. *Cancer Causes Control*. 2012 October; 23(10): 1729-1737.
4. Colditz GA, Wei EK. Preventability of cancer: the relative contributions of Biologic and Social and Physical Environmental Determinants of Cancer Mortality. *Annu Rev Public Health*. 2012 April; 33; 137-156.
5. Béliveau R, Gingras D. Role of nutrition in preventing cancer. Vol 53: November 2007. *Canadian Family Physician*.
6. Tasevska N, Jiao L, Cross AJ, Kipnis V, Subar AF, Hollenbeck A, Schatzkin A, Potischman N. Sugars in diet and risk of cancer in the NIH-AARP Diet and Health Study. *Int J Cancer*. 2012 January 1; 130(1): 159-169.
7. Andrade TLES, Ramos-Barbosa S, Pereira-Silva JL. Protocolos de rastreamento para o diagnóstico precoce do câncer de pulmão: passado, presente e futuro. *J Pneumol* 28(5) - setout de 2002.
8. Jee SH, Kim HJ, Lee J. Obesity, Insulin Resistance and Cancer Risk. *Yonsei Medical Journal*. Vol 46, No. 4, pp 449-455, 2005.

9. MINISTÉRIO DA SAÚDE Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) Estimativa | 2014; Incidência de Câncer no Brasil.
10. Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama: recomendações para gestores estaduais e municipais / Instituto Nacional do Câncer - Rio de Janeiro: INCA, 2009 11 - Controle do Câncer de Mama: Documento de consenso. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Ministério da Saúde. 2004.
11. Zandonai AP, Sonobe HM, Sawada NO. Os fatores de riscos alimentares para câncer colorretal relacionado ao consumo de carnes. Rev Esc Enferm USP 2012; 46(1):234-9 13 - Projeto Diretrizes: Rastreamento e Vigilância do Câncer Colo-retal. Prevenção secundária e detecção precoce. Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva. 2008.
12. Lee JK, So KA, Piyathilake C J, Kim MK. Mild Obesity, Physical Activity, Calorie Intake, and the Risks of Cervical Intraepithelial Neoplasia and Cervical Cancer. PLoS One. 2013; 8(6): e66555.
13. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: INCA, 2011.
14. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Rastreamento do Câncer de Próstata Diretrizes.
15. Programa nacional de controle do câncer de próstata: documento de consenso - Rio de Janeiro: INCA 2002.
16. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Rastreamento do Câncer de Próstata. Novembro de 2013.
17. Tetelbon A, Zelmanowicz AM, Zerwes FP, Biazus JVB, Lázaro L, Franco LR. Rastreamento do câncer de mama: recomendações baseadas em evidências. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 53 (4): 438-556, out-dez 2009.
18. Wolin KY, Carson K, Colditz GA. Obesity and Cancer. The Oncologist 2010; 15; 556565.
19. Macciò A, Madeddu C. Obesity, inflammation, and Postmenopausal Breast Cancer: Therapeutic Implications. TheScientificWorldJOURNAL (2011) 11, 2020-2036.

IMPORTÂNCIA DA FUNDOSCOPIA PARA HIPERTENSOS¹

Mario Castro Alvarez Peres², João Maria Ferreira³, Renata Macedo Nabuco Faro⁴

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença de importante impacto na população mundial por acometer grande parte dela e por suas consequências em diversos sistemas orgânicos. No olho, acomete a coróide, a retina e a papila óptica levando, respectivamente à coroidopatia, retinopatia e neuropatia hipertensivas, responsáveis por uma baixa acuidade visual. A prevenção da retinopatia hipertensiva é possível através de exames como a fundoscopia, principal exame de rastreio. Assim, podemos estadiar o paciente e intervir quando necessário.

Palavras-chave: Retinopatia Hipertensiva. Fundo de olho. Hipertensão Arterial.

OBJETIVO E JUSTIFICATIVA

De acordo com a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão ¹ a Hipertensão Arterial é a pressão arterial média (PAM) existente no interior das grandes artérias. Depende diretamente de dois fatores: Resistência Vascular Periférica (RVP) e Débito Cardíaco (DC). Entende-se como RVP o grau de constrição ou relaxamento arteriolar, controlado pelo SNS através dos receptores alfa 1 e beta 2, pelo sistema humoral através do

Sistema-Renina-Angiotensina-Aldosterona, do hormônio antidiurético, catecolaminas, prostaglandinas e cininas, e por fim por um mecanismo local de auto regulação. Por sua vez, o débito cardíaco (DC) é o fluxo de sangue gerado pelo coração na unidade de tempo, determinado pelo produto da frequência cardíaca (FC) com o débito sistólico (DS)

¹ Revisão de Literatura

² Professor Doutor do HCTCO, Teresópolis, Rio de Janeiro, mcastroalvarez@globo.com;

³ Professor Doutor do HCTCO, Teresópolis, Rio de Janeiro, clinoft@hotmail.com;

⁴ Estudante de Medicina, UNIFESO, Teresópolis, Rio de Janeiro, re_faro@hotmail.com

A HAS é capaz de levar a complicações vasculares em diversos sistemas, como cardíaco, SNS, renovasculares. Dentre os exames complementares para sua avaliação, há o estudo do fundo de olho, neste é possível estudar ao vivo, artérias, arteríolas, capilares, vênulas e veias, cujas alterações retratam o que está se passando nos demais compartimentos do organismo.

A retina é a camada que cobre internamente a parte posterior do fundo do olho, limitada anteriormente pelo vítreo e posteriormente pela coroide. É uma extensão do Sistema nervoso central, onde os estímulos luminosos são captados e transformados em impulsos nervosos para serem enviados ao cérebro, local em que é interpretado corretamente, a imagem da retina é invertida. A retina é transparente, parece vermelha por causa da coroide, que é a camada vascular ².

Fundoscopia: a oftalmoscopia e a biomicroscopia com lentes corretoras são métodos que permitem o exame do fundo do olho e para isso são necessários meios oculares transparentes e midríase pupilar (conseguida através de colírio parassimpático ou simpatomimético) para se observar a retina periférica³.

Oftalmoscopia indireta: capaz de realizar um exame mais acurado da retina pois possui como vantagens a intensa luminosidade, permite exame nos grandes graus de ametropia e também da retina periférica, grande campo visual pela binocularidade. Seu aumento varia de acordo com a lente utilizada, como desvantagem, esse exame forma uma imagem invertida entre a lente e o olho do observador, o aumento da imagem é de 4 vezes e é necessário um maior treinamento por parte do observador³.

Biomicroscopia com Lentes Corretoras: usando a lâmpada de fenda, é possível examinar o fundo do olho, fazendo a correção óptica da refração corneana. Possui uma imagem invertida, boa visualização binocular e com fenda luminosa. Suas desvantagens são: limitação da mobilidade, limitação para examinar a periferia da retina e nos grandes vícios de refração ³.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) provoca alterações nos vasos da coroide, retina e papila óptica, que dependem da gravidade, velocidade, duração da HAS e idade do paciente. Possui também como fatores de risco o sexo masculino, tabagismo e obesidade⁴.

Retinopatia hipertensiva (RH) é uma condição caracterizada por um conjunto de sinais vasculares retinianos que se desenvolvem em pessoas com hipertensão arterial. As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial listam a RH como um dos

marcadores de lesão de órgão alvo, sendo, portanto, critério para indicação de tratamento.

Classificação de Keith- Wagener-Barker

Criada em 1939 através de um estudo comparativo entre as alterações vasculares do fundo de olho hipertenso sem tratamento e o músculo peitoral maior por meio de biópsia, foram observadas características vasculares deste tecido, comparando-se às alterações do fundo de olho.

GRUPO I – Estreitamento arteriolar e alterações do reflexo arteriolar leve

GRUPO II - Estreitamento arteriolar e alterações do reflexo arteriolar mais acentuado além de cruzamentos arteríolo-venular.

GRUPO III – Grupo II mais hemorragia retiniana e exsudatos.

GRUPO IV – Grupo III mais papiledema.

Do grupo I ao IV, comparando às alterações histológicas do músculo, observou-se comprometimento vascular mais intenso com redução progressiva do lúmen da parede do vaso, maior número e tamanho do núcleo celular, tanto da parede quanto na íntima das arteríolas, trombos, evidências de arterite e peri arterite (linfócitos e fibroblastos) na camada média e adventícia do vaso. Com essa classificação, foi possível observar a progressão da Retinopatia Hipertensiva bem como traduzir a condição vascular de outros órgãos alvos da HAS, e ainda associar os grupos de classificação à severidade da HAS e também à sobrevida do paciente^{2;5}.

Diante do exposto essa pesquisa teve como objetivo realizar uma revisão sistemática da literatura entre os anos de 2002 e 2014 sobre alterações retinianas agudas e crônicas encontradas no fundo de olho em pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica.

METODOLOGIA

Para a realização dessa pesquisa foi feito um levantamento da literatura utilizando as fontes através de cinco livros divididos em oftalmologia, livro clínico geral e outros livros técnicos que abordaram a temática, em idioma português. Artigos científicos sobre a temática foram acessados nas bases de Scielo, Lilacs, BVS, publicados nos últimos dez anos (2004 a 2014). Os seguintes descritores foram aplicados: retinopatias, retinopatia hipertensiva, complicações hipertensivas, exames fundo de olho. Em inglês: hypertensive retinopathy, retinopathies.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos dados estudados, é possível perceber que as alterações do fundo de olho hipertenso são progressivas e passíveis de prevenção desde que seja feito controle pressórico e acompanhamento regular. Tendo em vista que se correlacionam com agressões em vários sítios orgânicos, a exemplo dos rins, coração e cérebro. O exame do fundo de olho, que é não invasivo é uma excelente ferramenta para propedêutica do paciente hipertenso.

REFERÊNCIAS

1. VI Diretriz Brasileira de Hipertensão vol.17 ;cap 7;jan/mar 2010.<Disponível http://www.anad.org.br/VI_Diretriz_Bras_Hipertensao_RDHA_6485.pdf.
2. Putz C . Oftalmologia: Ciências Básicas; 2. ed. cap 6 ,Rio de Janeiro: Cultura Médica; Guanabara Koogan,2011. p 257-477.
3. Dorian T. Manual do exame de fundo de olho, São Paulo: Manole, 2002, ,p 569.
4. Alvarez A.Fatores de riesgo dela retinopatia hipertensiva ,Infomed
5. RevistaCubanaAliaga,,2007:46 disponível em <http://www.bsv.sld.cv/revista/med/2> acessado em 10/07/2014.
6. Ryan S J .Retina:Medical retina:Elsevier Mosby:2006.p.1377-81

PSEUDOPAPILEDEMA: A DESMISTIFICAÇÃO DO ACHADO CLÍNICO

JÚNIOR, Silas Machado Franco, ANJOS, Iana Coutinho dos

Docente do curso de Medicina do UNIFESO
Discente do curso de Medicina do UNIFESO

O papiledema, ou edema do nervo óptico, é uma condição resultante de um aumento patológico da pressão intracraniana. Todos os outros casos de edema de papila na ausência de elevação da pressão intracraniana são referidos como “edema do disco” (KANSKI, 2008). O objetivo deste trabalho é descrever um caso de edema de disco óptico bilateral correlacionando tal achado com os exames complementares realizados, incluindo a angiofluoresceínografia, a tomografia de crânio e ultrassonografia ocular. Sendo assim, neste trabalho, a intenção é mostrar que há possibilidade da ocorrência do edema de disco, bilateral, em um paciente acompanhado na cidade de Piabetá - Magé, Rio de Janeiro, Brasil sem condições clínicas correlatas.

Palavras – chave: pseudopapiledema; papiledema; edema de disco

OBJETIVOS

O objetivo deste relato de caso, é de desmistificar o edema do nervo óptico. À primeira vista, é muito difícil diferenciar um papiledema de um pseudopapiledema, dando margem ao médico a pensar como única ou provável etiologia a hipertensão intracraniana, ou mesmo processos expansivos de massa promovendo o surgimento do papiledema. O clínico fica focado neste diagnóstico, desconsiderando os outros possíveis que são muito mais prováveis.

Apesar do diagnóstico diferencial do edema de disco óptico envolver diversas etiologias, o objetivo do trabalho foi principalmente fazer uma comparação entre o papiledema propriamente dito e o pseudopapiledema. O pseudopapiledema, seria por definição, um falso papiledema, como o próprio dicionário define: algo falso, errôneo ou enganador. É um defeito congênito do disco óptico, em que se apresenta com contornos indefinidos, mas não existe edema real dos axônios do nervo óptico (PINA, 2012).

METODOLOGIA

A metodologia aplicada foi a realização de um relato de caso com o objetivo de exemplificar e ilustrar os objetivos aqui defendidos. A paciente é acompanhada no ambulatório de Oftalmologia do Dr. Silas M. F. Junior, em Piabetá - Magé, Rio de Janeiro.

DISCUSSÃO

Em 2008 foi realizado um estudo na França, de 1º de outubro, a 31 de outubro de 2008, em que foram verificados 52 pacientes com edema unilateral de papila na emergência do Hospital Universitário de Bordeaux, em que foram verificados que destes: 61,5% (32) eram mulheres, e 38,5% (20) homens; a idade média foi de 53,5 anos (± 22.9); os homens eram mais velhos que as mulheres (61.1 anos vs 48.7 anos). Os diagnósticos finais foram: neuropatia isquêmica óptica anterior (27 casos), papilite (17 casos), papiledema (3 casos), e pseudoedema (2 casos). Nos 3 pacientes restantes não foram identificadas possíveis patologias. Neste trabalho foi visto que o tempo médio entre o início dos sintomas visuais e consultas com urgências oftalmológicas foi 9,5 dias.

Este trabalho mostra como aleatoriamente, os pacientes que foram atendidos na emergência, na sua grande maioria, não era de fato o aumento da pressão intracraniana, a causa do edema do nervo óptico. Dos 52 pacientes atendidos, apenas 3 casos a elevação do disco óptico era causado pelo aumento da pressão intracraniana.

Este caso apresentado é notável porque reflete exatamente o que este artigo francês demonstra: o achado ocasional do papiledema/pseudopapiledema não é exclusivo de uma hipertensão intracraniana. No momento do diagnóstico, na maioria das vezes é impossível diferenciar o pseudo de um real papiledema, por isso sendo importante a mensagem transmitida a partir deste relato de caso e do artigo científico do Hospital Universitário de Bordeaux.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste relato de caso inicialmente era demonstrar a possibilidade de que um edema de papila nem sempre significa um aumento de pressão intracraniana.

O médico ao se deparar com edema de papila no exame físico, seja ele

ambulatorial ou emergencial, se preocupa com o papiledema, pois este se apresentando de forma aguda e grave, pode representar uma perda visual irreversível se não tratado, e mesmo aquele de evolução crônica pode evoluir com perda progressiva da acuidade visual em semanas ou meses. O aumento da pressão intracraniana pode ter como consequência eventos catastróficos, como até mesmo a morte cerebral, sendo assim imprescindível a abordagem correta e imediata.

Apesar de que este diagnóstico nunca deve ser desconsiderado, como foi demonstrado anteriormente, devido à grande mortalidade associada quando esse realmente se apresenta de forma aguda e relacionada à hipertensão intracraniana, deve-se ter em mente, que em um primeiro contato com o edema de papila, sendo ele unilateral ou bilateral, a possibilidade de causas não relacionadas ao aumento da pressão intracraniana é muito maior.

Assim como o estudo realizado no Hospital Universitário de Bordeaux, novos estudos devem ser realizados para análise de um maior grupo de pessoas, para haver uma maior relevância estatística.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. KANSKI, Jack J. Oftalmologia Clínica: Uma abordagem sistemática. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier 2008.
2. Tournaire-Marques E. et al. Unilateral optic disc edema: retrospective study of fifty-two patients J Fr Ophtalmol. 2012 Nov;35(9):678-83
3. PINA, Susana; Santos, Cristina Papiledema ou pseudo-papiledema? Serviço de oftalmologia. Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca. Ministério da Saúde de Portugal, 2012. Disponível em <http://repositorio.hff.minsaude.pt/bitstream/10400.10/855/1/PAPILEDEMA%20final%20Jan%202012.pdf> acessado em 21/08/14
4. RIORDAN-EVA, Paul; WHITCHER, John P. OFTALMOLOGIA GERAL DE Vaughan&Asbury 17ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010

CERATOCONE: ATUALIDADES EM TERAPÊUTICA

¹JÚNIOR, *Silas Machado Franco*. ²GUEDES, *Joni Quadrio*.

¹Docente do curso de Medicina da UNIFESO

²Discente do curso de Medicina da UNIFESO

O ceratocone pode ser entendido pela distorção simétrica da curvatura da córnea devido ao adelgaçamento de sua área central associado à sua protrusão adquirindo um formato cônico, decorrente do enfraquecimento do ligamento entre as fibras de colágeno corneanas (RIORDAN-EVA, 2010). Acomete cerca de 1 paciente a cada 2.000 na população geral, sem preferência por sexo (JANKOV II, 2008).

O ceratocone apresenta-se com déficit visual unilateral decorrente do astigmatismo miópico irregular com rápida progressão. Usualmente inicia-se no quadrante temporal inferior e evolui em direção à região central corneana. Normalmente o olho contralateral apresenta visão normal com astigmatismo desprezível. Após 16 anos de evolução de doença, aproximadamente 50% dos olhos normais contralaterais evoluem para o ceratocone (KANSKI, 2008).

Os sinais apresentados podem ser resumidos em (1) reflexo em “gota de óleo” à oftalmoscopia direta a uma distância de 33cm; (2) reflexo irregular “em tesoura” à retinoscopia; (3) reflexo corneano distorcido com disco de Placido ou ceratoscópio; (4) pregas lineares estreitas na parte central da membrada de Descemet à biomicroscopia com lâmpada de fenda (estrias de Vogt), patognomônicas; (5) depósitos epiteliais de ferro em torno da base do cone (anel de Fleischer); e em casos mais avançados (6) abaulamento de pálpebra inferior na mirada para baixo (sinal de Munson) (RIORDAN-EVA, 2010; KANSKI, 2008)

Em estágios iniciais o uso de óculos pode melhorar a qualidade visual ao diminuir a perda da acuidade visual pelo astigmatismo regular ou levemente irregular. As lentes de contato rígida também são eficazes na correção do astigmatismo irregular, levando a melhora na qualidade visual. Entretanto, atualmente existe uma tendência crescente de indicar o tratamento cirúrgico do ceratocone mais precocemente. O transplante de córnea por ceratoplastia penetrante ou lamelar profunda (DLK), apresenta indicação para os casos avançados e progressivos, onde há intolerância ao uso de lente de contato e naqueles com cicatrização corneana importante (RIORDAN-EVA, 2010; KANSKI, 2008). Uma vez que o paciente se torna

intolerante as lentes de contato, as possibilidades de correção alternativas ao transplante de córnea são escassas. Dente estas opções encontram-se a utilização de anel intracorneano de Ferrara e o uso de irradiação ultravioleta A (UVA) associada à riboflavina (vitaminas B2) para a indução de crosslinking de colágeno de córnea que são capazes de adiar ou mesmo evitar o transplante (AMBRÓSIO, 2012; JANKOV II, 2008). Destacam-se também as opções de tratamento combinadas, associando o crosslinking com o anel de Ferrara ou com a fotoablação a laser.

Palavras-chave: ceratocone, tratamento, cross-linking, anel corneano, transplante de córnea, lentes de contato.

MÉTODOS

Esse trabalho foi elaborado a partir de uma revisão da literatura médica utilizando as palavras chave “ceratocone”, “tratamento”, “cross-linking”, “anel corneano”, “transplante de córnea” e “lentes de contato” e suas correspondentes em inglês, “keratoconus”, “treatment”, “cross-linking”, “corneal ring”, “corneal transplantation” e “contact lens” na base de dados Medline, SciELO, Lilacs e Academic Search no período entre 2002 e 2014, com exceção de artigo único de 1998. Foram selecionados 70 artigos para leitura e excluídos os que não diziam respeito ao objetivo do trabalho. Após a leitura dos resumos foram selecionados 29 artigos que preenchiam os critérios propostos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A utilização de óculos aparece como opção inicial ao tratamento do ceratocone, estando a lente de contato reservada para os casos refratários ao uso deste. A evolução das lentes de contato e de diversos estudos comprovando sua eficácia as tornam, cada vez mais, uma primeira abordagem terapêutica segura e eficaz frente ao diagnóstico de ceratocone. A lente de contato rígida gás permeável aparece hoje como grande opção dentro dos diferentes tipos de lente de contato.

Desde 1998, há descrito na literatura o uso e benefício da associação de riboflavina e raio UVA para o fortalecimento da córnea pelo ligamento das fibras de colágeno, o que ficou conhecido como o Protocolo de Dresden, estudo pioneiro na prática do crosslinking. A partir de então, diversos trabalhos vêm sendo publicados, aliados com a evolução da técnica de crosslinking e com a associação desta com

outras opções terapêuticas, como o implante de anel intracorneano ou fotoablação a laser.

A cirurgia para transplante de córnea, seja por ceratoplastia penetrante ou lamelar profunda, se apresenta hoje como uma boa indicação frente aos casos mais severos de ceratocone e não mais como indicação direta diante de casos refratários ao uso de óculos e lente de contato. Esta mudança recente no tratamento do ceratocone se dá pela criação, aperfeiçoamento e confirmação dos benefícios das técnicas acima descritas, como o implante de anel intracorneano, crosslinking e a associação de crosslinking com o anel ou fotoablação a laser.

No Brasil, no Ambulatório de Lente de Contato da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), Duque et al (2012), demonstraram que 93% dos pacientes obteve sucesso com as lentes de contato ao final do tratamento, sendo a lente rígida gás permeável a primeira opção dentre as diferentes opções pela facilidade de serem adquiridas, boa acuidade visual fornecida e baixo custo. Ainda neste estudo, foi evidenciado que 85% dos olhos saíram de uma visão considerada subnormal ou cegueira legal para uma acuidade visual satisfatória.

Em 2012, Renato Ambrósio Jr et. al demonstraram melhora significativa na acuidade visual e de parâmetros ceratométricos após implante de anel de Ferrara em estudo com 19 olhos durante 12 meses antes e após a cirurgia. A visão sem correção com óculos após a cirurgia mostrou-se melhor que a corrigida antes da cirurgia e a melhor acuidade visual foi demonstrada em pacientes com correção visual com óculos após a cirurgia em comparação com aqueles sem correção após o ato cirúrgico, o que demonstra benefício da correção com óculos após tratamento cirúrgico.

Jorge L. Alio et al (2014) publicaram artigo com 1.000 casos de pacientes submetidos a implante de anel intra estromal, que demonstrou melhora clínica e dos resultados visuais. Houve uma melhoria significativa na acuidade visual não corrigida 6 meses após a colocação do implante em casos progressivos, assim como na acuidade visual corrigida nos casos estáveis de ceratocone.

Em 2011, Anastasios John Kanellopoulos propôs a combinação de uma cirurgia refrativa por fotoablação a laser com a promoção de ligações covalentes do colágeno corneal com riboflavina (vitamina B2) e luz ultravioleta (UVA), estudo este que ficou conhecido mundialmente como o Protocolo de Atenas. O trabalho do Dr. Kanellopoulos evidencia que o objetivo desta terapêutica não é apenas remover o

epitélio e facilitar a penetração da riboflavina mas também corrigir o que possível da irregularidade corneana.

Hanefi Çakir et al, em 2013, compararam a eficácia do tratamento de implante de anel corneano isolado e em associação com crosslinking, em pacientes com ceratocone avançado. Dividiu os 166 olhos em 2 grupos, sendo o grupo 1 (69 olhos) submetidos somente ao implante do anel enquanto o grupo 2 (97 olhos) ao tratamento combinado. A acuidade visual não corrigida aumentou de 0.24 ± 0.14 para 0.37 ± 0.21 no grupo 1 e de 0.24 ± 0.13 para 0.42 ± 0.2 no grupo 2 enquanto a acuidade visual corrigida foi de 0.34 ± 0.19 para 0.62 ± 0.19 no grupo 1 e de 0.31 ± 0.19 para 0.67 ± 0.2 no grupo 2, não apresentando diferença estatística entre os 2 grupos, apesar da melhora da acuidade visual entre estes.

Carlos Anchieta Castro Cardoso da Silva et al (2008) realizaram estudo comparando as medidas de sensibilidade ao contraste, um indicador de qualidade visual, entre pacientes submetidos a transplante de córnea penetrante e transplante lamelar anterior profundo para tratamento do ceratocone com mais de 1 ano de pós operatório. O trabalho realizado em 2008, mostrou equivalência estatística para os dois grupos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ceratocone atualmente apresenta múltiplas opções terapêuticas com confirmada melhora na qualidade visual, dentre as quais destacam-se os tratamentos combinados, em especial a cirurgia refrativa por fotoablação a laser associada com a promoção de ligações covalentes do colágeno corneal com riboflavina (vitamina B2) e luz ultravioleta (UVA), conhecido mundialmente como Protocolo de Atenas.

A atualização das propostas terapêuticas nos últimos anos representa uma alternativa ao transplante de córnea, conduta esta muito utilizada antigamente para o tratamento de pacientes com ceratocone avançado e com falha no tratamento com óculos ou lentes de contato. Desde que foi proposta pelo Dr. Kanellopoulos, o Protocolo de Atenas vem ganhando muitos adeptos mundialmente e hoje apresenta-se como destaque no tratamento do ceratocone.

Cada centro de Oftalmologia no mundo apresenta, na atualidade, diferentes indicações para cada opção terapêutica frente a diferentes estágios de ceratocone. A atualização no tratamento do ceratocone vem ganhando embasamento teórico, porém

ainda carece de estudos maiores e de uma padronização na escolha terapêutica.

REFERÊNCIAS

1. ALIO J. L. et al. Intrastromal Corneal Ring Segments: How Successful is the Surgical Treatment of Keratoconus. *Middle East Afr J Ophthalmol*. 2014 Jan-Mar; 21(1): 3–9.
2. AMBRÓSIO JUNIOR R. et al. Implante de segmentos de anel estromal em ceratocone: resultados e correlações com a biomecânica corneana pré operatória. *Rev Bras Oftalmol*. 2012; 71 (2): 89-99. ISSN: 0034-7280
3. ÇAKIR H. et al. Comparison of intrastromal corneal ring segment implantation only and in combination with collagen crosslinking for keratoconus. *Eur J Ophthalmol* 2013; 23 (5) 629-634
4. DUQUE W. P.; REHDER J. R. C. L.; LEÇA R. G. C. Avaliação da eficácia na adaptação de lentes de contato com relação a melhora visual em pacientes portadores de ceratocone. *Rev Bras Oftalmol*. 2012; 71 (5): 313-6. ISSN: 0034-7280
5. JANKOV II M. R. et al. Ultra B2 - Promoção de ligações covalentes do colágeno corneal (Corneal cross-linking) no tratamento de ceratocone: resultados preliminares. *Arq Bras Oftalmol*. 2008; 71 (6): 813-8. ISSN: 0004-2749
6. KANELLOPOULOS A. J.; BINDER P. S. Management of Corneal Ectasia After LASIK With Combined, Same-day, Topography-Guided Partial Transepithelial PRK and Collagen Cross-linking: The Athens Protocol. *Journal of Refractive Surgery* Vol. 27, No. 5, 2011
7. KANSKI, Jack J. *Oftalmologia Clínica: Uma abordagem sistemática*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier 2008
8. RIORDAN-EVA, Paul; WHITCHER, John P. *OFTALMOLOGIA GERAL* DE Vaughan & Asbury 17ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010
9. SILVA C. A. C. C. et al. Comparação da sensibilidade ao contraste entre transplante lamelar anterior profundo e transplante penetrante para tratamento de ceratocone. *Arq Bras Oftalmol*. 2008; 71(1): 71-4. ISSN: 0004-2749

PESQUISA EPIDEMIOLÓGICA PROSPECTIVA DA SÍFILIS CONGÊNITA NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE TERESÓPOLIS¹

Marcus José do Amaral Vasconcellos²; Laís de Abreu Correia³

¹Pesquisa epidemiológica

²Professor Doutor Do HCTCO, Teresópolis, Rio de Janeiro, marcusav@globo.com;

³Estudante de Medicina, UNIFESO, Teresópolis, Rio de Janeiro, laiii.correia@gmail.com

INTRODUÇÃO

A sífilis, também denominada de lues, é uma patologia sistêmica que causa lesões cutaneomucosas polimorfas, podendo comprometer outros tecidos, particularmente, os sistemas cardiovascular e nervoso. Geralmente adquirida por contato sexual, mas também por transfusão de sangue, transplante de órgão ou transplacentária (transmissão vertical). (¹²) O agente etiológico é o *treponema pallidum*, subespécie *pallidum*, família dos *spirochaetaceae*. A sífilis congênita é a infecção do feto pelo *Treponema pallidum*, transmitida por via placentária, em qualquer momento da gestação ou estágio clínico da doença em gestante não tratada ou inadequadamente tratada. Sua ocorrência evidencia falhas dos serviços de saúde, particularmente da atenção ao pré-natal, pois o diagnóstico precoce e tratamento da gestante são medidas relativamente simples e bastante eficazes na prevenção dessa forma da doença. (³). O diagnóstico pode ser feito pela identificação do antígeno (serve para diagnóstico das lesões sífilíticas em atividade); campo escuro, coloração de lâmina e imunofluorescência direta. As sorologias podem ser divididas em reações não- treponêmicas (VDRL, RPR), e reações treponêmicas (ELISA, FTA-abs, TPI), sendo que estas últimas são usadas para triagem e acompanhamento após o tratamento.

Palavras-chave: sífilis congênita – pré-natal – infecções na gestação - saúde pública

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

A sífilis congênita é doença de notificação compulsória desde 1986, com compromisso internacional de eliminação enquanto problema de saúde pública.

No período de 1998 a 2003, os dados nacionais de sífilis congênita mostram

uma incidência média de 1,15/1.000 nascidos vivos. Maiores coeficientes são encontrados na região Sudeste, principalmente nos estados do Rio de Janeiro e Espírito Santo, o que pode estar refletindo não uma realidade mais desfavorável que a de outros estados, mas a intensidade dos esforços para detectar e notificar a doença (3).

EPIDEMIOLOGIA DA SÍFILIS NO BRASIL:

GRÁFICO 1: Número de casos de sífilis congênita no Brasil entre 1998 e 2009. (Fonte SINAN, 2011)

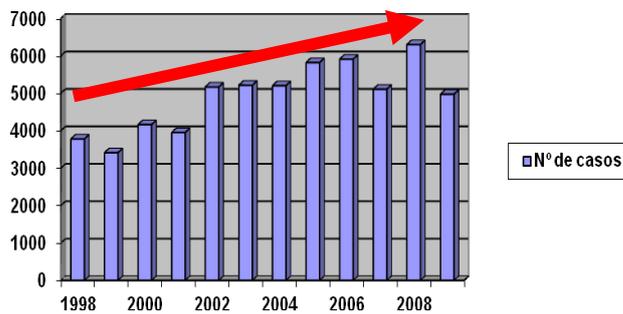
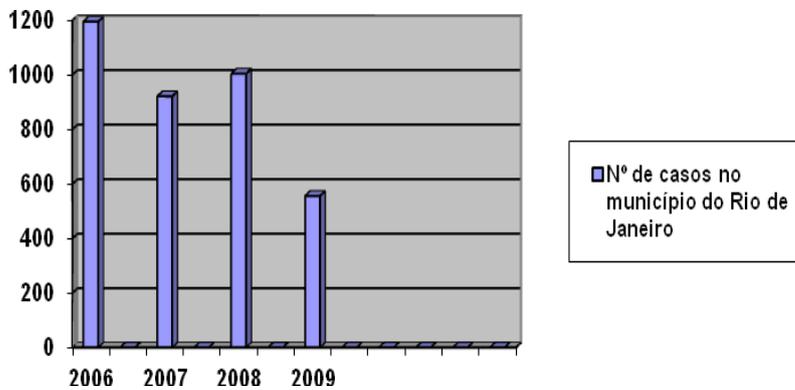


GRÁFICO 3 – Comportamento dos casos de sífilis durante a gestação no município do Rio de Janeiro entre 2006 e 2009 (fonte DATASUS, Ministério da Saúde)



Entre janeiro de 2007 a agosto de 2011 foram notificados pelo Hospital de Clínicas CostantinoOttaviano 32 casos de sífilis durante a gestação, distribuídos da seguinte forma pelos anos estudados:

TABELA 4 – Número de casos notificados pelo Hospital de Clínicas CostantinoOttaviano a Secretaria Municipal de Saúde de Teresópolis, com a incidência calculada pelo número de partos acontecidos em cada período.

	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
Nº de partos registrados	1112	1146	1335	1052	1130	5775
Incidência / 1 000 nv	8,9	6,1	7,4	8,5	4,4	5,7
Nº casos de sífilis notificados	10	7	1	9	5	32
Percentual do total	31,2	21,8	3,1	28,3	15,6	100,0

Pode-se observar no estudo que o maior percentual de pacientes são solteiras, estão entre 18 e 25 anos de idade, são brancas, com exclusivo trabalho em casa sem outra jornada de trabalho, e infelizmente, os prontuários são falhos em anotar o grau de instrução das pacientes. Também observamos que 50% das pacientes não usam tabaco, embora em quase 35% dos prontuários não havia registro sobre. Quanto ao alcoolismo somente uma paciente admitiu usar o álcool, mas 35% não foi computado por falta de informações. Em relação ao número de consultas de pré-natal, resultados mostram que as 32 pacientes apresentaram uma média de 5 consultas, e que 6 pacientes não compareceram a nenhum serviço de saúde durante a gestação. Podemos observar que 30% das pacientes apresentou diagnóstico no momento da internação para o parto, que somente 21% dos companheiros foi investigado quanto a presença do treponema, e que 18% já haviam experimentado uma gestação com sífilis. Importante mostrar que 80% das pacientes não foi tratada durante o pré-natal, e sim na internação no Hospital de Clínicas.

JUSTIFICATIVA

Acompanhar prospectivamente os casos registrados de sífilis congênita no HCT correlacionando com os principais fatores de risco.

Criar uma nova série que permitisse uma comparação com esta série de 2011.

OBJETIVOS

Geral: Levantar o número de casos de sífilis durante a gestação, notificados pelo Hospital de Clínicas de Teresópolis em 2014 durante 6 meses.

Específico: Analisar os prontuários destas pacientes sob o ponto de vista das informações epidemiológicas, condições do parto, dados do pré-natal, momento do diagnóstico da sífilis e conduta adotada com estas pacientes. Comparar com uma outra série apresentada em 2011.

METODOLOGIA

Trabalho se trata de um estudo transversal, de caráter quali-quantitativo, realizado por acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO), localizado na cidade de Teresópolis, Rio de Janeiro. O projeto foi

desenvolvido de acordo com a Resolução 196/96 do CNS e suas complementares, e já foi apresentado ao Comitê de Ética e Pesquisa da UNIFESO. A amostra foi desenvolvido no Serviço de Maternidade do Hospital de Clínicas de Teresópolis durante o ano de 2014. Com o nome e o registro das pacientes notificadas, foi feita consulta diária a enfermagem da maternidade, com a obtenção dos prontuários relacionados a estas pacientes, e aplicado o questionário ANEXO 1, onde se procurou os dados sobre o parto, as características epidemiológicas destas pacientes, história obstétrica, as questões relacionadas com o diagnóstico e tratamento da sífilis. Foi aceito como caso positivo para sífilis a presença de VDRL materno positivo no pré-natal (fonte cartão de pré-natal), momento de internação ou no puerpério.

RESULTADOS

TABELA 7 – Características epidemiológicas e de hábitos de vida dos 6 casos notificados de sífilis na gestação no Hospital de Clínicas CostantinoOttaviano entre fevereiro e agosto de 2014.

	Dados epidemiológicos	Nº de casos	Percentual (%)
Estado civil	Solteira	4	66,6
	Casada	2	33,3
Idade (anos)	< 18 anos	0	--
	18 – 25	6	100,0
Escolaridade	Secundário completo	4	66,6
	Superior	1	16,6
	Não registrado	1	16,6
Cor	Branca	4	66,6
	Não branca	2	33,3
Nº de consultas de pré-natal	< 6	5	83,3
	>= 6	1	16,6
Início da gestação	1º trimestre	2	33,3
	2º trimestre	2	33,3
	3º trimestre	2	33,3
Uso de drogas	Sim	1	16,6
	Não	3	50
	Não registrado	2	33,3
Nº parceiros na gestação	1	3	50
	> 1	1	16,6
	Não registrado	2	33,3

Uso de preservativos	Sim	4	66,6
	não	2	33,3

Estas pacientes foram submetidas a 1 cesariana e 5 partos normais, sendo que somente uma delas tinha uma gestação de < 34 semanas. Nesta série aconteceu um feto morto. Todas estas pacientes foram testadas para o HIV, e os resultados foram negativos, além de não ser registrada nenhuma doença sexualmente transmissível.

TABELA 8 – Informações sobre a sífilis adquirida durante a gestação nas 6 pacientes notificadas a partir do Hospital de Clínicas Costantino Ottaviano entre fevereiro e agosto de 2014.

	Dados da contaminação	Nº de casos	Percentual (%)
Momento do diagnóstico da sífilis	Na internação	2	33,3
	1º trimestre	1	16,6
	2º trimestre	1	16,6
	3º trimestre	2	33,3
Parceiro foi investigado e tratado	Sim	2	33,3
	Não	3	50
	Não registrado	1	16,6
Prole contaminada	Sim	1	16,6
	Não	4	66,6
	Não registrado	1	16,6
Tratada no pré-natal	Sim	5	83,3
	Não	1	16,6
Feto com malformações	Sim	0	-----
	Não	6	100
Recém-nato tratado	Sim	6	100
	Não	0	-----

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A comparação entre as duas séries mostra que algumas características ainda estão inalteradas, apesar das tentativas de conscientização da população da cidade: estado civil solteira, idade predominante entre 18 e 25 anos, sem nível de escolaridade registrada no prontuário, raça branca, uso de drogas, diagnóstico da sífilis no terceiro

trimestre, percentual de parceiros investigados (somente 50%). Em relação aos parâmetros abaixo relacionados, notamos uma melhoria significativa entre as duas séries: Todos os recém-natos passaram a ser tratados. Aumento significativo de tratamento no pré-natal, que antes era de 15,5% e agora é de 83,3%. Com isso nenhuma paciente nesta nova série precisou ser tratada na Maternidade no momento da internação. O que mais nos chamou a atenção neste trabalho é que o tratamento no pré-natal dos casos de sífilis atendidos em nossa cidade aumento significativamente, mostrando uma melhoria no nível de atendimento primário do pré-natal.No entanto as características das pacientes continuam as mesmas, mas infelizmente o parceiro continua sendo a maior dificuldade da cidade, não permitindo que se quebre o ciclo de transmissão da doença sexualmente transmissível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Lima MG, Santos RFR, Barbosa GJA, Ribeiro GS.** Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001 – 2008. Ver Ciência Saúde Coletiva, 2008
2. **Freitas F.** Rotinas em ginecologia; 5ª Ed. Porto Alegre, 2006
3. **Berek& Novak.** Tratado de ginecologia. 5ª Ed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2008.
4. http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gve_7ed_web_atual_sifiles_congenita.pdf, 2012
5. <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb>. 2007
6. Saraceni V, Guimarães MHFS, Theme Filha MM, Leal MC
7. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador de qualidade da atenção à mulher e à criança. CAD Saúde Pública;21(4):ISSN 0102-311X, 2005
8. **Brasil. Ministério da Saúde.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Sífilis Congênita. IN: Guia de Vigilância epidemiológica. 6ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, pag.673, 2005.

PÊNFIGO VULGAR COM USO CRÔNICO DE CORTICÓIDE LEVANDO À NECROSE ASSÉPTICA DE CABEÇA DE FÊMUR¹

Pedro Henrique Netto Cezar²; Tali Pamela Flores Ticona³

¹Relato de caso

² Professor Doutor Do HCTCO, Teresópolis, Rio de Janeiro, pedrohnc@uol.com.br,

³Estudante de Medicina, UNIFESO, Teresópolis, Rio de Janeiro, tali_bs1@hotmail.com

RESUMO

Introdução: O pênfigo vulgar é uma doença mucocutânea autoimune crônica que é mais comum em adultos apesar da sua baixa incidência. Trata-se de uma doença de grande importância de conhecimento clínico podendo levar a importantes manifestações sistêmicas devido ao uso crônico de corticoide utilizado no tratamento desta condição clínica. **Objetivo:** Relatar o caso clínico de uma paciente que desenvolveu necrose asséptica de cabeça do fêmur esquerdo devido ao uso crônico e com doses elevadas de corticosteroides para o tratamento do pênfigo vulgar. **Metodologia:** O presente estudo relaciona-se ao relato de caso. **Conclusão:** Pacientes tratados com corticosteroides devem ser devidamente acompanhados para que se evite complicações sistêmicas, principalmente ósseas, como o caso relatado.

Palavras – chave: pênfigo vulgar, corticosteroides, necrose asséptica da cabeça do femoral.

INTRODUÇÃO

O termo pênfigo (do grego penphix: bolha) é utilizado para designar um grupo de doenças que se caracterizam pela formação de bolhas intra-epiteliais devido à produção de auto-anticorpos contra proteínas do complexo desmossomial envolvidas na adesão das células epiteliais da pele e mucosa, provocando perda da adesão intercelular, afastando as células umas das outras, caracterizando o fenômeno denominado acantólise. Surgem, assim, fendas ou bolhas no interior do epitélio, que são preenchidas por líquido ou material sanguinolento. As mesmas tendem a se romper, expondo as bases das bolhas, ou seja, transformam-se em úlceras dolorosas com bordas irregulares. Classificadas como doenças dermatológicas com manifestações bucais, as formas conhecidas são: pênfigo vulgar, pênfigo vegetante,

pênfigo foliáceo, pênfigo eritematoso, pênfigo herpetiforme, pênfigo induzido por drogas e pênfigo paraneoplásico. Essas doenças, normalmente, afetam, como primeira manifestação, a mucosa de revestimento da cavidade bucal e os sinais e sintomas podem variar entre leve e moderado, podendo, muitas vezes, necessitar de um controle terapêutico por toda a vida do paciente¹.

O pênfigo vulgar, apesar de sua baixa ocorrência no nosso meio, é considerado uma doença autoimune importante, devido à possibilidade de seguir um curso clínico preocupante quando não diagnosticada e tratada na fase inicial. Não mostra predileção por sexo e acomete, com mais frequência, indivíduos na terceira idade.

O exame histopatológico poderá revelar além de fenda suprabasilar no epitélio e acantólise da camada espinhosa, a presença das células de Tzanck. Estas células caracterizam-se por revelarem núcleos maiores, hiper cromáticos e de citoplasma pouco corado².

Além da biópsia, o diagnóstico poderá ser confirmado pela imunofluorescência direta ou indireta. Na direta, utiliza-se a biópsia para se identificar anticorpos já fixados no tecido, enquanto que na indireta, o soro do paciente demonstra a presença e a concentração de anticorpos circulantes.

O elemento semiológico para um diagnóstico mais simples do pênfigo vulgar é a verificação de positividade do sinal de Nikolsky, manobra semiotécnica que consiste no desprendimento das camadas superficiais da mucosa das camadas inferiores com uma ligeira fricção, expondo-se o tecido conjuntivo e constituindo-se uma úlcera.

As lesões bucais do pênfigo vulgar, já no seu início, geralmente produzem desconforto doloroso e no momento do exame clínico aparecem como erosões e ulcerações irregulares, de diferentes tamanhos, distribuídas ao acaso pela mucosa, sem preferência por área anatômica, embora o palato, a mucosa labial, o ventre lingual e a gengiva sejam envolvidos com maior frequência. Outras lesões podem surgir mais tarde na pele e podem ser confundidas com lesões de outras doenças vesículo-bolhosas. Quando acometem a gengiva, as lesões assumem um aspecto próprio, caracterizando um quadro denominado gengivite descamativa³.

As lesões mucosas bucais, de 25% a 90% dos casos, são as primeiras e as únicas a se manifestarem por vários meses antes do envolvimento da pele.

Os elevados índices de morbidade e mortalidade relacionados antigamente ao pênfigo vulgar mudaram após a introdução dos corticosteróides. Contudo, a redução da mortalidade trouxe um alto índice de morbidade iatrogênica devido ao uso crônico destes medicamentos que, segundo a literatura, podem ocasionar problemas no que diz respeito ao aumento dos níveis glicêmicos, supressão adrenal, ganho de peso, úlceras pépticas, alterações do estado de humor, diminuição do nível de crescimento, osteoporose, hipertensão, imunossupressão, e necrose da cabeça do fêmur (como descrito em nosso paciente). A terapia sistêmica com corticosteroide deve ser iniciada com doses imunossupressoras de prednisona para inicialmente eliminar as lesões. Posteriormente, com o controle clínico inicia-se sua redução para uma fase de manutenção³. O sucesso do tratamento pode ser monitorado pelo título de autoanticorpos circulantes usando a imunofluorescência indireta, já que a doença se relaciona com níveis anormais de anticorpos. O prognóstico dos pacientes com pênfigo vulgar continua reservado por causa das drogas utilizadas e seus potenciais efeitos colaterais e o caráter crônico de seu tratamento.

Antes do desenvolvimento da terapia com corticosteróides, 60% a 80% dos pacientes morriam, principalmente devido à infecções e desequilíbrio hidroeletrólítico. Ainda assim, atualmente o índice de mortalidade associado com o pênfigo vulgar varia de cerca de 5% a 10%, geralmente por causa das complicações com o uso à longo prazo dos corticosteróides sistêmicos⁴.

JUSTIFICATIVA

Reduzir a necessidade de artroplastia total em quadril em pacientes submetidos ao uso crônico de corticosteroides, permitindo menos efeitos colaterais.

OBJETIVOS

Relatar o caso clínico de uma paciente que desenvolveu necrose asséptica de cabeça do fêmur esquerdo devido ao uso crônico e com doses elevadas de corticosteroides para o tratamento do pênfigo vulgar.

METODOLOGIA

Relato de caso onde a paciente apresentou complicações ósseas devido ao uso crônico de corticosteroides.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da análise cuidadosa das alterações dermatológicas apresentadas pela paciente descrita, podemos concluir que por meio de uma boa anamnese e exame físico criterioso pode-se pensar na possibilidade de Pênfigo Vulgar. Levando-se em conta que o tratamento da mesma preconiza o uso crônico de corticosteroides devemos estar atentos às complicações deste fármaco, entre as quais destacamos as alterações ósseas. Quanto mais precoce for detectado a osteonecrose, mais rapidamente será feito seu tratamento, minimizando a necessidade de procedimentos cirúrgicos mais complexos e de maior morbidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Azulay, R.D., Dermatologia, 5 ed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2008.131-135
2. Camacho AF, López JP, Bermejo FA. Pemphigus vulgaris. Apresentação de 14 casos e revisão de literatura. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2005; 10(4):282-8.
3. Eversole LR. Immunopathology of oral mucosal ulcerative, desquamative, and bullous diseases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1994; 77 (6):555-71.
4. Heaphy MR, Albrecht MD, Werth MD. Dapsone as a glucocorticoid-sparing agent in maintenance-phase pemphigus vulgaris. Arch Dermatol 2005; 141: 699702.
5. GOODMAN, Louis S; GILMAN, Alfred. As bases farmacológicas da terapêutica, 2010. 1440-1442.
6. GREENSPAN, Adam; Radiologia Ortopédica, 2000,71-76.
7. COMISSÃO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA (SBOT); CROCI, Alberto Tesconi; TRATADO DE ORTOPEDIA, 2007. 351-355.

TRÂNSITO DO DELGADO: EXAME RADIOLÓGICO PADRÃO OURO PARA O DIAGNÓSTICO DA DOENÇA DE CROHN

Luiz Gustavo Teixeira Brandão, Dr. Leo Freitas

Acadêmico 12 período medicina Unifeso
Chefe setor de Radiologia HCTCO, Professor Titular Unifeso, Medico Radiologista

RESUMO

A doença de Crohn (DC), junto com a reto colite ulcerativa (RCU) constitui o grupo mais importante das doenças inflamatórias intestinais. Como os aspectos clínicos e até mesmo anatomopatológicos são semelhantes é necessário o uso dos métodos de imagem para um diagnóstico preciso. O objetivo desse trabalho é mostrar que o trânsito do delgado é o exame padrão ouro para o diagnóstico da doença de Crohn quando comparado com a Tomografia Computadorizada e a Ressonância Magnética.

Nesse trabalho foi realizado um estudo utilizando métodos observacionais e comparativos através de base de dados do acervo de imagens pessoal do Dr. Léo de Oliveira Freitas, usando livros textos de Radiologia, revistas do Colégio Brasileiro de Radiologia e de artigos publicados no Medline, Lilacs e Bvs – com o título “diagnóstico radiológico da doença de Crohn”.

O trabalho mostra que o trânsito do intestino delgado é um procedimento radiológico valioso, por ser um dos poucos métodos capazes de avaliar o intestino delgado, principalmente as alterações da mucosa do órgão, sendo de fácil execução e apresentando consistentemente bons resultados.

Na Doença de Crohn usa-se, em todos os casos o clister opaco iodado a 25% já que o sulfato de bário sofre desidratação crescente quando percorre o intestino grosso (IG). A modelagem pelo bário, neste território torna-se progressivamente mais difícil, não identificando bem a doença nesse segmento intestinal.

A vantagem do iodo no lugar do bário decorre da diminuição do tempo do exame (o iodo é muito menos viscoso que o bário) e da não insuflação do IG em sentido antifisiológico, obrigatória no clister opaco clássico. Tal fato é importante nos pacientes agudamente enfermos. A preparação do IG por meio de laxativo (um vidro de laxol) pode ser reduzida para cerca de 50% quando adotamos o clister opaco

iodado (COI).

A conclusão que chegamos e que o trânsito do delgado é de longe o padrão ouro para o diagnóstico e acompanhamento da doença de Crohn. É um exame seguro, com morbidade zero e de custo ínfimo quando comparado com a tomografia computadorizada (TC) ou a ressonância magnética (RM).

Além disso, as informações obtidas são muito mais fidedignas que a TC ou a RM mostrando com clareza as lesões e sua extensão, bem como as complicações como a estenose filiforme (que pode levar à obstrução), as fístulas e a eventual síndrome de má absorção.

A Tomografia Computadorizada e a Ressonância Magnética tem suas indicações formais apenas nas complicações da doença e nas remissões. Fístulas perianais tem melhor resultado com imagens obtidas através de ressonância magnética de alto campo. Áreas de reativação necessitando avaliação do mesentério e linfonodos são melhores visualizadas em TC de alta resolução. Esses exames são de acesso limitado e alto custo.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Freitas, Léo de Oliveira, Radiologia Prática para o estudante de medicina, Rio de Janeiro, Revinter 2001.
2. Buja, LM; Krueger, GRF. Atlas de Patologia Humana de Netter. Porto Alegre, Artmed, 2007.
2. BRASIL. Ministério da Saúde, Projeto diretrizes: Doença de Crohn intestinal. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2008
3. Hara AK, Leighton JA, Sharma VK, et al. Imaging of small bowel disease: comparison of capsule endoscopy, standard endoscopy, barium examination, and CT. Radiographics.2005;25:697–711.
5. Radiologia Brasileira, Official Scientific Publication of Brazil College, Vol. 43 nº 5 - Sep. / Oct. of 2010, CT enterography: a preliminary experience in the evaluation of small bowel diseases
6. Fiocchi C. Inflammatory bowel disease: etiology and pathogenesis.
7. Gastroenterology 1998; 115:182-205
8. Paul LW, Juhl JH. Interpretação radiológica, 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1977.

9. JOHNSON CD, Schmit GD. Mayo Clinic Gastrointestinal Imaging Review. Rochester, Minnesota. Mayo Clinic Scientific Press 2005; 179-275.

ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA: COMO É UTILIZADA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA CIDADE DE TERESÓPOLIS?

THIAGO BARBOSA DE SOUZA

RESUMO

O trabalho se resume na coleta de dados sobre a relação número de consultas de pré-natal e número de ultrassonografias, feita pelas gestantes do Hospital das Clínicas de Teresópolis. Nesta pesquisa que foi feita através de um questionário escrito e que teve o consentimento das pacientes, colhemos alguns dados fundamentais para chegarmos a uma conclusão, e foram eles: qual foi o local onde a gestante fez o seu pré-natal, podendo ser da unidade privada ou pública; o número de consultas de pré-natal feitas e o número de ultrassonografias feitas; intercorrências durante o pré-natal e na hora do parto, intercorrências essas, que são as patologias mais prevalentes que acometem as grávidas. Colhemos o material durante cerca de 2 meses, onde diariamente, questionamos essas puérperas a cerca da pesquisa. Percebeu-se que a ultrassonografia é um exame muito comum nesse meio e muitas vezes feito e solicitado de forma equivocada, não conseguindo alcançar o objetivo principal: o acompanhamento clínico e desenvolvimento da gestação nessas pacientes. O pré-natal se feito de forma correta, é uma garantia não só para a gestante, mas também para criança e por isso, deve ser enfatizado sempre sua escolha, como sendo a escolha principal antes de se solicitar um exame de ultrassom. A conclusão deste trabalho é clara em apontar que quanto menos consultas de pré-natal, maior o número de ultrassonografias realizadas, sugerindo que o exame acabe substituindo o exame clínico e esse não é o objetivo principal a ser alcançado.

O ultrassom é definido como uma onda sonora com frequência maior que 16 KHz, acima do limite audível pelo ouvido humano. Suas aplicações técnicas tiveram início no período entre as duas guerras mundiais e do desenvolvimento de sonares utilizados na detecção de submarinos e de cardumes de peixes na pesca industrial.¹

Os recentes avanços tecnológicos na imagem ultrassonográfica, decorrentes do emprego de transdutores vaginais de alta frequência e do potencial de rastreamento genético no primeiro trimestre da gestação, serviram para aumentar o interesse na utilização da ultrassonografia na paciente obstétrica.¹

A ultrassonografia possui elevado grau de aceitação pela paciente, fornece um grande número de informações e é considerado um exame decisivo na indicação de interrupção da gestação. Entretanto, esse exame vem sendo realizado de forma indiscriminada (sem indicações), causando dúvidas nas condutas obstétricas, apesar de seus reais benefícios.¹

O diagnóstico da gravidez pode ser efetuado em 90% das pacientes através dos sinais clínicos, sintomas e exame físico, em gestações mais avançadas. As queixas principais incluem o atraso menstrual, fadiga, mastalgia, aumento da frequência urinária e enjoos/vômitos matinais.²

A assistência pré-natal constitui num conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de vigiar a evolução da gravidez e promover a saúde da gestante e da criança, encaminhando-os para soluções imediatas ao Sistema Único de Saúde.³

Em resumo, conclui-se que se o pré-natal é feito de forma correta e seguindo todas as normas, as pacientes ficariam melhores protegidas e rastreadas, do que somente através de exames de imagem, como a ultrassonografia. A realidade vista no Hospital das Clínicas de Teresópolis não é essa, segundo observado no trabalho e essa realidade precisa mudar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. NORONHA NETO, Carlos et al. Importância da ultrassonografia de rotina na prática obstétrica segundo as evidências científicas. *Femina*, v. 37, n. 5, p. 239-245, 2009. Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br/site/wpcontent/uploads/2013/05/Femina-v37n5p239.pdf>>.
2. ALENCAR JR, C. A. Assistência pré-natal. Projeto Diretrizes, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2001.. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/081.pdf>.
3. FAJARDO, Martha Lígia; Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos. [et al.]. 3º ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 62p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre_natal.pdf>.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PNEUMOTÓRAX RECIDIVANTE¹

Washington Millezi²; Valfredo Tavares dos Santos Júnior³

1Relato de caso

2Chefe do serviço de Cirurgia Geral do HCTCO, Teresópolis, Rio de Janeiro, milezi@terra.com.br ;

3Estudante de Medicina, UNIFESO, Teresópolis, Rio de Janeiro, valfredo_tavares@hotmail.com

RESUMO

Introdução: O pneumotórax é definido como um acúmulo de ar no espaço pleural com secundário colapso em torno do pulmão acometido. Pode ser dividido em dois tipos: pneumotórax espontâneo e pneumotórax traumático. **Objetivo:** relatar um caso de uma paciente que apresentou pneumotórax recidivante à esquerda, portadora de DPOC e na vigência de história patológica pregressa de tuberculose. **Justificativa:** A presença de bolhas pulmonares no contexto do relato de caso, além de ser uma causa até então desconhecida por mim de pneumotórax, carece de publicações no meio científico nacional constatada pela difícil procura dessas publicações em língua portuguesa. **Método:** As informações contidas nesse trabalho foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos, aos quais o paciente foi submetido e revisão da literatura. **Conclusão:** O tratamento do pneumotórax recidivante mostrou-se mais efetivo quando feito na modalidade cirúrgica, particularmente, com toracotomia aberta ou videotoracoscopia em comparação com outras técnicas menos invasivas, pois essas apresentam maior taxa de recorrência com posterior necessidade de uma nova abordagem e maior risco de morte a cada nova recidiva.

PALAVRAS-CHAVES: Pneumotórax espontâneo; enfisema subcutâneo; enfisema bolhoso;

INTRODUÇÃO

O pneumotórax é definido como um acúmulo de ar no espaço pleural com secundário colapso em torno do pulmão acometido. Pode ser dividido em dois tipos: pneumotórax espontâneo e pneumotórax traumático. ^{1,4}

O pneumotórax espontâneo é subdividido em primário e secundário. O pneumotórax espontâneo primário ocorre sem um evento precipitante em um paciente

sem evidência clínica de doença pulmonar, exceto por pequenas bolhas subpleurais (blebs). A incidência é de cerca de 6 a 10 casos por 100 mil habitantes por ano, sendo que predomina em homens mais altos e mais magros entre 20 e 40 anos de idade. Quase sempre é unilateral, algo frequente a direita. Em aproximadamente 2% é bilateral, simultâneo e alternado em 4 a 10% dos pacientes. A possibilidade de recidiva a partir do primeiro episódio fica aproximadamente em 30% e a partir do segundo, 60 a 80% em média, com período de latência cada vez menor. A maioria das recorrências ocorre dentro do primeiro ano. Esse tipo de pneumotórax está frequentemente associado com a ruptura de blebs ou bolhas subpleurais na porção apical dos lobos superiores pulmonares. ^{1,6}

Em contraste, o pneumotórax espontâneo secundário ocorre como complicação de uma doença pulmonar subjacente, frequentemente associada a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), mas também pode estar associada a infecções como tuberculose e pneumoconiose por *P. jirovici*, asma, fibrose cística, câncer, doenças do tecido conjuntivo, entre outras. A incidência do pneumotórax espontâneo secundário é semelhante a do primário, sendo mais frequente nos pacientes idosos.

O pneumotórax traumático ocorre como resultado de trauma penetrante ou fechado, assim como consequência de procedimentos intervencionistas com finalidade terapêutica ou diagnóstica, denominado de pneumotórax iatrogênico. ¹

O tratamento de ambos tipos de pneumotórax incluem medidas como repouso e observação, oxigenoterapia suplementar, drenagem pleural fechada com ou sem instilação de agentes esclerosantes, vídeotoracoscopia ou toracotomia aberta, abrasão pleural e pleurectomia. A escolha da melhor terapêutica vai depender da sintomatologia e suas consequências clínicas, magnitude, provável causa, comorbidades pleurais associadas, doença pulmonar subjacente a persistência ou recorrência do pneumotórax.

O tratamento cirúrgico do pneumotórax espontâneo na vigência de bolhas pulmonares e doença pulmonar subjacente, como será exposto no relato de caso, encontra-se justificável devido a alterações fisiopatológicas como prejuízo aos fluxos aéreo e sanguíneo por redução do diâmetro das vias aéreas e da rede vascular pulmonar; desvio contralateral do mediastino, inclusive com prejuízo da função cardíaca direita; depressão e aplainamento do diafragma, prejudicando seu curso,

contratilidade e tensão, reduzindo o volume corrente; a hiperinsuflação crônica pode alterar as propriedades elásticas da parede, exigindo maior participação da musculatura respiratória acessória, com consequente aumento do consumo de oxigênio muscular.^{2,3}

JUSTIFICATIVA

O pneumotórax espontâneo pode ser consequente à ruptura de bolhas em ápices pulmonares determinando, clinicamente, franca dispneia e dor torácica. A presença de bolhas pulmonares no contexto do relato de caso, além de ser uma causa até então desconhecida por mim de pneumotórax, carece de publicações no meio científico nacional constatada pela difícil procura dessas publicações em língua portuguesa. Portanto, acho justificável o relato de caso com uma breve discussão sobre o assunto.

OBJETIVOS

Relatar um caso de um paciente que apresentou pneumotórax espontâneo recidivante à esquerda, num contexto de doença pulmonar obstrutiva crônica e história pregressa de tuberculose.

METODOLOGIA

As informações contidas nesse trabalho foram obtidas por meio de revisão do prontuário durante os meses compreendidos entre agosto e setembro de 2014, entrevista com o paciente a partir de anamnese, exame físico, registro fotográfico dos métodos diagnósticos aos quais o paciente foi submetido e revisão da literatura.

RELATO DE CASO

Paciente, sexo feminino, 50 anos, negra, natural e residente da cidade de Teresópolis, ex-tabagista (carga tabágica de 30 maços/ano) há 11 anos, portadora de insuficiência venosa e DPOC não diagnosticada, com história pregressa de tuberculose adequadamente tratada e de internações em unidades de emergência por queixa de dispneia com o primeiro episódio ocorrendo em junho de 2014. Na vigência

do último episódio, em agosto de 2014, foi encaminhada do serviço público de emergência de Teresópolis para o Hospital das Clínicas de Teresópolis sendo admitida no dia 20/08/2014 em regular estado geral, com quadro de dispneia e murmúrio vesicular abolido em hemitórax esquerdo à ausculta pulmonar, quadro compatível com pneumotórax à esquerda. No dia seguinte à admissão evoluiu com enfisema subcutâneo em face, estendendo-se para tórax e parte do abdome superior acompanhado de pneumotórax espontâneo no pós-operatório da drenagem torácica. Trouxe tomografia computadorizada de tórax realizada em 24/07/2014 (VER FIGURAS 1,2,3 e 4) solicitada por outro serviço de saúde demonstrando múltiplas formações bolhosas subpleurais nos ápices pulmonares associadas a traves e diminutos focos cálcicos no lobo médio, provavelmente de aspecto residual.

A partir desse achado, o serviço de cirurgia torácica do hospital optou por tratamento cirúrgico das bolhas devido ao notável comprometimento respiratório da paciente e por ser o segundo episódio de pneumotórax espontâneo. Por isso, foi submetida ao tratamento cirúrgico (VER FIGURAS 11, 12, 13, 14,15, 16 e 17) em 28/08/2014 que consistiu em bulectomia com ressecção em cunha do ápice pulmonar mais pleurectomia apical esquerda por toracotomia axilar vertical esquerda com preservação muscular, com retirada das lesões bolhosas em pulmão esquerdo e sem apresentar intercorrências durante o período intraoperatório.

No período pós-operatório imediato foi internada em centro de terapia intensiva do mesmo hospital para melhor suporte ventilatório, apresentando-se nos dois dias seguintes em bom estado geral, afebril, estável hemodinamicamente sem agentes vasoativos, ventilando com auxílio de macronebulização a três litros por minuto de oxigênio, saturação de oxigênio de 99%, com ferida operatória de bom aspecto e sem sinais de infecção, débito do dreno de tórax de 250 no primeiro dia e de 350 ml no segundo dia, secreção de aspecto sero-sanguinolento e ausculta pulmonar demonstrando murmúrio vesicular rude em hemitórax esquerdo com drenagem em selo d' água apresentando fuga aérea intermitente. Teve alta do centro de terapia intensiva no dia 30/08/2014 e referida para a enfermaria de clínica cirúrgica do mesmo hospital no terceiro dia de pós-operatório, apresentando-se em regular estado geral, com frequência respiratória de 24 incursões por minuto e em antibióticoterapia com Clavulin ®. Evolui no dia seguinte 03/09/2014, com piora da dispneia e tosse produtiva de aspecto marrom, drenando 280 ml/dia uma secreção de

aspecto purulento pela ferida operatória (empiema pleura) , sendo retirado os pontos da ferida operatória. Como conduta para esta situação foi solicitado radiografia de tórax de controle (VER FIGURA 5 e 6) e hemograma completo. Este mostrando leucocitose sem desvio à esquerda e aquele hipotransparência em base pulmonar esquerda compatível com pneumonia nosocomial. A CCIH do hospital optou por manter a mesma terapêutica antimicrobiana. Nos dias seguintes, a paciente evolui com melhora da dispneia, até que no dia 06/09/2014 foi solicitado nova radiografia de controle (VER FIGURA 7 e 8) que manteve os mesmos achados anteriores, porém com drenagem de tórax de 110 ml por dia. Posteriormente, apresentou drenagem de tórax sem fuga área e não oscilante de 80 ml por dia, melhora da dispneia com frequência respiratória de 17 incursões por minuto. Foi solicitado nova radiografia de tórax (VER FIGURA 9 e 10), tomografia de tórax e laboratório. Este demonstrando leucocitose sem desvio à esquerda; a tomografia de tórax sem demonstrar derrame pleural ; e radiografia com melhora da pneumonia. Com isso, optou-se por retirada de dreno de tórax, em 10/09/2014, tendo alta hospitalar no dia seguinte da retirada do dreno de tórax, com orientação de acompanhamento ambulatorial.

DISCUSSAO

O relato de caso nos trouxe o quadro clínico de uma paciente do sexo feminino, extabagista há 11 anos e DPOC não diagnosticada, com evolução para segundo episódio de pneumotórax espontâneo à esquerda por ruptura de bolhas pulmonares, necessitando fazer a relação da ocorrência de pneumotórax com doença bolhosa pulmonar.

Por definição, bolha é uma espaço contendo ar dentro parênquima pulmonar que surge da destruição, dilatação e confluência dos espaços aéreos distais ao bronquíolo terminal. Elas compreendem os principais achados da chamada doença bolhosa pulmonar, definida como a ocorrência de uma ou mais bolhas em meio ao parênquima pulmonar sadio ou enfisematoso. Ainda, pode determinar a presença de sintomatologia como a dispneia, se o tecido pulmonar for difusamente acometido (enfisema pulmonar), ou até nenhum sintoma, mesmo na vigência de lesões de grande volume. ²

As bolhas estão associadas a varias condições patológicas como a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), tuberculose, linfangioleiomiomatose e

sarcoidose. Em relação a tuberculose, a sua patogênese tem sido atribuída ao estiramento, cicatrização e, posterior obstrução das pequenas vias aéreas, associada a destruição dos septos interalveolares causadas pelo bacilo. Tais alterações determinariam o aparecimento de enfisema paracicatricial, que em algumas situações originariam a formação de bolhas gigantes. Outras patologias como, também podem levar a formação de bolhas pulmonares.²

Bolhas podem complicar com pneumotórax espontâneo devido a sua ruptura no espaço pleural que pode, severamente, comprometer a reserva ventilatória do paciente no contexto de enfisema generalizado no caso se o paciente for fumante.¹

Os pacientes com pneumotórax mais comumente se apresentam com frequência um quadro clínico de dor torácica aguda, tipo pleurítica, que pode levar a um grave desconforto respiratório ou torna-se leve e persistente. A dispneia é o segundo sintoma mais comum em pacientes com pneumotórax, seguido da tosse e ortopneia. Apesar dessa apresentação os achados clínicos poderão ser normais se o pneumotórax tiver menos de 25%. Se o pulmão estiver mais de 25% colapsado pelo pneumotórax, um decréscimo nos sons respiratórios será evidente na ausculta e o lado afetado estará hipertimpânico à percussão. Enfisema subcutâneo pode ser encontrado no caso da ruptura das bolhas pulmonares que, no caso foi apresentado pela paciente do relato de caso no pós-operatório.⁴

Os tratamentos disponíveis atualmente podem ser: (I) Observação clínica; (II) aspiração; (III) pleurodese; (IV) tratamento cirúrgico.

Um Guideline foi sugerido para o tratamento do pneumotórax, consistindo nas seguintes condutas:¹

- Pacientes com primeiro episódio de pneumotórax espontâneo que estão assintomáticos e aqueles que tem um pneumotórax menor que 20% pode ser tratados com observação e as vezes com medidas adjuvantes, incluindo o uso de oxigênio suplementar. Já os que estão sintomáticos e aqueles nos quais o pneumotórax é maior que 20% devem ser submetidos a uma tentativa de aspiração por cateter.
- Pacientes submetidos a toracotomia por tubo com completa reexpansão pulmonar e ausência de um vazamento de ar pode ser considerada para a pleurodese química com doxiciclina ou talco. Isto irá reduzir o risco de recorrência, mas não deve evitar de executar procedimentos cirúrgicos

posteriores. Pacientes com toracotomias por tubo que têm fugas de ar persistente por mais de 72 horas devem ser encaminhados para tratamento cirúrgico.

- Devido ao aumento progressivo do risco de recorrência, os pacientes com a sua primeira recorrência de um pneumotórax primário devem ser submetidos a pleurodese química ou ser encaminhados para tratamento cirúrgico, de preferência toracoscopia com grampeamento, abração pleural ou pleurodese química.

Pacientes com bolha e parênquima pulmonar comprometido não necessitarão de intervenção cirúrgica, ao menos que estejam correndo risco de morte por alguma complicação aguda. Quando a bolha ocorre em conjunto de enfisema panacinar disseminado, geralmente, mas não necessariamente, uma pequena melhora é vista com bulectomia. Isso é particularmente verdade no DPOC quando o volume expiratório forçado do primeiro segundo (FEV1) é menor do que 35% do previsto.¹

A videocirurgia foi introduzida na década de 90 no tratamento das doenças torácicas e as bulectomias, desde então, puderam ser realizadas por meio de uma via de acesso alternativa, a cirurgia torácica videoassistida. Atualmente, as bulectomias por toracotomia e as resseções de bolhas pela cirurgia torácica videoassistida constituem as duas abordagens principalmente utilizadas nas operações de bolhas gigantes. Uma vez que a bolha é identificada, o pulmão é desinflado e a bolha é excisada utilizando um grampeador cirúrgico.^{1,2,3}

A bulectomia por toractomia costuma ser indicada para doentes portadores de bolhas de grandes dimensões, com parênquima adjacente sadio ou pouco comprometido. A técnica operatória requer anestesia geral e toracotomia pósterolateral ou esternotomia mediana, utilizada para resseções simultâneas de bolhas bilaterais.^{2,3}

Pacientes com grandes bolhas associado ao acometimento de estruturas pulmonares adjacentes, predomínio nos lobos superiores, e enfisema subjacente mínima parecem experimentar a maior melhora na CVF, FEV1, ventilação voluntária máxima (MVV), condutância específica das vias aéreas e volume residual com a modalidade de tratamento cirúrgico com laser.¹

CONCLUSÃO

O caso exposto culminou em tratamento cirúrgico por se tratar de uma bolha que levou a ocorrência de pneumotórax recidivante. Portanto, o tratamento do pneumotórax recidivante mostrou-se mais efetivo quando feito na modalidade cirúrgica, particularmente, com toracotomia aberta ou videotoroscopia em comparação com outras técnicas menos invasivas, pois essas apresentam maior taxa de recorrência com posterior necessidade de uma nova abordagem e maior risco de morte a cada nova recidiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fishman PA, Elias AJ, Fishman AJ, Grippi AM, Senior MR, Pack IA; FISHMAN'S. Pulmonary Diseases and Disorders. 4a ed; 2008. McGraw-Hill.
2. Botter M. Tratamento operatório das bolhas enfisematosas gigantes na Santa Casa de São Paulo [Tese]. São Paulo: Santa Casa de Misericórdia; 2006
3. Botter M, Saad Júnior R, Botter DA, Rivabem JH. Tratamento operatório das bolhas pulmonares gigantes. Revista Associação Médica Bras. 2007; 53 (3) ; 217.22
4. Townsend, Beauchamp, Evens, Mattox; SABISTON. Tratado de Cirurgia, 18a ed; 2009. Saunders Elsevier
5. Spencer S, Galloway FD; SCHWARTZ. Principles of Surgery, 17a ed; 1999. McGraw-Hill
6. Gomes CA. Pneumotórax. In: SBCT livro virtual [on-line]. Disponível em: http://www.sbct.org.br/pdf/livro_virtual/pneumotorax.pdf

ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA: COMO É UTILIZADA NO SISTEMA PRIVADO DA CIDADE DE TERESÓPOLIS?

Lucas Henrique de Almeida Barça

O ultrassom é empregado para o diagnóstico desde 1960 e não há relatos de efeitos deletérios maternos ou fetais produzidos com os níveis de energia usados clinicamente. Acredita-se que os principais efeitos biológicos da ultrassonografia sejam térmicos (elevação da temperatura) e cavitação (produção e colapso de bolhas de gás). Embora se tenha demonstrado que pode haver uma elevação da temperatura inferior a 1°C durante a avaliação diagnóstica, é improvável que isso tenha qualquer impacto clínico em seres humanos.

Da mesma forma, pode ocorrer cavitação (que exige a preexistência de núcleos cheios de gás estáveis) nas experiências *in vitro*, mas também é improvável que ocorra em humanos. Por essa razão, não existem contraindicações absolutas em relação ao seu uso tomando-se por base os efeitos biológicos.¹

A Ultrassonografia Obstétrica deve ser avaliada perante as suas vantagens dentro do Pré-Natal observando-se quesitos como: (1) é um exame não invasivo; (2) possui ótima aceitação perante as pacientes; (3) é um exame, ainda que examinador dependente, que transpassa segurança em suas avaliações; (4) é de relativa facilidade quanto ao acesso ao exame por ser de custo barato; e (5) somando-se todos os critérios acima, confere enormes benefícios se solicitados da maneira correta para um adequado acompanhamento.

Durante o Pré-Natal, o uso “correto” da ultrassonografia é aquele em que se associa com a anamnese, exame físico e exames laboratoriais relevantes, nunca superando o exame clínico. É importante salientar que, segundo a OMS, preconiza-se a realização de no mínimo 3 exames ultrassonográficos respeitando o esquema: 1º trimestre: entre 11-14 semanas; 2º trimestre: 20-24 semanas; e 3º trimestre: entre 32-26 semanas. No 1º trimestre buscamos avaliar a viabilidade fetal, a idade gestacional, determinar corionicidade (em caso de gestação gemelar) e também a translucêncianucal. Já no 2º trimestre, buscamos avaliar a morfologia fetal. Por fim, no 3º trimestre avaliamos o crescimento intra-uterino, características placentárias e

vitalidade fetal. Ressalta-se o fato de que embora seja recomendado o mínimo de 3 exames, cada gestação deve ser individualizada, cabendo ao médico pré-natalista a sensibilidade em solicitar novas ultrassonografias conforme o caso mas ao mesmo tempo não utilizá-las de maneira errônea.

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. Talvez o principal indicador do prognóstico ao nascimento seja o acesso à assistência pré-natal. Os cuidados assistenciais no primeiro trimestre são utilizados como um indicador maior da qualidade dos cuidados maternos. Se o início precoce do pré-natal é essencial para a adequada assistência, o número ideal de consultas permanece controverso. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número adequado seria igual ou superior a 6 (seis). Pode ser que, mesmo com um número mais reduzido de consultas (porém, com maior ênfase para o conteúdo de cada uma delas) em casos de pacientes de baixo risco, não haja aumento de resultados perinatais adversos. Atenção especial deverá ser dispensada às grávidas com maiores riscos. As consultas deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo. Quando o parto não corre até a 41ª semana, é necessário encaminhar a gestante para a avaliação do bem-estar fetal, incluindo avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal ou, dependendo do caso, para já se promover o cessar da gestação. ²

No entanto, para que essa assistência seja efetiva, é importante que abarque os seguintes aspectos:

- Captação precoce – quanto antes a gravidez for diagnosticada e a gestante receber os cuidados da equipe perinatal, mais precocemente poderão ser detectados problemas passíveis de controle ou de cura.
- Frequência e periodicidade adequadas – é preciso garantir que a gestante receba o atendimento necessário em seis consultas, no mínimo, durante a gravidez.
- Extensão de cobertura – é fundamental que a assistência atinja 100% das gestantes de uma cidade, de um estado e de todo o País. No entanto, dados oficiais do Ministério da Saúde do Brasil, de 2011, indicam que 4,6% de mulheres grávidas estavam sem assistência de

pré-natal.

- Qualidade – de nada adianta captar precocemente e oferecer o número adequado de consultas se não houver uma prática que garanta tecnologias atuais, apropriadas e precisas que causem impacto positivo da saúde perinatal, fortalecendo a integralidade.³

Durante minha passagem pelo internato em Ginecologia e Obstetrícia, quer seja no ambulatório ou nas enfermarias, percebi que acontecia uma valorização muito grande da ultrassonografia pelas pacientes atendidas. Ficava claro que muito mais importante para nossas mulheres, era realizar um exame de imagem de seu filho, do que realizar uma consulta de pré-natal completa e abrangente. Este fato me parecia mais gritante no contingente privado atendido, a princípio em consultórios particulares, e depois tinham seus filhos na Maternidade do Hospital de Clínicas de Teresópolis. Como esta possível realidade me pareceu uma inversão de valores, pois o exame é complementar à uma avaliação clínica bem feita, resolvi investigar esta possibilidade nesta faixa de pacientes. Além disso, necessário saber se esta utilização indevida do exame complementar trazia algum benefício à paciente.

Foram entrevistadas 9 pacientes internadas pelo sistema privado/conveniado, e a **TABELA 1** relata como foram distribuídos o número de consultas de pré-natal entre elas:

TABELA 1 – Relação do número de pacientes e o número de consultas realizadas dentre as 9 pacientes privadas entrevistadas, referindo o percentual de cada grupo.

Nº de consultas	Nº de pacientes	Percentual
Sem pré-natal	0	-----
1 – 2 consultas	0	-----
3 – 4 consultas	2	22,2
5 -6 consultas	2	22,2
7 – 8 consultas	1	11,1
> 8 consultas	4	44,4

Como passo seguinte, correlacionamos o número de ultrassonografias

realizadas por cada grupo de pacientes acima descritos e obtivemos a **TABELA 2**

TABELA 2 – Relação do número de pacientes privadas e o número de exames ultrassonográficos realizados dentre as 9 pacientes entrevistadas, referindo o percentual de cada grupo.

Nº de exames	Nº de pacientes	Percentual
0 exame	0	----
1 – 2 exame(s)	0	23,8
3 – 4 exames	3	48,8
5 -6exames	2	23,8
7 – 8 exames	2	2,3
> 8exames	2	1,2

A conclusão deste trabalho mostra que quando a paciente é acompanhada pelo sistema privado ou conveniado, a realização de ultrassonografias obedece a protocolo aceitável, pois jamais excede ao numero de consultas, sendo, portanto, considerado realmente como um exame complementar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. NETO, Carlos Noronha; DE SOUZA, Alex Sandro Rolland; FILHO, Olímpio Barbosa Moraes; Noronha, Adriana Mota Bione. Importância da ultrassonografia de rotina na prática obstétrica segundo as evidências científicas. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Femina-v37n5p239.pdf>. Acesso em: 15/08/2014.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32)
3. ALENCAR JR, C. A. Assistência pré-natal. Projeto Diretrizes, Federação

4. Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetria, Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2001. Disponível em:

5. http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/081.pdf. Acesso em: 17/08/2014.

CORRELAÇÃO ENTRE A ROTINA DA REALIZAÇÃO DO TOQUE DURANTE O PRÉ- NATAL COM AS INFECÇÕES GENITO-URINÁRIAS

Marcus José do Amaral Vasconcellos, Camila Sales Carlos

¹Professor do curso de Medicina do UNIFESO
²Acadêmica do curso de Medicina do UNIFESO

Palavras-chave: infecção urinária – pré-natal – vaginites na gestação - saúde pública

OBJETIVO GERAL

Determinar qual o percentual de pacientes que nunca foi examinada através o toque obstétrico nos diversos sistemas de pré-natal da cidade de Teresópolis.

Objetivos específicos: Relacionar o não diagnóstico das infecções genito-urinárias com a ausência do toque obstétrico no pré-natal.

Determinar se existe alguma diferença nesta propedêutica obstétrica e as diversas formas de atendimento na cidade de Teresópolis

JUSTIFICATIVA

A prematuridade é um dos grandes problemas de saúde pública, contribuindo com elevados números para a morbimortalidade infantil e para a invalidez, principalmente em países em desenvolvimento. Portanto, qualquer trabalho que procure uma relação das infecções genitourinárias com a prematuridade, certamente contribuirá para que a idade gestacional compatível com a vida normal seja atingida.

Este trabalho nasceu da observação na enfermaria da Maternidade do Hospital de Clínicas de Teresópolis, durante as visitas diárias, que um número significativo informava que nunca havia sido submetida ao toque obstétrico durante o seu pré-natal.

Este fato refletia claramente no comportamento de algumas pacientes durante o período de pré-parto e mesa de parto. A não colaboração da paciente trazia enormes problemas para o desfecho do quadro. Com esta observação, resolvemos estender a pesquisa à prematuridade, principalmente com sua relação com infecções genito-urinárias que não eram diagnosticadas no pré-natal.

A falta do exame obstétrico completo sempre contribuirá para que estes diagnósticos não sejam feitos e, portanto, aumentando as taxas de prematuridade em nossa cidade.

METODOLOGIA

O estudo será desenvolvido com puérperas na maternidade do Hospital de Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano, e se iniciou logo após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Serra dos Órgãos.

Um questionário foi aplicado após o parto por dois alunos da Faculdade de Medicina após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido por parte da paciente, ou seu representante legal se a paciente não apresentar mais de 19 anos.

Foram incluídas no projeto todas as pacientes matriculadas no sistema de pré-natal da cidade, quer seja em instituição do Sistema Único de Saúde, do Hospital Universitário ou de serviço privado ou conveniado. Estes três grupos foram diferenciados, mas sem qualquer forma de identificação do local exato e do profissional que a atendeu durante o acompanhamento pré-gestacional.

RESULTADOS

A questão principal deste trabalho, que tenta como hipótese principal, a relação entre a falta do toque obstétrico e a incidência de infecção urinária e infecção vulvovaginal, foi claramente demonstrada, pois entre as pacientes que não realizaram o toque, podemos observar:

Atendimento privado – 50% de infecção urinária e 14% de colpites

Atendimento UNIFESO – 60% de infecção urinária e nenhum caso de colpite

Atendimento SUS – 92% de infecção urinária e 13% de colpites

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O toque vaginal durante o pré-natal, nos vários sistemas de atendimento pré-natal que acontecem na cidade de Teresópolis, jamais foi feito em cerca de 58% das pacientes.

A ausência deste procedimento é maior nas pacientes atendidas nos ambulatórios do sistema único de saúde (66 %).

A infecção urinária durante a gestação é muito mais comum entre as pacientes que fizeram seu pré-natal sem o exame obstétrico local em nenhuma

consulta.

Já a infecção vulvovaginal não apresentou nenhuma relação direta com a ausência do toque vaginal, pois sua incidência foi muito parecida, não só na paciente não grávida, como também nas que foram bem acompanhadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Duarte G, Marcolin AC et al. Infecção Urinária na Gravidez: Análise dos Métodos para Diagnóstico e do Tratamento. RBGO, 2002, 24(7): 471-477.
2. Figueiró-Filho EA, Bispo AMB et al. Infecção do trato urinário na gravidez: aspectos atuais. Femina, 2009, 37(3):165-171.
3. Rezende J. Obstetrícia. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
4. Vettore MV, Dias M et al. Avaliação do manejo da infecção urinária no pré-natal em gestantes do Sistema Único de Saúde no município do Rio de Janeiro. Rev Bras Epidemiol 2013; 16(2): 338-51.
5. Souza GN, Vieira TCSB et al. Tratamento das vulvovaginites na gravidez. Femina, 2012, 40(3):125-128.
6. Amaral AD, Incidência de Gardnerella vaginalis nas Amostras de Secreção Vaginal em Mulheres Atendidas pelo Laboratório Municipal de Fraiburgo. Rev Ciênc Farm Básica Apl., 2012;33(3):455-458
7. Bonfanti G et al. Prevalência Gardnerella Vaginalis, Candida ssp. e Trichomonas Vaginalis em exames citopatológicos de gestantes atendidas no hospital universitário de Santa Maria-RS. Revista Saúde (Santa Maria) 2010, 36(1): 37-45.
8. Giraldo PC et al. O Frequente desafio do entendimento e do manuseio da vaginose bacteriana. J bras Doenças Sex Transm 2007; 19(2): 84-91.
9. Vaz FAC. Prematuridade - Fatores Etiológicos Pediat.(S. Paulo) 8:169-171, 1986.

AVALIAÇÃO DA INFECÇÃO PÓS-OPERATÓRIA EM CESARIANAS REALIZADAS NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE TERESÓPOLIS COSTANTINO OTAVIANO – RJ

¹VASCONCELLOS, Marcus José do Amaral. ²MASCARENHAS, Márcio Anastácio.

¹Docente do curso de Medicina da UNIFESO.

²Discente do curso de Medicina da UNIFESO.

A infecção do sítio cirúrgico em cirurgias obstétricas, representa um grave problema de saúde pública. A profilaxia antimicrobiana em cesariana tem como objetivo a prevenção de infecção da ferida operatória. A eficiência da profilaxia está ligada ao modo de sua administração. Este trabalho tem como objetivo avaliar a ocorrência da infecção póscesariana na Maternidade do *Hospital das Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano*, já com 30 dias de puerpério. Com essa pesquisa, pudemos comparar uma nova proposta de antibioticoprofilaxia com outros esquemas já praticados e avaliar a capacidade do serviço em conseguir manter o contato com suas pacientes após a alta. Nesse estudo, contatamos mulheres submetidas a cirurgias obstétricas realizadas no *Hospital das Clínicas de Teresópolis*, através dos dados obtidos juntamente a comissão de infecção hospitalar. Utilizamos o contato por telefone para aplicarmos um questionário que utilizava dados epidemiológicos, além do questionamento sobre qualquer quadro clínico que nos fizesse pensar em um quadro infeccioso. Dividimos em dois esquemas. O esquema A, que abrange todas as pacientes que fizeram antibioticoprofilaxia 1 hora antes da cirurgia, este que leva a essência do trabalho, e o esquema B, que engloba os pacientes que fizeram a antibioticoprofilaxia 1 hora após a ligadura do cordão umbilical e a segunda dose após 6 horas. Para que pudéssemos comparar, levamos mão do teste do qui-quadrado. Estes dados serão comparados com outra série realizada em 2013. Com o trabalho pudemos observar que as informações do *Hospital das Clínicas de Teresópolis* possuem sobre seus pacientes estão defasadas e que o uso da antibioticoprofilaxia levou a uma melhora da saúde pública, pois diminuiu o número de infecções.

Palavras-chave: Cesariana; Cirurgia Obstétrica; Antibioticoprofilaxia.

JUSTIFICATIVA

Este trabalho é uma continuação de outro trabalho de conclusão de curso apresentado em maio de 2014, com o aumento da amostra. A finalidade, além de ser uma linha de trabalho que tem uma grande importância para nossa Maternidade, é ratificar uma mudança de protocolo de antibioticoprofilaxia em cesarianas.

Outra visão deste trabalho é ratificar ou não a opinião do trabalho anterior, que mostrou a dificuldade do controle do seguimento das pacientes após a alta clínica hospitalar. Uma das conclusões foi uma melhoria neste controle.

OBJETIVOS

Objetivo geral:

Avaliar a ocorrência da infecção pós-operatória em cesarianas realizadas na Maternidade do *Hospital das Clínicas de Teresópolis*, já com 30 dias de puerpério.

Objetivos específicos:

Comparar uma nova proposta de antibioticoprofilaxia proposta com outros esquemas já praticados.

Avaliar a capacidade do *Hospital das Clínicas* em conseguir manter contato com suas pacientes após a alta, principalmente para poder controlar seguimentos de tratamentos.

METODOLOGIA

Foram listados os contatos de puérperas submetidas a uma cesariana na Maternidade do referido hospital, dados estes obtidos na Comissão de Infecção Hospitalar. Através do contato telefônico, foi aplicado um questionário com os dados epidemiológicos, além do questionamento sobre qualquer quadro clínico que nos fizesse pensar em quadro infeccioso naquele primeiro mês pós-parto: infecção de parede, infecção de mamas ou outro tipo de infecção. Nesta investigação as possibilidades de infecção (febre, exames alterados, secreções por via vaginal ou parede), não esquecendo as mamas como fonte importante.

Nos dados provenientes da Comissão de Infecção, existia a informação sobre a utilização ou não de antibiótico profilático, e quando utilizado, em que esquema.

A hipótese do trabalho foi tentar provar que o antibiótico profilático, administrado 1 hora antes do início da cirurgia, apresentaria menor possibilidade do

aparecimento da infecção puerperal. No trabalho, foi chamado de ESQUEMA A, enquanto que o esquema com 1ª dose após a ligadura do cordão e segunda 6 horas após, foi chamado de ESQUEMA B.

Para que pudéssemos fazer esta comparação, lançamos mão do teste do quiquadrado, quando a hipótese seria aceita caso o valor encontrado fosse compatível com um $p < 0,05$.

Estes dados serão comparados com outra série realizada em 2013, que serviu de material para outro trabalho de conclusão de curso. Naquela época não houve significância estatística entre os dois esquemas terapêuticos. Naquele momento uma possível explicação foi o tamanho da amostra.

RESULTADOS

Em uma primeira fase deste trabalho, foram realizadas duzentas e oitenta e cinco (285) ligações a partir do cadastro da Comissão de Infecção Hospitalar. Destas 183 (64,2%) não obtiveram resposta, apesar da insistência da pesquisadora. Entre estas, 31 significavam números errados (10,8 %). As restantes, 71 pacientes (24,9%), responderam o questionário utilizado pelo estudo.

Destas 71 pacientes com cerca de um mês pós-cesariana, nove informaram ter apresentado uma infecção relacionada com o ato operatório (12,6%).

Nos nove casos de infecção podemos encontrar a seguinte distribuição:

- Três pacientes sem antibioticoprofilaxia = 3 infecções (100%)
- Quarenta e nove pacientes com esquema antes da cirurgia = 6 infecções (12,2%)
- Cinco pacientes com esquema pós-ligadura do cordão = sem infecção
- Quatorze pacientes com esquema antes da ligadura = sem infecção

A amostra seguinte permitiu um número 232 de contatos com um novo grupo de puérperas. Os telefonemas permitiram que somente 91 pacientes (39,2%) fossem contatadas, e permitiram que se produzisse um segundo grupo de estudo.

CONCLUSÕES

As informações que o *Hospital das Clínicas de Teresópolis* possui sobre as

pacientes internadas, estão defasadas, principalmente por motivos relacionados a trocas de telefone e endereço. Em relação à antibioticoprofilaxia, já podemos concluir que não fazê-la condicionou ao aparecimento da infecção em maior número de casos.

Quando testamos o esquema proposto na hipótese da pesquisa, o teste estatístico mostrou diferença significativa, rejeitando assim a hipótese de que o esquema não muda os quadros de infecção no pós-cesariana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Sociedade Brasileira de Infectologia. Prevenção da Infecção Hospitalar. 2001. Disponível em: <<http://goo.gl/pMJNdp>> Acesso em: 21 set 2014.
2. BENINCASA, B.C. et al. Taxas de infecção relacionadas a partos cesáreos e normais no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Revista HCPA Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 5-9, 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/Ns81kW>>. Acesso em: 21 set 2014.
3. COSTA, H.F.; ÁVILA, I.; GONÇALVES, M.M. Antibioticoterapia profilática em Obstetrícia: comparação entre esquemas. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, 1998. Disponível em: <<http://goo.gl/DjYwsD>>. Acesso em: 21 set 2014.
4. PETTER, C. E. et al. Fatores relacionados a infecções do sítio após procedimentos obstétricos. Scientia Medica. Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 28-33, 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/PmeHwC>>. Acesso em: 21 set 2014.
5. PORTELA, L.; FAÇANHA, J.; MEDEIROS, F.C. Conduta nas Infecções de sítio cirúrgico. Protocolo de Conduta. São Paulo, Servier, 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/1Q80IE>>. Acesso em: 21 set 2014.

TABELA 3 – Comparação entre o esquema de antibioticoprofilaxia antes da cirurgia, e os demais esquemas profiláticos em 91 pacientes contatadas pelo telefone com 1 mês pós-parto.

	Com infecção	Sem infecção
Esquema B	4	8
Esquema A	5	74

Qui-quadrado = 0,24 NS

Fonte: próprio autor, 2014

TABELA 4 – Comparação entre o esquema de antibioticoprofilaxia antes da cirurgia, e os demais esquemas profiláticos em 162 pacientes contatadas pelo telefone com 1 mês pós-parto.

	Com infecção	Sem infecção
Esquema B	7	17
Esquema A	11	117

Qui-quadrado = 3,90 p < 05

Fonte: próprio autor, 2014

AVALIAÇÃO DO SEGUIMENTO ÀS DIRETRIZES SOBRE A TERAPIA FIBRINOLÍTICA DE REPERFUSÃO MIOCÁRDICA EM CASOS DE IAMCSST NA UPA DE TERESÓPOLIS

SARAIVA, Pedro Felipe Lopes dos Santos.

Discente do curso de Medicina da UNIFESO.

INTRODUÇÃO

Quase todos os infartos do miocárdio resultam de aterosclerose coronariana, em geral com trombose coronariana superposta. A rotura das placas é considerada como o substrato comum a maioria das síndromes coronarianas agudas. Caracteristicamente, um trombo oclusivo por completo leva a uma grande zona de necrose, envolvendo toda, ou quase toda a espessura da parede ventricular no leito miocárdio suprido pela artéria coronária afetada e, tipicamente produz supradesnivelamento do segmento ST no ECG. O processo do infarto altera a sequência da despolarização, refletindo-se como alterações QRS.

Os pacientes que se apresentam com supradesnivelamento persistente do segmento ST são candidatos à terapia de reperfusão (farmacológica ou por cateter) para reestabelecer o fluxo na artéria epicárdica ocluída relacionada com o infarto. Seu diagnóstico clínico requer uma avaliação integrada da história com algumas combinações de evidências indiretas de necrose miocárdica utilizando-se de modalidades bioquímicas, eletrocardiográficas e de exames por imagem. O exame eletrocardiográfico deve ser realizado em menos de 10 minutos da apresentação à emergência e é o centro do processo decisório inicial em pacientes com suspeita de infarto agudo do miocárdio. Em pacientes com sintomas sugestivos, a elevação do segmento ST tem especificidade de 91% e sensibilidade de 46% para diagnóstico de infarto agudo do miocárdio. O reconhecimento de supradesnivelamento do segmento ST > 1,0 mm em derivações contíguas no plano frontal, o bloqueio de ramo esquerdo novo ou o supradesnivelamento do segmento ST > 2,0 mm em derivações precordiais sugere alta probabilidade de IAM. Após o atendimento inicial, o ECG deve ser repetido 12 horas após a internação e diariamente até a alta da unidade coronária.

Conforme a redefinição de critérios para o diagnóstico de IAM, recente ou em evolução, pode-se estabelecer o diagnóstico de IAM se houver aumento característico e diminuição gradual da troponina ou aumento e diminuição mais rápidos para creatinaquinase CK fração MB (CK-MB), com pelo menos um dos seguintes critérios: a) sintomas isquêmicos; b) alterações eletrocardiográficas indicativas de isquemia (elevação, depressão do segmento ST ou BCRE novo); c) desenvolvimento de ondas Q patológicas no eletrocardiograma; ou d) evidência, em exames de imagem, de perda de viabilidade miocárdica ou contratilidade segmentar anormal.

O IAM reflete a morte celular secundária à isquemia miocárdica, decorrente do desbalanço entre a oferta e a demanda de oxigênio. A necrose miocárdica é acompanhada pela liberação de macromoléculas intracelulares e proteínas estruturais no interstício cardíaco. A creatinaquinase (CK-total), embora seja um sensível indicador de lesão muscular, não é específica para o diagnóstico de lesão miocárdica.

Em pacientes admitidos com dor precordial prolongada e apresentando supradesnível do segmento ST ao eletrocardiograma, são dosados os marcadores bioquímicos de lesão miocárdica. Os marcadores atualmente disponíveis começam a se elevar na circulação sanguínea após o tempo ideal de reperfusão arterial coronária e não são essenciais para o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio. Nesses casos, deve-se iniciar rapidamente uma estratégia de reperfusão coronária sem aguardar seus resultados. Os marcadores de lesão miocárdica em pacientes com IAM são úteis para estimar a extensão do infarto, prognóstico, diagnóstico de reperfusão coronária à beira do leito e para o diagnóstico de reinfarto após tratamento com terapia fibrinolítica. Atualmente, sugere-se a utilização das troponinas T e I e da CK-MB massa como marcadores de lesão miocárdica.

Terapia de reperfusão: A oclusão coronária por um trombo é a principal causa de IAMCST. A recanalização precoce da artéria responsável pelo infarto limita a necrose miocárdica e reduz a mortalidade nesses pacientes. A reperfusão pode ser realizada com a utilização de agentes fibrinolíticos ou com angioplastia primária com balão, com ou sem implante de *stents*. Cada método tem vantagens e limitações. Os hospitais que tratam pacientes com IAM podem ser divididos em intervencionistas e não intervencionistas, a depender da disponibilidade de um serviço de hemodinâmica capaz de realizar intervenção coronária percutânea (ICP) de emergência. A utilização de agentes fibrinolíticos para a recanalização da artéria relacionada ao infarto em

pacientes com IAM foi incorporada à prática clínica há mais de 25 anos.

Os fibrinolíticos têm indicação clara nos pacientes com sintomas sugestivos de IAM associado à presença, no eletrocardiograma, de supradesnível persistente do segmento ST em pelo menos duas derivações contíguas ou de um novo ou presumivelmente novo bloqueio de ramo esquerdo, desde que não haja contraindicações. O maior benefício do uso dos fibrinolíticos é visto nos pacientes tratados nas primeiras horas do IAMCST. Portanto, quanto mais precoce o início do fibrinolítico, maior o benefício em relação à preservação da função ventricular e redução da mortalidade. Contraindicações ao fibrinolítico:

Contraindicações absolutas: Qualquer sangramento intracraniano; AVC isquêmico nos últimos três meses; Dano ou neoplasia no sistema nervoso central; Trauma significativo na cabeça ou rosto nos últimos três meses; Sangramento ativo ou diátese hemorrágica (exceto menstruação); Qualquer lesão vascular cerebral conhecida (malformação arteriovenosa); Suspeita de dissecação de aorta.

Contraindicações relativas: História de AVC isquêmico > 3 meses ou patologias intracranianas não listadas nas contraindicações; Gravidez; Uso atual de antagonistas da vitamina K: quanto maior o INR maior o risco de sangramento; Sangramento interno recente < 2-4 semanas; Ressuscitação cardiopulmonar traumática ou prolongada (> 10 min) ou cirurgia < 3 semanas; Hipertensão arterial não controlada (pressão arterial sistólica > 180 mmHg ou diastólica > 110 mmHg); Punções não compressíveis; História de hipertensão arterial crônica importante e não controlada; Úlcera péptica ativa; Exposição prévia a SK (mais de 5 dias) ou reação alérgica prévia.

Palavras-chave: Infarto Agudo do Miocárdio; Trombólise; Fibrinolítico.

JUSTIFICATIVA

O infarto agudo do miocárdio (IAM) persiste como importante causa de morbidade e mortalidade. Logo seu tratamento, via revascularização miocárdica, deve ser uma prioridade nos serviços de atendimento de urgência. Considerando que, a UPA de Teresópolis (ou qualquer hospital no município) não dispõe de serviço de hemodinâmica para realização de Intervenção Coronária Percutânea (ICP), considerada padrão-ouro na abordagem ao IAMCSST, ainda sim pode e deve ser capaz de atender esses casos com uso de fibrinolíticos, o que se mostrou eficaz tanto

quanto a ICP, se realizada dentro dos parâmetros estabelecidos. O estudo STREAM concluiu que a terapia fibrinolítica, se iniciada até 3 horas após início dos sintomas, possui eficácia semelhante à ICP na reperfusão miocárdica.

Segundo o "2013 ACCF/AHA Guideline for the management of ST-Elevation Myocardial Infarction", o manejo do infarto do miocárdio com elevação do segmento ST, em serviços que não dispõem de ICP devem seguir as seguintes recomendações:

- Terapia Fibrinolítica, quando houver atraso para realizar ICP em até 120 minutos do primeiro contato médico.
- Classe I, Nível de evidência A: Se não houverem contraindicações, a terapia fibrinolítica deve ser realizada em pacientes com IAMCSST e vigência de sintomas isquêmicos, iniciados dentro de 12 horas, sempre que a ICP não puder ser realizada dentro de 120 minutos do primeiro contato médico.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão em todos os prontuários da UPA de Teresópolis, referentes ao ano de 2013, sendo inclusos no estudo aqueles que descreviam suspeita de Síndrome Coronariana Aguda, totalizando 101 prontuários. A suspeita foi baseada na história clínica.

Foram selecionados para o estudo aqueles considerados portadores de Síndrome Coronária Aguda com Supradesnivelamento do Segmento ST, por descrição do diagnóstico ou suspeita médica em prontuário.

RESULTADOS

Na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do município de Teresópolis- RJ, durante o ano de 2013, foram identificadas em prontuário 101 suspeitas de Síndrome Coronariana Aguda, das quais 49 (48,5%) foram descritas como Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST. Os pacientes restantes (51,5%) não puderam ser considerados portadores de Síndrome Coronária Aguda por falta de elementos no prontuário que satisfizessem os critérios diagnósticos.

CONCLUSÕES

A primeira conclusão é que em 53,1% dos prontuários caracterizados como IAMCSST não havia descrição do tempo de evolução dos sintomas (início dos sintomas até o atendimento médico), o que impossibilita avaliar, nesses casos, se o paciente se enquadra ou não para a terapia fibrinolítica farmacológica. Outro achado é que em 95,9% dos prontuários estudados, não havia o exame eletrocardiográfico anexado ao mesmo mas somente uma descrição sumaria na evolução medica.

A trombólise química foi realizada em somente 14,3% (7 pacientes) do total de 49 selecionados, sendo que 46,9% (12 pacientes) apresentavam janela sintomaatendimento compatível com a terapêutica, e em somente 2% dos prontuários (1 paciente) há descrição de contra-indicação; Estes pacientes poderiam ter sido beneficiados com a terapia de revascularização, porém não há informação do motivo de não ter sido realizada.

A principal conclusão é que há um grande número de casos em que não é possível a avaliação, por ausência de dados em prontuários. Questiona-se a ausência de dados para avaliar a indicação do tratamento e sua efetivação. Não é possível avaliar se os resultados encontrados são decorrentes de falta de preparo da equipe, indisponibilidade de recursos ou somente ausência de critérios para a trombólise. Porém foi identificado um diferencial entre os plantonistas, pois em 71% das terapias trombolíticas, o médico responsável foi o mesmo. A qualidade dos prontuários deixa a desejar no que diz respeito a futuros trabalhos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRAUNWALD, EUGENE. Tratado de Doenças Cardiovasculares. 8ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
2. IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz_iam_9306supl2.pdf>. Acesso em 20/08/14.
3. Avaliação do atendimento médico na fase aguda do infarto do miocárdio em centro de referência em cardiologia. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/841.pdf>>. Acesso em: 20/08/14.

4. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction: Executive Summary. Disponível em: <http://content.onlinejacc.org/data/Journals/JAC/926277/11019.pdf>. Acessado em 20/08/14.

AVALIAÇÃO DO SEGUIMENTO ÀS DIRETRIZES SOBRE A TERAPIA FIBRINOLÍTICA DE REPERFUSÃO MIOCÁRDICA EM CASOS DE IAMCSST NA UPA DE TERESÓPOLIS

SARAIVA, Pedro Felipe Lopes dos Santos.

Discente do curso de Medicina da UNIFESO.

INTRODUÇÃO

Quase todos os infartos do miocárdio resultam de aterosclerose coronariana, em geral com trombose coronariana superposta. A rotura das placas é considerada como o substrato comum a maioria das síndromes coronarianas agudas. Caracteristicamente, um trombo oclusivo por completo leva a uma grande zona de necrose, envolvendo toda, ou quase toda a espessura da parede ventricular no leito miocárdio suprido pela artéria coronária afetada e, tipicamente produz supradesnivelamento do segmento ST no ECG. O processo do infarto altera a sequência da despolarização, refletindo-se como alterações QRS.

Os pacientes que se apresentam com supradesnivelamento persistente do segmento ST são candidatos à terapia de reperfusão (farmacológica ou por cateter) para reestabelecer o fluxo na artéria epicárdica ocluída relacionada com o infarto. Seu diagnóstico clínico requer uma avaliação integrada da história com algumas combinações de evidências indiretas de necrose miocárdica utilizando-se de modalidades bioquímicas, eletrocardiográficas e de exames por imagem. O exame eletrocardiográfico deve ser realizado em menos de 10 minutos da apresentação à emergência e é o centro do processo decisório inicial em pacientes com suspeita de infarto agudo do miocárdio. Em pacientes com sintomas sugestivos, a elevação do segmento ST tem especificidade de 91% e sensibilidade de 46% para diagnóstico de infarto agudo do miocárdio. O reconhecimento de supradesnivelamento do segmento ST > 1,0 mm em derivações contíguas no plano frontal, o bloqueio de ramo esquerdo novo ou o supradesnivelamento do segmento ST > 2,0 mm em derivações precordiais sugere alta probabilidade de IAM. Após o atendimento inicial, o ECG deve ser repetido 12 horas após a internação e diariamente até a alta da unidade coronária.

Conforme a redefinição de critérios para o diagnóstico de IAM, recente ou em

evolução, pode-se estabelecer o diagnóstico de IAM se houver aumento característico e diminuição gradual da troponina ou aumento e diminuição mais rápidos para creatinaquinase CK fração MB (CK-MB), com pelo menos um dos seguintes critérios: a) sintomas isquêmicos; b) alterações eletrocardiográficas indicativas de isquemia (elevação, depressão do segmento ST ou BCRE novo); c) desenvolvimento de ondas Q patológicas no eletrocardiograma; ou d) evidência, em exames de imagem, de perda de viabilidade miocárdica ou contratilidade segmentar anormal.

O IAM reflete a morte celular secundária à isquemia miocárdica, decorrente do desbalanço entre a oferta e a demanda de oxigênio. A necrose miocárdica é acompanhada pela liberação de macromoléculas intracelulares e proteínas estruturais no interstício cardíaco. A creatinaquinase (CK-total), embora seja um sensível indicador de lesão muscular, não é específica para o diagnóstico de lesão miocárdica.

Em pacientes admitidos com dor precordial prolongada e apresentando supradesnível do segmento ST ao eletrocardiograma, são dosados os marcadores bioquímicos de lesão miocárdica. Os marcadores atualmente disponíveis começam a se elevar na circulação sanguínea após o tempo ideal de reperfusão arterial coronária e não são essenciais para o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio. Nesses casos, deve-se iniciar rapidamente uma estratégia de reperfusão coronária sem aguardar seus resultados. Os marcadores de lesão miocárdica em pacientes com IAM são úteis para estimar a extensão do infarto, prognóstico, diagnóstico de reperfusão coronária à beira do leito e para o diagnóstico de reinfarto após tratamento com terapia fibrinolítica. Atualmente, sugere-se a utilização das troponinas T e I e da CK-MB massa como marcadores de lesão miocárdica.

Terapia de reperfusão: A oclusão coronária por um trombo é a principal causa de IAMCST. A recanalização precoce da artéria responsável pelo infarto limita a necrose miocárdica e reduz a mortalidade nesses pacientes. A reperfusão pode ser realizada com a utilização de agentes fibrinolíticos ou com angioplastia primária com balão, com ou sem implante de *stents*. Cada método tem vantagens e limitações. Os hospitais que tratam pacientes com IAM podem ser divididos em intervencionistas e não intervencionistas, a depender da disponibilidade de um serviço de hemodinâmica capaz de realizar intervenção coronária percutânea (ICP) de emergência. A utilização de agentes fibrinolíticos para a recanalização da artéria relacionada ao infarto em pacientes com IAM foi incorporada à prática clínica há mais de 25 anos.

Os fibrinolíticos têm indicação clara nos pacientes com sintomas sugestivos de IAM associado à presença, no eletrocardiograma, de supradesnível persistente do segmento ST em pelo menos duas derivações contíguas ou de um novo ou presumivelmente novo bloqueio de ramo esquerdo, desde que não haja contraindicações. O maior benefício do uso dos fibrinolíticos é visto nos pacientes tratados nas primeiras horas do IAMCST. Portanto, quanto mais precoce o início do fibrinolítico, maior o benefício em relação à preservação da função ventricular e redução da mortalidade. Contraindicações ao fibrinolítico:

Contraindicações absolutas: Qualquer sangramento intracraniano; AVC isquêmico nos últimos três meses; Dano ou neoplasia no sistema nervoso central; Trauma significativo na cabeça ou rosto nos últimos três meses; Sangramento ativo ou diátese hemorrágica (exceto menstruação); Qualquer lesão vascular cerebral conhecida (malformação arteriovenosa); Suspeita de dissecação de aorta.

Contraindicações relativas: História de AVC isquêmico > 3 meses ou patologias intracranianas não listadas nas contraindicações; Gravidez; Uso atual de antagonistas da vitamina K: quanto maior o INR maior o risco de sangramento; Sangramento interno recente < 2-4 semanas; Ressuscitação cardiopulmonar traumática ou prolongada (> 10 min) ou cirurgia < 3 semanas; Hipertensão arterial não controlada (pressão arterial sistólica > 180 mmHg ou diastólica > 110 mmHg); Punções não compressíveis; História de hipertensão arterial crônica importante e não controlada; Úlcera péptica ativa; Exposição prévia a SK (mais de 5 dias) ou reação alérgica prévia.

Palavras-chave: Infarto Agudo do Miocárdio; Trombólise; Fibrinolítico.

JUSTIFICATIVA

O infarto agudo do miocárdio (IAM) persiste como importante causa de morbidade e mortalidade. Logo seu tratamento, via revascularização miocárdica, deve ser uma prioridade nos serviços de atendimento de urgência. Considerando que, a UPA de Teresópolis (ou qualquer hospital no município) não dispõe de serviço de hemodinâmica para realização de Intervenção Coronária Percutânea (ICP), considerada padrão-ouro na abordagem ao IAMCSST, ainda sim pode e deve ser capaz de atender esses casos com uso de fibrinolíticos, o que se mostrou eficaz tanto quanto a ICP, se realizada dentro dos parâmetros estabelecidos. O estudo STREAM

concluiu que a terapia fibrinolítica, se iniciada até 3 horas após início dos sintomas, possui eficácia semelhante à ICP na reperfusão miocárdica.

Segundo o "2013 ACCF/AHA Guideline for the management of ST-Elevation Myocardial Infarction", o manejo do infarto do miocárdio com elevação do segmento ST, em serviços que não dispõem de ICP devem seguir as seguintes recomendações:

- Terapia Fibrinolítica, quando houver atraso para realizar ICP em até 120 minutos do primeiro contato médico.
- Classe I, Nível de evidência A: Se não houverem contraindicações, a terapia fibrinolítica deve ser realizada em pacientes com IAMCSST e vigência de sintomas isquêmicos, iniciados dentro de 12 horas, sempre que a ICP não puder ser realizada dentro de 120 minutos do primeiro contato médico.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão em todos os prontuários da UPA de Teresópolis, referentes ao ano de 2013, sendo inclusos no estudo aqueles que descreviam suspeita de Síndrome Coronariana Aguda, totalizando 101 prontuários. A suspeita foi baseada na história clínica.

Foram selecionados para o estudo aqueles considerados portadores de Síndrome Coronária Aguda com Supradesnivelamento do Segmento ST, por descrição do diagnóstico ou suspeita médica em prontuário.

RESULTADOS

Na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do município de Teresópolis- RJ, durante o ano de 2013, foram identificadas em prontuário 101 suspeitas de Síndrome Coronariana Aguda, das quais 49 (48,5%) foram descritas como Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST. Os pacientes restantes (51,5%) não puderam ser considerados portadores de Síndrome Coronária Aguda por falta de elementos no prontuário que satisfizessem os critérios diagnósticos.

CONCLUSÕES

A primeira conclusão é que em 53,1% dos prontuários caracterizados como IAMCSST não havia descrição do tempo de evolução dos sintomas (início dos sintomas até o atendimento médico), o que impossibilita avaliar, nesses casos, se o paciente se enquadra ou não para a terapia fibrinolítica farmacológica. Outro achado é que em 95,9% dos prontuários estudados, não havia o exame eletrocardiográfico anexado ao mesmo mas somente uma descrição sumária na evolução médica.

A trombólise química foi realizada em somente 14,3% (7 pacientes) do total de 49 selecionados, sendo que 46,9% (12 pacientes) apresentavam janela sintomaatendimento compatível com a terapêutica, e em somente 2% dos prontuários (1 paciente) há descrição de contra-indicação; Estes pacientes poderiam ter sido beneficiados com a terapia de revascularização, porém não há informação do motivo de não ter sido realizada.

A principal conclusão é que há um grande número de casos em que não é possível a avaliação, por ausência de dados em prontuários. Questiona-se a ausência de dados para avaliar a indicação do tratamento e sua efetivação. Não é possível avaliar se os resultados encontrados são decorrentes de falta de preparo da equipe, indisponibilidade de recursos ou somente ausência de critérios para a trombólise. Porém foi identificado um diferencial entre os plantonistas, pois em 71% das terapias trombolíticas, o médico responsável foi o mesmo. A qualidade dos prontuários deixa a desejar no que diz respeito a futuros trabalhos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRAUNWALD, EUGENE. Tratado de Doenças Cardiovasculares. 8ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
2. IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz_iam_9306supl2.pdf>. Acesso em 20/08/14.
3. Avaliação do atendimento médico na fase aguda do infarto do miocárdio em centro de referência em cardiologia. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/841.pdf>>. Acesso em: 20/08/14.

4. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction: Executive Summary. Disponível em: <<http://content.onlinejacc.org/data/Journals/JAC/926277/11019.pdf>>. Acessado em 20/08/14.

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DE PACIENTES E INDICAÇÕES DE HISTEROSCOPIA NO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO DO UNIFESO

Marcus Jose do Amaral Vasconcellos¹; Fabiana Rosária Guerra Santos².

¹Professor Doutor do HCTCO, Teresópolis, Rio de Janeiro, marcusav@globocom.com;

²Estudante de Medicina, UNIFESO, Teresópolis, Rio de Janeiro, guerramont@gmail.com.

INTRODUÇÃO

A Histeroscopia é um procedimento cirúrgico realizado através da cavidade vaginal e do canal cervical utilizando-se uma fina óptica para visualizar a cavidade uterina e identificação de doenças presentes no interior da cavidade uterina. A histeroscopia pode ser diagnóstica ou cirúrgica.⁽¹⁾

A histeroscopia diagnóstica é propedêutica aplicada a nível ambulatorial utilizada no estudo da cavidade uterina. Já a cirúrgica é um procedimento de menor morbimortalidade para tratamento das patologias benignas na cavidade uterina. Por esse motivo tem prioridade no tratamento dessas patologias. Nela há dois grandes grupos: em consultório e a ressectoscopia - para condições mais complexas.⁽²⁾

A perda sanguínea uterina, especialmente se abundante, infecção genital recente ou ativa, suspeita de gravidez em curso configuram uma contra-indicação para realização da histeroscopia. A suspeita de patologia maligna não representa uma contraindicação à realização da histeroscopia diagnóstica.⁽³⁾

As principais indicações da Vídeohisteroscopia Diagnóstica são: diagnosticar suspeitas de miomas ou pólipos (previamente diagnosticados no Ultrassom); Sangramentos Uterinos Anormais; Diagnóstico de lesões pré-malignas do endométrio realizando biópsias dirigidas para posterior análise anatomopatológica; Casos de Infertilidade decorrentes de malformações uterinas ou sinéquias (cicatrizes); Pacientes no Climatério que vão ser submetidas à Reposição Hormonal para excluir qualquer patologia endometrial.⁽⁴⁾

As principais indicações da Vídeohisteroscopia Cirúrgica são: retirada de miomas intra-cavitários até 4 cm; Retirada de pólipos; Retirada de Septos (metaplasias); Ressecção total do endométrio (Ablação do Endométrio) nos casos de

sangramento uterino anormal sem alguma patologia prévia encontrada, evitando portando um procedimento de maior porte e maior risco como a Histerectomia; Visualização e retirada de DIU perdido.^(5,6)

Palavras-chave: histeroscopia – cirurgia ginecológica – hemorragia uterina

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Análise de um banco de dados do Curso de Histeroscopia de Curso de Pós-Graduação *lato sensu* conveniado com a UNIFESO.

Objetivo Específico

Determinar os principais dados epidemiológicos das pacientes submetidas a este procedimento e buscar as principais causas de indicações para que fosse realizada a cirurgia endoscópica.

METODOLOGIA

Foi realizada a análise dos dados, de um banco de dados do Curso de Histeroscopia de Curso de Pós-Graduação *lato sensu* conveniado com a UNIFESO, de 526 pacientes atendidas pela equipe de Pós Graduação no ambulatório de vídeo Histeroscopia do Ambulatório da UNIFESO. Os exames foram realizados em caráter ambulatorial pelos pós-graduandos sob supervisão direta dos professores. No banco de dados conseguiu-se identificar as principais indicações do procedimento, a idade das pacientes e o seguimento de atendimento a que pertenciam a paciente.

RESULTADOS

Por meio deste estudo, foi possível traçar as características mais freqüentemente encontradas nas pacientes atendidas no ambulatório da Pós-graduação em Vídeo Histeroscopia da UNIFESO. Foram submetidas ao procedimento 526 pacientes.

Quando analisamos a idade das pacientes submetidas à histeroscopia, construímos a **TABELA 1**, entendendo que a paciente mais jovem tinha 19 anos e a mais velha 84 anos.

TABELA 1 – Distribuição das idades de pacientes submetidas histeroscopia, sendo calculado o percentual de cada faixa.

IDADE (anos)	Nº absoluto de casos	Percentual (%)
< 20	1	0,19
20 – 25	7	1,3
26 – 30	24	4,5
31 – 35	39	7,4
36 – 40	75	14,2
41 – 45	104	19,7
46 – 50	106	20,1
51 – 55	63	11,9
56 – 60	31	5,8
61 – 65	34	6,4
65 – 70	18	3,4
71 – 75	5	0,9
> 75	9	1,7
Sem idade mencionada	10	1,9

Dentro dos exames realizados, podemos notar as principais indicações e os percentuais de cada uma delas na **TABELA 2**

TABELA 2 – Distribuição dos percentuais das indicações da histeroscopia:

Indicação da histeroscopia	Nº absoluto de casos	Percentual (%)
Sangramento uterino anormal	204	38,7
Pólipo endometrial	107	20,3
Sangramento uterino pós-menopausa	69	13,1
Miomatose uterina	38	7,2
Endometrite	19	3,6
Infertilidade	7	1,3
Pós-abortamento	5	0,9
Malformações uterinas	4	0,8
Sem indicação precisa	73	13,8

CONCLUSÃO

Os dados obtidos na pesquisa nos fazem concluir que a histeroscopia diagnóstica indicada na presença de sangramento uterino anormal (SUA) é de importância significativa no diagnóstico de diversas afecções ginecológicas como: pólipos endometriais, hiperplasia endometrial, endometrite e mioma submucoso.

Já nos casos de sangramento pós-menopausa, suspeita de pólipos e espessamento endometrial, houve uma convergência diagnóstica para pólipo endometrial, nesses casos, se aplicada uma pesquisa anterior com a ultrassonografia transvaginal pode-se diagnosticar previamente os casos de pólipo e evitar a realização desnecessária de histeroscopias quando os mesmos forem assintomáticos, dado o

fato de a ultrassonografia transvaginal ser mais barata e acessível e a maior parte dos casos de pólipos serem assintomáticos.

Nos casos de avaliação de miomas submucosos, pólipos sintomáticos e pólipos associados à infertilidade a histeroscopia tem sua importância evidente para traçar a estratégia terapêutica.

Também se deve corrigir um grande número de histeroscopias feitas sem indicação específica, pois foi evidenciado pela pesquisa um número grande de casos sem alterações uterinas onde não se faz necessário a histeroscopia diagnóstica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Timmermans A, Gerritse MB et al. Diagnostic accuracy of endometrial thickness to exclude polyps in women with postmenopausal bleeding. *J Clin Ultrasound*. 2008;36:286-90.
2. Lasmar RB, Barrozo PRM, eT al. Avaliação histeroscópica em pacientes com infertilidade. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010;32(8).
3. Metello J, Relva A ET AL. Eficácia diagnóstica da histeroscopia nas metrorragias pós-menopausa. *Acta Med Port*. 2008;21:483-8.
4. Machado SB, Pina H et AL. Indicações, contra-indicações e complicações em histeroscopia diagnóstica. In: Donadio N, Albuquerque Neto LC, Barbosa CP, Donadio NF, Ribeiro PAAG.
5. Dreisler E, Stampe Sorensen S et al. Value of endometrial thickness measurement for diagnosing focal intrauterine pathology in women without abnormal uterine bleeding. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2009;33:344-8.
6. Dreisler E, Stampe Sorensen S et al. Prevalence of endometrial polyps and abnormal uterine bleeding in a Danish population aged 20-74 years. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2009;33:102-8.

ANÁLISE DA MORTALIDADE FETAL EM PACIENTES ATENDIDAS NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE TERESÓPOLIS COSTANTINO OTTAVIANO

Marcus Jose do Amaral Vasconcellos¹; Marcel Falopa².

¹Professor Doutor do HCTCO, Teresópolis, Rio de Janeiro, marcusav@globo.com;

²Estudante de Medicina, UNIFESO, Teresópolis, Rio de Janeiro, marcelfalopa@hotmail.com

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo analisar a taxa de mortalidade fetal dos nascimentos do Hospital das Clínicas Costantino Ottaviano (HCTCO), no município de Teresópolis. No período estudado, ocorreu 1.226 nascimentos, dos quais foi constatado quatorze casos de óbito fetal, concluindo uma taxa de mortalidade 11,41 por 1.000 nascimentos, sendo essa taxa ainda elevada no Brasil. Os estudos sobre o componente fetal são menos numerosos que os do componente neonatal, sendo a maioria de caráter descritivo. O objetivo principal do trabalho foi identificar as principais causas de óbito fetal e analisar o pré-natal realizado pelas gestantes. Sendo assim, a assistência obstétrica e pré-natal são fatores importantes de prevenção e promoção a saúde. A principal causa de morte foi a hipertensão arterial, concluindo-se que uma proporção significativa de óbitos era prevenível e que houve uma taxa significativa de causas não identificadas. Os dados foram coletados por meio de entrevista com as puérperas e complementados em prontuários e cartões de pré-natal do dia 15 de agosto de 2013 ao dia 15 de agosto de 2014 nesta instituição.

Palavras-chave: Mortalidade fetal. Mortalidade perinatal. Saúde pública.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define morte fetal como aquela que ocorre antes da completa extração ou expulsão do produto da concepção do organismo materno, independente da duração da gestação, portanto o feto morto não apresenta, após a expulsão, nenhum movimento respiratório ou outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsação do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária. ¹

A mortalidade fetal engloba todas as mortes ocorridas no período anteparto,

ou seja, aquelas nas quais o óbito ocorreu antes da expulsão fetal completa, sendo subdividida em três categorias. Mortalidade fetal precoce: refere-se aos abortamentos e está compreendida entre o início da concepção e 20 semanas de gestação, quando o feto alcança 500g de peso. Mortalidade fetal intermediária: ocorre entre 20 semanas completas e 28 semanas incompletas de gestação, com pesos fetais compreendidos entre 500 e 1.000g. Mortalidade fetal tardia: engloba os óbitos entre 28 semanas e o parto. ²

Ocorre em porcentagem que varia de 0,6 a 1,2% das gestantes na segunda metade da gestação. No Brasil, onde a mortalidade perinatal é ainda elevada, os estudos sobre o componente fetal são menos numerosos que os do componente neonatal, sendo a maioria de caráter descritivo. ³

A despeito da importância evidente da morte fetal como um problema de saúde pública, pouca atenção tem sido dada a esse tema, principalmente quanto à sua epidemiologia, raramente se tem analisado a mortalidade fetal separadamente das mortalidades perinatal e infantil. ⁴

JUSTIFICATIVA

Em todo o meu internato presenciei inúmeros casos de morte fetal, em sua grande maioria a determinação da causa não era esclarecida. Apesar da mortalidade fetal no Brasil ser elevada, os estudos em nosso meio sobre esse tema são limitados.

O que observei é uma falta de discussão sobre o tema. Não podemos aceitar que um casal entre em momento que deve ser coroado de alegria, e saia com tristeza e decepção. O correto é sempre se abrir uma investigação para cada caso de perda fetal.

Correlacionar a mortalidade fetal com a assistência pré-natal é um meio fácil, rápido e barato de entender mais sobre o assunto e chegarmos a conclusões.

A hipótese norteadora é de que, diante de condições biológicas e sócioeconômicas adversas, a qualidade da assistência, particularmente no pré-natal, pode intervir na mortalidade fetal.

OBJETIVO GERAL

Este projeto teve como finalidade realizar uma análise da taxa de mortalidade fetal dos pacientes nascidos no HCTCO.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos deste trabalho são os seguintes:

Apresentar a distribuição dos óbitos fetais;

Identificar os principais fatores de risco e etiologias para a mortalidade fetal na instituição;

Descrever e correlacionar a assistência pré-natal com os casos de morte fetal.

METODOLOGIA

Estudo descritivo que dispensou a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, pois se trata de parte do trabalho da Comissão de Morte Materna e Perinatal, obrigatória em todos os hospitais de ensino, segundo a Portaria conjunta 1000 dos Ministérios da Saúde e da Educação. Constatou-se em aplicar um questionário com a paciente ou os parentes mais próximos, além da coleta de dados clínicos do prontuário médico da mesma.

O estudo foi realizado na Maternidade do Hospital Escola Hospital de Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de Teresópolis. A maternidade, com referência para todo o município, com 22 leitos obstétricos. A cidade situa-se na região serrana do Rio de Janeiro, distante aproximadamente 100 km da Capital, com população estimada pelo IBGE (2014) em 171.482 habitantes.

A informação sobre as variáveis do estudo foi coletada por meio de questionário padronizado e complementada com os dados do cartão de pré-natal e dos prontuários. Para a realização desse trabalho foi considerada como o período da idade gestacional acima de 20 semanas ou com um peso superior a 500g o feto, sempre que não tenha a certeza da idade gestacional.

Não havendo grupos controle, optamos pela utilização de estatística descritiva com tabelas, figuras, porcentagens e médias aritméticas no estudo.

RESULTADOS

Dentre o total de partos, 1.226, quatorze foram os casos de mortalidade fetal nesse mesmo período, portando a Taxa de Mortalidade Fetal ou Coeficiente de Mortalidade Fetal ficou em 11.41 para 1.000 nascimentos.

Duas pacientes no total de quatorze foram encaminhadas para o Setor de

Atendimento Particular do mesmo hospital, sendo o examinador impossibilitado de realizar o questionário ou de anotar os dados do prontuário. Sendo essas duas pacientes retiradas dos resultados dos questionários, exceto na taxa de mortalidade fetal.

Dos doze casos de óbito fetal analisados, três deles tiveram as causas determinadas: um caso de um feto anencéfalo e dois casos de descolamento prematuro de placenta (DPP), os outros nove casos ficaram como causa indeterminada.

CONCLUSÃO

De todas as pacientes, em que se realizou o questionário, 16,6% delas não realizaram nenhuma consulta do pré-natal, analisamos outros dados alarmantes, 25% das gestantes tiveram dificuldade de obter o pré-natal, e somente 50% realizaram glicemia de jejum e 66,7% acharam que o pré-natal não foi bem feito, isso nos mostra uma fragilidade no pré-natal realizado em Teresópolis do grupo analisado nesta pesquisa.

As causas indeterminadas de mortalidade fetal no HCTCO ultrapassam o limite superior definido pela literatura médica de 12 a 52%, na maioria dos trabalhos.^{5, 6, 7} Ficando em 75% dos casos, isso nos mostra descompromisso com a investigação de mortalidade fetal no que diz respeito a sua causa.

Evidenciamos que a doença hipertensiva específica da gravidez, como em outros estudos analisados, é a principal causa de mortalidade fetal com o acontecimento do descolamento prematuro de placenta como uma complicação grave e muitas vezes fatal para o feto, sendo este um fator prevenível.

Compreendemos que os esforços devem priorizar a melhoria quantitativa e qualitativa da assistência pré-natal. Pacientes com morbidades, hipertensão e história de perda fetal anterior são elegíveis para acompanhamento em serviços de alto risco.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. WHO/FIGO. Acta Obstet Gynecol Scand 1977; 56: 247-53.

2. NETTO, H C.; MOREIRA DE SÀ, R.A. *Obstetrícia Básica*. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007; p. 1022-1029.
3. Fonseca SC, Coutinho ESF. Pesquisa sobre mortalidade perinatal no Brasil: revisão da metodologia e dos resultados. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 Suppl 1:S7-19.
4. Raymond EG, Cnattingius S, Kiely JL. Effects of maternal age, parity and smoking on the risk of stillbirth. *Br J Obstet Gynaecol* 1994; 101: 301-6.
5. Ahlenius I, Floberg J, et al. Sixty-six cases of intrauterine fetal death. A prospective study with an extensive test protocol. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1995; 74:109-17.
6. Walles B, Tyden T, et al. Maternal health care program and markers for late fetal death. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994; 73: 773-8.
7. Were EO. Stillbirths at Eldoret District Hospital: a retrospective study. *East Afr Med J* 1994; 71: 607-10.

SÍNDROME DE CHURG-STRAUSS: ATUALIZAÇÃO A PARTIR DE UM RELATO DE CASO

MARIO CASTRO ALVAREZ PEREZ¹; ADMARDO DE ALMEIDA ROCHA JUNIOR²

¹Professor Doutor Do HCTCO, Teresópolis, Rio de Janeiro;

² Estudante de Medicina, UNIFESO, Teresópolis, Rio de Janeiro.

OBJETIVO

A partir de um relato de caso discutir a síndrome quanto ao quadro clínico, diagnóstico, complicações e conduta. Confrontando dados da literatura médica com os encontrados com a paciente em questão.

Palavras chave: Síndrome de Churg-Strauss, vasculite eosinofílica, eosinofilia pulmonar.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Churg-Strauss, também denominada Angeíte Granulomatosa Alérgica, foi descrita pela primeira vez em 1951, por Churg e Strauss ^{1,2}. Caracterizada por afetar vasos de médio e pequeno calibre, presença de granulomas extravasculares e hipereosinofilia no sangue periférico. O pico de incidência ocorre em média na quinta década de vida e acomete frequentemente indivíduos com história de asma e/ou rinite alérgica, sendo a ocorrência igual em ambos os gêneros. A sua incidência é de 1,8 a 6,8 casos por milhão ³.

Os critérios diagnósticos foram estabelecidos pelo American College of Rheumatology (1990), sendo provável quando pelo menos quatro dos seguintes se encontram presentes: histórico de asma brônquica; presença de eosinofilia no sangue periférico maior que 10%; relato de mono ou poliartralgia; presença de infiltrados pulmonares transitórios; alterações dos seios paranasais; e infiltração eosinofílica extravascular em biópsia ^{2,4,5}.

O tratamento consiste em duas fases: indução de remissão e terapia de manutenção. Na fase de indução, os corticoides sistêmicos são a droga de primeira escolha. A associação do corticoide com ciclofosfamida deve ser aventada nos doentes com comprometimento sistêmico grave. Um a dois meses após induzida a remissão, inicia-se a fase de manutenção, sendo prescrita azatioprina (2 mg/kg/dia) durante pelo menos 18 meses ^{3,6}.

Atualmente, conseguem-se taxas de sobrevida de 90% em um ano e de 50% em sete anos. Os fatores associados a mau prognóstico da síndrome são: envolvimento miocárdico, gastrintestinal e/ou do sistema nervoso central, proteinúria maior que 1 g/24H e creatinina maior que 1,6 g/dl³.

RELATO DE CASO

Paciente de 36 anos, feminino, branca, divorciada, professora, natural do Rio de Janeiro, residente em Nova Iguaçu. Apresentava história de bronquite asmática iniciada com três anos de idade e controlada com nebulização com Atrovent® e Berotec®. Aos 22 anos apresentou nova piora dos sintomas, agora associadas a episódios repetidos de sinusite. Refere ainda oito episódios de pneumonia no período de 2006 a 2008.

No dia 11 de março de 2013, a paciente procurou atendimento médico no Hospital Federal de Bonsucesso com queixa de “dor nas mamas” havia 30 dias. Ao exame físico apresentava dor, edema e saída de secreção purulenta pela papila direita e secreção amarelada pela papila esquerda associada à febre. Alegava ter feito tratamento ambulatorial com azitromicina 500 mg e AINE’s com alguma melhora, porém alega piora do quadro após 3 dias. Foi internada na enfermaria de ginecologia com diagnóstico inicial de mastite bilateral e iniciado oxacilina 2g associado a metronidazol 500 mg, que foi trocado para clindamicina 600 mg, apresentando melhora do quadro. Teve alta hospitalar em uso de aciclovir e clindamicina.

A paciente procurou atendimento novamente no dia 10 de abril de 2013, devido à eliminação de secreção em ambas as mamas e dispnéia, além de apresentar manchas purpúricas em pé esquerdo. Durante a internação hospitalar, apresentou parestesia em pé direito e quadro de asma grave associado à eosinofilia, sendo então aventada a hipótese de vasculite.

Para investigação e comprovação da presença da vasculite, foram solicitados os seguintes exames complementares, com seus respectivos resultados: 24.380 leucócitos, com 13.165 eosinófilos/mm³; 540.000 plaquetas/mm³; PCR 21 mg/dl; tomografia de tórax com infiltrado inflamatório no parênquima pulmonar; tomografia de seios da face sugestivo de pan-sinusite; prova de função respiratória com obstrução acentuada e resposta broncodilatadora negativa; pesquisa negativa para ANCA; ecocardiograma com insuficiência mitral moderada e derrame pericárdico leve

a moderado; proteinúria de 24 horas com 102 mg/dia. Também foram coletadas amostras de biópsia de mama e esôfago, que evidenciou infiltração eosinofílica proeminente.

Com base nos dados encontrados na anamnese, exame físico, exames complementares e resultados das biópsias, a paciente foi diagnosticada como portadora da síndrome de Churg-Strauss.

Foi iniciado tratamento com prednisona 40 mg/dia, por via oral, associada com pulsoterapia mensal de metilprednisolona 1 g e ciclofosfamida 250 mg, num total de seis sessões.

No dia 31 de janeiro de 2014, a paciente foi reinternada para pulsoterapia. Na ocasião, queixava-se de síncope, lipotimia, taquidispnéia e ortopnéia. Diagnosticada com miocardite e síndrome de Wolff-Parkinson-White, foi realizado cateterismo diagnóstico-terapêutico, que demonstrou a existência de via acessória oculta pósteroseptal esquerda, sendo realizada sua ablação com sucesso.

Após o término da fase de indução da remissão, passou-se então para a fase de manutenção, que foi abordada com o uso de dois comprimidos por dia de azatioprina 50 mg, estando a paciente atualmente em uso da droga. . Na última revisão, a paciente relatou melhora dos sintomas e da qualidade de vida; porém, alega episódios de candidíase e infecção urinária de repetição como complicações do tratamento.

DISCUSSÃO

A síndrome de Churg-Strauss é uma condição que necessita de diagnóstico preciso, tratamento agressivo e monitorização periódica. É a vasculite sistêmica primária mais rara, e a asma é uma das principais e mais precoces manifestações.

Em sua segunda internação, foi interrogada a existência da síndrome, por apresentar eosinofilia proeminente (54%) associada ao quadro asmático persistente e mastite de difícil resolução. Correlacionando os achados em nossa paciente com a revisão da literatura que procedemos, observamos que cerca de 40% dos pacientes portadores da síndrome de Churg-Strauss apresentam asma brônquica, opacidades pulmonares e eosinofilia antes de desenvolverem a vasculite sistêmica⁷. A dificuldade encontrada nesse caso foi o fato de a paciente iniciar o quadro com mastite, condição raramente relatada na literatura em associação à síndrome de Churg-Strauss.

Nossa paciente apresentava todos os seis critérios necessários para o diagnóstico da síndrome – história de asma, eosinofilia periférica superior a 10%, neuropatia, infiltrado pulmonar, pan-sinusite e infiltração eosinofílica tecidual – tornando inequívoco tal diagnóstico em nossa paciente ^{2,4}. Em pacientes com asma de difícil controle, deve-se ter em mente outras doenças que mimetizam ou que estão associadas à mesma, tais como: rinosinusite, doença do refluxo gastroesofágico, DPOC, insuficiência cardíaca congestiva, fibrose cística e síndrome de Churg-Strauss ⁷.

Em nossa paciente, houve acometimento cardiovascular, representado pela miocardite e ocorrência de taquicardia ventricular sustentada. Sendo responsável por 39% da mortalidade dos pacientes afetados ^{1,8}.

As lesões cutâneas estão presentes em cerca de 51% dos pacientes, e no caso relatado, havia a menção a mancha purpúrica no pé esquerdo, que desapareceu antes da realização de biópsia local.

Em nossa paciente, a pesquisa do ANCA obteve resultado negativo, o que é esperado em cerca de 50% dos pacientes ².

A paciente em questão teve como primeira proposta terapêutica o uso de prednisona 40mg ao dia; porém, não houve resposta favorável do quadro. Como havia envolvimento sistêmico, optou-se por associar ao tratamento seis sessões mensais de pulsoterapia com metilprednisolona 1 g e ciclofosfamida 250 mg. Neste momento, nossa paciente encontra-se em remissão da doença, ainda fazendo uso de dois comprimidos por dia de azatioprina 50 mg. Em revisão da literatura pertinente, observamos ser essa conduta adequada para o caso ³.

Foi alcançada remissão da doença e, em verdade, apesar da gravidade da síndrome, mais de 90% dos doentes atingem remissão induzida pelo tratamento ³.

CONCLUSÃO

A síndrome de Churg-Strauss é uma doença rara e de acometimento sistêmico, é uma vasculite que acomete vasos de pequeno e médio calibre, além de estar relacionada ao padrão p-ANCA. O caso relatado demonstra como a patologia pode se apresentar de forma variável, com mastite eosinofílica, além da tradicional história de asma com infiltrados pulmonares, acometimento cardíaco, sistema nervoso, pele e do trato gastrointestinal. O reconhecimento precoce e a instituição de

terapêutica adequada interferem consideravelmente no prognóstico da paciente.

REFERÊNCIAS

1. BARROS JM, ANTUNES T, BARBAS CSV. Síndrome de Churg-Strauss. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2005; vol. 31 (supl 1): S27-S31.
2. PINTO FPC, SILVA HC, BRUNO LP, ARAUJO MLC, POZZOBON CR, OLIVEIRA JGP. Asma Grave e Eosinofilia Persistente: Relato de Caso. *Pulmão RJ* 2006; 15(4): 277-280.
3. RODRIGUES BF, ARAÚJO JM. Síndrome de Churg-Strauss: Artigo de Revisão. *Med Interna*. Vol 18. Nº 3. Set 2011.
4. CORREIA CC, TEIXEIRA HM, MELO RV. Neuropatia Vasculítica como
5. Manifestação de Síndrome de Churg-Strauss Paraneoplásica: Uma Rara Associação. *Arq Neuropsiquiatr*. 2011; 69(6).
6. LIU J, XU Y, CHEN Z, XU X, LU M, WANG Y, ZHOU Y, GU W. A Possible Case of Churg-Strauss Syndrome in a 9-year-old Child. *Clinics* 2012; 67(8): 977-980.
7. LEVY SAP, FRANÇA AT, REZA DL, VALLE SOR., CORREIA AHP J. Asma e Síndrome de Churg-Strauss. *J. Bras. Pneumol*. 2006; 32(4):367-70.
8. HAGGSTRÄM FM, ZETTLER EW, BRAUN C. Síndrome de Churg-Strauss: Relato de caso. *Scientia Medica, Porto Alegre*, v. 18, n 4, p. 184-187, out./dez. 2008.
9. HARRISON. *Medicina Interna*, v. 2, 17ª edição. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil, 2008.

SÍNDROME DE LENNOX-GASTAUT, UMA DAS ENCEFALOPATIAS EPILEÁTICAS

LENNOX-GASTAUT SYNDROME, ONE OF EPILEPTIC ENCEPHALOPATHY

EDUARDO MARCHESI ZORTEA

Introdução: Uma convulsão (em inglês *seizure*, do latim *sacire*, “ser possuído”) é um evento paroxístico que incorre em atividade neuronal no cérebro anormalmente excessiva e sincrônica. Cerca de 5-10% da população terá ao menos uma convulsão, com maior incidência no início da infância e da idade adulta avançada. A epilepsia, por definição, caracteriza-se por duas ou mais convulsões não provocadas, que tem incidência de cerca de 0,3-0,5% e prevalência de 5-10%[1,2].

A determinação do tipo de convulsão é essencial para o diagnóstico e terapia. A *International League against Epilepsy (ILAE) 2005-2009* classifica basicamente da seguinte forma: (1) convulsões focais; (2) convulsões generalizadas; e (3) convulsões não classificadas. Esse sistema é baseado na característica clínica e nos achados eletroencefalográficos [1].

A Síndrome de Lennox-Gastaut (SLG) é uma severa desordem epilética da infância. A síndrome apresenta uma miríade de sinais e sintomas, sendo a epilepsia o principal componente. Basicamente caracteriza-se pela tríade: múltiplos tipos de convulsões, sendo as principais a convulsão tônica, atônica e ausência atípica; eletroencefalograficamente pelo padrão em ponta-onda lenta (<3Hz); e por disfunção cognitiva.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi pesquisado no PubMed no dia 22 de agosto de 2013 as palavras-chaves para publicações em todas as línguas e trabalhos publicados desde 1994: "Epileptic encephalopathy, Lennox-Gastaut type"[Supplementary Concept] OR "Epileptic encephalopathy, Lennox-Gastaut type"[All Fields] OR "lennox gastaut syndrome"[All Fields]. Além disto, foi usado livros-texto para complementação do trabalho.

OBJETIVOS

Nosso trabalho objetiva uma revisão da literatura sobre a Síndrome de LennoxGastaut, sua etiologia, seu curso clínico e tratamento, revisando principalmente os últimos avanços das novas medicações e dos tratamentos não farmacológicos.

DISCUSSÃO

O termo SLG apareceu primeiramente na literatura em 1969, e foi classificada como um epilepsia idiopática ou sintomática generalizada em 1989 pelo International Classification Of Epilepsies and Epileptic Syndromes. A SLG é definida pela tríade: (1) convulsões generalizadas como tônica, atônica e ausência atípica, todavia pode ser visto crises parciais, mioclônicas e tônico-clônica generalizada; (2) Um achado eletroencefalográfico com complexos de ponta-onda lentas difusa (< 3Hz) com ritmos paroxísticos rápidos de 10 a 12 Hz durante o sono; e (3) disfunção cognitiva[3].

A incidência da SLG não é sabida, mas estima-se que compreenda entre 1 e 10% de todas as epilepsias da infância [3]; representa 4% de todas as síndromes epiléticas e sua prevalência é estimada em 0,26 para 1000 crianças de 10 anos de idade [4,5].

Tipicamente desenvolve-se durante o início da infância, usualmente entre 3 a 5 anos, mas pode ser observada em qualquer tempo entre 1 e 8 anos [3]. É mais prevalente no sexo masculino do que no feminino [4]. Cerca de 70 a 80% dos pacientes com SLG manifestarão problemas estruturais no cérebro como causa. Estas incluem malformação cerebrais, encefalopatia hipóxica-isquêmica, meningoencefalite, síndromes neurocutâneas, e raramente síndromes metabólicas. Os outros 20 a 30% são idiopáticos [3].

No início da história das convulsões, somente 30 a 50% dos pacientes exibem atraso intelectual, mas após 4 anos, 78 a 96% dos pacientes com SLG serão afetados. Uma pequeníssima parcela experimentará um desfecho mais favorável. A causa exata do atraso intelectual é desconhecida, todavia a alta incidência de convulsões e as descargas epileptiformes assumem papel chave[3]. A linguagem é frequentemente afetada, com lentidão na ideia e na expressão em adição às dificuldades motoras. Graves distúrbios de comportamento (i.e. hiperatividade, agressividade e tendência autística) e desordens de personalidade estão quase sempre presentes. Há ainda

tendência à psicose com o passar do tempo [6].

O prognóstico é muito pobre nesta população. A desordem é crônica. Entre 94 a 96% dos pacientes com SLG irão manifestar epilepsias medicamentosamente intratáveis. Ademais, 60 a 80% dos pacientes experimentarão convulsões diárias. Crianças com a síndrome estão associadas a taxas de mortalidade entre 5 a 17% durante os *follow-ups* entre os 12 e 21 anos de vida. Mais da metade desses pacientes morrerá de complicações das convulsões [3]. A mortalidade destes pacientes é grandemente resultado dos acidentes relacionados às convulsões [7].

Atualmente, seis drogas antiepiléticas estão aprovadas pela *Food and Drug Administration* para tratamento da SLG: Lamotrigina, Topiramato, Felbamato, Rufinamide e mais recentemente o Clobazam. A despeito da efetividade destas drogas, os pacientes permanecem refratários e outras drogas antiepiléticas são usadas. Valproato, Levetiracetam, Gabapentina, Vigabatrina e Benzodiazepínicos mostram algum efeito benéfico [3]. De toda forma, os estudos mostram que a principal droga para início do tratamento da SLG é o Valproato [2,3,4].

A despeito do uso intensivo e múltiplo de medicação, os pacientes geralmente mantem-se com as convulsões. Desta forma, pode-se utilizar terapias não farmacológicas. Entre estas, as principais são: dieta cetogênica, estimulação de nervo Vago, corpo calosotomia e cirurgias focais.

CONCLUSÃO

A SLG é uma doença crônica caracterizada pelo aparecimento na infância, com atraso intelectual, múltiplos tipos de convulsão de difícil controle e eletroencefalograficamente caracterizado por complexos ponta-ondas lentas generalizados e *bursts of generalized spikes*. O prognóstico é frequentemente pobre nesta população, a despeito do tratamento farmacológico e não farmacológico. Não há estudo que prove qual é o melhor regime de drogas [6]. Com adição de novos medicamentos antiepiléticos e avanços nas opções cirúrgicas, nova esperança é injetada nestes pacientes [3].

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Longo DL. et al. Harrison's Principles of Internal Medicine. McGraw-Hill, 18th Edition, 2012.

2. Ropper AH, Samuels MA. Adams and Victor's Principles of Neurology. McGraw-Hill, 9th Edition, 2009.
3. VanStraten AF, Yu-tze Ng. Update on the management of Lennox-Gastaut syndrome. *Pediatric Neurology*. 2012;47:153-161.
4. Carmant L, Whiting S. Lennox-Gastaut Syndrome: an update on treatment. *Can J Neurol Sci*. 2012;39:702-711.
5. Trevathan E, Murphy CC, Yeargin-Allsopp M. Prevalence and descriptive epidemiology of Lennox-Gastaut syndrome among Atlanta children. *Epilepsia*. 1997;38(12):1283-8.
6. Hancock EC, Cross JH. Treatment of Lennox-Gastaut syndrome (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013;Issue 2.
7. Yang LPH, Scott LJ. Clobazam in patients with Lennox-Gastaut syndrome. *CNS Drug*. 2012;26:983-991.

MANIFESTAÇÕES OFTÁLMICAS NA FASE INICIAL DA GRANULOMATOSE DE WEGENER

¹Ricardo Meireles Marcelino,²Dr. Pedro Henrique Neto

¹Aluno do curso de Medicina do UNIFESO

²Orientador do curso de Medicina do UNIFESO. Teresópolis, Rio de Janeiro.

A granulomatose de Wegener é caracterizada por vasculite necrosante granulomatosa que acomete preferencialmente vias aéreas superiores, inferiores e rins. (2) O envolvimento ocular e orbitário é comum em ambas as formas da doença, estando presente em 50% dos casos, sendo que, as manifestações oculares estão presentes em 15% dos pacientes no início da doença e em até 61% no seu decorrer e são de caráter inespecífico, principalmente em seu início. Isso leva a grande dificuldade diagnóstica, e por consequência, a um diagnóstico tardio. Temos então como resultado um prognóstico sombrio com grandes complicações aos pacientes, levando em sua maioria das vezes ao óbito. (4)

Em suas manifestações iniciais podem ocorrer hemorragias conjuntivais, esclerite, uveíte, ceratite e episclerite e no seu decorrer, obstrução do ducto lacrimal e proptose, secundária à formação de pseudotumor retro orbitário, que ocorre em até 15% dos pacientes. Em geral está associada a dor ocular, diplopia e perda de visão. O exame anatomopatológico e o c-ANCA+ são fundamentais no diagnóstico efetivo da granulomatose de Wegener. Seu diagnóstico é feito associando-se as manifestações clínicas, radiológicas (múltiplos nódulos escavados) e os achados anatomopatológicos e o anticorpo anticítosplasma de neutrófilos positivo.

Não há associação com doença alérgica, localização geográfica ou exposição ocupacional. Existe uma associação entre GW e HLA-B8 e HLA-DR2, indicando uma predisposição familiar.(4) Acomete homens e mulheres sem predileção por sexo, com maior frequência em indivíduos na quinta década de vida, podendo ocorrer, no entanto, em qualquer faixa etária. Os sinais e sintomas iniciais são bastante inespecíficos e o tempo até o diagnóstico pode ser bastante prolongado, principalmente nos casos de evolução mais indolente. Sintomas constitucionais (febre e emagrecimento) estão presentes em cerca de 40% e 70% dos pacientes, respectivamente, no momento da apresentação. (2)

A biópsia representa papel de destaque no diagnóstico da GW. A vasculite geralmente envolve arteríolas e vênulas de pequeno calibre, podendo ser necrotizante

ou granulomatosa, evidenciando infiltrado inflamatório misto e padrão geográfico de necrose tecidual. (2) Porém no início da doença pode ocorrer dificuldade diagnóstica, mesmo em relação ao exame anátomo-patológico, sendo necessárias revisões posteriores até seu correto diagnóstico. A presença de anticorpos anti-citoplasma de neutrófilos (c-ANCA) é útil quando apresenta resultados positivos, auxiliando ao diagnóstico de formas limitadas atípicas (apresentando nestes casos 60 a 70% de positividade). Enquanto o c-ANCA apresenta boa sensibilidade para GW, o p-ANCA está presente na poliarterite nodosa, síndrome de Churg-Strauss, e outras vasculites, auxiliando desta forma ao diagnóstico diferencial. (4)

Antes da utilização de agentes imunossupressores, a GW era considerada patologia fatal. A média de sobrevivência era de 5 meses, e a mortalidade após 1 ano de 82%. Com a introdução de drogas citotóxicas, este panorama se alterou drasticamente. (4) O tratamento é normalmente iniciado com prednisona 1 mg/kg peso, seguido pela introdução de ciclofosfamida 1 a 2 mg/kg peso. O corticóide é mantido até que haja controle da doença, e então retirado gradualmente. Tratamento com ciclofosfamida é mantido por 1 ano após completa remissão dos sintomas. Segundo o National Health Institute, este esquema possibilita a remissão da doença em 93% dos casos. Quando não há tolerância a ciclofosfamida, pode ser usado o metotrexate em ciclos semanais associado a corticosteróide. (3)

Descritores: Granulomatose de Wegener/diagnóstico; Granulomatose de Wegener/terapia; Vasculite; Anticorpos anticitoplasma de neutrófilos; Granuloma de células plasmáticas orbital; Imunossupressores/ uso terapêutico.

CONCLUSÃO

Este trabalho tem como propósito evidenciar a dificuldade clínica e histológica no diagnóstico do comprometimento orbitário na fase inicial da Granulomatose de Wegener, o que resulta, além da angústia de não receber um diagnóstico correto, na progressão da doença com grandes prejuízos físicos, neurológicos, e estéticos ao paciente, por muitas vezes evoluindo para óbito sem o correto diagnóstico.

METODOLOGIA

Este trabalho foi baseado em revisões bibliográficas, o qual foi realizado

através de comparação de informações presentes em artigos, notícias e estudos científicos sobre a Granulomatose de Wegener.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Prevalência das manifestações clínicas iniciais da granulomatose de Wegener no Brasil; Carlos Ewerton Maia Rodrigues, Maria Roseli Monteiro Callado, Christiane Aguiar Nobre, Francisca Edwiges Araújo Moura, Rejane Maria Rodrigues de Abreu Vieira, Lucas Alverne Freitas de Albuquerque, Walber Pinto Vieira. <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v50n2/v50n2a05.pdf> (20/01/2010).
2. Granulomatose de Wegener; Telma Antunes, Carmen Sílvia Valente Barbas; <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v31s1/v31s1a07.pdf> (31/01/2005).
3. Atualização do tratamento das vasculites associadas a anticorpo anticitoplasma de neutrófilos; Alfredo Nicodemos Cruz Santana, Viktoria Woronik, Ari Stiel.
4. Radu Halpern, Carmen S V Barbas; http://jornaldepneumologia.com.br/PDF/2011_37_6_16_portugues.pdf (11/07/2011).
5. Granulomatose de Wegener: relatos de caso; Ivana Cardoso Pereira, Leandro Cabral Zacharias, Roberta Zagui, Ruth Santo, Suzana Matayoshi; <http://www.scielo.br/pdf/abo/v70n6/a24v70n6.pdf> (23/10/2010)

REMISSÃO DA DMII EM PACIENTES OBESOS APÓS CIRURGIA METABÓLICA: UMA REVISÃO DA LITERATURA COMPARANDO OS RESULTADOS DAS TÉCNICAS CIRÚRGICAS DISPONÍVEIS

¹Anna Marcella Quintanilha B. de Mello, ²Mario Castro Alvarez Perez

1Discente do curso de Medicina do UNIFESO

2Docente do curso de Medicina do UNIFESO

O diabetes mellitus tipo II (DM II) é uma doença metabólica que se caracteriza pela hiperglicemia desencadeada por secreção deficiente de insulina pelas células β do pâncreas e/ou aumento da resistência periférica à ação desta¹. Ela está associada diretamente à injúria e insuficiência de diversos órgãos^{1,2,3,4,5}, sendo, por isso, reconhecida como uma das principais causas de morte no mundo³.

O tratamento clínico dessa doença tem avançado consideravelmente e tem como bases terapêuticas a manutenção dos valores glicêmicos e de insulina aos níveis considerados normais^{3,6,7}. Com o passar do tempo, por ser uma doença progressiva, há necessidade de associações de outras drogas para se atingir um bom controle glicêmico, o que diminui a aderência e, conseqüentemente, provoca um controle precário da doença².

Menos de 50% dos pacientes com diabetes moderado a grave consegue atingir e manter níveis terapêuticos considerados satisfatórios^{3,6,5}. Sendo assim, abriu-se espaço para o desenvolvimento de novas opções terapêuticas, aumentando o interesse na cirurgia bariátrica/metabólica^{3,6,8}, que vem se mostrando altamente eficiente no controle glicêmico, mesmo antes de perda ponderal significativa^{2,7,9}.

Palavras-chave: Obesidade. Diabetes Mellitus. Cirurgia metabólica.

JUSTIFICATIVA

O número de indivíduos portadores de diabetes mellitus tipo II vem aumentando significativamente nos últimos anos, muitas vezes estando associado à obesidade. A DM II é responsável pelo surgimento de diversas outras comorbidades, quando não devidamente controlada, aumentando assim morbimortalidade dos portadores da doença e, uma grande parcela desses pacientes apresenta dificuldades

em atingir os objetivos terapêuticos. A cirurgia bariátrica/metabólica é uma opção, relativamente nova, para esses pacientes e que tem obtido resultados positivos.

Diante disso, torna-se importante uma melhor exploração do tema para que em breve se possa disponibilizar aos pacientes um tratamento eficaz e seguro, de forma a contribuir para uma melhor qualidade de vida dos mesmos.

OBJETIVOS

Esta revisão tem por objetivo comparar as técnicas cirúrgicas aceitas para o tratamento da obesidade quanto à sua capacidade de produzir remissão da DM II, descrevendo os resultados das diferentes técnicas cirúrgicas disponíveis para tratamento da obesidade em termos de sua capacidade de levar ao controle do quadro metabólico característico do DM II e definindo a melhor estratégia cirúrgica, em termos de eficácia e segurança, para alcançar a remissão da DM II.

MÉTODO

A revisão da literatura foi realizada a partir de publicações indexadas às bases de dados *on-line* Medline, Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), The Cochrane Library e Scielo. Foram utilizadas as seguintes palavras-chaves: obesidade; diabetes mellitus e cirurgia metabólica. Selecionou-se, principalmente, artigos abordando a aplicação de técnicas cirúrgicas para tratamento da diabetes mellitus tipo II, publicados entre 2010 e 2013.

CONCLUSÃO

Após a análise dos resultados relatados na literatura pertinente, concluiu-se que a cirurgia bariátrica/metabólica é um tratamento efetivo e seguro para a remissão do diabetes mellitus tipo 2 a curto prazo, independente da taxa de IMC no pré-operatório, mostrando-se sempre superior aos tratamentos clínicos isolados¹⁻⁹. Na maioria dos casos foi demonstrado um retorno a euglicemia de jejum, níveis normais de glicemia pósprandial e insulina sérica, dias a semanas após a operação, sugerindo que a perda de peso isoladamente não consegue explicar a melhora da DM II^{4-6,9}. Foi evidenciado também que as taxas de melhora/remissão da diabetes eram inversamente proporcionais ao tempo de duração da doença. Os procedimentos com componentes disabsortivos demonstraram-se superiores aos isoladamente restritivos.

Mais estudos randomizados e controlados, com tempo de seguimento mais prolongado, são necessários para a melhor mensuração de sua eficácia a longo prazo, só assim poderá se definir o melhor tratamento a ser ofertado aos pacientes para remissão completa de sua comorbidade.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. ZEVE, J. L. M.; TOMAZ, C. A. B. Cirurgia metabólica: cura para diabetes tipo 2. *ABCD, arq. bras. cir. dig.*, São Paulo, vol. 24, no. 4, Oct./Dec. 2011.
2. LANZAREM, E. S. Diabetes tipo 2 y obesidade leve: tratamento quirúrgico. *Rev. Chil. Cir.*, Santiago, vol. 65, no. 1, Fev. 2013.
3. COHEN, R.; TORRES, M. C.; SCHIAVON, C. A. Cirurgia metabólica: mudanças na anatomia gastrointestinal e a remissão do diabetes mellitus tipo 2. *ABCD, arq. bras. cir. dig.*, São Paulo, vol. 23, no. 1, Jan./Mar. 2010.
4. AYOUB, J. A. S.; ALONSO, P. A.; GUIMARÃES, L. M. V. Efeitos da cirurgia bariátrica sobre a síndrome metabólica. *ABCD, arq. bras. cir. dig.*, São Paulo, vol. 24, no. 2, Abr./Jun. 2011.
5. SHAUER, P. R. *et al.* Bariatric surgery versus intensive medical therapy in obese patients with diabetes. *N. Engl. J. Med.*, Apr. 2012.
6. VARASCHIM, M. *et al.* Alterações dos parâmetros clínicos e laboratoriais em pacientes obesos com diabetes melito tipo 2 submetidos à derivação gastrojejunal em y de Roux sem anel. *Rev. Col. Bras. Cir.*, Rio de Janeiro, vol. 39, no. 3, Maio/Jun. 2012.
7. PAPAMARGARITIS, D.; MIRAS, A. D.; LE ROUX, C. W. Influence of diabetes surgery on gut hormones and incretins. *Nutr. Hosp.*, Madrid, vol. 28, supl.2, 2013.
8. LEYBAL, J. L. Cirugía metabólica para el tratamiento de la diabetes tipo 2 en pacientes con obesidad grado I. *Rev. Fac. Med.*, Caracas, Jun. 2012.
9. NAPOLI, T. F. *et al.* Evaluation of weight loss and metabolic profile of obese patients with type 2 diabetes mellitus (dm2) versus non-dm2 subjects, one and three years after bariatric surgery. *ABCD, arq. bras. cir. dig.*, São Paulo, vol. 23, no. 2, Jun. 2010.

SAÚDE MENTAL DA MULHER COM ENDOMETRIOSE

ZAIRA SILVEIRA DE SOUZA DA COSTA , Romualdo Gama

RESUMO

A endometriose é uma doença que se caracteriza pela presença de tecido endometrial (glândulas e/ou estroma) para fora da cavidade uterina. Geralmente o lugar mais frequente de implantação são vísceras pélvicas e peritônio.¹

A endometriose pode ter vários aspectos desde mínimas lesões até grandes cistos endometrióticos ovarianos que podem distorcer a anatomia tubo ovariano e causar grandes aderências podendo acometer bexiga, intestino e uretra.¹

Nos EUA estima-se que 7% das mulheres em idade reprodutiva tenham endometriose e frequentemente está associada com dor pélvica crônica e infertilidade, dismenorréia e dispareunia.¹

As mulheres com duração maior do tempo de menstruação e com ciclos mais curtos tendem a ser mais suscetível à endometriose.^{1,5} A endometriose é uma doença de evolução lenta, porém é considerada uma doença grave, pois pode apresentar quadro de extrema gravidade, atingindo os mais variados órgãos, como pulmões e cérebro, como se fossem metástases, podendo ainda evoluir para malignidade como o carcinoma endometrióide, porém este é muito raro. Por isso toda paciente com diagnóstico confirmado de endometriose deve ser tratada com muito cuidado e cautela, pois além de não conhecer a sua etiologia, não temos como saber a evolução da moléstia.^{1,5} Sabemos que a endometriose é estrogênio-dependente e que existem algumas teorias que explicam alguns processos. A teoria do transplante ectópico do tecido endometrial baseia-se na suposição de que a endometriose é causada pela implantação de células endometriais por regurgitação transtubaria durante a menstruação (SAMPSON 1920).^{1,5} A metaplasia celômica é a transformação do epitélio celômico em tecido endometrial. Em um estudo, a indução genética de endometriose em camundongos, sugerem que as lesões endometrióticas ovarianas podem originar-se diretamente do epitélio da superfície ovariana, mediante um processo de diferenciação metaplasia induzido por ativação de um alelo K-ras oncogênico.^{1,5} A teoria da indução é em princípio, uma extensão da teoria da metaplasia celômica. Propõe-se a possibilidade de que um fator bioquímico endógeno induza a transformação de células peritoneais indiferenciadas

em tecido endometrial. ^{1,5}

Nos últimos anos, tem-se estudado muito acerca dos fatores imunológicos na patogênese da endometriose e muitas anormalidades foram encontradas, porém o principal mecanismo avaliado é complementar à teoria da menstruação retrógrada. Por algum motivo, as células endometriais que adentram a cavidade abdominal não seriam eliminadas, e desse modo permitira-se que elas se implantassem e desenvolvessem a doença.^{2,7}

As células que caem na cavidade abdominal deveriam ser identificadas como antígenos e submetidas à resposta imune local. Algumas células, como os macrófagos, funcionam como apresentadoras de antígenos aos linfócitos T através do complexo de histocompatibilidade principal (CHP). O CHP pode ser classe I ou II, sendo que no primeiro caso atrai os linfócitos T citotóxicos e no segundo os linfócitos T *helper* (auxiliadores). Os citotóxicos secretam substâncias letais que ocasionam a morte da célula-alvo; já os T *helper* secretam citocinas que podem levar à morte celular. Alteração em qualquer uma dessas fases pode estar relacionada com a gênese da endometriose.^{2,7}

DISCUSSÃO

A paciente deu entrada na unidade de saúde com sintoma de dor pélvica.

A intensidade da dor pélvica pode ser cíclica ou crônica e está relacionada com a profundidade e localização dos implantes endometriais, sendo que se os implantes forem mais profundos e em lugares mais inervados, a dor costuma ser mais forte. Os sintomas da endometriose podem causar grandes abalos sobre o bem estar físico, mental, e social das pacientes, podendo diminuir a qualidade de vida.⁵

Além da dor pélvica crônica a paciente apresentava um quadro de dismenorréia progressiva.

A dismenorréia é definida como uma dor severa, pélvica, crônica e cíclica associada à menstruação, muitas vezes interferindo com a vida social e produtiva da mulher, interferindo no trabalho. ⁵

A dismenorréia secundária é uma característica da endometriose que em geral leva de quatro a sete anos para ser diagnosticada, ela é causada por um aumento anormal da contratilidade miometrial e isso acontece quando a uma queda da progesterona no fim do ciclo ovulatório, antes da menstruação, o ácido araquidônico são liberados e então é iniciada uma cascata de prostaglandina e leucotrienos, sendo este

que determina os sintomas sistêmicos, levando à elevação da produção de prostaglandinas E2 F2-a no útero que causam vasoconstrição e contração muscular.

O ácido araquidônico se transforma em prostaglandina através de “vias das ciclogêneses”. Quanto pior o quadro da dismenorréia maior a quantidade de prostaglandina, principalmente nos dois primeiros dias de menstruação.⁵

A dismenorréia secundária tem início a qualquer momento após a menarca, especialmente após os vinte e cinco anos, é variável, podendo mudar o início e a intensidade da dor, pode haver sinusiorragia, dispareunia, menorragia e pode haver a ausência ou mínima resposta a AINEs e ACO.^{1,4,5}

A gravidade da dismenorréia se correlaciona com a duração do fluxo menstrual, idade de menarca mais baixa, tabagismo, consumo de álcool, história de abuso sexual, obesidade, estresse e distúrbios emocionais.^{1,4,5}

A dismenorréia pode causar baixa produtividade na vida da mulher.

No caso da paciente, tanto a dismenorréia quanto a dor pélvica crônica levou a mesma a desenvolver um distúrbio emocional e físico importantes, fazendo com que a mesma parasse de trabalhar e se fechar ao convívio social.

Aspectos a serem pesquisados para identificar um fator psicológico na exacerbação da dor são os seguintes (Reddish, 2006):

10. Sintomas são descritos dramaticamente com grande emoção
11. Insistência da necessidade de investigação, tratamento e procura de especialistas
12. Busca de vários profissionais por insatisfação da abordagem médica
13. Vários procedimentos realizados para controle da dor, sem resultado (uma vez afastada causa orgânica)
14. Severidade da dor não tem correlação com o grau de sensibilidade pélvica
15. Múltiplas outras queixas sem causas orgânicas definidas
16. Frustração com a definição de uma origem psicológica para os sintomas.

CONCLUSÃO

Com tudo, sabemos que a endometriose é uma doença séria que tem uma evolução lenta e silenciosa, toda paciente com diagnóstico confirmado de endometriose deve ser tratada por equipe especializada e multiprofissional com muito cuidado, pois além de não conhecer a sua etiologia, não temos como saber sua evolução. Finalmente, a importância do aconselhamento a paciente sobre a endometriose e suas

consequências e encaminhamento a uma equipe multiprofissional especializados servem de grande valia a medida que a endometriose é uma doença crônica e dolorosa e de difícil tratamento. Os resultados de estudos confirmam a necessidade de atendimento multiprofissional, que ofereça suporte psicológico para as mulheres com endometriose e dor pélvica crônica. O grupo de apoio realizado mostrou ser um bom aliado no tratamento convencional, uma vez que proporcionou redução nos escores de dor e depressão.⁴

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BEREK & NOVAK, Tratado de Ginecologia, 14^a edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Brosens I; Benagiano G. Indian J MedRes;Endometriosis, a modernsyndrome.133: 581-93, 2011 Jun.
2. Camila M Bonoche ,Mary L Montenegro, Rui A Ferriani , e Juliana Meola; Endometriose e exercício físico; uma revisão sistemática. Publicado online em 06 de janeiro de 2014 doi: 10.1186 / 1477-7827-12-4http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3135985/?tool=pubmed; Acesso em 10/09/2014.
3. Carolina Lorençatto; Maria José Navarro Vieira; Andréa Marques; Cristina Laguna Benetti-Pinto; Carlos Alberto Petta²; Avaliação de dor e depressão em mulheres com endometriose após intervenção multiprofissional em grupo, Rev. Assoc. Med. Bras. v.53 n.5 São Paulo set./out. 2007.
4. FEBRASGO, Tratado de Ginecologia, II volume, Rio de Janeiro: Revinter
5. FertilSteril. Author manuscript; available in PMC May 1, 2011.Published in final edited form as:FertilSteril. May 1, 2010; 93(7): 2424–2428.doi: 10.1016/j.fertnstert.2009.09.017
6. Natália Fernandes Monteiro. Stephanie RotbandMarchteinTambellini, Como diagnosticar e tratar a Endometriose; <http://www.moreirajr.com.br/> Acesso em 16/09/2014
7. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.32 no.6 Rio de Janeiro June 2010; Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010000600008; Acesso 13/09/2014.